

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

**Profil épidémiologique-clinique des nouveau-nés admis dans
l'unité de soins mère-kangourou du Centre de Santé de
Référence de la Commune II du district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 29/12/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Porna SAMA

**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 Fatoumata SYLLA, Médecin

Directrice : Mme Fatoumata DICKO TRAORE, Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

A Dieu

Le Tout Puissant, Le Miséricordieux, toutes les louanges T'appartiennent.

Seigneur que Ta bénédiction soit sur le Prophète (PSL), sur ses compagnons et tous ceux qui le suivent sur le droit chemin.

Gloire à Toi pour tous Tes bienfaits, pour Ta présence et Ton assistance dans ma vie en tout lieu et en tout temps.

Le mérite de ce travail Te revient entièrement.

Mon seigneur, accorde-moi Ta compassion au service des malades et tous les jours de ma vie.

Je dédie ce travail :

A mon père : Yacouba SAMA

Papa, vous nous avez inculqué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité et du travail bien accompli. Vous êtes le phœnix de la sagesse, de la rigueur et de la sincérité. Vous êtes un modèle de courage, de persévérance et d'humilité. Trouvez ici cher père la récompense de vos immenses sacrifices. Puisse ce travail être le fruit de votre estime et de votre confiance.

Je vous souhaite une longue vie.

A ma mère : Biba DAO

Une mère si attentionnée, si patiente, je ne s'aurais vous remercié pour tous les sacrifices fournis pour que nous puissions avancer dans la vie.

Maman je prie le bon Dieu qu'il puisse nous permettre de vous avoir encore parmi nous aussi longtemps que possible.

A mon grand frère : Ousmane SAMA

Ce travail est le fruit de vos efforts, de vos prières et vos privations, recevez toute ma reconnaissance. Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous souhaite la réussite dans la vie. Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le vôtre tous mes sentiments de fraternité.

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Tous mes encadreurs de la pédiatrie de CS Réf Commune II : votre disponibilité, nous a été d'un grand apport.

A Dr Sissoko Kadiatou Ba :

Chef de service de pédiatrie du CS Réf Commune II.

Cher Maître, votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail. Nous vous réitérons ici notre profonde gratitude pour la qualité de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service. Merci cher Maître.

Au Dr KEITA Chaka,

Aucune phrase ne saurait exprimer le fond de mon cœur et toute la considération que j'ai pour vous. Je ne saurai assez-vous remercier pour votre soutien inestimable, votre appui et votre aide que vous nous aviez apporté pour la bonne réalisation de ce travail. Ce geste restera toujours gravé dans ma mémoire. Ce travail est le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma sincère et profonde reconnaissance. Que Dieu vous donne longue vie.

Au Dr SYLLA Fatoumata,

Cher maître, par le présent travail, je viens vous témoigner toute ma gratitude. Vous nous avez donné l'amour de la pédiatrie, grâce à vos multiples qualités qui nous ont séduites. Acceptez que ce travail soit aussi le vôtre. Merci pour tout et que Dieu vous donne longue vie.

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**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique**
- **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des pathologies infectieuses tropicales**
- **Chef de service de pédiatrie générale**
- **Responsable de l'Unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytoses au CHU-GT**

Cher Maître,

Nous avons été impressionnés par votre disponibilité, vos qualités scientifiques et humaines tout au long de notre cursus. Votre simplicité, votre abord facile font que vous êtes admiré de tous. Trouvez ici cher Maître le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et juge :

Dr Issa Souleymane GOITA

- **Spécialiste en Médecine de Famille et Médecine Communautaire**
- **Diplômé Universitaire de drépanocytose à la FMOS,**
- **Diplômé Universitaire en gestion et analyse des données de santé à l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en science et la santé et de l'éducation (IFRISSE) à Ouagadougou,**
- **Maître-Assistant à la FMOS-Bamako-Mali**

Cher Maître,

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre amour pour la profession, votre souci du travail bien fait, et votre bonne foi pour nous assurer une formation solide font de vous un maître respecté.

A notre Maître et co-directrice de thèse

Dr Fatoumata SYLLA

- Médecin pédiatre

**- Responsable de l'Unité de néonatalogie et de la sous unité de soins mère-kangourou
du CS Réf CII**

Cher Maître,

Votre simplicité, votre gentillesse et surtout votre esprit de collaboration nous ont beaucoup marqué. Les mots nous manquent pour qualifier tout ce que vous avez fait pour nous. Merci pour l'instruction reçue, merci pour les conseils que vous n'avez cessés de nous prodiguer. Pour nous vous êtes un chercheur de référence. QU'ALLAH le tout puissant vous donne une longue vie pleine de santé.

A notre maître et directrice de thèse :

Professeur Fatoumata DICKO TRAORE

- **Professeur titulaire de pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- **Chef de service de l'unité de néonatalogie du CHU Gabriel Touré**
- **Coordinatrice du diplôme d'études spécialisées en médecine communautaire**
- **Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED)**
- **Membre de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF)**
- **Membre du Collège Ouest Africain des Médecins**

Cher maître,

Vous nous faites un honneur en acceptant de diriger 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 ce travail, 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.

TABLE DES MATIERES

Table des matières

INTRODUCTION	2
OBJECTIFS	5
1 Généralité	7
1.1 Définition	7
1.2 Épidémiologie du prématuré et du petit poids de naissance	7
1.3 Facteurs de risque d'accouchement prématuré	8
1.3.1 Facteurs sociodémographiques	8
1.3.2 Antécédents gynéco-obstétricaux	8
1.4 Causes d'accouchements prématurés	8
1.5 Physiopathologie de la prématurité	9
1.5.1 L'absence de réserves énergétiques	9
1.5.2 L'immaturité des grandes fonctions	9
1.5.3 Les complications et risques du prématuré	9
1.5.4 Les complications immédiates	9
1.5.5 Les complications à court terme	11
1.5.6 Complications à long terme	13
1.6 Principes de prise en charge du prématuré	13
1.6.1 Les soins mères kangourou	13
1.6.2 Principes	14
1.6.3 Les applications	14
1.6.4 Les phases des soins mères kangourou	16
1.6.5 Les avantages des soins mère kangourou	18
1.6.6 Les contraintes des soins mères kangourou	19
2 METHODOLOGIE	21
2.1 Cadre de l'étude	21
2.2 Type d'étude	21
2.3 Période d'étude	21
2.4 Population d'étude	22
2.4.1 Critères d'inclusion	22
2.4.2 Critères de non-inclusion	22
2.5 Variables étudiées	22
2.6 Collecte des données	23
2.7 Saisie et analyse des données	23
2.8 Considérations ethniques	23

2.9	Définitions opérationnelles.....	24
3	RESULTATS.....	26
3.1	Aspect épidémiologique.....	26
3.2	Caractéristiques sociodémographiques des mères.....	27
3.3	Caractéristiques obstétricales des mères.....	29
3.4	Caractéristiques des nouveau-nés admis dans l'unité kangourou du CS Réf CII.....	30
3.5	Devenir immédiat des nouveau-nés.....	32
4	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	34
5	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	39
5.1	CONCLUSION.....	39
5.2	RECOMMANDATIONS.....	39
6	Références.....	41
7	Annexes.....	48
	Fiche d'enquête.....	48
	Fiche signalétique.....	50
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	51

LISTE DES ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

AG=Age gestationnel

CHU= Centre Hospitalier Universitaire

CII=Commune II

CPN=Consultation prénatale

CSCOM=Centre de Santé Communautaire

CS Réf= Centre de Santé de Référence

FC=Fréquence cardiaque

FR=Fréquence respiratoire

g= gramme

IVG=Interruption volontaire de la grossesse

Kg=Kilogramme

L=Litre

MMH=Maladie des membranes hyalines

mg=milligramme

mmol=millimole

NFS=Numération Formule Sanguine

OMS=Organisation Mondiale de la Santé

PC=Périmètre crânien

PN=Poids de naissance

PPN=Petit poids de naissance

SA=Semaine d'aménorrhée

SFA=Souffrance fœtale aigue

SMK=Soins mère-kangourou

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I: Causes d'accouchements prématurés	8
Tableau II: Répartition des mères selon les caractéristiques sociodémographiques.....	27
Tableau III: Répartition des mères en fonction de la durée du déplacement pour venir en consultation au CS Réf CII.....	28
Tableau IV: Répartition des mères selon les caractéristiques obstétricales	29
Tableau V: Répartition des nouveau-nés selon la voie d'accouchement	30
Tableau VI: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance	31
Tableau VII: Répartition des nouveau-nés selon l'âge gestationnel.....	31
Tableau VIII: Répartition des nouveau-nés en fonction des signes cliniques à l'admission	31
Tableau IX: Répartition des nouveau-nés en fonction du délai d'inclusion pour les soins mère-kangourou	32
Tableau X: Répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir	32

Liste des figures

Figure 1: Répartition des nouveau-nés selon le lieu de naissance	26
Figure 2: Répartition des mères selon la nutrition de la famille	28
Figure 3: Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe	30
Figure 4 :Quelques images des nouveau-nés prématurés.....	46

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le petit poids de naissance (PPN) est défini comme toute naissance d'enfant vivant ayant un poids inférieur à 2500g ; il est considéré comme un problème majeur de santé publique [1]

La prématurité se définit par une naissance avant 37SA d'âge gestationnel révolu (259 jours) compté à partir du premier jour de la date des dernières règles [2]. Selon un nouveau rapport publié par les agences des Nations Unies et leurs partenaires le 10 mai 2023, on estime que 13,4 millions de bébés sont nés avant terme en 2020. Sur 10 bébés nés ; 1 est prématuré et toutes les 40 secondes, 1 de ces bébés meurt [3].

Les prématurés constituent une population d'enfants très fragile du fait de l'immaturation de leurs fonctions vitales. Le pronostic est corrélé à la prise en charge médicale per et post natale, ainsi qu'à la qualité de l'accueil à la naissance [4].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que l'Asie et l'Afrique subsaharienne présentent les taux les plus élevés de naissances prématurées soit plus de 65% dans le monde [3].

En France le taux des prématurés est estimé à 6,9% des naissances vivantes en 2023[5]

Au Mali en 2022, selon le rapport du bilan d'activité du service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré la prévalence des prématurés et PPN était de 21,59%. [6].

Les complications des naissances prématurées sont la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, 3/4 des décès pourraient être évités grâce à des interventions courantes, à la fois efficaces, peu onéreuses et sans recourir aux soins intensifs [3]. Nombreux sont ceux qui peuvent survivre sans séquelles au prix d'une attention spécifique. Les pédiatres Colombiens ont montré, depuis plus de 40 ans, qu'il était possible de prendre en charge ces nouveau-nés en dehors des structures habituelles. Ils ont défini les moyens de répondre exactement aux besoins de ces bébés en faisant participer la maman et ont ainsi élaboré ***les soins mère-kangourou***. Elle consiste à porter le bébé de petit poids de naissance sur la poitrine de sa mère en contact peau à peau 24h/24 [7].

Cette méthode fut inventée par les docteurs Rey et Martinez à Bogota en Colombie, où elle a été mise au point comme alternative au manque de couveuses appropriées pour des PPN qui avaient surmonté les problèmes initiaux, qui avaient seulement besoin d'être nourris et de grandir. Elle s'est avérée efficace pour la protection thermique, l'allaitement maternel, l'établissement de liens affectifs et le développement psychomoteur.

Cette méthode a été introduite au Mali en 2007 plus précisément au CHU Gabriel Touré dans le but de réduire le taux de mortalité néonatale.

Par faute de personnels qualifiés cette méthode ne fut initiée qu'en juillet 2020 au CS Réf CII dans l'optique de réduire la mortalité périnatale des prématurés et des PPN.

Après deux années de pratique SMK nous avons initié cette étude pour mieux cerner le profil des mères qui ont donné naissance à des prématurés/PPN ainsi que celui de ces nouveau-nés.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

➤ OBJECTIF GENERAL

Étudier le profil épidémio-clinique des nouveau-nés admis à l'unité de soins mère-kangourou du Centre de Santé de Référence de la Commune II.

➤ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1 Déterminer la fréquence des nouveau-nés prématurés et petits poids de naissance (PPN)
- 2 Décrire les caractéristiques sociodémographiques des mères des nouveau-nés prématurés et petits poids de naissances admis en soins mère-kangourou
- 3 Décrire les caractéristiques cliniques des nouveau-nés admis en soins mère-Kangourou
- 4 Déterminer le devenir des prématurés et PPN ayant bénéficiés des SMK

GENERALITES

1 Généralités

1.1 Définition

La prématurité se définit par une naissance avant 37SA d'âge gestationnel révolu (259 jours) comptés à partir du premier jour de la date des dernières règles [1].

On distingue trois classes de prématurité :

- La prématurité moyenne : 32 SA à 36 SA plus 6 jours
- La grande prématurité : 28 SA à 31 SA plus 6 jours
- L'extrême prématurité ou prématurisme : 22 SA à 27 SA plus 6 jours, la limite de viabilité étant estimée à 22 SA ou à un poids minimum de 500g

L'hypotrophie désigne toute naissance avec un poids (et/ou une taille, et/ou un PC) significativement inférieur(s) à la normale pour l'âge gestationnel c'est à dire < 10e percentile [2].

On distingue deux groupes :

- ✓ **Hypotrophie harmonieuse** (proportionnelle) : atteinte des trois paramètres (poids, taille, Périmètre Crânien)
- ✓ **Hypotrophie disharmonieuse** (non proportionnelle) : atteinte seulement du poids

1.2 Épidémiologie du prématuré et du petit poids de naissance

Selon un nouveau rapport publié par les agences des Nations Unies et leurs partenaires le 10 mai 2023, on estime que 13,4 millions de bébés sont nés avant terme en 2020. Sur 10 bébés nés ; 1 est prématuré et toutes les 40 secondes, 1 de ces bébés meurt [3].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que l'Asie et l'Afrique subsaharienne présentent les taux les plus élevés de naissance prématurée soit plus de 65% dans le monde [3].

En France le taux des prématurés est estimé à 6,9% des naissances vivantes en 2023[5].

Selon l'OMS, d'un pays à l'autre, le taux des naissances prématurées varie entre 5% et 18% des naissances. Les prématurés et les nouveau-nés de faible poids de naissance ont un risque de mortalité 2 à 10 fois supérieur à celui des nouveau-nés à terme et de poids normal à la naissance [8].

En République Démocratique du Congo 4,7% d'accouchement prématuré ont été observés à l'hôpital Provincial de référence Jason Sendwe en 2022 [9]. En Guinée à la maternité d'Ignace –Deen en 2022, la prématurité représentait 9,3% des naissances [10]. Au Burkina ils représentaient 9,6% en 2021[11]. Près d'un million d'enfant décèdent chaque année en raison des complications liées à la prématurité selon l'OMS en 2022[3].

En Côte d'Ivoire, Kadidiatou RK et al. [12] avaient trouvé 41,67% de petit poids de

naissance en 2022 au CHU Treichville.

Au Mali en 2022, selon le rapport du bilan d'activité du service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré la prévalence des prématurés et PPN était de 21,59% [6].

Au Mali en 2022 selon une étude hospitalière, COULIBALY A [13] avait trouvé 14,5% de PPN.

1.3 Facteurs de risque d'accouchement prématuré [14]

1.3.1 Facteurs sociodémographiques

- L'âge maternel < 18 ans et >35 ans
- Le bas niveau socio-économique
- Le travail pénible, les trajets longs
- Les enfants à charge
- Les grossesses rapprochées
- Le tabagisme, la toxicomanie

1.3.2 Antécédents gynéco-obstétricaux

- Accouchement prématuré
- Les fausses couches précoces et tardives
- Les curetages
- L'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Les malformations utérines
- Les fibromes
- Les synéchies
- L'assistance médicale à la procréation.

1.4 Causes d'accouchements prématurés [14]

Tableau I: Causes d'accouchements prématurés

La décision médicale ou prématurité provoquée	L'accouchement prématuré spontané	
	Causes maternelles	Causes ovulaires
Hypertension artérielle	Infections	Grossesses multiples
HRP	Fibrome	Malformations
Diabète	Béance cervico-isthmique	Hydramnios
Placenta prævia hémorragique	Synéchies	
Auto-immunisation	Anomalies de l'utérus	

1.5 Physiopathologie de la prématurité [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25]

Deux faits physiologiques caractérisent le nouveau-né prématuré : l'absence de réserves et une immaturité de toutes les grandes fonctions vitales de l'organisme.

1.5.1 L'absence de réserves énergétiques

C'est surtout au cours du dernier trimestre de la grossesse que le fœtus emmagasine de nombreuses réserves énergétiques telles que : le glycogène, les lipides, les oligoéléments. La naissance prématurée expose donc le prématuré à des risques de complications en rapport avec cette absence de réserves énergétiques.

1.5.2 L'immaturité des grandes fonctions

Le prématuré est un être fragile, toutes ses grandes fonctions sont immatures. Ce sont les fonctions de régulation thermique, respiratoire, hépatique, cardio-vasculaire, digestive, rénale, et les systèmes nerveux et immunitaire. Cet état le rend extrêmement vulnérable et sujet à des complications.

1.5.3 Les complications et risques du prématuré

Ils sont d'autant plus sévères que l'AG et le PN sont plus petits. On distingue :

Les complications immédiates au cours des premières 24 heures ;

Les complications à court terme : jusqu'au 10e-15e jour ;

Les complications à long terme

1.5.4 Les complications immédiates

Elles sont nombreuses mais dominées par la souffrance aiguë et les détresses respiratoires.

➤ Souffrances néonatales

Elles sont cliniquement marquées par :

- Un score d'Apgar inférieur à 7 à la 1^{ère} ou 10^e minute ;
- Une bradycardie et/ou une tachycardie ;
- L'hypotonie ou hypertonie généralisée ;
- Une absence de réflexes archaïques ;
- Des convulsions et/ou un Coma.
- L'hypothermie ;

Biologiquement, les gaz du sang montrent une acidose.

Sur le plan biologique toujours, on peut noter, une hypoglycémie, une hypocalcémie et des troubles de l'hémostase (non spécifiques d'une SFA).

➤ Détresses Respiratoires aiguës

Elles sont marquées cliniquement par une dyspnée respiratoire avec des signes de lutt

respiratoires appréciés par le score de Silverman ; et aussi par des apnées.

Sur le plan biologique, on note des troubles métaboliques que l'on peut apprécier par un ionogramme sanguin.

Les principales causes des détresses respiratoires aiguës sont :

- La maladie des membranes hyalines (MMH) ;
- Une inhalation du liquide amniotique ;
- Un retard de résorption du liquide alvéolaire ;
- Une hémorragie pulmonaire ;
- L'immaturation des centres respiratoires ;
- Une cardiopathie congénitale ;
- Une hypoglycémie avec acidose ;
- La faiblesse de la cage thoracique ;
- Les infections.

➤ **Dysrégulation thermique**

L'immaturation de la thermorégulation en est la cause. Elle rend difficile l'équilibre entre les apports et les dépenses caloriques. La thermogénèse est faible du fait de l'insuffisance des réserves en glycogène, en acides gras et de la panicule adipeuse.

Le prématuré est exposé à une hypothermie avec risque d'acidose métabolique et d'hémorragie cérébrale. Une température de 35°C est pathologique. A moins de 34°C il y a des lésions cérébrales parfois irréversibles.

Pour prévenir l'hypothermie, le prématuré doit être réchauffé en salle d'accouchement et mis en incubateur.

➤ **Les troubles métaboliques**

Ce sont :

➤ **L'Hypoglycémie**

En période néonatale, une glycémie inférieure à 0,30 g/l (1,6 mmol/l) dans les trois (3) premiers jours, ou inférieure à 0,40 g/l (2,2 mmol/l) après trois (3) jours est pathologique quel que soit l'âge gestationnel et le poids de naissance.

L'hypoglycémie peut se manifester par une instabilité, une somnolence, des convulsions, un coma, une cyanose ou des apnées.

Elle peut aussi être asymptomatique d'où la nécessité de sa recherche systématique par des bandelettes réactives.

Une alimentation précoce permet de prévenir l'hypoglycémie.

Quant à sa prise en charge thérapeutique, on utilise du sérum glucosé hypertonique à 10 ou 30

% à la dose de 2 à 3 ml en intraveineuse ; ou du glucagon à la dose de 0,5 à 1 mg en sous-cutané.

➤ **Hypocalcémie**

On parle d'hypocalcémie quand la calcémie est inférieure à 70 mg/l.

Elle se manifeste par des trémulations, une agitation, une apnée, des convulsions.

Parfois elle est asymptomatique d'où la nécessité d'un dépistage systématique. L'administration systématique du calcium (Ca²⁺) à la dose de 3 à 4,4mg/Kg/j permet de prévenir l'hypocalcémie.

➤ **Acidose métabolique**

On parle d'acidose quand le pH sanguin est inférieur à 7,25.

Devant une situation d'acidose métabolique on utilise du sérum bicarbonaté à 42 pour mille à la dose de 2 mEq /Kg (soit 4 ml Kg) en intraveineuse lente.

➤ **Les infections**

Elles peuvent être la cause de la prématurité, elles sont alors materno-foetales. Elles peuvent survenir après l'accouchement par manque d'asepsie. Leur gravité est liée à l'immaturation de la défense immunitaire (fragilité de la peau et des muqueuses, immaturité de la synthèse d'IgA, déficit de la fraction C3 du complément...).

Les germes les plus souvent en cause sont : les bacilles à gram négatif, les streptocoques, les *Listéria*, le virus de la rubéole et les toxoplasmes.

Sur le plan clinique, tout signe anormal chez un (nouveau-né) prématuré doit faire évoquer une infection.

En cas de suspicion d'une infection néonatale, le nouveau-né doit bénéficier de prélèvements périphériques, au niveau des orifices naturels et des prélèvements centraux (sang et liquide céphalo-rachidien) pour des recherches bactériologiques.

Une double, voire triple antibiothérapie par voie veineuse doit être immédiatement entreprise.

Ce traitement sera réajusté en fonction des résultats bactériologiques et de l'antibiogramme.

Le traitement antibiotique doit durer 7 à 10 jours, voire 21 jours en cas de méningite.

1.5.5 Les complications à court terme

Les complications déjà citées peuvent s'y retrouver ; mais ce sont les apnées, les ictères, les syndromes hémorragiques, les troubles alimentaires qui dominent cette période

➤ **Les apnées du prématuré**

Elles sont pathologiques si l'arrêt dure plus de 20 secondes. Elles s'accompagnent de cyanose et de bradycardie. Elles sont à différencier des pauses respiratoires qui sont de courte durée et sans retentissement cardio-respiratoire.

On peut les prévenir par des stimulations cutanées et par l'utilisation des matelas pulsés. Quant

à leur traitement on utilise :

- ✓ La caféine à la dose de : 4mg/Kg/j ;
- ✓ Les xanthines à la dose de : 10 à 12 mg/Kg/j ;
- ✓ La ventilation artificielle et l'oxygénothérapie.

➤ **Les ictères**

Ils surviennent chez 80 % des prématurés. Ils sont liés à l'immaturation hépatique qui se traduit par l'insuffisance de synthèse de l'albumine et du glycyronyl- transférase. Le risque majeur est la fixation de la bilirubine libre sur les noyaux gris centraux entraînant l'ictère nucléaire.

Le traitement repose sur :

- ✓ La photothérapie ;
- ✓ La perfusion d'albumine ;
- ✓ Le phénobarbital ;
- ✓ L'exsanguino-transfusion.

➤ **Les syndromes hémorragiques**

Ils sont liés aussi à l'insuffisance de la synthèse des facteurs de la coagulation vitamine K dépendant par immaturité hépatique et à la fragilité vasculaire du prématuré.

Les plus fréquentes sont les hémorragies digestives et les hémorragies méningées.

Leur prise en charge thérapeutique repose sur l'administration de la vitamine K1: 5 à 10mg/j pendant 3 jours.

➤ **Les œdèmes et la déshydratation**

Ils font suite à une diminution de la filtration glomérulaire puis à l'insuffisance de la réabsorption tubulaire liée à l'immaturation rénale du prématuré.

➤ **Les problèmes nutritionnels**

Les besoins du prématuré sont élevés : 150-200 calories/Kg/jour. La particularité de l'alimentation du prématuré est qu'elle doit être précoce et fractionnée, avec une surveillance des résidus gastriques, des selles, de l'abdomen et du poids.

Le risque majeur est l'entérocolite ulcéro-nécrosante dont les signes sont :

- ✓ Résidus gastriques importants ;
- ✓ Selles glairo-sanguinolentes ou afécales ;
- ✓ Abdomen météorisé, avec des crépitations neigeuses.

La radiographie de l'abdomen sans préparation confirme le diagnostic en objectivant une pneumatose intestinale.

Devant un cas d'entérocolite ulcéro-nécrosante, il faut suspendre l'alimentation orale et

instituer une alimentation parentérale. L'aspiration gastrique et duodénale, la correction d'un collapsus éventuel et l'antibiothérapie, complètent le traitement. La chirurgie dans les cas de complication.

1.5.6 Complications à long terme

La croissance staturo-pondérale

Si la prise de poids est bonne, le prématuré acquiert rapidement un poids suffisant la première année. Mais il peut y avoir un retard pondéral chez les prématurés hypotrophes à la naissance

➤ Les complications neurologiques et du développement psychomoteur

La prématurité est responsable d'un grand nombre d'infirmités telles que :

- ✓ Les hémiplésies infantiles ;
- ✓ Les diplésies de Little ;
- ✓ La dyskinésie athétosique ;
- ✓ Les déficits visuels par rétinopathie lenticulaire du prématuré

➤ Complications respiratoires tardives

C'est le syndrome de Mikity Wilson ou insuffisance respiratoire chronique. Ce syndrome est lié à une oxygénothérapie prolongée.

➤ Complications psychoaffectives

Elles sont liées au séjour prolongé en milieu hospitalier (rupture avec la mère).

1.6 Principes de prise en charge du prématuré [14, 25-31]

Les premières minutes sont fondamentales pour la qualité de vie du prématuré. Les immaturités doivent être rapidement prises en charge par une équipe entraînée et spécialisée.

Mettre en couveuse et suivre le protocole du service ou utiliser la méthode kangourou lorsque cela est possible

Apport alimentaire : précoce, progressif, fractionné, adapté par voie orale, sonde nasogastrique ou perfusion selon l'état clinique du prématuré.

Surveillance

Clinique : Température, FR, FC, signe de lutte, coloration, reflux gastro-œsophagien, résidus gastriques, selles, comportement neurologique

Biologie : Glycémie, calcémie, bilirubinémie totale, NFS

1.6.1 Les soins mères-kangourou

En 1979 en Colombie, deux médecins de Bogota créent la « méthode Kangourou ». Celle-ci permet aux bébés stables, sans indications particulières de poids, d'aller dans les bras de leurs parents. Cette méthode particulière implique le contact peau à peau de la mère ou du père avec son bébé, le parent jouant dès lors un rôle « d'incubateur humain » pour quelques heures.

Cette méthode a plusieurs avantages. Premièrement, elle permet d'établir un lien précoce entre les parents et l'enfant, de favoriser l'attachement réciproque. En plus de ses bienfaits affectifs, la méthode Kangourou permet également de diminuer le taux de mortalité et d'infection des bébés prématurés ; on constate aussi une prise de poids plus rapide chez les bébés bénéficiant de ce contact rapproché avec leurs parents.

Il a été constaté que le bébé respire mieux dans cette position semi-verticale, que ses rythmes respiratoire et cardiaque sont plus réguliers et que le contact avec son père ou sa mère favorise l'éveil de ses sens. Il ne s'agit là d'ailleurs que de quelques bienfaits par rapport à tous ceux ayant été observés...

Pour les parents, cette méthode permet de diminuer le sentiment de frustration dû au manque de contact physique avec leur bébé. Par ailleurs, la position et le contact peau à peau renforcent le sentiment d'être le père ou la mère de ce petit être, il y a une intimité qui s'installe entre eux, dans des services où celle-ci est souvent difficile à trouver... Pour la mère, la méthode Kangourou favorise encore la production de lait. Tous ces bienfaits font que cette méthode a été reconnue en 1983 par l'Unicef.

1.6.2 Principes

La méthode kangourou ou technique mère kangourou est un programme facile et efficace pour élever un PPN et/ou prématuré

Elle consiste à placer le bébé en contact peau à peau sur la poitrine de sa mère 24h/24 à la manière d'un marsupial comme le kangourou dont les petits naissent avant la fin de la gestation, et à le surveiller de façon rigoureuse sur le plan clinique. La mère peut se faire aider par un membre de la famille.

Le programme comporte :

Le port du bébé en peau à peau 24h/24

La formation de la mère au cours de l'hospitalisation

La préparation à une sortie précoce en contact peau à peau 24h/24 contre sa mère.

Le suivi ambulatoire rigoureux où se poursuit la formation et où peuvent être détectées des déviations du développement somatique, neurologique, visuel, et auditif.

1.6.3 Les applications

Les soins mère kangourou sont un moyen permettant de pallier l'insuffisance de moyens matériels, d'éviter la séparation prolongée mère-enfant et d'avoir une alternative à l'élevage en couveuse

➤ La position kangourou

Elle consiste à placer le nouveau-né, vêtu (bonnet, couche en coton, paire de chaussettes) entre les seins de la mère dans une position verticale stricte, poitrine contre poitrine.

Le nouveau-né doit être retenu par une bande lycra ferme appelée poche. La tête du nourrisson doit être tournée sur le côté, dans une position bien étendue. Le haut de la poche doit se trouver juste en-dessous de l'oreille du nourrisson. Cette position légèrement étendue permet d'éviter une obstruction des voies respiratoire et d'assurer un contact oculaire entre la mère et le nourrisson. Il faut éviter les flexions en avant et les postures en extension. Les bras devraient également être repliés.

La partie abdominale du nourrisson ne doit pas être trop serrée et doit se trouver à peu près au niveau de l'épigastre de la mère. De cette façon le nourrisson est maintenu dans une position qui ne gêne pas la respiration abdominale. La respiration de la mère stimule celle du nourrisson.

La personne qui porte le bébé doit dormir en position semi couchée (30°).

Toutes les mères peuvent appliquer le soin mère kangourou quel que soit leur niveau d'instruction, leur culture et leur religion.

La pratique des Soins * Mère kangourou* doit être une décision prise après information sur les avantages, les contraintes et les implications des soins et ne doit pas être perçue comme une obligation.

La réussite de la méthode impose certains critères de sélection aussi bien pour le bébé que pour la famille, appelés critères d'éligibilité

➤ **Critères d'éligibilité pour le bébé**

Le nouveau-né avant son admission au programme Mère kangourou doit répondre à ces critères :

- Avoir un poids inférieur à 2000g ou AG < 37SA
- Avoir un état clinique stable
- Ne pas avoir de pathologie grave
- Ne pas avoir de voie parentérale permanente
- Avoir une prise pondérale d'environ 10-15g/Kg /J (si possible)
- Ne pas avoir de problèmes autres que la régulation thermique et l'alimentation.

➤ **Critères d'éligibilité pour la famille**

La famille doit avoir :

- Au moins 2 personnes saines et disponibles
- Un niveau suffisant pour comprendre la méthode
- Une motivation certaine
- Une grande rigueur

- Une bonne hygiène corporelle (2-3 douches/jour)
- Une bonne maîtrise de la technique kangourou.

1.6.4 Les phases des soins mères kangourou

✓ L'adaptation

Elle est courte et se passe en salle d'adaptation en néonatalogie. Durant cette phase, l'enseignement pratique est individuel et l'éducation est collective. C'est la période pendant laquelle le personnel de l'unité établit son premier contact avec les mères, leur explique brièvement les SMK, ses avantages, la mise en position kangourou et la technique d'extraction manuelle du lait maternel. La mère va ainsi apprendre à allaiter son bébé, et recevoir tous les conseils inhérents à la méthode.

Le passage en salle d'hospitalisation kangourou est décidé une fois que l'équipe médicale de la néonatalogie estime que le bébé est stable. Cette activité est en grande partie sous la responsabilité de l'infirmière de SMK.

Les critères de passage en salle d'hospitalisation sont les suivants :
Avoir une bonne assimilation de la technique ;

Avoir une mère aidée par un membre de la famille ;

Avoir gardé l'enfant en position kangourou pendant au moins 10h dans l'unité des prématurés.

✓ Le kangourou intra-hospitalier

Cette phase permet à la mère de se familiariser plus avec la technique, et à manipuler d'avantage son bébé. Elle permet aussi d'observer le couple mère- enfant et de déceler toute anomalie susceptible d'être un obstacle à la mise en position kangourou. Elle consiste à renforcer l'adaptation kangourou dans tous ses aspects :

- Le port du bébé en peau à peau 24h/24,
- L'évaluation des acquis éducatifs de la mère
- La tenue des sessions éducatives quotidiennes (technique audiovisuelle) et la reconnaissance des signes d'alarme.
- La tenue des sessions d'expression de crainte et de discussions sur la technique kangourou,
- Le sommeil en position demi assise ;
- La prise hebdomadaire des paramètres : taille, périmètre crânien, température mais quotidienne du poids.

Durant cette phase des explications sont données sur :

- Les moyens de stimuler la succion et le réveil

- Le massage des seins et du bébé
- La prévention des crevasses et des fissures des seins
- L'alimentation à la cuillère ou par gavage, et le rythme de l'allaitement.
- L'hygiène corporelle de la mère
- Le régime alimentaire de la mère
- Les visites quotidiennes des bébés en intra-hospitalière sont assurées par le médecin accompagné de l'infirmière.
- La sortie est décidée dès que le bébé commence à grossir et que les parents deviennent autonomes.

✓ **Les critères de sortie sont**

- Un Gain de poids de 10-20g/kg/j durant au moins 2 jours ;
- Une adaptation kangourou intra- hospitalière jugé satisfaisante par l'équipe SMK ;
- La mère ou la personne en charge se sent capable de faire le même travail à la maison et s'engage à participer au programme ambulatoire.

✓ **Le kangourou ambulatoire**

Les bébés kangourou bénéficient d'un suivi spécifique jusqu'à 24 mois (âge corrigé). Au début ils sont vus à la consultation tous les jours ou les 2 jours jusqu'à ce qu'ils prennent au moins 15 grammes par kilo et par jour, après quoi les visites sont espacées à une fois par semaine jusqu'à ce que l'enfant atteigne un poids de 2000g ou plus. Ce choix de 15g par Kg par jour correspond simplement à la croissance intra-utérine normale d'un bébé au 3^e trimestre de la grossesse. A partir de 40 SA les bébés sont vus à 1 mois ½, à 3 mois, 4 mois ½, à 6 mois, à 9 mois, à 12 mois (âge corrigé), à 15 mois, 18 mois puis à 24 mois pour la clôture du dossier. A partir de 2500g, le bébé peut être lavé et vacciné. Les pratiques habituelles telles que la circoncision des garçons et le rasage de la tête peuvent être réalisés de même que la percée d'oreille chez les filles. Cette phase permet de :

Observer l'évolution des paramètres anthropométriques en se référant aux courbes de croissance ;

Évaluer les acquis éducatifs de la mère ;

Détecter les facteurs de risque : refroidissement du bébé, une mauvaise technique d'allaitement, le non-respect du rythme des tétées, une hypogalactie, un essoufflement du bébé....

Vérifier l'alimentation du bébé, la prise des médicaments prescrits, les examens complémentaires et les consultations spécialisées demandées ;

Vérifier le carnet de vaccination ;

Faire une évaluation neurologique à 40 semaines, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois pour détecter d'éventuelles anomalies mineures ou majeures pouvant justifier une stimulation ou une véritable kinésithérapie. Cette évaluation est effectuée à l'aide d'un test de développement appelé INFANIB qui permet un dépistage précoce de ces anomalies du développement. En cas de troubles l'enfant est alors orienté vers le service de prise en charge compétent : kinésithérapie, ORL, orthopédique, psychomotrice....

Réaliser une consultation ophtalmologique de dépistage de la rétinopathie est réalisée pour tous les enfants ayant reçu de l'oxygène en hospitalisation. Ce dépistage est fait par l'ophtalmologiste pédiatrique à partir de 6 semaines de vie ;

La sortie de la poche kangourou est décidée dès que le bébé en manifeste le besoin : pleurs, agitation, soulèvement des bras....

Les mères peuvent recourir à des consultations d'urgence en cas de constatations de **signes d'alarme** qui leur ont été enseignés durant leur séjour à l'hôpital : les difficultés à s'alimenter ou incapacité à téter, l'hypothermie persistant malgré les efforts pour le réchauffer, la fièvre, les convulsions, les difficultés respiratoires (apnée, tirage, geignements, cyanose) l'excès de sommeil, et l'hypotonie, l'ictère, une rougeur, une tuméfaction, et un écoulement oculaire, cutané ou du cordon.

1.6.5 Les avantages des soins mère-kangourou

La méthode kangourou par son volet soins offre de nombreux avantages aux bébés de petit poids de naissance et/ou prématurés :

Elle encourage l'allaitement surtout accroît le taux et la durée de l'allaitement maternel exclusif.

Elle permet le maintien de la température corporelle adéquate chez le bébé donc permet une croissance plus rapide du bébé (car il dépense moins d'énergie).

Elle renforce l'hygiène et la relation mère –bébé

Elle renforce l'éveil et le développement neurosensoriel du bébé.

Elle réduit les crises d'apnée et les Reflux Gastro Œsophagien du bébé

Elle diminue les infections (le bébé est seulement exposé aux germes de sa mère).

Elle encourage la mère à manipuler son bébé en toute confiance

Elle réduit les coûts pour l'hôpital et pour la famille (moins coûteux que les soins en couveuses).

Elle permet de gérer plusieurs bébés à la fois. Elle diminue les abandons.

Ludington et Hadeed ont montré une amélioration du sommeil profond de l'enfant lors de

séance de contact peau à peau.

1.6.6 Les contraintes des soins mères-kangourou

Les difficultés liées aux SMK sont nombreuses et doivent être résolues par le soutien et la collaboration de tous (équipe, les mères, les familles et la population) :

Les soins mère-kangourous sont épuisants pour la mère.

L'angoisse permanente ou la peur d'étouffer son bébé rendent les SMK inconfortables.

La simplicité des SMK comparée à la confiance absolue à la technologie moderne sont des raisons de résistance de certaines mères

Nos coutumes et nos habitudes de vie tels que : le port du bébé au dos et non à la poitrine deviennent problématique pour la pratique des SMK

La stigmatisation de l'entourage face à la pratique des SMK sont des raisons d'échec.

METHODOLOGIE

2 METHODOLOGIE

2.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans la sous unité de soins mère-kangourou de l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie du CS Réf CII du district de Bamako.

Elle compte :

Une salle d'adaptation contiguë à l'unité de néonatalogie, faite de 4 lits, 2 couveuses, un pèse bébé électronique, un mètre ruban, une toise pédiatrique.

Une salle pour le suivi ambulatoire :

Les enfants sont mesurés avec une toise pédiatrique et une balance électronique.

Le personnel permanent de l'unité est composé d'un pédiatre, d'un infirmier et un interne.

❖ Calendrier de suivi

Le kangourou intra-hospitalier

Les visites quotidiennes des bébés en intra-hospitalier sont assurées par le médecin accompagné de l'infirmière. La sortie est décidée dès qu'il y'a un gain de poids de 10-20g/kg/j durant au moins 2 jours ; une adaptation kangourou intra- hospitalière jugée satisfaisante par l'équipe SMK ; la mère ou la personne en charge se sent capable de faire le même travail à la maison et s'engage à participer au programme ambulatoire.

Le kangourou ambulatoire

Les bébés kangourou bénéficient d'un suivi spécifique jusqu'à 12 mois (âge corrigé). Au début ils sont vus à la consultation un jour sur 2 jusqu'à ce qu'ils prennent au moins 15 grammes par kilo et par jour, après quoi les visites sont espacées à une fois tous les 15 jours jusqu'à ce que l'enfant atteigne un poids de 2000g ou plus. A partir de 40 SA les bébés sont vus à 1 mois, à 3 mois, 6 mois, à 9 mois, à 12 mois (âge corrigé). La sortie de la poche kangourou est décidée dès que le bébé en manifeste le besoin (pleurs, agitation, soulèvement des bras), ou que le poids atteigne 2500g.

NB : Ce suivi a pour but de détecter tôt d'éventuelles anomalies notamment oculaires, ostéoarticulaires, mais aussi de surveiller le développement psychomoteur et staturo-pondéral.

2.2 Type d'étude

IL s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptive.

2.3 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} juillet 2020 au 31 Décembre 2022 soit 30 mois.

2.4 Population d'étude

Tous les nouveau-nés prématurés et PPN hospitalisés dans le service durant la période d'étude.

2.4.1 Critères d'inclusion

Tout nouveau-né prématuré/PPN inclus et suivi à l'unité de soins mère kangourou dans le service de pédiatrie du CS Réf CII pendant la période d'étude.

2.4.2 Critères de non-inclusion

Les nouveau-nés prématurés /PPN n'ayant pas été inclus pour les soins mère-kangourou pendant la période d'étude.

2.5 Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées

- Aspects épidémiologiques:
 - La fréquence,
 - La structure d'origine
- Caractéristiques sociodémographiques
 - L'âge des mères,
 - Le statut matrimonial des mères,
 - La scolarité des mères
 - L'emploi des mères
 - L'accès à l'eau potable.
- Caractéristiques obstétricales des mères des mères
 - La gestité,
 - La parité,
 - Le nombre de CPN,
 - Le nombre de nouveau-nés issus d'une grossesse,
- Lieu d'accouchement et mode d'accouchement

Le lieu d'accouchement,

La voie d'accouchement

- Paramètres anthropométriques et cliniques des nouveau-nés
 - L'âge gestationnel
 - Le poids de naissance,
 - La taille de naissance,

- Le pc,
- Le sexe,
- Les signes cliniques prédominants à l'admission

➤ Le devenir du nouveau-né

- Le suivi jusqu'à 12 mois
- Les abandons
- Les décès
- Perdu de vue
- Référé

2.6 Collecte des données

Elle a été faite sous forme de questionnaire comportant :

- L'identité du malade,
- Les paramètres sociodémographiques des parents,
- Les antécédents de la grossesse et les circonstances de l'accouchement,
- L'examen clinique,
- L'évolution.

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers de suivi Kangourou, des registres et les dossiers d'hospitalisation en néonatalogie.

2.7 Saisie et analyse des données

La fiche d'enquête a été saisie sur le logiciel Word et Excel 2010, les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 20.0.

L'analyse a consisté à la description de la population d'étude.

Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et l'écart type. Les variables qualitatives ont été exprimées par les proportions.

2.8 Considérations éthiques

L'un des parents biologiques au moins de chaque nouveau-né retenu dans cette étude a été informé de l'objet de l'étude, de son but et des résultats attendus.

Leur consentement éclairé a été obtenu avant la mise en œuvre de cette étude. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

2.9 Définitions opérationnelles

Nous avons adopté les définitions suivantes :

- **Perdu de vue** : Pour les abandons de suivi sans l'accord du personnel de l'unité et ayant fait au moins 6 visites.
- **Suivi** : tout cas suivit jusqu'à 12 mois d'âge corrigé.
- **Abandon** : Tout cas ayant été vu en visite au moins 3 fois puis perdu de vue.
- **Bonne alimentation** : avoir au moins les 3 repas par jour
- **Alimentation insuffisante** : moins de 3 repas par jour.
- **Gestité** : le nombre de grossesses
 - Primigeste : une grossesse
 - Pauci geste : 2 - 3 grossesses
 - Multi geste : 4 grossesses et plus
- **Parité** : le nombre d'accouchement
 - Primipare : un accouchement ;
 - Paucipare : 2-3 accouchements ;
 - Multipare : 4 accouchements et plus.
- **Petit poids de naissance** : désigne tout nouveau-né ayant un poids inférieur à 2500g qu'il soit prématuré ou à terme.
- **Prématurité** : se définit par une naissance avant 37SA d'âge gestationnel révolu (259 jours) compté à partir du premier jour de la date des dernières règles.
- **Devenir** : vivant ou décédé

RESULTATS

3 RESULTATS

3.1 Aspect épidémiologique

- **Fréquence**

Du 1^{er} juillet 2020 au 31 Décembre 2022, nous avons hospitalisés 550 nouveau-nés dont 104 prématurés soient 18,9% et 9 petits poids de naissance soient 1,6%. La fréquence globale des nouveau-nés prématurés et PPN est 20,5%. Parmi les 113 prématurés et PPN ; 63 ont été admis pour les soins mère- Kangourou, soient une fréquence de 55,7%.

- **Structure d'origine**

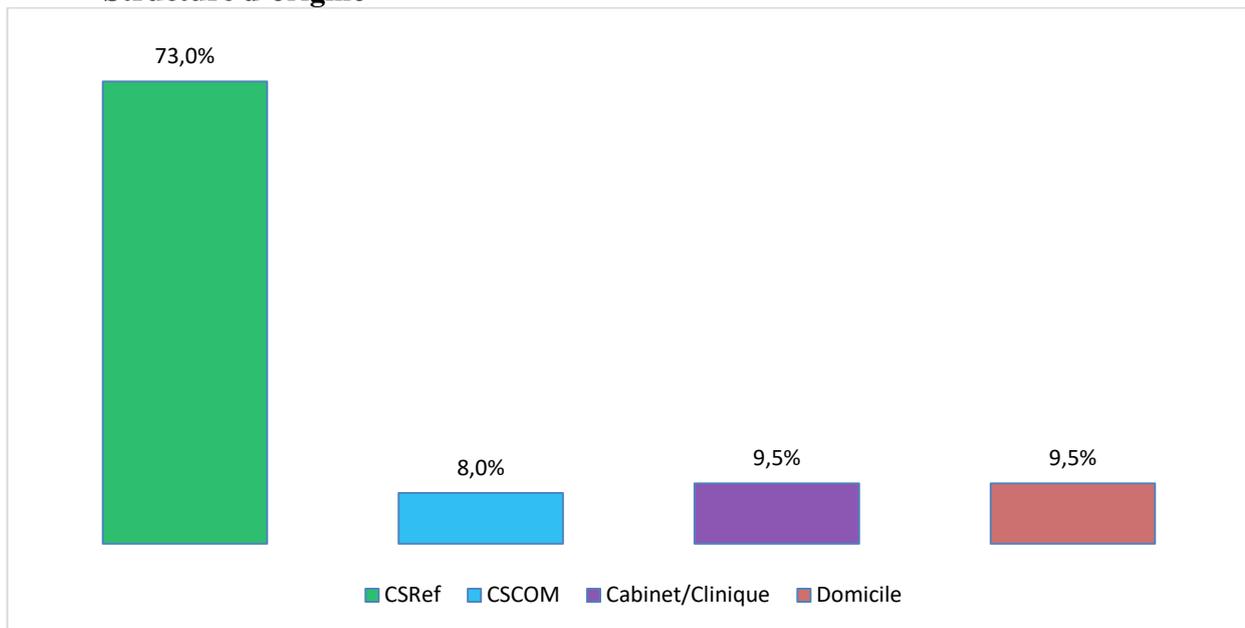


Figure 1: Répartition des nouveau-nés selon le lieu de naissance

Les naissances In Born représentaient 73,0%.

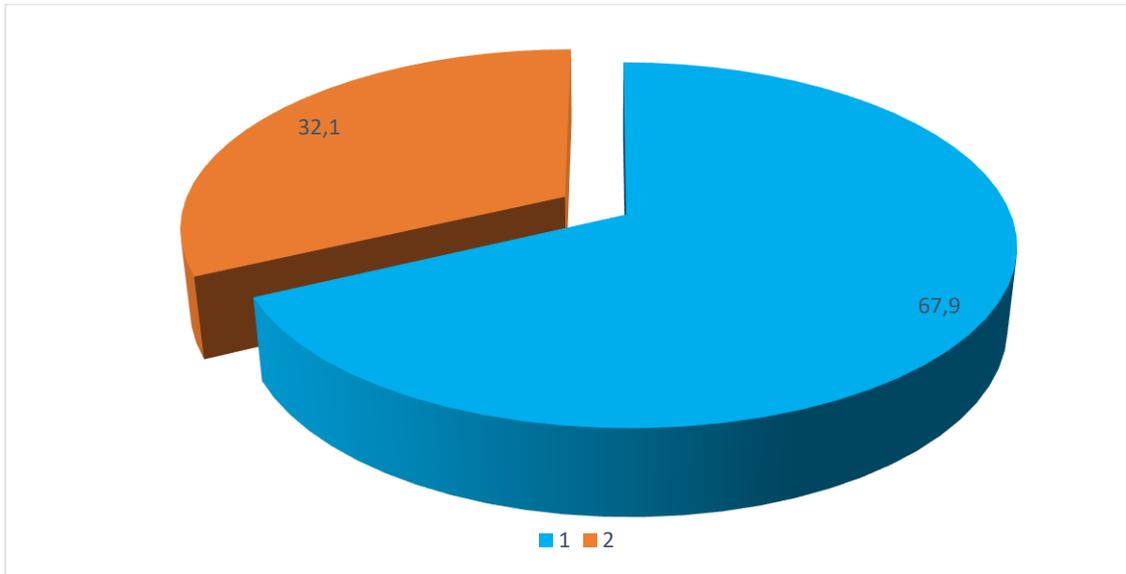
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des mères

Tableau II: Répartition des mères selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques des mères	Effectif	Pourcentage
Age (années)		
15-18	7	12,5
19-25	27	48,2
26-35	16	28,6
35 et plus	6	10,7
Statut matrimonial		
Mariés	50	89,0
Célibataires	6	11,0
Niveau d'étude		
Non scolarisée	22	39,3
Primaire	14	25,0
Secondaire	9	16,1
Supérieur	6	10,7
École coranique	5	8,9
Emploi		
Femme au foyer	33	58,9
Commerçante/Vendeuse	8	14,3
Élève/Étudiante	9	16,1
Fonctionnaire	1	1,8
Autres*	5	8,9
Accès à l'eau potable		
Oui	55	98,2
Non	1	1,8
Total	56	100,0

*Autres : tailleurs (n=2), coiffeuses (n=3)

La majorité des mères avait un âge compris entre 19-25 ans soit 48,2% avec une moyenne d'âge de 25 ± 6 ans et des extrêmes 15-39 ans ; 89% étaient mariées ; 39,3% étaient non scolarisées ; 58,9% étaient ménagères et 98,2% avaient accès à l'eau potable.



1= Nutrition bonne 2=Nutrition insuffisante

Figure 2: Répartition des mères selon la nutrition de la famille

Les conditions nutritionnelles étaient bonnes dans 67,9% des cas.

Tableau III: Répartition des mères en fonction de la durée du déplacement pour venir en consultation au CS Réf CII

Durée du déplacement vers CS Réf CII	Effectif	Pourcentage
Une heure du CS Réf CII	43	76,8
Plus d'une heure du CS Réf CII	13	23,2
Total	56	100,0

Plus de la moitié de nos mères vivaient à 1heure du CS Réf CII soit 76,8%.

3.3 Caractéristiques obstétricales des mères

Tableau IV: Répartition des mères selon les caractéristiques obstétricales

Caractéristiques obstétricales des mères	Effectif	Pourcentage
Gestité		
Primigeste	15	26,8
Paucigeste	25	44,6
Multigeste	16	28,6
Parité		
Primipare	14	25,0
Paucipare	24	42,9
Multipare	18	32,1
CPN		
0 CPN	8	14,3
1-3 CPN	32	57,1
4 CPN et plus	16	28,6
Nombre de nouveau-nés/grossesse		
1 nouveau-né	49	87,5
Plus de 1 nouveau-né	7	12,5
Total	56	100,0

La majorité des mères était paucigeste et paucipare soient 44,6% et 42,9% ; 57,1% des mères avaient effectué entre 1-3 CPN ; les nouveau-nés étaient issus d'une grossesse unique dans 87,5% des cas.

NB : Les nouveau-nés sont issus de 56 mères.

3.4 Caractéristiques des nouveau-nés admis dans l'unité kangourou du CS Réf CII

Tableau V: Répartition des nouveau-nés selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	51	81,0
Césarienne	12	19,0
Total	63	100,0

Dans 81,0% des cas les accouchements ont eu lieu par voie basse

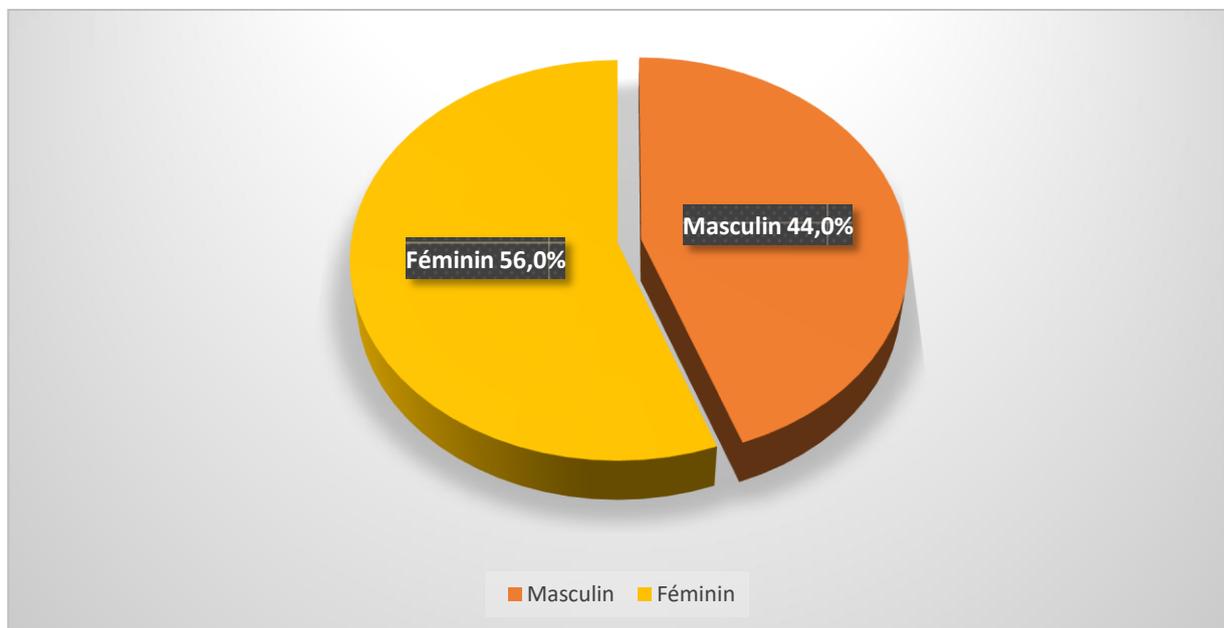


Figure 3: Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

Le sexe ratio était de 0,8.

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance (gramme)	Effectif	Pourcentage
<1000g	1	1,6
1000-1499g	24	38,1
1500-1799g	22	34,9
1800-2000g	16	25,4
Total	63	100,0

Le poids moyen de naissance était de 1563±276g (extrême 960-2000g).

Les nouveau-nés de poids compris entre 1000-1499g et 1500-1799g étaient plus représentés soient respectivement 38,1% et 34,9%.

Tableau VII: Répartition des nouveau-nés selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
28-32 SA+6 jours	32	50,8
33-36 SA+6 jours	27	42,9
37 SA et plus	4	6,3
Total	63	100,0

L'âge gestationnel moyen était de 32,6±2,4SA (extrême 28-38 SA)

NB : Les hypotrophes représentaient 6,3%

Tableau VIII: Répartition des nouveau-nés en fonction des signes cliniques à l'admission en néonatalogie

Signes cliniques à l'admission des nouveau-nés en néonatalogie	Effectif (n=63)	Pourcentage
Détresse respiratoire	26	41,3
Cyanose	4	6,3
Détresse respiratoire +Cyanose	15	23,8
Aucun signe	18	28,6

La détresse respiratoire représentait le signe clinique majeur à l'admission dans 41,3% des cas.

Tableau IX: Répartition des nouveau-nés en fonction du délai d'inclusion pour les soins mère-kangourou

Début SMK	Effectif	Pourcentage
J1-J7	44	69,8
J8-J14	18	28,6
+ 14J	1	1,6
Total	63	100,0

Le délai moyen d'inclusion était de $4,9 \pm 2,9$ jours (extrême 1-18 jours).

3.5 Devenir des nouveau-nés

Tableau X: Répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir

Devenir des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
Suivi	33	52,4
Perdu de vue	14	22,2
Abandon	11	17,5
Décès	4	6,3
Référé	1	1,6
Total	63	100,0

Plus de la moitié des nouveau-nés était bien suivis avec un cas référé pour spina bifida.

Les causes de décès étaient : poids inférieur à 1000g, cardiopathie congénitale et asphyxie périnatale

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La prématurité demeure un problème préoccupant en médecine périnatale, particulièrement dans les pays en voie de développement où la précarité des conditions socio-économiques des populations joue un rôle considérable dans sa prévalence et sa prise en charge. Les soins mère- kangourou sont une excellente alternative pour la survie des prématurés/ PPN.

❖ Description de l'échantillon

Pendant la période de l'étude de juillet 2020 à décembre 2022, nous avons hospitalisé 550 nouveau-nés dont 113 prématurés/PPN au service de néonatalogie du CS Réf CII. Parmi les 113 prématurés/PPN ; 63 ont été inclus aux soins mère-kangourou soient 55,7%.

Notre étude a concerné 63 nouveau-nés issus de 56 mères, la majorité des prématurés était classé en grande prématurité (28 - 32 SA +6 jours) soient 50,8% et parmi eux le sexe féminin était majoritaire (55,6%).

Parmi les 63 nouveau-nés admis à l'unité durant la période de notre étude nous avons enregistré (14) perdus de vu, (33) nouveau-nés suivis jusqu'à 12 mois âge corrigé et (11) abandons soient respectivement 2,2% et 52,4% et 17,5%.

Notre taux de suivi jusqu'à 12 mois est supérieur à celui de Maiga H [25] en 2020 à Sikasso et Bocoum B [14] en 2015 à Bamako qui avaient trouvé respectivement 2,2% et 13,8% de complétude de suivi.

La majorité des prématurés avaient un âge gestationnel compris entre 28 - 32 SA + 6 jours) soient 50,8%. Pour Bocoum B [14] en 2015 à Bamako dans une étude hospitalière 56,5% des nouveau-nés avaient un âge compris entre 32-34SA,

l'étude de Maiga H [25] à Sikasso a montré que 64,4% de son effectif avait un âge compris entre 32-36SA +6j et Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso a trouvé que 48,2% de son effectif avait un âge compris entre 33 -36SA+6J.

❖ Caractéristiques sociodémographiques des mères

La tranche d'âge de 19 - 25±6 ans était majoritaire avec un taux de 48,2%. Ce résultat est comparable avec ceux de Bocoum B [14] en 2015 à Bamako ; Maiga H [25] en 2020 à Sikasso et Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso pour lesquels le taux était respectivement de 65,9% ; 78,0% et 72,9% pour les mêmes tranches d'âge.

L'âge moyen des mères était de 25±6 ans. Notre résultat est superposable à ceux de Cissouma A et al [33] en 2022 à Sikasso, Kamo Selangai H et coll. [34] en 2022 au Cameroun, Kadidiatou R K et al. [12] en 2022 à Cote d'Ivoire qui ont trouvé respectivement 27,7 ans, 28 ans.

Nous avons trouvé que la majorité des femmes étaient mariées soit 88,9%, Nos résultats sont

proches de ceux de Guindo A [26] en 2021 à Mopti et Maiga H [25] en 2020 à Sikasso qui ont trouvé respectivement 97,5% et 96,0%. Notre résultat est supérieur de celui de Kamo Selangai H et coll. [34] en 2022 au Cameroun ; RAVAOARISAO T. M [36] en 2021 à Madagascar, Kadidiatou R.K et al. [12] en 2022 à Cote d'Ivoire qui ont trouvé respectivement 61,3% ; 72% ; 79,2%.

Dans notre série les femmes non scolarisées représentaient 39,3%. Nos résultats sont superposables a ceux de Maiga H [25] en 2020 à Sikasso ; Bocoum B [14] en 2015 à Bamako et Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso qui ont trouvé respectivement 42,8% ; 46,1% et 63,5%.

Les femmes au foyer représentaient 58,9% dans notre étude. D'autres travaux réalisés par Guindo A [26] en 2021 à Mopti ; Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso ont abouti aux taux respectifs de 89,2% et 71,3%. Le pourcentage élevé des femmes au foyer pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes sont vulnérables sur le plan économique et ne sont pas souvent capables de subvenir à tous leurs besoins à cause du faible revenu ce qui pourrait compromettre le bon suivi de la grossesse. Le fait d'être une femme au foyer devrait améliorer le suivi mais cela n'est pas le cas.

❖ Caractéristiques socioéconomiques des familles

La plupart des familles avait accès à l'eau potable avec 98,2%. Nos résultats sont proches à ceux de Bocoum B [14] en 2015 à Bamako qui avait obtenu 90,3%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que toutes nos femmes vivaient en zone urbaine. L'accès à l'eau potable reste bénéfique pour la survie car elle renforce l'hygiène autour du bébé, et diminue le risque infectieux pendant les soins mère-kangourou.

Aussi 76,8% de nos patients vivaient à une heure de temps du CS Réf. L'accès était donc facile et moins couteux. Ce résultat est comparable à celui de Bocoum B [14] en 2015 à Bamako qui a trouvé 77,6%.

❖ Caractéristiques obstétricales des mères

Notre étude a mis en évidence un pourcentage de 42,9% de prématurés/PPN chez les paucipares et 25% chez les primipares. Notre résultat est inférieur à celui de Maiga H [25] en 2020 à Sikasso, Bocoum B [14] en 2015 à Bamako et RAVAOARISAO T M [36] en 2021 à Madagascar qui ont trouvé respectivement 37,4% ; 39,0% ; 45,7% de prématurés chez les primipares.

La majorité des femmes avait fait moins de 4 CPN soit 57,1%, seulement 28,6% avait fait 4 CPN ou plus ce qui est recommandé par l'OMS. Ceci pourrait influencer la qualité du suivi prénatal. Le mauvais suivi est un facteur contributif pour Nicole [37] en 2011 à Yaoundé qui montre que 80,0% des mères n'avaient fait aucun suivi. Le pourcentage de grossesses

multiplés était de 12,5% dans notre étude ; ce résultat est inférieur à ceux de Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso, Raveloharimino N H et al. [35] en 2021 à Madagascar qui ont trouvé respectivement 29,9% ; 25,5%.

❖ **Caractéristiques des nouveau-nés admis dans l'unité de soins mère-kangourou**

Dans notre étude, les naissances In Born représentaient 73,0%, tandis que pour Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso et Maiga M [25] en 2020 à Sikasso ce taux était de 42,5% et 52,2%. Nous avons trouvé 81,0% d'accouchements par voie basse dans notre étude. Nos résultats sont comparables à ceux de Kadidiatou R.K. et al. [12] en 2022 à cote d'Ivoire (71,8%), Maiga H [25] en 2020 à sikasso (72,2%) et Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso avec 89,7%.

Le sexe ratio était de 0,8. Comme dans notre étude, Raveloharimino N H et al. [35] en 2021 à Madagascar a rapporté une prédominance du sexe féminin (0,8), contrairement à Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso et RAVAOARISOA T M [36] en 2021 à Madagascar qui ont trouvé respectivement 1,06 et 1,18 de sexe ratio.

Dans notre étude l'âge gestationnel moyen des nouveau-nés étaient de 32,6SA (grande prématurité), nous avons trouvé un pourcentage élevé de prématurés nés entre 28-32SA+6j (grande prématurité). Nos résultats sont proches de ceux de Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso et Maiga H [25] en 2020 à Sikasso qui ont trouvé respectivement 31,65SA et 31,5SA d'âge gestationnel moyen.

Le poids moyen était de 1565g et 38,1% avaient un poids compris entre 1000 et 1499g. Ce résultat est superposable à celui de Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso, qui avait trouvé que 48,5% des prématurés avaient un poids compris entre 1000 à 1500g.

Dans notre série le nombre de jour moyen d'inclusion aux SMK était de 4,9.

La détresse respiratoire était le signe clinique prédominant à l'admission chez 41,3% des cas. Ce résultat est similaire à ceux de Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso et Guindo A [26] en 2021 à Mopti qui ont trouvé respectivement 40,5% et 41,6%.

❖ **Devenir des nouveau-nés admis en soins mères kangourou**

Le taux de complétude de suivi était de 52,4% dans notre étude. Ce résultat est supérieur à ceux de Maiga H [25] en 2020 à sikasso, Bocoum B [14] en 2015 à Bamako et RAVAOARISOA T M [36] en 2021 à Madagascar qui ont trouvé respectivement 2,2% ; 13,8% et 24,2%. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des mères vivaient à moins d'une heure de temps du centre et au fait qu'il y'avait une bonne adhésion des parents aux soins mère- kangourou.

Notre taux de décès était de 6,3%. Nos résultats sont superposables à ceux de Bocoum B [14] en 2015 à Bamako, proche de Maiga H [25] en 2020 à Sikasso qui ont trouvé respectivement

6,4% et 8,0% et strictement inférieur à ceux de RAVAOARISOA T M [36] en 2021 à Madagascar et Cissouma A et al. [33] en 2022 à Sikasso qui ont enregistré respectivement 39,3% et 43,2%. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

❖ **Les limites et difficultés de notre étude**

Notre étude a comporté quelques limites à savoir l'absence de certaines données dans les dossiers, l'imprécision de certains paramètres anthropométriques.

La méconnaissance de la date des dernières règles et la non-réalisation de l'échographie précoce dans la grande majorité des cas ont conduit à une évaluation de l'âge gestationnel avec le score de Ballard.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1 CONCLUSION

Dans notre étude la fréquence globale des prématurés/PPN reste élevée, surtout chez les mères entre 19-25ans, et celles non scolarisées. Elle a aussi mis en évidence une insuffisance de CPN chez ces mères.

La majorité des nouveau-nés ont été admis en néonatalogie avec une détresse respiratoire et inclus aux SMK entre 1 et 7 jours.

Il est nécessaire d'entreprendre des actions en vue d'améliorer et garantir le bien être de cette catégorie de nouveau-nés. Ces actions doivent s'intéresser au volet préventif de l'accouchement prématuré, au renforcement des structures existantes en matière de personnels qualifiés et de moyens techniques, pour un rendement meilleur.

5.2 RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

A l'unité de soins mère-kangourou du CS Réf CII

- Renforcer les causeries pendant la phase intra-hospitalière
- Renforcer les compétences du personnel de l'unité par la formation continue
- Procéder à la recherche active par relance téléphonique et visites à domicile

Au CS Réf de la commune II

- Doter l'unité de SMK de lits adaptés
- Doter l'unité des poches adaptées pour les soins mère-kangourou.

Aux autorités sanitaires

- Instaurer un programme de communication dans les médias pour mieux comprendre l'importance des soins mère- kangourou en zone urbaine et rurale.
- Accélérer l'extension des SMK à l'échelle nationale.

REFERENCES

6 Références

1. OMS. Naissance prématurée. Récupéré sur www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr, consulté le 30 Mai 2022.
2. Anonyme. (Page consultée le 30 Mai 2022). Prématurité et hypotrophie à la naissance 2000. Disponible sur: <https://www.google.com/search>.
3. World Health Organization and UNICEF: Too many babies are born too small, according to. United nation. May 10, 2023 [accessed Nov 3, 2023]; Available at <https://news.un.org>.
4. Hannah Blencowe, Simon-Cousens, Mikkel Z, Oestergaard, Doris chou, Ann-Beth Moller, et al. Arrivés trop tôt: rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées. Données provenant d'estimation des taux de naissance prématurée réalisés à l'échelle national, régional et mondiale au cours de l'année 2010. Disponible sur <https://www.google.com/search>.
5. Inserm. Prématurité. Recherche google [internet] [Cité le 5/11/2023]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr>.
6. Rapport du bilan d'activité du service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré en 2022.
7. WHO Statical Information system (WHOSIS). Available at. [/compendium/2008/2bwn](http://www.who.int/compendium/2008/2bwn)) consulté le 30 Mai 2022. Disponible sur : <https://www.google.com/search> ?
8. OMS. Les recommandations pour la prise en charge du nourrisson prématuré ou de faible poids de naissance ; recherche. google [internet].[cité le 5/11/2023].Disponible sur :<http://www.google.com>
9. Nzanza IV, Lizziane MK, Belinda K, Emmanuel MWM, Numbi BL, Kangabuka MS et al. Frequence et causes des accouchements prématurés à l'Hopital Provincial de reference Jason Sendwe. Revue de l'infirmier Cogois. 2022 ;6(2) :6-11.
10. Diallo A, Touré AT, Diallo MC. Statut à la naissance et prise en charge des nouveau-nés dans une maternité de dernier recours en Guinée, Prématurité 2022/4(Vol.14), p174-179.
11. Nagalo K, Kaboret S, Toguyeni L, Guira I, Kabore A, Belemvire A et al : Newborns with low birth weight in a hospital environment in Burkina. Journal of Scientific Research of the University of Lomé (article). 2021. Vol. 23 No.2

[https://www.journalquality.info/jpps-criteria/no-stars\(assessed: 2023-11- 5\)](https://www.journalquality.info/jpps-criteria/no-stars(assessed: 2023-11- 5)).

12. Kadidiatou R.K et al. Facteurs associés à la satisfaction des mères à l'unité Soins Mère Kangourou du CHU de Treichville : une enquête transversale par approche mixte en Côte d'Ivoire. *Revue de Médecine et de Santé Publique*. 2022 ; 5(1) : 2-11.
13. Coulibaly A. Caractéristiques épidémiocliniques des petits poids de naissances dans l'unité de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako : FMOS ;2022.
14. Bocoum B. Profil épidémioclinique des nouveau-nés prématurés de l'unité kangourou du CHU Gabriel Touré de Bamako (à propos de 1084 cas). Thèse de médecine Bamako : FMOS ;2015.
15. Aujard Y, Lejeune C. Généralités en néonatalogie : Pédiatrie (Paris), Ellipses, 1980
16. BONKOUYOU P. Élevage du prématuré en milieu tropical urbain à propos de 101 cas colligés à l'unité de néonatalogie du CNHU de Cotonou Bénin. [Mémoire DES ped.]1995, n°393,59p.
17. Achour M, S. L. Tahraoui, M. Mokhtari, C. Huon, J. Badoual. Actualité en réanimation néonatale ; réanimation en salle de naissance. *Annales de pédiatrie (Paris)*, 1999. n°48,6 p.
18. LOUIS K. Puériculture et Pédiatrie, Masson. Paris ; 1989.
19. Beaufils F. Réanimation néonatale et pédiatrique. Préparer l'avenir. *Archives françaises de pédiatrie* : 1990;47: p:623-625.
20. Blondel B. H. Grandjean, C. Arnaud, M. Taminh ; Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés dans les grossesses à haut risque en France. Supplément°2 Masson, Paris, Vol. Volume 27. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* ; 1998, p: 21-36.
21. Haddad J. Alternatives thérapeutiques en néonatalogie : pour une réduction du cout de la prématurité. Service de néonatalogie. Hôpital- saint Georges. Université libanaise et Société libanaise de médecine périnatale, Beyrouth, BP 166378, Liban
22. INGEMARSSON I. Travail prématuré : Objectif du traitement, *journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, supplément 2 ; 1997. Vol. volume 26.
23. Aujard Y. La caféine dans le traitement des apnées du prématuré. *Archives françaises de pédiatrie* : 1990 ; n° 47, 4 p.
24. Comité de nutrition Société française de pédiatrie- la vitamine k en pédiatrie : recommandation de prescription, *Archives françaises de pédiatrie* : 1991 ; 48 : 57-59.

25. MAIGA H : Profil épidémioclinique des nouveau-nés prématurés de l'unité kangourou de l'hôpital de Sikasso. Thèse de Médecine de l'USTTB de Bamako. Mali ; 2020.
26. GUINDO A : Caractéristiques épidémio-cliniques des nouveau-nés prématurés dans l'unité de néonatalogie de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Thèse de Médecine de l'USTTB de Bamako. Mali ; 2021.
27. Hôpital Laquintinie de Douala Cameroun, unité kangourou : documents de formation en technique mère kangourou. 2007.
28. Whitelaw A. Heisterkamp G. Sleath K. Acolet A. Richards M. Skin to skin contact for very low birth weight infants and their mothers. Arch Dis Child, 63,1988:1377-1380.
29. Martinez Gomez H. Rey Sanabria E. Marquette C.M. The Mother Kangaroo Programme. International Child Health ,3(1) ,1992 :55-67.
30. Charpak N, Ruiz- Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. Kangourou mère par rapport aux soins traditionnels pour les nouveau-nés $\leq 2,000$ grammes : un essai contrôlé randomisé. Pediatrics.1997; 100: 682-688.
31. Colonna F. Uxa F. da Graca A.M. de Vonderweld U. The kangaroomother method; evaluation of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries. International journal of gynecology and obstetrics, 31,1990:335-339.
32. Ludington H. Hadeed A. Energy conservation in preterm infants during skin-to-skin care, Montreal, Abstract international meeting on infants Research, Canada, 1990.
33. Cissouma A, Haidara D, Coulibaly A, Traoré SA, Daouda S. Devenir Immédiat des Prématurés dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Sikasso. Health Sic.Dis: Vol 23 (5) May 2022 pp 1-5.
34. Kamo Selangäi H, Mekone Nkwele I, Djike Puepi Y, Mbono Betoko R, Tena Zenabou, Minga Zekaikom F, Ngo Um Sap S. Connaissances et Perceptions de la Méthode Mère Kangourou par les Mères dans un Hôpital Régional au Cameroun. Health Sci. Dis : Vol 23 (12) December 2022 pp 30-33.
35. Raveloharimino NH et al. Nouveau-nés hypotrophes pris en charge à Mahajanga Madagascar. Revue. Malgache. Pédiatrie 2021 ;4(2) :54-59.
36. Ravaoarisoa TM : Développement moteur jusqu'à 12 mois des prématurés suivis par méthode mère Kangourou au centre hospitalier universitaire de gynécologie

obstétrique de Befelatana. Mémoire de Médecin de Antananarivo.Madagascar,2021, N°483.

- 37.Nicole M. Facteurs de risques et devenir hospitalier des nouveaux nés prématurés à l'hôpital gynéco, obstétrique et pédiatrique de Yaoundé ; thèse de médecine. Thèse Med Yaoundé 2011-M-6784M.

ICONOGRAPHIE



Figure 4 : Quelques images des nouveau-nés prématurés

Source :CS Réf commune II

ANNEXES

7 Annexes

Fiche d'enquête

1 Fiche N°

2 HISTOIRE FAMILIALE :

Age maternel : /...../

Etat civil : /...../ 1= Mariée 2=célibataire

Scolarité de la mère:/...../ 1=primaire 2=secondaire 3=supérieur 4=non scolarisé

Emploi de la mère:/...../ 1=femme au foyer 2=salariée

Résidence:/...../ 1=commune urbaine 2=hors commune urbaine

3 Grossesse

Gestité:/...../

Parité : /...../

Nombre de CPN : /...../

4 Détection de maladie

Syphilis:/...../ 1=non fait 2=si avec traitement 3=si sans traitement
4=négative 5 pas de donnés

Toxoplasmose : /...../ 1=non fait 2=si avec traitement 3=si sans traitement
4=négative 5=pas de donnés

HIV : /...../ 1=non fait 2=si avec traitement 3=si sans traitement
4=négative 5=pas de donnés

Malaria:/...../ 1=non fait 2=si avec traitement 3=si sans
traitement 4=négative 5=pas donnés

Infection urinaire:/...../ 1=non fait 2=si avec traitement 3=si sans
traitement 4=négative 5=pas de donnés

5 Pathologies

Grossesse multiple : /...../ 1=oui 2=non

Anémie : /...../ 1=oui 2=non

Drépanocytose : /...../ 1=oui 2=non

Rubéole:/...../ 1=oui 2=non Diabète : /...../ 1=oui 2=non

6 Accouchement et naissance

Mode d'accouchement:/...../ 1=voie basse 2=césarienne

Lieu d'accouchement : /...../ 1=hôpital 2=csref 3=cscm 4=domicile
5=cabinet /clinique

Sexe : /...../

Poids:/...../

Age gestationnel : /...../

Signes cliniques à l'admission:/...../ 1= détresse respiratoire 2= cyanose

3=pâleur 4= néant 5=cyanose +détresse respiratoire

Période d'inclusion aux SMK:/...../1=j1-j7 ;2=j8-j14 ;3=plus deJ14

7 Devenir

Statut vital:/...../ 1=vivant 2=décédé

Fiche signalétique

Nom : SAMA

Prénom : Porna

TITRE DE LA THÈSE : Profil épidémio-clinique des nouveau-nés admis dans l'unité de soins mère-kangourou du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako

ANNÉE : 2022-2023

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DÉPÔT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEUR D'INTÉRÊT : Pédiatrie néonatalogie soins mère-kangourou

RÉSUMÉ : Notre étude était une étude rétrospective et descriptive visant à analyser le profil épidémio-clinique des nouveau-nés prématurés/PPN.

L'étude a porté sur 63 nouveau-nés dont 6 paires de jumeaux et un triplé, les mères étaient au nombre de 56.

La majorité des mères avait un âge compris entre 19 et 25 ans soit 42,9%, l'âge moyen était 25 ± 6 ans ; 88,9% des mères étaient mariées ; les non scolarisés représentaient 38,1%. Les femmes au foyer étaient majoritaires avec 57,1%.

Les accouchements par césarienne représentaient 19,0%, la majorité des accouchements ont été fait par voie basse (81,0%). L'âge gestationnel moyen était 32,6 SA (grande prématurité).

Près de 42,9% des nouveau-nés étaient classés en prématurité moyenne. Le poids moyen était 1563g.

Les suivis corrects jusqu'à 12 mois étaient majoritaires soit 52,4%, il y a eu 4 décès soit 6,3%.

MOTS CLES : prématurés, petits poids de naissance (PPN), Soins Mère-Kangourou.

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 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 leurs pères.

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

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

Je Le Jure !