

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la  
Recherche Scientifique



République du Mali  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2014 – 2015

N° \_\_\_\_\_//

# Thèse

## PRATIQUE DES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES DANS LES CENTRES DE SANTÉ DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le /30 /06/2015  
Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

*Par :*

***SALIMATA A.DIAW (épouse BAGAYOGO)***

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(diplôme d'état)

### JURY

Président : Pr. Abdoulaye Ag RHALY  
Membre : Dr. Ouazoun COULIBALY  
Co-directrice : Dr. Keita Haoua DEMBELE  
Directeur de thèse : Pr. Hamadoun SANGHO

# DEDICACES

Je rend grâce à Dieu le tout puissant, le tout miséricordieux et le très miséricordieux, seigneur des hommes, l'absolu, le roi du jour dernier, le sauveur, l'unique : c'est à toi que nous implorons le pardon, guides nous vers le droit chemin. Augmente ma foi en toi et fais que je sois parmi les gens soumis et les fervents de ton adoration. Merci Seigneur de me permettre de vivre ce jour.

Donne-moi le courage d'accomplir avec amour et dévotion mon métier.

Amen !

Je dédie ce travail

❖ **A mon Père AMADOU OUMAR:**

Mon Papa, un homme extraordinaire au cœur immense !!!

Il est rare de voir de nos jours, un père aussi dévoué, généreux, attentionné, qui tient tant à sa famille. Toujours là pour nous, jamais découragé.

Malgré nos erreurs ; tu nous as toujours pardonné et nous as donné tout l'amour qu'un père doit à son enfant. Tu es génial !!!

Je suis vraiment heureuse de t'avoir comme père et je prie Dieu de me donner le même courage pour mes enfants.

Tu nous as toujours soutenu surtout dans les moments difficiles.

Tu as toujours su garder ton sang froid, te maîtriser malgré les coups durs de la vie.

Tu nous as appris à pardonner ; Tu as su préserver ta dignité !!!

Tu nous as enseigné à aimer les autres, à partager ;

Tu nous as montré que dans la persévérance qu'on peut tout avoir ;

Qu'on peut être ce qu'on désire d'être, qu'il suffisait juste d'y croire ;

Tu nous as appris que tout est possible tant que nous continuons à croire en nous et à avoir foi en la cause que nous défendons. Tu es ma source d'inspiration ;

Tu nous as fait comprendre que la famille est la chose la plus formidable et merveilleuse... Tu as laissé tes désirs pour nous rendre heureux...

Nous sommes de toi et on est fiers de t'avoir comme papa. On a de la chance !!!

Je me suis toujours dite que je ferais tout pour que tu sois heureux ; en fait je me trompais car ton bonheur c'était seulement d'être à côté de ta famille, nous voir heureux. Tu es magnifique !!!! Je ferais tout pour ne pas te décevoir.

Je vais réussir et devenir un grand médecin, sauver des vies.

Je t'aime Papa et je t'aime plus que tout au monde.

Tu resteras pour nous le modèle de courage, d'abnégation et de sagesse. Que Dieu te donne une longue et heureuse vie...

### ***Merci Papa***

#### **❖ A ma mère SARATA KONDE:**

Femme dynamique, généreuse, loyale, joviale, sociable, attentionnée, croyante, naturelle et infatigable. Tes conseils, tes encouragements, tes câlins, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut.

Tu m'as toujours apporté ton amour, ton soutien sur tous les plans. Cet œuvre est à toi, que son fruit t'apporte du bonheur. Tu resteras pour moi la mère la plus enviée du monde. On ne choisit pas ses parents, mais si cela se faisait je n'aurai pu choisir meilleure maman. Je me souviendrai pendant tout le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prière pour que ce jour arrive. Je te le dédie pour tout l'amour et la merveilleuse éducation que nous avons reçus de toi. Je t'aime de tout mon cœur <3<3<3 Longue et heureuse vie à toi maman !

#### **❖ A mon très cher tendre époux Abdoulaye Shaka Bagayogo :**

Avec un cœur si généreux et si sensible. Merci pour ton soutien indéfectible et ta compréhension. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagné durant ce temps.

Trouve dans ce travail qui est aussi le tien, le témoignage de mon amour et de mon infinie reconnaissance. Que DIEU fortifie notre amour et bénisse notre couple. Je t'aime de tout mon cœur et je ne demande qu'à t'aimer.

**❖ A mon oncle et parrain et ma belle tata chérie: Dr Mohamed Alpha et Fatoumata Coulibaly**

Sachez que je ne saurai jamais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Merci pour votre soutien. Vous m'avez vraiment prouvé que je peux compter sur vous. Inchallah, je ne vous décevrai pas !!! Que le bon Dieu vous bénisse ! Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude. Je vous aime !!!!

**❖ A mes frères : Abdoulaye, Mamadou et Alpha**

Vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme frères. En nous voyant le mot fraternité prend tout son sens. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués et il vous revient de plein droit car vous m'avez toujours soutenu dans mes hauts et mes bas. La confiance, l'assurance, le respect mutuel, la franchise, l'union, la compassion, que nous nous portons sont vraiment un don de l'éternel.

**❖ A ma petite sœur Fatoumata:**

La vie étant faite ainsi nous avons passée ensemble de bons moments et d'autres peu glorieux où le découragement se faisait lire sur les visages mais avec l'appui

des parents nous avons pu surmonter ces étapes. Puisse Dieu consolider notre lien sanguin. Je t'aime !!!

❖ **A mon homonyme Sali Koné:**

Merci pour tes conseils, prières et soutien inébranlables. Qu'Allah te donne une longue vie dans la santé !!! Ce travail est à ton honneur.

❖ **A ma tante: feue Dindi Diaw :**

Le fruit dont l'entretien t'a fait tant souffrir a muri, et Dieu en a décidé autrement pour la cueillette. Dieu est grand ! Tu es partie si tôt, tu étais comme une mère. J'aurais tellement voulu que tu sois là, en ce jour si grand. Reposes en paix. Tu resteras à jamais gravé dans nos cœurs.

❖ **A mes grands-pères: feus Mamadou et Abdallah**

Je ne vous ai pas connu hélas, mais vous êtes dans mon cœur. Puisse Dieu vous accueillir dans son paradis. Reposez en paix !

# REMERCIEMENTS

**Je ne pourrai terminer ce travail sans témoigner ma reconnaissance:**

– **A mon oncle Ibrahim KONDE:**

Merci pour ton soutien moral et financier. Je prie Dieu qu'il te donne longue vie pour goûter aux fruits de ce travail au cours duquel tu m'as énormément aidé. Toutes mes sincères reconnaissances.

– **A mon beau-père et ma belle-mère : Pr Issiaka Bagayogo et Mariam Sidibé**

Votre disponibilité, votre sympathie. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude.

– **A mes grand-mères : Gogo Haby Sy, Fanta Diop, Mariam Sakiliba dite Nandy , feues Assan dite Dada et Kadiatou Kanté,**

Merci pour vos multiples bénédictions. Qu'Allah vous donne longue vie. Paix aux âmes disparues !

– **A mes oncles :**

Pour votre assistance inestimable et votre attachement à mon égard. Toutes mes sincères reconnaissances.

– **A mes tantes :**

Vous êtes merveilleuses, comme une mère, vous vous êtes souciées de mon avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi, vos conseils vos bénédictions et votre soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puisseons-nous demeurer unis par la grâce de



Dieu. Qu'ALLAH vous donne une santé de fer.

– **A mes belles-sœurs :**

Merci votre sympathie. Soyez rassurées de ma disponibilité.

– **A mes beaux-frères : Oumar, Malamine, Sidy et Youssouf Bagayogo**

Merci pour votre sympathie. Soyez rassurées de ma disponibilité.

– **A tous mes cousins et cousines :**

Merci pour votre sympathie. Ce travail est le votre.

– **A mes nièces : Rouky et Kadidia**

Que Dieu vous bénisse mes amours !!!

– **A mon oncle Djibril Camara dit Directeur :**

Merci pour ton soutien moral. Ce travail est à ton honneur.

– **A mon oncle Oumar Maiga dit Tonton P :**

Merci pour tes accompagnements et encouragements pendant toute ma période de bosse. Ce travail est le tien.

– **A mon très cher ami : Dr Ali Konipo**

Je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour ton soutien sans faille surtout dans les moments difficiles !!!

– **A mon oncle et ami Dr Tidiane Diaw :**

Merci pour tes conseils et tes encouragements. Ce travail est à ton honneur.

– **A mon ami : Dr Oumar Boré :**

Merci pour ta disponibilité et ta patience. Je te suis reconnaissante !

– **Au Rotaract et Rotary :**

Je garderai de chacun de vous une cordialité fraternelle. Je vous serai indéfiniment redevable.

– **A tout le personnel du CREDOS :**

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

– **A Dr Keita Assa Sidibé :** Directrice Générale Adjointe du CREDOS

Je te remercie de m'avoir prise comme ta fille et pour tes conseils. Je garderai de toi l'image d'une femme exemplaire avec un cœur si généreux et si sensible. Merci de tout cœur !!! Je te souhaite une longue et heureuse vie.

– **A Dr Guindo Mariam Traoré :**

Merci pour tes immenses qualités et ta disponibilité. Longue et heureuse vie à toi !!!

– **A Dr Thiéro Assétou :**

Merci pour ta disponibilité et ta bonne humeur. Longue et heureuse vie à toi !!!

– **A Dr BELEM Boureyma:**

Merci pour le soutien et la disponibilité. Longue et heureuse vie à vous !!!

– **Au personnel du CSREF, ASACOBA, ASACOMSI, ASACOBOULI ET II, ASACODOU de la commune I du district de Bamako:**

Pour leur disponibilité et leur grande générosité. Les moments passés avec vous ont été d'une richesse inestimable. Soyez remerciés pour la formation.

– **A mon grand frère de tous les jours Dr ONGOIBA : DES en Pédiatrie**

Merci pour le soutien et la disponibilité. Longue et heureuse vie à toi !!!

– **Au corps professoral de la F.M.O.S :**

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

– **A tous mes camarades de promotion et particulièrement à:**

Clémence Matchim, Cédric Ymelé Nana, Cédric Seumo, Wilson Njakou, Manuella Nana, Linda Montheu, Aminatou Traoré, Fatoumata Bretaudeau, Nènè Kanté...

Je ne retiendrai de vous que les agréables souvenirs et moments vécus ensemble. Merci infiniment !

– **A mes amis :**

Sylvie, Daoulata, Nafissatou et Mariam de Burkina Faso, Yayé, Mountaga, Haby, Odia

Je ne retiendrai de vous que les agréables souvenirs et moments vécus ensemble. Soyez assurés de ma constante disponibilité et recevez ici l'expression de toute mon amitié.

**A tous les membres de ma famille :**

Pour votre assistance morale et matérielle. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A tous les « Grands » médecins** avec lesquels j'ai eu plaisir à travailler au cours de mes études.

**A toutes les mamans ayant participées à l'étude**, merci pour votre accueil, votre patience et vos encouragements.

**A tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit.** Je vous remercie infiniment

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury : **Pr Abdoulaye Ag RHALY**

- ✚ Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS;
- ✚ Ancien Directeur Général de l'INRSP ;
- ✚ Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;
- ✚ Membre du comité d'éthique de la FMOS ;
- ✚ Chevalier international des palmes académiques du CAMES ;
- ✚ Docteur HONORIS CAUSA de l'université LAVAL CANADA.

Cher Maître,

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples importantes occupations.

Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre sens élevé de la compréhension forcent le respect et l'admiration de tous.

Nous souhaiterions continuer à apprendre à vos côtés. Que Dieu dans sa miséricorde vous comble ainsi que toute votre famille de ces bienfaits et vous accorde une vie longue et plein de bonheurs.

A notre maître et juge: **Dr COULIBALY Ouazoum**

- ✚ Médecin Pédiatre ;
- ✚ Chef de service de la pédiatrie du CSREF de la commune I.
- ✚ Point focal de la nutrition.

Cher Maître,

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Le choix de la pédiatrie est devenu une évidence en vous rencontrant.

Que votre enthousiasme et le témoignage de votre pratique continuent à susciter de nombreuses vocations.

A notre maître et codirectrice de thèse: **Dr KEITA Haoua DEMBELE,**

- ✚ Master en Santé Publique ;
- ✚ Attachée de recherche en santé publique ;
- ✚ Chef de département de recherche du CREDOS

Cher Maître,

L'intérêt que vous avez témoigné pour mon travail et le temps consacré à me guider m'ont beaucoup touché. Je ne l'oublierai jamais. Vous êtes une enseignante dévouée. Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour ma formation. Merci de tout cœur !!! J'espère pouvoir un jour, à mon tour, en faire de même avec un plus jeune.

Acceptez ici ma profonde gratitude.

Puisse Allah vous garder longtemps dans la santé et la quiétude. Merci infiniment !



A notre maître et directeur de thèse : **Pr SANGHO Hamadoun**

- ✚ Professeur Titulaire en santé publique à la FMOS,
- ✚ 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 m'avez confié ce travail et dirigé avec bienveillance toute sa réalisation.

J'ai su apprécier et admirer, le bureau de travail et le maître juste, intègre que vous êtes.

Vous demeurez pour nous un exemple à suivre. Je ne cesserai jamais d'évoquer votre rigueur au travail bien fait, votre compétence, vos qualités humaines et intellectuelles.

Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Veuillez accepter ici, cher maître, le témoignage de notre profonde admiration et de nos sincères remerciements. Puisse le Tout Puissant vous rendre vos bienfaits.

« Vivre la naissance d'un bébé est notre chance la plus accessible de saisir le sens du mot miracle »PAUL CARVEL

# ABREVIATIONS

## **ABREVIATIONS**

**ASACOBA** : Association de Santé Communautaire de Banconi

**ASACOMSI** : Association de Santé Communautaire de Mekin Sicoro

**ASACOBOUL** : Association de Santé Communautaire de Boukassoumbougou

**ASACODOU** : Association de Santé Communautaire de Doumanzana

**CSREF** : Centre de Santé de Référence.

**CREDOS** : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'enfant.

**CPN** : Consultation Périnatale

**CPON** : Consultation Post-Natale

**EDSM** : Enquête Démographique et de Santé au Mali.

**ENC** : Essential Newborn Care (soins essentiels au nouveau-né)

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**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.

# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>I.</b>	INTRODUCTION.....	1
<b>II.</b>	ENONCE.....	5
<b>III.</b>	OBJECTIFS.....	9
<b>IV.</b>	GENERALITES.....	11
<b>V.</b>	METHODOLOGIE.....	42
<b>VI.</b>	RESULTATS.....	57
<b>VII.</b>	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	83
<b>VIII.</b>	CONCLUSION.....	94
<b>IX.</b>	RECOMMANDATIONS.....	96
<b>X.</b>	REFERENCES.....	99
<b>XI.</b>	ANNEXES.....	105

# INTRODUCTION

## **I. Introduction :**

La naissance d'un bébé est l'un des moments les plus merveilleux de la vie.

Elle marque en effet le passage de la vie du fœtus dépendant de la mère à celle du nouveau-né indépendant.

La santé du nouveau-né étant influencée par celle de la mère, les soins doivent couvrir toute la période allant de la conception à la grossesse, de l'accouchement à la période post natale.

Peu d'expérience peut se comparer à cet événement. Les nouveau-nés ont des capacités étonnantes, et pourtant ils sont totalement dépendants des autres pour tous les aspects : l'alimentation, la chaleur, le confort.

La superstition empêche souvent les parents de parler ou de planifier les soins du nouveau-né qu'ils attendent.

La mère doit cacher sa grossesse, pour ne pas attirer le mauvais sort. Et ceci est une des raisons pour lesquelles beaucoup de femmes et de nouveau-nés ne reçoivent pas d'assistance médicale qualifiée pendant ou après l'accouchement [1].

Dans les pays en voie de développement, 2/3 des nouveau-nés naissent à domicile et très peu de ces accouchements sont assistés par des prestataires qualifiés [1].

Le retard dans la reconnaissance des problèmes de santé des nouveau-nés et le retard à l'accès à des soins de qualité contribuent à un nombre élevé de décès de nouveau-nés [1].

La mortalité infantile et néonatale demeure une préoccupation constante dans les pays en voie de développement.

En effet 450 nouveau-nés meurent toutes les heures dans le monde soit 4 millions de nouveau-nés durant le premier mois de la vie et 4 autres millions sont mort-nés. Parmi ces nouveaux nés 2 Millions meurent au cours de la première semaine de vie et particulièrement pendant le premier jour de vie. Seulement 1% des décès se



produisent dans les pays développés, 99% dans les pays en voie de développement. [1].

C'est en Afrique que surviennent 25% de décès néonataux alors que ce continent ne compte que 11% de la population mondiale. Le taux de mortalité néonatale au Mali est de 46‰ selon EDS IV Mali [2].

Les principales causes de décès du nouveau né sont : [1]

- les infections (pneumonie, diarrhée, tétanos néonatal) : 41% ;
- l'asphyxie à la naissance, traumatisme, blessure à la naissance : 24% ;
- la prématurité : 23% ;
- les malformations congénitales : 6%.

Au centre de toutes ces pathologies se trouvent le petit poids de naissance qui contribue à plus de la moitié des décès, car elle diminue les chances de survie.

Cependant, il faut remarquer que des documents de référence nationale élaborés offrent un cadre clair des soins du nouveau-né qui peuvent être fournis à de faible coût.

Jusqu'à 40% de morts néonatales pourraient être évitées par leur intermédiaire. Et parmi ces interventions qui ont sans doute un impact positif sur la santé et la survie des nouveau-nés [3].

En effet il y a des actions simples sûres et efficaces que les agents de santé peuvent entreprendre pour prévenir ou traiter la plupart des problèmes qui sont à l'origine des décès du nouveau-né.

Les difficultés sont entre autres :

- l'absence d'assistance aux nombreuses femmes et nouveau-nés pendant

l'accouchement par du personnel qualifié.

- l'importance d'accouchement à domicile dans les pays en voie de développement dont les nouveau-nés échappent au contrôle des prestataires.

Par ailleurs les nouveau-nés qui naissent dans les structures de santé sont ramenés très tôt à la maison après l'accouchement.

Ainsi les nouveau-nés passent la majeure partie de la période néonatale à domicile. Ce qui peut être un frein à la prise en charge précoce des problèmes de santé des nouveau-nés.

Le retard à l'accès aux soins de qualité contribue à un pourcentage élevé de décès des nouveau-nés, car toutes les interventions améliorant la santé des mères, aident en même temps les nouveau-nés à survivre.

C'est ainsi que l'attention d'un agent de santé qualifié pendant les périodes prénatale, per-natale et post-natale pourrait réduire significativement le taux de décès. Il s'agit spécifiquement en post-natale des gestes comme : mettre le nouveau-né au chaud dès la section du cordon ombilical, l'hygiène corporelle, la mise au sein précoce, la sécurité et la vigilance [la surveillance du nouveau-né et de sa maman surtout dans les 24 heures après l'accouchement].

Outre ces mesures préventives, l'identification précoce des problèmes, l'accès rapide aux soins et leur prise en charge correcte peuvent réduire beaucoup de cas de décès chez les nouveau-nés.

# ENONCE

## **II. Enoncé :**

La naissance, le premier jour et la première semaine de la vie sont des moments d'importance cruciale.[4]

La santé des mères, des nouveau-nés et des enfants représente le bien-être de la société.

C'est donc tout l'avenir d'un enfant qui peut se jouer à la naissance et pendant les jours suivants. C'est dire l'importance d'une surveillance attentive en vue de prévenir, dépister et prendre en charge précocement toute anomalie susceptible d'avoir un retentissement sur le nouveau-né.

Chaque année en Afrique: [4]

- 30 millions de femmes tombent enceinte;
- environ 250 000 femmes meurent de causes liées à la grossesse;
- environ 1million de bébés meurent pendant leur premier mois de la vie et environ un demi-million meurent leur premier jour;
- 3,3 millions d'enfants africains en plus mourront avant leur cinquième anniversaire;
- 4 millions de bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance et autres bébés avec des complications néonatales vivront peut-être mais n'atteindront jamais tout leur potentiel.

Dans certains pays africains (en 2006), les nouveau-nés courent le risque le plus élevé de mourir ; parmi lesquels nous pouvons citer entre autres en tête le Liberia avec 66 ‰ comme taux de mortalité néonatale, la Côte d'Ivoire (65‰), le Nigeria (48 ‰). Il faut signaler que ce risque est plus faible dans certains pays du sud du

Sahara : Seychelles (9‰), Cap-Vert (10‰), le Cameroun (29‰), le Burkina (31 ‰), etc..... [5]

Pour le Mali, classé 11<sup>e</sup> sur les quinze pays africains avec le plus de décès néonatal qui ont également un grand nombre de décès maternels. [5]

La mortalité néonatale constitue un sérieux problème de santé publique avec un taux national de 46‰ selon l'EDS-IV Mali en 2006.

En 2006, plusieurs études ont porté sur la mortalité périnatale dans certaines régions du Mali, et certains centres de santé de référence du District de Bamako où les taux de mortalité néonatale se sont avérés élevés et qui variaient entre 29,06‰ et 87,76‰ [6], [7], [8], [9], [10], [11]etc.

Aucune de ces études n'a traité spécifiquement les soins essentiels du nouveau-né qui comme nous l'avons précédemment dit est d'une grande importance dans l'amélioration de la santé et de la survie du nouveau-né.

Au Mali, les causes de mortalité néonatale sont : infection (34%), naissance prématurée (24%) et asphyxie (19%), tétanos (10%), autres (5%), diarrhée (4%), les maladies congénitales (4%). [5]

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

Le paquet de soins essentiels du nouveau-né dont l'efficacité a été prouvée par la mise en œuvre d'interventions peu coûteuses, réalisables avec des investissements additionnels relativement faibles doit être disponible et accessible pour tous les nouveau-nés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. [12]

Des mesures préventives, l'identification rapide des signes de danger, la recherche

précoce de soins et la prise en charge correcte des cas peuvent empêcher beaucoup de décès chez les nouveau-nés. D'où l'importance de la qualité des soins prodigués pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers jours et semaines de vie. [1]

Notre étude vient à point nommer pour faire l'état des lieux de la pratique des soins essentiels du nouveau-né au niveau des centres de santé de la commune I du district de Bamako dont les conclusions et les recommandations permettront d'améliorer l'état de santé du nouveau-né et sa survie.

# OBJECTIFS

### **III.OBJCTIFS :**

#### **3.1 Objectif général:**

- Etudier la pratique des soins essentiels au nouveau-né dans les centres de santé de la commune I du district de Bamako.

#### **3.2 Objectifs spécifiques:**

- Déterminer la fréquence de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans les centres de santé de la commune I.
- Déterminer les connaissances et pratiques des agents de santé dans la prise en charge des nouveau-nés.
- Déterminer les connaissances des mères sur les soins essentiels du nouveau-né.
- Identifier les problèmes liés à la prise en charge du nouveau-né.
- Proposer des recommandations en vue d'une amélioration des soins de santé.



# GENERALITES

#### **IV. Généralités :**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le post-partum comme « une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille sur le plan physiologique, affectif et social » [13].

##### **4.1 RAPPEL SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT :[1]**

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 un phénomène intimement lié à l'humanité. Le processus d'accouchement et tous les aspects qui l'entourent varient donc en fonction des contextes historique, géographique, social et culturel. Ces contextes influencent les positions d'accouchement, les conditions dans lesquelles l'accouchement a lieu, les personnes du monde médical ou non qui entourent la parturiente (sage-femme, obstétricien, père...) ainsi que les lieux d'accouchement (accouchement assisté à domicile, hôpital, maison de naissance) .[14]

L'accouchement présente moins de risques pour la femme et le nouveau-né s'il est assisté par un personnel qualifié. Les mères doivent être encouragées à accoucher, à chaque fois que c'est possible, dans une structure de santé, en présence d'un accoucheur (ou accoucheuse) professionnel. Le lieu choisi pour l'accouchement est à revoir à chaque visite prénatale, il peut être changé du domicile à la formation sanitaire ou à l'hôpital, en particulier si la mère présente un problème durant la grossesse.

L'accouchement est naturel, lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie, si non il est dirigé. L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal, dans le cas contraire il est dystocique.

On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver le déroulement physiologique celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine) le fœtus (présentation, volume) ou ses annexes.

#### **4.2 Soins essentiels du nouveau-né :**

Les soins essentiels du nouveau-né (SENN) constituent une stratégie globale visant à améliorer la santé et la survie du nouveau-né par le biais d'un paquet d'interventions réalisé avant la conception, durant la grossesse et immédiatement après la naissance ainsi que durant la période postnatale. [15]

Ils se divisent en soins avant la naissance et après la naissance:

**a) 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.

**b) Soins essentiels après la naissance :** qui constituent l'ensemble des gestes et actes réalisés de la naissance à six semaines pour améliorer la survie du nouveau-né.

La période de l'adaptation à la vie extra-utérine nécessite la mise en place d'un ensemble de changements surtout cardiovasculaires, et constitue de ce fait une grande période de vulnérabilité, sensible à toute pathologie congénitale (malformations) ou acquise pendant la grossesse (fœtopathies) ou l'accouchement (anoxie). D'autre part, la plupart des organes, surtout le cerveau, sont encore en

plein développement et donc particulièrement vulnérables à toute perturbation de l'équilibre biologique et nutritionnel. [1]

C'est donc tout l'avenir d'un enfant qui peut se jouer à la naissance et pendant les jours suivants. C'est dire l'importance d'une surveillance attentive en vue de prévenir, dépister et prendre en charge précocement toute anomalie susceptible d'avoir un retentissement sur le nouveau-né.

Quand le bébé est livré, le cordon ombilical est coupé et fixé près du nombril. Ceci termine la dépendance du bébé sur le placenta pour l'oxygène et la nutrition. Comme le bébé prend le premier souffle, l'air se déplace dans les voies respiratoires des poumons. [1]

Avant la naissance, les poumons ne sont pas utilisées pour l'échange d'oxygène et de dioxyde de carbone, et doivent fournir moins de sang. La circulation foetale envoie la plupart de l'approvisionnement en sang loin des poumons grâce à des connexions spéciales dans le cœur et les gros vaisseaux sanguins. [1]

Quand un bébé commence à respirer un air à la naissance, le changement de pression dans les poumons aide à combler les connexions du fœtus et de rediriger le flux sanguin. Maintenant le sang est pompé vers les poumons pour aider à l'échange d'oxygène et de dioxyde de carbone. Certains bébés ont des quantités excessives de liquide dans les poumons. Stimuler le bébé et le faire pleurer par le massage et la caresse de la peau peut aider à apporter le liquide là où il peut être aspiré par le nez et la bouche.

Fournir la chaleur pour le nouveau-né: un bébé nouveau-né est mouillé par le liquide amniotique et peut facilement devenir froid. Sécher le bébé et l'utilisation de couvertures chaudes et des lampes de chaleur peuvent aider à prévenir la perte de

chaleur. Souvent, un bonnet tricoté est placé sur la tête du bébé. Placer un bébé en peau à peau sur la poitrine de la mère ou sur l'abdomen permet aussi de garder le bébé au chaud. [1]

Les soins essentiels du nouveau-né comprennent trois parties : les soins immédiats à la naissance, les soins du nouveau-né au cours des six premières heures et les soins jusqu'à 6 semaines.

c) 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.



Un des premiers chèques est le score d'Apgar : le score d'Apgar est un système de cotation conçu par le Dr. *Virginia Apgar* en 1953, un anesthésiste, on vérifie dans les dix premières minutes de vie la bonne adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine. [1]

Il comprend cinq paramètres "aisément appréciables sans interférer sur les soins éventuels à l'enfant" (tableau. I). 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.

La cotation est systématiquement pratiquée au bout d'une minute et au bout de 5 minutes de vie. Dans certains cas, pour juger de l'évolution de la situation de l'enfant, elle est refaite à dix minutes de vie, puis éventuellement toutes les dix minutes.

Le nouveau-né normal a un score d'Apgar supérieur à 7 à 1 et à 5 minutes de vie. Un score inférieur à 7, et a fortiori inférieur à 3, à un moment quelconque des dix premières minutes de vie, justifie des gestes immédiats de secourisme, couramment désignés sous le terme de réanimation en salle de naissance.

**Tableau I** : Le score d'Apgar [16]

<b>Paramètres</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Battements cardiaques	Absents	< 100/mn	> 100/mn
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Vigoureux, avec cri
Tonus musculaire	Nul	Faible : légère flexion des extrémités	Fort : quadri flexion, mouvements actifs
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible : grimace	Vive : cri, toux
Coloration	Globalement bleue ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Totalement rose

#### **4.2 Les gestes systématiques des premières minutes de vie[16]**

La plupart des nouveau-nés respirent et crient à la naissance.

Celui qui a des problèmes de respiration a besoin de réanimation immédiate. Il est important de ce fait d'évaluer immédiatement l'état de santé du nouveau-né et le réanimer si nécessaire.

Pour le nouveau-né qui respire bien, on suit les étapes ci-dessous :

##### **Etape 1 : sécher et stimuler le nouveau-né**

Le nouveau-né doit être immédiatement séché, y compris la tête. Donc il faut frotter doucement le corps du nouveau-né, à l'aide d'une serviette propre, et chaude au besoin. Puis se débarrasser de la serviette mouillée, pour la remplacer par un linge propre (si possible stérile) et sec. Il est recommandé de placer alors le nouveau-né en contact peau à peau avec sa mère. S'il respire toujours normalement, le couvrir, lui et sa mère (incluant sa tête et tout son corps) d'une couverture propre, sèche et chaude au besoin.[1]

##### **Etape 2 : Evaluer la respiration et la coloration**

La respiration et la coloration du nouveau-né sont évaluées au fur et à mesure qu'on le sèche. La face, la poitrine, les lèvres et les joues doivent être roses.

##### **Etape 3: Évaluer les besoins en réanimation**

Si le nouveau-né ne respire pas ou s'il a une respiration irrégulière, il doit être réanimé. Dans ce cas, le cordon est rapidement coupé et le nouveau-né est mis sur une surface plate, chaude et immédiatement la réanimation commence.

On demandera éventuellement de l'aide parce qu'une seconde personne est nécessaire pour s'occuper de la mère.

**NB** : Un nouveau-né ne doit jamais être pris par les pieds, tête en bas: cela pourrait occasionner une rupture d'un vaisseau sanguin et entraîner une hémorragie au niveau du cerveau.

#### **Etape 4 : Maintenir le nouveau-né au chaud[1]**

Dès la naissance, le nouveau-né tend à se refroidir rapidement, notamment par évaporation. Le nouveau né peut être placé sur le ventre de sa mère, pour qu'elle puisse immédiatement le prendre dans ses bras et le caresser.

Pour prévenir tout refroidissement excessif ; des mesures doivent être conjuguées : dans la salle d'accouchement, la température doit être maintenue voisine de 24°C, et tout courant d'air doit être évité. [1]

Les actions pour maintenir la température consistent à :

- Dès les premières secondes, le nouveau né doit être séché aussitôt qu'il est né ou lavé (en cas de VIH chez la mère) avec de l'eau tiède ; et remplacer le tissu mouillé utilisé pour le sécher.
- S'assurer qu'une couverture chaude couvre la balance, la table ou le lit, et mettre le nouveau-né peau-à-peau avec sa mère.
- Maintenir le nouveau-né couvert, faire porter un bonnet au nouveau-né afin que la tête ne soit pas exposé à l'air frais, éviter les courants d'air, et s'assurer que la salle est chauffée si nécessaire.



- Garder le nouveau-né en contact peau-à-peau directe avec sa mère ou une autre personne. [1]

Les avantages du contact peau-à-peau sont les suivants :

- \* La chaleur corporelle de la mère maintient le nouveau-né au chaud.
- \* Renforce le lien mère/enfant.
- \* Favorise l'allaitement précoce.
- \* Aide à prévenir les infections parce que la peau du nouveau-né aura d'abord le contact avec les bactéries de la peau de sa mère.

Si le contact peau-à-peau avec la mère n'est pas culturellement possible, on sèche et enveloppe le nouveau-né en s'assurant que la tête est couverte pour enfin le placer à côté de sa mère.[1]

Le refroidissement du nouveau-né entraîne des effets néfastes. Sa température peut continuer à baisser au fur et à mesure que le temps passe si les soins appropriés ne sont pas donnés. Environ 25% de la perte de chaleur peut provenir de la non couverture de la tête du nouveau-né. Il faut habiller le nouveau-né dans des habits chauds en coton si possible, y compris un bonnet.

Les recherches ont montré que le partage du lit avec la mère favorise l'allaitement en encourageant des tétées plus fréquentes et plus prolongées. [17]

### **Etape 5 : Ligaturer et sectionner du cordon ombilical**

L'enfant étant né, le cordon est clampé avec deux pincessfériles, 30 à 40 secondes en moyenne après qu'il ait été déposé sur le ventre de sa mère.

Faire 2 ligatures au cordon : le premier nœud à 3 cm de la paroi abdominale et le deuxième à 3 cm du premier [18]. Ensuite le cordon est coupé entre ces deux nœuds avec une lame neuve non utilisée ou de ciseau stérilisé. Sur le bout du cordon, il est conseillé de ne rien mettre et de l'observer toutes les 15 ou 30 minutes pour détecter un éventuel saignement pendant les six premières heures.

Il n'y a pas d'urgence pour couper le cordon d'un nouveau-né normal. On peut attendre que les pulsations du cordon s'arrêtent.

A défaut, ligaturer le cordon avec du fil stérile en « bouchon de champagne » ou en faisant un nœud plat serré à environ deux doigts de la peau du nouveau-né, couper de nouveau le cordon entre la pince et la ligature, vérifier qu'il n'y a pas d'hémorragie. Eviter le jet du sang au moment de la section du cordon (prévention de transmission du VIH). [16]

Il faut systématiquement vérifier que la tranche de section du cordon comporte bien deux artères et une veine. Un demi à un pour cent environ des nouveau-nés sont porteurs d'une artère ombilicale unique : cette anomalie s'associe dans 25 à 30 % des cas à une malformation squelettique ou viscérale (digestive, uro-génitale, cardiaque, nerveuse), qu'il conviendra de rechercher. [16]

- **Soins ombilicaux** : Les soins du cordon sont une façon importante de prévenir le tétanos ou une sepsie néonatale (infection généralisée du corps). Mettre certaines substances sur le cordon ou le couvrir d'un pansement peut provoquer des infections graves, telles que le tétanos ou la septicémie. Ces infections sont des causes majeures de décès néonatal mais peuvent être évitées.

Pour prévenir ces infections: se conformer aux procédures du Ministère de la Santé.

La recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé est de n'appliquer aucun produit ou pansement sur le cordon et le garder seulement propre et sec.

Le cordon sèche mieux si on le laisse à l'air libre.[15]

- **La désobstruction bucco-pharyngée** : elle n'est pas toujours pratiquée chez le nouveau-né normal, car il est en règle parfaitement susceptible d'éliminer tout seul, en criant et en déglutissant, le liquide contenu dans ses voies respiratoires supérieures. Si elle est effectuée, l'aspiration des fosses nasales et du pharynx doit être brève (risque d'apnée réflexe) et non traumatisante pour les muqueuses (il ne faut aspirer que lors du retrait de la sonde).

#### **Les autres éléments de l'accueil en salle de naissance :**

Une fois les premières minutes de vies passées, et que le nouveau né est encore en salle de naissance avec sa mère, d'autres mesures doivent compléter l'accueil néonatal.

#### **Etape 6 : La pesée et la prise des autres mensurations [1]**

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 par du linge.

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 2500g et 4000g. On parle de petit poids à la naissance pour un poids inférieur à 2500g.

### **Etape 7 : Le dépistage des malformations congénitales graves[16]**

Avant d'être habillé, le nouveau-né doit bénéficier, dès la salle de naissance, d'un premier examen clinique rapide destiné à s'assurer de l'absence de toute malformation congénitale immédiatement préoccupante.

On vérifie par l'inspection l'absence d'anomalie visible : au niveau du faciès, au niveau des membres, au niveau du tronc (face antérieure et face postérieure), au niveau des organes génitaux externes, du palais et de l'anus.

On s'assure par des gestes simples de la perméabilité des orifices naturels:

- une petite sonde n°4 ou 6 introduite par chacune des deux narines, et progressant sans obstacle jusqu'au pharynx, vérifie la perméabilité des choanes ;

- une sonde gastrique n°6 ou 8 introduite par le nez ou la bouche et progressant sans obstacle jusqu'à l'estomac, soit d'environ la distance bouche-ombilic ou nez-ombilic, atteste de l'absence d'atrésie de l'oesophage (la position intragastrique de l'extrémité de la sonde est vérifiée par le test dit de la seringue : on perçoit au stéthoscope, placé sur l'épigastre, l'irruption de l'air injecté à l'aide d'une petite seringue branchée sur la sonde gastrique) ;[16]

- la mise en place d'un thermomètre rectal vérifie la perméabilité normale de l'anus, en même temps qu'elle s'assure que la température rectale du nouveau-né ne s'est pas abaissée au dessous de 36°C en fin d'examen : une température plus basse justifie la mise en incubateur pour réchauffement.[16]

### **Etape 8 : La désinfection oculaire**

Elle a pour but de prévenir la conjonctivite néonatale autrefois due au gonocoque (ou ophtalmie purulente du nouveau né), fréquemment responsable de cécité.

A l'heure actuelle, le germe le plus souvent responsable des conjonctivites (ou ophtalmies) néonatales est *Chlamydia trachomatis*; les autres agents infectieux couramment retrouvés sont : *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella* et *Streptococcus viridens*; le gonocoque n'est plus qu'en cinquième position des agents responsables.[16]

Il n'y a pas actuellement de prophylaxie idéale, mais une désinfection oculaire systématique **dans la première heure qui suit la naissance** reste indispensable.

Elle peut être assurée par une administration unique de nitrate d'argent à 1 % ou de Bétadine à 2,5 %, ou l'instillation biquotidienne pendant 24-48 h d'un collyre antibiotique (par exemple **oxytétracycline= Posicycline**) ou par la pommade tétracycline 1% ou auréomycine à 1% : à appliquer à l'intérieur de la paupière inférieure de chaque œil, ou autre, selon la disponibilité.

**Procéder comme ceci :** Avant de soigner les yeux, enlever les gants, se laver de nouveau les mains avec de l'eau et du savon et s'essuyer les mains avec une serviette propre. Ensuite poser le nouveau-né (enveloppé pour qu'il ne se refroidisse pas) sur une surface propre et stable (un lit ou une table ou la poitrine de sa mère). Essuyer le visage du nouveau-né, y compris les yeux, avec un morceau de tissu propre (stérile si possible).

Ouvrir le flacon d'**Argyrol** (Nitrate d'Argent 1%) en faisant attention à ne toucher que l'extérieur de la bouteille et du bouchon, sans toucher au tube du compte-gouttes.[16]

Tenir le compte-gouttes dans une main et avec les doigts de l'autre main, ouvrir l'œil du nouveau-né en faisant tomber une goutte du produit dans l'œil. Ouvrir ensuite l'autre œil et procéder de la même manière.

Pendant cette manœuvre, le compte-gouttes ne doit pas toucher l'œil ou la peau du nouveau-né : s'il touche les yeux, une infection peut être transmise au nouveau-né qui sera ultérieurement traité par le même flacon, jeter toute bouteille dont le compte-gouttes a été en contact avec un œil infecté. Après l'administration des gouttes, le remettre soigneusement dans la bouteille et le visser pour bien la refermer.

En l'absence de médicament, la mère peut faire couler quelques gouttes de colostrum dans chacun des yeux du nouveau-né (le colostrum est un milieu fortement concentré en immunoglobulines).

### **Etape 9 :L'administration de la vitamine K1**

Tout nouveau-né se trouve potentiellement en situation d'hypovitaminose K, en raison : d'une faible teneur hépatique (1/5 de la teneur adulte) en vitamine K1 exogène (ou phyllo quinone), d'une insuffisante production de vitamine K2 endogène (ou mena quinones) par la flore bactérienne intestinale, du fait du non établissement de celle-ci.[16]

L'administration systématique de vitamine K1 au nouveau-né est donc impérative, dans le but de prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né, qui se manifeste par des hémorragies, surtout digestives, qui surviennent vers la 36-48<sup>ème</sup> heure de vie.

L'enfant à terme sain, l'apport oral de 2 mg de vitamine K1 avec le premier biberon ou la première tétée est efficace (vitamine K1 Delagrangé ou Roche : 2mg = 0,2ml). Par contre, dans toutes les situations où l'absorption intestinale de vitamine K1 (normalement de 30 %) peut être incomplète (prématurité, pathologie digestive), l'apport doit se faire par voie IM à la dose de 1 mg/kg, dès la première heure de vie.[16]

❖ **Enregistrer le nouveau-né** dans le registre de la structure d'accouchement.

### **Etape10 : Faciliter l'allaitement maternel précoce :**

Encourager la mère à mettre le nouveau-né au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement, avant de la quitter. Observer cette première tétée pour vérifier que la bouche du bébé s'attache bien au sein de la mère (il devrait saisir une bonne bouchée de l'aréole, et pas seulement le bout du sein), que le nouveau-né suce bien et avale des gorgées de lait (de colostrum). Expliquer à la mère que le premier lait (le colostrum) donne une protection spéciale contre les infections au bébé. Dire particulièrement à la mère de donner des tétées fréquentes, de jour comme de nuit, à la demande du bébé, et de ne pas donner de l'eau, du miel ou d'autres aliments ou décoctions.



**La bonne tétée**

### **Etape 11 : Bain du nouveau-né :**

Différer le bain de 6 heures après l'accouchement ou de préférence jusqu'au lendemain à cause des risques d'hypothermie : ne pas laver le nouveau-né juste après la naissance sauf si la mère est séropositive au VIH, car cela peut provoquer un refroidissement dangereux chez le nouveau-né. N'utiliser que de l'eau tiède ou chaude, et jamais d'eau froide même pendant la saison chaude. Sécher et couvrir l'enfant immédiatement.

**Garder le nouveau-né à côté de sa mère :** avant la naissance, l'environnement intra utérin assure la stabilité de la température du fœtus. Dès la naissance, le contact direct avec la mère (peau à peau sous une couverture) est la méthode la plus efficace, la moins chère, toujours disponible, facile, et évidente pour aider la stabilisation de la température du nouveau-né. Ne séparer les nouveau-nés de leurs



mères que quand c'est absolument nécessaire.



### **b. Soins au nouveau-né au cours des six premières heures après la naissance**

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 [1]

Un suivi doit être fait toutes les heures durant cette période, pour évaluer divers éléments :

- **La respiration**: le nouveau-né normal respire 30 à 60 fois par minute, sans geignement, ni tirage thoracique.
- **La chaleur** : la température corporelle du nouveau-né est évaluée en mesurant la chaleur au toucher, au niveau de l'abdomen ou la poitrine, et par la prise de température axillaire.
- **Le saignement du cordon** : à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se détacher, ce qui favorise le saignement du cordon. Si la ligature se détache,

en faire une nouvelle, plus serrée, avec un nouveau fil.

- **La coloration cutanée**
- **L'allaitement maternel** : vérifier la bonne pratique de l'allaitement par la mère
- **Vérifier les autres signes de danger**

### **RECOMMANDATIONS ET CONSEILS : [12]**

Au terme de cet examen, si le nouveau-né est normal, il faut encourager la mère, lui faire des recommandations sur le maintien de la température, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, les vaccinations, la reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins précoces, et lui donner un rendez-vous.

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

Les principaux signes de danger sont :

1. Difficulté ou refus de téter ;
2. Léthargie ;
3. Difficulté respiratoire : respiration rapide ( $>60/\text{min}$ ), respiration lente ( $<30/\text{min}$ ), ou s'il y a geignement ou tirage intercostal ou battement des ailes du nez;
4. Hypothermie / hyperthermie : Incapacité à maintenir la température corporelle

malgré des efforts pour réchauffer le bébé ;

5. Infections ombilicales : Rougeur, enflure, pus ou mauvaise odeur de la base du cordon ombilicale ;

6. Vomissements persistants/ ballonnement abdominal

7. convulsions

#### **4.3 LES PREPARATIFS POUR LES SOINS DU NOUVEAU-NE**

Chacun des éléments des soins essentiels du nouveau-né a fait l'objet d'abondantes recherches. Leur administration correcte nécessite une préparation.

Le prestataire qui assiste à l'accouchement fera des préparatifs pour la naissance. Ceux-ci concernent l'environnement, le matériel et les produits nécessaires pour les soins du nouveau-né.

##### **A. ENVIRONNEMENT**

Il doit être propre, avec source de chaleur si nécessaire, bien éclairé et préservant l'intimité.

##### **B. MATERIEL ET PRODUIT POUR LA PREVENTION DES INFECTIONS**

Le matériel est constitué de :

- solution de décontamination, balais, serpillère pour le nettoyage des locaux, eau potable (s'il n'y a pas d'eau potable ou de robinet dans la salle, un récipient pour

transporter l'eau doit être disponible), du savon de préférence liquide, une brosse à ongles souple, et des serviettes individuelles pour sécher les mains,

- récipients pour séparer le linge utilisé, les compresses, et les instruments médicaux,
- récipient résistant à la perforation pour les objets tranchants,
- gants de ménage,
- seaux pour la décontamination.

### **LINGES POUR LE NOUVEAU-NE**

Ils comprennent :

- Tissus ou serviettes propres et secs pour sécher et nettoyer le nouveau-né.
- Tissus propres et secs en coton si possible pour couvrir le nouveau-né.
- Bonnets et habits, couches, chaussettes.

### **C.MATERIELS ET PRODUITS POUR L'ACCOUCHEMENT**

- Matériels de protection : gants stériles, tablier, lunettes de protection...

Kit d'accouchement (les fils de ligature et une lame neuve non utilisée ou ciseaux désinfectés à haut niveau oustériques pour couper le cordon) ;

- récipient pour le placenta ;
- surface propre et chaude pour le nouveau-né ;
- pèse-bébés ;
- thermomètre ;
- seringues et aiguilles ;
- coton, alcool pour nettoyer les points d'injection ;

- poires ;
- compresses/gaze, matériel pour réanimer le nouveau-né.

#### **D. LES MEDICAMENTS**

- Tétracycline 1% (auréomycine 1% ou Gentamicine collyre etc.), Vitamine K1.

#### **E. AUTRES FOURNITURES**

- Chaises ou escabeaux ;
- lit ou natte ;
- surface ou place propre pour le matériel ;
- horloge, chronomètre ou montre avec trotteuse ;
- carnet de santé de la mère et carte de vaccination.

### **4.4 GESTION DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

#### **1. Equipement et Matériel de Santé de la Reproduction**

##### **1.1. NIVEAU CSCOM**

##### **1.1.1. Prise en charge du nouveau-né**

##### **1.1.1.2. 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 1.

**1.1.1.3. Supports de surveillance :**

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

**1.1.1.4. 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.

**1.1.2. Matériel de démonstration nutritionnelle :**

- Couscoussier 2
- tamis 2 ;
- fourneau / foyer amélioré 2 ;
- palette 2 ;
- sac de charbon 2 ;

- casseroles de différentes tailles 4 ;
- louche 3 ;
- écumoire 3 ;
- calebasse 3 ;
- tasse 4 ;
- seau 3 ;
- pot en plastique 10 ;
- cuillère en bois ou en plastique 10 ;
- cuillère 10 ;
- canari et pot d'un litre 2 ;
- marmite 3 ;
- couteau. 2.

**1.2.3. 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 2

#### **1.2.5. Fournitures diverses et consommables :**

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

#### **1.2.6. Matériel éducatif :**

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

### **1.3. AU NIVEAU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE**

#### **1.3.1 .Prise en charge du nouveau-né :**

##### **1.3.1.2. Matériel technique**

Même matériel technique que les CSCOM plus :

- Miroir lampe jet 1 ;
- ophtalmoscope 1 ;
- négatoscope 1 ;
- laryngoscope 1.

##### **1.3.1.3. 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.

### **1.3.2.3. Matériel de vaccination**

Même matériel de vaccination que les CSCOM plus un congélateur.

## **4.5 DEFINITIONS DE CONCEPTS :**

- **Nourrisson** : Bébé de la naissance jusqu'à l'âge d'un an.
- **Nouveau-né** : Bébé pendant les 28 premiers jours de sa vie.
- **Facteurs de risque** : tout caractère ou issue défavorable qui met la vie de la mère ou de l'enfant ou des deux en danger au cours de la grossesse; pendant l'accouchement ou dans les suites de couches.[20]
- **Grossesse à risque** : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.[20]

- **Soins prénataux** : Soins donnés à la femme enceinte pour améliorer sa santé, pour détecter et traiter rapidement d'éventuels problèmes et pour améliorer l'issue de la grossesse. Les composantes essentielles des soins prénataux incluent : des mesures et des traitements pour promouvoir la santé et prévenir les maladies, l'éducation et les conseils en santé, l'aide à la mère et à sa famille pour la préparation de la naissance et d'une éventuelle urgence (notamment les conseils sur les signes de danger), détection et traitement précoce des complications de la grossesse. [19]

- **Référence** : c'est l'orientation vers un centre spécialisé d'une pathologie dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale.[20]

- **Soins essentiels du Nouveau-né (SENN)**: Ils constituent une stratégie globale visant à améliorer la santé et la survie des nouveau-nés par le biais d'un paquet d'interventions réalisées avant la conception, durant la grossesse et immédiatement après la naissance ainsi que durant la période post-natale.[20]

- **La Période néonatale** : Elle s'étend du premier jour de la naissance au 28<sup>ème</sup> jour de vie. Elle est divisée en deux parties.[21]

- **La période néonatale précoce** : Elle s'étend de l'accouchement au 7<sup>ème</sup> jour de vie.

- **La période néonatale tardive** : Elle s'étend du 8<sup>ème</sup> jour jusqu' à la fin □ du 28<sup>ème</sup> jour.

- **La période périnatale** : Elle s'étend de la 22<sup>ème</sup> semaine de la grossesse à la fin

de la première semaine de vie post natale.[20]

- **Naissance vivante** : Un bébé est dit né vivant s'il présente à l'expulsion ou à l'extraction un ou plusieurs signes de vie : cri ; respiration ; battements cardiaques ; pulsation du cordon.

- **Mort-né** : C'est un nouveau-né sans aucun signe de vie. [1]

On distingue deux types de mort-né.

- **Mort-né frais** : Ici le décès est survenu peu de temps avant la naissance ; suite à un problème durant le travail d'accouchement. Le corps du bébé apparaît normal et la peau apparaît normale dans sa texture et sa consistance, bien qu'elle puisse être pâle. Dans certains cas une naissance vivante avec signes de vie très faibles par exemple (quelques battements faibles du cordon ou un faible mouvement respiratoire peut être pris comme mort-né par erreur). [1]

- **Mort-né macéré** : Le corps du nouveau-né peut être déformé ; il est mou; souvent plus petit que le normal et la peau a un aspect malsain avec décoloration et desquamation. [1]

- **Réanimation** : C'est un ensemble de procédures destinées à restaurer les fonctions vitales du nouveau-né. C'est une urgence médicale.[20]

- **Taux de mortalité néonatale** : Nombre de décès pendant les 28 jours de vie pour 1000 enfants nés vivants.

- **Taux de mortalité néonatale précoce** : Nombre de décès pendant les 7 premiers

jours de vie pour 1000 enfants nés vivants. [1]

- **Taux de mortalité néonatale tardive** : Nombre de décès survenant entre les 8<sup>ème</sup>-28<sup>ème</sup> jours pour 1000 enfants nés vivants. [1]

- **Taux de mortalité périnatale** : Nombre de décès survenant entre la 22<sup>ème</sup> semaine de la grossesse jusqu' à la fin du 7<sup>ème</sup> jour après l'accouchement pour 1000 enfants mort-nés et nés vivants. Elle englobe la mortalité néonatale précoce et la mortinatalité.

- **Nouveau-né à terme** : C'est un bébé né d'une grossesse âgée de 37-42 semaines d'aménorrhée. [1]

- **Nouveau-né prématuré**: C'est un bébé né avant 37 semaines d'aménorrhée. [1]

- **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. [1]

- **Retard de croissance intra utérin (RCIU)** : Le nouveau-né présente un poids faible (2500g) par rapport à son âge gestationnel. La croissance du fœtus est entravée par des troubles fœtaux, des affections maternelles par exemple; malnutrition maternelle ou une insuffisance placentaire.

- **Naissance post-terme**: Accouchement intervenant après la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

- **Le lait maternel** : C'est le meilleur aliment pour le nouveau-né il contient tous les éléments dont le nouveau-né a besoin pour grandir ; se protéger contre les infections ; aide au développement physique et mental du nouveau-né.
- **Allaitement exclusif** : C'est le fait de donner uniquement le lait maternel pendant les 6 premiers mois de la vie sans association d'eau ni de décoction.
- **Première tétée** : La 1<sup>ère</sup> fois qu'une mère donne son sein à son nouveau-né. Elle est un moment important car si la 1<sup>ère</sup> tétée réussie elle aidera à réussir les autres tétées. Beaucoup de nouveau-nés sont prêts à téter immédiatement après la naissance. La plupart des nouveaux nés ont un réflexe de succion fort et sont dans un état éveillé pendant la première heure qui suit la naissance. La succion du nouveau-né stimule la montée du lait chez la mère.
- **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 ». L'allaitement maternel réduit l'hémorragie du post-partum chez la mère.
- **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 [22]

- **Nullipare** : Jamais accouché ;
- **Primipare** : Un accouchement ;
- **Pauci pare** : 2-4 accouchements ;
- **Multipare**: 5-6 accouchements ;
- **Grande multipare** : 7 accouchements et plus.

# METHODOLOGIE



## **V. MÉTHODOLOGIE :**

### **5.1 CADRE D'ETUDE:**

#### **5.1.1 COMMUNE I:**

##### **5.1.1.1 Aperçu historique :**

La commune I, comme toutes les communes du District de Bamako, a été créée par l'ordonnance n° 78-32/CMLN du 18 août 1978, abrogée par la loi n°96-025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du District de Bamako.

Elle est une collectivité administrative décentralisée disposant de la personnalité morale et dotée de l'autonomie financière, conformément aux dispositions de la loi n° 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.

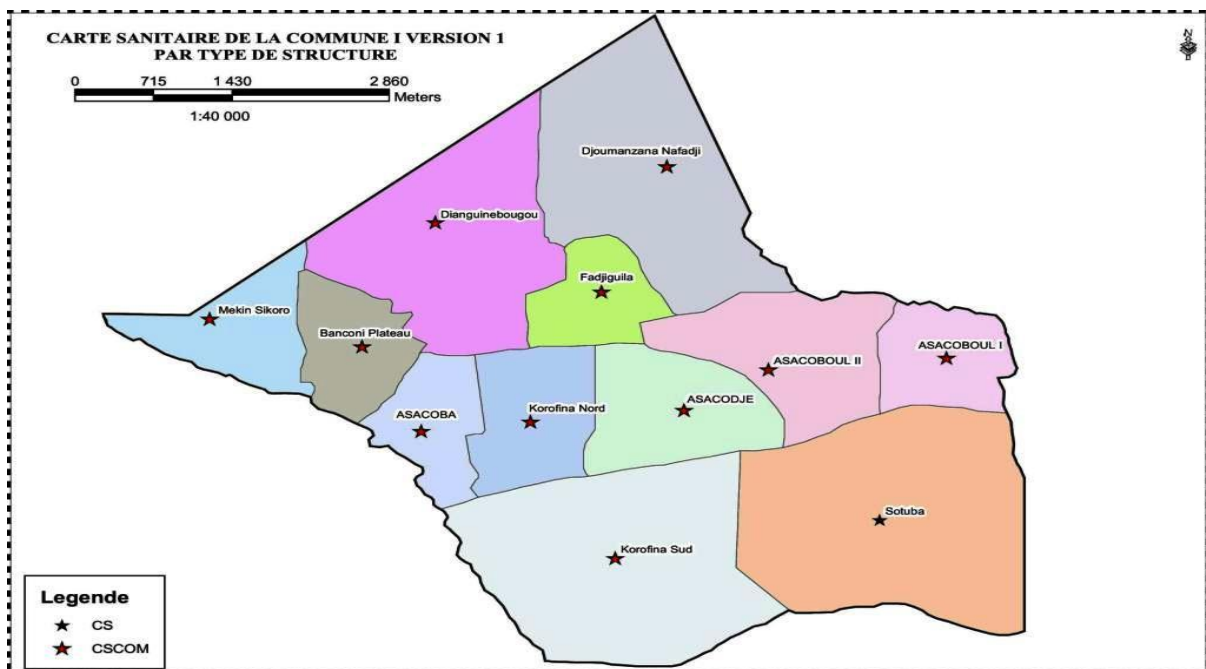
##### **5.1.1.2 Limites géographiques :**

- Situation, limites et superficie : La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger, dans la partie orientale du district de Bamako. Elle est limitée :

- ✓ au nord par les communes rurales de Djalakorodji et Sangarébougou (cercle de Kati) ;
- ✓ au sud par une portion du fleuve niger ;
- ✓ à l'ouest par le marigot de Bankoni (limite avec la commune II) ;
- ✓ à l'est par le marigot de Faracoba (limite avec la commune de N'gabakoro droit, cercle de Kati). Elle couvre une superficie de 34,26 Km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie totale du District 267 km<sup>2</sup>.

Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés au niveau des centres de santé de la commune I du district de Bamako.

La carte sanitaire prévoit 13 aires de santé dans le PDSC (2003-2007) ; réparties entre les neuf quartiers de la commune à savoir : Banconi, Boukassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Korofina Nord, Korofina Sud, MékinSikoro et Sotuba.



Source : DNS, 2011

**Tableau II:** Répartition de la population de la commune I par quartier en 2013

QUARTIERS	POPULATION	POURCENTAGE
Banconi,	110 490	32,33
BoukassoumbougouDjélibougou	56 602	14,77
Doumanzana	43 320	11,31
Fadjiguila	35 470	9,26
Korofina Nord	28 255	7,36
Korofina Sud	28 275	7,38
MékinSikoro	23 135	5,96
Sotuba.	56 601	13,44
COMMUNE I	6 078	1,59
	388 226	100

Source : DNS, 2011

Les quartiers les plus peuplés sont respectivement Banconi (32,33%), Boukassoumbougou (14,77%), MékinSikoro (13,44%) et Djélibougou(11,31%),totalisent 71,88% du total. Les quartiers moyennement peuplés sont Korofina-Nord (7,38%), Fadjiguila (7,36%), Doumanzana (9,26%) ; les moins peuplés sont Korofina-Sud (2,56%) et Sotuba (1,59%).

### **5.1.1.3. Relief- climat – Végétation-Hydrographie :**

#### **✓ le relief**

Le relief est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latérique ; ce relief représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement. Les hauteurs dominantes sont :

- le sikoro-Koukou ou Papèrè situé à Sikoro : il renferme la plus grande carrière de la commune ;
- le djélibougou à doumanzana : ancienne carrière, les surfaces dégagées sont devenues des lieux de prolifération des déchets domestiques (dépôt de transit fermé) ;
- le djekoumakoulouni ou le Sirabilenogokoulou à Nafadji : est un lieu d'exploitation de carrière. Il est en voie de fermeture à cause de l'urbanisation. Ses flancs sont aussi utilisés comme terre de culture par la population.

Ces différentes collines sont soumises à l'exploitation de carrière. Les carrières les plus exploitées sont celles de moellons à Nafadji et à Sikoro et la carrière de sable à Banconi – Razel. L'activité est très importante et rentable pour la commune et permet de dégager des surfaces importantes prêtes à être aménagées pour l'habitation.

✓ **Le climat**

Le climat de type tropical est caractérisé par :

Une saison sèche : froide de novembre à janvier et chaude de février à mai et ;

Une saison humide : chaude de juin à octobre avec une pluviométrie très variable.

✓ **La végétation**

Elle est de type soudano sahélienne dominée par les plus grands arbres comme caïlcédrat, Karité, Manguier.

✓ **L'hydrographie**

Le réseau hydrographique de la commune est constitué par quatre cours d'eau (marigots) et une partie du fleuve Niger comprise dans son territoire. Les cours d'eau qui traversent la commune sont :

-le tienkolé ou le Farakoni : il s'étend sur une longueur de 11 160 m environ et est situé entre Korofina et Banconi. Le Tienkoni ou le Farakoni prend sa source dans les collines de Kati et se joint au marigot de Banconi avant de se jeter dans le fleuve Niger.

-le Banconi : il s'étend sur une longueur de 9 760 m et est situé à l'Ouest des quartiers spontanés de Banconi et de Mékin- Sikoro.

-le Fakoroba: il s'étend sur une longueur de 7 680 m environ et limite le District de Bamako au Nord Est. Il passe entre les quartiers de Boukassoumbougou (commune I) et de Titibougou (cercle de Kati).

-le Molobalini : il s'étend sur une longueur de 7 403 m environ et se situe entre Djelibougou et Kororфина. Il provoque des dégâts, souvent des pertes en vie humaine chaque année d'où le nom de Molobalini.

#### **5.1.1.4 Démographie :**

- ✓ Les aspects socio-économiques :

La commune I compte 388 226 habitants en 2013 (source recensement général de la population et de l'habitat de 2009 actualisée source DNSI).

Sa densité est de 111 331 habitants au km<sup>2</sup>.

- ✓ Les ethnies : toutes les ethnies se retrouvent dans la population de la commune I. il s'agit principalement des Bambaras, des Peuhls, de Soninkés, des Sonrhais, de Dogons, de Senoufo et de Bobo.
- ✓ L'urbanisation : la commune est divisée en neuf quartiers dont deux sont entièrement lotis (Korofina Nord et Djélibougou) , trois le sont partiellement (Boukassoumbougou, Korofina Sud et Djoumanzana), tandis que quatre sont en voies d'être lotis dans l cadre de l'opération « Sauvons notre quartier » ( Fadjiguila, Sikoro, Banconi et Sotuba).

Le quartier de Banconi, est subdivisé en six secteurs :

Secteur 1 : Salembougou

Secteur 2 : Flabougou

Secteur 3 : Plateau

Secteur 4 :Layebougou

Secteur 5 :Zèkènèbougou

Secteur 6 :Djankinabougou

La population totale de la commune et par aire de santé est répertoriée dans le tableau ci-après.

**Tableau III:** Répartition de l'effectif de la population par aire de santé

Aires de santé	Population
ASACOBABA	81 065
ASACOBOUL I	28 301
ASACOBOUL II	43 320
ASACODJE	35 470
ASACODOU	28 255
ASACOFADI	28 275
ASACO NORD	23 135
ASACOKOSSA	37 734
ASACOMSI	29 425
SOTUBA	6 078
TOTAL	388 226

Source : DNS, 2011

## **5.2 Méthode d'étude :**

### **5.2.1 Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

### **5.2.2 Période d'étude**

Elle s'est déroulée de 2014 à 2015 et la collecte des données a été faite de septembre 2014 à février 2015.

### **5.2.3 Population d'étude**

Notre étude a concerné tous les nouveau-nés immédiatement après l'accouchement par voie basse, les mères de ces nouveau-nés et les agents impliqués dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés dans les centres de santé.

### **5.2.4 Critère d'inclusion et de non inclusion**

#### **a. Les critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude :

- 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 ;
- l'agent de santé ayant assisté l'accouchement et prodigué les soins au nouveau-né.

#### **b. Les critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus :

- 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.



#### 5.4 Échantillonnage :

##### a. La taille :

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

$$\text{La taille de l'échantillon } n = (Z\alpha)^2 \frac{pq}{i^2} = \frac{3,841 \times 0,5 \times 0,5}{0,0049} = 196$$

Avec :

**n**= taille de l'échantillon ;

**Z $\alpha$  = 1.96** : écart réduit correspondant au risque  $\alpha$  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 I.

##### b. Méthode et technique :

Afin de répartir l'échantillon entre les centres de santé de la Commune I, nous avons classé lesdits centres par ordre décroissant de naissances enregistrées (données recueillies au niveau de la direction régionale de la santé) et choisis les cinq premiers. Dans ces six (6) centres les tailles des échantillons ont été déterminées proportionnellement au nombre d'accouchements enregistrés en 2013.

On a donc calculé à partir du nombre total d'accouchements assistés par le personnel qualifié, les matrones ou autres et à domicile 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.

Le tableau ci-dessous donne le nombre de nouveau-né par centre de santé au niveau desquels va se dérouler l'étude.

**TableauIV** : nombre de nouveau-né à recruter par structure de santé

Nom des structures de santé enquêtées	ACCOU/ PQ	ACCOU/ matrone ou Autre	ACCOU DOMICI LE	TOTAL	% ACC OU/S TRU	NOMB RE D'ENF ANT/S TRU
ASACOBABA	393	0	11	404	18%	39
ASACOMSI	160	68	13	241	11%	24
ASACOBOUL I	82	43	9	134	6%	13
ASACODOU	63	41	2	106	4%	9
ASACOBOUII	59	46	4	109	5%	11
TOTAL	2224	444	57	2725	100%	216

Le calcul nous a permis d'obtenir **5 CSCOM et le CSREF de la commune I** à savoir :

Soit un total de **216** nouveau-nés.

### **5.2.5 Variables:**

Les variables étudiées ont été :

➤ **Les renseignements sur la mère :**

- Age,
- statut matrimonial : mariée, divorcée, célibataire, veuve
- taille,
- provenance,
- niveau d'instruction : non scolarisée, primaire, secondaire, supérieur
- profession ;
- les antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynéco obstétricaux),
- satisfaction de la mère et son opinion,
- évaluation de la connaissance des soins de la mère et des soins aux nouveau-nés.

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

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

➤ **Les renseignements sur le local de l'accouchement :**

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

➤ **Les renseignements sur les matériels :**

- présence de matériels pour la propreté des mains et de récipients pour recueillir les déchets,

- présence de matériels et de médicaments de réanimation, de matériels de soins et leurs états, de médicaments pour des préventions.
- **Les renseignements sur le prestataire qui a assisté l'accouchement et celui qui a administré les soins au nouveau-né :**
  - le grade,
  - l'opinion du prestataire sur le local, sur les soins,
  - l'observation par les agents des règles de soins.
- **Les observations sur la prise en charge du nouveau-né :**
  - les informations sur l'administration des soins essentiels au nouveau-né.

#### **5.2.6 Technique et outils de collecte :**

La technique de collecte consistait à faire un entretien individuel avec chaque mère de nouveau-né, un autre avec le prestataire par rapport aux renseignements les concernant effectué à partir des fiches d'enquêtes. Et à l'aide d'un guide d'observation, les observations et les constats de l'enquêteur sur la salle d'accouchement, les matériels qui y sont utilisés, la pratique des soins essentiels.

#### **5.3 Déroulement de l'enquête :**

L'enquête a été effectuée au niveau des 6 centres de santé de la commune I du District de Bamako et elle a été menée de la manière suivante : l'enquêteur se trouvait dans la salle d'accouchement et recrutait les femmes et leurs nouveau-nés qui répondaient aux critères d'inclusion. Il leur expliquait l'objet et les objectifs de l'étude, demandait 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.

#### **5.4 Analyse et traitement des données :**

La saisie des données a été faite sur le logiciel CSPro version 6 et l'analyse et le traitement ont été effectués sur SPSS version 12.

#### **5.5 Aspect éthique et déontologique :**

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique surtout en matière de santé. Les lettres d'informations ont été adressées aux autorités administratives et sanitaires des structures retenues pour demander leur autorisation. Le consentement éclairé et libre de tous les enquêtés ont été obtenus. L'anonymat a été respecté et les résultats ont été gardés confidentiellement.

Tous les dossiers ont été gardés dans des cantines sous clé.

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

Les bonnes pratiques médicales : au nombre de 3

##### **➤ La pratique sociale :**

- l'accueil correct du malade ;
- la dignité du malade
- la confidentialité ;

➤ **La pratique clinique :**

- la qualification du médecin traitant;
- 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 ;
- pas trop cher.

# RESULTATS

---

---

## VI. RESULTATS :

L'étude a concerné 216 nouveau-nés issus d'accouchements par voie basse dans 6 centres de santé de la commune I. Il faut remarquer que nous avons tenu compte de la gémellarité des grossesses dont les nouveau-nés étaient issus, ce qui nous a conduit à compter les mères des jumeaux. Cela explique pourquoi nous avons 213 mères. Nos résultats seront présentés par objectifs.

### 6.1 Caractéristiques sociodémographiques des mères enquêtées :

**Tableau V** : Répartition des mères des nouveau-nés dans les centres de santé de la commune I en fonction de l'âge et du statut matrimonial de septembre 2014 à février 2015.

<b>Variables</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<15	1	0,5
15-19	38	17,8
20-34	145	68,1
35-45	29	13,6
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	17	8
Mariée	196	92
Veuve	0	0
Divorcée	0	0

Les mères des nouveau-nés âgées 20-34 ans représentaient 68,1% et 92% étaient mariées.



**Tableau VI** : Répartition des mères des nouveau-nés dans les centres de santé de la commune I en fonction de la profession et le niveau d'instruction de septembre 2014 à février 2015.

<b>Variables</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Profession</b>		
Ménagère	165	77,5
Vendeuse	20	9,4
Autres*	9	4,2
Elève-Etudiante	6	2,8
Artisane	4	1,9
Commerçante	4	1,9
Aide-ménagère	5	2,3
<b>Niveau d'instruction</b>		
Non scolarisée	146	68,5
Primaire	50	23,5
Secondaire	12	5,6
Supérieur	5	2,4

\*Autres : secrétaire, monitrice et couturière

Parmi les mères enquêtées, 77,5% étaient des ménagères et 68,5% étaient non scolarisées.

**Tableau VII:** Répartition des mères des nouveau-nés dans les centres de santé de la commune I en fonction des antécédents médicaux et chirurgicaux de septembre 2014 à février 2015.

<b>Antécédents</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Médicaux</b>		
Non connus	203	95,4
HTA	4	1,8
Drépanocytose	4	1,8
Diabète	1	0,5
Asthme	1	0,5
<b>Chirurgicaux</b>		
Non connus	209	98,1
Césarienne	4	1,9

Les nouveau-nés ayant des mères sans antécédents médicaux connus représentaient 95,4%.

Parmi les mères enquêtées, 98,1% n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux connus.

### 6.1.1 Caractéristiques obstétricales des mères

**Tableau VIII :** Répartition des mères des nouveau-nés dans les centres de santé de la commune I selon la parité et la gestité de septembre 2014 à février 2015.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Nullipare	44	20,7
Primipare	56	26,3
Pauci pare	53	24,9
Multipare	50	23,5
Grande multipare	10	4,6
<b>Gestité</b>		
Primigeste	43	20,2
Pauci geste	86	40,4
Multi geste	61	28,6
Grande multi geste	23	10,8

\* primigeste = 1 grossesse;\* Paucigeste = 2-3 grossesses;\* Multigeste= 4-5 grossesses;\* Grande multigeste= 6 grossesses ou plus.

\* Nullipare = une femme qui n'a jamais accouché; \* Primipare = une femme qui a fait 1 accouchement; \* Paucipare = une femme qui a fait 2-3 accouchements; \* Multipare = une femme qui a fait 4-5 accouchements; \* Grande multipare = une femme qui a fait 6 accouchements ou plus.

Parmi les mères des nouveau-nés, les pauci pares représentaient 26,6%.

Les primipares représentaient 26,3%.

**Tableau IX :** Répartition des mères des nouveau-nés reçues dans les centres de santé de la commune I selon l'existence d'avortement, le nombre d'enfant décédé, de mort-nés et d'intervalle inter-génésique de septembre 2014 à février 2015.

<b>Existence d'avortement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	192	90,1
Non	21	9,9
<b>Nombre d'enfant décédé</b>		
0	185	86,9
1-4	28	13,1
<b>Mort-nés</b>		
0	199	93,4
1	14	6,6
<b>Intervalle inter- génésique</b>		
<1 an	2	0,9
1-2 ans	59	27,7
2-5 ans	99	46,5
>5ans	53	24,9

Les nouveau-nés dont les mères ont connu d'avortement représentaient 90,1%.

**Tableau X:** répartition des mères des nouveau-nés en fonction du nombre de CPN dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

<b>Nombre de CPN effectuée par les mères des nouveau-nés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Aucune CPN	32	15
<=3	92	43,2
>=4	89	41,8

Dans ce tableau ci-dessus, 43,2% des mères des nouveau-nés avaient effectués 3 CPN ou moins et 41,8% en avaient fait 4 ou plus.

**Tableau XI:** Répartition des mères des nouveau-nés selon leurs connaissances sur l'importance des visites prénatales dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

<b>Connaissances des mères sur l'importance des CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage%</b>
Non	28	13,1
Oui	185	86,9
Facilite l'accouchement	74	34,7
Permet de connaître la position du bébé	130	61
Permet de bénéficier des soins	130	61
Permet une meilleure prise en charge en cas de problèmes	74	34,7

Parmi les mères enquêtées, 86,9% connaissaient l'importance des visites prénatales.

---

---

## 6.2 Renseignements sur le nouveau-né :

**Tableau XII** : Répartition des nouveau-nés selon le sexe de septembre 2014 à février 2015.

Sexe du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Féminin	109	50,5
Masculin	107	49,5

Le sexe féminin était le plus dominant avec 50,5% de la taille de l'échantillon.

**Tableau XIII**: Répartition des nouveau-nés en fonction du poids à la naissance dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

Poids du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
≤ 2000g	5	2,3
2001-2500 g	25	11,6
2501 - 2999g	72	33,3
3000 -3500 g	92	42,6
>3500 g	22	10,2

---

---

Ce tableau indique que 42,6% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 3000-3500g.

**Tableau XIV:** Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille de septembre 2014 à février 2015.

Taille en cm	Fréquence	Pourcentage
< 45	4	1,9
45 - 50	187	86,6
51 - 55	23	10,6
56 – 60	2	0,9

Parmi les nouveau-nés observés, 86,6% avaient une taille comprise entre 45 et 50 centimètres.



---

---

### 6.3 Renseignements sur la personne qui assiste l'accouchement et la personne qui administre les soins aux nouveau-nés :

**Tableau XV :** répartition des prestataires en fonction du grade de la personne qui assiste l'accouchement et de la personne qui administre les soins après la section du cordon ombilical.

<b>Agent de santé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Grade de l'accoucheur</b>		
Sage-femme	28	80
Médecin	3	8,5
Aide-soignante	2	5,7
Technicienne supérieure de santé	1	2,9
Matrone	1	2,9
<b>Personne qui administre les soins au nouveau-né après la section du cordon ombilical</b>		
Sage-femme	20	57,2
Aide-soignante	11	31,4
Etudiants	2	5,7
Technicienne supérieure de santé	2	5,7

Les accoucheurs étaient des sages-femmes dans 80% des cas.

Les soins ont été administrés aux nouveau-nés après la section du cordon par des sages-femmes dans 57,2% des cas.

---

---

#### 6.4 Fréquence de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés :

**Tableau XVI:** répartition des mères des nouveau-nés selon les difficultés lors de l'accouchement dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

Difficulté lors de l'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Non	199	93,4
Siège	9	4,2
Naissance multiple	3	1,4
Dystocie des épaules	2	1,0

- Les accouchements s'étaient déroulés sans difficulté pour 93,4% des nouveau-nés.
- Aucune des mères des nouveau-nés n'avait reçu d'antalgique ou sédatif à un temps proche de l'accouchement.
- Les mères enquêtées ont estimé à 90,1% que l'accouchement dans une structure sanitaire permettait une meilleure assistance par les personnels qualifiés et compétents.

**Tableau XVII :**Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à 1 minute et à 10minutesde septembre 2014 à février 2015.

Score d'Apgar à 1mn			Score d'Apgar à 10mn		
	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage
0-3	1	0,5	0-3	0	0
4-7	18	8,3	4-7	19	8,8
8-10	197	91,2	8-10	197	91,2

Les nouveau-nés avaient des scores d'Apgar entre 8 et 10 dans 91,2% des cas à 1 minute et à 10 minutes.

**Tableau XVIII** :répartition des nouveau-nés selon leurs états de santé dans les centres de santés de a commune I de septembre 2014 à février 2015.

<b>Etat du NN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas de traumatismes, pas de contusion au niveau de la tête	216	100
Pas d'anomalies congénitales	216	100
Reflexe de succion présent	215	99,5
Pas de bosse séro-sanguine	214	99,1
Nouveau-né à terme	209	96,8
Nouveau-né bien coloré	208	96,3
Nouveau-né a inhalé du liquide amniotique	7	3,2

- Les NN étaient bien colorés dans 96,3% ;
- Les NN étaient à terme dans 96,8% ;
- les nouveau-nés ont inhalé du liquide amniotique dans 3,2% des cas.

**Tableau XIX:** répartition des nouveau-nés en fonction de l'administration des soins essentiels juste à la naissance dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

Soins essentiels	Fréquence	Pourcentage
Section correcte du cordon ombilical	211	97,7
Les ciseaux utilisés pour sectionner le cordon ombilical sont stériles	205	94,9
Couverture du nouveau-né par un tissu juste après l'accouchement	174	80,6
Séchage immédiat du nouveau-né	173	80,1
Mise au sein précoce du nouveau-né	39	18,1
La tête du nouveau-né couverte par un bonnet	21	9,7
Stimulation du nouveau-né	22	10,2
Contact peau-à-peau avec la mère	13	6
Nouveau-né réanimé	7	3,2

- Les nouveau-nés ont été réanimés dans 3,2% des cas ;
- Les nouveau-nés ont été mis en contact peau à peau avec leurs mères dans 6% des cas.
- Les nouveau-nés ont été stimulés dans 10,2% des cas ;
- Les nouveau-nés ont bénéficié d'un séchage immédiat après la naissance dans 80,1% des cas.
- La mise au sein précoce a été effectuée chez 18,1% des nouveau-nés.
- Parmi les nouveau-nés observés, 80,6% ont bénéficiés d'une protection contre le froid.

**Tableau XX :** Répartition des nouveau-nés en fonction de la qualité de l'allaitement au niveau des structures de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

<b>Allaitement du NN</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Le mamelon et une partie de l'aréole sont dans la bouche du NN	179	82,9
Les autres doigts de la mère sont sous le sein tandis que le pouce y est au dessus lors de l'allaitement	212	98,1

Le mamelon et une partie de l'aréole étaient dans la bouche des nouveau-nés lors de l'allaitement précoce dans 82,9% des cas.

**Tableau XXI:**Répartition des nouveau-nés selon les soins essentiels prodigués en Post-partum immédiat de septembre 2014 à février 2015.

<b>Soins prodigués en post-partum immédiat</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oxygénation et soins de réanimation	7	3,2
Soins oculaires	65	30
Administration de K1 au NN	70	32,4

Parmi les nouveau-nés observés, 32,4% ont bénéficié de l'administration de la vitamine K1.

## 6.5 Connaissances et pratiques des agents de santé dans la prise en charge du nouveau-né :

**Tableau XXII:** Répartition des personnes ayant prodiguées les soins au NN en fonction de leurs connaissances sur les SENN de septembre 2014 à février 2015.

<b>Connaissances sur les SENN</b>	<b>Effectif N=35</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>L'intérêt de sécher le nouveau-né</b>		
Le protéger de l'hypothermie	19	54,3
Débarbouiller le nouveau-né	12	34,3
Autres*	4	11,4
<b>Bain au nouveau-né</b>		
juste après l'accouchement	2	5,7
6 heures après la naissance	30	85,7
Autres*	3	8,6
<b>La mise au sein précoce du nouveau-né</b>		
Dans les trente minutes qui suivent l'accouchement	35	100
Plus de trente minutes après l'accouchement	0	0
Aucune idée	0	0
<b>L'intérêt de l'administration de la vitamine K</b>		
Protège contre l'hémorragie néo-natale	13	37,1
Aucune idée	18	51,5
Autres*	4	11,4
<b>L'intérêt de l'administration de collyre</b>		
Protège contre infection oculaire	15	42,9
Aucune idée	14	40
Autres*	6	17,1

\*Autres : réponse erronée sur le plan scientifique



Parmi les personnes ayant prodiguées les soins au NN, 54,3% estimaient que l'intérêt de sécher le nouveau-né juste après l'accouchement ; le protégeait contre l'hypothermie.

Parmi les personnes ayant prodiguées les soins au NN, 85,5% estimaient que le premier bain du nouveau-né se faisait 6 heures après la naissance.

Toutes les personnes ayant prodiguées les soins au NN estimaient que la mise au sein précoce du NN se faisait dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.

Parmi les agents de santé enquêtés, 51,4% ne connaissaient pas l'intérêt de l'administration de la vitamine K.

---

---

## 6.6 Connaissances et pratiques des mères sur les soins essentiels du nouveau-né :

**Tableau XXIII** : répartition des mères des nouveau-nés selon leurs connaissances sur les soins essentiels de septembre 2014 à février 2015.

Connaissance des mères	Effectif	Pourcentage
Ne connaît pas les SENN	67	31,5
connaît moins de la moitié des SENN cités	133	62,4
Connaît plus de la moitié des SENN cités	13	6,1

Parmi les mères enquêtées, 62,4% connaissaient moins de la moitié des SENN qui concernaient l'enveloppement et le séchage du nouveau-né.

**Tableau XXIV** : répartition des nouveau-nés selon le moment à partir du quel le premier bain du nouveau-né a eu lieu par sa mère de septembre 2014 à février 2015.

Bain du NN	Fréquence	Pourcentage
0-6 heures	0	0
6-24 heures	186	86,1
>24 heures	30	13,9

Parmi les nouveau-nés observés, 86,1% recevaient leurs premiers bains entre 6-24 heures de vie après la naissance selon leurs mères.

---

---

**Tableau XXV** : répartition des mères des nouveau-nés ayant amené un sac contenant des habits pour elles et leurs bébés dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

---

<b>Mères ayant amenées un sac contenant des habits pour elles et leurs bébés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	8	3,8
Oui	205	96,2
D'elles-mêmes	91	44,4
Sous le conseil d'un agent de santé	114	55,6

---

Les nouveau-nés dont les mères ont amené d'habit pour elles et pour le bébé représentaient 96,2% dont 55,6% sous le conseil de la sage-femme.

---

---

### 6.7 Les problèmes liés à la prise en charge du nouveau-né :

**Tableau XXVI:** Répartition des nouveau-nés en fonction des conditions de la salle d'accouchement du centre où ils sont nés dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

<b>Salle d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	<b>N=6</b>	<b>%</b>
Laissant entrer des courants d'air	3/6	50
Chaude	5/6	83,3
Fermée	4/6	66,7
Bien éclairée	6/6	100
Propre	4/6	66,7

- Les salles d'accouchement étaient chaudes dans 83,3% des cas.
- Les salles d'accouchement permettaient l'entrée des courants d'air dans 50%.
- Au niveau de toutes les structures étudiées, il manquait les 2 médicaments consommables (Vitamine K1 et Collyre), nécessaires.

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

<b>Attitude du prestataire avant l'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Porte des bavettes	2	0,9
Porte des lunettes de protection	2	0,9
S'est lavé les mains au savon	0	0
Porte un tablier	35	16,2
Porte des gants stériles	103	47,7
Porte une blouse propre (sans tâches de sang)	211	99,1

L'attitude la plus observée par les prestataires était : le port d'une blouse propre sans tâche de sang (99,1%) ;

- Aucun prestataire n'a lavé ses mains avec du savon, ni les a séché avec une serviette propre et sèche avant le port des gants pour l'accouchement.

- ASACOBOUL I ET II portaient des gants stériles pour 100% des cas, suivis de ASACOMSI 83,3%.

**Tableau XXVIII :** répartition des agents de santé selon leur opinion sur la salle d'accouchement et les matériels.

Opinion de l'agent de santé	Effectif N=35	Pourcentage
<b>Salle d'accouchement</b>		
Adaptée	28	80
Non Adaptée	7	20
<b>Matériels</b>		
Adéquats	26	74,3
Non adéquats	9	25,7

Selon l'opinion des agents de santé, 20% ont estimé que les locaux ne répondaient pas aux normes. Pour 25,7% d'entre eux ont estimé que le matériel utilisé ne répondait pas aux normes.

**Tableau XXIX** : répartition des structures de santé en fonction des matériels existants dans la salle d'accouchement dans les centres de santé de la commune I de septembre 2014 à février 2015.

<b>Matériels</b>	<b>Centres de santé N=6</b>
Table d'accouchement couverte d'alèse/de tissu propre	6
Présence de matériel pour la propreté des mains de l'accoucheur	2
Récipient pour recevoir les linges et compresses sales	6
Les matériels utilisés sont réunis avant l'accouchement	6
Les matériels utilisés (les gants, compresses de gaze ou morceaux de tissus, clamps, ciseaux,..) au cours de l'accouchement sont propres et stériles	6
Présence de thermomètre	5
Présence de stéthoscope	6
Présence d'aspirateur de mucosité électrique ou à pied à faible pression	2
Présence de sonde d'aspiration de sécrétion de taille nouveau-né	0
Présence de cylindre d'oxygène/concentreur d'oxygène	1
Présence de ballon de ventilation auto-gonflable	1
Présence de masque du visage taille du nouveau-né	2

Tous les CSCOM manquaient de 3 matériels importants (Présence de sonde d'aspiration de sécrétion de taille nouveau-né, le cylindre

d'oxygène/concentreur d'oxygène, le ballon de ventilation auto-gonflable) pour la réanimation du nouveau-né. Le CSREF en manquait 1(Sonde d'aspiration des sécrétions de taille NN).



# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## **VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **1. Caractéristiques sociodémographiques des mères des nouveau-nés :**

#### **➤ L'âge :**

Au cours de notre étude, 68,1% des mères enquêtées avaient un âge compris entre 20-34 ans. A cet âge l'organisme est considéré mature pour supporter une grossesse. Ce résultat est proche de celui de Kamissoko.M[23] qui avait eu 71,52% avec la même tranche d'âge.

#### **➤ Niveau d'instruction et la profession :**

Parmi les mères enquêtées, les ménagères représentaient 77,5% et 68,5% étaient non scolarisées. Comparé à celui de Kamissoko M. [23] à Baroueli soit 98,66% pour la profession ménagère, 95,03% pour les non scolarisées. Cet écart pourrait s'expliquer par le lieu d'étude. Il avait conclu au cours de son étude que les faibles niveaux socio-économique et de compréhension de certains conseils au cours des CPN ont pu probablement influencer les résultats.

Une étude menée par Zafar AA et al.[32] sur les facteurs influençant l'utilisation des services de soins prénatals a rapportée que les mères ayant fait des études ont utilisé les services de soins prénatals plus que celles qui n'ont pas de niveau scolaire.

➤ **Statut matrimonial :**

Nous avons trouvé que 92% des mères des nouveau-nés étaient mariées, cela constitue un facteur encourageant car une femme mariée bénéficie du soutien de la famille pour mieux gérer sa grossesse et le bien-être de son nouveau-né.

**2. Fréquence de la pratique des soins essentiels du nouveau-né :**

➤ **Le contact peau à peau avec la mère :**

Il a été effectué seulement à 6% 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 et les mesures du périmètre crânien et du périmètre thoracique.

Notre taux est largement inférieur à une étude menée dans l'Est de l'Ouganda par Waiswa P1,2,3 et al [28] qui avait trouvé 80,7%, cet écart élevé pourrait s'expliquer par le lieu d'étude.

➤ **Le séchage immédiat :**

Dans notre étude, il a été effectué à 80% des nouveau-nés. Notre taux est largement supérieur à celui de Diarra S. [24] qui avait eu 13% cet écart élevé pourrait s'expliquer par le lieu d'étude.

Une étude menée par Colline Z<sup>1</sup> et al. au Ghana [25] a permis de noter que le retard dans le séchage et l'enveloppement immédiat du nouveau-né étaient liés au fait que le nouveau-né est laissé sans surveillance jusqu'à ce que le placenta soit expulsé.

Pour prévenir tout refroidissement excessif, le nouveau né doit être séché aussitôt qu'il est né.

➤ **La mise au sein précoce :**

Au cours de notre étude, elle a été effectuée seulement chez 18,1% des nouveau-nés.

En général, c'est quand la mère est sur le lit d'observation que le nouveau-né prend sa première tétée, qui se fait au-delà du délai requis pour l'allaitement précoce c'est à dire dans les trente minutes qui suivent l'accouchement . Cela est très souvent due à la méconnaissance des mères et malheureusement, les prestataires n'expliquent pas aux mamans quand est-ce qu'il faut donner le sein. Normalement les activités IEC doivent prendre en compte tous les thèmes lors des CPN.

Notre taux est inférieur à une étude menée en Ouganda par Waiswa P1,2,3, Pariyo G1,2,et al- [28] qui avait retrouvé 72,6%, cet écart élevé pourrait s'expliquer par le lieu d'étude.

L'habitat naturel de nouveau-né est le corps de sa mère. Les processus d'adaptation biologique à la vie extra-utérine, les interactions et l'allaitement maternel sont facilités par le contact précoce et prolongé entre la mère et le bébé.

➤ **Le bain immédiat après l'accouchement :**

Il n'a pas eu lieu dans les structures de santé observées. Il était difficile pour nous d'évaluer le temps de bain aux nouveau-nés puisque les mères des nouveau-nés passaient peu de temps environ 2 heures au centre après l'accouchement. Une étude

menée par Waiswa P1,2,3, Pariyo G1,2 et al-[28] ont trouvé que 49,6% des nouveau-nés ont reçu leur premier bain plus de 24 heures après la naissance.

En général, après la section du cordon ombilical, le nouveau-né est séché avec le tissu apporté par sa mère. Les recommandations relatives à l'arrêt du bain du nouveau né étaient respectées dans toutes les structures de santé observées.

Penfold S1, Willey BA et al- [26] ont constaté que la prestation sur une surface propre, la réanimation du nouveau-né, l'initiation vers la mise au sein précoce et la distribution de kits d'accouchement hygiénique ont été associés à une réduction des risques de mortalité néonatale.

➤ **Les soins ombilicaux :**

Au cours de notre étude, les nouveau-nés ont bénéficié de 67,1% des soins ombilicaux. En général, les agents de santé recommandaient à la mère des nouveau-nés de ne rien appliquer sur les ombilics ; ce qui est conforme à la recommandation de l'organisation mondiale de la santé.

Ce taux est nettement supérieur à une étude menée dans l'est de l'Ouganda par Waiswa P1, Peterson S et al- [27] qui avait eu 38%, cet écart pourrait s'expliquer par le lieu d'étude et la période d'étude.

➤ **L'administration de la vitamine K1 :**

Elle a concerné 32,4% des nouveau-nés. Ce taux est supérieur à celui de DIARRA S.[24] qui était de 22,4%.

Au Maroc, une dose de 2 mg intramusculaire ou orale est recommandée à tout nouveau-né en salle de naissance [31].

➤ **Les soins oculaires :**

Ils ont été administrés à 30% des nouveau-nés.

Il faut remarquer qu'en général les collyres et la vitamine K1 sont prescrits, mais ils ne sont pas administrés au nouveau-né avant la sortie sauf dans 2 centres où les prestataires prenaient soin d'administrer la première dose aux nouveau-nés devant la mère avant sa sortie.

**3. La connaissance des personnes ayant prodiguées les soins au NNE :**

La connaissance des SE par les prestataires a été évaluée par rapport à 5 éléments.

Ces 5 éléments étaient :

- Sécher le nouveau-né : 54,3% des prestataires ayant prodigués les soins au NN ont estimé que l'intérêt de sécher le nouveau-né juste après l'accouchement, le protégeait contre l'hypothermie.
  
- Bain du nouveau-né : 85,7% des prestataires ont affirmé que le nouveau-né doit prendre son premier bain six heures après l'accouchement (excepté les nouveau-nés d'une mère séropositive au test de VIH).
  
- Allaitement : 100% des prestataires ont soutenu que l'allaitement précoce doit être débuté dans les trente minutes qui suivent l'accouchement. Mais en pratique, seulement 18% des nouveau-nés ont bénéficié de la mise au sein précoce. Les prestataires n'expliquent pas aux mères des nouveau-nés comment allaiter que lors d'une CPON où elles organisent des causeries-débats.
  
- L'administration de la vitamine K1 : 51,4% des prestataires ayant prodigués les soins au NN ne connaissaient pas l'intérêt de l'administration de la vitamine K1 et

seulement 37,1% ont affirmé que l'administration de la vitamine K1 protégeait le nouveau-né contre l'hémorragie néonatale.

- L'administration de collyre: 42,9% des personnes ayant prodiguées les soins au NN ont affirmé que l'administration de collyre protégeait contre les infections oculaires chez le nouveau-né.

McClure EM<sup>1</sup>, Carlo WA,...[29] Ont constaté 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 (ENC).

#### **4. La connaissance des mères sur les soins essentiels du nouveau-né :**

Parmi les mères des nouveau-nés 62,4% connaissaient moins de la moitié des soins qu'on administrait au nouveau-né. Ce taux est nettement supérieur à celui de DIARRA S. [24], qui était de 0%, cet écart élevé pourrait s'expliquer par le lieu d'étude et la période d'étude.

Environ 31,5% des mères enquêtées ne connaissaient pas les soins qu'on administrait aux nouveau-nés.

Cependant 86 % des mères affirment que dès leur arrivée à domicile qu'elles donneront le premier bain au nouveau-né. Il y a donc encore un effort de sensibilisation importante à faire pour faire changer les croyances des mères sur les nuisances que peuvent causer au nouveau-né un bain précoce.

Selon l'étude menée par Colline Z<sup>1</sup>, Tawiah-Agyemang C,...[25] 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 propre.

Une étude menée par el-Sherbini AF<sup>1</sup>, el-Torky MA[30] a permis de révéler que 25,5% des mères enquêtées n'avaient aucune connaissance sur les SENN ; la plupart des femmes plus âgées (88,2%) étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise connaissance de SENN ; les femmes les plus instruites (66,7%) étaient plus susceptibles d'avoir une bonne connaissance de SENN par rapport à 33,5% des femmes qui étaient peu instruites. Ils ont également observé que la majorité des femmes qui travaillaient (90%) étaient plus susceptibles d'avoir une bonne connaissance des SENN par rapport aux femmes qui ne travaillaient pas (10%). La plupart des femmes primipares (88,2%) étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise connaissance de SENN comparativement à 11,8% des femmes dont la naissance était inférieure à 5.

### **5. Les problèmes liés à la prise en charge du nouveau-né :**

- La salle d'accouchement : elle était fermée pour 66,7% des naissances.

Elle permettait l'entrée des courants d'air (un facteur favorisant la perte de chaleur chez le nouveau-né) pour 50% des cas à cause du non vitrage des portes et fenêtres.

La salle d'accouchement est 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. Elle était bien éclairée dans les structures de santé observées.

- Matériels complets pour la propreté des mains de l'accoucheur pour seulement 2 centres sur 6. Ce fait est dommageable pour la bonne pratique des soins essentiels car, il peut favoriser les infections néonatales (première cause de mortalité néonatale au Mali [20] environ 41%).

SIDIBE T. et all. [33] ont trouvé que la qualité des prestations effectuées par des sages femmes et des matrones durant les accouchements est souvent médiocre car selon eux le lavage des mains doit être systématique.

- Les matériels de réanimation sont presque inexistant dans la salle d'accouchement :

- L'aspirateur de mucosité électrique ou à pied à faible pression était présent que dans 2 centres sur 6.
- Le cylindre d'oxygène/concentreur d'oxygène existait seulement au CSREF.
- Le ballon de ventilation auto gonflable était présent dans un seul centre.
- Le masque du visage taille du nouveau-né était présent dans 2 centres et absent dans toutes les autres structures observées. D'où 33,33% des nouveau-nés avaient un risque de mortalité néonatale par asphyxie.

Ce fait rend plus difficile la réanimation du nouveau-né, puisque les nouveau-nés 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.

- L'absence des médicaments de réanimation : ces médicaments ont fait défaut dans toutes les salles d'accouchement. Cela constitue un autre niveau d'obstacle à la réanimation du nouveau-né dans les structures de santé observées.

- L'utilisation des barrières mécaniques par les prestataires au moment de l'accouchement : les barrières les moins utilisées ont été, le port des gants stériles (47,7%), le tablier (16,2%), la bavette (0,9%), les lunettes de protection (0,9%). Aucun prestataire n'a lavé ses mains avec du savon, ni les a séché avec une serviette propre et sèche avant le port des gants pour l'accouchement.

Ce fait amoindrit la protection du personnel en augmentant sa susceptibilité d'être infecté donc d'infecter ou de réinfecter à son tour. L'infection est classée comme première cause de mortalité néonatale dans les pays en voie de développement. [2]

Un cas d'Ebola aurait suffi pour mettre toutes les structures en quarantaine; d'où la nécessité d'une prévention systématique par l'application des règles d'hygiène.

- Les soins sont administrés de façon très insuffisante et les soins les plus connus ont été la mise au sein précoce chez 100% des nouveau-nés ; qui n'était malheureusement effectué que chez 18,1% des nouveau-nés.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### **VIII. Conclusion :**

La mortalité néonatale constitue un sérieux problème de santé publique au Mali. L'observation des soins essentiels du nouveau-né peut de façon efficiente amoindrir le taux de mortalité néonatale. Notre étude nous a permis de conclure que les soins essentiels du nouveau-né sont administrés de façon insuffisante.

Cependant les soins essentiels prodigués au nouveau-né étaient en grande partie effectués par les sages-femmes.

Les difficultés liées à la prise en charge du nouveau-né comprennent entre autres :

La salle d'accouchement (inadéquation par rapport à l'entrée des courants d'air), les matériels pour la propreté des mains des agents de santé (incomplets ou presque inexistantes), les matériels de réanimation (peu présents et généralement incomplets), rupture des médicaments de réanimation, la non utilisation systématique de certaines barrières mécaniques (port des gants stériles, tablier, lunettes de protection, bavette), l'administration de la vitamine K1 n'a concerné que peu de nouveau-nés.

Les personnes ayant prodigués les soins au nouveau-né avaient une bonne connaissance théorique et une mauvaise pratique des soins essentiels au nouveau-né. Les mères des nouveau-nés n'avaient pas une bonne connaissance des soins essentiels au nouveau-né.

## **IX. RECOMMANDATIONS:**

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

### **❖ Aux autorités sanitaires et politiques :**

- ✓ Appliquer les SENN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- ✓ Renforcer la capacité fonctionnelle des structures de santé par la formation continue du personnel de santé de la reproduction aux normes en vigueur concernant ce domaine,
- ✓ Améliorer les plateaux techniques par la mise à disposition des matériels adéquats pour une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés,
- ✓ Améliorer les conditions de l'accouchement au niveau des structures sanitaires,
- ✓ Mettre à la disposition dans les salles d'accouchement des matériels de réanimation des nouveau-nés,
- ✓ Mettre à la disposition du trousseau nécessaire à l'administration efficiente des soins essentiels du nouveau-né dans les structures de santé.

### **❖ AUX MEDECINS CHEFS DES C.S.REF. ET C.S.COM.**

- ✓ Aménager les salles d'accouchements en vue d'optimiser l'efficacité des soins essentiels (vitrage des portes et fenêtres, système de chauffage etc.),
- ✓ Equiper les salles d'accouchement en matériels et médicaments de réanimation.

❖ **Aux prestataires de service sanitaire :**

- ✓ Appliquer les règles d'hygiène pour la prévention des infections dans les espaces de soins,
- ✓ Appliquer les normes de la santé de reproduction (utilisation des barrières mécaniques, stérilisation systématique des matériels de soins, respect de l'hygiène des mains etc.),
- ✓ Appliquer systématique le plan d'accouchement en vue d'informer les femmes enceintes des soins essentiels et de leurs intérêts afin de répondre à d'éventuel besoins,
- ✓ Renforcer les activités de communication pour le changement de comportement à l'endroit des femmes enceintes sur :
  - L'espace des naissances,
  - la Pratique des CPN et des CPON de qualité,
  - l'accouchement dans une structure de santé afin que le nouveau-né puisse bénéficier des soins essentiels à effet optimal,
  - la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel (L'allaitement maternel exclusif et précoce),
  - le contrôle et la surveillance de l'état de santé, dépistage des complications (respiration, infections, prématurité, faible poids de naissance, traumatisme, malformation),
  - administration systématique des soins oculaires et la vitamine K1,
  - les informations et les conseils sur les soins à domicile, l'allaitement et l'hygiène,
  - les conseils pour repérer les signes de danger et préparation à une urgence éventuelle (prise en charge immédiate selon les □normes et

protocoles en vigueur),

- la vaccination conforme aux directives nationales.

# REFERENCES



## **IX. REFERENCE :**

1. **Manuel de référence :** Soins essentiels au nouveau-né. Save the Children, UNICEF, USAID, Mars 2009.

2. **Ministère de la Santé :**

Cellule de planification et de statistique, ministère de la santé, direction nationale de la statistique et de l'informatique, ministère de l'économie, de l'industrie et du commerce. Bamako – Mali

Macro International Inc. Cahenton, Maryland, USA. Décembre 2007.

3. **Disease control priorities projet [www.dcp2.org](http://www.dcp2.org).2006.** Site consulté le 15 /04/14 à 18H50mn.

4. **Save the children /USA, USAID, UNICEF,....** Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique, 2010.

5. **Joy Lawn et Kate Kerber : Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique :** Données pratiques, soutien programmatique et de politique pour les soins du nouveau-né en Afrique. éd. Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, Cape Town, 2006.

6. **Tegueté, H. A. D.**

Etude de la mortalité périnatale à Gao. Thèse, Méd, Bamako. 2006.113P

**7. Coulibaly, A.**

Etude de la mortalité périnatale dans la ville de Mopti. 2006. Thèse, Méd, Bamako, 2006. 116P.

**8. Dioni, P.**

Etude de la mortalité périnatale dans les structures socio sanitaires de la ville de Koulikoro .Thèse, Méd, Bamako, 2006.128P.

**9. Camara, B. S.**

Mortalité périnatale dans les structures sanitaires de Sikasso, 2006. Thèse, Méd, Bamako, 2006.127P.

**10. Bamba, A.**

Etude de la mortalité périnatale dans le Centre de Santé de Référence de la commune I. Thèse, Méd, Bamako, 2006.127P

**11. Traore, A. B.**

Etude de la mortalité périnatale en commune IV du district de Bamako, 2006. Thèse, Méd, FMPOS. Thèse, Méd, Bamako, 2006.125P.

**12. OMS, Bureau Régional de l'Europe** : [www. Euro.who.int](http://www.Euro.who.int). 2006. 11/10/14

**13. OMS.**

Soins à la mère et au nouveau- né dans le post-partum. Guide pratique, 1999.

**14. Wikipedia.**

15. **Manuel technique de base**: soins essentiels aux nouveau-nés, USAID/ février 2005.

16. **F.Gold/2007** : évaluation et soins des nouveau-nés.

17. **Ministère de la Santé** : manuel de référence: soins essentiels du nouveau-né. Save the Children/USA/Programme SNL/Mali. Août 2007. 58P

18. **Ministère de la santé, Direction nationale de la santé** : Politique & Normes des Services de Santé de la Reproduction. Mali – Juin 2004.

19. **Diana Beck, Frances Ganges, Susan Goldman,..../Manuel de référence des soins aux nouveau-nés** : Save the children, 2004.

20. **Manuel de référence** : Soins Essentiels du Nouveau-né. Save the Children, UNICEF; Août 2008.

21. **Ndour O., Faye Fall., Alumeti A., Gueye DK., Amadou I., Fall M., Ngom G., Ndoye M.** Facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU de Dakar.

22. **Dictionnaire de médecine Flammarion 7<sup>ème</sup> Edition.** 2007.

23. **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 Barouéli. 2009-2010.

**24. Diarra S.**

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

**25. Colline Z<sup>1</sup>, Tawiah-Agyemang C, Manu A, E Okyere, Kirkwood BR**

Keeping newborns warm: beliefs, practices and potential for behaviour change in rural Ghana. Trop med int health, oct 2010.

**26. Penfold S1, Willey BA, J. Schellenberg**

Newborn care behaviours and neonatal survival: evidence from sub-Saharan Africa Trop Med Int Health. 2013 november. Epub 2013 le 24 septembre ;18 (11): 1294-316. doi: 10.1111 / tmi.12193.

**27. Waiswa P1, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW.**

Poor newborn care practices - a population based survey in eastern Uganda. Published: 23 February 2010 ; BMCdoi: 10.1186/1471-2393-10-9.

**28. Waiswa P1,2,3, Pariyo G1,2, Kallander K1,2,4, and al-**

Effect of the study of newborn Uganda on finding treatments and care practices: a randomized controlled trial by grappes. Glob action santé. 31/03/2015.

**29. McClure EM<sup>1</sup>, Carlo WA, LL Wright and al-**

Evaluation of the educational impact of the WHO Essential Newborn Care course in Zambia. Acta paediatr. Août 2007. Epub 2007/ 07/03;96(8):1135-8.

**30. el-Sherbini AF<sup>1</sup>, el-Torky MA, Ashmawy AA, Abdel-Hamid HS**

Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés au niveau des centres de santé de la commune I du district de Bamako.

---

---

Assessment of knowledge, attitudes and practices of expectant mothers in relation to antenatal care in Assiut governorate. J assoc Egypte de la santé publique J Egypt Public Health Assoc. 1993; 68(5-6):539-65.

**31. H. Pejoan.**

Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. La revue Sage-femme 2010 ; Volume 9, numéro 4 : 189-194.

**32. Zafar AA et al.** Use of antenatal services in Kampung District, Cambodia. Scientific world journal 2003 Nov 3; 3:1081-92.

**33. 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

# ANNEXES

## **FICHE D'ENQUETE**

### **RENSEIGNEMENTS SUR LA MERE, LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT**

#### **I. Identité de la parturiente :**

Q1. Nom et Prénom de la mère.....

Q2. Age de la mère : .....ans

Q3. Taille : .....cm

Q3. Provenance de la mère : commune.....

Q5. Ethnie : .....

Q6. Statut matrimonial : 1=mariée ; 2=divorcée ; 3=veuve; 4=célibataire

Q7. Niveau d'instruction de la mère : 1=alphabétisée ; 2=non alphabétisée

Q8. Si alphabétisée : 1=niveau primaire ; 2= secondaire ; 3=supérieur

Q9. Profession de la mère : .....

#### **II-les antécédents :**

Q10. Antécédents médicaux de la mère : .....

Q11. Antécédents chirurgicaux de la mère : .....

Q12. Antécédents obstétricaux :

1=Nombre de grossesse : .....

2=Parité:.....

3=Nombre d'avortement :.....

4=Nombre de vivant :.....

5=Nombre de décès/Causes :.....

6=Mort-né :.....

Q12=Intervalle inter génésique :.....

### **III- Soins maternels et néonataux :**

Q14= Avez-vous effectué votre bilan prénatal ? 1= Oui ; 2= si non pourquoi ?:.....

Q15.Nombre de CPN : 1=CPN:0 ; 2=CPN :<3 ; 3=CPN :>=4

Q16.Connaissez-vous l'importance des visites prénatales ?

1= Oui ; 2= Non.

Si oui lesquelles :.....

Q17.Grossesse à terme : 1=Oui ; 2=Non

Si non préciser l'âge de la grossesse :.....

Q18. Avez-vous eu des difficultés avec le personnel soignant ? 1= Oui ; 2= Non.

Si oui pourquoi ?.....

Q19. L'accouchement dans une structure sanitaire a-t-il des intérêts : si oui lesquels ?.....

Si non pourquoi ?.....



Q20. Accouchement difficile : 1=Siège ; 2= Naissance multiple ; 3= Dystocie des épaules ; 4=extraction par ventouse ou forceps ; 5= Non

Q21. Connaissez-vous les soins qu'on prodigue aux nouveau-nés, juste à la naissance :

1=Non ; 2=connait moins de la moitié des SENN cités ; 3=Connait plus de la moitié des SENN cités ; 4= Connait tous les SENN cités.....

- La mise au sein précoce.....
- Sécher le nouveau-né.....
- l'enveloppement du nouveau-né.....
- le contact peau-à-peau avec la mère.....
- l'administration de la vitamine K par l'agent de santé.....
- l'administration de collyre.....
- soins ombilicaux.....

Q22. Avez-vous amené un sac contenant des habits pour vous et pour le nouveau-né :1=Oui ; 2= Non

Si oui pourquoi ?.....  
.....

Si non pourquoi ?.....  
.....

Q23. Après l'accouchement le personnel soignant vous a t-il expliqué comment allaiter votre enfant ? 1. oui ; 2.non

Si oui pouvez-vous expliquer ?  
.....

Q24. Etes-vous globalement satisfaites du service offert ?

1=Oui ; 2=Non ; 3=Plus ou moins et

pourquoi ?.....

Q25. Que proposez-vous pour améliorer la qualité des services?

.....  
 .....

*Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps ! Avez-vous des questions ou des observations à faire ???*

**Observation sur la pratique des soins essentiels au nouveau-né**

**Attitude du prestataire avant l'accouchement :**

Q		Oui	Non
1	La personne qui fait l'accouchement s'est lavée les mains au savon		
2	La personne qui fait l'accouchement porte une blouse propre (sans tâches de sang)		
3	La personne qui fait l'accouchement porte des gants stériles		
4	La personne qui fait l'accouchement porte des bavettes		
5	La personne qui fait l'accouchement porte un tablier		
6	La personne qui fait l'accouchement porte des lunettes de protection		

**Après l'accouchement :**

Sexe : 1.M ; 2.F

Poids :.....g

Taille :.....cm

PC :.....cm

Q7. Le score d'APGAR à une minute est ...../ /

1. 0 – 3 ; 2. 4 – 7 ; 3. 8 - 10

Q8. Le score d'APGAR à 10minutes est...../ /

1. 0 – 3 ; 2. 4 – 7 ; 3. 8 - 10

		Oui	No n
9	A la naissance, le nouveau-né a été stimulé		
10	Le nouveau-né est prématuré		
11	Le nouveau-né a été réanimé		
12	Le nouveau-né a inhalé du liquide amniotique		
13	A la naissance, le nouveau-né est bien coloré		
14	Le nouveau-né a été mis au contact peau à peau avec sa mère		
15	A la naissance, le nouveau-né a été immédiatement séché		
16	Les ciseaux utilisés pour sectionner le cordon ombilical sont stériles		
17	La ligature et section du cordon ombilical sont bien faites		

Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés au niveau des centres de santé de la commune I du district de Bamako.

18	La tête du nouveau-né a été couverte par un bonnet		
19	Le nouveau-né a été couvert par un tissu pour le protéger du froid juste après l'accouchement		
20	Le nouveau-né a été mis au sein dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement		
21	Le reflexe de succion est présent		
22	Le mamelon et une partie de l'aréole sont dans la bouche du nouveau-né		
23	Les autres doigts de la mère sont sous le sein tandis que le pouce y est au-dessus lors de l'allaitement		
24	Le thorax est symétrique et harmonieux		
25	La respiration est normale et peu profonde		
26	Le rythme respiratoire est entre 30 et 60 cycles/ minute		
27	La fréquence cardiaque est entre 110 et 160		
28	La température axillaire se situe entre 36,5- 37,5°C		
29	Le nouveau-né a reçu les soins oculaires		
30	Le nouveau-né a reçu les soins ombilicaux		
31	Administration de la vitamine K1 au nouveau-né		
32	Pas de traumatismes, pas de contusion au niveau de la tête		
33	Pas de bosse séro-sanguine		
34	Le nouveau-né a des anomalies congénitales		

Q35. Moment auquel le bain du nouveau-né a eu lieu après l'accouchement/ /

1. 0-6 heures ; 2. 6-24 heures ; 3. >24 heures

### **RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI ASSISTE L'ACCOUCHEMENT**

Q1. Qualification du prestataire ayant assisté l'accouchement :...../ /

1. gynécologue 2.Médecin, 3.Sage-femme, 4.Aide-soignante, 5.Matronne.  
6. Technicienne Supérieure de Santé

Q2. Qualification du personnel ayant prodigué les soins au nouveau-né:.../ /

1. Médecin, 2.Sage-femme, 3.Aide-soignante, 4.Matronne.  
5. Technicienne Supérieure de Santé

Q3. Opinion de l'agent de santé

sur :...../ /

- La salle d'accouchement: 1. Adaptée 2. Si non Adaptée  
pourquoi ?.....
- les matériels : 1. Adéquats 2. non adéquats 3. Aucune idée

Q4. 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.....

Q5. Quand est-ce qu'on doit donner le bain au nouveau-né...../ /

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

Q6. La mise au sein précoce du nouveau-né...../ /

1. Dans les trente minutes qui suivent l'accouchement, 2. Plus de trente minutes après l'accouchement, 3. Aucune idée, 4. Autres/Préciser.....

Q7. Quel est l'intérêt de l'administration de la vitamine K...../ /

1. Protège contre l'hémorragie néo-natale 2. Aucune idée,  
3. Autres/Préciser.....

Q8. Quel est l'intérêt de l'administration de collyre...../ /

1. Protège contre infection oculaire, 2. Aucune idée, 3.  
Autres/Préciser.....

Q9. Avez- vous des difficultés dans la prise en charge du nouveau-né ?

1. Oui ; 2. Non

<b>Si oui les quelles ?</b>	<b>Solutions</b>

---



---

**RENSEIGNEMENTS SUR LES MATERIELS/LOCAUX DE  
L'ACCOUCHEMENT**

Q		Oui	Non
1	Salle d'accouchement fermée		
2	Salle d'accouchement propre		
3	Est-ce que les courants d'air rentrent dans la salle d'accouchement		
4	Salle d'accouchement chaude		
5	Salle d'accouchement bien éclairée		
6	Table d'accouchement couverte d'alèse/de tissu propre		
7	Présence de matériel pour la propreté des mains de l'accoucheur dans la salle d'accouchement (eau propre – savon - serviette etc.)		
8	Présence de récipients dans la salle d'accouchement pour recevoir linge et compresse sales		
9	Les matériels utilisés au cours de l'accouchement sont réunis avant l'accouchement		
10	Les matériels utilisés (les gants, compresses de gaze ou morceaux de tissus, clamps, ciseaux,...) au cours de l'accouchement sont propres et stériles		
11	Présence d'aspirateur des sécrétions dans la salle d'accouchement		
12	Le collyre est disponible dans la salle d'accouchement		
13	La vitamine K est disponible dans la salle d'accouchement		

Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés au niveau des centres de santé de la commune I du district de Bamako.

---

---

14	Présence de thermomètre dans la salle d'accouchement		
15	Présence d'horloge avec aiguille seconde		
16	Présence de ballon de ventilation auto-gonflable avec des masques faciaux pour bébé dans la salle d'accouchement		
17	Présence de cylindre d'oxygène/de concentrateur d'oxygène dans la salle d'accouchement		
18	Présence de sonde 8F et 10F dans la salle d'accouchement		
19	Présence de stéthoscope dans la salle d'accouchement		



## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom** : DIAW

**Prénom** : SALIMATA AMADOU

**Pays d'origine** : Mali

**Titre** : Pratique des soins essentiels au nouveau-né dans les centres de santé de la commune I du district de Bamako.

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

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

### **Résumé**

Introduction : La mortalité néonatale demeure une préoccupation constante dans les pays en voie de développement. Par conséquent, tout nouveau-né doit bénéficier des soins essentiels adéquats et par des personnels qualifiés.

Le but de cette étude était d'étudier la pratique des soins essentiels au nouveau-né dans les centres de santé de la commune I du district de Bamako.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude descriptive concernant les SENN. Elle s'est déroulée de 2014 à 2015

Notre étude se portait sur les nouveau-nés immédiatement après l'accouchement par voie basse, les mères de ces nouveau-nés et les agents ayant assurés leur prise en charge dans le centre de santé de la commune I de Bamako.

La saisie des données a été faite sur le logiciel CS Pro version 6 et l'analyse a été effectuée sur SPSS.

Résultats :

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

Le contact peau à peau a été effectué chez 6% des nouveau-nés ; le séchage immédiat du nouveau-né a été effectué chez 80% des nouveau-nés ; la mise au sein précoce a été effectuée chez 18% des nouveau-nés ; le bain précoce du nouveau-né n'a jamais été réalisé dans les structures de santé observées ; la section du cordon ombilical selon le document politique et normes des services de santé de la reproduction a été bien faite chez 97,7% des nouveau-nés ; l'administration de la vitamine K1 a concerné 32,4% des nouveau-nés ; les soins oculaires ont été administrés chez 30% des nouveau-nés.

Conclusion :

Notre étude nous a permis de conclure que les soins essentiels du nouveau-né sont administrés de façon insuffisante.

Afin d'améliorer la survie du nouveau-né au Mali, il est primordial de renforcer la formation des professionnels de santé et notamment des sages-femmes, afin qu'elles puissent répondre de façon efficace les soins essentiels au nouveau-né.

Mots-clés : soins essentiels, nouveau-nés, accouchement, mortalité néonatale

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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!**