

**-MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE UN BUT UNE FOI



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Université des Sciences, des
Techniques et des Technologiques
de Bamako**



TITRE

*Etude des connaissances et
pratiques des soins
essentiels aux nouveau-nés
en commune VI de
Bamako.*

THESE

**Présenté et soutenue publiquement le 09/09/2020 Devant la
Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie par**

M. Sékou Amadou Tidjani MAIGA

*Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)*

Président : Pr TOGO Boubacar

Membre : Dr COULIBALY Cheick Abou

Co-directeur : Dr DIA Amadou

Directeur de thèse : Pr SANGHO Hamadoun



DEDICACE



Nous rendons grâce à notre seigneur **ALLAH** le tout puissant, le clément et le miséricordieux, le sauveur unique ainsi qu'à notre prophète **MOUHAMED (Moustaphah)** paix et salut sur lui (PSL) et sa famille.

Par sa volonté son aide et sa générosité nous sommes arrivés au terme de notre travail, après plusieurs années de sacrifice.

Merci à toi le créateur, le tolérant et le donateur... nous implorons ton pardon : augmente notre foi en toi et fais que nous soyons parmi les gens soumis et les fervents adorateurs jusqu'à la dernière seconde de notre vie sur cette terre.

Amen !!!

Je dédie ce travail

❖ A mon Père Sarmoye Maiga

Vous avez consacré le meilleur de vous, pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Vous avez toujours été un père extraordinaire avec un cœur immense pour tous les enfants de la famille.

Il est difficile de voir à nos jours, un père aussi généreux, attentionné et rassembleur pour l'unité de la famille.

Que Dieu te donne une longue vie heureuse et prospère à notre côté.

❖ A ma mère Kadidia dite Aiya Touré

Femme courageuse, croyante et dynamique avec pleine de valeur intrinsèque et extrinsèque. Ta modestie et ta générosité ont contribué à la stabilité de la famille.

Je ne saurais trouver des mots pour t'exprimer mes sentiments à votre juste mérite.

Cette œuvre est le résultat de ce que vous nous avez toujours enseigné dans la vie : le travail et la détermination.

Votre souci a toujours été la réussite de tous les enfants de la famille et vous avez consenti toutes votre énergie nécessaire pour cela.

Sachez que l'honneur de ce travail vous revient ma très chère mère.

❖ A mon oncle Baba Maiga

Sachez que je ne saurais vous rendre hommage à la hauteur de vos efforts consentis sur notre étude, depuis à bas âge jusqu'à aujourd'hui.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Cet honneur vous revient très cher oncle et père.

Nous prions le tout puissant de veiller sur vous à nos coté.

❖ A ma tante, amie Hawoye Tata Touré

Vous m'avez aidé à franchir plusieurs caps difficiles de ma vie à travers vos sages conseils. Vous avez et vous resterez toujours pour moi une référence au sein de la famille : une mère, tante et amie avec un cœur immense, optimiste, courageuse et bien déterminée.

L'expression me manque pour vous remercier à votre juste valeur. Que le tout puissant te donne une longue vie heureuse dans la prospérité à notre côté.

Merci !!!

❖ A mes grands parents

Feu Almane Sidy touré et feu Tata sidy omar Touré paix à leurs ames

Feu Fatoumata dite Tiétié Kamigna et Alhadj Bahamane Maiga, homme de grand valeur, intégré, pieux, sage et modeste.

Je ne saurais vous rendre hommage à la hauteur de vos bons actes posés en nous. Soyez sûr, nous resterons engagés et bien déterminé pour suivre la voie du bien être que vous nous avez toujours enseigné.

Ces traits seront bien préservés et transmis à d'autres générations

Longue vie à vous, que DIEU bénisse la famille.

❖ A mes tantes et oncles

Bamoye Maiga et Aigna Diany ; Fatoumata Touré dite Touré ; feu Bamoye Sory Traoré (ex maire de Djenné) et Badji Touré ; Amadou Fassa ; Sidy Touré.....

Merci pour vos nombreux soutiens indéfectibles et je ne cesserai jamais de louer vos sages conseils. Puisse Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

❖ A mes frères et sœurs et l'ensemble de la famille

Bahamane Maiga ; Hassalmane Maiga ; Anna Maiga ; Bah Maiga ; Mahamane Traoré (Paix a son âme); Babarou Traoré ...

Vous qui m'avez soutenu dans des moments difficile, je ne peux que vous remercier et être reconnaissant envers le bon DIEU de vous avoir tous eu comme frères et sœurs, amis.

L'honneur de ce travail vous revient, ainsi qu'à l'ensemble de tous les membres de la famille.

Je prie le Seigneur qu'il nous donne une longue vie, afin que chacun d'entre vous, puisse goûter le fruit de ce travail.

❖ A ma chère et tendre épouse Aigna Samounou

Merci pour ta confiance et tes soutiens moraux, physiques et matériels.

Cette œuvre est le résultat de tes plusieurs années de sacrifice et de patience, aujourd'hui l'honneur te revient.

Je remercie mon seigneur d'avoir croisé mon chemin une femme comme toi.

Femme courageuse, battante, sereine, honnête, compréhensive et généreuse.

Sache que ces qualités te font d'une grande femme digne de ce nom.

Que Dieu te bénisse et bénisse notre mariage ma très épouse.

❖ A ma fille Fatimata Zaharaou Maiga (Photo de page de garde)

Je n'aurai jamais imaginé que ce travail se ferait après ta naissance mais nul ne peut contre la volonté et le dernier mot l'appartient.

Que Dieu te bénisse et bénisse la famille.

REMERCIEMENT

Je ne pourrai terminer ce travail sans témoigner ma reconnaissance mes remerciements:

A mes amis :

- **Dr KONE Younoussa ; Dr SIDIBE Moussa Tongo**

Pour votre assistance inestimable, votre disponibilité et votre sympathie à mon égard. Toutes mes sincères reconnaissances.

A mes amis :

- **Adama DIARRA et Cheick TANGARA**

Pour vos multiples soutiens moraux, soyez rassurées de ma disponibilité.

- **A l'ensemble de toute la famille MAIGA ; TOURE et SAMOUNOU**

De près et de loin pour vos soutiens incontestables, moraux, physiques et matériels. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer.

- **A tout le personnel du CREDOS**

Merci pour votre aimable sympathie et votre sincère cordialité. Recevez ici l'expression de mes respectueuses considérations.

- **Au personnel du CSREF, ASACOMA, ASACONIA, ASACOFA ET, ANIASCO de la commune VI du district de Bamako**

Pour leur disponibilité et leur grande générosité. Les moments passés avec vous ont été d'une grande expérience de plus pour ma formation. *Merci*

- **Au corps professoral de la F.M.O.S**

Merci pour la qualité des cours dispensés. Que Dieu vous en récompense.

- **A tous ceux qui ont contribué de près et de loin.**

Je vous remercie infiniment et soyez rassurées de ma disponibilité. *Inch'ALLAH*

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

A Notre Maître et Président du jury : Pr Boubacar Togo

- ❖ Professeur titulaire en pédiatrie à la FMOS
- ❖ Chef du département pédiatrie du CHU Gabriel Touré
- ❖ Pédiatre oncologue
- ❖ Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique
- ❖ Membre du groupe franco-africain
- ❖ Membre de l'union internationale de lutte contre le cancer

Cher maître,

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements, pour l'honneur que vous nous avez fait, en acceptant de présider ce jury de thèse.

Vous êtes d'une grande probité professionnelle.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre sens élevé de compréhension, font de vous un grand homme de qualité et admirable de tous.

Honorable maître veuillez agréer l'expression de nos sentiments les plus voués.

A notre Maître et juge, Dr Cheick Abou Coulibaly

- ❖ Maître-assistant en épidémiologie
- ❖ Professeur en santé publique à la FMOS

Cher maître,

Nous sommes très émerveillés de vous compter parmi ce jury, malgré vos multiples importantes occupations.

Vos critiques et vos suggestions, apporteront une amélioration de qualité à ce travail.

Recevez, cher maître notre sincère reconnaissance et notre plus grand respect à votre égard.

A notre maître et co-directeur de thèse : Dr Amadou DIA

- ❖ Médecin Santé Publique
- ❖ Chargé de la Recherche au Centre de Recherche, d'étude et de Documentation pour la Suivie de l'enfant (CREDOS)

Cher maître,

Les mots me manquent pour exprimer avec exactitude, notre profonde admiration et respect à votre égard.

Votre simplicité, votre rigueur dans le travail et votre disponibilité sans limite sont des qualités qui m'ont beaucoup touché et Inchallah, nous, nous efforcerons de les atteindre.

Nous sommes aujourd'hui fiers de vous et d'être parmi votre éternel discipline.

Cher maître acceptez ici ma profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse : Pr SANGHO Hamadoun

- ❖ Maître de conférences Agrégé en Santé publique
- ❖ Professeur Titulaire en santé publique à la FMOS
- ❖ Ex-directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS),
- ❖ Chef de DER en Santé Publique et Spécialités

Cher maître,

Vous, nous avez confié et dirigé ce travail avec bienveillance et disponibilité, malgré vos multiples occupations.

Nous sommes aujourd'hui flattés et honorés d'être parmi, vos nombreux élèves. Vous demeurez pour nous, un exemple à suivre et on ne cessera jamais de louer vos nombreuses qualités incontestables, qui vous font d'un grand homme, intègre, digne et sage dans notre société et dans la religion.

Très cher maître, veuillez accepter ici, le témoignage de notre profonde admiration et nos sincères remerciements.

Puisse, Dieu vous garde longtemps et vous couronne de santé et prospérité.

ABREVIATIONS

- ASACOMA : Association de Santé Communautaire de Magnabougou
ASACOFA : Association de Santé Communautaire de Faladiè
ASACONIA : Association de Santé Communautaire de Niamakoro
ANIASCO : Association de Santé Communautaire de Niamakoro
CSREF : Centre de Santé de Référence
CREDOS : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant.
CPN : Consultation Périnatale
EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali.
ENC : Essential Newborn Care (soins essentiels au nouveau-né)
FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
IEC : Information, Education, Communication
NN : Nouveau-Né
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
SENN : Soins Essentiels au Nouveau-Né
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
VAT : Vaccin Anti Tétanique
ODD : Objectif de Développement Durable
FAF : Fer Acide Folique
PPN : Petit Poids à la Naissance
AC : Anticorps
SA : Semaine Aménorrhée

SOMMAIRE

I	INTRODUCTION.....	1
II	OBJECTIFS.....	6
III	GENERALITES.....	8
IV	METHODOLOGIE.....	32
V	RESULTATS.....	45
VI	DISCUSSIONS.....	65
VII	CONCLUSIONS.....	75
VIII	RECOMMANDATIONS.....	77
VIX	REFERENCES.....	80
X	ANNEXES.....	88

I. INTRODUCTION

Les soins à la mère et au nouveau-né constituent un processus complexe, multidimensionnel et dynamique visant à fournir des soins sûrs, individualisés et dispensés par des personnes qualifiées. Ces soins répondent aux besoins physiques, affectifs, psycho-sociaux et spirituels du couple mère-nouveau-né et de la famille.

Une telle perspective permet de mieux voir la grossesse et la naissance comme une étape saine et normale de la vie, et reconnaît l'importance du soutien de la famille, de sa participation, ainsi que de choix éclairés.

Cette façon de voir les soins reflète une approche plutôt qu'un protocole bien défini [1].

Porter un bébé, avoir un ou plusieurs enfants, c'est le rêve de toutes les femmes. Acte naturel, la grossesse et l'accouchement se déroulent le plus souvent de façon simple et heureuse, mais on ne peut jamais savoir à l'avance si une grossesse va évoluer jusqu'à son terme sans difficultés et sans complications. Certaines de ces complications peuvent même entraîner parfois la mort de la mère et de son enfant [2].

Il est unanimement admis que la santé du couple mère- enfant est intimement corrélée avec les caractéristiques bio-socio-démographiques du nouveau-né et de la mère. Cette relation résulte de leurs interactions qui prennent source dans le comportement procréateur de la femme, le niveau de vie, les conditions de l'environnement externe incitant une intervention globale et intégrée dans le continuum des soins [3].

Selon OMS chaque année, près de 30 millions de bébés naissent trop tôt, trop petits ou tombent malades et ont besoin de soins spécialisés pour survivre [4].

15 000 de ces nouveaux nés mourront chaque jour avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire, dont 46% au cours des 28 premiers jours [5].

Chaque année, on enregistre 2,6 millions décès néonataux dans le monde et trois quarts de ces décès surviennent pendant la première semaine de vie [6].

Alors que l'espérance de vie s'allonge, la mortalité infantile reste un mal bien ancré dans le 21^e siècle et même un fléau mondial toujours d'actualité [7].

Bien qu'il y ait eu de progrès sur la réduction de décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde (5,6 millions en 2016, contre près de 9,9 millions en 2000), mais devient alarmant de l'augmentation de proportion des décès néonataux. Elle est passée de 41% à 46% au cours de la même période [5].

Selon OMS au rythme actuel, si rien n'est fait d'ici 2030 près de 30 millions de nouveau-nés mourront dans les 28 premiers jours de leur vie [5].

Sur les statistiques de santé passées en revue par l'OMS dans le domaine de la mortalité infantile, l'écart entre les pays sous-développés et les pays développés est très grand et les plus vulnérables sont les nouveau-nés [8].

Avec seulement un taux moyen de décès de 3,3 pour mille naissances vivantes pour les pays à revenu élevé, contre 27 pour les pays à faible revenus soit un chiffre nettement supérieur à la cible de 12 pour 1 000 fixée par les ODD [9].

La plupart des décès néonataux surviennent dans 2 régions:

L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud comptabilisant chacune 39 % des décès néonataux dans le monde [10].

Situation en Afrique

Parmi les dix pays les moins bien classés, huit sont en Afrique subsaharienne, région où les femmes ont bien moins de chances de bénéficier d'une assistance à l'accouchement compte tenu de la pauvreté, des conflits et de la faiblesse des institutions [11].

Chaque année en Afrique...

- 30 millions de femmes tombent enceintes
- Environ un quart de million de femmes meurent de causes liées à la grossesse

- Environ un million de bébés sont mort-nés, dont au moins 300.000 qui meurent lors du travail.
- 4 millions de bébés d'un poids insuffisant et d'autres souffrant de complications néonatales vivront mais sans jamais atteindre leur plein potentiel et un nombre analogue de femmes africaines connaissent des complications non fatales de la grossesse [12].

Chacun de ces décès est une tragédie, d'autant plus que la grande majorité pourrait être évitée, si des agents de santé qualifiés appliquaient des mesures sanitaires efficaces lors de l'accouchement et pendant la première semaine de vie [13].

La prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance, les infections, l'asphyxie (manque d'oxygène pendant l'accouchement) et les traumatismes obstétricaux représentent pratiquement 80% des décès dans ce groupe d'âge [13].

Une couverture d'interventions essentielles étendues à 90% permettrait de sauver la vie de 800 000 nouveau-nés chaque année en Afrique et améliorerait également la santé des mères et des enfants [14].

Situation au Mali

Au Mali le taux de mortalité néonatale est de 35 pour mille selon EDISM VI, soit un nouveau-né sur 28 naissances vivantes décède en moins d'un mois [15].

Il existe des insuffisances relatives aux données sur les causes de mortalité néonatale au Mali, parmi elles figurent trois causes principales :

La prématurité, l'asphyxie, le sepsis (un syndrome d'infection générale et grave) [16].

Malgré les multiples efforts consentis, sur la politique nationale de la santé, avec l'ambition de résoudre les problèmes prioritaires de santé et l'appui des partenaires, **le Mali figure parmi les 10 pays, avec le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde et le 2^e pays africain en terme mortalité infantile élevée** [17].

Cet état de fait doit nous alerter pour agir, afin de ne plus voir une femme perdre son bébé après l'accouchement de causes évitables.

C'est ainsi qu'on assiste au déploiement du paquet de soins essentiels au nouveau-né, dont l'efficacité a été prouvée par la mise en œuvre d'interventions peu coûteuses, réalisables avec des investissements additionnels relativement faibles, disponible et accessible pour tous les nouveau-nés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dispensés avec compétence technique [18].

D'où l'importance des connaissances et pratiques des soins prodigués pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de la vie afin de donner une chance aux couple «mère et nouveau-né».

Notre étude vient de faire l'état des lieux sur les connaissances et pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés dans les centres de santé retenus en commune VI du district de Bamako.

Les conclusions et les recommandations permettront d'améliorer l'état de santé du couple mère-nouveau-né et de réduire la mortalité néonatale dans notre pays.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

- ✓ Etudier les connaissances et pratiques, des soins essentiels aux nouveau-nés, des mères et des prestataires en commune VI du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des mères
- ✓ Déterminer les connaissances et pratiques des agents de santé sur les soins essentiels aux nouveau-nés.
- ✓ Décrire les connaissances et pratiques des mères sur les soins essentiels du nouveau-né.
- ✓ Proposer des recommandations en vue d'une amélioration des soins de santé.

III. GENERALITES

3 1 Définition des concepts [18]

Pour la compréhension du sujet, il importe de rappeler un certain nombre de définitions qui paraissent indispensables :

➤ **Taux de mortalité infantile :**

Nombre de décès pendant la première année de vie pour 1000 enfants nés vivants

➤ **Taux de mortalité néonatale :**

Nombre de décès pendant les 28 premiers jours de vie pour 1000 enfants nés vivants

➤ **Taux de mortalité périnatale :**

Nombre de décès entre 22 semaines de grossesse jusqu'à la fin du 7^{ème} jour après la naissance pour 1000 enfants mort-nés et vivants. Englobe la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce

➤ **Période néonatale :**

Va du premier jour au 28^{ème} jour de vie. Elle est divisée en deux parties :

-la période néonatale précoce (les sept premiers jours de la vie)

-la période néonatale tardive (du 8^{ème} jour jusqu'à la fin du 28^{ème} jour)

➤ **Période périnatale :**

Elle va de la 22^{ème} semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale.

➤ **Nouveau-né de petit poids de naissance (PPN) :**

Nouveau-né pesant moins de 2500 g à la naissance il peut être prématuré ou à terme mais avec un retard de croissance intra utérin.

➤ **Mort-né :**

L'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception au bout d'au moins 22 semaines de gestation, ou pesant 500 g et qui, une fois extrait, n'a montré aucun signe de vie.

➤ **Mort-né frais :**

L'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception, quelle que soit la durée de la grossesse et qui, une fois extrait a un aspect normal et ne montre aucun signe de vie (ne respire pas, ne bouge pas)

➤ **Mort-né macéré :**

L'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception, quelle que soit la durée de la grossesse, et qui, une fois extrait, ne présente aucun signe de vie et dont la peau a un aspect de brûlé vif qui se détache d'elle-même.

➤ **Retard de la croissance intra-utérine:**

Croissance du fœtus entravée par des troubles fœtaux, des affections maternelles (par exemple, malnutrition maternelle) ou une insuffisance placentaire

➤ **Naissance à terme:**

Accouchement intervenant entre la 37ème et la 42ème semaine d'âge gestationnel.

➤ **Naissance prématurée:**

Accouchement intervenant avant la 37ème semaine d'âge gestationnel.

➤ **Naissance post-terme:**

Accouchement intervenant après la 42ème semaine d'âge gestationnel

➤ **Gasp :**

Inspirations irrégulières entrecoupées de longues pauses ne suffisant pas à assurer la ventilation

➤ **La mortalité maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la délivrance, quelle qu'en soit la durée et la localisation. On exprime la mortalité maternelle nombre de morts par 100 000 naissances vivantes.

➤ **Le colostrum:**

Premier lait visqueux jaunâtre doit être le premier et unique goût du nouveau-né, il est très riche en vitamine A en anticorps (AC) et autres éléments ou facteurs de protection. Il est souvent appelé « le premier vaccin ».

- **Nullipare:** Jamais accouché
- **Primipare:** Un accouchement
- **Pauci pare:** 2-4 accouchements
- **Multipare:** 5-6 accouchements
- **Grande multipare :** 7 accouchements et plus.
- **Primigeste :** 1 grossesse
- **Pauci geste :** 2-3 grossesses
- **Multi geste :** 4-5 grossesses
- **Grande multi geste :** 6 grossesses ou plus.
- **Allaitement artificiel :**

C'est le fait d'alimenter son bébé pendant 6 mois avec d'autres aliments que du lait de sa mère.

➤ **Allaitement mixte :**

Les deux cas d'allaitement s'effectuent en même temps.

➤ **Vaccination :**

Méthode de prévention de certaines infections microbiennes ; virales ou parasitaires ayant pour but d'induire une immunité active par introduction dans l'organisme de préparations nommés antigènes

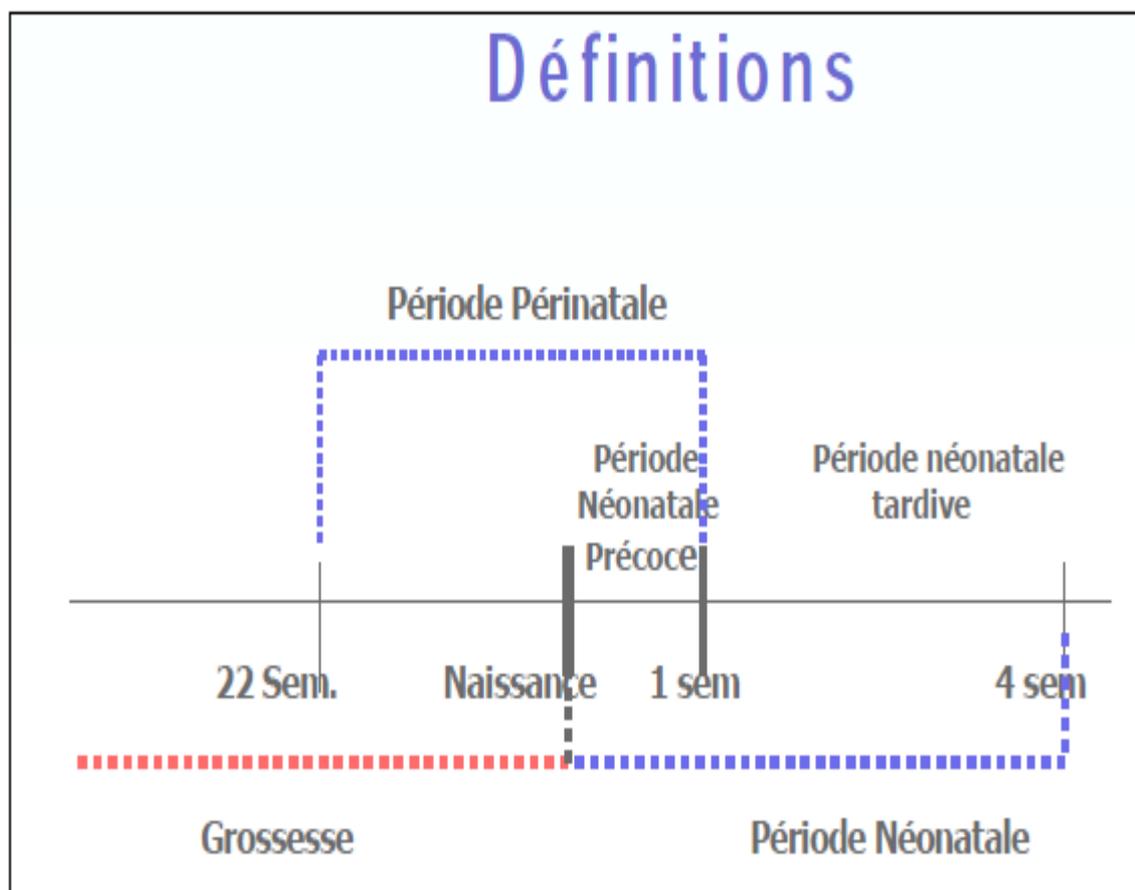


Figure 2 [18]

Tableau de classification des pays à fort taux de mortalité 2017[19]

Rang	Pays	Taux de mortalité (nombre de décès pour 1000 naissances)
1	Afghanistan	121.63
2	Niger	109.98
3	Mali	109.08
4	Somalie	103.72
5	Centrafricaine	97.17
6	Guinée-Bissau	94.40
7	Tchad	93.61
8	Angola	83.53
9	Burkina Faso	79.84
10	Malawi	79.02
11	Mozambique	76.85
12	Sierra Leone	76.64

3 2 Rappel physiologique sur la grossesse et l'accouchement

3 2 1 Physiologie de la grossesse :

La grossesse ou gestation humaine est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon ou un fœtus humain, en principe au sein de l'utérus, qui est dit gravide. En général, elle fait suite à un rapport sexuel, et débute selon le point de vue à partir de la fécondation (fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde) ou de la nidation (implantation de l'embryon dans l'utérus), et se déroule jusqu'à l'expulsion de l'organisme engendré. La durée moyenne de la fécondation à l'accouchement pour une grossesse non multiple est de 38 semaines et deux jours, soit un peu moins de neuf mois, une durée largement reprise dans la culture. Dans les faits, cette durée est variable selon les femmes et le déroulement de la grossesse. Ainsi une grossesse normale dure entre 37 semaines et 41 semaines d'aménorrhée (SA), on parlera alors de grossesse menée à terme [20].

La grossesse s'accompagne de modifications importantes de l'organisme, que ce soit sur le plan physique, notamment au niveau de l'utérus, ou sur le plan psychique. Plusieurs pathologies peuvent survenir au cours de la grossesse, qu'elles soient spécifiques ou non. Certaines de ces pathologies, parfois sans conséquence en dehors de la grossesse, peuvent avoir un retentissement important sur l'embryon ou le fœtus. En conséquence, une adaptation du mode de vie et un suivi particulier sont conseillés pour la femme enceinte [20].

3 2 2 Physiologie de l'accouchement

3 2 2 1 Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA.

Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré. Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures généralement d'ordre thérapeutique.

L'accouchement est naturel, lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie, sinon il est dirigé.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal, dans le cas contraire il est dystocique [21].

Au cours du travail et de l'accouchement, Le personnel des postes et centres de santé doit être capable de reconnaître les signes des complications importantes qui peuvent se présenter ; ainsi il pourra réagir vite et transférer la femme à l'hôpital à temps pour pouvoir sauver sa vie, ou la vie de son nouveau-né.

Le partogramme est une méthode de surveillance du travail qui permet de faire un pronostic de l'accouchement et de prendre une décision adéquate au bon moment.

Les éléments de surveillance du partogramme en relation directe avec le nouveau-né sont :

- Les bruits du cœur fœtal

- La coloration du liquide amniotique

- La présentation,

- Les contractions utérines. [18]

3 2 2 2 Phases de l'accouchement [22]

Il se divise en trois phases bien distinctes, qui sont les mêmes pour toutes les futures mamans : **le travail, l'expulsion et la délivrance.**

La phase de travail : Il correspond physiquement au raccourcissement du col de l'utérus, puis à sa dilation, menant à sa complète ouverture. Elle se caractérise par les contractions, d'abord faibles, puis de plus en plus intenses et rapprochées dès lors que la future maman a perdu les eaux.

La phase d'expulsion : C'est quand le col est entièrement ouvert, elle correspond au moment où le bébé s'engage dans le bassin de sa mère, laquelle l'aide en poussant... jusqu'à ce qu'il sorte. À ce stade, une épisiotomie (section des muscles du périnée) peut être décidée pour permettre d'agrandir l'orifice en évitant la déchirure des tissus.

La phase de la délivrance : Médicalement parlant, désigne l'expulsion du placenta qui survient après l'accouchement. Mais dans un sens plus large, cette phase comprend également les premiers moments du bébé à l'air libre.

3 3 Les préparatifs de soins du nouveau-né

3 3 1 Garantir un bon environnement

Un environnement propre, locaux nettoyés propres (nettoyage à l'eau de javel si possible). Source de chaleur si nécessaire.

Lumière et intimité.

Chaises ou escabeaux.

Toile cirée (alèse en plastique) à mettre sur le lit ou la table d'accouchement.

Surface ou place propre pour entreposer le matériel, à protéger si possible avec un champ stérile.

Horloge, chronomètre ou montre avec trotteuse.

Récipients de récupération du matériel souillé et Containers pour récupérer le matériel souillé. [23]

3 3 2 Matériel et produits nécessaires pour la prévention des infections

Eau potable, utilisation de savon liquide de préférence, gel hydro-alcoolique si possible.

Brosse à ongles souple pour le lavage des mains.

Séchage des mains à l'aide de papier jetable si possible, sinon, serviettes propres réservées à cet emploi.

Gants de ménage neufs et gants chirurgicaux stériles.

Linges pour la mère

Literie et couvertures sèches (et chaudes au besoin), propres.

Pagnes propres en coton si possible.

Serviettes propres et sèches.

Linges pour le nouveau-né

Tissus ou serviettes propres et secs (chauds au besoin) pour sécher et nettoyer le nouveau-né.

Tissus propres et secs en coton si possible pour couvrir le nouveau-né.

Bonnets et habits, y compris couches, chaussons. [23]

Matériel et produits pour l'accouchement

Matériels de protection : gants stériles, tablier (en plastique si possible), lunettes de protection si possible.

Kit d'accouchement comprenant des ciseaux stériles pour couper le cordon ombilical, des pinces de clamps et/ou des fils de ligature du cordon ombilical.

Pèse-bébé, thermomètre.

Seringues et aiguilles stériles à usage unique.

Coton, alcool ou solution de désinfection pour nettoyer les points d'injection.

Compresse stériles.

Matériel pour réanimer le nouveau-né si besoin

Prévoir une surface propre et chaude où installer le nouveau-né. [24]

Préparatifs pour les soins du nouveau-né

- Médicaments : rifampicine collyre, vitamine K1, autres médicaments
- Carnet de santé et carnet de vaccination de la mère, partogramme, registre d'enregistrement de la naissance.
- Répertorier les nouveau-nés ayant besoin de soins supplémentaires (par exemple les enfants d'un poids insuffisant à la naissance, les enfants malades ou nés de mères infectées par le VIH
- Si possible, traiter à domicile les infections locales et certains problèmes d'alimentation. [24]

3 4 Les soins essentiels du nouveau-né: SENN

Les Soins essentiels du Nouveau-né (SENN) sont définis par l'ensemble des gestes et actes réalisés pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la période néonatale et destinés à améliorer la survie du nouveau-né [23].

3 4 1 Soins essentiels avant la naissance

Les soins maternels avant la conception c'est-à-dire la prise en charge de toute maladie existante chez une femme en âge de Procréer et le suivi de la grossesse de la conception à l'accouchement par un personnel qualifié [25].

➤ Consultations prénatales

Des soins prénatals de qualité doivent accompagner la grossesse le plus tôt possible. Il est recommandé à la femme enceinte de faire au moins 4 visites prénatales.

Lors de ces visites prénatales, l'agent de santé doit effectuer les actions suivantes, ou référer la femme de manière à ce qu'elle soit suivie pour :

-Prendre l'histoire détaillée de manière à identifier tous les problèmes (problèmes sociaux, maladies antérieures, problèmes survenus lors des grossesses antérieures ou des accouchements, problèmes actuels de santé pouvant affecter la grossesse).

-Faire un examen physique et des tests de laboratoire pour évaluer la santé de la mère et l'état de la grossesse (groupe Rh, test d'Emmel, BW, taux albumine/sucre dans les urines, test VIH – à faire après counseling -, et autres examens si nécessaires) [24].

-Vaccination des mères contre le tétanos.

Fournir des suppléments de fer et d'acide folique aux femmes en âge de procréer

-Promouvoir la prise de doses suffisantes d'iode par les femmes enceintes.

-Promouvoir la consommation de quantités équilibrées de calories et de protéines.

-Éduquer les femmes sur l'importance de l'allaitement maternel immédiat et exclusif.

-Fournir des médicaments (SP) contre le paludisme et recouvrir les lits de moustiquaires traitées aux insecticides dans les régions où le paludisme est endémique [26]

NB La prise de la SP et celle du fer / acide folique doivent être espacées d'une semaine, en raison de leur interférence.

La SP est contre-indiquée lors du 1er trimestre, du fait du risque tératogène de la pyriméthamine, et au 9e mois, du fait du risque d'ictère nucléaire des sulfamides pour le nouveau-né [24].

-Reconnaissance des signes de danger durant la grossesse

Toutes les femmes enceintes doivent apprendre à reconnaître les signes de danger pendant leur grossesse, et savoir, ainsi que leurs familles, ce qu'il faut faire lorsqu'ils surviennent.

Signes de danger pendant la grossesse

Hémorragies

Maux de tête sévères

Vision trouble

Œdème (gonflement) des membres inférieurs, et surtout du visage ou des mains

Douleur abdominale aiguë

Absence ou réduction des mouvements du fœtus

Convulsions

Fièvre

Perte de liquide amniotique

Les pertes malodorantes non identifiées. [24]

-Le plan d'accouchement

Un plan d'accouchement est la préparation de l'accouchement, mise en place durant la grossesse par la femme enceinte et sa famille. Son but est d'assurer :

Un accouchement propre, à moindre risque

La rapidité d'une action appropriée en cas de problèmes. [24]

3 4 2 Soins essentiels du nouveau-né après la naissance

Ils constituent l'ensemble des gestes et actes réalisés de la naissance à six semaines pour améliorer la survie du nouveau-né [23].

Les processus d'adaptation ne sont pas seulement représentés par des modifications physiologiques néonatales immédiates mais s'échelonnent sur plusieurs jours, semaines ou mois [15].

On distingue trois périodes de soins après l'accouchement :

- les soins immédiats à la naissance
- les soins au cours des 6 premières heures de vie
- les soins jusqu'à 6 semaines. [23]

3 4 2 1 Les soins immédiats à la naissance

Ils comprennent la ligature et la section du cordon sous contrôle aseptique, le séchage et la stimulation du nouveau-né, l'évaluation du score d'APGAR pour envisager une éventuelle réanimation si nécessaire, le recouvrement à chaud ou l'usage de la table chauffante. [25]

Un des premiers examens est le score d'Apgar : qui est un système de cotation conçu par Dr. *Virginia Apgar* en 1953 aux Etats-Unis, permettant d'évaluer simplement les fonctions vitales du nouveau-né dans les dix premières minutes de la vie extra utérine [25].

Il comporte cinq paramètres "aisément appréciables sans interférer sur les soins éventuels à l'enfant" (tableau). Chacun des cinq critères est coté de 0 à 2.

Il faut réserver le score de 2 aux états strictement normaux, le score de 0 aux anomalies majeures, et coter 1 tous les états intermédiaires [25].

En pratique, on l'évalue immédiatement, à la 1^{ère}, 3^{ème}, 5^{ème} et 10^{ème} minute après la naissance.

Apgar à 0 = mort apparente

Apgar à 10 = état normal.

Attitude pratique :

- De 7 à 10 : Simple désobstruction
- De 4 à 7 : Désobstruction, oxygène et surveillance ++
- Moins de 4 : Réanimation [23].

Tableau score d'Apgar [27]

Fréquence cardiaque	Mouvements respiratoires	Tonus musculaire	Réactivité	Coloration	Total
Absence = 0	Absence = 0	Flasque = 0	Pas de réponse = 0	Pâleur, cyanose = 0	
< 100 = 1	Irréguliers = 1	Léger, flexion = 1	Mouvements = 1	Extrémités cyanosées = 1	
> 100 = 2	Réguliers = 2	Bon, flexion, mouvements = 2	Cris = 2	Rose = 2	

➤ **Les gestes spécifiques des premières minutes**

La plupart des nouveau-nés se mettent à respirer et crient à la naissance. L'état de santé d'un nouveau-né qui présente des problèmes de respiration ou qui ne respire pas doit être immédiatement évalué et une réanimation mise en place.

Dans le cas d'un nouveau-né qui respire bien, les soins à lui apporter sont présentés dans le tableau ci-dessous [28].

Tableau: Étapes à suivre pour les soins immédiats du nouveau-né [24]

Étape1 : Sécher et stimuler le nouveau-né.
Étape2 : Evaluer la respiration et la coloration.
Étape3 : Évaluer les besoins en réanimation.
Étape4 : Maintenir le nouveau-né au chaud.
Étape5 : Ligaturer et couper le cordon après cessation des battements du cordon, si l'état du nouveau-né ne nécessite pas de réanimation.
Étape6 : Identifier l'enfant, en indiquant sexe, noms de la mère et du père.
Étape7 : Appliquer collyre ou pommade ophtalmique selon les recommandations nationales.
Étape8 : Peser l'enfant, prendre ses mensurations.
Étape9 : AdministrerlavitamineK1.
Étape10 : Initier l'allaitement.
Étape11 : Nettoyer ou donner un bain au besoin au nouveau-né de mère séropositive

➤ **Étape 1 Séchage et stimulation du nouveau-né**

Sécher immédiatement le nouveau-né, y compris la tête frotter doucement le corps du nouveau-né avec une serviette propre et chaude. Enlever la serviette mouillée et la remplacer par du linge propre et sec. Placer le nouveau-né en contact peau-à-peau avec sa mère s'il respire bien, recouvrir ensemble la mère et l'enfant - la tête et tout le corps - par une couverture propre, sèche et chaude si besoin [23]

➤ **Étape 2 Evaluer la respiration et la coloration**

La coloration et la respiration du nouveau-né au fur et à mesure qu'on le sèche : la face, la poitrine, les lèvres et les joues doivent être roses, si le nouveau-né est foncé de peau, surveiller la coloration des ongles, des paumes des mains et des plantes des pieds [23]

➤ **Étape 3 réanimation si nécessaire**

Clamper et couper rapidement le cordon. Mettre le nouveau-né sur une surface plate, chaude et commencer immédiatement la réanimation. Demander de l'aide car une seconde personne est nécessaire pour s'occuper de la mère

Ne jamais prendre le nouveau-né par les pieds, tête en bas, cela risque de provoquer une hémorragie cérébrale [23]

➤ **Étape 4 Garder le nouveau-né au chaud**

S'assurer qu'un linge chaud couvre la balance, la table ou le lit. Maintenir le nouveau-né couvert, le plus possible en peau-à-peau avec sa mère. Mettre un bonnet, éviter les courants d'air. S'assurer que la température de la salle est correcte. Si le peau-à-peau est impossible, envelopper le nouveau-né, lui couvrir la tête et le placer à côté de sa mère [23]

➤ **Étape 5 Ligaturer et couper le cordon ombilical**

Faire 2 nœuds serrés autour du cordon, le premier à 2 doigts de l'abdomen du nouveau-né, le second à 5 doigts. Couper le cordon entre les 2 nœuds avec une lame de bistouri stérile ou des ciseaux stériles (kit disponible). Couvrir la partie du cordon avec une compresse stérile pendant que l'on coupe pour éviter le jaillissement du sang. Ne rien mettre sur le bout du cordon (aucun pansement).

NB La ligature et la section du cordon doivent se faire immédiatement après la naissance si la mère est séropositive ou en cas d'asphyxie périnatale, sinon attendre la fin des battements du cordon [23]

➤ **Étape 6 Identification du nouveau-né**

Il est important d'identifier le nouveau-né le plus tôt possible après la naissance avec un bracelet d'identification ou un autre procédé durable. Il est plus prudent de l'attacher au poignet et à la cheville au cas où l'un d'entre eux se détacherait [23]

➤ **Étape 7 Désinfecter les yeux**

Essuyer doucement les yeux du nouveau-né en utilisant une compresse ou un tissu propre différent pour chaque œil. Mettre de la pommade de tétracycline (ou auréomycine) 1 % appliquée à l'intérieur de la paupière inférieure de chaque œil ou mieux, un collyre uni dose antimicrobien (selon les directives)

NB Le traitement avec un antimicrobien protège le nouveau-né contre les infections des yeux et doit être effectué au cours de la première heure qui suit la naissance [23]

➤ **Étape 8 Administration de vitamine K1**

De la vitamine K1 doit être administré au nouveau-né par IM ou voie orale dans les premières 6 heures de vie. Elle permet au sang de mieux coaguler s'il y a un saignement. À la naissance, le nouveau-né présente un faible taux de vitamine K1, par ailleurs peu présent dans le lait maternel. L'administration de vitamine K1 par voie orale ou IM permet de renforcer la capacité du sang du nouveau-né à coaguler et de prévenir les hémorragies.

Dosage de vitamine K1 à administrer (en une dose unique) :

- 0,5 mg pour les nouveau-nés de très petit poids (< 1 500 g)
- 1 mg pour les nouveau-nés pesant entre 1 500 et 1 800 g
- 2 mg pour les nouveau-nés d'un poids > 1 800 g.

NB La prophylaxie par l'administration de vitamine K1 doit être systématique chez tous les nouveau-nés, il est souhaitable que toutes les équipes sanitaires puissent en disposer [24]

➤ **Étape 9 Peser l'enfant et prendre ses autres mensurations**

Un linge sec et propre, chaud si possible, doit être placé sur la balance, permettant de la tarer, pour ensuite peser le nouveau-né enveloppé du linge.

Le poids doit être mesuré lorsque l'enfant et la balance ne bougent pas.

NB Un nouveau-né ne doit jamais être laissé sans surveillance sur le pèse-bébé.

Le poids du nouveau-né est à inscrire sur la fiche mère / bébé, et dans les registres du service, selon les recommandations du Ministère de la Santé.

Un poids normal se situe entre 2 500 g et 4 000 g. On parle de petit poids à la naissance pour un poids inférieur à 2 500 g. [24]

➤ **Étape 10 Initier l'allaitement**

L'allaitement maternel durant la première demi-heure après la naissance doit être encouragée, sauf si la mère est séropositive et n'a pas opté pour l'allaitement maternel. Aider la mère pour l'initiation de la première tétée (voir le chapitre VII concernant l'allaitement). Le nouveau-né doit être correctement positionné et avoir une bonne prise du sein, en prenant dans la bouche une bonne partie de l'aréole et non seulement le bout du sein. Le temps de la première tétée ne doit pas être limité. L'allaitement précoce et non limité donne de l'énergie au nouveau-né, qui lui permet de se réchauffer et de se développer. [24]

➤ **Étape 11 Nettoyer et/ou faire le bain du nouveau-né**

S'il doit être lavé, le garder au chaud dans une pièce chauffée, sans courant d'air, le bain doit se faire rapidement et il faut sécher l'enfant immédiatement après avec une serviette préalablement chauffée, puis lui mettre un bonnet et le placer en peau-à-peau, et couvrir mère et enfant avec une couverture chaude. En cas de risque d'hypothermie, même si la mère est séropositive, il faut préférer le nettoyage.

NB Certains experts du VIH recommandent qu'un nouveau-né soit lavé aussitôt que possible après la naissance dans les régions à taux élevé de VIH ou s'il est connu que la mère est séropositive, dans le but d'enlever le sang et le liquide amniotique de la peau du nouveau-né. [23]

3 4 2 2 Soins du nouveau-né au cours des 6 premières heures

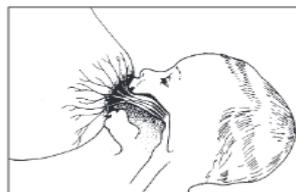
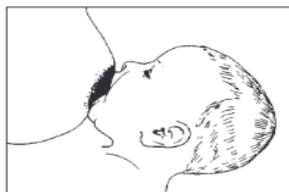
Dans le cas d'un accouchement dans une structure de santé, il est important que la mère et le nouveau-né demeurent sous surveillance au moins 6 heures après l'accouchement. Un suivi doit être fait toutes les heures durant cette période, pour évaluer divers éléments. [24]

➤ **Les étapes des soins**

- Recevoir le nouveau-né dans un linge chaud, sec et propre
- Evaluer la coloration et la respiration du nouveau-né
- Un nouveau-né normal respire 30 à 60 fois par mn, sans geignement, ni tirage thoracique.
- Maintenir la température du nouveau-né (mettre le nouveau-né sur le ventre de la mère par le contact peau à peau, le sécher tout en le stimulant, changer le linge mouillé, l'envelopper de la tête aux pieds avec un autre linge propre et sec et aider la mère à allaiter son enfant en gardant le contact peau à peau sur sa poitrine, différer le premier bain)
- Procéder autres soins de base : section et soins propres du cordon ombilical, soins des yeux par l'instillation de collyres antiseptiques, administrer de la Vitamine k1 systématique à tous les nouveau-nés ou au besoin aux nouveau-nés à risque
- Peser le nouveau-né
- Ne pas oublier d'identifier et d'enregistrer le nouveau-né
- Mettre le nouveau-né à côté de sa mère et mieux en contact peau à peau
- Vérifier la bonne pratique de l'allaitement par la mère

**SCHÉMAS DE LA BOUCHE
DU NOURRISSON**

Bonne prise du sein



Mauvaise prise du sein



© OMS

Schéma 2[27]

➤ **Premiers examens physiques systématiques du nouveau-né**

A faire dès que possible (nouveau-né stable, température stable)

Les signes de danger:

Les principaux signes de danger sont

Difficulté ou refus de téter

Léthargie

Difficulté respiratoire

Hypothermie / hyperthermie

Infections ombilicales

Vomissements persistants/ ballonnement abdominal

Convulsions [18]

➤ **Les informations et conseils donnés à la mère**

Au terme de cet examen, si le nouveau-né est normal, il faut encourager et soutenir l'allaitement au sein précoce (dans l'heure suivant la naissance) et exclusif.

-Aider à tenir le nouveau-né au chaud (encourager le contact direct peau contre peau entre la mère et l'enfant)

-Promouvoir les soins du cordon ombilical et l'hygiène de la peau

-Rechercher chez le nouveau-né des signes de problèmes de santé graves et conseiller aux familles de consulter rapidement un médecin si nécessaire

(Les signes de danger sont des problèmes d'alimentation ou un manque d'activité, des difficultés respiratoires, de la fièvre, des crises ou convulsions, ou une baisse de la température corporelle)

-Encourager la vaccination rapide conformément aux calendriers nationaux;

S'il présente des malformations majeures, un faible poids de naissance, évacuer le nouveau-né rapidement dans la structure la mieux appropriée. [25]

3 4 2 3 Soins du nouveau-né de six heures à six semaines

Le nouveau-né et la mère ont besoin d'une attention constante après la naissance. Les fonctions de conservation de la chaleur, l'alimentation et l'oxygénation commencent chez le nouveau-né après la naissance. Même si les six premières heures de la naissance correspondent à la période des plus grands changements, la première semaine de vie d'un nouveau-né est une période de risque majeur : en effet, plus de la moitié des décès de nouveau-nés surviennent au cours des sept premiers jours de vie ! Bien que le risque diminue au fil du temps, une attention soigneuse reste quand même nécessaire durant tout le premier mois de la vie. Les soins à donner au nouveau-né peuvent être pratiqués aussi bien à la formation sanitaire qu'à domicile.

Les besoins des nouveau-nés normaux de 6 heures après la naissance, à 6 semaines de vie

- le maintien de la température
- le sommeil
- l'affection
- la protection contre les infections
- le bain
- les soins du cordon ombilical
- les vaccinations et la sécurité
- l'allaitement maternel [24].

3 5 Gestion des services de santé de la reproduction (équipement, matériel et supports de santé de la reproduction)

3 5 1 Niveau primaire pour prise en charge du nouveau-né

3 5 1 1 Matériel technique :

- Stéthoscope 2
- appareil à tension 2
- mètre ruban 2
- marteau à réflexes 2
- lampe de poche coude réglable 2
- otoscope 2
- abaisse – langue UU 100
- thermomètre 10
- plateau à instruments 2
- nécessaire de pansement 2
- haricot 4
- pèse-bébé 3
- balance + toise 2
- toise/ruban. 2
- aspirateur à pédales et sonde nasale 1
- ballon + masque de ventilation

3 5 1 2 Supports de surveillance

- Registre de consultation 2
- registre d'évacuation et cahier de surveillance 1
- fiche de croissance et fiche opérationnelle 100
- diagramme de maigreur 100
- carnet de santé et carte de vaccination 100
- échéancier 1
- registre de vaccination 2
- fiche de référence 20.

3 5 1 3 Matériel de vaccination

- Table pliante 2
- chaise pliante 4
- porte vaccin 2
- accumulateur de froid 10
- plateau 2
- Seringue 0,1 ml 50
- Seringue 0,05 ml 50
- seringue 0,5 ml 200
- seringue 5 cc 20
- aiguilles 18 G, 22/26 G 100
- pince 2 ; stérilisateur de vapeur 2
- caisse RCW 25 2
- réfrigérateur à pétrole/électrique 1
- réchaud 2
- bocal à pinces 3
- thermomètre (pour chaîne de froid) 5
- plateaux avec couvercle

3 5 1 4 Matériel de démonstration nutritionnelle

- Couscoussier et tamis 2
- fourneau / foyer amélioré, palette et sac de charbon 2
- casseroles de différentes tailles 4
- louche, écumoire etalebasse 3
- tasse 4
- seau et marmite 3
- pot en plastique et cuillère 10
- cuillère en bois ou en plastique 10
- canari et pot d'un litre 2
- couteau

3 5 1 6 Equipement – Mobilier (mère + nouveau-né)

- Table 2
- chaise 4
- escabeau 4
- banc 2
- casier à dossier 2
- toile cirée 2
- paravent 4
- classeurs 2
- flip Chart 2
- tableau 2
- toise 2
- chariot

3 5 1 7 Fournitures diverses et consommables :

- Matériel d'entretien des lieux
- fournitures de bureaux
- consommables médicaux divers

3 5 1 8 Matériel éducatif

- Radio cassette 2 ;
- boîtes à images pm ;
- affiches pm ; - kit IEC/SP 1 ;
- flannellographe 1

3 5 2 Au niveau centre de sante de référence pour prise en charge du nouveau-né

3 5 2 1 Matériel technique

- Même matériel technique que les CSCOM plus
- Miroir lampe jet 1
- ophtalmoscope 1
- négatoscope 1
- laryngoscope

3 5 2 2 Matériel éducatif et d'encadrement

- Même matériel éducatif que les CSCOM plus
- vidéo 1
- cassette-vidéo 10
- téléviseur 1
- projecteur de diapositives 1
- diapositives 10
- rétroprojecteur 1
- transparents 100
- marqueurs 20
- groupe électrogène/batterie
- bassin
- planches anatomiques 1
- mannequin

3 5 2 3 Matériel de vaccination

Même matériel de vaccination que les CSCOM plus un congélateur

IV. METHODOLOGIE

4 1 Cadre et lieu d'étude

Nous allons mener notre étude dans des centres de santé de la commune VI du district de Bamako.

4 1 1 Aperçu historique du District de Bamako

Bamako a été occupé dès la préhistoire comme l'ont confirmé les fouilles archéologiques de Magnambougou. Originellement appelé Bamako (marigot du Caïman en langue Bambara), Bamako a été fondé à la fin du XVI^e siècle par les Niaré anciennement appelé Niakaté qui sont des Sarakolé à l'origine. Le caïman étant le fétiche de Bamako, chaque année on lui donnait une jeune fille vierge.

Evidemment cette tradition n'est plus pratiquée depuis longtemps.

C'est Simbala Niakaté un chasseur venu de Lombidou, cercle de Nioro, région de Kayes, qu'a choisi le site. Mais c'est son fils aîné appelé Diamoussa Niakaté communément appelé Diamoussadian (à cause de sa taille très grande) qui fonda Bamako. Les 3Caïmans qui symbolisent Bamako, trouvent leur origine à partir des 3 marigots qui traversent Bamako : Lido, Diafarana, Bèlèseko. Les marigots se rejoignaient environ 500 mètres de l'Est de l'Hôtel de l'Amitié de Bamako (fruit de la coopération Egypto-malienne aux lendemains des indépendances), pour ensuite se Jeter dans le Niger.

En effet après les premières œuvres d'organisation de la ville, entreprises par l'armée Française entre 1 883 et 1 907, l'aspect Néo-Soudanais sera l'œuvre du gouverneur Terraçon De Fougère, dans l'après-guerre 1914 et 1918. Avec l'installation du Colon à Bamako, la ville sera dotée d'une organisation administrative. Le 17 octobre 1899, Bamako devient le chef-lieu du Haut Sénégal-Niger le 20 décembre 1918, Bamako sera érigée en commune mixte administrée par un administrateur qu'est le maire. En 1920, elle devient officiellement la capitale du Soudan Français. Toutes les infrastructures essentielles datent de cette période marquée par une croissance démographique remarquable.

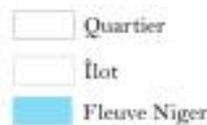
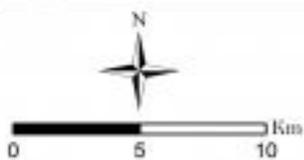
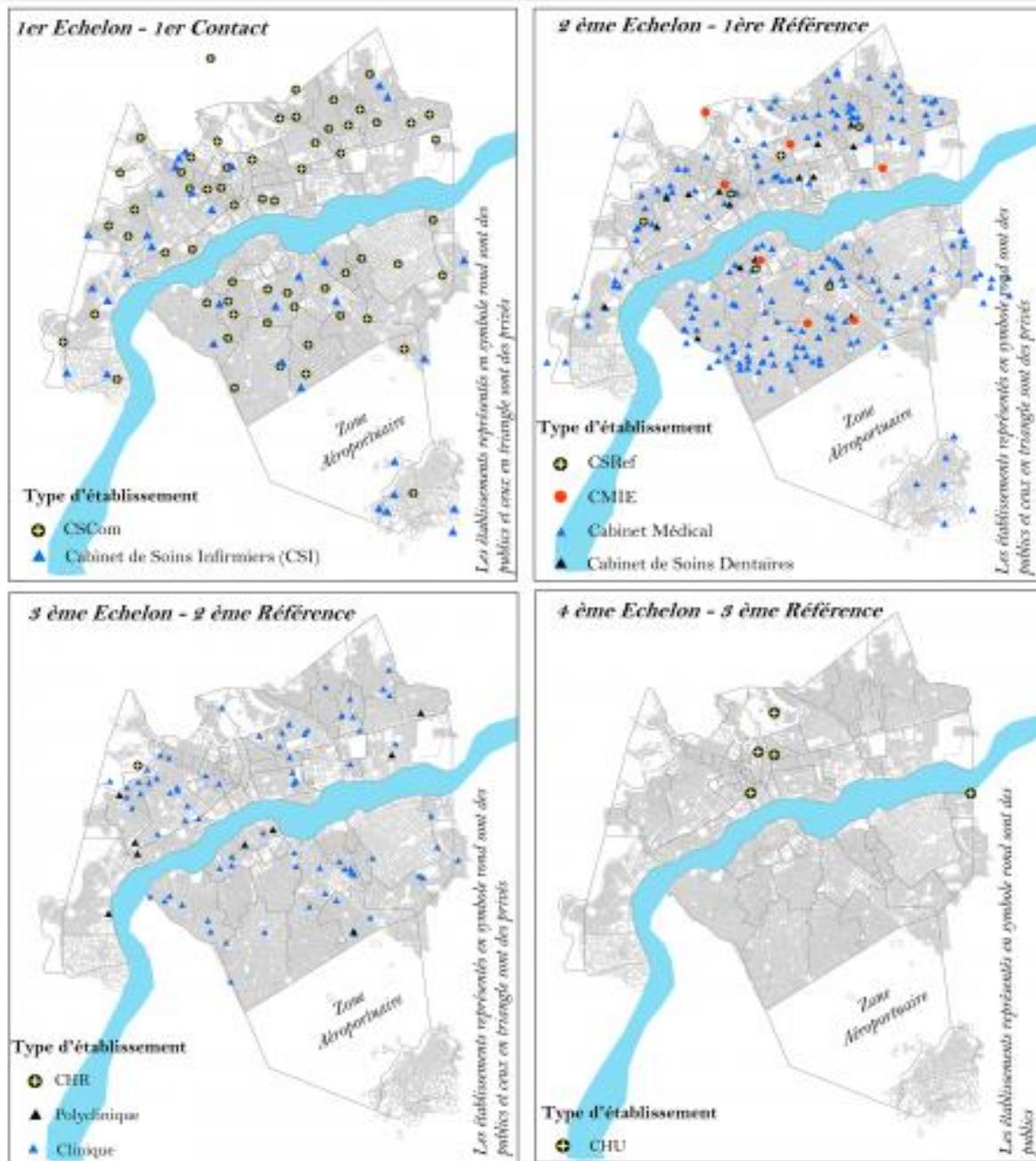
Chef-lieu de la 2e région de Bamako, était dirigé par un gouverneur nommé par Décret, et en 1966 par un maire élu et assisté par un conseil municipal. En 1978, elle deviendra une circonscription autonome dirigée par un gouverneur assisté de deux adjoints et 40 conseillers. [31]

4 1 2. Organisation politique et administrative

Le District de Bamako est régi par la loi 96-025 portant code des collectivités au Mali et qui leur confère un statut particulier. Cette loi stipule en son article 1^{er} que le District de Bamako est une collectivité territoriale décentralisée dotée de Personnalité morale et d'autonomie financière. Le conseil du District est composé de 23 membres élus à leur sein par les conseils municipaux du District [30].

Aujourd'hui, le District de Bamako s'étend d'une superficie de 267km² et englobé dans le cercle de Kati (région de Koulikoro), il est traversé par le fleuve Niger avec deux communes sur la rive droite et quatre communes sur l'autre rive. Chaque commune est subdivisée en quartiers, dirigée par des maires [31].

Les établissements sanitaires dits "modernes" dans le district de Bamako en 2016



Source de données: Géolocalisation personnelle et CPS/MS
 Conception et Réalisation: KEITA M., ESO-Rennes

Schéma [32]

4 1 3 Présentation de la Commune VI

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

-l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes

-la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et -la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales. Construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux. Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

4 1 3 1 Données géographiques de la commune VI

-Superficie (densité/km²) :

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km², pour une population estimée à 504738 habitants en 2011. Plus de 60% de cette population réside dans les quartiers de Niamakoro (154 388 habitants), de Magnambougou (95 512 habitants) et Faladié (76 402 habitants). Ces quartiers totalisent à eux seuls 63% de la population. Les quartiers les moins peuplés sont : Missabougou (8 636 habitants) et Yirimadio (16 593 habitants).

- Limites :

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati et à l'Ouest par la Commune V.

-Relief :

Le relief est accidenté avec des collines:

-Dans la partie Est de Banankabougou par Outa-Koulouni, culminant à 405 m,

-Taman koulouno avec 386 m à l'ouest de la patte d'Oie de Yirimadio

-Kandoura koulou, Magnambougou koulou et Moussokor kountji fara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de dianeguella- sokorodji

-Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite EST de la commune

-Tién- koulou culminant à 500 m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune

-Climat végétation hydrographie :

Le climat est Sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier. La Commune connaît des variations climatiques d'année en année.

Végétation : La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse.

Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrot, le karité, manguier.

Hydrographie : La Commune VI est arrosée par le Fleuve Niger au nord et les marigots Sogoniko, Koumanko et Babla.

4 1 3 2 Voies et moyens de communication

-Voies de communications (routes)

Dans le domaine du transport, la commune est desservie par deux routes d'importance nationale :

-La RN6 : Axe Bamako

- Ségou,

-La RN7 : Axe Bamako - Sikasso, Ces deux routes nationales traversent la commune 6 et facilitent l'accès aux quartiers riverains (Banankabougou, Faladié, Senou et Yirimadio), à celles-ci s'ajoutent l'Avenue de l'OUA qui traverse Sogoniko, les trente (30) mètres traversant Faladié et Niamakoro et des voies secondaires qui désenclavent les quartiers de l'intérieur. Moyens de transport : La Commune est un carrefour pour le transport routier.

Il existe un aéroport international à Senou à 15 km du centre-ville d'où est assuré le trafic aérien.

-Moyens de télécommunication : Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet (les cabines téléphoniques privées et publiques et les « cybercafés »). Toutes les stations radios libres et chaînes télé nationales et privés sont captées dans la commune.

4 1 3 3 Economie de la commune

Elle est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

4 1 3 4 Données socioculturelles et religieuses

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté.

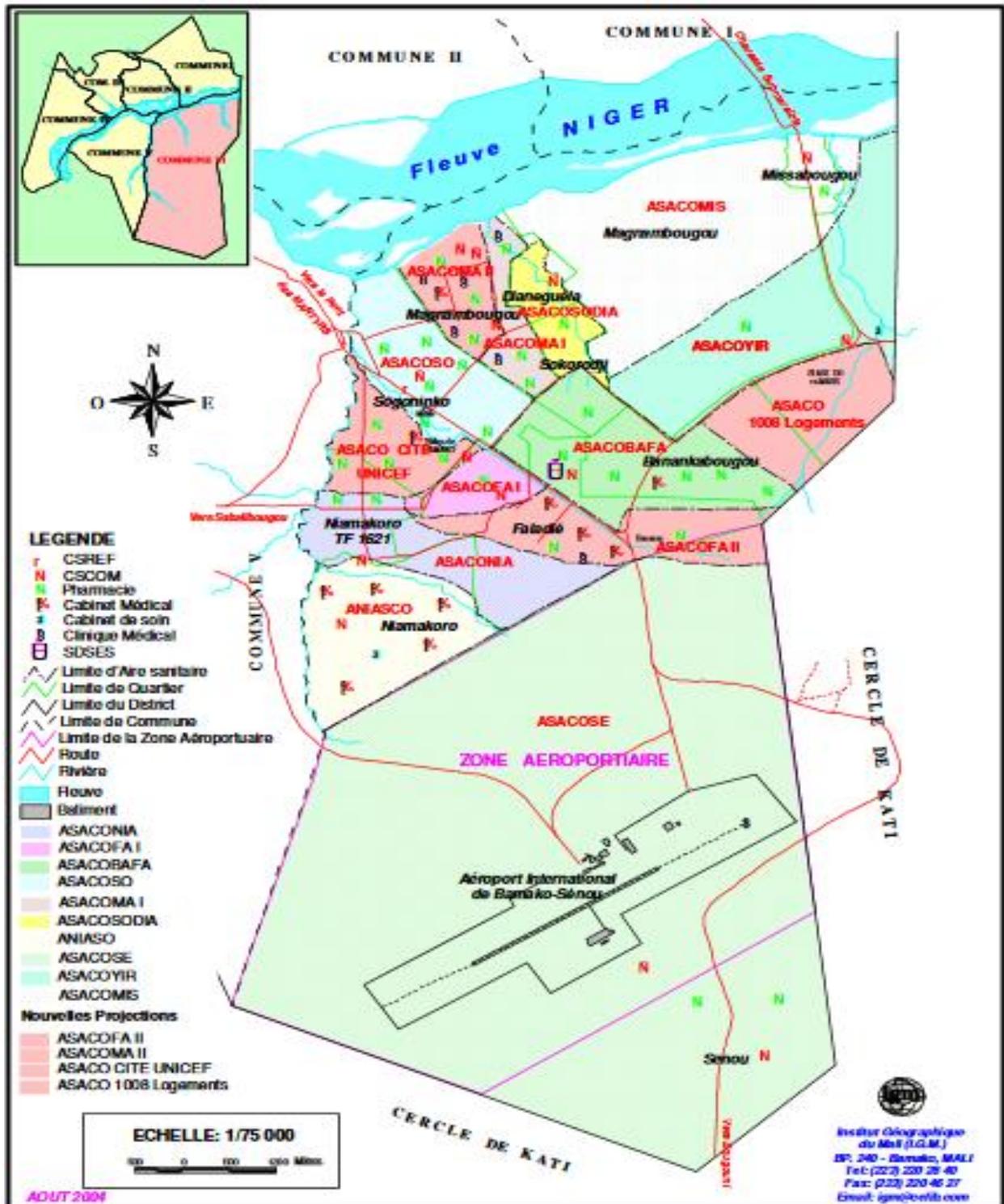
Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit : du mariage traditionnel, la polygamie, le lévirat, le sororat, les cérémonies rituelles. Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'Islam (80%), le christianisme (10%), l'animisme (10%) et leurs adeptes se côtoient en symbiose sans incident

4 1 3 5 Situation sanitaire

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux.

La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Hôpital National (Hôpital du Mali), un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines

Carte sanitaire de la commune VI



4 2 Méthodes d'étude

4 2 1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale visant à étudier les connaissances et pratiques des soins essentiels des nouveau-nés

4 2 2 Période d'étude

Notre étude s'est déroulée d'aout 2019 à avril 2020 soit une période de neuf mois.

4 2 3 Population cible

Notre étude a été portée uniquement sur les nouveau-nés immédiatement après l'accouchement par voie basse, les mères de ces nouveau-nés et les agents impliqués pour leurs prises en charge dans les centres de santé.

4 2 3 1 Critères d'inclusion

- Tous les nouveau-nés vivants issus d'un accouchement par voie basse, réanimés ou non.
- les mères des nouveau-nés qui ont accepté de participer à l'étude.
- les personnels de santé ayant assisté l'accouchement et prodigué les soins au nouveau-né.

4 2 3 2 Critère de non inclusion

- les nouveau-nés issus d'un accouchement en dehors du centre de santé, d'un accouchement par césarienne, les mort-nés ainsi que leurs mamans.
- Les mères des nouveau-nés n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

4 2 5 Echantillonnage

On a procédé à un échantillonnage aléatoire simple entre les six communes de Bamako.

La commune VI a été tiré au hasard sur les six communes de Bamako avec une égalité de chance et ceci en une seule étape.

4 2 5 1 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz.

La taille de l'échantillon $n = (Z \alpha)^2 pq / i^2 = (1.96)^2 (0.5)(0.5) / (0.07)^2 = 196$

n = taille de l'échantillon

$Z\alpha = 1.96$: écart réduit correspondant au risque de 5%

i : précision souhaitée = 7%.

P : prévalence des soins immédiats au nouveau-né = 50%.

$q = 1 - p = 50\%$

On ajoutera 10% de la taille de l'échantillon pour les fiches inexploitable.

La taille était donc de $196 + (10/100) * 196 = 196 + 19.6 = 216$ nouveau-nés au niveau des centres de santé de la commune VI.

Les accoucheurs et les personnels impliqués pour la prise en charge des nouveau-nés après la naissance ont été systématiquement interrogés comme l'indique dans le guide d'entretien.

4 2 5 2 Méthode et technique

Pour mener bien notre étude, nous avons retenu quatre CSCOM, et le csref de la commune VI.

Les centres ont été choisis par commodité dans les trois premiers quartiers les plus peuplés de la commune par ordre de décroissance (plus de 63% de la population).

La base de sondage a été faite sur la liste des quartiers et leurs populations, établies à partir des données du dernier recensement général de la population et de l'habitat en 2009 actualisé en 2013 :

Niamakoro : 154 388 habitants (ASACONIA et ANIQSCO)

Magnambougou : 95 512 habitants (ASACOMA)

Faladié : 76 402 habitants (ASACOFA).

La maternité du CSREF est retenue, vu du manque d'information sur la pyramide sanitaire, elle reste toujours le premier lieu d'accouchement habituel et compétant aux yeux de la population.

On a donc calculé à partir du nombre total d'accouchements assistés 2018 par le personnels qualifiés dans chacun des centres de santé faisant partie de l'étude divisés par la somme de tous les accouchements assistés par un personnel qualifié dans l'ensemble des centres en « pourcentage ».

Pour obtenir le nombre de nouveau-né à chercher dans chaque centre de santé, nous avons multiplié le pourcentage obtenu par la taille de l'échantillon qui est 216. Ce qui nous a donné le nombre de nouveau-nés par structure.

Tableau I: nombre de nouveau-né à recruter par structure de santé

Nom des structures de santé enquêtées	Nombre Accou /Structure de santé enquêtées	Pourcentage Accou/structure de santé	Nombre de nouveau-né/structure
ASACOMA	766	4,7	10
ANIASCO	1543	9,5	20
ASACOFA	1590	9,8	21
ASACONIA	1642	10,1	22
Cseref CVI	10723	65,9	143
TOTAL	16264	100	216

4 2 6 Variables :

Les variables étudiées ont été :

Les renseignements sur la mère :

- Age,
- Statut matrimonial : mariée, divorcée, célibataire, veuve
- Provenance,
- Niveau d'instruction : non scolarisée, primaire, secondaire, supérieur
- Occupation actuel
- Les antécédents sanitaires
- Connaissance et pratique de la mère sur les SENN.
- Satisfaction de la mère et son opinion.

Les renseignements sur les soins maternels (grossesse à terme, nombre de CPN effectuée) et néonataux :

-Connaissance et pratique vis à vis des soins prodigués aux nouveau-nés.

Les renseignements sur le prestataire qui a assisté l'accouchement et celui qui a administré les soins au nouveau-né :

-Le grade,

-Connaissance et pratique des prestataires sur les SENN

-L'opinion du prestataire sur le local, sur les matériels d'accouchements

Les observations sur la prise en charge du nouveau-né :

-Les informations sur l'administration des soins essentiels au nouveau-né.

Les renseignements sur les matériels et les supports de l'accouchement

Les renseignements sur le local de l'accouchement :

-Etat de la salle (fermée ou pas, éclairage, l'accès des courants d'air)

Les bonnes pratiques médicales : au nombre de trois

➤ **La pratique sociale :**

L'accueil correct du malade; la dignité du malade, la confidentialité

➤ **La pratique clinique :**

La qualification du prestataire

Un local approprié qui respecte les normes d'hygiène pour éviter les infections nosocomiales (utiliser les gants, laver les mains à chaque consultation)

Donner l'examen complet du malade

Bien expliquer le traitement du malade

Attention aux médicaments trop chers.

➤ **La pratique de laboratoire :**

Un laboratoire performant

Matériel à usage unique

Résultat dans le délai et pas trop cher

4 3 Déroulement de l'étude

L'enquête a été effectuée au niveau des cinq centres de santé de la commune VI du District de Bamako et elle a été menée de la manière suivante :

L'enquêteur se trouvait dans le centre de santé et recrutait les femmes et leurs nouveau-nés qui répondaient aux critères d'inclusion. Il leur expliquait l'objet et le but de l'étude, tout en demandant le consentement verbal libre et éclairé ; ce qui conditionnait le remplissage de la partie de l'outil concernant les mères.

L'accouchement étant fait à sa présence, l'enquêteur rapportait sur la fiche d'observation ce qu'il observait par rapport à la salle d'accouchement, aux matériels qui ont été utilisés et aussi les renseignements par rapport au nouveau-né. Une fois que l'accouchement prenait fin, il notait des données par rapport aux prestataires et prenait l'opinion de ces derniers comme indiqués dans le guide d'entretien.

4 4 Analyse et traitement des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 20 et le test de khi2 a été appliqué.

4 5 Aspects éthiques et déontologique

Les lettres d'informations ont été adressées aux autorités administratives et sanitaires des structures retenues pour demander leur autorisation.

Le consentement éclairé et libre selon les règles d'éthique après une explication sur le but de notre étude de tous les enquêtés ont été obtenus à savoir:

- Bien préciser le mandat et le but de recherche
- Bien expliquer pourquoi la recherche est dans l'intérêt du répondant
- Bien expliquer qui, mis à part l'enquêteur, verra les données
- Bien spécifier que les données seront présentées aux autorités à titre anonyme

Lors de la diffusion des résultats, aucun nom n'apparaîtra.

V RESULTATS

L'étude a concerné 216 mères et leurs nouveau-nés à l'issue des accouchements par voie basse dans 5 centres de santé sélectionnés en commune VI.

Les résultats sont présentés en fonction des objectifs de notre étude.

5 1 Caractéristiques sociodémographiques des mères

Elles contiennent un ensemble de données de chacune des mères (résidence, âge, statut matrimonial, niveau d'instruction et la fonction) réparties dans les tableaux comme suit:

Tableau II: Répartition des mères selon la résidence

Résidence	Fréquence⁽ⁿ⁾	Pourcentage %
Commune VI	197	91,2
Hors commune VI	19	8,8
Total	216	100

Parmi les mères 91,2% résidaient dans la commune VI de Bamako.

Tableau III: Répartition des mères selon l'âge

Age des mères (ans)	Fréquence⁽ⁿ⁾	Pourcentage %
Inférieur à 15	02	0,9
15-19	26	12
20-24	42	19,4
25-29	38	17,6
30-34	36	16,7
35-39	56	25,9
40 ou plus	16	7,5
Total	216	100

La tranche d'âge de 35-39 ans a été la plus représentée, avec 25,9% de l'effectif, l'âge minimal était 14ans et l'âge Maximal était de 43ans.

Tableau IV: Répartition des mères selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence (n)	Pourcentage %
Mariage monogame	143	66,2
Mariage polygame	55	25,5
Célibataire	15	6,9
Veuve	1	0,5
Divorcée	2	0,9
Total	216	100

Parmi les mères, les femmes en mariage monogame étaient les plus représentés avec 66,2%, les veuves et les divorcées étaient peu représentés soit 0,5% et 0,9% de l'effectif.

Tableau V : Répartition des mères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des mères	Fréquence(n)	Pourcentage %
Non instruite	119	55,1
Primaire	39	18
Alphabétisé en arabe	25	11,6
Secondaire	27	12,5
Supérieure	6	2,8
Total	216	100

Parmi, les mères plus de la moitié étaient non instruites soit 55,1% de l'effectif.

Tableau VI: Répartition des mères selon la fonction

Occupation des mères	Fréquence(n)	Pourcentage %
Femme au foyer	138	63,9
Commerçante	31	14,3
Elève	21	9,7
Aide-ménagère	12	5,6
Fonctionnaire	6	2,8
Autres	8	3,7
Total	216	100

Autres : teinturière, monitrice, stagiaire et couturière

Parmi les mères observées, 63,9% étaient des femmes aux foyers c'est-à-dire les femmes qui n'ont aucune activité en dehors des tâches ménagères.

5 2 Antécédents obstétricaux des mères

Il s'agit du nombre de grossesse, d'accouchement, et de l'intervalle génésique entre les deux dernières grossesses.

Ils sont repartis dans des tableaux suivants:

Tableau VII: Répartition des mères selon la parité

Parité	Fréquence (n)	Pourcentage%
Primipare	44	20,4
pauci pare	116	53,7
Multipare	40	18,4
Grande multipare	16	7,5
Total	216	100

Parmi les mères, les pauci pares étaient les plus représentées avec 53,7% de l'effectif.

Tableau VIII: Répartition selon la gestité des mères

Gestité	Fréquence(n)	Pourcentage%
Primigeste	41	19
Paucigeste	91	42,1
Multigeste	56	25,9
Grande multi geste	28	13
Total	216	100

Parmi les mères, les pauci gestes étaient les plus représentées avec 42,1% de l'effectif.

Tableau IX: Répartition des mères selon l'intervalle inter-génésiq

Intervalle inter-génésiq	Fréquence(n)	Pourcentage%
Moins d'un an	4	2,3
1 an	15	8,7
2 ans	49	28,5
3 ans ou plus	104	60,5
Total	172	100

Parmi les mères, celles qui avaient un intervalle Inter-génésiq de 3 ans ou plus étaient les plus représentés avec 60,5% de cas et celles de moins d'un an étaient de 2,3% cas

Le reste de l'effectif total des mères(44) représentaient les primipares.

5 3 Connaissances et pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés des mères

Il s'agit l'ensemble des connaissances et pratiques des mères pendant la CPN, les soins immédiatement après l'accouchement, et pendant les six semaines suivant l'accouchement. Elles sont réparties dans des tableaux ci-dessous :

5 3 1 Connaissances des mères

Tableau X: Répartitions des mères en fonction des connaissances sur la pertinence de la CPN

Pertinence de la CPN	Fréquence(n)	Pourcentage%
Oui	154	71,3
Non	62	29,7
Total	216	100

Parmi les mères des nouveau-nés, 71,3% connaissaient la pertinence des visites prénatales.

Tableau XI: Répartitions des mères selon les connaissances des avantages de la CPN

Avantages	Fréquences n=154	Pourcentage%
Suivi de la grossesse	131	85
Facilite l'accouchement	125	81,2
Informé éduquer et conseiller	96	62,3
Décélérer tôt les problèmes	89	57,8
Prévenir et traiter les complications	75	48,7

Parmi les avantages cités par les mères, 85% ont affirmé que la CPN permet, le suivi de la grossesse

Tableau XII: Répartition des mères selon les connaissances des signes de dangers de la grossesse.

Connaissances	Fréquence(n)	Pourcentage%
Non	101	46,8
Oui	115	53,2
Totale	216	100

Parmi les mères 46,8% ne connaissaient pas les signes de dangers de la grossesse.

Tableau XIII: Répartition des mères selon les connaissances des éléments du signe de danger de la grossesse.

Signes de dangers	Fréquence n=115	Pourcentage %
Saignement génital	111	96,5
Douleur abdominale aiguë	104	90,4
Absence ou réduction des mouvements fœtaux	59	51,3
Forte Fièvre	42	36,5
Maux de tête sévères	15	13

Parmi les éléments cités, 96,5% des mères ont évoqués, le saignement génital.

Tableau XIV: Répartition des mères en fonction de leurs connaissances sur les soins immédiat après l'accouchement

Variables	Fréquence (n)	Pourcentage%
Ne sait pas	153	69,4
Oui	63	30,6
Total	216	100

Parmi les mères, la grande majorité (69,4%) ont ignoré les soins immédiats après l'accouchement.

Tableau XV: Répartition des mères selon la connaissance du moment du 1^{ier} bain du nouveau-né

Variables	Fréquence(n)	Pourcentage%
Ne sait pas	153	70,8
Au moins 6 heures	63	29,2
Total	216	100

Parmi les mères 70,8% ne connaissent pas le moment du premier bain des nouveau-nés.

Tableau XVI: Répartition des mères en fonction des connaissances sur les éléments à surveiller chez les nouveau-nés de six heures à six semaines.

Variables	Fréquence(n)	Pourcentage%
Ne sait pas	141	65,3
Oui	75	34,7
Total	216	100

Parmi les mères, 65,3% ne connaissent pas les éléments de surveillance du nouveau-né de six heures à six semaines.

5 3 2 Pratique des mères

Tableau XVII: Répartition des mères selon le nombre de CPN effectuée

Nombre de CPN	Fréquence(n)	Pourcentage%
0	29	13,4
1	15	6,9
2	46	21,3
3	23	10,7
Au moins 4	103	47,7
Total	216	100

Parmi les mères 13,4% n'avaient pas effectués de CPN et 47,7% avaient fait au moins 4 CPN.

Tableau XVIII: Répartition des mères en fonction des examens complémentaires effectués.

Caractéristique	Fréquence(n) n=216	Pourcentage%
Echographie	168	77,8
Analyse de sang	165	76,4

La plus part des mères ont effectué au moins, une échographie et un bilan sanguin pendant la CPN soit 77,8% et 76,4% de l'effectif.

Tableau XIX: Répartition des mères selon la vaccination antitétanique pendant la dernière grossesse.

nombre VAT	Effectif(n)	Pourcentage%
0 dose	50	23,1
1 dose	46	21,3
2 doses	81	37,5
3 doses ou rappel	39	18,1
Total	216	100

Parmi les mères, celles qui ont effectué deux doses de VAT étaient les plus présentées avec 37,5% de cas et les non vaccinés étaient 23,1% de l'effectif.

Tableau XX: Répartition du nombre de vaccination antitétanique effectuée pendant la dernière grossesse en fonction de la parité des mères.

VAT \ Parité	0 dose		1 dose		2 doses		Rappel		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primipare	13	26	3	6,5	22	27,2	6	15,4	44	20,4
Pauci pare	27	54	29	63	40	49,4	20	51,3	116	53,7
Multipare	9	18	11	23,9	14	17,3	6	15,4	40	18,5
Gmultipare	1	2	3	6,5	5	6,2	7	17,9	16	7,4
Total	50	23,1	46	21,3	81	37,5	39	18,1	216	100

Khi²=17,533 p=0,041

Parmi les mères non vaccinées, 54% étaient des pauci paires, suivis des primipares 26,0% cas.

Tableau XXI: Répartition des mères selon la supplémentation en fer acide folique pendant la dernière grossesse.

Supplémentations en fer	Effectif_(n)	Pourcentage%
Non	38	17,6
Moins de 3 mois	82	38
3-6 mois	54	25
6 mois ou plus	42	19,4
Total	216	100

Parmi les mères, 19,4% de l'effectif affirment avoir pris correctement FAF au moins 6 mois pendant la grossesse et 17,6% n'ont pas bénéficié de FAF.

Tableau XXII: Répartition des mères selon la prise de sulfadoxine pyriméthamine pendant la dernière grossesse.

SP	Effectif_(n)	Pourcentage%
0 dose	43	19,9
1 dose	61	28,3
2 doses	93	43
3 doses	19	8,8
Total	216	100

Parmi les mères 43% ont reçu 2 doses de SP pendant la dernière grossesse.

Tableau XXIII: Répartition des mères ayant amené un Trousseau d'accouchement.

Trousseau	Effectifs n=216	Pourcentage%
Non	9	4,2
Oui	207	95,8
Sous le conseil d'un agent de santé	119	57,5
D'elles-mêmes	88	42,5

Les nouveau-nés dont les mères ont amené un trousseau d'accouchement représentaient 95,8% de l'effectif dont 57,5% sous le conseil des prestataires.

5 4 Connaissances et pratiques de soin essentiel au nouveau-né des prestataires

Cette étude a concerné 53 prestataires impliqués dans les accouchements et les prises en charge des nouveau-nés dans les centres de santé sélectionnés.

Elle a été portée sur la qualification des prestataires, la durée au service, les formations en SENN et l'évaluation de leurs connaissances et pratiques des SENN.

5 4 1 Qualification des prestataires

Tableau XXIV: Répartition des prestataires chargés de l'accouchement selon leurs profils.

Profil de l'accoucheur	Effectif(n)	Pourcentage%
Sage-femme	26	49,1
Matrone	2	3,8
Médecin	5	9,4
Infirmière obstétricienne	5	9,4
Autres	15	28,3
Total	53	100

Autres: Interne, Stagiaire SF, Etudiant

Les accoucheurs étaient des sages-femmes dans 49,1% des cas

Tableau XXV: Répartition des prestataires chargés des soins au nouveau-né selon le profil.

Profil du prestataire des SNN	Effectif(n)	Pourcentage%
Sage-femme	31	58,5
Matrone	5	9,4
Médecin	0	0
Infirmière obstétricienne	11	20,8
Autre	6	11,3
Total	53	100

Autre: Interne, Stagiaire SF, Etudiant

Les soins ont été administrés aux nouveau-nés après la section du cordon par des sages-femmes dans 58,5% des cas.

Tableau XXVI: Répartition des prestataires selon la durée au service

Durée au poste	Effectif(n)	Pourcentage%
Moins d'un an	9	17
1-5 ans	13	24,5
Plus de 5ans	31	58,5
Total	53	100

Parmi les prestataires 58,5% ont une durée de plus de 5ans au poste.

Tableau XXVII: Répartition des prestataires selon la dernière date de formation de recyclage en SENN

Formation en SENN	Effectif(n)	Pourcentage%
Non	11	20,7
1-5 ans	9	17
Plus de 5ans	33	62,3
Total	53	100

Parmi les prestataires 20,7% n'ont reçu aucune formation de SENN, excepté la formation de base et 62,3% ont reçu leur dernière formation depuis plus de 5ans.

5 4 2 Connaissances des prestataires

Il s'agit d'une évaluation de connaissance des SENN des prestataires chargé de l'accouchement à travers un guide d'entretien.

Tableau XXVIII: Répartition des prestataires ayant prodiguées les soins au NN en fonction de leurs connaissances sur les SENN.

Connaissance sur les SENN	Effectif n=53	Pourcentage%
Intérêt de sécher le nouveau-né ?		
Protection contre hypothermie	32	60,4
NSP	21	39,6
Section et ligature du cordon ?		
Entre 2 nœuds l'un a 2doigts l'autre a 5doigts de l'abdomen	29	54,7
NSP	24	45,3
Intérêt de l'administration de la vitamineK1 ?		
Protection contre l'hémorragie	24	45,3
NSP	29	54,7
Intérêt de l'administration des collyres ?		
Protection contre les infections oculaires	37	69,8
NSP	16	30,2
Moment de la mise au sein ?		
Trente minutes après l'accouchement	48	90,6
NSP	5	9,4
Moment du 1^{er} bain pour les nouveau-nés ?		
Au moins 6heure pour les non seroposives	44	83
NSP	9	17

Parmi les prestataires, 45,3% connaissaient l'intérêt de l'administration de la vitamine K1.

Tous les prestataires ayant prodigués les soins au NN estimaient que la mise au sein précoce du NN se faisait dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.

5 4 3 Pratiques des SENN par les prestataires

Il s'agit des observations faites par l'enquêteur au moment de l'accouchement, sur les pratiques des SENN des prestataires.

➤ **Renseignements sur l'accouchement et l'état de santé du nouveau-né**

Tableau XXIX: Répartition des mères selon le type d'accouchement dans les centres de santé

Type d'accouchement	Effectif(n)	Pourcentage%
Eutocique	194	89,8
Dystocique	22	10,2
Total	216	100,0

Parmi les mères, 89,8% des accouchements se sont déroulés sans aucun problème (eutocique)

Tableau XXX: Répartition du type d'accouchement selon les centres de santé

Centre Type d'acc.	Csref		Aniasco		Asacofa		Asaconia		Asacoma		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eutocique	123	63,4	19	9,8	22	11,3	20	10,3	10	5,2	194	89,8
Dystocique	20	90,9	1	4,5	0	0%	1	4,5	0	0	22	10,2
Total	143	66,2	20	9,3	22	10,2	21	9,7	10	4,6	216	100

Khi²=7,150 p=0,128

La presque totalité des accouchements dystocique a été effectuée au Csref soit 90,9% de cas.

Tableau XXXI: Répartition des nouveau-nés en fonction de leurs états de santé à la naissance.

Etat des NN	Effectifs n= 216	Pourcentage%
Les nouveau-nés réanimés	5	2,3
Les nouveau-nés stimulés	35	16,2
Les nouveau-nés prématurés	0	0
Les nouveau-nés qui ont crié	193	89,4
Présence du réflexe de succion	203	94
Les nouveau-nés bien colorés	202	93,5
Les nouveau-nés qui ont bien respiré	209	96,8
Présence de mouvement actif	209	96,8

La quasi-totalité des nouveau-nés étaient presque en bonne santé, seul 2, 3% avaient besoin de soins de réanimation.

➤ **Soins des nouveaux nés effectués par les prestataires**

Tableau XXXII: Répartition des prestataires selon leurs attitudes avant l'accouchement.

Prestataire	Effectif n=216	Pourcentage
Lavage des mains au savon avant	7	3,3
Port de blouse propre	206	95,4
Port des gants stériles	56	26
Port des bavettes	0	0
Port un tablier	11	5,1
Port des lunettes de protection	0	0

Parmi les prestataires observés 95,4% portaient une blouse propre sans tache de sang, attitude la plus remarquable et 26% ont porté de gants stériles au moment de l'accouchement.

Aucun prestataire n'a porté de bavette, ni lunettes de protection avant l'accouchement

Tableau XXXIII: Répartition des nouveau-nés en fonction des soins essentiels prodigués en Post-partum immédiat par les prestataires.

Soins essentiels aux nouveau-nés	Effectifs n=216	Pourcentage %
Séchage immédiat	164	75,9
Contact peau à peau avec la mère	16	7,4
Ligature, section du cordon ombilical normale	157	72,7
NN maintenu au chaud sur la table	35	16,2
NN pesé et mesuré	216	100
NN couvert par un bonnet	4	1,9
NN ayant reçu les	72	33,3
NN ayant reçu Vitamine K1	67	31
Mise au sein précoce	53	24,5

Parmi les nouveau-nés observés 1,9% portaient de bonnet et 7,4% ont été mis en contact peau à peau avec leurs mères.

Tableau XXXIV: Répartition des centres de santé selon l'administration de la vitamine K1 aux nouveau-nés.

Centre VitK1	Csref		Aniasco		Asacofa		Asaconia		Asacoma		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	91	60,7	14	9,3	18	12,7	19	12,7	7	4,7	149	69
Oui	52	78,8	6	9,1	4	4,5	2	3	3	4,5	67	31
Total	143	66,2	20	9,3	22	10,2	21	9,7	10	4,6	216	100

Khi2=9,623 p=0,047

Parmi les nouveau-nés qui ont bénéficié la vitamine K1, 78,8% ont été effectués au Csref.

Tableau XXXV: Répartition des nouveau-nés ayant été séchés immédiatement après la naissance en fonction des centres de santé

Centre / Séchage	Csref		Aniasco		Asacofa		Asaconia		Asacoma		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	38	73,1	3	5,8	3	5,8	8	15,4	0	0	52	24,1
Oui	105	64	17	10,4	19	11,6	13	7,9	10	6,1	164	75,9
Total	143	66,2	20	9,3	22	10,2	21	9,7	10	4,6	216	100

Khi²=8,130 p=0,087

Parmi les nouveau-nés séchés immédiatement après la naissance, 73,1% ont été effectués au Csref.

Tableau XXXVI: Répartition des nouveau-nés en fonction des soins prodigués durant les six premières heures après l'accouchement par les prestataires.

Pratique des Soins du NN durant les six premières heures après l'accouchement	Effectif n=216	Pourcentage %
Recherche de bosse séro-sanguine	75	34,7
Soins ombilicaux adéquats	139	64,4
L'émission du méconium vérifié	26	12,0
Explication de la pratique de l'allaitement	13	6,0
Explication des signes de dangers à domicile	4	1,9
Observation NN durant au moins 6H au centre de santé	63	28,2

Parmi les mères, peu ont bénéficié une explication de la bonne pratique de l'allaitement et des signes de dangers à domicile par les prestataires soit 1,9% et 6% de l'effectif.

5 5 Situations des salles d'accouchement et des équipements SENN

La salle d'accouchement, les matériels et les supports de SENN des centres de santé ont été évalués durant notre étude.

Les résultats sont repartis dans les tableaux ci-dessous

Tableau XXXVII: Répartition des centres de santé selon les conditions des salles d'accouchement.

Salle d'accouchement	ANIASCO	ASCONIA	ASACOFA	ASACOMA	CSREF	n=5
Intimité des parturientes respectée	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	4
Salle d'accouchement propre	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	4
Salle d'accouchement bien aérée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5
Température optimale et ambiante	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5
Salle d'accouchement bien éclairée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5
Présence de lavabo dans la salle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5
Présence de salle de suite de couche	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	4
Score	4/7	7/7	7/7	7/7	7/7	

Parmi les centres les conditions de la salle d'accouchement de l'ANIASCO est la plus défavorable, mais il y'a présence de lavabo et de bon éclairage dans toutes les salles.

Tableau XXXVIII: Répartition des structures de santé en fonction des matériels et supports existants dans la salle d'accouchement.

Matériels et Supports	ANIASCO	ASCONIA	ASACOF A	ASACO MA	CSRE F	n=5	%
Table ou lampe chauffante	Non	Non	Non	Non	Oui	1	20
Présence aspirateur de mucosités	Non	Non	Non	Non	Oui	1	20
Présence sondes d'aspiration des sécrétions (CH 8 CH 10)	Non	Non	Non	Non	Oui	1	20
Présence d'un stérilisateur	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	4	80
Récipients pour recevoir compresses sales	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5	100
Poires à usage unique	Non	Non	Non	Non	Non	0	0
Ballon de ventilation auto gonflable	Non	Non	Non	Non	Oui	1	20
Présence d'horloge avec aiguille seconde	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5	100
Thermomètre pour la température ambiante	Non	Non	Non	Non	Non	0	0
Thermomètre pour la température du corps	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	4	80
Présence de stéthoscope	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5	100
Les matériels utilisés propres et stériles	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	4	80
Collyre disponible dans la salle	Non	Non	Non	Non	Non	0	0
Vitamine K1 disponible dans la salle	Non	Non	Non	Non	Non	0	0
Table d'accouchement adéquate	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5	100
Pèse bébé et mètre ruban	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5	100
Toise et pèse personne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	5	100
Score	9/17	9/17	9/17	6/17	13/17		

Au niveau de tous les centres y compris le Cs réf, ils manquaient dans les salles d'accouchement 2 médicaments consommables : Vitamine K1 et Collyre

VI DISCUSSIONS

1) Caractéristiques sociodémographiques des mères:

-Résidence des mères

La presque totalité des mères (91,2%) résidaient en commune VI du District de Bamako. Cela se justifie par le contexte urbain où il y'a suffisamment de centre de santé au plus près de la population, mais nous avons enregistré cependant des cas venant d'autres communes de Bamako.

Ce résultat est proche de celui de Sanogo B [28] qui avait eu 90% lors d'une étude similaire en Commune I du district de Bamako.

-Age

Au cours de notre étude les âges extrêmes des mères étaient de 14 et 43 ans et l'âge moyen était 35,5 ans.

0,9% des mères faisaient une grossesse à risque en rapport avec leur âge qui est inférieur à 15 ans.

La tranche d'âge 35-39 ans était la plus représentée avec 25,9%, ce taux est largement supérieur à celui du niveau urbain (EDSM VI) [33] qui était 6,5% avec la même la tranche d'âge.

-Niveau d'instruction et la profession

Parmi les mères, les ménagères représentaient 63,9% et les non instruits étaient 55,1%. Ce résultat compare à celui de Kamissoko M en 2010 à Baraouli [21] soit 98,66% pour la profession ménagère, 95,03% pour les non scolarisés.

Cet écart pourrait s'expliquer par le contexte urbain.

Le faible niveau d'instruction des parents de notre série reflète sur le faible niveau d'alphabétisation des populations féminines africaines.

Des taux similaires au nôtre ont été trouvés dans une étude réalisée au Benin en 2010 [34] dans laquelle 56.8% des mères étaient analphabètes.

-Statut matrimonial

Nous avons trouvé au cours de notre étude, que 91,7% des mères étaient mariées, cela constitue un facteur important dans notre société car une femme mariée bénéficie généralement du soutien de la famille pour mieux gérer sa grossesse et le bien-être de son nouveau-né [25].

2) Connaissances des mères en soins essentiels du nouveau-né

Parmi les mères, 71,3% connaissaient la pertinence de la CPN, comparé à celui de DIAW S A en 2015 [25], qui était de 86,9%, ce qui nous permet de dire qu'il n'y a pas eu une amélioration durant ces cinq dernières années.

Parmi les mères, 53,2% connaissaient les signes de dangers de la grossesse, dont 96,5% d'entre elles, ont évoqué, le saignement génital.

Les mères qui connaissaient les soins immédiats après l'accouchement et les éléments de surveillances du nouveau-né de six heures à six semaines étaient respectivement 30,6%, et 34,7% de l'effectif.

Cependant 70,8 % des mères ignorent le moment du premier bain au nouveau-né une étude menée au Ghana en 2010[30] sur les mères des nouveau-nés ; le bain précoce permet la réduction de l'odeur du corps dans la vie plus tard et ça permet d'aider le bébé à dormir et se sentir bien.

Malheureusement l'ensemble de ces résultats obtenus sur les connaissances SENN des mères, nous permettent de dire qu'il y'a un manque d'information et de sensibilisation de la population sur les SENN, particulièrement les femmes en âge de procréer.

Pratique SENN des mères:

-CPN

Au cours de notre étude 86,6% des mères avaient effectué au moins une CPN pendant la dernière grossesse, comparée à EDSM VI en 2018 qui était de 80%, cela peut s'expliquer par le contexte urbain.

Les mères qui avaient effectué au moins 4 CPN, qui est l'une des recommandations primordiales pour le suivie du couple mère-enfant étaient 47,7%.

Ce taux est supérieur à ceux de DIAW S A en 2015 [25] et d'EDSM VI en 2018 qui ont eu respectivement 41,8% et 43%.

-VAT

Il faut au moins deux doses de VAT pour protéger le nouveau-né du tétanos néonatal, cause majeure de décès du nouveau-né.

On a observé lors de notre étude, parmi les mères, 55,6% ont effectué au moins deux doses de VAT.

Ce taux est très proche de celui de TRAORE.A.B [31] qui avait eu dans son étude 54.7% ; mais légèrement supérieur à celui du niveau National(EDSVI) qui était de 50%.

-Fer acide folique (FAF)

Au cours de notre étude, 82,4% des mères avaient reçu une supplémentation en FAF, mais seulement 19,4% des mères ont affirmé avoir pris le fer/acide folique pendant au moins six mois. Comparé à celui de Sanogo B [28] qui était de 67,9% pour des mères qui ont reçu une supplémentation en fer/acide folique.

Ces écarts peuvent s'expliquer par méconnaissance et le manque de sensibilisation des mères pendant la CPN.

La supplémentation en fer/ acide folique est un élément primordial pour le suivi de la grossesse, toutes les femmes enceintes devraient donc en bénéficier.

-Sulfadoxine Pyriméthamine

L'administration de la SP, comme moyen de prévention du paludisme n'est pas effective chez toutes les mères, seulement 51,8% ont affirmé avoir pris au moins deux doses de SP pendant la CPN. Ce taux est proche de celui de Sanogo B qui avaient eu 54,8%.

Le paludisme étant un risque grave pour la mère et le fœtus: les décès maternel, avortement, prématurité, petit poids de naissance et mort-nés lui sont imputés.

3) Profil des prestataires

La majorité des prestataires impliqués dans l'accouchement et les soins aux nouveau-nés étaient des personnels qualifiés.

Mais malheureusement, souffrent d'une insuffisance de pratique SENN, justifié par les résultats obtenus.

49,1% des accoucheurs et 58,5 % des prestataires de soins aux nouveau-nés étaient des sages-femmes.

Les prestataires qui avaient un nombre d'année d'exercice compris entre 1 et 5 ans étaient les plus représentés avec 58,5%, ce taux est inférieur à celui de Mariko D en 2018 [42] qui avait eu 41% avec la même tranche d'âge.

Plus de la moitié (62, 3%) du personnel avait reçu sa dernière formation sur les SENN, il y'a plus de 5ans.

Ces manques de formation et de suivi peuvent être une des explications sur le bas niveau de connaissances et pratiques des SENN des prestataires.

4) Connaissance soins essentiel au nouveau-né des prestataires

La connaissance des SENN par les prestataires a été évaluée à partir des soins immédiats énumérer comme suit:

-Sécher le nouveau-né : 60,4% des prestataires estimaient que l'intérêt de séchage du nouveau-né après l'accouchement, le protégeait contre l'hypothermie.

-Bain du nouveau-né : 83% des prestataires ont affirmé que le nouveau-né doit prendre son premier bain tardivement au moins six heures après l'accouchement (excepté les nouveau-nés d'une mère séropositive au test de VIH).

-Allaitement : La presque totalité des prestataires ont affirmé à 90,6% la mise au sein précoce c'est-à-dire dans les trente minutes qui suivent l'accouchement. Mais en pratique, les prestataires n'expliquent pas aux mères des nouveau-nés.

-Administration de la vitamine K1: Seulement 45,3% des prestataires ont affirmé que l'administration de la vitamine K1, protégeait le nouveau-né contre l'hémorragie néonatale.

-Administration de collyre: 69,8% des prestataires ont affirmé que l'administration de collyre protégeait les nouveau-nés contre les infections oculaires.

L'ensemble des résultats pourrait être relatif au manque de formation du personnel médical ou au manque de suivi du personnel formé et à la disponibilité du matériel adéquat.

McClure EM 1, Carlo WA, LL Wright and al [35] Ont constaté au cours de leurs étude, des améliorations significatives dans les connaissances et pratiques des sages-femmes qui ont suivi les formations de l'OMS sur les soins essentiels au nouveau-né.

5) Pratique SENN par les prestataires:

-Utilisation des barrières mécaniques par les prestataires au moment de l'accouchement

Les barrières les moins utilisées ont été, le port des gants stériles (26%), le tablier (5,1%), le lavage des mains (3,3%). Aucun prestataire n'a porté de bavette ni lunette de protection.

Ce fait amoindrit la protection du personnel en augmentant sa susceptibilité d'être infecté donc d'infecter ou de réinfecter à son tour.

Comparé à l'étude de SIDIBE T. et all. [36] qui ont conclus que les pratiques des soins effectués par des sages-femmes et des matrones durant les accouchements étaient souvent médiocre, car selon les normes le lavage des mains doit être systématique.

L'infection étant classée comme première cause de mortalité néonatale dans les pays en voie de développement (première cause de mortalité néonatale au Mali environ 41%) [24].

-Séchage immédiat

Dans notre étude, il a été effectué à 75,9% des nouveau-nés.

Notre taux est largement supérieur de celui de Diarra S [37] qui avait eu 13%, cet écart peut s'expliquer par le manque de formation et le suivie des personnels.

Pour prévenir tout refroidissement excessif, les nouveau-nés doivent être sécher aussitôt qu'ils sont né.

La plus part de ces retards du séchage et de l'enveloppement immédiat du nouveau-né étaient généralement liés au fait que le nouveau-né est laissé sans surveillance jusqu'à ce que le placenta soit expulsé.

-Contact peau à peau avec la mère :

Il a été effectué seulement à 7,4% des nouveau-nés. Cette pratique est retardée par le fait que le nouveau-né est mis directement sur la table d'accouchement après l'accouchement pour la section du cordon ombilical, puis pour recevoir d'autres soins à savoir le séchage, la prise du poids, les mesures du périmètre crânien et du périmètre thoracique.

Ce taux est largement inférieur à une étude menée dans l'Est de l'Ouganda [38] qui avait trouvé 80,7%; mais supérieur à celui d'une étude de Bengono M [39] au Cameroun qui n'avait pas eu aucun contact peau à peau avec les mères ces écarts peuvent s'expliquer par les lieux d'étude.

-Mise au sein précoce :

Au cours de notre étude, elle a été effectuée seulement chez 24,5% des nouveau-nés. Ce taux est légèrement supérieur à celui DIAW S A en 2015 [25] qui avait eu 18,1%.

En général, c'est quand la mère est sur le lit d'observation que le nouveau-né prend sa première tétée, ce qui se fait au-delà du délai requis pour l'allaitement précoce.

Cela est très souvent dû à la méconnaissance des mères et malheureusement, les prestataires n'expliquent pas aux mères quand est-ce qu'il faut donner le sein.

Normalement, ces activités IEC doivent être prises en compte lors des CPN.

Au cours de notre étude, 72,7% des nouveau-nés ont bénéficié une ligature et section du cordon conformément à la norme recommandée c'est-à-dire coupé entre deux nœuds serrés, l'un à deux doigts de l'abdomen, le second à cinq doigts de l'abdomen du nouveau-né.

Ce taux est nettement supérieur à une étude menée dans l'est de l'Ouganda par Waiswa P1, Peterson S et al- [40] qui avait eu 38%, cet écart peut s'expliquer par le lieu et la période d'étude.

-Maintenance au chaud sur table chauffante

Parmi les nouveau-nés, seulement 16,2% ont été maintenu au chaud sur table chauffante.

Ce taux est insuffisant et il est due à un manque équipement dans les Cscom sachant que hypothermie est l'un des signes de danger pour la survie du nouveau-né.

Seul le CSREF dispose des tables chauffantes.

-Administration de la vitamine K1

Seulement 31% des nouveau-nés ont reçu la vitamine K1. Ce taux est légèrement inférieur à celui de DIAW S A [25] qui était de 32,4%. Cela nous montre qu'il n'y a pas toujours d'évolution.

Dans certains pays comme le Maroc, une dose de 2 mg intramusculaire ou orale est recommandée à tout nouveau-né en salle de naissance [41].

-Soins oculaires

Les soins oculaires ont été administrés à 33,3% des nouveau-nés. Il faut noter qu'en général les collyres et la vitamine K1 sont prescrits après l'accouchement, car ils ne sont pas disponibles dans les salles d'accouchement.

Le rôle de ces médicaments (vitamineK1 et collyre) reste capital pour prévenir les maladies hémorragiques et les infections oculaires des nouveau-nés.

-Bain tardif

Il était difficile pour nous d'évaluer le bain tardive aux nouveau-nés, puisque la grande majorité des mères et leurs nouveau-nés (71,8%) ont passé moins de six heures dans les centres après l'accouchement.

Ceux qui ont respecté le temps d'observation n'ont pas reçu de bain au cours des six premières heures de la naissance.

-Tête couverte par le bonnet

Parmi les nouveau-nés 1,9% seulement ont porté de bonnet à la naissance, ce taux est inférieur à celui de DIAW S A en 2015 [25], qui était de 9,7%.

Cet écart pourrait être expliqué par la méconnaissance et le manque de suivi des prestataires.

Il faut noter que la couverture de la tête par le bonnet est rarement pratiquée par les prestataires.

Sachant que la tête constitue le tiers du poids du nouveau-né et son refroidissement peut conduire un risque d'hypothermie du nouveau-né.

6) Situations des salles d'accouchement et des équipements SENN

-Salle d'accouchement : toutes les salles d'accouchement étaient bien éclairées avec présence de lavabo.

L'intimité des parturientes fait défaut dans deux centres sur les cinq par manque de salle de CPN et salle de suite couche.

On note également un manque de propreté et d'aération dans un cinquième des centres.

La salle d'accouchement étant l'endroit qui est censé accueillir pour la première fois le nouveau-né ; par conséquent il doit être approprié, un endroit propre et chaud, dont les portes et fenêtres doivent être bien vitrées, nécessaire pour conserver la chaleur et éviter les courants d'air.

-Matériels et les supports dans les salles d'accouchement :

L'aspirateur de mucosité électrique ou à pied à faible pression, le cylindre d'oxygène/concentreur d'oxygène, le ballon de ventilation auto gonflable et le masque du visage taille du nouveau-né existaient uniquement au CSREF.

D'où les nouveau-nés des CSCOM avaient un risque de mortalité néonatale par asphyxie.

Ce fait rend plus difficile la réanimation des nouveau-nés, puisqu'ils doivent être référés à un niveau plus élevé pour une meilleure prise en charge et peut être une des explications du taux élevé de mortalité néonatale par asphyxie au-dessus des taux de mortalité due à la diarrhée et aux maladies congénitales.

On a remarqué le manque de 2 médicaments importants, nécessaires et recommandé dans les soins essentiels des nouveau-nés au niveau de toutes les salles d'accouchement.

Ces insuffisances peuvent mettre en cause la pratique de SENN par les prestataires.

VII CONCLUSION

Ce travail montre que malgré, les efforts consentis par l'état et les partenaires internationaux, la mortalité néonatale reste un problème sérieux de la santé publique au Mali.

Notre étude nous a permis de conclure que les connaissances et pratiques des soins essentiels du nouveau-né sont faites de façon insuffisante.

La majorité des mères n'avaient pas une bonne connaissance et pratique des soins essentiels.

Par contre la presque totalité des prestataires de SENN avaient de bon profil, mais des connaissances et pratiques médiocres des soins essentiels aux nouveau-nés.

Peu de nouveau-né ont bénéficié l'administration de deux médicaments recommandés et nécessaires (vitamine K1 et des collyres) et de la mise au sein précoce, geste permettant d'immuniser les nouveau-nés contre plusieurs infections au moment de la naissance.

Le non utilisation systématique de certaines barrières mécaniques (port des gants stériles, tablier, lunettes de protection, bavette). Il est important d'insister sur une formation professionnelle et une gestion du personnel qui s'appuient sur le schéma recommandé par l'OMS et adapté par notre pays.

Les problèmes liés aux conditions des salles et équipements telle que la conformité des locaux aux normes et le manque des matériels de réanimation constituent un obstacle majeur pour la bonne pratique de soins de qualité et de réduire la mortalité néonatale et maternelle au Mali.

VIII RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous avons formulé des recommandations suivantes en vue d'améliorer les soins essentiels des nouveaux nés :

❖ **Aux autorités sanitaires et ses Partenaires:**

- Appliquer les SENN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Renforcer la capacité fonctionnelle du plateau technique des structures de santé par la mise à disposition des matériels adéquats.
- Assurer la formation continue du personnel de santé de la reproduction aux normes en vigueur.
- Disponibilité des vaccins pour tous les nouveau-nés dès la naissance,
- Distribution continue des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes,
- Améliorer les conditions de l'accouchement au niveau des structures sanitaires
- Construire des salles d'accouchement bien adapté et qui répond aux normes.

❖ **Aux prestataires de service sanitaire :**

- Collaboration interprofessionnelle,
- Appliquer les règles de prévention des infections dans les espaces de soins,
- Assurer le suivi du travail d'accouchement à l'aide du partogramme
- Référer ou évacuer les gestantes à temps.
- Administration systématique des soins oculaires et la vitamine K1
- Faire comprendre au grand public les notions de pyramide sanitaire.
- Renforcer les activités de communication pour le changement de comportement à l'endroit des femmes enceintes.

❖ **Aux populations**

- Espacement de naissance
- Assiduité des CPN et des CPON
- Allaitement maternel exclusif et précoce
- Vaccination conforme au calendrier national
- Soutien moral et financier des femmes enceintes
- Aider la femme à exécuter les soins à domicile, à l'évacuation ou à la référence de son nouveau-né dès l'apparition d'un signe de danger vers le centre de santé le plus proche.

IX REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1 Agence de la sante publique du Canada.

Chapitre 1 : Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale au Canada : fondement théorique et principes directeurs sous-jacents. 2017 [consulté le 20/03/2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-1.html>

2 Joly J B, Joly M.

Soins essentiels des mères et des nouveau-nés : planification familiale. Angoulême : Fondation Leïla Fodil ; 2015.

3 Pirozzi G.

30 millions de nouveau-nés malades ou prématurés ont besoin de soins chaque année (UNICEF et OMS) ONU Info. 23 mars 2019. Disponible : <https://news.un.org/fr/story/2018/12/1031681>

4 Huffington Post Maghreb.

Mortalité infantile : un fléau mondial toujours d'actualité.

World Eco Forum. 2018. [Consulté le 20/03/2019].

Disponible : <https://fr.weforum.org/agenda/2018/02/mortalite-infantile-un-fleau-mondial-toujours-dactualite>

5 OMS.

Chaque année, près de 30 millions de bébés malades ou prématurés ont absolument besoin de soin pour survivre. décembre 2018. Communiqué de presse/New Delhi/ Genève/ New York.

6 OMS.

7000 nouveau-nés meurent encore chaque jour. 19 octobre 2017. Communiqué de presse / New York/Genève/ Washington.

7 Sénégal. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de la Santé, Division de la Santé de la Reproduction.

Manuel technique de formation des prestataires sur les soins essentiels aux nouveau-nés. Dakar : Direction de la Santé ; [2015].

8 DIAKITE M I.

Morbidité et mortalité des nouveau-nés au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso.

[Thèse : Med]. Bamako: Univ. de Bamako; 2012. N° 293.

9 OMS.

Enfants: faire reculer la mortalité 19 septembre 2018

10 Wikipédia.

Liste des pays par taux de mortalité infantile 3 février 2018 à 07:33.

11 Suzuki E, Kashiwase H.

Selon les dernières estimations, 15 000 enfants sont morts chaque jour en 2016, Washington : Banque Mondiale ; 2017.

12 UNICEF.

Mortalité néonatale : le monde manque à ses devoirs envers les nouveau-nés. Washington: Unicef; 2018

13 The partnership for maternal newborn & child health improving health saving lives.

Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique: Soins néonataux en Afrique 2006 Pg4

14 Lawns J, Kerber K.

Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique. Cap Town: OMS; 2006.

15 Togo P.

Les consultations néonatales dans le service de pédiatrie du chu Gabriel Touré Bamako.

[Thèse : Med]. Bamako : Univ. de Bamako ; 2008. N° 16.

16 BAH S.

Taux élevé de mortalité néonatale: le Mali parmi les 10 pays au monde.

Info-matin ; Publié le mardi 27 février 2018

17 OMS .

Nouveau-nés: réduire la mortalité.

Genève : OMS ; 2018.

18 Lfarakh A.

Les iniquités de santé reproductive au Maroc : si elles ne tuent pas, elles handicapent injustement. Rabat : Observatoire National du Développement Humain ; 2018.

19 AFRICAPOSTNEWS.

Taux de mortalité néonatale en Afrique reste l'un des plus élevés au monde
20 février 2018

20 TRAORE M A.

Mortalité néonatale : des statistiques cruelles.

bamada.net 27/02/2018

21 Kamissoko M.

Etat des lieux de l'approche des soins essentiels au nouveau-né et son impact sur la morbidité et la mortalité néonatale dans le district sanitaire de Baroueli.

[Thèse : Med]. Bamako : Univ. De Bamako ; 2010. N°371.

22 Notrefamille.

Les 3 phases de l'accouchement. (page consultée le 20 mars 2019). [en ligne].<https://www.notrefamille.com/maman/les-3-phases-de-l-accouchement-les-3-phases-de-l-accouchement-l-expulsion-o778.html>

23 Diamouténé-Sangaré M-L, Amzallag M.

Soins du nouveau-né de la naissance à six heures.

Dévelop.t Santé, 2010 ; n°197/198

24 Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P.

Soins aux nouveau-nés : manuel de référence. Washington : Unicef ; 2009.

25 Diaw SA.

Pratique des soins essentiels au nouveau-né dans les centres de santé de la Commune I du district de Bamako.

[Thèse: Med]. Bamako: USTTB; 2015. N° 164.

26 Bhutta ZA, Darmstadt GL, Ransom EI.

La recherche au service de la survie des nouveau-nés. Washington: Save The Children: Population Reference Bureau; 2003. P1-7.

27 Valladon A.

Naissance : les soins immédiats du nouveau-né. [Consulté le 20/3/2019].

Site : https://www.doctissimo.fr/html/sante/bebe/soin_immed_naiss.htm

28 Sanogo B.

Caractéristiques du nouveau-né au centre de sante référence de la commune I du district de Bamako caractéristiques du nouveau-né au centre de sante référence de la commune i du district de Bamako.

[Thèse : Med]. Bamako : Univ. Bamako ; 2011. N° 32.

29 OMS.

Premiers soins essentiels au nouveau-né. Guide de poche de pratique clinique. Genève : OMS ; 2014.

30 Hill Zelee, Tawiah-Agyemang C, Manu A, Okyere E, Kirkwood BR.

Keeping newborns warm: beliefs, practices and potential for behaviour change in rural Ghana.

Trop Med Int health, 2010 ; 15(10) : p 1118-1124.

31 Traoré A B.

Souffrance Foetale aiguë à la maternité RENEE CISSE de Hamdallaye de Bamako: aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et évolutifs à court terme.

[Thèse : Méd.]. Bamako : Univ de Bamako ;2001. N° 129.

32 Mamadou Keïta, « Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits « modernes » dans le district de Bamako (Mali) », *Espace populations sociétés* [Online], 2018/1-2 | 2018, Online since 22 June 2018, connection on 03 September 2020. URL :

<http://journals.openedition.org/eps/7707>

33 Cellule de planification et de statistique du Ministère de la Santé Mali.

Enquête Démographique de Santé du Mali V 2018. Maryland : ICF International ; 2018.

34 Villalon L, Couture-Leger M, Acakpo A.

Evaluation d'un programme de nutrition prénatale portant sur l'état nutritionnel des Béninoises enceintes et sur le poids de leurs enfants à la naissance.

Global Health Promotion. 2010 ; supp(2) : p 57-67.

35 McClure EM, Carlo WA, Wright LL, Chomba E, Uxa F, Lincetto O et al.

Evaluation of the educational impact of the essentialNewbornCare course in Zambia. *Actapediatr.* Août 2007. ; 96(8) : p 1135-38.

36 Sidibé T, Diarra A, Diallo F S D, et al.

Analyse de la situation du nouveau-né au Mali, Sauver la vie du nouveau-né, une initiative de Save The Children/USA. Bamako. 2002. 115P

37 Diarra S.

Soins immédiats du nouveau-né dans le District de Bamako, 2008. 98P

38 Waiswa P, Pariyo G, Kallander K, Akuze J, Namazzi G, Ekirapa-Kiraco E et al.

Effect of the Uganda newborn study on care-seeking and care practices: a cluster-randomized controlled trial.

Glob Health Action. 2015; 8 : p 1-11.

39 Bengono T M.

Evaluation de la prise en charge à la naissance des nouveau-nés de petits poids dans quatre maternités de Yaoundé.

[Thèse : Med]. Yaoundé : Univ de Yaoundé 1 ; 2015.

40 Waiswa P, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW.

Poor newborn care practices - a population based survey in eastern Uganda. BMC pregn child. 2010. 10: 9.

41 H. Pejoan.

Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau- né bien portant en salle de naissance.

Rev Sage-femme 2010 ; 9(4) : 189-194.

42 MARIKO D.

Connaissances relatives aux soins essentiels du nouveau-né(SENN) du personnel du centre de Santé référence de la commune VI.

[Thèse : Méd.]. Bamako : Univ de Bamako ; 2018. N° 142.

X ANNEXES

FICHE D'ENQUETE DES MERES (QM)

N° de la fiche /___/

Centre de santé :..... Enquêteur :.....

Entrée à la maternité Date /___/___/___/ JJ/MM/AA heure: /___/___/ h/min

Sortie de la maternité Date /___/___/___/ JJ/MM/AA heure: /___/___/ h/min

I. Renseignement sociodémographiques et obstétricaux de la mère :

a) renseignements sociodémographiques

Prénom et nom de la mère.....

QM1. Age : /___/ ans QM2. Résidence de la mère :.....

Contact téléphonique :..... QM3. Groupe ethnique:.....

QM4. Statut matrimonial : /___/ 1= célibataire 2=mariée monogamie 3=mariée polygamie ; 3=divorcée ; 4= veuve

QM5. Niveau d'instruction de la mère : /___/ 0=non instruite 1=alphabétisée ; 2=niveau primaire ; 3= secondaire ; 4=supérieur

QM6. Occupation actuelle :

b) Antécédents obstétricaux :

QM7. Nombre de grossesse : /___/ QM11. Parité : /___/

QM8. Nombre d'avortement : /___/ QM12. Nombre de vivant : /___/

QM9. Nombre de décès : /___/ QM13. Mort-né : /___/

QM10. Intervalle génésique: /___/

II. CONNAISSANCE DES MERES SUR LES SENN:

a) Pendant la grossesse

QM14. Connaissez vous les intérêts de la CPN : /___/ (1= Oui 0=Non)

1=Suivre la grossesse /_ 2=Informé éduquer et conseiller les femmes enceintes /_ 3=Décélérer tôt les problèmes médicaux et obstétricaux /_ 4=Prévenir et traiter les complications /_ 5= Autre/_ précisez

QM15. Connaissez-vous les soins préventifs au cours de la CPN: /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui lesquels : 1=Vaccination des mères contre le tétanos/_

2=Supplémentations FAF /_ 3=Consommation d'aliments contenant ou enrichi en iode /_ 4=Prise de 3 doses de SP contre le paludisme présumé /_

5=Respect des mesures hygiéno-diététiques /_ 6=Participer aux séances d'IEC pour les Femmes enceintes /_ 7=Autre/_ précisez.....

QM16. Connaissez-vous les signes de dangers au cours de la grossesse /___/ (1= Oui 2=Non)

Si oui lesquels : 1=Hémorragies /_ 2=Maux de tête sévères /_ 3=Vision trouble /_ 4=(Edème /_ 5=Douleur abdominale aiguë /_ 6=Convulsions /_ 7=forte Fièvre /_ 8=Absence ou réduction des mouvements du fœtus /_ 9=Perte de liquide amniotique /_ 10= Les pertes malodorantes non identifiées /_

11=autres/_ précisez.....

QM17. Est-ce que le personnel de la santé vous a-t-il donné des conseils sur le plan d'accouchement : /___/

(1= Oui 0= Non)

Si oui Quels sont les éléments qui composent ce plan ?

	Eléments du plan d'accouchement évoqués	Oui= 1 non= 0
1	De comment se rendre à la formation sanitaire	
2	Du parent qui prend soin de la famille à votre absence	
3	De combien coûtera l'accouchement	
4	Disponibilité de l'argent nécessaire pour l'accouchement	
5	De qui vous accompagne lors de l'accouchement	
6	Du matériel et vêtements à rassembler pour le trousseau d'accouchement à la formation sanitaire	

b) Immédiatement après l'accouchement

QM18 Connaissez-vous les soins administrés au nouveau- né immédiatement après l'accouchement dans le centre de santé? /___/ (1= Oui 0= Non)

Si oui lesquels 1=La mise au sein précoce /_ 2=Sécher le nouveau-né /_ 3=l'enveloppement du nouveau-né /_ 4=le contact peau-à-peau avec la mère 5=l'administration de la vitamine K par l'agent de santé 6=l'administration de collyre 7= soins ombilicaux /_

QM19. Quand est ce que le bébé doit être baigné ? /___/

0=Ne sait pas 1=au moins 6h

QM20. Après l'accouchement le personnel soignant vous a-t-il expliqué comment allaiter votre enfant ? /___/

(1= Oui 0=Non)

QM21 Connaissez-vous comment allaiter le nouveau né ? /___/

1=Le mamelon et une partie de l'aréole sont dans la bouche du nouveau-né les autres doigts de la mère sont sous le sein tandis que le pouce y est au-dessus lors de l'allaitement 0=NSP

QM22. Combien d'heure faut-il rester en observation à la maternité après accouchement ? /___/

0=Ne sait pas 1=au moins 6h

c) au-delà de 6h à 6 semaines de la naissance

QM23. Connaissez-vous les éléments de surveillance du nouveau-né de six heures à six semaines à domicile /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui lesquels : 1=L'allaitement maternel exclusif /_/ 2=Les vaccinations /_/ 3=Les soins du cordon ombilical /_/ 4=Le bain /_/ 5=Le sommeil /_/ 6=La température /_/

QM24. Connaissez-vous les signes de danger à surveiller chez le nouveau-né pendant les 6 semaines /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui lesquels : 1=Difficulté ou refus de téter/_/ 2=Léthargie /_/ 3=Difficulté respiratoire/_/ 4=Hypothermie / hyperthermie/_/ 5=Infections ombilicales /_/ 6=Vomissements persistants /_/ 7=ballonnement abdominal /_/ 8=Convulsions

III. Pratique SENN

(Il s'agit de renseigner ce qui a été fait pendant la dernière grossesse l'accouchement et à la suite des couches)

Avant naissance

QM24. Avez-vous fait la CPN: /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui combien de fois : /___/

QM25. Avez-vous fait une analyse de sang: /___/ (1= Oui 0=Non)

QM26. Avez-vous fait une échographie: /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui combien de fois : /___/

QM27 Avez-vous reçu les doses SP: /___/ (1= Oui 0= Non)

si oui combien de fois : /___/

QM28. Avez-vous été vacciné contre le tétanos: /___/ (1= Oui 0= Non)

si oui combien de fois : /___/

QM29 Est-ce que vous dormez fréquemment sous une moustiquaire imprégnée: /___/ (1= Oui 0= Non)

QM30. Avez-vous pris le Fer/Acide Folique: /___/ (1= Oui 0= Non)

si oui pendant combien de temps ?.....

QM31. Avez-vous participé aux séances causeries éducatives du centre de santé: /___/ (1= Oui 0= Non)

Si oui combien de fois: /___/

Et quels sont les thèmes que vous avez retenus ?

.....
QM32. Avez-vous amené un sac contenant des habits pour vous et pour le nouveau-né /___/ (1= Oui 0= Non)

IV. Opinion des mères sur les SENN

QM33 Quelle est votre opinion sur la vaccination des NN ?

.....
QM34. Que pensez-vous de l'allaitement maternel exclusif ?

.....
QM35 Que proposez-vous pour améliorer la qualité des services?

.....
Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps !!!

FICHE D'ENQUETE PRESTATAIRES (QP)

N° de la fiche /___/ Nom du centre :.....

Enquêteur :.....

Date d'enquête: /___/___/2019

I. Renseignement généraux sur le prestataire

Prénom Nom :

Age : /___/ ans Sexe :/___/

QP1 Qualification de l'accoucheur : /___/

1= Médecin, 2=Sage-femme, 3=Aide-soignante, 4=Matrone. 5=Technicienne Supérieure de Santé 6=Gynécologue: /_ / 7=infirmière obstétricienne 8=Autre :.....

QP2 Qualification de l'agent chargé des soins du nouveau-né : /___/

1 Médecin, 2.Sage-femme, 3.Aide-soignante, 4.Matronne. 5. Technicienne Supérieure de Santé 6=infirmière obstétricienne 7=Autre :.....

II. Connaissance du prestataire

QP3. Quel est l'intérêt de sécher le nouveau-né...../___/

1=Le protéger de l'hypothermie, 0=NSP

QP4 Comment sectionner et ligaturer le cordon :/___/

0=NSP 1=Entre nœuds serrés, l'un à deux doigts de l'abdomen, le second à cinq doigts

QP5.A quel moment de la naissance le bébé doit être allaité au sein ?/___/

1=trente minutes après l'accouchement, 0=NSP

QP6. Quel est l'intérêt de l'administration de la vitamine K...../___/

1=Protège contre l'hémorragie néo-natale 2=NSP

QP7. Quel est l'intérêt de l'administration de collyre...../___/

1=Protège contre infection oculaire, 0=NSP

QP8.A quel moment de la naissance on doit donner le 1^{ier} bain au nouveau-né...../___/

1=Au moins 6 heures après la naissance, si la mère n'est pas séropositive 0=NSP

III. Opinion sur les senn

QP9. Quel est votre opinion sur l'état de la salle d'accouchement conformément aux normes: /_ /

1=Adaptée 2=non Adaptée

3=autre:.....

QP10. Quel est votre opinion sur l'état des matériels d'accouchement et de soins aux niveaux: /___/ 1= Adéquats 2= non adéquats

3=autre:.....

QP11 Que proposez-vous pour l'amélioration du service ?

.....
.....

FICHE D'OBSERVATION SUR LES LOCAUX LES MATERIELS ET LES SUPPORT D'ACCOUCHEMENT (IO)

N° de la fiche / ____ / Centre de santé :

Date d'enquête / ____ / ____ / 2019 Enquêteur :

I Observation sur les locaux d'accouchement (1=oui ; 0=non)

IO	Observation	Score
1	Salle d'accouchement respect l'intimité de la parturiente	
2	Salle d'accouchement propre	
3	Salle d'accouchement bien aérée	
4	Salle d'accouchement a une température optimale et ambiante	
5	Salle d'accouchement bien éclairée	
6	Présence de lavabo dans la salle	
7	Présence de salle de chute de couche	
8	Absence de bruit dans la salle	

II Observation sur les matériels et supports d'accouchement (1=oui ; 0=non)

IO	Observation	Score
1	Présence de table chauffante couverte d'alèse/de tissu propre	
2	Présence aspirateur de mucosités électrique ou à pied à faible pression	
3	Présence sondes d'aspiration des sécrétions (CH 8 – CH 10)	
4	Présence d'un stérilisateur	
5	Présence de récipients dans la salle d'accouchement pour recevoir linge et compresse sales	
6	Poires à usage unique	
7	Ballon de ventilation auto gonflable et masque facial	
8	Divers : gants, ciseaux, compresses alcoolisées, clamp de Bar, fils de ligature stérile, lames de bistouri	
9	Présence d'horloge avec aiguille seconde	
10	Thermomètre pour la température ambiante	
11	Thermomètre pour la température axillaire	
12	Présence de stéthoscope	
13	Les matériels utilisés (les gants, compresses de gaze, clamps, ciseaux,...) au cours de l'accouchement sont propres et stériles	
14	Le collyre est disponible dans la salle d'accouchement	
15	La vitamine K est disponible dans la salle d'accouchement	
16	Présence de table d'accouchement adéquate	
17	Présence de pèse bébé et mètre ruban	
18	Présence toise et pèse personne	
19	Présence de tableau de bord	
20	Présence d'affiches de SENN dans la salle d'accouchement	
21	Existence de boîte à image	
22	Cahier de causerie bien rempli et contient des thèmes de SENN	

FICHE D'ENQUETE DES MERES (QM)

N° de la fiche /___/

Centre de santé :..... Enquêteur :.....

Entrée à la maternité Date /___/___/___/ JJ/MM/AA heure: /___/___/ h/min

Sortie de la maternité Date /___/___/___/ JJ/MM/AA heure: /___/___/ h/min

V. Renseignement sociodémographiques et obstétricaux de la mère :

a) renseignements sociodémographiques

Prénom et nom de la mère.....

QM1. Age : /___/ ans QM2. Résidence de la mère :.....

Contact téléphonique :..... QM3. Groupe ethnique:.....

QM4. Statut matrimonial : /___/ 1= célibataire 2=mariée monogamie 3=mariée polygamie ; 3=divorcée ; 4= veuve

QM5. Niveau d'instruction de la mère : /___/ 0=non instruite 1=alphabétisée ; 2=niveau primaire ; 3= secondaire ; 4=supérieur

QM6. Occupation actuelle :

b) Antécédents obstétricaux :

QM7. Nombre de grossesse : /___/ QM11. Parité : /___/

QM8. Nombre d'avortement : /___/ QM12. Nombre de vivant : /___/

QM9. Nombre de décès : /___/ QM13. Mort-né : /___/

QM10. Intervalle génésique: /___/

VI. CONNAISSANCE DES MERES SUR LES SENN:

d) Pendant la grossesse

QM14. Connaissez-vous les intérêts de la CPN : /___/ (1= Oui 0=Non)

1=Suivre la grossesse /_ 2=Informé éduquer et conseiller les femmes enceintes /_ 3=Déceler tôt les problèmes médicaux et obstétricaux /_ 4=Prévenir et traiter les complications /_ 5= Autre/_ précisez

QM15. Connaissez-vous les soins préventifs au cours de la CPN: /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui lesquels : 1=Vaccination des mères contre le tétanos/_

2=Supplémentations FAF /_ 3=Consommation d'aliments contenant ou enrichi en iode /_ 4=Prise de 3 doses de SP contre le paludisme présumé /_

5=Respect des mesures hygiéno-diététiques /_ 6=Participer aux séances d'IEC pour les Femmes enceintes /_ 7=Autre/_ précisez.....

QM16. Connaissez-vous les signes de dangers au cours de la grossesse /___/ (1= Oui 2=Non)

Si oui lesquels : 1=Hémorragies /_ 2=Maux de tête sévères /_ 3=Vision trouble /_ 4=Œdème /_ 5=Douleur abdominale aiguë /_ 6=Convulsions /_ 7=forte Fièvre /_ 8=Absence ou réduction des mouvements du fœtus /_

9=Perte de liquide amniotique /_ 10= Les pertes malodorantes non identifiées /_

11=autres/_ précisez.....

QM17. Est-ce que le personnel de la santé vous a-t-il donné des conseils sur le plan d'accouchement : /___/

(1= Oui 0= Non)

Si oui Quels sont les éléments qui composent ce plan ?

	Eléments du plan d'accouchement évoqués	Oui= 1 non= 0
1	De comment se rendre à la formation sanitaire	
2	Du parent qui prend soin de la famille à votre absence	
3	De combien coûtera l'accouchement	
4	Disponibilité de l'argent nécessaire pour l'accouchement	
5	De qui vous accompagne lors de l'accouchement	
6	Du matériel et vêtements à rassembler pour le trousseau d'accouchement à la formation sanitaire	

e) Immédiatement après l'accouchement

QM18 Connaissez-vous les soins administrés au nouveau- né immédiatement après l'accouchement dans le centre de santé? /___/ (1= Oui 0= Non)

Si oui lesquels 1=La mise au sein précoce 2=Sécher le nouveau-né 3=l'enveloppement du nouveau-né 4=le contact peau-à-peau avec la mère 5=l'administration de la vitamine K par l'agent de santé 6=l'administration de collyre soins ombilicaux

QM19. Quand est ce que le bébé doit être baigné ?

0=Ne sait pas

1=au moins 6h

QM20. Après l'accouchement le personnel soignant vous a-t-il expliqué comment allaiter votre enfant ? /___/
(1= Oui 0=Non)

Si oui expliquer ? /___/

1=Le mamelon et une partie de l'aréole sont dans la bouche du nouveau-né les autres doigts de la mère sont sous le sein tandis que le pouce y est au-dessus lors de l'allaitement 0=NSP

QM21. Combien d'heure faut il rester en observation à la maternité après accouchement ? /___/0=Ne sait pas
1=au moins 6h

f) au-delà de 6h à 6 semaines de la naissance

QM22. Connaissez-vous les éléments de surveillance du nouveau-né de six heures à six semaines à domicile /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui lesquels : 1=L'allaitement maternel exclusif /_ / 2=Les vaccinations /_ / 3=Les soins du cordon ombilical /_ / 4=Le bain /_ / 5=Le sommeil /_ / 6=La température /_ /

QM23. Connaissez-vous les signes de danger à surveiller chez le nouveau-né pendant les 6 semaines /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui lesquels : 1=Difficulté ou refus de téter/_ / 2=Léthargie /_ / 3=Difficulté respiratoire/_ / 4=Hypothermie / hyperthermie/_ / 5=Infections ombilicales /_ / 6=Vomissements persistants /_ / 7=ballonnement abdominal /_ / 8=Convulsions

VII. Pratique SENN

(Il s'agit de renseigner ce qui a été fait pendant la dernière grossesse l'accouchement et à la suite des couches)

Avant naissance

QM24. Avez-vous fait la CPN: /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui combien de fois : /___/

QM25. Avez-vous fait une analyse de sang: /___/ (1= Oui 0=Non)

QM26. Avez-vous fait une échographie: /___/ (1= Oui 0=Non)

Si oui combien de fois : /___/

QM27 Avez-vous reçu les doses SP: /___/ (1= Oui 0= Non)

si oui combien de fois : /___/

QM28. Avez-vous été vacciné contre le tétanos: /___/ (1= Oui 0= Non)

si oui combien de fois : /___/

QM29 Est-ce que vous dormez fréquemment sous une moustiquaire imprégnée: /___/ (1= Oui 0= Non)

QM30. Avez-vous pris le Fer/Acide Folique: /___/ (1= Oui 0= Non)

si oui pendant combien de temps ?.....

QM31. Avez-vous participé aux séances causeries éducatives du centre de santé: /___/ (1= Oui 0= Non)

Si oui combien de fois: /___/

Et quels sont les thèmes que vous avez retenus ?

VIII. Opinion des mères sur les SENN

QM32 Etes-vous globalement satisfaites du service offert dans le centre: /___/ (1=Oui ; 0=Non)

Si non pourquoi ?.....

QM33. Que pensez-vous de l'allaitement maternel exclusif ?

.....

QM34 Quelle est votre opinion sur la vaccination des NN ?

.....

QM35 Que proposez-vous pour améliorer la qualité des services?

.....

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps !!!

FICHE D'OBSERVATION SUR LA PRATIQUE SENN APRES L'ACCOUCHEMENT (QO)

N° fiche: /_____/

Centre de santé :

Date enquête: /____/____/2019 enquêteur :

IV. Renseignements généraux de l'accouchement

Date et Heure d'accouchement /____/____/____/ JJ/MM/AA; /____/____/____/ h/min

Q01.Type Grossesse /____/ 1=monofoetale 2= gémellaire 3=multiple

Nbre Naissance vivante /____/ Nbre mort-né /____/

Q02.Sexe NNE: /____/ 1=M ; 2=F **Q03.Poids** NNE :g

Q04.Taille NNE:cm **Q05.PC** NNE:cm

V. Attitudes du prestataire avant l'accouchement (1=oui ; 0=non)

QO	Observations	Score
1	Le personnel de la santé qui fait l'accouchement s'est lavé les mains au savon	
2	Le personnel de la santé qui fait l'accouchement porte une blouse propre (sans tâches de sang)	
3	Le personnel de la santé qui fait l'accouchement porte des gants stériles	
4	Le personnel de la santé qui fait l'accouchement porte des bavettes	
5	Le personnel de la santé qui fait l'accouchement porte un tablier	
6	Le personnel de la santé qui fait l'accouchement porte des lunettes de protection	

VI. Etat du nouveau-né à la naissance (1=oui 0=non)

QO	Observations	Score
1	A la naissance, le nouveau-né a crié	
2	A la naissance, le nouveau-né n'a pas été stimulé	
3	Le nouveau-né n'est pas un prématuré	
4	Le nouveau-né n'a pas été réanimé	
5	A la naissance le reflexe de succion est présent	
6	Le nouveau-né n'a pas inhalé du liquide amniotique	
7	A la naissance, le nouveau-né est bien coloré	
8	La respiration est normale et peu profonde	
9	La fréquence cardiaque sup a 100 bat/min	
10	Présence de mouvement actif	

IV Soins immédiat du nouveau ne après l'accouchement (1=oui 0=non)

QO	Observations	SCORE
1	Table d'accouchement adéquate couverte d'alèse propre	
2	A la naissance, le nouveau-né a été immédiatement séché	
3	le nouveau-né a été mis au contact peau à peau avec sa mère	
4	Les ciseaux utilisés pour sectionner le cordon ombilical sont stériles	
5	La ligature et la section du cordon ombilical sont bien faites : deux nœuds serrés, l'un à deux doigts de l'abdomen, le second à cinq doigts de l'abdomen du nouveau-né. Le cordon doit alors être coupé entre ces deux nœuds	
6	A la naissance, le nouveau-né a été maintenu au chaud sur la table ou sous lampe chauffante	
7	Le nouveau-né a été pesé et mesuré	
8	La tête du nouveau-né a été couverte par un bonnet	
9	Le nouveau-né a reçu les soins oculaires	
10	Le nouveau-né a été mis au sein dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement	
11	Le parthogramme est rempli en temps normale	
12	Pas de ventilateur ni de climatiseur dans la salle au moment des soins	
13	Les NNE avec problème ou ayant besoin de réanimation ont été correctement pris en charge (conditionnel)	
14	Le nouveau-né a reçu l'injection de la vitamine K1	

VI Soins des six premières heures après l'accouchement (1=oui ; 0= non)

QO	Observations	SCORE
1	Les données du nouveau né sont enregistrées dans le registre d'accouchement	
2	Recherches de traumatismes et de contusion au niveau de la tête sont effectuées	
3	Recherche de bosse séro-sanguine effectuée	
4	Recherche des anomalies congénitales du nouveau-né est effectuée	
5	Le nouveau-né a reçu les soins ombilicaux adéquats (cordon propre sans aucune autre application)	
6	L'émission du méconium a été vérifiée avant la sortie	
7	Après l'accouchement avant la sortie le personnel soignant a expliqué la bonne pratique de l'allaitement de l'enfant	
8	avant la sortie le personnel soignant a expliqué les signes de dangers à surveiller dans les 6 semaines	
9	La sortie de la maternité est effectué six heures après l'accouchement	

FICHE D'ENQUETE PRESTATAIRES (QP)

N° de la fiche /___/ Nom du centre :

Enquêteur :

Date d'enquête: /___/___/2019

IV. Renseignement généraux sur le prestataire

Prénom Nom :

Age : /___/ ans Sexe : /___/

QP1 Qualification de l'accoucheur : /___/

1= Médecin, 2=Sage-femme, 3=I Obstétricienne, 4=Matrone. 5= Autre :

QP2 Qualification de l'agent chargé des soins du nouveau-né : /___/

1= Médecin, 2=Sage-femme, 3=I Obstétricienne, 4=Matrone. 5= Autre :

V. Connaissance du prestataire

QP3. Quel est l'intérêt de sécher le nouveau-né...../ /

1=Aucune idée, 2= Débarbouiller le nouveau-né, 3= Le protéger de l'hypothermie,

4=Autres/Préciser.....

QP4 Comment sectionner et ligaturer le cordon :

0=NSP 1=Entre nœuds serrés, l'un à deux doigts de l'abdomen, le second à cinq doigts

QP5.A quel moment de la naissance le bébé doit être allaité au sein ?

1=trente minutes après l'accouchement, 2= Plus de trente minutes

après l'accouchement, 3=Aucune idée, 4=Autres/Préciser.....

QP6. Quel est l'intérêt de l'administration de la vitamine K...../___/

1=Protège contre l'hémorragie néo-natale 2=NSP

QP7. Quel est l'intérêt de l'administration de collyre...../___/

1=Protège contre infection oculaire, 0=NSP

QP8.A quel moment de la naissance on doit donner le 1^{er} bain au nouveau-né...../ /

1= juste après l'accouchement, 2= Au moins 6 heures après la naissance, 3=Aucune idée 4=Autres/Préciser.

VI. OPINION SUR LES SENN

QP9. Quel est votre opinion sur l'état de la salle d'accouchement conformément aux normes: /_ / 1=Adaptée

2=non Adaptée 3=autre:.....

QP10. Quel est votre opinion sur l'état des matériels d'accouchement et de soins aux niveaux: /___/ 1=

Adéquats 2= non adéquats 3=autre:.....

QP11 Que proposez-vous pour l'amélioration du service ?

.....
.....

**FICHE D'OBSERVATION SUR LES LOCAUX LES MATERIELS ET LES SUPPORT
D'ACCOUCHEMENT (IO)**

N° de la fiche /___/

Centre de santé :

Date d'enquête/___/___/2019

Enquêteur :

I Observation sur les locaux d'accouchement (1=oui ; 0=non)

IO	Observation	score
1	Salle d'accouchement respect l'intimité de la parturiente	
2	Salle d'accouchement propre	
3	Salle d'accouchement bien aérée	
4	Salle d'accouchement a une température optimale et ambiante	
5	Salle d'accouchement bien éclairée	
6	Présence de lavabo dans la salle	
7	Présence de salle de chute de couche	
8	Absence de bruit dans la salle	

II Observation sur les matériels et supports d'accouchement (1=oui ; 0=non)

IO	Observation	Score
1	Présence de table chauffante couverte d'alèse/de tissu propre	
2	Présence aspirateur de mucosités électrique ou à pied à faible pression	
3	Présence sondes d'aspiration des sécrétions (CH 8 – CH 10)	
4	Présence d'un stérilisateur	
5	Présence de récipients dans la salle d'accouchement pour recevoir linge et compresse sales	
6	Poires à usage unique	
7	Ballon de ventilation auto gonflable et masque facial	
8	Divers : gants, ciseaux, compresses alcoolisées, clamp de Bar, fils de ligature stérile, lames de bistouri	
9	Présence d'horloge avec aiguille seconde	
10	Thermomètre pour la température ambiante	
11	Thermomètre pour la température axillaire	
12	Présence de stéthoscope	
13	Les matériels utilisés (les gants, compresses de gaze, clamps, ciseaux,...) au cours de l'accouchement sont propres et stériles	
14	Le collyre est disponible dans la salle d'accouchement	
15	La vitamine K est disponible dans la salle d'accouchement	
16	Présence de table d'accouchement adéquate	
17	Présence de pèse bébé et mètre ruban	
18	Présence toise et pèse personne	
19	Présence de tableau de bord	
20	Présence d'affiches de SENN dans la salle d'accouchement	
21	Existence de boîte a image	
22	Cahier de causerie bien remplie et contient des thèmes de SENN	

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : Sékou Amadou Tidjani

Année Universitaire: 2019-2020

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Titre: Connaissances et pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique ; Gynéco-Obstétrique.

Résumé:

Au terme de notre étude les principaux résultats ont été les suivants :

60,4% des prestataires connaissaient l'intérêt de sécher le nouveau-né après l'accouchement; 83% des prestataires connaissaient le moment du 1^{er} bain (au moins six heures après l'accouchement excepté les nouveau-nés d'une mère séropositive au test de VIH).

90,6% des prestataires ont préconisé de la mise au sein précoce c'est-à-dire dans les trente minutes qui suivent l'accouchement.

45,3% et 69,8% des prestataires connaissaient l'intérêt de l'administration de la vitamine K1 et l'administration des collyres.

Le séchage immédiat a été pratiqué chez 75,9 % des nouveau-nés; le contact peau à peau a été pratiqué chez 7,4% des nouveau-nés; la section du cordon ombilical selon les normes des services de santé de la reproduction a été bien faite chez 72,7% des nouveau-nés; la mise au sein précoce a été effectuée chez 24,5% des nouveau-nés.

Le bain précoce du nouveau-né n'a jamais été réalisé dans les structures de santé observées ; l'administration de la vitamine K1 a concerné 31% des nouveau-nés ; les soins oculaires ont été administrés chez 33,3% des nouveau-nés et tous les partogrammes ont été remplis après l'accouchement.

Conclusion:

Notre étude nous a permis de conclure que les connaissances et pratiques des soins essentiels du nouveau-né restent toujours un sérieux problème de la santé publique en Afrique subsaharienne et particulièrement au Mali.

Pour mieux répondre de façon efficace les soins essentiels des nouveau-nés Il faut primordialement renforcer la formation continue des prestataires au niveau de toutes les couches sanitaires.

Il faut également doter les centres, de salle d'accouchement bien équipée et qui répond aux normes de l'OMS et adapté par le Mali.

Mots-clés : soins essentiels, nouveau-nés, connaissance pratique, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE!