

Profil épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR Bunia en République Démocratique du Congo

[Epidemiological profile of low birth weight newborns at HGR Bunia in the Democratic Republic of Congo]

Suga Savo Amos¹, Dduve Nzale Françoise², Kpakanza Dino Justin³, and Byaruhanga Bamaraki Moïse⁴

¹Pédiatre, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, RD Congo

²Nutritionniste, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, RD Congo

³Pédiatre, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, RD Congo

⁴Informaticien, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia, RD Congo

Copyright © 2024 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Low birth weight constitutes a major public health problem, both in developed and developing countries, due to its magnitude and its strong association with infant morbidity and mortality. Nearly 40% of deaths before the age of 5 occur in the neonatal period. Low birth weight is the 3rd cause of death in neonatology, after infections and prematurity. This aims to describe the epidemiological profile of newborns with low birth weight at the HGR/Bunia. results stipulate that the frequency of newborns with low birth weight was 24.45% and this trend is more observed in the month of September, i.e. 43.33%; our studies show that 17.37% of newborns had had Stabilization in an incubator as the main nursing care, 18.13% of newborns had had Ampicillin and gentamicin as the main medical care; in 33.68% the great multiparity was the favoring factor low birth weight linked to the mother; prematurity was the factor favoring low birth weight linked to newborns 45.26%; and 54.21% of newborns with low birth weight were cured. In fact, most of our cases were treated with antibiotics and the majority were cured.

KEYWORDS: epidemiological profile, newborns, low weight, birth.

RESUME: Le faible poids de naissance constitue un problème majeur de santé publique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, de par son ampleur et sa forte association avec la morbidité et la mortalité infantiles. Près de 40% des décès avant l'âge de 5 ans, surviennent en période néonatale. Le faible poids de naissance constitue la 3^{ème} cause de décès en néonatalogie, après les infections et la prématurité. Cette a comme but de décrire le profil épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia. résultats stipule que la fréquence des nouveau-nés avec faible poids à la naissance était de 24,45% et cette tendance est plus observe au mois de septembre, soit 43,33%; nos études montre que 17,37% des nouveau-nés avaient eu la Stabilisation dans un incubateur comme la prise en charge infirmière principale, 18,13% des nouveau-nés avaient eu l'Ampicilline et gentamicine comme la prise en charge médicale principale; dans 33,68% la grande multiparité était le facteur favorisant le faible poids à naissance lié à la mère; la prématurité était le facteur favorisant le faible poids à naissance lié aux nouveau-nés 45,26%; et 54,21% % des nouveau-nés avec faible poids à naissance étaient sortis guéris. En sommes la plupart de nos enquêtes ont été traité en basse des antibiotiques et majorités sont sorties guéris.

MOTS-CLEFS: profil épidémiologique, nouveau-nés, faible poids, naissance.

1 INTRODUCTION

Le faible poids de naissance constitue un problème majeur de santé publique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, de par son ampleur et sa forte association avec la morbidité et la mortalité infantiles. Près de 40% des décès avant l'âge de 5 ans, surviennent en période néonatale. Le faible poids de naissance constitue la 3^{ème} cause de décès en néonatalogie, après les infections et la prématurité. Les nouveau-nés de faible poids de naissance, ont 20 fois plus de risque de décéder durant leur premier mois de vie. Ce risque est encore plus élevé chez ceux de très faible poids de naissance, chez lesquels il s'associe généralement une extrême immaturité (OMS, 2013).

Dans le monde 9.1 millions décès d'enfants est due aux Le faible poids de naissance chaque année. En 2014, d'après les estimations de l'UNICEF, plus de 20 millions d'enfants sont nés avec un faible poids de naissance dans le monde entier, ce qui représente 15,5% de l'ensemble des naissances. La plupart de ces naissances de faible poids (96%) ont lieu dans les pays en voie de développement (ANDRE, 2018).

Selon l'OMS (2014), les complications qui en découlent sont variées, allant des désordres métaboliques aux troubles neurologiques et sensoriels, parfois irréversibles. Le risque de décès est 20 fois plus élevé chez les nouveau-nés de faible poids que chez ceux dont le poids est supérieur à 2500g. Plus le poids de naissance est petit, plus le risque de décès s'accroît. Ces nouveau-nés constituent un groupe vulnérable car les problèmes qu'ils posent sont également liés aux exigences inhérentes à leur prise en charge. Le très faible poids de naissance est une cause majeure de mortalité et de morbidité néonatales.

En Amérique, tenant compte des observations des familles recueillies dans le cadre de plus de 200 études, on a préconisé un soutien psychologique et financier accru pour les personnes qui s'occupent du nouveau-né. Le congé parental était nécessaire pour aider les familles à s'occuper du nourrisson, tandis que les politiques et les prestations offertes par les pouvoirs publics et la réglementation, devraient garantir aux familles de prématurés et de nouveau-nés de faible poids de naissance, un soutien suffisant sur le plan financier et sur le lieu de travail. On insiste sur la nécessité de prendre en charge les familles et les prématurés ensemble, comme une unité, et de veiller à ce que les parents bénéficient du meilleur soutien possible dans une période qui est bien souvent particulièrement stressante et angoissante. Cependant, les recherches montrent désormais que la mise en œuvre de la méthode « mère kangourou » immédiatement après la naissance a permis de sauver beaucoup plus de vies, de réduire les infections et l'hypothermie, et d'améliorer l'allaitement (RAMBAUD, 2014).

En Europe, le taux des nouveau-nés de faibles poids à la naissance ne dépasse pas 6%. Cependant ce taux de décès diminue au fur et à mesure que le poids de naissance augmente avec une différence statistiquement significative ($P < 0,001$). La plupart des enfants nés à 28 semaines ou plus, survivent (MICHEL, 2015).

L'Asie du sud est la plus forte région qui renferme 31% des enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance, et la région de l'Asie de l'Est et ceux du pacifique, présentant 7% de faible poids. En Inde, près de 15% des bébés ont un faible poids à la naissance. Toutefois, il est difficile d'assurer un suivi faible de cet indicateur essentiel dans la mesure où 58% des enfants du pays en développement, ne sont pas pesés à leur naissance. Cette proportion est la plus élevée surtout en Asie du sud (31%) (FAYE, 2016).

En Afrique, la statistique mondiale rapporte 90% dans les pays africains. En Afrique subsaharienne, il y a 19% des bébés qui présentent une insuffisance à la naissance et dans la région du Moyen orient, Afrique du Nord, ou la proportion est de 15%. En Afrique, la plupart des nouveau-nés de FPN sont décédés en période néonatale précoce (79,4%). Selon l'endroit où naît un nouveau-né prématuré, ses chances de survie présentent des disparités importantes. Le taux de survie ne dépasse pas 10 % dans les pays africains. La plupart des prématurés sont sauvés grâce à des mesures réalisables et d'un bon rapport coût-efficacité, il s'agit des soins de qualité avant, pendant et après l'accouchement, la prévention et la prise en charge des infections courantes, et la méthode « mère kangourou », cette dernière associe le contact peau à peau, dans un porte-bébé ou une écharpe spéciale pendant le plus de temps possible avec la personne qui s'occupe principalement du nourrisson, en général la mère, et l'allaitement maternel exclusif. Comme les prématurés manquent de graisse corporelle, ils ont souvent du mal à réguler leur propre température à la naissance et ont, souvent, besoin d'une assistance médicale pour respirer. On recommande de séparer pendant un certain temps, le nouveau-né de la personne qui s'en occupe principalement, afin de le stabiliser dans un incubateur ou une couveuse. Il fallait compter en moyenne 3 à 7 jours (LUBCHENKO et al., 2015).

En RCA, l'étude menée à Bangui révèle que les résultats étaient les suivants: sur 1032 nouveau-nés hospitalisés pendant la période de l'enquête, 543 étaient des nouveau-nés de faible poids de naissance, soit 52,5 %. La mortalité hospitalière reste très élevée chez les nouveau-nés de faible poids de naissance avec 224 cas de décès, soit 41,3 %. Le très faible poids de naissance, le transfert extra-muros des nouveau-nés et les moyens de transport utilisés, ont été des facteurs de risque de mortalité, tandis que la primiparité, la grande multiparité et le jeune âge de la mère, ont été identifiés comme facteurs favorisant la survenue du faible poids de naissance (BOBOSSI, 2018).

En RDC, le taux de létalité liée au faible poids de naissance reste très élevé malgré l'amélioration des infrastructures sanitaires. Selon statistiques sanitaires mondiales publiées par l'OMS en 2012, la RDC figurant parmi les trois derniers pays ayant une forte mortalité entre l'âge de 0 à 5 ans des enfants nés prématurés. Certes, selon EDS 2013-2014, la part de mortalité néonatale dans celle infantile, est de

44% dont plus de 75% sont des enfants de petit poids de naissance (PPN). Et les bébés ayant un faible poids à la naissance qui survivent, présentent plus de risques d'avoir des problèmes de santé, de croissance et de développement que les bébés nés à terme. Ils ont des besoins spécifiques. Aussi, aménager des espaces SMK dans les structures de soins et des unités de néonatalogie dans les HGR, sont deux éléments essentiels du paquet complet des soins d'urgence du NN au pays, qui restent faible sur les 3 autres dont l'approvisionnement en médicaments, équipements et le renforcement des compétences des prestataires en charge du NN, et en particulier, PNN (ILUNGA, 2021).

Lors de notre préenquête à l'HGR/Bunia au mois de février à l'année 2022 dans le service de pédiatrie, 26 sur 91 enfants étaient nés avec faible poids de naissance, soit 28,57%.

Eu égard à ce qui précède, nous nous sommes posés la question de savoir: Quel est le profil épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ?

De cette question principale, découlent les questions secondaires suivantes:

- Quelle est la fréquence épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ?
- Comment est la prise en charge des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ?
- Quels sont les facteurs favorisant le faible poids à la naissance des nouveau-nés à l'HGR/Bunia ?
- Quels est issus des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ?

Cette étude poursuit l'objectif de décrire le profil épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia.

Spécifiquement, nous allons:

- Déterminer la fréquence épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ;
- Evaluer la prise en charge des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ;
- Déterminer les facteurs favorisant le faible poids à la naissance des nouveau-nés à l'HGR/Bunia ;
- Décrire l'issue des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia.

2 MATERIEL ET METHODES

Notre étude a été réalisée à l'Hôpital Général de Référence de Bunia, situé au Nord-est de la République Démocratique du Congo, dans la province de l'Ituri, ville de Bunia.

Ce travail est du type descriptif. Il s'étend sur une période allant du 17 au 28 juin 2023, soit une durée de 11 jours correspondant à la période de récolte des données sur terrain.

La population de notre étude est constituée de tous les nouveau-nés admis au service de néonatalogie de l'HGR/Bunia.

Notre échantillonnage était probabiliste et du type exhaustif qui a servi à la sélection de tous les nouveau-nés avec faible poids de naissance en néonatalogie de l'HGR/Bunia constitué de 190 nouveau-nés.

Pour la réalisation du présent travail, nous avons utilisé la méthode transversale qui permet de consulter les dossiers des malades.

La technique de l'analyse documentaire a servi à la réalisation de cette étude. Par technique d'analyse documentaire, nous avons consulté les registres de naissance, appuyée par la technique d'observation directe.

2.1 VARIABLES RETENUES

Les variables sociodémographiques retenues sont les suivantes:

- Age gestationnaire,
- Sexe,
- Poids de la naissance;
- Poids à la sortie.

Les variables d'étude retenues sont les suivantes:

- Fréquence des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia,
- Prise en charge des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia,
- Facteurs favorisant le faible poids à la naissance des nouveau-nés à l'HGR/Bunia,
- Issue des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia.

2.2 CRITERES D'EXCLUSION ET D'INCLUSION

Etaient inclus dans l'étude, tous les nouveau-nés avec faibles poids de naissance. Tandis que tous les nouveau-nés avec poids normal de naissance. Etaient exclus dans notre étude,

3 RESULTATS

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon la fréquence des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia en 2022

Année	N(Total naissance)	Fréquence	
		f (nouveau-né avec faible poids à la naissance)	%
2022			
Janvier	73	12	16,44
Février	57	13	22,81
Mars	73	15	20,55
Avril	67	24	35,82
Mai	81	10	12,35
Juin	69	19	27,54
Juillet	51	20	39,22
Août	79	17	21,52
Septembre	60	26	43,33
Octobre	50	11	22,00
Novembre	45	13	28,89
Décembre	72	10	13,89
Total	777	190	24,45

La fréquence des nouveau-nés avec faible poids à la naissance était de 24,45% et cette tendance est plus observée au mois de: septembre, soit 43,33%, juillet, soit 39,22%; avril, soit 35,82%; Novembre, soit 28,89%; Juin, soit 27,54%; Février, soit 22,81%; Octobre 22,00%; Août, soit 21,52%; Mars, soit 20,55%; Janvier, soit 16,44%; Décembre, soit 13,89%; Mai, soit 12,35%

Tableau 2. Répartition des enquêtés selon la prise en charge infirmière des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia

VARIABLE	N	Aspiration et l'oxygénothérapie		Stabilisation dans un incubateur		Lampe chauffante		Allaitement maternel exclusif		Lait artificiel	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Age gestationnaire											
28 à 32	71	13	18,31	11	15,49	6	8,45	5	7,04	2	2,82
33 à 36	79	15	18,99	12	15,19	6	7,59	4	5,06	3	3,80
37 à 40	40	5	12,50	6	15,00	2	5,00	2	5,00	1	2,50
Sexe											
Masculin	110	20	18,18	15	13,64	6	5,45	7	6,36	3	2,73
Féminin	80	13	16,25	14	17,50	8	10,00	4	5,00	3	3,75
Poids à la naissance											
< 1000	22	5	22,73	5	22,73	4	18,18	0	0,00	0	0,00
1000 à 1500	103	15	14,56	13	12,62	6	5,83	3	2,91	4	3,88
1500 à 2000	65	13	20,00	11	16,92	4	6,15	8	12,31	2	3,08
Poids à la sortie											
< 2500	85	18	21,18	8	9,41	6	7,06	4	4,71	1	1,18
2500 à 3500	66	12	18,18	13	19,70	3	4,55	2	3,03	3	4,55
3500 à 4500	39	3	7,69	8	20,51	5	12,82	5	12,82	2	5,13
Total	190	33	17,37	29	15,26	14	7,37	11	5,79	6	3,16

Ce tableau nous montre que 17,37% des nouveau-nés ont eu la Stabilisation dans un incubateur comme la prise en charge infirmière principale. Parmi ces derniers, la plupart avaient l'âge gestationnaire de 33-36 SA, soit 18,99%; du sexe masculin, soit 18,18%; ceux avec de poids à la naissance inférieur à 1000 gr, soit 22,73% et ceux avec le poids à la sortie inférieur à 2500 gr, soit 21,18%.

Tableau 3. Répartition des enquêtés selon la Prise en charge médicale des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia

VARIABLE	N	Ampicilline et gentamicine		Perfusion mixte		Dexa		Vitamine K		Paracetamol		Ceftriaxone	
		F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Age gestationnaire													
28 à 32	71	10	14,08	8	11,27	5	7,04	3	4,23	1	1,41	2	2,82
33 à 36	79	11	13,92	9	11,39	9	11,39	4	5,06	1	1,27	0	0,00
37 à 40	40	8	20,00	3	7,50	4	10,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sexe													
Masculin	110	16	14,55	11	10,00	12	10,91	2	1,82	1	0,91	1	0,91
Féminin	80	13	16,25	9	11,25	6	7,50	5	6,25	1	1,25	1	1,25
Poids à la naissance													
< 1000	22	0	0,00	1	4,55	0	0,00	1	4,55	0	0,00	2	9,09
1000 à 1500	103	15	14,56	9	8,74	7	6,80	3	2,91	1	0,97	0	0,00
1500 à 2000	65	14	21,54	10	15,38	11	16,92	3	4,62	1	1,54	0	0,00
Poids à la sortie													
< 2500	85	6	7,06	8	9,41	4	4,71	1	1,18	1	1,18	0	0,00
2500 à 3500	66	18	27,27	9	13,64	6	9,09	3	4,55	0	0,00	1	1,52
3500 à 4500	39	5	12,82	3	7,69	8	20,51	3	7,69	1	2,56	1	2,56
Total	190	29	15,26	20	10,53	18	9,47	7	3,68	2	1,05	2	1,05

Ce tableau nous montre que 15,26% des nouveau-nés ont eu la Ampicilline+gentamicine comme la prise en charge médicale principale. Parmi ces derniers, la plupart avaient l'âge gestationnaire de 37 à 40 SA, soit 20,00%; du sexe féminin, soit 16,25%; ceux avec de poids à la naissance de 1500 à 1999 gr, soit 21,54% et ceux ayant le poids à la sortie de 2500 à 3500 gr, soit 27,27%.

Tableau 4. Répartition des enquêtés selon les Facteurs liés à la mère

VARIABLES	N	Grande multiparité		Primiparité		Grossesse rapprochée		Paludisme	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Age gestationnaire									
28 à 32	71	7	9,86	42	59,15	6	8,45	16	22,54
33 à 36	79	36	45,57	13	16,46	9	11,39	21	26,58
37 à 40	40	21	52,50	0	0,00	7	17,50	12	30,00
Sexe									
Masculin	110	46	41,82	21	19,09	10	9,09	33	30,00
Féminin	80	18	22,50	34	42,50	12	15,00	16	20,00
Poids à la naissance									
< 1000	22	8	36,36	4	18,18	0	0,00	10	45,45
1000 à 1500	103	26	25,24	31	30,10	9	8,74	37	35,92
1500 à 2000	65	30	46,15	20	30,77	13	20,00	2	3,08
Poids à la sortie									
< 2500	85	37	43,53	12	14,12	6	7,06	30	35,29
2500 à 3500	66	21	31,82	32	48,48	13	19,70	0	0,00
3500 à 4500	39	6	15,38	11	28,21	3	7,69	19	48,72
Total	190	64	33,68	55	28,95	22	11,58	49	25,79

La Grande multiparité est le facteur favorisant le faible poids à naissance lié à la mère (33,68%). Cette tendance est observée chez les enquêtés ayant l'âge gestationnaire de 37-40 SA, soit 52,50%; du sexe masculin, soit 41,82%; ceux avec poids à la naissance de 1500 à 2000 gr, soit 46,15% et ceux avec le poids à la sortie inférieur à 2500 gr, soit 53,43%.

Tableau 5. Répartition des enquêtés selon les Facteurs liés aux nouveau-nés

VARIABLES	N	Prématurité		Détrousse respiration		Asphyxie	
		f	%	f	%	f	%
Age gestationnaire							
28 à 32	71	36	50,70	23	32,39	12	16,90
33 à 36	79	40	50,63	26	32,91	13	16,46
37 à 40	40	10	25,00	7	17,50	23	57,50
Sexe							
Masculin	110	48	43,64	25	22,73	37	33,64
Féminin	80	38	47,50	31	38,75	11	13,75
Poids à la naissance							
< 1000	22	11	50,00	1	4,55	10	45,45
1000 à 1500	103	44	42,72	33	32,04	26	25,24
1500 à 2000	65	31	47,69	22	33,85	12	18,46
Poids à la sortie							
< 2500	85	25	29,41	20	23,53	40	47,06
2500 à 3500	66	37	56,06	26	39,39	3	4,55
3500 à 4500	39	24	61,54	10	25,64	5	12,82
Total	190	86	45,26	56	29,47	48	25,26

La prématurité est le facteur favorisant le faible poids à naissance lié aux nouveau-nés. Soit 45,26% ils avaient l'âge gestationnaire de 28-32 SA, soit 50,70%; du sexe féminin, (47,50%); chez ceux ayant poids à la naissance inférieur à 1000 gr, soit 50,00% et ceux avec le poids à la sortie de 3500 à 4500 gr, soit 61,54%.

Tableau 6. Répartition des enquêtés selon l'issue des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia

VARIABLES	N	Guérison		Amélioration		Décès	
		f	%	f	%	f	%
Age gestationnaire							
28 à 32	71	36	50,70	23	32,39	12	16,90
33 à 36	79	43	54,43	25	31,65	11	13,92
37 à 40	40	24	60,00	8	20,00	8	20,00
Sexe							
Masculin	110	66	60,00	24	21,82	20	18,18
Féminin	80	37	46,25	32	40,00	11	13,75
Poids à la naissance							
< 1000	22	15	68,18	4	18,18	3	13,64
1000 à 1500	103	56	54,37	29	28,16	18	17,48
1500 à 2000	65	32	49,23	23	35,38	10	15,38
Poids à la sortie							
< 2500	85	53	62,35	16	18,82	16	18,82
2500 à 3500	66	29	43,94	27	40,91	10	15,15
3500 à 4500	39	21	53,85	13	33,33	5	12,82
Total	190	103	54,21	56	29,47	31	16,32

Les nouveau-nés avec faible poids à la naissance sont sortis guéris (54,21%). Ils avaient l'âge gestationnaire se trouvant entre 33-36 SA, (47,83%); du sexe masculin, (51,11%); ceux avec un poids à la naissance de 1500 à 1999gr, soit 49,23% et ceux avec le poids à la sortie de 3500 à 4500gr, soit 62,35%.

4 DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous confrontons les résultats retrouvés à ceux des autres littératures, et nous donnons notre point de vue.

4.1 FREQUENCE DES NOUVEAU-NES AVEC FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE A L'HGR/BUNIA

La fréquence des nouveau-nés avec faible poids à la naissance était de 24,45% et cette tendance était plus observée au mois de septembre, soit 43,33%.

Le résultat est supérieur à celui de l'étude menée dans la province du Katanga au centre de santé de référence BUMI où l'on avait répertorié une fréquence du faible poids de naissance de 14,3% (BWANA, 2014).

Par contre, notre résultat coïncide avec celui trouvé dans l'étude prospective, réalisée par ILUNGA (2021) à l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe dans la ville de Lubumbashi. Ils ont démontré une fréquence de 4,7% des enfants nés avec faible poids de naissance, dont les mères étaient âgées de 20 à 24 ans dans 46,7%, de profession ménagère (42%). Le paludisme sur grossesse, l'hypertension artérielle et les infections urinaires, étaient des pathologies développées pendant la grossesse dans respectivement 71%, 11,2% et 25%, alors que 79% des femmes avaient suivi les Consultations prénatales (CPN) et dont l'âge gestationnel était de 34 – 37 SA dans 54,8%.

Par ailleurs, au Mali, les statistiques nationales avaient montré, pour la population globale, une fréquence de 4,1% de naissance de petits poids (THIBAUT, 2019).

Notre résultat s'expliquerait par la mauvaise prise en charge et le manque de suivi de gestantes avant l'accouchement.

4.2 PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DES NOUVEAU-NES AVEC FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE A L'HGR/BUNIA

Nous avons trouvé que 17,37% des nouveau-nés avaient eu la Stabilisation dans un incubateur comme la prise en charge infirmière principale.

Ce résultat est contraire à celui de l'étude prospective, réalisée par ILUNGA (2021) à l'Hôpital Provincial de Référence Jason Sendwe dans la ville de Lubumbashi. Pour lui les nouveau-nés avaient un poids de naissance < 1550 gr dans 82,2% et 71% avaient été réanimés après un score d'Apgar inférieur ou égal à 7 dans 68,5%.

De même, l'étude de CISSE (2015) menée à Bamako, sur 1255 naissances dans le service, 142 nouveau-nés étaient de petits poids de naissance. Les nouveau-nés de sexe féminin constituaient 59,86 % des cas de l'étude. Ils avaient bénéficié d'une réanimation dans 21,13% des cas. Sur les 142 naissances, 33 cas, soit 23,24 % des nouveaux-nés étaient référés au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso.

Par ailleurs, le résultat est corrélé par ceux de ZAWADI (2019), qui notait que 100% des enfants avaient reçus l'oxygénothérapie comme prise en charge dans la détresse respiratoire.

Le résultat est justifié par le fait que la plupart des enfants nés avec faible poids à la naissance seraient sauvés grâce à des mesures réalisées et d'un bon rapport coût-efficacité, notamment des soins de qualité avant, pendant et après l'accouchement: la prévention et la prise en charge des infections courantes, qui associait le contact peau à peau dans un porte-bébé ou une écharpe spéciale pendant le plus de temps possible avec la personne qui s'occupe principalement du nourrisson. Et l'incubation était parmi les meilleures solutions en cas de beaucoup de complications.

4.3 PRISE EN CHARGE MEDICALE DES NOUVEAU-NES AVEC FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE A L'HGR/BUNIA

Notre résultat montre que 15,26% des nouveau-nés avaient eu l'Ampicilline+gentamicine comme la prise en charge médicale principale.

Ce résultat est discordant de celui de l'étude d'ARVING (2016) en Inde, où la majorité des nouveau-nés de FPN avaient un poids compris entre 2000 et 2499g. Les nouveau-nés provenant des hôpitaux de références, avaient le plus bas taux de décès et que la mortalité néonatale était alourdie par les mauvaises conditions de transfert des nouveau-nés référés. Il retrouvait que les nouveau-nés ayant été en contact avec le milieu extérieur, avaient un taux de mortalités de 26,4% contre 16,1% dans le groupe n'ayant pas été en contact avec le milieu extérieur. Les conditions septiques dans lesquelles ils naissaient et le transfert très souvent non médicalisé, les exposaient aux infections et à d'autres troubles comme l'hypothermie.

Quant à l'étude de LUBCHENKO et al., (2015), la plupart des nouveau-nés de FPN étaient décédées en période néonatale précoce (79,4%). Selon l'endroit où naissait un nourrisson prématuré, ses chances de survie présentaient des disparités importantes. Le taux de survie ne dépassait pas 10 % dans les pays africains. On recommandait de séparer, pendant un certain temps, le nouveau-né de la personne qui s'en occupait principalement, afin de le stabiliser dans un incubateur ou une couveuse. Il fallait compter en moyenne 3 à 7 jours.

Notre résultat se validerait par le fait que comme la plupart des nouveau-nés avec faible poids à la naissance manquaient de graisse corporelle, ils auraient souvent du mal à réguler leur propre température à la naissance et auraient souvent besoin d'une assistance médicale pour respirer.

4.4 FACTEURS LIÉS À LA MÈRE

La Grande multiparité était le facteur favorisant le faible poids à naissance lié à la mère (33,68%).

Ce résultat est contraire à celui de l'OMS (2014) constatant que la proportion des petits poids de naissance du nouveau-né était plus élevée chez les nouveau-nés des mères jeunes, soit 41,44% pour l'âge inférieur ou égal à 19 ans et 46,05% pour l'âge compris entre 20-30 ans. Elle avait noté une absence de CPN chez 61,84% de patientes.

Le résultat est corrélé par l'étude réalisée par SANDRINE (2016) selon laquelle la proportion d'enfants de faible poids de naissance était de 8.7 % (7.8 – 9.5 %). Parmi ces derniers, 83,8% étaient toujours en vie au moment de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) (2017: 69). Cependant, il existait une association significative entre le faible poids de naissance et les caractéristiques maternelles telles que l'âge, le milieu de résidence, le statut socio-économique, le niveau d'instruction, l'indice de masse corporelle, le dernier intervalle inter gésénique, ainsi que le type de grossesse. En régression logistique multiple, les prédicteurs maternels du faible poids de naissance étaient l'âge, soit 41,44%, le statut socio-économique, soit 19,7%, le type de grossesse et l'indice de masse corporelle, soit 26,7%.

Par contre, le résultat est discordant à celui d'ICHAKA (2015) qui avait réalisé une étude à l'Université de Bamako sur les facteurs favorisant, les petits poids de naissance. Les primipares étaient les plus représentées dans l'étude, soit 47.73%.

Notre résultat se justifierait par les bas niveaux sociaux économiques, l'absence de CPN, le paludisme et l'infection urinaire chez les femmes enceintes.

4.5 FACTEURS LIÉS AUX NOUVEAU-NÉS

La prématurité était le facteur favorisant le faible poids à naissance lié aux nouveau-nés, soit 45,26%.

Ce résultat concorde avec celui trouvé dans les pays en voie de développement où la malnutrition maternelle était fréquente. Environ 30% de l'insuffisance pondérale étaient imputables au retard de croissance intra utérine. En revanche, dans les pays développés, la naissance prématurée constituait la première cause de faible poids de naissance (LANSAC, 2016).

Notre résultat est similaire à celui de GARBA (2018) qui avait réalisé son étude sur les aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital national du point G (HPG). Il avait enregistré 26,8% de décès néonataux dus aux causes classiques de l'accouchement prématuré.

Par ailleurs, selon une étude menée au BRAZZAVILLE par MABIALA et al. (2015) un petit poids était constaté dans 12,4 % des naissances. Il était plus fréquent chez les adolescentes et les mères de 30 ans et plus, ainsi que chez les mères de bas niveau socioéconomique. Les autres principaux facteurs de risque étaient: la primiparité, soit 47,5% et la grande multiparité soit 38%, les antécédents d'avortement, soit 28,4%, un indice de masse corporelle inférieur à 18 et l'existence d'une hypertension artérielle ancienne ou gravidique, soit 23,9%. Un meilleur suivi de grossesse, soit 71,8% (plus de trois consultations prénatales ou au moins une échographie obstétricale) était associé à un taux bas de petit poids à la naissance.

Notre résultat se justifierait par le fait que la plupart d'enfants avec faible poids de naissance seraient de prématurés. Ceci serait dû aux infections urinaires et une négligence de suivi de la CPN les femmes enceintes.

4.6 ISSUE DES NOUVEAU-NÉS AVEC FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE A L'HGR/BUNIA

Les nouveau-nés avec faible poids à naissance étaient sortis guéris, soit 54,21%.

Notre résultat est supérieur à celui de ZAWADI (2019). Elle avait rapporté que 68% des enfants étaient décédés; 38% étaient nés de mère dont l'âge variait entre 36 et 40 ans; 51%, des mères grandes multipares; 40,5% des mères avec le niveau d'étude secondaire; 16,2% des mères provenant de LAO.

Notre résultat est en parallèle avec celui de l'étude d'ALWORONGA (2016) révélant que la mortalité chez les NN avec détresse respiratoire était élevée avec un score de 68%, soit 25 cas contre 32% de guéris. Cependant, 100% étaient soignés par l'aspiration et l'oxygénothérapie, suivie de 46% lesquels étaient élevés dans la couveuse.

Par contre, l'étude menée à Bangui révélait que sur 1032 nouveau-nés hospitalisés pendant la période de l'enquête, 543 étaient des nouveau-nés de faible poids de naissance, soit 52,5 %. La mortalité hospitalière restait très élevée chez les nouveau-nés de faible poids de naissance avec 224 cas de décès soit 41,3 % (BOBOSSI, 2018).

Pour Nancy, parmi les 369 nouveau-nés de faible poids de naissance décédés, 97,3 % étaient des extrêmement petits poids. Le taux de décès diminuait au fur et à mesure que le poids de naissance augmentait avec une différence statistiquement significative ($P < 0,001$). A contrario, chez les sortis vivants, le taux augmentait proportionnellement au poids de naissance. Une relation avait donc été établie entre le poids de naissance et le décès ($R = -0,355$). La majorité des décès était représentée par les nouveau-nés de FPN dont le score d'Appgar était inférieur à 7 à la première minute, soit 58,2% (THIBAUT, 2019).

Notre résultat se justifierait par le fait que le très faible poids de naissance, le transfert extra-muros des nouveau-nés et les moyens de transport utilisés, seraient des facteurs de risque de mortalité.

5 CONCLUSION

Le présent travail portait sur le « Profil épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia ».

Nous nous étions fixée l'objectif général de décrire le profil épidémiologique des nouveau-nés avec faible poids à la naissance à l'HGR/Bunia.

Cette étude était du type descriptif réalisée par la méthode transversale. La population était constituée des nouveau-nés avec faible poids de naissance en néonatalogie de l'HGR/Bunia. Nous avons procédé par l'échantillonnage probabiliste. L'échantillon était du type exhaustif, constitué de 190 nouveau-nés. Pour récolter les données, nous avons utilisé la technique de guide de revue préétabli. Pour analyser les données du présent travail, nous avons utilisé l'indice de pourcentage.

Après le traitement et l'analyse des données, les résultats saillants se présentaient de la manière suivante:

- La fréquence des nouveau-nés avec faible poids à la naissance était de 24,45% et cette tendance est plus observée au mois de septembre, soit 43,33% ;
- 17,37% des nouveau-nés avaient eu la Stabilisation dans un incubateur comme la prise en charge infirmière principale,
- 18,13% des nouveau-nés avaient eu l'Ampicilline et gentamicine comme la prise en charge médicale principale ;
- Dans 33,68% la grande multiparité était le facteur favorisant le faible poids à naissance lié à la mère ;
- La prématurité était le facteur favorisant le faible poids à naissance lié aux nouveau-nés (45,26%) ;
- 54,21% des nouveau-nés avec faible poids à naissance étaient sortis guéris.

Ainsi, nous recommandons ce qui suit:

Aux autorités

- De garantir des CPN et du bilan prénatal
- D'améliorer le plateau technique dans le service de Pédiatrie;
- D'oter l'unité de néonatalogie en kit de nouveau-nés.

Au personnel de santé

- De pratiquer la communication pour le changement de comportement; (environnement agréable, alimentation de qualité équilibrée et diversifiée durant la grossesse, CPN)
- D'améliorer la collaboration interdisciplinaire;
- D'informer et de sensibiliser les gestantes sur les facteurs de risque d'accouchement prématuré.

A la population:

- De suivre les consultations prénatales dès le début de la grossesse et accoucher en milieu médical;
- D'éviter les grossesses trop (précoces; tardives; nombreuses; rapprochées)
- D'assister et de pratiquer les conseils prodigués par le personnel soignant au cours des CPN.

Au futur chercheur

- De mener la recherche sur les facteurs favorisant les faibles poids à la naissance.

REFERENCES

- [1] Beck S and al., (2016): The worldwide incidence of preterm birth. Systemic view of maternal mortality and morbidity. Bull who; 88 (4): 31-8.
- [2] Blencowe H, et al., (2016): *National, regional and worldwide estimates of preterm birth*. 9; 379 (9832): 2162-72. Estimates from.
- [3] Bocoum B. (2015): Profil épidémioclinique des nouveau-nés prématurés de l'unité kangourou du CHU Gabriel Touré de Bamako (à propos de 1084 cas). Thèse de médecine Bamako: FMOS; 2015; 29-33P.
- [4] Diakité FL. (2014): Facteurs de risque des nouveau-nés prématurés dans le service de pédiatrie du CHU.GT. Thèse de médecine Bamako: FMOS; 22-121p.
- [5] Diarra I. (2017): Petits poids de naissance, facteurs étiologiques et pronostic fœtal immédiat au centre de santé communautaire de Banconi de la commune I dudistrict de Bamako. Thèse Med Bamako 10M151.

- [6] Hama A. (2018): La morbi-mortalité des nouveau-nés prématurés à l'HES Mère-Enfant de Tlemcen durant 2017. Médecine: Tlemcen: Université Abdouber Belkaid Tlemcen.
- [7] Hassoune S et coll. (2016): *Ampleur de la prématurité dans les pays du grand Maghreb*. LA TUNISIE MEDICALE; Vol 96 (10/11).
- [8] Ider D. (2014): Complications chez les prématurés nés entre 28 et 36 semaines d'aménorrhée selon le type de prématurité. Thèse de médecine paris: 13P.
- [9] Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM). *La prématurité en France*. Disponible sur http://www.inserm.fr/thematiques/biologie_cellulaire_developpement_et_evolution_dossiers_d_information/la_prematurite_un_monde_a_explorer. Consulté le 20/03/2023.
- [10] Liu L., and al., (2016): Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. 2016; 388 (10063): 3027-35.
- [11] OMS (2018): *Naissances prématurées*. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Consulté le 28 Avril 2023.
- [12] Ouattara LB. (2019): *Profil épidémiologique et devenir à court terme*. Thèse de médecine Marrackech No88.
- [13] Ouedrago S O. (2016): Facteurs de risque de décès des nouveau-nés de faible poids de naissance à Ouagadougou (Burkina Faso). Volume 26, Issue 4, Septembre 2013, 204-209P.
- [14] Samake AM. (2019): Caractéristiques des prématurés décédés au niveau du service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure. Thèse de médecine, Bamako: 70p.
- [15] Sangaré D. (2017): Devenir immédiat des prématurés dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Thèse de médecine FMOS: 98p.
- [16] Vollenweider N et coll. *La prématurité, je suis né trop tôt: angoisse pour mes parents. Rapport d'immersion en communauté*; Genève 2004; 2-11p.
- [17] Zigliara P. (2019): *Prise en charge de la prématurité à l'officine place et conseils du pharmacien*. Thèse de pharmacie; Lille; 2019: 90P.