

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2022 - 2023

Thèse N°...../

THESE

**Evaluation de la pratique des soins essentiels
aux nouveau-nés à la maternité du centre de
santé de référence commune II**

Présentée et Soutenue publiquement le 07/ 12/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par :

M. Mahamadou KEBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY

Président : M. Abdoul Aziz DIAKITE, Professeur

Membre : M. Issa Souleymane GOITA, Maître-assistant

Co-directrice : Mme. Leyla Teifour MAIGA, Médecin

Directrice : Mme. Fatoumata DICKO, Professeur

DEDICACES

Je rends hommage à Dieu, l'unique, l'omniscient, l'omnipotent, le tout miséricordieux et le très miséricordieux, le maître du jugement dernier pour sa Grâce qu'il n'a cessé de renouveler dans ma vie. Il a toujours été là à mes côtés comme conseiller, devant comme guide et derrière comme protecteur. Mon Dieu, accorde-moi ta compassion au service des malades et tous les jours de ma vie !

Je dédie ce travail :

Au prophète Mohamed (que la paix et bénédiction de Dieu soient sur lui)

A mon père Demba KEBE

Ton sens très élevé de responsabilité ; ta capacité de compréhension ; ton besoin incessant de prendre soins de tout le monde ont fait de moi un homme responsable ; capable de s'adapter à toute situation. Ces qualités font de toi le meilleur papa dont un enfant puisse rêver.

Cette œuvre est le résultat de ce que tu nous as toujours enseigné : le travail

A ma mère Absatou BAH :

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous.

Source de ma vie, brave dame, dynamique, courageuse, généreuse, combattante, loyale, honnête, tu es ma fierté de tous les temps, la première à se lever et la dernière à se coucher.

Ton premier souci a été ma réussite, et tu as consenti d'énormes sacrifices à ma réussite, alors ce travail est le fruit de tes efforts. Nous prions Dieu pour qu'il te garde auprès de nous le plus longtemps que possible.

A mon oncle Abdrahamane KEBE

L'homme qui a la tête sur les épaules, l'homme d'immense générosité, dynamique, travailleur, sociable, infatigable, un logeur impeccable et un chef.

A mon jeune frère Abdoulaye KEBE

Tu es un frère exemplaire, je suis fier de t'avoir comme petit frère et saches c'est grâce à ta disponibilité à tout instant, à ton respect aveugle et à toutes tes prières que j'ai puis réalisé ce travail. Qu'Allah te récompense.

A toutes mes mamans et tantes ; à tous mes papas et oncles ; à toutes mes sœurs et mes frères de la famille Kebe, à tous mes amis et collègues.

Les mots me manquent pour vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts.

REMERCIEMENTS

Il me tient à cœur de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail. Cependant, je ne saurais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis (es), collaborateurs et maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de cette thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude !

✓ **Mes parents : Demba KEBE et Absatou BAH**

Aucun remerciement ne saurait être assez éloquent pour exprimer ce que vous méritez pour toutes les sacrifices que vous avez faits pour moi. C'est grâce à vous que je suis aujourd'hui médecin. Que Dieu vous bénisse. AMEN !

✓ **Mes frères et sœurs : Abdoulaye, Demba, Oumar, les Aichata, les Haby, Kadidiatou etc....**

Qui répondent toujours présent. Je tiens à vous exprimer toute mon affection et mon bonheur de vous avoir à mes côtés durant toutes ces années. Puisse Dieu vous garder encore longtemps.

✓ **Tantes, oncles, cousins, et cousines**

Je vous aime. Merci pour votre dévouement, vos conseils, vos prières ... Puisse le Seigneur vous combler de grâces. AMEN

✓ **Mes Amis :**

Malick Diarra ; Modibo Kamissoko ; Nouh NAPO ; Cheick Hamala ; Mamadou Cissé ; Oumar Sidibé ; Modibo Diallo ; Abdoulaye Camara ; Drissa Diabaté ; Moussa Bah ; Korotoumou Mallé ; Jeanne Antilde Koné ; Sira Dansira et plein d'autres

Pour tout le temps passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

✓ **Aux personnels et au corps professoral de la FMOS**, qui nous ont toujours donné le meilleur d'eux-mêmes pour nous apprendre au-delà de ce qui est écrit dans les livres, l'école de la vie.

✓ **Je remercie tous les médecins et toute l'équipe du département de pédiatrie de la clinique périnatale Mohammed-VI de Bamako** : Pr Fatoumata leonie F Diakité ; Dr leyla Maiga ; Dr Niakaté Mady ; Dr Sanogo Tiaria ; Dr Kontao Niomo ; les sages femmes ; les infirmiers et les internes pour leur enseignement, leur disponibilité, et le plaisir de travailler à leur côté. Vous mettez toute votre énergie à disposition des malades dans des conditions souvent difficiles.

- ✓ **A tous mes camarades de la promotion Pr Ali Nouhoum Diallo**
- ✓ **Au professeur Fatoumata DICKO ; nous** avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Nous avons apprécié vos qualités scientifiques, votre rigueur et votre amour du travail bien fait. Soyez assurés, cher Maître de notre profonde reconnaissance.

Je remercie tous les patients et leurs Mamans que j'ai eu la chance de rencontrer dans le cadre de mon exercice.

- ✓ **Les Associations : Jeunesse Ginna Dogon ; AERNES ; RASERE** et particulièrement **la Jeunesse Tabital Pulaaku** que j'ai eu l'immense plaisir d'en être le président 2022-2023.
- ✓ **Dr Hamady Sissoko** merci pour le temps et la formation.

Hommage aux Membres du jury :

A notre maître et président du jury : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

- Professeur titulaire de pédiatrie à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie ;
- Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Toure ;
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;
- Spécialiste en hématologie pédiatrique ;
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales.

Cher Maître, Vous nous faites honneur en acceptant d'évaluer ce travail. Votre rigueur dans le travail, vos qualités pédagogiques et votre amour pour le travail bien fait font de vous un Maître admiré de tous. Tout au long de cette formation, nous avons été impressionnés par votre abord facile et vos belles qualités humaines. Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude.

A notre maitre et membre du jury : Dr Issa Souleymane GOITA

- Spécialiste en médecine de famille et médecine communautaire ;
- Titulaire d'un diplôme universitaire de drépanocytose à la FMOS
- Titulaire d'un diplôme universitaire en gestion et analyse des données de santé a l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en sciences de la santé et l'éducation (IFRISSE) à Ouagadougou
- Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury ;

Vos multiples qualités pédagogiques, sociales et humaines font de vous un maitre apprécié de tous, Soyez rassuré, cher maitre de notre sincère gratitude.

A Maitre et Co-Directrice de thèse : Dr Leyla Teifour MAIGA

- Médecin Pédiatre
- Praticienne hospitalière à la Clinique périnatale Mohammed VI de Bamako.

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves et espérons être digne de votre confiance.

Vous êtes une brave dame de patience et de compréhension.

En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous inspirez le respect par votre humanisme profond, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre estime pour l'être humain.

Nous n'oublierons jamais votre accueil chaleureux dans votre unité au sein de la maternité.

Vous nous avez inculqué les valeurs du travail soigneux, le dévouement pour le mieux-être du patient, et attisé notre soif de savoir. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse : Pr Fatoumata DICKO

- Professeur titulaire de pédiatrie à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie ;
- Secrétaire Générale de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire ;
- Francophone (APANF) ;
- Membre du collège ouest Africain des médecins ;
- Coordinatrice de DES de Médecine communautaire et de médecine de famille.

Chère Maître, C'est un plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Nous avons été profondément touchés par votre disponibilité et votre abord facile. Votre pédagogie à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et la déontologie font de vous un maître admiré et respecté. Veuillez recevoir ici chère maître, l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Sigles et Abréviation :

AMAPED : Association malienne de pédiatrie

APANF : Association des pédiatres d’Afrique noir francophone

AC : Anticorps

CSREF CII : Centre de Santé de Référence de la commune II

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

DES : Diplôme d’étude spécialisée

FAMOS : Faculté de médecine et d’odontostomatologie

IO : Infirmière obstétricienne

IOTAT : Institut d’ophtalmologie tropical d’Afrique

INSTAT : Institut national de statistique du Mali

ODD : Objectifs du développement durable

ODM : Objectifs de développement pour le millénaire

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU : Organisation des nations unies

ORL : Otorhinolaryngologie

PNP : Politique, normes et procédures

PTME : Prévention transmission mère-enfant du VIH

SA : Semaine d’aménorrhée

SENN : Soins essentiels aux nouveau-nés

TSF : Terminale sans fils

UNICEF : Fonds des nations unies pour l’enfance

WHO : World Health Organization

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des nouveau-nés en fonction du respect des normes de la salle d'accouchement avant la naissance. 24

Tableau II: Répartition des nouveau-nés en fonction de la méthode de protection utilisé par l'accoucheur. 25

Tableau III: Répartition des nouveau- nés en fonction de l'âge gestationnel.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau IV : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance. 23

Tableau V : Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille. 23

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés en fonction du périmètre crânien 24

Tableau VII: Répartition des nouveau-nés en fonction de la pratique des SENN. 26

Tableau VIII : Réalisation du clampage tardif en fonction du personnel ayant fait l'accouchement..... 27

Tableau IX : Répartition des nouveau-nés en fonction des soins prodigués dans le post partum immédiat (les six premières heures de vie). 28

Tableau X : Répartition des nouveau-nés en fonction des problèmes survenus dans les six premières heures..... 29

Tableau XI: Répartition des nouveau-nés en fonction de la qualité des SENN immédiats. 29

Tableau XII: Répartition des nouveau-nés en fonction des difficultés liées à la pratique des SENN. 30

Liste des figures

Figure 1 : Séchage immédiat	7
Figure 2 : Stimulation du nouveau-né	7
Figure 3 : Couper le cordon	9
Figure 4: Contact peau à peau	10
Figure 5: Mauvaise prise du sein.....	16
Figure 6: Bonne prise du se.....	11
Figure 7 : Les positions confortables à l’allaitement	11
Figure 8: Soins oculaire	12
Figure 9 : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.....	22
Figure 10: Répartition des nouveau-nés en fonction de l’attitude du personnel ayant prodigué les soins.	25
Figure 11: Répartition en fonction du profil du personnel ayant fait l'accouchement. . Erreur ! Signet non défini.	
Figure 12 : Répartition en fonction du profil du personnel ayant prodigué les soins essentiels.	21

Table des matières

1	INTRODUCTION :	1
2	OBJECTIFS :	3
2.1	Objectif général :	3
2.2	Objectifs spécifiques :	3
3	GENERALITES	4
3.1	Définition :	4
3.2	Intérêt :	5
3.3	Historique :	5
3.4	Composantes des soins essentiels au nouveau-né	6
3.4.1	Composantes des soins essentiels immédiats	6
3.4.2	Soins au nouveau-né pendant la première journée	13
3.4.3	Soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours	14
4	METHODOLOGIE	16
4.1	Cadre d'étude	16
4.2	Type et période d'étude :	17
4.3	Population d'étude :	17
4.3.1	Taille de l'échantillon :	17
4.3.2	Les critères d'inclusion :	18
4.3.3	Les critères de non inclusion :	18
4.4	Variables étudiées :	18
4.5	Déroulement de l'enquête :	18
4.6	Définition opérationnelle :	19
4.7	Analyse et traitement des données :	18
4.8	Considérations éthiques :	19
5	RESULTAT :	21
5.1	Profil du personnel :	21

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans la maternité du CSREF CII

5.2	Données sur les nouveau-nés :.....	22
5.3	Condition de l'accouchement.	24
5.4	La pratique des soins essentiels aux nouveau-nés.	26
5.5	Les difficultés rencontrées dans la pratique des SENN.....	30
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	31
6.1	Aspect socio-démographique :	31
6.2	Pratique des soins essentiels :.....	31
6.3	Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés	33
7	CONCLUSION ET REOMMANDATIONS :	34
8	REFERENCES	36
9	ANNEXES :.....	40
9.1	Fiche d'enquete.....	40
9.2	Fiche signaletique	45
9.3	Serment d'hippocrate :.....	47

INTRODUCTION :

La période autour de la naissance constitue une fenêtre d'opportunité pour la prévention et la prise en charge des complications maternelles et néonatales, elle peut autrement s'avérer fatale [1].

Les soins essentiels aux nouveau-nés constituent une stratégie globale visant à améliorer la santé du nouveau-né par le biais d'interventions réalisées avant la conception, durant la grossesse et immédiatement après la naissance, ainsi que durant la période néonatale [2].

Les soins dispensés pendant la période périnatale et néonatale sont essentiels pour garantir la bonne santé de la mère et du nouveau-né. La santé de la mère et celle du nouveau-né sont inextricablement liées [2].

Malgré la réduction du nombre de décès des enfants de moins de 5 ans en 2016 à 5,6 millions contre 9,9 millions en 2000, la proportion des décès durant les 28 premiers jours de vie, est passée de 41%(2000) à 46%(2016)[3].

Chaque année, environ 1,16 millions de nouveau-nés africains meurent dans les 28 premiers jours. Près d'un quart de tous ces décès surviennent dans les 24 premières heures de vie [4,5] et beaucoup plus dans les six jours suivants [6,7]. Les principales causes sont les complications de la naissance prématurée (35%), les événements liés à la période intrapartum (24%) et la septicémie néonatale (15%) dont la plupart sont évitables par le biais d'interventions réalisées avant la conception, durant la grossesse, immédiatement après la naissance et durant la période postnatale [8,9].

Les soins fournis en période néonatale par les soignants dans les structures de santé et par les parents dans la communauté, sont essentiels pour la survie du nouveau-né. Les composantes des soins essentiels aux nouveau-nés (SENN) sont : la lutte contre l'hypothermie (par le séchage et l'enveloppement immédiats des nouveau-nés après la naissance, l'initiation du contact peau à peau et le bain retardé), les mesures d'hygiène (par les soins du cordon qui doit rester propre et sec), une nutrition adéquate (par la mise au sein immédiate et de l'allaitement exclusif) et la demande de soins pour maladie [10–12].

La réanimation néonatale et les soins essentiels du nouveau-né sont deux mesures permettant de réduire ce lourd fardeau [13].

Au Mali, la mortalité néonatale a connu une réduction plus faible et plus lente. En effet, on est passé de 60 décès néonataux /1000 naissances vivantes en 1995 à 33 en 2018 (soit une réduction de moins de 30 % sur 23 ans) [14].

Malgré les efforts déployés par l'ensemble des acteurs, des problèmes persistent quant à la prise en charge correcte du nouveau-né dans les formations sanitaires à tous les niveaux.

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans la maternité du CSREF CII

Le constat est que sur le plan santé de la reproduction, la prise en charge du nouveau-né est insuffisante [15]. Souvent, les compétences des agents de santé sur les soins des nouveau-nés sont relativement faibles et sont plus focalisées sur les aspects médicaux [15].

Les études antérieures sur les SENN ont montré une pratique insuffisante des SENN, en particulier celle de Diakite F réalisée en 2021 au CHU Gabriel TOURE de Bamako a eu 9,1% [16] celle de Diaw S réalisée en 2015 dans le district sanitaire de la commune I a eu 18,1% pour la mise au sein précoce et 18% pour le contact peau à peau et Kamissoko M réalisée en 2010 dans le district sanitaire de barouli a eu 30% pour la mise au sein précoce[15,17].

Aucune étude n'a évalué la pratique des soins essentiels aux nouveau-né dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako ; d'où notre travail.

OBJECTIFS :

Objectif général :

Evaluer la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer le profil du personnel assurant la prise en charge de la mère et du nouveau-née en salle de naissance.
2. Déterminer les caractéristiques cliniques des nouveau-nés à la naissance.
3. Déterminer les dispositions prises par le personnel au moment de l'accouchement.
4. Déterminer les soins essentiels pratiqués durant les six premières heures.
5. Identifier les difficultés liées à la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans le service et les problèmes survenus chez les nouveau-nés au cours des six premières heures après l'accouchement.

1 GENERALITES

1.1 Définition :

Quelques définitions méritent d'être rappelées, au début de ces généralités pour faciliter la compréhension

- **Soins essentiels aux nouveau-nés (SENN)[17]**: constituent une stratégie globale visant à améliorer la santé et la survie du nouveau-né par le biais d'un paquet d'intervention réalisé avant la conception, durant la grossesse immédiatement après la naissance ainsi que durant la période post-natale.

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

- **Les soins 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 dès la conception jusqu'à l'accouchement par un personnel qualifié.
- **Les soins après la naissance** : constituent l'ensemble des gestes et actes réalisés de la naissance à six semaines pour améliorer la survie du nouveau-né.

Ces soins 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 six semaines.**

- **Période néonatale** : va du premier au 28ème jour de vie. Elle est divisée en deux parties : [18]
La période néonatale précoce (les sept premiers jours de la vie)
La période néonatale tardive (du 8ème jour jusqu'à la fin du 28ème jour)
- **Période périnatale** : Elle va de la 22ème semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale. [18]
- **Réanimation** : C'est un ensemble de procédures destinées à restaurer les fonctions vitales du nouveau-né .C'est une urgence médicale [19].
- **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 [17].
- **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 [19].

- **Première tétée :** La 1ère fois qu'une mère donne son sein à son nouveau-né. Elle est un moment important car si la 1ère 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 [19].

Le colostrum : Premier lait visqueux jaunâtre doit être le premier et unique goût du nouveau-né, il est très riche en vitamine A et 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 [17].
- **Allaitement mixte :** Les deux types d'allaitement s'effectuent en même temps.
- **Vaccination :** Méthode de prévention de certaines infections microbiennes ; virales ou parasitaires ayant pour but de déterminer une immunité active par introduction dans l'organisme de préparations nommés antigènes [17].
- **Hypothermie :** définie par l'OMS comme une température rectale inférieure à 35,5° C (95,9° F) ou une température sous l'aisselle inférieure à 35,0° C (95,0° F).[20]

1.2 **Intérêt :** [21]

Trois (03) millions de nouveau-nés et de femmes pourraient être sauvés chaque année si l'on investissait dans des soins de qualité dans la période qui entoure la naissance et dans des soins spécifiques pour les nouveau-nés malades et de petit poids de naissance. Des solutions efficaces et peu coûteuses existent pour protéger les nouveau-nés lors du jour de leur vie où ils courent le plus grand danger de mourir, le jour de leur naissance.

Des progrès remarquables ont été accomplis ces dernières décennies dans la réduction du nombre de décès d'enfants dans le monde, mais beaucoup de nouveau-nés meurent chaque jour alors qu'ils peuvent être sauvés par des mesures simples et efficaces.

1.3 **Historique :** [22,23]

Sauver la vie des nouveau-nés est une initiative mondiale sur 10 à 15 ans de Save the Children visant à améliorer la santé et les chances de survie des nouveau-nés des pays en voie de développement. Cette initiative travaille avec les gouvernements, les communautés

locales et en partenariat avec des agences aux niveaux communautaires et nationaux pour une amélioration réelle et durable de la santé du nouveau-né.

À partir du Sommet du millénaire pour le développement convoqué par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en l'an 2000, la communauté internationale concrétise son engagement à atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire (ODM), dont l'un est de réduire des deux tiers la mortalité des nouveau-nés et des enfants âgés de moins de 5 ans. Pour autant, à en juger par les tendances de ce taux de mortalité, les progrès sont lents, les inégalités persistent en matière d'accès aux soins de santé, surtout au premier échelon de référence, et le mauvais état de santé de la mère aggrave sensiblement le risque de décès de son nouveau-né.

En avril 2005, à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé, l'initiative intitulée « Chaque mère, chaque enfant compte » a été lancée. Elle préconisait l'application de critères de soins propices à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la lumière des résultats d'une étude consacrée aux obstacles sanitaires auxquels se heurtent la mère et son enfant avant et pendant la grossesse, puis pendant l'accouchement et les semaines et mois ultérieurs.

La résolution A/RES/70/1 intitulée « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 25 septembre 2015, présente une définition complète de chacun des objectifs du développement durable (ODD) dont le troisième est de permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Ce troisième objectif du développement durable énonce neuf cibles mesurables devant atteintes d'ici 2030 dont le deuxième est : d'éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 25 pour 1000 naissances vivantes.

Le Mali a adopté en (2005-2006) la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés lors de la 3^{ème} révision de sa politique, normes et procédures (PNP) des services de santé de la reproduction.

1.4 Composantes des soins essentiels au nouveau-né [22,24]

1.4.1 Composantes des soins essentiels immédiats [22,24]

1.4.1.1 Étape 1 Sécher et stimuler le bébé :

Séchez immédiatement le bébé, tête comprise, lui couvrir la tête. Frottez le dos du bébé de bas en haut à l'aide d'un linge chaud. Faites de votre mieux pour ne pas enlever le vernix

(la substance blanche et crémeuse qui peut se trouver sur la peau), car elle protège sa peau et peut contribuer à empêcher les infections.



Figure 1 : Séchage immédiat [22]

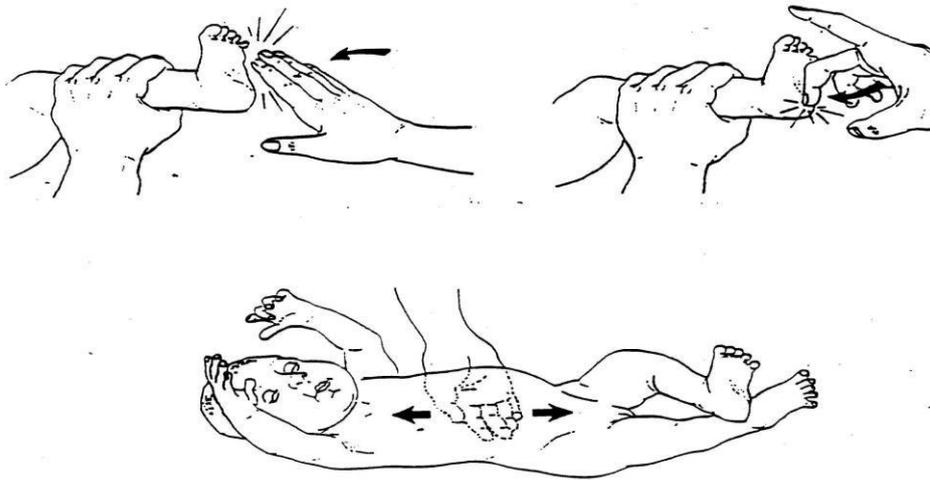


Figure 2 : Stimulation du nouveau-né [22]

1.4.1.2 Étape 2 : Appréciez la respiration et la coloration du bébé :

En séchant le bébé, observez : 1) s'il respire, 2) s'il a des difficultés à respirer ou 3) s'il ne respire pas. Examinez sa coloration. Son visage et sa poitrine doivent être roses et non pas gris ou bleus. Chez les bébés à la peau plus sombre, vous pouvez apprécier la couleur de la langue, des lèvres et des muqueuses ; elles doivent être roses et non pas grises ou bleues. Une peau rose est signe d'une bonne respiration et d'une circulation adéquate chez le bébé. Une langue, des lèvres et un torse de couleur bleue indiquent un manque d'oxygène dans le sang.

Déterminer s'il est nécessaire de procéder à une réanimation du bébé.

Si le bébé ne respire pas, n'a que 30 respirations par minute ou halète, il a besoin d'une réanimation. Dans ce cas, clamber ou nouer et couper rapidement le cordon, laisser un

moignon d'au moins 10 cm de long dans un premier temps. Mettez le bébé à plat sur une surface chaude et entamez rapidement la réanimation.

Demandez de l'aide car il faut une deuxième personne pour s'occuper de la mère.

Si le bébé n'a pas besoin d'être réanimé, passer à la prochaine étape.

1.4.1.3 Étape 3 : Clampage tardif :[22,23]

La ligature et la section du cordon doivent se faire immédiatement après la naissance en cas de mère séropositive, de mère hépatite B positive ou d'asphyxie périnatale.

Hormis ces deux cas, il faut attendre au moins une (1) à trois (3) minutes ou la fin du battement du cordon.

Le clampage tardif permet d'augmenter de façon significative la masse sanguine, ainsi que la réserve en fer du nouveau-né. Il sera ainsi protégé contre l'anémie.

- **Nouez (ou clampez) le cordon fermement à deux endroits :**
 - Ligaturez le premier à deux doigts de l'abdomen du bébé
 - Ligaturez le second clamp à quatre doigts de l'abdomen du bébé.
- **Coupez le cordon entre les nœuds :**
 - Utilisez une lame de rasoir neuve, ou ébouillanté si elle a déjà été utilisée, ou bien employez des ciseaux stériles
 - Utilisez un petit morceau de tissu ou de gaze pour couvrir la partie du cordon que vous coupez afin que le sang ne vous éclabousse pas ni n'éclabousse quelqu'un d'autre
 - Faites attention de ne pas blesser le bébé
 - Coupez soit loin du bébé, soit en plaçant votre main entre l'instrument coupant et le bébé
 - Ne mettez rien sur le moignon du cordon.

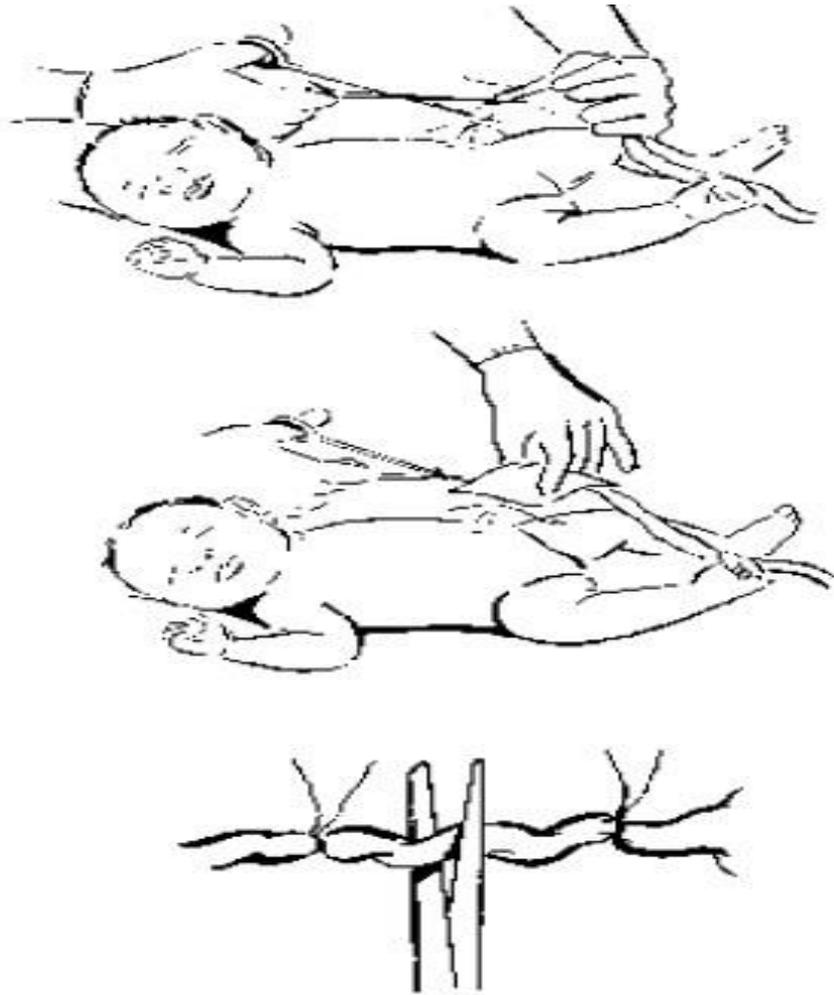


Figure 3 : Couper le cordon [22]

1.4.1.4 Étape 4 Placer le bébé contre la mère, peau contre peau [22]

- La chaleur de la mère se communique facilement au bébé et contribue à stabiliser sa température
- Déposer le bébé peau contre peau sur la poitrine de sa mère pour le réchauffer.
- Couvrez-les tous deux avec une étoffe ou une couverture chaude.
- Couvrez la tête du bébé.

Les avantages du contact peau contre peau sont les suivants :

- La mère garde le bébé au chaud. Son corps est à la température idéale.
- La proximité entre la mère et le bébé contribue à ce que la mère s'attache à lui.
- Le contact contribue à la réussite de l'allaitement précoce
- Si la mère ne veut pas du contact peau contre peau, séchez le bébé et enveloppez-le.

- Veillez à bien couvrir sa tête et déposez-le auprès de sa mère.

Il est important de retarder ou de différer le premier bain. Le bébé ne doit pas être baigné à la naissance, un bain pouvant le refroidir dangereusement. Après un minimum de 6 heures, de préférence 24, il peut avoir sa première toilette à l'éponge, si sa température s'est stabilisée



Figure 4: *Contact peau à peau* [22]

1.4.1.5 Etape 5 : Inciter la mère à débiter l'allaitement[22,24]

Si tout est normal :

- Ne séparez pas la mère de son bébé pour la peser avant que le bébé ait tété
- Aidez la mère à débiter l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. Une étude sur l'allaitement précoce a révélé que la plupart des nouveau-nés étaient prêts à téter entre 15 et 55 minutes après la naissance.
- Aidez la mère pour la première tétée. Veillez à ce que le bébé adopte une bonne position, qu'il ait bien le sein en bouche et qu'il tète correctement.

N'abrégez pas la tétée du bébé ; un allaitement précoce et non limité donne de l'énergie au nouveau-né pour conserver sa chaleur, alimente sa croissance et lui apporte des anticorps pour combattre les infections.

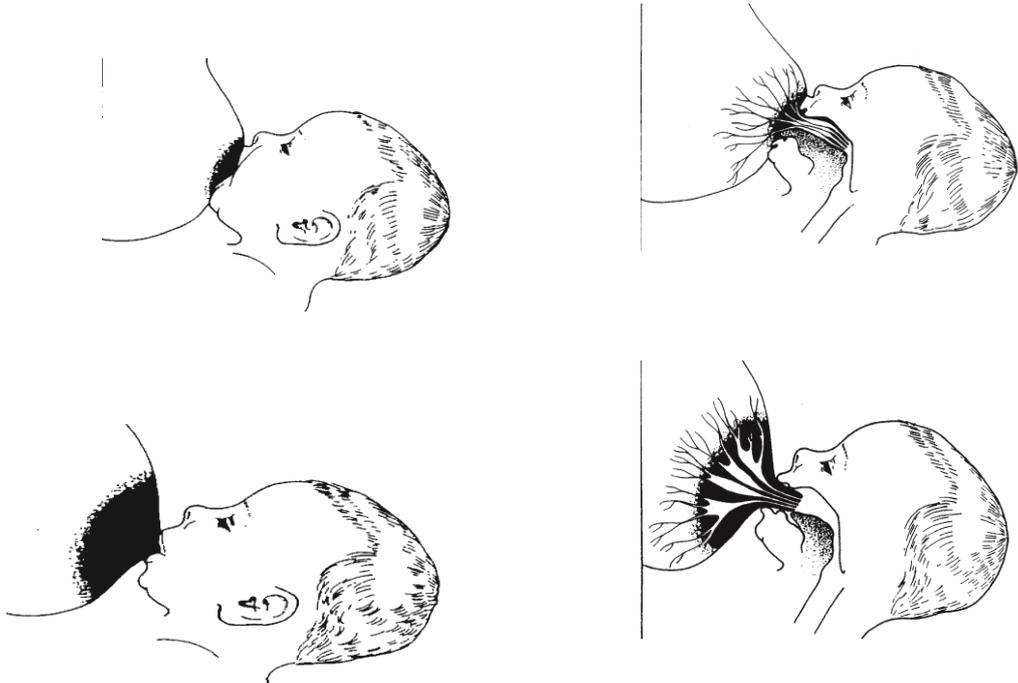


Figure 5: Mauvaise prise du sein

Figure 6: Bonne prise du se

Images montrant la prise du sein par le bébé : [23]

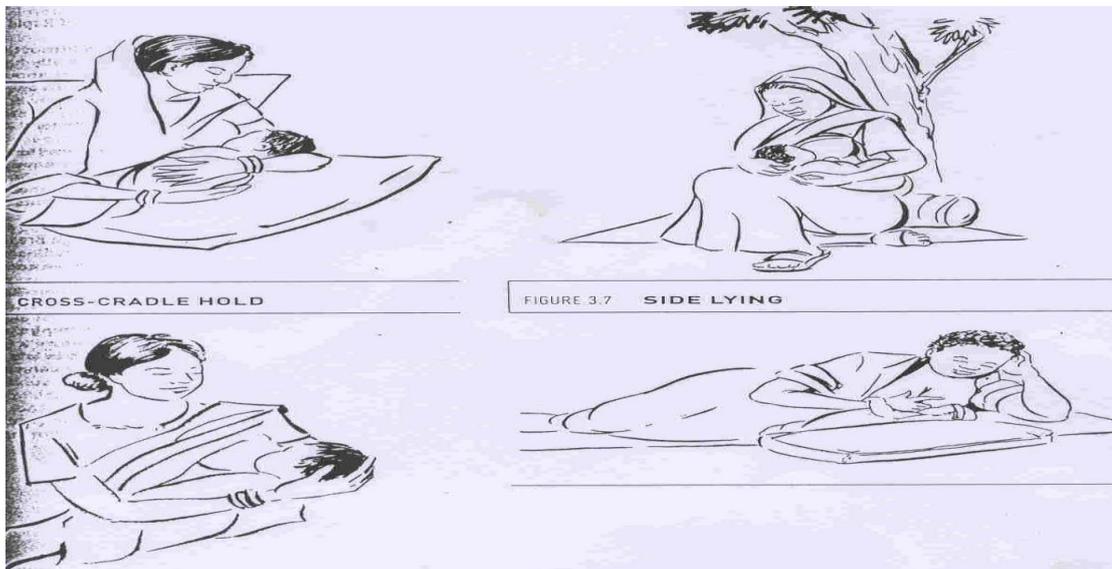


Figure 7 : Les positions confortables à l'allaitement : [24]

1.4.1.6 Étape 6 Prodiguer des soins oculaires : [22]

Peu de temps après l'allaitement et dans l'heure qui suit la naissance, prodiguer au nouveau-né des soins oculaires avec un médicament antimicrobien. Les soins oculaires protègent le bébé contre les infections oculaires graves.

- Lavez-vous les mains.
- Utilisez un des médicaments suivants pour les soins oculaires :
 - Une pommade oculaire à la Tétracycline à 1 %.
 - Une solution de nitrate d'argent à 1 %,
 - Une solution de polyvidone iodée à 2,5 %,
- Maintenez un œil ouvert et laissez tomber une goutte de la solution dans l'œil. Si vous utilisez une pommade, mettez-en un filet le long de l'intérieur de la paupière inférieure. Veillez à ce que l'embout ou le tube ne touche pas l'œil du bébé ou autre chose.
- Répétez l'opération pour l'autre œil.
- Ne rincez pas le médicament oculaire

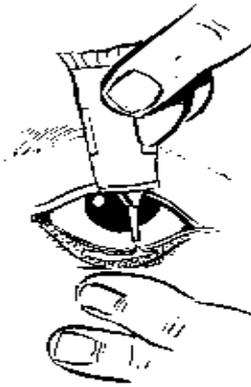


Figure 8: Soins oculaire [22]

1.4.1.7 Etape 7 l'Administration de la vitamine K1: [22]

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

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 3648^{ème} 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 : 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.

1.4.2 Soins au nouveau-né pendant la première journée [22,24]

La première journée de vie est une phase de changements multiples dans le corps du bébé. C'est pourquoi une observation et des soins attentifs sont importants.

1.4.2.1 Appréciez l'état du bébé

Appréciez l'état du bébé toutes les 30 minutes à une heure pendant au moins 6 heures ou jusqu'à ce qu'il soit stabilisé, réchauffé et rose. Examinez le bébé pendant la première journée sur les points suivants :

- **Respiration** : Un bébé normal respire 30 à 60 fois par minute sans haleter, grogner ni présenter de tirage costal.
- **Chaleur** : Vérifiez la température du bébé : Utilisez un thermomètre pour prendre sa température axillaire ou Posez la main sur son abdomen ou son dos et comparez sa température à celle d'une Personne bien portante.
- **Teint** : Vérifiez si la langue, les lèvres et les muqueuses (dans la bouche) sont roses.
- **Saignements** : Vérifiez que le cordon ne saigne pas. En séchant, il pourrait se défaire. Si le nœud est lâche, mettez des gants et renouez-le fermement.

L'appréciation du bébé le premier jour inclut aussi une récapitulation complète des antécédents de la grossesse et un examen physique complet, décrits à la page suivante.

1.4.2.2 Prodiguer les soins normaux du nouveau-né

- Gardez le bébé au chaud :

Laissez le bébé contre la mère peau contre peau ; Enveloppez la mère et le bébé dans une couverture.

Couvrez la tête du bébé d'une étoffe ou d'un chapeau.

- Encouragez l'allaitement :

Continuez à inciter la mère à allaiter et expliquez-lui comment s'y prendre.

- Apprenez à la mère et à la famille :

Comment vérifier la respiration, la température et le teint du bébé.

Comment repérer un saignement du cordon

Comment soigner le cordon

Comment garder le bébé au chaud

1.4.2.3 **Prodiguer d'autres soins pour tous problèmes ou besoins éventuels**

Examen physique du nouveau-né : conclusions anormales et Plan d'action Éduquer et instruire une mère et sa famille en matière de soins au nouveau-né Problèmes courants du nouveau-né.

1.4.2.4 **Faire les premiers vaccins et compléter le dossier du bébé et celui de la mère**

Procédez aux premières vaccinations selon le programme et le protocole de vaccination de votre pays. Les vaccins recommandés pour les nouveau-nés sont les suivants :

- BCG
- Polio
- Hépatite B

1.4.3 **Soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours [22,24]**

Pourquoi le suivi du nouveau-né est-il si important ?

Plus de 4 millions de bébés dans le monde meurent chaque année avant d'atteindre l'âge d'un mois. Nombre de ces décès pourraient être évités. Vous n'avez pas besoin d'une formation technique approfondie ni de beaucoup d'équipement pour sauver la vie de la plupart des bébés.

Une chose importante que vous pouvez faire consiste à procéder à des visites de suivi du nouveau-né. Examinez le bébé 2 à 3 jours, 7 jours et 28 jours après la naissance. Si la mère et la famille s'inquiètent pour leur bébé ou s'il y a un problème, vous pouvez rapprocher les visites. Pendant ces visites :

- Vous examinerez le bébé et sa mère pour détecter d'éventuels problèmes.
- Vous félicitez la famille pour la qualité des soins qu'elle prodigue.
- Vous continuerez d'éduquer et de conseiller la mère et la famille sur les soins qu'ils prodiguent au bébé.

Pour faciliter les choses pour la mère et la famille, la mère doit être examinée post partum à l'occasion des examens du bébé.

Étudiez le dossier prénatal de la mère afin de veiller à effectuer un suivi adéquat de tout problème éventuel (par exemple, une tuberculose, une syphilis ou le SIDA).

Écoutez la mère et soyez attentive à tout problème de santé qu'elle pourrait avoir. Une mère en bonne santé est essentielle à la survie du nouveau-né. Il faut examiner la mère pour détecter :

D'éventuels saignements plus importants que ses règles normales. L'hémorragie post partum est la principale cause de décès maternel.

Le succès de l'allaitement. Regardez la mère allaiter le bébé et examinez ses seins pour détecter tout problème.

Les signes d'infection : fièvre, utérus douloureux au palper ou pertes à l'odeur fétide.

Continuez de former et de conseiller la mère afin qu'elle détecte les signes de danger en ce qui la concerne et pour son bébé, ainsi que la nécessité d'une bonne nutrition, d'un repos supplémentaire et d'un espacement des grossesses.

2 METHODOLOGIE

2.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans la maternité du Centre de Santé de Référence (CSREF) de la Commune II du district de Bamako, qui se trouve au quartier terminal sans fils (TSF).

Le Centre de Santé de Référence de la commune II est composé d'une administration dirigée par un médecin chef et de plusieurs services :

- Un service de Gynéco-obstétrique
- Un service de pédiatrie
- Un service de médecine générale
- Un service de chirurgie
- Un service de radiologie
- Un service de laboratoire biomédical
- Un service d'Odonto-Stomatologie
- Un service d'ORL
- Un service d'ophtalmologie
- Une unité de programme élargi de vaccination

Le centre fonctionne avec 213 travailleurs dont 93 personnels soignants.

La commune II est composée de 13 quartiers et une population générale selon INSTAT à 3 529 300 Habitants en 2020.

Elle est limitée à l'est par le cours du marigot Korofina, à l'ouest par le boulevard du peuple passant devant l'IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs, au nord par le pied de la colline du point G et au sud par le fleuve Niger,

Le service de gynécologie obstétrique occupe le nord du centre à l'entrée.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Trois toilettes pour le personnel ;
- Une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Trois bureaux pour les gynécologues ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque comprenant une

Salle d'urgence et une salle de consultation externe ;

- Une salle de garde pour les étudiants en année de thèse et les médecins ;
- Une unité de pansement ;
- 17 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation (salle des suites de couches normale, salle de césarienne, salle de grossesse pathologique, salle VIP).

Le personnel comprend :

Le service de gynéco obstétrique est composé : 04 gynécologues obstétriciens ; 25 sagefemmes ; 09 infirmières obstétriciennes ; 01 matrone ; 03 aides-soignants de façon permanente et de 8 étudiants faisant fonction d'interne au moment de l'étude.

Fonctionnement : les consultations sont assurées par les gynéco-obstétriciens quatre jours par semaine (lundi au jeudi) ; les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides soignant. Une équipe de garde permanente travaille vingt-quatre heure sur vingt-quatre ; elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, d'étudiant en médecine, des sages femmes, d'infirmière obstétricienne ou de matrone (assurant le fonctionnement de la maternité).

2.2 Type et période d'étude :

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte des données prospective uni centrique.

2.2.2 Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de six (6) mois et quinze jours : du 01 novembre 2022 au 16 mai 2023.

2.3 Population d'étude :

2.3.1 Taille de l'échantillon :

La taille l'échantillon (n) a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$N = Z(\alpha)^2 p q / i^2$$

$Z(\alpha) = 1,96$: écart réduit correspondant au risque α de 5% $i =$ précision souhaitée ; $p = 73\%$ prévalence des soins essentiels aux nouveau-nés selon l'institut national de la statistique du Mali (INSTAT) en 2018 ; $q = 1 - p = 0,27$

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

$$N = 1,96^2 (0,73 \times 0,27) / 0,05^2 = 303.$$

$$N = 303 + 10\% = 333$$

2.3.2 Les critères d'inclusion :

Étaient inclus dans cette étude :

- Les nouveau-nés vivants à la naissance, dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 32 SA, issus d'un accouchement par voie basse ou césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, dont l'état de santé ne nécessitait pas de réanimation ni de transfert en néonatalogie.
- Les personnels de santé impliqués dans la réalisation des SENN quel que soit leurs qualificatifs et consentants.

2.3.3 Les critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les nouveau-nés dont l'état de santé nécessitait une prise en charge spécialisée.
- Les personnels impliqués dans la prise en charge des nouveau-nés et qui ont refusés de répondre aux questionnaires.

2.4 Variables étudiées :

Renseignement sur le nouveau-né :

Variable qualitatif (Le sexe, l'âge gestationnel du nouveau-né, soins prodigués dans les 6 premières heures aux nouveau-nés).

Variable quantitatif (le poids, la taille, le périmètre crânien).

Renseignement sur les personnels impliqués dans la prise en charge du nouveau-né :

Variable qualitatif (leur grade, leur tenue, leur pratique concernant les SENN).

Renseignements sur le local de l'accouchement :

Variable qualitatif (propreté, luminosité, sans courant d'air, la préparation de la table de réanimation).

2.5 Déroulement de l'enquête :

L'enquête a été réalisée dans la salle d'accouchement et elle était conduite comme suite :

L'enquêteur se trouve dans la salle de naissance et recrute les nouveau-nés répondant aux critères d'inclusion. Il note sur la fiche d'enquête, ce qu'il observe par rapport à la salle d'accouchement, aux soins prodigués aux nouveau-nés, à l'attitude du personnel de santé.

2.6 Analyse et traitement des données :

- ❖ La saisie des données a été fait sur Excel 2013

❖ L'analyse des données a été effectués sur le logiciel SPSS 25.0.

2.7 Considérations éthiques :

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique surtout en matière de santé. Nous avons adressé une lettre d'information au chef du service d'accueil, puis nous avons fait une présentation sur notre protocole de recherche au service d'accueil pour obtenir son autorisation. L'anonymat et la confidentialité des données ont été préservés.

2.8 **Définition opérationnelle** : cette interprétation s'est faite sur la base du document sur la politique, les normes et procédures (PNP) soins essentiels du nouveau-né au Mali[25] ;

Préparation de la table de réanimation :

- **Préparée** : si la table est préchauffée sur laquelle il y a un linge propre, un ambu et un masque de ventilation, l'aspirateur vérifié avec sonde adaptée, scope en marche, source d'oxygène présente avec lunette à oxygène adaptée avant l'accouchement.
- **Préparation insuffisante** : si absence d'au moins un de ces éléments ci-dessus avant l'accouchement.
- **Non préparée** : si absence de tous ces éléments avant l'accouchement.

Renseignements sur la pratique des soins

- **Séchage immédiat** : lorsqu'il est fait dans les cinq premières minutes suivant la naissance.
- **Besoin de réanimation du nouveau-né** : Le nouveau-né n'a pas besoin de réanimation s'il crie immédiatement après la naissance et s'il est tonique et bien coloré.
- **Le contact peau à peau** : il est considéré comme fait, si le nouveau-né est mis en contact peau contre peau avec sa mère que ça soit immédiatement ou dans les six premières heures après la naissance.
- **Clampage tardif** : le clampage est considéré tardif lorsqu'il est fait au moins une minute après la naissance.
- **Mise au sein précoce** : lorsque le nouveau-né est mis au sein dans la première heure suivant sa naissance.
- **Soins oculaires** : est fait si le nouveau-né a reçu un antimicrobien oculaire dans l'heure qui suit la naissance.
- **Identification du nouveau-né** : le nouveau-né est identifié s'il a une étiquette sur laquelle figure au moins le nom de sa mère.

- **Soins essentiels correctement administrés** : Si le nouveau-né bénéficie de : le séchage immédiat, clampage tardif, contact peau à peau, la mise au sein précoce, soins oculaire, vitamine K1 ensemble.
- **Soins essentiels incomplètement administrés** : Si le nouveau-né n'a pas bénéficié au moins un de ces soins ci-dessus.
- **Eclairage** : Bien, quand la luminosité de la salle est satisfaisante.
- **Non implication du personnel** : Quand le personnel n'a pas la volonté d'appliquer un des éléments des soins essentiels du nouveau-né.
- **Manque de matériel** : Quand un des matériaux nécessaires à la pratique des soins essentiels du nouveau-né n'est pas à disposition.
- **Sans courant d'air** : les fenêtres et la salle bien fermées, sans ventilateur.

3 RÉSULTATS :

Durant la période d'étude il y a eu 2550 admissions dans le service dont 1621 accouchements [par voie basse 1238 cas (soit 48,5%) et par césarienne 383 cas (soit 15%)]. Soit une fréquence des accouchements à 63,6%.

3.1 Profil du personnel :

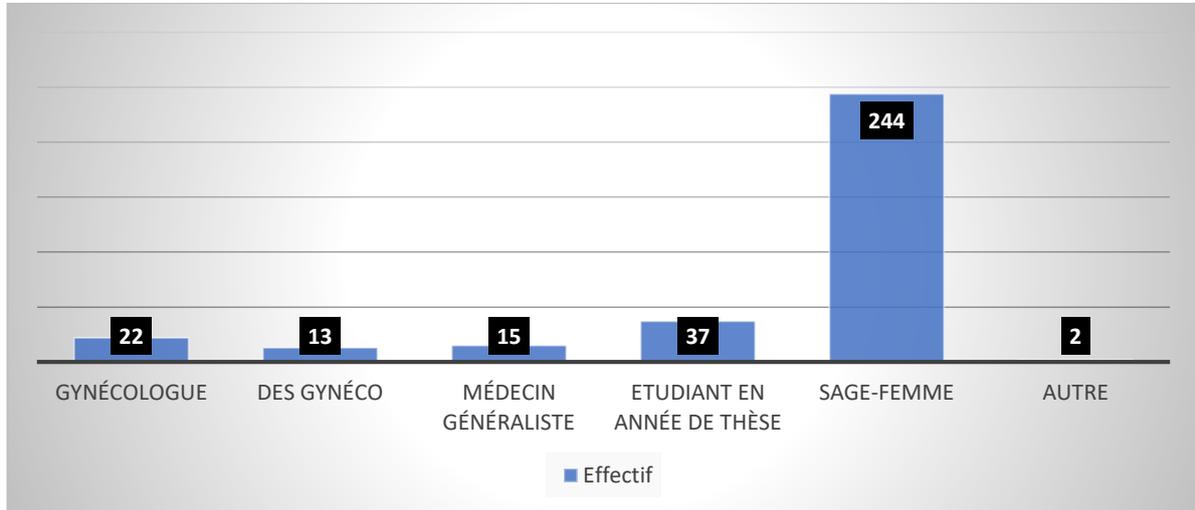


Figure 9: Répartition selon le profil du personnel ayant fait l'accouchement.

Dans la grande majorité des cas l'accouchement a été pratiqué par des sages femmes (73,3%) suivi des étudiants en année de thèse (11%).

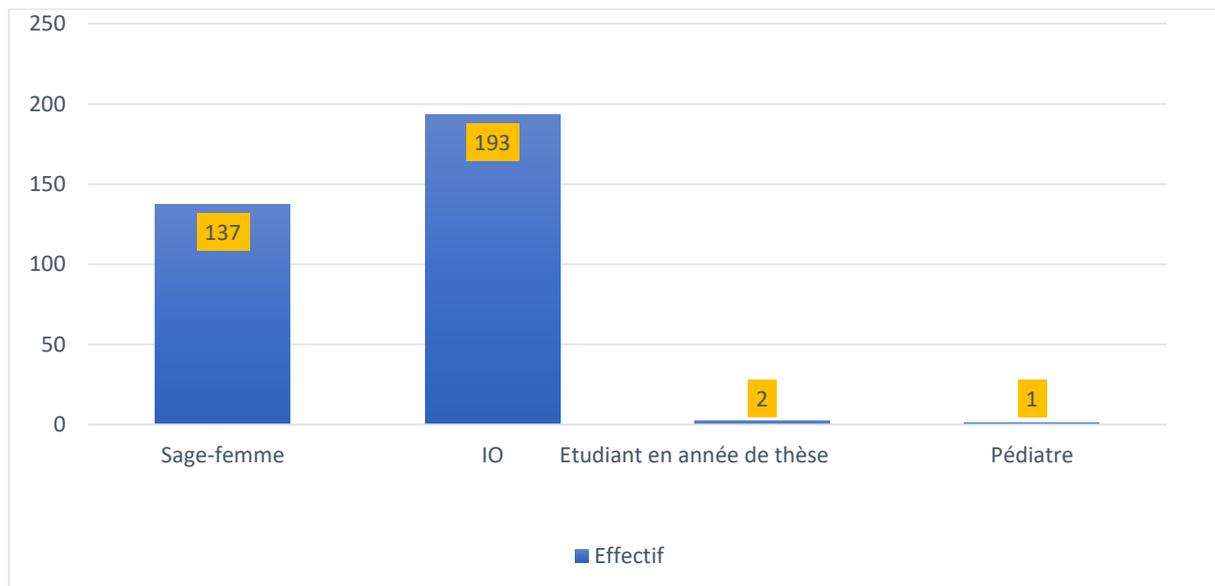


Figure 10 : Répartition selon le profil du personnel ayant prodigué les soins essentiels.

Les soins étaient prodigués aux nouveau-nés par les infirmières obstétriciennes (IO) dans 58% et des sage-femmes dans 41%.

3.2 Caractéristique clinique des nouveau-nés à la naissance :

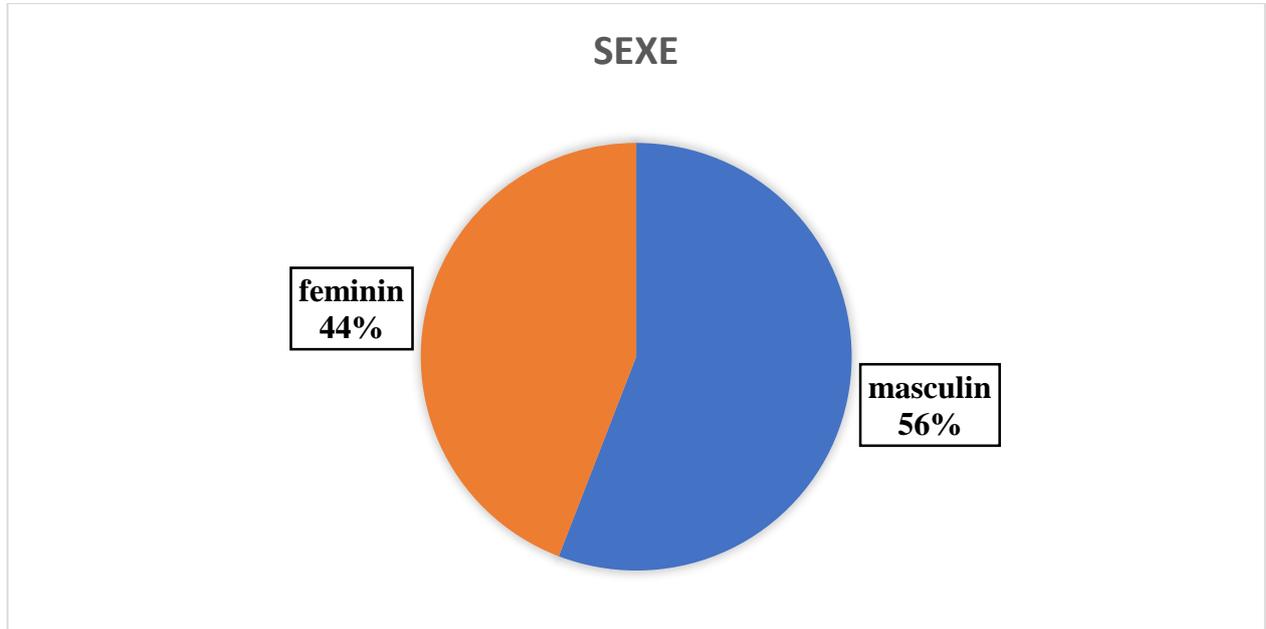


Figure 11 : répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.

Le sexe masculin était prédominant à 56% ; avec un sex ratio de 1,3.

Tableau I: Répartition des nouveau- nés en fonction de l'âge gestationnel.

Terme (SA)	Effectif	Pourcentage
< 37	11	3,3
37-41+6j	308	92,5
> 42	14	4,2
Total	333	100,0

Dans notre échantillon, les prématurés représentaient 3,3% et les post terme 4,2% ; l'âge gestationnel moyen était de $37,6 \pm 2,3$ SA avec des extrêmes de [32 et 42+4 SA]

Tableau II : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance.

Poids (g)	Effectif	Pourcentage
< 2500	11	3,3
2500– 4000	308	92,5
>4000	14	4,2
Total	333	100,0

Les nouveau-nés avaient un poids normal entre dans 92,5 % des cas. Le poids moyen était de $2590,5 \pm 671,8$ g avec des extrêmes de [1200 et 4585g].

Tableau III : Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille.

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage
< 46	5	1,5
46 - 54	326	97,9
> 54	2	0,6
Total	333	100,0

Les nouveau-nés avaient une taille normale entre 46 à 54 cm dans 97,9% des cas.

La taille moyenne était de $46,3 \text{ cm} \pm 3,6$ avec des extrêmes de [35 et 55cm].

Tableau IV: Répartition des nouveau-nés en fonction du périmètre crânien

PC (cm)	Effectif	Pourcentage
<32	26	7,8
32-36	303	91,0
>36	4	1,2
Total	333	100,0

Les nouveau-nés avaient un périmètre crânien entre 32 et 36 cm dans 91% des cas.

3.3 Condition de l'accouchement.

Tableau V : Répartition des nouveau-nés en fonction du respect des normes de la salle d'accouchement avant la naissance.

Conditions de la salle	Effectif	Pourcentage
Propreté		
Oui	273	82,0
Non	60	18,0
Présence du courant d'air		
Oui	277	83,2
Non	56	16,8
Eclairage		
Oui	327	98,2
Non	6	1,8

Avant l'accouchement, nous notons la présence de courant d'air dans 83,2 % des cas et la salle était sale dans 18%.

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés en fonction de la méthode de protection utilisé par l'accoucheur.

Attitude de l'accoucheur	Effectif	Pourcentage
Port de tablier	299	89,7
Blouse propre	323	97,0
Port de bavette	307	98,2
Port de protège œil	0	0,0
Port du gant stérile	45	13,5

Le personnel impliqué dans l'accouchement portait des gants stériles que dans 13,5% des cas.

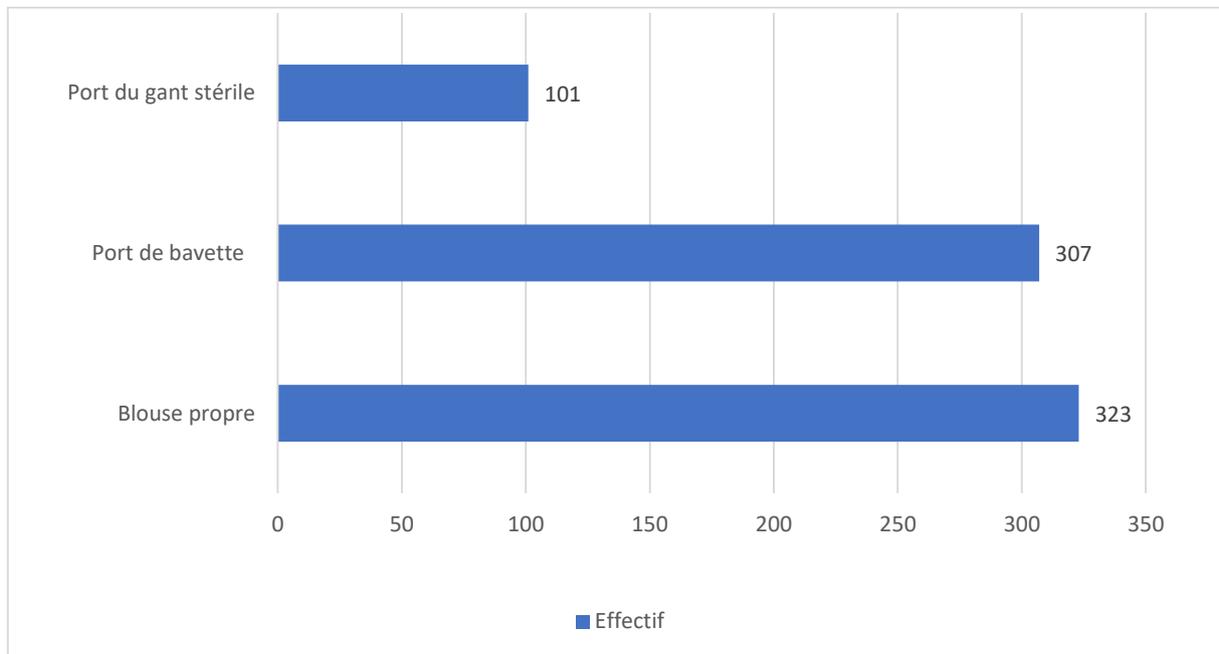


Figure 12: Répartition des nouveau-nés en fonction de l'attitude du personnel ayant prodigué les soins.

Le personnel ayant prodigué les soins aux nouveau-nés portait des gants stériles dans le tiers des cas soit 30,3%.

3.4 La pratique des soins essentiels aux nouveau-nés.

Tableau VII: Répartition des nouveau-nés en fonction de la pratique des SENN.

Soins immédiats	Effectifs	Pourcentage (%)
Séchage immédiat		
Oui	322	96,7
Non	11	3,3
Peau à peau fait		
Oui	323	97,0
Non	10	3,0
Clampage retardé		
Oui	107	32,1
Non	226	67,9
Mise au sein précoce		
Oui	51	15,3
Non	282	84,7
Soins oculaires		
Oui	316	94,9
Non	17	5,1
Soins ombilicaux		
Oui	321	96,4
Non	12	3,6
Vitamine K1 reçu		
Oui	327	98,2
Non	6	1,8

Pour la pratique des SENN, le clampage retardé n'a été effectué que chez 32,1% des nouveau-nés et la mise au sein précoce n'a été pratiquée que chez 15,3% des nouveau-nés.

NB : La majorité de nos contacts peau à peau a été effectuée juste le temps pour la section du cordon ombilical.

Tableau VIII : Réalisation du clampage tardif en fonction du personnel ayant fait l'accouchement.

Clampage Tardif	Gynécologue	DES gyné Cologique	Thésards	Sagefemme	Médecin généraliste
< 1minute	16(7,1%)	9(4,0%)	24(10,6%)	167(74, 0%)	10(4,3%)
1-3minutes	0(0%)	0(0%)	32(30%)	64(60%)	11(10%)
Total	16	9	56	231	21

Test de Ki 2 $p= 0,312$

Dans notre série, 10 cas du clampage ont été effectués avant une minute dont 6 ont été effectués par la sagefemme soit 60%. Il n'existait pas une relation statistiquement significative entre le clampage tardif et la fonction du personnel ($p=0,312$).

Tableau IX : Répartition des nouveau-nés en fonction des soins prodigués dans le post partum immédiat (les six premières heures de vie).

Soins dans le post partum	Effectif	Pourcentage
Examen complet du nouveau-né		
Oui	266	79,9
Non	67	20,1
Remplissage du Carnet		
Oui	322	96,7
Non	11	3,3
Vérification de la technique d'allaitement		
Oui	10	3,1
Non	323	96,9
Réalisation de la Surveillance du nouveau-né		
Oui	7	2,1
Non	326	97,9
Conseils donnés à la mère sur les SENN à domicile		
Oui	101	30,3
Non	232	69,7
RVD pour examen du J8		
Oui	92	27,6
Non	241	72,4

Durant les 6 premières heures de vie, 67 nouveau-nés n'ont pas été correctement examinés soit (20,1%) ; la vérification de la technique d'allaitement a été pratiquée chez 3,1% des nouveau-nés et une surveillance régulière a été faite chez 2,1% des nouveau-nés.

Tableau X : Répartition des nouveau-nés en fonction des problèmes survenus dans les six premières heures.

Problèmes	Effectif	Pourcentage
Détresse respiratoire	6	1,8
Saignement du cordon	2	0,6
Hypothermie	0	0.0
Aucun	325	97,6
Total	333	100.0

En post partum immédiat, 6 nouveau-nés sur 333 ont présentés une détresse respiratoire soit 1,8%.

Tableau XI: Répartition des nouveau-nés en fonction de la qualité des SENN immédiats.

SENN immédiats	Effectif	Pourcentage
SENN correctement administré	29	8,7
SENN incomplètement administré	304	91,3
Total	333	100,0

Les SENN immédiats avaient été correctement administrés que chez 29 nouveau-nés soit moins de 1 nouveau-né sur 10 (8,7%).

NB : Les insuffisances étaient : le clampage non tardif, la mise au sein non précoce, le contact peau à peau et l'envoi des nouveau-nés en pédiatrie dans la majorité des cas.

3.5 Les difficultés rencontrées dans la pratique des SENN

Tableau XII: Répartition des nouveau-nés en fonction des difficultés liées à la pratique des SENN.

Difficultés de la pratique des SENN	Effectif	Pourcentage
Non implication du personnel	196	58,9
Manque de place	01	0,3
Mauvais état de santé de la mère	13	3,9
Nombre élevé d'accouchement	01	0,3
Manque de matériel	93	27,9
Il n'y avait pas de difficulté	29	8,7
Total	333	100,0

Les principales difficultés étaient la non implication du personnel soignant (58,9%) le manque de matériels (27,9).

4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Notre étude nous a permis de faire la lumière ; sur la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés au service de gynéco-obstétrique du CSREF CII néanmoins nous avons fait face à certaines limites et contraintes tel que :

- la non implication du personnel soignant dans la réalisation des soins essentiels aux nouveau-nés.
- le manque de matériels et de plateau technique nécessaire à la réalisation des soins essentiels aux nouveau-nés.

4.1 Aspect socio-démographique :

Parmi les 2550 admissions durant notre période d'étude il y a eu 1621 accouchements ce qui fait une prévalence de 63,6% pour l'accouchement dans le service.

Dans notre étude nous avons retrouvé un sexe ratio de 1,3. Cette prédominance du sexe masculin a été retrouvée dans la littérature par Mersha en Ethiopie [26] et Diakité F au Mali [16] respectivement 1,1 et 1,2. Les nouveau-nés avaient un poids entre 2500 et 4000g dans 92,5% des cas.

4.2 Pratique des soins essentiels :

Le séchage immédiat est un maillon essentiel pour prévenir l'hypothermie ; il est la deuxième mesure de l'OMS pour la chaîne du chaud. La régulation thermique du nouveau-né est beaucoup moins efficace que celle de l'adulte et les pertes de chaleur se produisent plus rapidement pouvant entraîner l'hypothermie qui est nocive pour le nouveau-né. Elle accroît le taux de morbidité et de mortalité néonatale[27].

Dans notre étude, il a été réalisé chez 96,7% des nouveau-nés. Ce taux est similaire à celui de silvestre et al, Dembélé et al, Boiro et al qui avaient retrouvé respectivement 81% ; 90,7% et 71%[1-2-3]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le séchage immédiat est recommandé par l'OMS pour éviter le refroidissement et maintenir la température des nouveau-nés[3].

-Le contact peau à peau : Le nouveau-né, placé en peau à peau, ventre contre le corps de sa mère au moment de la naissance déclenche un comportement inné, génétiquement programmé favorable à sa survie à court, moyen et long terme. Dans les pays à ressources élevées, le peau à peau favorise chez le bébé une meilleure stabilité thermique et glycémique, et chez la mère et son enfant l'établissement de comportements adaptés et l'allaitement maternel[4].

Parmi les 333 nouveau-nés 323 ont été mis à peau contre peau soit 97%.

Dans la majorité des cas le contact peau à peau n'a duré que le temps de couper le cordon ombilical ce qui fait que les bébés et leurs mères ne puissent bénéficier de tous les bienfaits du contact peau à peau. Ce résultat est proche de celui de Waiswa en Ouganda [31] qui a retrouvé 80,7% et qui est largement supérieur à celui de Maiga [32] qui a trouvé 7,4% et celui de Bieber et al en France qui a constaté 53,8% [33]. Ceux-là ont comptabilisés juste les nouveau-nés qui ont passé le temps nécessaire sur la poitrine de leurs mères.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les recommandations internationales concernant les soins essentiels au nouveau-né ne sont pas conformément respectées.

- **Le clampage tardif** : Un clampage retardé permet une transition plus physiologique entre la vie intra et extra-utérine. Lorsque le cordon est intact, la circulation placentaire permet encore une oxygénation du nouveau-né pendant que la ventilation spontanée se met en place. Il en résulte des saturations en oxygène plus élevées durant les premières minutes de vie chez les nouveau-nés à terme ayant bénéficié d'un clampage retardé. Le clampage retardé du cordon ombilical chez les enfants à terme provoque une augmentation du volume sanguin transféré du placenta vers l'enfant. Ce dernier bénéficiera alors d'un meilleur statut en fer avec une diminution du risque de carence jusqu'à l'âge de six mois.[34] Dans notre étude la fréquence du clampage tardif était 32,1%. Des études réalisées par Bourry et par Dicky ont retrouvé respectivement 82% et 64,22% [35,36]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que pendant notre étude le nouveau-né est rapidement séparé de la mère pour recevoir d'autres soins tel que le séchage immédiat et par le lieu d'étude.

- **La mise au sein précoce** : L'organisation mondiale de la santé recommande un « démarrage précoce » de l'allaitement c'est-à-dire une première tétée effectuée dans la première heure suivant la naissance afin de faciliter son initiation, d'établir un lien mère-enfant et de prévenir les risques d'hypoglycémie et d'hypothermie néonatale[37]

Au cours de notre étude, elle a été effectuée chez seulement 15,3% des nouveau-nés, notre taux est inférieur de ceux retrouvés en Tanzanie par Penfal et al[38] et au Ghana par Saaka et al[39], qui ont retrouvés respectivement 83% et 73,7% et superposable à celui à Dakar par Boiro et al 20%[28]. Ceci peut s'expliquer par le fait que les nouveau-nés sont séparés de leurs mères pour recevoir d'autres soins à savoir le séchage, prise des mesures ; et sont envoyés en pédiatrie pour consultation systématique.

- **Les soins du cordon** : Au cours de notre étude, 96,4% des nouveau-nés ont bénéficié de soins ombilicaux. Cette fréquence est similaire à celle retrouvée dans une étude en Ouganda par Mangwi et 76,3%[40]. En général, les prestataires de santé recommandaient aux mères des nouveau-nés de ne rien appliquer sur l'ombilic ; ce qui est conforme à la

recommandation de l'organisation mondiale de la santé et la « politique normes et procédures » (PNP/SR) du Mali.

- **Soins oculaires** : 94,9% des nouveau-nés ont reçu les soins oculaires, ce taux est supérieur au 30% retrouvé en 2015 par Diaw et al[15] et superposable au 94,4% de Diakité en 2021[16]. Ces chiffres peuvent être expliqués par l'augmentation des connaissances sur l'importance de cette pratique dans notre pays et mise en évidence par une étude en 2021 réalisée par Coulibaly et al qui a démontré que 100% des personnels maîtrisaient cette pratique[41].

La surveillance des nouveau-nés durant les 6 premières heures de vie est capitale pour détecter les problèmes ou difficultés d'adaptation des nouveau-nés à la vie extra-utérine. Ainsi 8 nouveau-nés sur 333 avaient présenté des problèmes ; la détresse respiratoire était le principal chez 6 nouveau-nés soit 1,8%.

4.3 Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés

- Détermination de la pratique des soins essentiels au nouveau-né :

Notre étude montre que moins d'un nouveau-né sur dix avait bénéficié des soins essentiels complets à leur naissance soit 8,9% des nouveau-nés. Ce résultat est largement inférieur à ceux de Abebe M et al en Ethiopie 28% des nouveau-nés[42] et de Mangwi A et al en Ouganda 23,7% l'ont reçus[40].

- Les difficultés liées à la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés et les problèmes survenus dans les six premières heures

Les difficultés retrouvées par notre étude ont été : la non implication du personnel soignant (58,9%), suivie du manque de matériel (27,9%), du mauvais état de santé de la mère (3,9%) et ces mêmes problèmes ont été constatés dans l'étude de Diakité F et al à la maternité du CHU Gabriel Touré de Bamako qui a trouvée pour la non implication du personnel : non implication du personnel (30,8%) ; manque de place (18,2%) et mauvais état de la mère (10,9%) [16].

Ces difficultés sont différentes de celles de Davrieux. L qui objectivait la charge du travail et l'organisation du service [43].

Cette différence pourrait s'expliquer par le lieu d'étude.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

- CONCLUSION :

Sans doute la pratique des soins essentiels au nouveau-né (SENN) est fondamentale pour améliorer la survie du nouveau-né dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement comme le nôtre. Cette étude montre l'une des raisons de la lenteur de la réduction de la mortalité néonatale dans notre contexte. Cette insuffisance dans la pratique des soins essentiels du nouveau-né (moins d'un nouveau-né sur dix) doit être rapidement améliorées pour diminuer le taux élevé de mortalité néonatale dans le monde et singulièrement au Mali.

- **RECOMMANDATION**

Aux autorités sanitaires et politiques

- Renforcer les compétences du personnel médical sur les soins essentiels aux nouveau-nés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Doter tous les centres de santé en matériels nécessaire pour la prise en charge du couple mère-enfant.
- Elaborer un plan de suivi régulier dans les maternités concernant la mise en œuvre des soins essentiels aux nouveau-nés.

Aux médecins chef du centre de santé de référence de la commune II :

- Assurer le rempliage correct de la fiche de surveillance du post partum immédiat ;
- Responsabiliser le personnel soignant dans la surveillance du nouveau-né en post partum immédiat ;

Aux personnels de santé impliqués dans la prise en charge des nouveau-nés :

- Intégrer les soins essentiels aux nouveau-nés dans leur pratique quotidienne pour le mieux-être du couple mère enfant ;
- Mettre en jour régulièrement leurs connaissances sur les soins essentiels aux nouveau-nés ;

REFERENCES

1. UNICEF. Maternal and newborn health. 2016. Consulté 12/10/20. <https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health>. UNICEF.
2. Narayanan I, Rose M, Cordero D, Faillace S. Les composantes des soins essentiels aux nouveau-nés. :7.
3. OMS | 7000 nouveau-nés meurent chaque jour malgré une baisse constante de la mortalité des moins de 5 ans [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/daily-newborn-deaths/fr/>
4. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017, New York: UNICEF; 2017.
5. Lansky S, Friche AA, de L, et al. Birth in Brazil survey : neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad Saúde Pública* 2014;30:192–207.
6. Tura G., Mesganaw F. and Alemayehu W. Determinants and Causes of Neonatal Mortality in Jimma Zone, Southwest Ethiopia: A Multilevel Analysis of Prospective Follow Up Study. *PLOS ONE* 2014. 9 (9).
7. Bhutta Z. and Black R. Global Maternal, Newborn, and Child Health-So Near and Yet So Far. *The New England journal of Medicine*, 2013.
8. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet* 2014;384:189–205.
9. Warren C, Daly P, Toure L and Mongi P. Opportunities for Africa’s Newborns : Postnatal care. 2015.
10. EDSM VI : Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF. 2019.
11. Malhotra S., Zodpey SP, Vidyasagaran AL, Sharma K., Raj SS, Neogi SB, et al. Assessment of essential newborn care services in secondary-level facilities from two districts of India. *Journal of health, population, and nutrition*, 2014.
12. WHO, UNICEF. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva : World Health Organization; 2014.
13. World Health Organization, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization, 2018.
14. Rapport de synthèse de la Supervision formative de l’AMAPED sur la santé néonatale, nutrition et PCIME dans les régions de Ségou et Sikasso-Mali. AMAPED/UNICEF/DRGS. 2018-2019.
15. Diaw SA. Pratique des soins essentiels au nouveau-né dans les centres de santé de la commune I du district de Bamako. 2015;

16. Diakité F. Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré. [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4985>
17. Kamissoko M. Etat des lieux de l'approche des soins essentiels au nouveau-né et son impact sur la morbidité et la mortalité néonatale dans le district sanitaire de Baroueli. 2010;
18. Yumpu.com. Manuel technique de base pour les soins essentiels aux ... - basics [Internet]. yumpu.com. [cité 17 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/24146101/manuel-technique-de-base-pour-les-soins-essentiels-aux-basics>
19. Yumpu.com. Manuel de Référence: Soins Essentiels du Nouveau-né (Mali) - basics [Internet].yumpu.com.[cité17juin2023].Disponiblesur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/35414936/manuel-de-reference-soins-essentiels-du-nouveau-ne-mali-basics>
20. Malnutrition[Internet].cité17 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
21. Organisation mondiale de la santé, Unicef. Chaque nouveau-né résumé d'orientation. [Consulté le 17 .02 .2021]. Disponible : enap_exesummap.fr.
22. Save the children. Soins aux nouveau-nés manuel de référence [en ligne], KINETIK Washington DC, 2004, Disponible : [file:///E:/Soins aux nouveau-nés manuel de référence. Pdf](file:///E:/Soins%20aux%20nouveau-nés%20manuel%20de%20réf%C3%A9rence.pdf).
23. OMS. Clampage du cordon pour la prévention de l'anémie ferriprive chez les nourrissons. OMS 2014: WHO/RHR/14.19.
24. Fondation Leila Fodil. Manuel des soins essentiels des mères et des nouveaunés. Planification familiale (France), Angoulême; mars 2015 ; 87-124 p.
25. Politique, Normes et procédures soins essentiels du nouveau né MALI [Internet]. Bing. [cité4nov2023].Disponiblesur:https://www.bing.com/search?q=PNP+soins+essentiels+du+nouveau+né+MALI&cvid=c09d2a339d4c400283fe9e6990287903&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIECAEQADIECAIQANIBCTM1NzE5ajBqOKgCALACAA&FORM=ANNTA0&DAF0=1&PC=U531&ntref=1
26. Mersha A, Assefa N, Teji K, Shibiru S, Darghawth R, Bante A. Essential newborn care practice and its predictors among mother who delivered within the past six months in Chench District, Southern Ethiopia, 2017. PLOS ONE. 11 déc 2018;13(12):e0208984.
27. OMS. Protection thermique du nouveau-né : Guide pratique. N 29301047; 1997 ; 64 p.
28. Boiro D, Gueye M., Fattah M., Kane A., Ndongo A.A., Thiongane A. Evaluation des connaissances sur les soins essentiels du nouveau-né (SENN) et la prévention des infections chez le personnel de sante en maternité à Dakar. Rev.CAMES SANTE. 2016 ;, 4 : 63-67.

29. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin, contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane, Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
30. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin, contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane, Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
31. Waiswa P, Pariyo G, Kallander K, Akuze J, Namazzi G, Ekirapa-Kiracho E, et al. Effect of the Uganda Newborn Study on care-seeking and care practices: a cluster-randomised controlled trial. *Glob Health Action*. 31 mars 2015;8:10.3402/gha.v8.24584.
32. Maiga SAT. Connaissances et pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako [PhD Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020.
33. Bierber E. Pratique et impact du peau à peau chez les femmes césarisées. Mémoire Sage-femme. Université de Lorraine ;2014, 71p.
34. François M. Clampage retardé du cordon ombilical et milking : état des lieux des pratiques, déclarées par les sages-femmes travaillant en salle de naissance à la maternité du CHRU de Nancy, entre mars et mai 2020. *Médecine humaine et pathologie*. 2021. fihal-03870516.
35. Bourry H, Derridj N, A.S. Pages. Clampage tardif du cordon ombilical : évaluation des pratiques, après mise en place d'un protocole de service. 29ème Séminaire de Pédiatrie Normand, 2017, Caen,, France. fihal-03597459f.
36. Dicky et al. Clampage tardif du cordon ombilical chez les prématurés nés avant 37 semaines d'aménorrhée. *Elsevier Masson SAS*, 2016 ; 24 :118-125.
37. Begom S. Pratique du peau à peau et de la mise au sein précoce entre césarienne et voie basse. Mémoire sage-femme. Université de Clermont-Auvergne.2017.4.
38. Penfold S, Willey BA, Schellenberg J. Newborn care behaviours and neonatal survival: evidence from sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health*. 2013;18(11):1294-316.
39. Saaka M, Ali F, Vuu F. Prevalence and determinants of essential newborn care practices in the Lawra District of Ghana. *BMC Pediatrics*. 24 mai 2018;18(1):173.
40. Mangwi Ayiasi R, Kasasa S, Criel B, Garimoi Orach C, Kolsteren P. Is antenatal care preparing mothers to care for their newborns? A community-based cross-sectional study among lactating women in Masindi, Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 25 mars 2014;14(1):114.
41. Coulibaly D. Contribution à l'amélioration des pratiques de soins essentiels aux nouveau-nés dans le centre de communautaire et universitaire (CSCom U) de Konobougou durant la période du 1er décembre au 31 décembre 2020. 2020 [cité 18 oct 2022]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4533>

42. Abebe M, Kejela G, Chego M, Desalegn M. Essential newborn care practices and associated factors among home delivered mothers in Guto Gida District, East Wollega zone. PLOS Glob Public Health. 20 janv 2023;3(1):e0001469.
43. Davrieux L. Le peau à peau : pratiques et connaissances des professionnels de santé en salle de naissance. 12 avr 2012;109.

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

Date : / /

I. Identité du patient (nouveau-né) :

Nom :prénom:.....

Date de naissance :..... AG :.....SA

Sexe : / /1=M ; 2 = F, P:.....g, T:..... cm PC :.....cm

II. Renseignements sur la Pratique des SENN

1) Personnel ayant fait l'accouchement a)

Qualificatif du personnel : / /

1=Gynécologue ; 2= DES gynéco ; 3=Médecin généraliste ; 4=Etudiant en année de thèse ; 5= Sage-femme ; 6=IO ; 7= matrone 8=Autres à préciser:.....

b) Tenue correcte du personnel :

- La personne porte-t-elle une blouse propre (sans taches de sang) / / 1=oui ; 2=non
- La personne porte-t-elle d'un tablier ? / / 1= oui ; 2 = non
- La personne porte-elle d'un bonnet ? / / 1= oui ; 2=non
- La personne porte-t-elle d'une bavette / / 1=oui ; 2=non
- La personne porte-t-elle d'un protège œil ? / / 1=oui ; 2=non
- La personne porte-t-elle de gants stériles ? / / 1=oui ; 2=non

2) Respect de la norme de la salle

d'accouchement a) Salle d'accouchement

propre / / 1=oui 2=non

b) Salle d'accouchement lumineuse / / 1=Insuffisante ; 2= moyenne ; 3=bien éclairée

c) Absence du courant d'air / / 1=oui ; 2=non

d) Table de réanimation préparée avant la naissance : / / 1=préparée 2=insuffisante ; 3=non préparés

- Table chauffante préchauffée / / 1=oui ; 2=non
 - Embu et masque vérifié // 1=oui ; 2=non
 - Aspirateur vérifié avec sonde d'aspiration adaptée / / 1=oui ; 2=non
 - Scope vérifié / / 1=oui ; 2=non
 - Source d'oxygène et lunettes à oxygène / / 1=oui ; 2=non
- e) La vitamine K1 est-elle disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2=non
- f) Un antimicrobien oculaire est-il disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2= non
- g) Le BCG est-il disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2=non
- h) Polio0 est-il disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2=non

3) La naissance

a) Personnel ayant prodigué les SENN ?

➤ Qualificatif du personnel : / /

1=Gynécologue ; 2= pédiatre ; 3= DES en gynéco ; 4=DES en pédiatrie 5=étudiant en année de thèse ; 6=Sage-femme ; 7=IO ; 8= matrone ; 9=Autres à préciser
:.....

➤ Tenue correcte du personnel ayant prodigué les soins :

- La personne porte-t-elle d'une blouse propre / / 1=oui ; 2=non
- La personne porte-elle d'une bavette ? / / 1=oui ; 2=non
- La personne porte-t-elle de gants stériles ? / / 1=oui ; 2=non

b) Les soins immédiats :

-Le nouveau-né est-il séché immédiatement (cinq premières seconds) / 1=oui, 2=non

Et le pagne mouillé est-il changé après ? / / 1=oui ; 2=non

- Evaluer les besoins en réanimation : / / 1=oui, 2=non

✓ le Nné a-t-il crié / /.....1=oui ; 2=non

✓ le Nné est-il bien coloré/ /.....1=oui ; 2=non

✓ le Nné a-t-il un bon tonus / /.....1=oui ; 2=non

- Le Nné a-t-il besoin de réanimation ? / / 1=oui ; 2=non

- Maintenir le Nné au chaud en peau à peau avec sa maman pendant / /

1=0 à 30 min ; 2=31 à 60 min ; 3=61 à 90 min ; 4=non fait

- Clampage du cordon ombilical : / /

1= avant 1 min ; 2=1 à 2 min ; 3=2 à 3 min ; 4= après 3min

- Identifier le Nné en indiquant le sexe, le nom de la mère et du père:/ / 1=oui ; 2=non

- Initier l'allaitement maternel : / / 1=0 à 30min ; 2= 31 à 59 min
3= 1 à 2heures ; 4=2 à 3 heures ; 5= \geq 3heures
- Antibio prophylaxie oculaire faite : / / 1=oui ; 2=non
- Quel produit ? / / 1=Tétracycline 1% ; 2= Gentamicine collyre ; 3=
Rifamycine collyre ; 4=Autres à préciser.....
- A quel délai ? / / 1= \leq 1heure ; 2= $>$ 1heure
- Administrer la vitamine K1 / / 1=oui ; 2=non
- Y'a-t-il une indication de bain immédiat ? / / 1=oui ; 2=non
Si oui laquelle ? / / 1=mère séropositive 2= mère AgHBs positif
Si mère Ag HBs positif, le Nné a-t-il reçu le sérum et vaccin anti hépatite B
1=oui ; 2=non
- Peser le Nné et prendre ses mensurations / / 1= oui ; 2=non
- Vaccins administrés : / / 1=BCG 2= polio 0

c) Soins aux nouveau-nés pendant les 6 premières heures : - Qualificatif du personnel ayant fait la surveillance: / /

1=gynécologue 2=pédiatre 3=DES gynéco 4=DES pédiatre 5= sage-femme 6=étudiant en année de thèse 7=infirmière 8=matrone 9=autres à préciser

-Les éléments de surveillance dans les 6 premières heures :

- **La respiration :** / / 1=oui 2= non
 - ✓ Fréquence respiratoire inférieure à 30 cycles/min / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ Fréquence respiratoire supérieure à 60 cycles/min / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ FR comprise entre 30 et 60cycles/min / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ Geignement / / 1=oui 2=non
 - CAT en cas de problème :.....
- **La température :** / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ Inférieure à 36,5° / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ Supérieure à 37,5° / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ Comprise entre 36,5° et 37,5° / / 1=oui ; 2=non
 - CAT en cas de problème :.....
- **Saignement du cordon ombilical/ / 1=oui ; 2=non**
CAT en cas de saignement :.....
- **Vérifier la bonne pratique de l'allaitement par la mère / / 1=oui ; 2=non**
 - ✓ Le dos de la mère est-il soutenu/ / 1=oui ; 2=non

- ✓ Le tronc et la tête du bébé sont-ils dans le même axe / / 1=oui ; 2=non
- ✓ La bouche du Nné est bien ouverte ? / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Le mamelon et une partie de l'aréole sont-ils dans la bouche du bébé / / 1=oui ; 2=non
 - **Examen complet systématique / / 1=oui ; 2=non**
 - **Remplir le carnet de santé du bébé / / 1=oui ; 2=non**
 - **Les consignes à dicter à la mère / / 1=oui ; 2=non**

La protection contre les infections / / 1=oui ; 2=non

- ✓ Se laver les mains avec du savon avant de s'occuper au bébé / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Se laver les mains à la sortie des toilettes / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Se laver les mains avant de préparer les repas / / 1=oui ; 2=non

Les soins du cordon ombilical / / 1=oui ; 2=non

- ✓ Ne rien mettre sur le cordon à l'exception d'un antiseptique (alcool 70% ...)/ / 1=oui ; 2=non

L'allaitement maternel / / 1=oui ; 2=non

- ✓ L'allaitement maternel doit être exclusif jusqu'à 6mois / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Ne pas donner de l'eau, ni de jus de fruit, ni de décoction de plantes / / 1=oui ; 2=non

Les signes de dangers : / / 1=oui 2=non

Demander à la maman de revenir lorsque :

- ✓ Le bébé tète mal ou ne tète pas / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Le bébé respire difficilement / / 1=oui ; 2=non
- ✓ L'enfant convulse/ / 1=oui ; 2=non
- ✓ hyperthermie / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Vomissements persistants/ballonement abdominale/ / 1=oui ; 2=non
- ✓ Infection sévère de l'ombilic (gonflement, rougeur, écoulement, pustule, mauvaise odeur) / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Saignement du cordon, par la bouche, par les nez ou du rectum / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Ictère sévère/ /1=oui ; 2=non

- ✓ Membre ou articulation enflé / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Diarrhée sévère / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Pustule infection des yeux / / 1=oui ; 2=non

Vaccination: / / 1=oui ; 2=non

- ✓ Au 45^{ème} jour / / 1=oui ; 2=non
- ✓ A 2 mois et demi / / 1=oui ; 2=non
- ✓ A 3 mois et demi / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Au 9^{ème} mois / / 1=oui ; 2=non

Donner le rendez-vous pour l'examen du 8^{ème} jour / / 1= oui ;
2= non

d) Les difficultés par rapport à la mise en œuvre des SENN : / /

- 1 = nombre insuffisant de personnel ;
- 2 = Nombre élevé d'accouchement ;
- 3 = Manque de place ;
- 4 = Manque de matériels ;
- 5 = Non implication du personnel ;
- 6 = Autres à préciser.....

C) Les problèmes survenus dans les six heures après la naissance / /

- 1= Détresse respiratoire ;
- 2=Saignement du cordon ;
- 3=Hypothermie ;
- 4=Hyperthermie ;
- 5=Aucun problème.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEBE

Prénom : MAHAMADOU

Année universitaire : 2022-2023

Année de soutenance : 2023

Titre de thèse : Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du centre de santé de référence de la commune II de Bamako (CSREF C II).

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie et pédiatrie du CSREF CII.

Mots clés : Evaluation ; Soins essentiels ; Nouveau-né ; Pratique ; Bamako

Résumé :

Les soins fournis à la période néonatale par les soignants dans les structures de santé et par les parents dans la communauté sont essentiels pour la survie du nouveau-né. Notre travail avait pour but d'évaluer la pratique des soins essentiels des nouveau-nés à la maternité du CSREF C II de Bamako durant les six premières heures de vie.

MÉTHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée sur une période de six mois et quinze jours (allant du 01 Novembre 2022 au 16 Mai 2023). Nous avons évalué la pratique des soins immédiats administrés aux nouveau-nés de plus de 32 SA par le personnel de santé impliqué par rapport aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur les soins essentiels des nouveau-nés (SENN).

RÉSULTATS : Notre étude a concerné 333 nouveau-nés qui représentaient 20,54% des naissances. Le sexe ratio était de 1,3 en faveur du sexe masculin. Les nouveau-nés avaient un âge gestationnel de 37 à 41 SA dans 92,5% des cas. La majorité des accouchements a été faite par les Sage-femmes dans 73,3% des cas. Les soins ont été administrés par les infirmières obstétriciennes dans 58% des cas.

Sur 333 nouveau-nés, 322 ont bénéficié d'un séchage immédiat soit 96,7% des cas. Les nouveau-nés ont bénéficié du contact peau à peau dans 97% des cas. Moins de la moitié (32,1% des nouveau-nés) avaient bénéficié du clampage tardif du cordon. Les nouveau-nés ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance dans seulement 15,3% des cas. Les soins oculaires ont été administrés chez la grande majorité des nouveau-nés (94,9% des cas). La technique d'allaitement n'était vérifiée que dans 3,1% des cas. Seulement 2,1% (7 nouveau-nés) avaient été surveillés dans les six premières heures du post partum immédiat. En post partum immédiat. Les soins essentiels immédiats étaient correctement administrés dans seulement 8,7% des cas.

CONCLUSION

Notre étude a montré des insuffisances dans la pratique des soins essentiels des nouveau-nés au sein de notre maternité.

Ainsi de nombreux nouveau-nés peuvent être sauvés par le biais de la pratique des soins essentiels des nouveau-nés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis 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 à 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !