

Ministère de L'Education Nationale

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



U.S.T.T-B



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

Année universitaire 2016- 2017

THESE

N° :

*Pratique des soins essentiels aux nouveaux -nés
dans le Centre de santé de référence de la
commune V du District de Bamako*

Présentée et soutenue publiquement le ----/----/2018 par :

M. COULIBALY Hamidou

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Abdoulaye Ag Rhaly

Membre : Dr. TRAORE Soumana Oumar

Co-Directrice : Dr. KEITA Haoua Dembéle

Directeur : Pr. SANGHO Hamadoun

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

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

Amen !

DEDICACES

Je dédie ce travail

❖ **A mon Père : Hamary Coulibaly Bouvier**

- ❖ Je suis particulièrement fier et heureux de t'avoir comme père.
- ❖ Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté font de toi un père modèle et un homme digne.
- ❖ Tu nous as inculqué les valeurs de dignité, de justice, d'honneur, du respect et de probité.
- ❖ Tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite scolaire et universitaire de tes enfants. Ta participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable. Je te dédie ce travail qui tourne une page de ma vie ; que ce travail, un parmi tant d'autres, soit l'un des témoins de mon immense reconnaissance.
- ❖ Ce jour est l'aboutissement de tes efforts et de tes nombreuses prières.
- ❖ Que Dieu t'accorde une longue vie afin que tu puisses jouir pleinement des fruits de tes sacrifices. Tu nous as fait comprendre que la famille est la chose la plus formidable et merveilleuse... Tu as laissé tes désirs pour nous rendre heureux... Nous sommes de toi et on est fier de t'avoir comme papa. On a de la chance !!! Je me suis toujours dit que je ferais tout pour que tu sois heureux ; en fait je me trompais car ton bonheur, était seulement d'être à côté de ta famille, nous voir heureux. Tu es magnifique !!!! Je ferais tout pour ne pas te décevoir. Je vais réussir et devenir un grand médecin, sauver des vies. Je t'aime Papa et je t'aime plus que tout au monde. Tu resteras pour nous le modèle de courage, d'abnégation et de sagesse. Que Dieu te donne une longue et heureuse vie...
- ❖ Merci Papa

Merci Papa

A ma mère : Anna fissa Abba Manthirba Chère maman, tu m'as donné tout ce qu'une mère peut offrir de plus précieux à son fils : affection, soutien, goût de l'effort, respect de l'autre.

Ta générosité, ton amour pour tes enfants et les autres font de toi une mère exemplaire.

Tu as consacré entièrement ton temps à ton foyer et à notre éducation, sans jamais te lasser, sans jamais te plaindre. Cet œuvre est à toi, que son fruit t'apporte du bonheur.

Tu resteras pour moi la mère la plus enviée du monde. Je me souviendrai pendant tout le reste de ma vie de tes souffrances consenties, de tes nuits blanches de prière pour que ce jour arrive. Je te la dédie pour tout l'amour et la merveilleuse éducation que nous avons reçu de toi.

Pardonne- moi s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. Si toutes les mamans étaient comme toi, la paix règnerait sur la terre toute entière. Les mots me manquent pour te remercier, mais saches tout simplement que je t'aime très fort !

Que Dieu t'accorde une longue et heureuse vie à nos côtés.

❖ **A mon oncle : Mahamane Manthirba kolac**

❖ Sachez que je ne saurai jamais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Merci pour votre soutien. Vous m'avez vraiment prouvé que je peux compter sur vous. Inchallah, je ne vous décevrai pas. Merci pour ton soutien moral et financier. Toutes mes sincères reconnaissances.

Que le bon Dieu vous bénisse ! Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude. Je vous aime !!!!

❖ **A mes frères : Adama, Madou, Dramane, Cheick, Bocar, Moussa, Mohamed Sangho, Oumar Sangho, Seydou Sangho, etc.**

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

❖ **A mes sœurs : Djénèba, Saouti, Araba, Hawa, Mah, Khadîdja, Anna, Aïcha.**

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

Mais avec l'appui des parents nous avons pu surmonter ces étapes. Puisse Dieu consolider notre lien sanguin. Je vous aime !!!

❖ **A mes tantes : Amintou Sangho, Aïssata Abba, Woura Kossa, Korotoumou Coulibaly, Fatoumata Coulibaly, Lalla Touré ;** Vous êtes merveilleuses, comme une mère, vous vous êtes souciées de mon avenir. Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi, vos conseils vos bénédictions et votre soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tout à fait à votre honneur.

❖ **A mes oncles :** Pour votre assistance inestimable et votre attachement à mon égard. Toutes mes sincères reconnaissances.

❖ **A tous mes cousins et cousines :** Merci pour votre sympathie. Ce travail est le vôtre.

❖ **A tout le personnel du CREDOS :** Merci pour votre aimable sympathie et votre sincère cordialité. Recevez ici l'expression de mes respectueuses considérations.

❖ **Au personnel du CSREF de la commune V du District de Bamako :**

❖ Pour la disponibilité et la grande générosité. Les moments passés avec vous ont été d'une richesse inestimable.

❖ **Au corps professoral de la F.M.O.S :** Merci pour la qualité des cours dispensés. Que Dieu vous en récompense.

❖ **A tous mes amis : Alassane Ibrahim, Assoumane Alidji, Amadou Hamma, Hamma Hamidou, Sidi Ag Hamada Moussa zangue, Sékou, Temé, Sogoba, Madou Keita, Imam Chafi, Adramane sangho, Aboubacrine Ascofaré.** Je ne retiendrai de vous que les agréables

souvenirs et moments, soyez rassurés de ma constante disponibilité et recevez ici l'expression de toute mon amitié.

❖ **A tous les membres de ma famille** : Pour votre assistance morale et matérielle. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. A tous les médecins avec lesquels j'ai eu le plaisir de travailler au cours de mes études.

❖ **A mes Camarades et amis de la FMOS** :

Je vous souhaite tout ce qu'il y a de meilleur. Que le bon Dieu puisse consolider nos liens d'amitié.

❖ A toute la 8^{ème} promotion du numerus clausus de la FMOS dont je fais partie : Courage et persévérance

❖ A tout le personnel du **CSRéf** de Goundam, du **CSRéf** de Niono, du **CSCOM** de Niamakoro, du cabinet médical **SAHA DJIKE** à Kalaban Coura. Merci pour votre franche collaboration.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont :

À tous ceux qui m'ont transmis leurs connaissances :

Mes Maîtres coraniques, les enseignants de l'école fondamentale **Abocar Amar Touré**, du Second Cycle, **Youba Kary Sidibé** du **Lycée de Goundam**. Aucun mot ne sera suffisant pour vous témoigner toute ma reconnaissance.

Du fond du cœur, je vous dis merci.

A La FMOS

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

A tout le corps professoral de la FMOS

Pour la qualité de l'enseignement et de l'initiation professionnelle que vous nous avez dispensés. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A tous les personnels du centre de santé de référence de la commune V, des centres hospitaliers universitaires Point G et Gabriel Touré

Pour la formation reçue, soyez rassurés de notre reconnaissance.

A tout le personnel du CREDOS, particulièrement :

Merci pour votre courtoisie et votre détermination pour la réussite de ce travail. Ce travail est aussi le vôtre.

Soyez assurés de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

Au Dr Keita Aoua Dembélé :

Je vous souhaite une longue et heureuse vie.

Vous avez participé activement à la naissance de ce projet d'étude.

Sans vous, il n'aurait pas été ce qu'il est.

Merci pour votre disponibilité et votre franche collaboration.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Abdoulaye Ag RHALY

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

Cher Maître,

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- ✚ Maître -Assistant de Gynécologie et Obstétrique à la FMOS
- ✚ Praticien gynécologue obstétricien au service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger dans ce jury.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants. Amen

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTRICE DE THESE :

Dr KEITA Haoua DEMBELE,

✚ P H D en Santé Publique ;

✚ Attachée de recherche en santé publique ;

✚ Chef de département de recherche du CREDOS

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour vous remercier.

Vous nous avez fait honneur d'encadrer ce travail ; soyez-en rassurée que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées. Votre rigueur, votre sens élevé du travail bien fait nous ont toujours séduits.

Vous demeurez un exemple à suivre.

Acceptez ici ma profonde gratitude.

Puisse Allah vous garder longtemps. Merci infiniment !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr SANGHO Hamadou

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

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur en nous confiant ce sujet de thèse et d'accepter de diriger et d'encadrer ce travail. Nous avons particulièrement apprécié votre collaboration. Vos connaissances, votre précision dans le travail et votre pédagogie vous honorent.

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

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CPN : Consultation Prénatale

CPON : Consultation post-natale

CSCOM : centre de santé communautaire.

CSREF : centre de santé de référence

DER : département d'enseignement de recherche

EDSM : Enquête Démographique et de santé au Mali.

ENC : Essential New Born care (soins essentiels au nouveau-né)

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

GATPA : gestion active de la troisième période d'accouchement

IEC : information, éducation, communication

NN : nouveau-né

OMS : organisation Mondiale de la Santé.

PDSSC : plan de développement socio-sanitaire de cercle

PEV : programme élargi de vaccination

SA : semaine aménorrhée

SENN : soins essentiels au nouveau-né

SIS : services d'injection supervisée

UNICEF : United nations of international children's emergency fund (en anglais) ou fonds des nations unies pour l'enfance.

VIH : virus de l'Immunodéficience humaine.

INRSP : Institut national de recherche en santé publique.

CREDOS : Centre de recherche d'études et de documentation pour la survie de l'enfant.

OCCGE : Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies.

CAMES : Conseil Africain et Malgache pour L'enseignement Supérieur.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. ENONCE.....	6
III.OBJECTIFS.....	11
IV.GENERALITES.....	13
V.METHODOLOGIE.....	30
VI.RESULTATS.....	56
VII.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	84
VIII.CONCLUSION.....	96
IX.RECOMMANDATIONS.....	98
X.REFERENCES.....	101
XI.ANNEXES.....	106

INTRODUCTION

I. Introduction :

Les soins essentiels du nouveau-né 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 et immédiatement après la naissance ainsi que durant la période post natale [1].

Il se divise en soins avant la naissance et après la naissance :

- **Soins essentiels avant la naissance : [1].**

Les soins maternels avant la conception c'est à dire la prise en charge de toutes les maladies existantes chez une femme en âge de procréer et le suivi de la grossesse de la conception, à l'accouchement par un personnel qualifié.

- **Soins essentiels après la naissance : [1].**

C'est l'ensemble des gestes et actes à effectuer au moment de la naissance et jusqu'à six semaines de vie, pour assurer la survie du nouveau-né.

La naissance d'un bébé est l'un des moments les plus merveilleux de la vie. Elle marque en effet le passage de la vie du fœtus dépendant de la mère à celle du nouveau-né indépendant [2].

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

Le retard dans la reconnaissance des problèmes de santé des nouveaux-nés et le retard à l'accès à des soins de qualité contribuent à un nombre élevé de décès des nouveaux-nés [2].

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

En effet 450 nouveaux-nés meurent toutes les heures dans le monde, soit 4 millions de nouveau-nés durant le premier mois de la vie et 4 autres millions sont morts -nés [2].

Parmi ces nouveaux nés, 2 millions meurent au cours de la première semaine de vie et particulièrement pendant le premier jour de vie. Seulement, 1% des décès néonataux se produisent dans les pays développés, 99% dans les pays en voie de développement [2].

C'est en Afrique que surviennent 25% de décès néonataux alors que ce continent ne compte que 11% de la population mondiale [3].

Le taux de mortalité néonatale au Mali est de 34‰ selon EDS V Mali [3].

Les principales causes de décès du nouveau-né sont : [2].

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

Au centre de toutes ces pathologies se trouvent le petit poids de naissance qui contribue à plus de la moitié des décès, car elle diminue les chances de survie [2].

Cependant, il faut remarquer que des documents de référence nationale élaborés offrent un cadre clair des soins du nouveau-né qui peuvent être fournis à de faible coût. Jusqu'à 40% de morts néonatales pourraient être évitées par leur intermédiaire, et parmi ces interventions qui ont sans doute un impact positif sur la santé et la survie des nouveau-né [4].

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

Les difficultés sont entre autres : [2].

- l'absence d'assistance aux nombreuses femmes et nouveaux-nés pendant l'accouchement par du personnel qualifié.
- l'importance d'accouchement à domicile dans les pays en voie de développement dont les nouveaux-nés échappent au contrôle des prestataires.

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

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

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

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

Outre ces mesures préventives, l'identification précoce des problèmes, l'accès rapide aux soins et leur prise en charge correcte contribuent considérablement à la réduction de la mortalité néonatale.

En matière de naissance tout nouveau-né a le droit fondamental de bénéficier des soins prénataux adéquats [2].

ENONCÉ DU PROBLEME

II. Énoncé :

La naissance, le premier jour et la première semaine de la vie sont des moments d'importance cruciale [5].

La santé des mères, des nouveaux-nés et des enfants représente le bien-être de la société. C'est donc l'avenir d'un enfant qui peut se jouer à la naissance et pendant les jours suivants. C'est dire l'importance d'une surveillance attentive en vue de prévenir, dépister et prendre en charge précocement toute anomalie susceptible d'avoir un retentissement sur le nouveau-né [6].

Près de 99% des décès des nouveaux-nés concernent les pays en développement. Il ressort de la nouvelle étude que plus de la moitié de ces décès surviennent dans cinq pays, vastes, en partie car ils sont densément peuplés, l'Inde, le Nigeria, le Pakistan, la Chine et la République Démocratique du Congo [6].

En Inde on déplore chaque année plus de 900.000 décès néonataux soit près de 28% du total mondial. Le Nigeria, septième pays le plus peuplé du monde est aujourd'hui le deuxième pays en nombre de décès néonatal alors qu'il était le cinquième en 1990 [6].

Avec une réduction de 1% par an, c'est en Afrique que les progrès sont les plus lents, toutes régions confondues. Douze des 15 pays où la mortalité néonatale est supérieure à 39 pour 1000 nouveaux-nés vivantes appartiennent à la région Africaine de l'OMS (Angola, Burundi, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, République Centrafrique, République démocratique du Congo, Sierra-Leone et Tchad) les trois autres étant l'Afghanistan, le Pakistan et la Somalie [6].

Au rythme de progression actuelle, il faudrait au continent africain plus de 150 ans pour atteindre les niveaux de survie néonatale des Etats Unis d'Amérique ou du Royaume Uni [6].

Parmi les dix pays où la mortalité néonatale a baissé de plus de deux tiers ces vingt dernières années, huit sont des pays à revenu élevé (Chypre, Estonie, Grèce, Luxembourg, Oman, République Tchèque, Saint-Martin et Singapour) et deux des pays à revenu intermédiaire (Maldives et Serbie) [6].

Une nouvelle étude montre nettement que le lieu de naissance à une influence déterminante sur les chances de survie et que notamment en Afrique, trop de mères ont l'immense chagrin de perdre leur enfant, dit le Dr Joy Lawn du programme pour la suivie du nouveau-né. De Save the children et co-auteur de l'étude. «Des millions d'enfants pourraient être sauvés car on dispose d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité et dont on sait qu'elles permettent de prévenir les principales causes de décès néonataux» [7].

Chaque année en Afrique : [5].

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

Dans certains pays africains (en 2006), les nouveaux-nés courent le risque le plus élevé de mourir ; parmi lesquels nous pouvons citer entre autres en tête le Liberia avec 66 ‰ comme taux de mortalité néonatale, la Côte d'Ivoire (65‰), le Nigeria (48 ‰). Il faut signaler que ce risque est plus faible dans certains pays du sud du Sahara : Seychelles (9‰), Cap-Vert (10‰), le Cameroun (29‰), le Burkina (31 ‰), etc. [6].

Pour le Mali, classé 11ème sur les quinze pays africains avec le plus de décès néonatal qui ont également un grand nombre de décès maternels [6].

La mortalité néonatale constitue un sérieux problème de santé publique avec un taux national de 34‰ selon l'EDS-V Mali. En 2006, plusieurs études ont porté sur la mortalité périnatale dans certaines régions du Mali, et certains centres de santé de référence du District de Bamako où les taux de mortalité néonatale se sont avérés élevés et qui variaient entre 29,06‰ et 87,76‰ [8-13] etc. Aucune de ces études n'a traité spécifiquement les soins essentiels du nouveau-né qui comme nous l'avons précédemment dit est d'une grande importance dans l'amélioration de la santé et de la survie du nouveau-né.

Au Mali, les causes de mortalité néonatale sont : infections (pneumonie, diarrhée, tétanos néonatal et autres) : 49%, naissance prématurée (24%) et asphyxie (21%), les maladies congénitales (6%) [6].

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

Le paquet de soins essentiels du nouveau-né dont l'efficacité a été prouvée par la mise en œuvre d'interventions peu coûteuses, réalisables avec des investissements additionnels relativement faibles doit être disponible et

accessible pour tous les nouveaux-nés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire [14].

Des mesures préventives, l'identification rapide des signes de danger, la recherche précoce de soins et la prise en charge correcte des cas peuvent empêcher beaucoup de décès chez les nouveaux-nés. D'où l'importance de la qualité des soins prodigués pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers jours et semaines de vie [2].

Au Mali la mortalité infantile est estimée à 56‰ et la mortalité -infanto-juvénile est 95‰ [3].

La mortalité néonatale était estimée à 34‰ selon EDS V et représente 24% [3].

Notre étude vient à point nommé pour faire l'état des lieux de l'approche des soins essentiels du nouveau-né, dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako, dont les conclusions et les recommandations permettront d'améliorer l'état de santé de la mère et du nouveau-né particulièrement en commune V et au Mali en général.

OBJECTIFS

III.OBJETIFS :

3.1 Objectif général :

Etudier la pratique des soins essentiels aux nouveaux nés dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako en 2018.

3.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la pratique des soins essentiels au nouveau-né dans le centre de santé de référence de la commune V en 2018.
- Déterminer les connaissances et pratiques des mères sur les soins essentiels des nouveau-nés.
- Déterminer les connaissances et pratiques des agents de santé dans la pratique sur des soins des nouveau-nés.
- Identifier les problèmes liés à la prise en charge du nouveau-né.
- Proposer des recommandations en vue d'une amélioration des soins de santé.

GENERALITES

IV. Généralités :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le post-partum comme « une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille sur le plan physiologique, affectif et social » [15].

A. Rappel sur la physiologie de l'accouchement : [2].

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui ont pour conséquences l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 28 SA. Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré. Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures généralement d'ordre thérapeutique.

L'accouchement est un phénomène intimement lié à l'humanité. Le processus d'accouchement et tous les aspects qui l'entourent varient donc en fonction des contextes historique, géographique, social et culturel. Ces contextes influencent les positions d'accouchement, les conditions dans lesquelles l'accouchement a lieu, les personnes du monde médical ou non qui entourent la parturiente (sage-femme, obstétricien, père...) ainsi que les lieux d'accouchement (accouchement assisté à domicile, hôpital, maison de naissance) [16].

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

eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal, dans le cas contraire, il est dystocique.

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

Le déroulement du travail d'accouchement comporte 3 périodes :

a) La première période : l'effacement et la dilatation du col.

Elle est marquée par l'apparition de contractions utérines (liées aux raccourcissements des fibres utérines) du travail et leurs conséquences et se termine lorsque la dilatation est complète.

b) La deuxième période du travail d'accouchement : l'expulsion : Elle correspond à la sortie du fœtus et s'étend de la dilatation complète à la naissance.

c) La troisième période du travail d'accouchement : la délivrance :

C'est l'expulsion du placenta et des membranes [1].

B. Soins essentiels du nouveau-né

Les soins essentiels du nouveau-né 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 et immédiatement après la naissance ainsi que durant la période post-natale [1].

Il se divise en soins avant la naissance et après la naissance :

❖ **Soins essentiels avant la naissance : [1].**

Les soins maternels avant la conception c'est à dire la prise en charge de toutes les maladies existantes chez une femme en âge de procréer et le suivi de la grossesse de la conception, à l'accouchement par un personnel qualifié.

❖ **Soins essentiels après la naissance : [1].**

C'est l'ensemble des gestes et actes à effectuer au moment de la naissance et jusqu'à six semaines de vie, pour assurer la survie du nouveau-né.

Cette phase a pour objectif :

- De savoir que le nouveau-né est bien portant (à savoir qu'il maintient une température normale) ;
- Détecter les signes de danger ;
- Informer la mère et la famille sur les soins à apporter au nouveau-né ;
- Planifier les soins continus, qui comprennent :
 - Les soins immédiats à la naissance ;
 - Les soins du nouveau-né au cours des six premières heures ;
 - Les soins à apporter au nouveau-né par la suite et jusqu' à six semaines.

❖ **Étape 1 : Sécher et stimuler le nouveau-né**

Le nouveau-né doit être immédiatement séché, y compris la tête.

Frotter doucement le corps du nouveau-né à l'aide d'une serviette propre, chaude, au besoin.

Puis se débarrasser de la serviette, pour la remplacer par les linges propres si possible stériles et secs. Il est recommandé de placer alors le nouveau-né en contact peau à peau avec sa mère. S'il respire toujours normalement le couvrir,

lui et sa mère (incluant sa tête et tout son Corps.) une couverture propre, sèche et chaude.

❖ **Etape 2** : Evaluer la respiration et la coloration du nouveau-né.

La respiration et la coloration du nouveau-né doivent être évaluées immédiatement lors du séchage. Le visage, la poitrine, les lèvres et les joues doivent être roses.

❖ **Etape 3** : Evaluer les besoins en réanimation

Si le nouveau-né ne respire pas, s'il y'a une respiration irrégulière ou s'il «Gaspé» il nécessite une réanimation immédiate :

- Clamper et couper rapidement le cordon ;
- Placer le nouveau-né sur une surface plane, chaude et commencer immédiatement la réanimation. Demander l'aide, car une seconde personne est alors nécessaire pour assurer les soins à la mère ;
- Un nouveau-né ne doit jamais être pris par les pieds car cela pourrait occasionner une rupture de vaisseau sanguin et entraîner une hémorragie au niveau du cerveau.

❖ **Etape 4** : Garder le nouveau-né à chaud :

- Il est néfaste de laisser un nouveau-né à refroidir, sa température pouvant continuer à baisser si des soins appropriés ne lui sont pas donnés ;
- Environ 25% de la perte de chaleur peut provenir de la tête, si elle est exposée à l'air libre ;
- Le nouveau-né doit être vêtu de vêtement chaud si possible en coton y compris le bonnet ;
- Les recherches ont démontré que le partage du lit avec la mère, en plus de maintenir la bonne température du nouveau-né,

favorise l'allaitement et la prise de tétées prolongées et plus fréquentes ;

- Le contact peau à peau est très important surtout chez les nouveau-nés de petit poids de naissance ;
- Le contact peau à peau a pour avantage :
 - De maintenir la température du nouveau-né par la chaleur corporelle de la mère ;
 - De renforcer du lien mère /enfant ;
 - Favoriser l'allaitement précoce ;
 - Prévenir des infections.

❖ **Etape 5** : ligature et coupe du cordon :

Faire deux nœuds serres autour du cordon. Le bout du cordon ne doit être couvert et doit rester libre, sans aucun pansement.

Le saignement du cordon doit être intégré à la recommandation du GATPA.

Toutes les 15 mn durant les deux premières heures, toutes les 30 mn au cours de la troisième heure et toutes les heures jusqu'à la sixième heure.

La ligature et la section du cordon doivent se faire immédiatement après la naissance en cas de mère séropositive ou d'asphyxies périnatales.

❖ **Etape 6** : Identification du nouveau-né

Il est important d'identifier le nouveau-né le plus tôt possible après la naissance à l'aide d'un bracelet d'identification ou d'un autre procédé durable.

❖ **Etape 7** : désinfecter les yeux

Le traitement par un antimicrobien protège le nouveau-né des infections des yeux.

Le traitement des yeux du nouveau-né doit être fait au cours de la première heure suivant la naissance.

❖ **Etape 8** : peser l'enfant et prendre ses autres mensurations.

Les linges secs et propres, chauds si possible, doivent être placés sur la balance, permettant de la tarer, pour ensuite peser le nouveau-né enveloppé de linge.

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

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

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

Un poids normal se situe entre 2500 g et 4000 g. On parle de petit poids de naissance pour un poids inférieur à 2500 g.

❖ **Etape 9** : L'administration de la vitamine k1 :

La vitamine k1 doit être administrée au nouveau-né par IM ou voie orale dans les premières six heures de vie. Elle permet au sang de mieux coaguler. S'il y a un saignement à la naissance, le nouveau-né présente un faible taux de vitamine K1 par ailleurs peu présent dans le lait maternel. L'administration de la vitamine k1 en IM ou en voie orale permet de renforcer la capacité du sang du nouveau-né à coaguler et à prévenir les hémorragies.

- Le dosage de vitamine K1 administré est de :

0.5mg pour le nouveau-né de très petit poids de naissance (inférieur de 1500) ;

1mg pour le nouveau-né pesant entre 1500 mg et 1800 mg ;

2 mg pour le nouveau-né supérieur de 1800 mg.

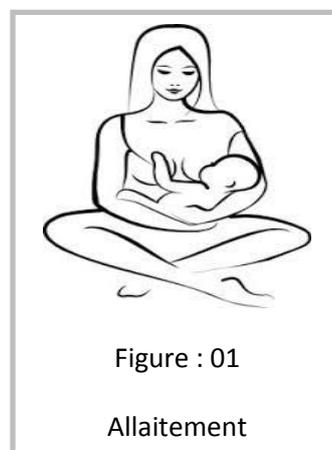
La prophylaxie de la vitamine K1 doit être systématique chez tous les enfants pour prévenir les hémorragies.

❖ **Etape 10** : Initiation à l'allaitement (l'allaitement précoce ou première tétée).

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

❖ **Etape 11** : nettoyer et/ou faire le bain du nouveau-né

- Sauf si la mère est séropositive au VIH un bain précoce n'est pas nécessaire et pourrait provoquer une hypothermie (baisse de la température).
- Le premier bain peut être retardé jusqu' au deuxième ou troisième jour de vie, à moins que les traditions culturelles n'exigent un bain précoce, il faut entendre que le bébé ait au moins six heures de vie et utiliser de l'eau tiède.



Si le nouveau-né est souillé de méconium ou de sang, nettoyé rapidement les parties souillées à l'aide d'un tissu mouillé avec de l'eau tiède. Sécher immédiatement le nouveau-né.

Le nouveau-né ne doit être baigné que si sa température est stable, entre 36,5° et 37°c.

Après le bain, le contact peau à peau mère/ bébé doit être repris, en les recouvrant ensemble d'une couverture (chaude au besoin) pour préserver la chaleur.

a) Besoin du nouveau-né au cours des six premières heures après la naissance [2].

Dans le cas d'un accouchement dans une structure de santé, il est important que la mère et le nouveau-né demeurent sous surveillance au moins six heures après l'accouchement.

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

- La respiration : le nouveau-né normal respire 30 à 60 fois par minute, sans geignement ni tirage thoracique ;
- La chaleur ;
- Le saignement du cordon ;
- La coloration cutanée ;
- L'allaitement maternel ;
- Vérifier les autres signes de danger.

b) Recommandations et conseils : [2].

Au terme de cet examen si le nouveau-né est normal, il faut encourager et conseiller les parents sur les soins du nouveau-né à domicile :

- Maintenir la température ;
- Protection contre l'infection ;
- Bain du nouveau-né ;
- Soins de l'ombilic ;
- Vaccination ;
- Allaitement maternel exclusif ;
- Signe de danger.

Ces signes de danger sont :

- si l'enfant tête mal ou ne tête pas ;
- si l'enfant respire difficilement ;

- léthargie (l'enfant dort trop) ;
- convulsion ;
- hypothermie ou hyperthermie ;
- vomissements persistants ;
- ballonnement abdominal ;
- infection sévère de l'ombilic (gonflement, écoulement, rougeur, pustules, mauvaise odeur).

c) D'AUTRES SIGNES SONT EN PRENDRE EN CONSIDERATION

- Saignement du cordon ou du rectum ;
- Ictère sévère ;
- Membre ou articulation enflé ;
- Diarrhée sévère ;
- Pustules ;
- Infection des yeux.

La présence d'un seul signe de danger chez le nouveau-né doit conduire la mère à consulter un prestataire qualifié de toute urgence.

d) Les préparatifs pour les soins du nouveau-né

Les prestataires qui assistent à l'accouchement feront des préparatifs pour la naissance.

Ceux-ci concernent l'environnement, le matériel et les produits nécessaires pour les soins du nouveau-né.

1. Environnement

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

2. Matériel et produit pour la prévention des infections (technique de base)

Le matériel est constitué de :

- Lame propre;
- La solution de décontamination (c'est un procédé qui consiste à inhiber ou à détruit les micro-organiques sur les objets inanimés afin de les rendre moins dangereux à manier pour les personnes) ;
- Le nettoyage (Balais, Serpière) des locaux ;
- Les stérilisations (C'est la destruction de tous les micro-organismes y compris les endospores bactériennes) ;
- Désinfection à haut niveau (c'est l'élimination de la plupart des micro-organismes à exception des endospores) ;
- La désinfection à haut niveau par ébullition détruit le virus, les bactéries, et les champignons ;
- Elle peut être utilisée dans les maternités, les postes de santé qui ne dispose pas de stérilisation ;
- Le récipient résistant à la perforation pour les objets tranchants ;
- Les gants de ménage ;
- Le seau pour la décontamination.

3. Linge :

Utiliser du linge propre si possible lavé et séché au soleil.

Conseiller aux mères d'apporter 5 linges (pagnes) propres quand elles viennent à la maternité pour accoucher.

Trois d'entre eux serviront à recevoir et sécher le bébé.

4. Matériels et produit pour l'accouchement : [2].

- Une surface propre et chaude pour placer le nouveau-né, table chauffage.
Le matériel de protection (Gants stériles, tablier, lunettes de protection...);
- Le kit d'accouchement (ciseaux, lame de bistouri, stérile, lame neuve non utilisée, pinces, et fils de ligature stériles ou désinfection à haut niveau) ou clamp de Barr ;
- Le récipient pour recevoir le placenta ;
- Pèse bébé, prise de température ;
- Les seringues et aiguilles, coton, et alcool, pour nettoyer les points d'injections, compresses, gaz, matériel de réanimation du nouveau-né, les poires.

5. Les médicaments :

Tétracycline 1% (auréomycine 1% ou gentamicine collyre etc....), vitamine K1.

6. Autres fournitures

L'horloge, le chronomètre, la montre avec trotteuse, le carnet de vaccination, le carnet de santé de la mère.

e) GESTION DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

7. Equipement et matériel de santé de la reproduction.

Niveau cscom

- ❖ **Matériel technique de la prise en charge du nouveau-né :**
 - La table avec source de chaleur ;
 - Le linge stérile ;
 - L'aspirateur de mucosité électrique ou à pied à faible pression (100mn de hg) ;

- Les sondes d'aspirations des sécrétions ;
- La poire à usage unique ;
- Le ballon de ventilation auto gonflable (volume 250 à 500 ml/
pression au moins 45 cm d'eau) ;
- Le masque facial (taille 1 pour nouveau-né normale/taille0
pour petite poids de naissance) ;
- Les divers : Gants, ciseaux, compresses alcoolisées, clamp de
Bar, fils de ligature stérile, lame de bistouri ;
- La montre avec trotteuse ;
- L'horloge murale avec trotteuse ;
- Le thermomètre pour la température ambiante ;
- Le stéthoscope, si possible.

❖ **Médicaments :**

- L'eau distillée ;
- Le sérum glucosé 10%, seringue stérile 10ml et 5ml ;
- La vitamine k1 et l'ocytocine.

❖ **Supports de surveillance :**

- Le registre (de consultation, évacuation, de vaccination) ;
- La fiche (de croissance opérationnelle100, de référence) ;
- Le cahier de surveillance ;
- Le carnet (de santé et de vaccination) ;
- Le diagramme de Maigneur 100 ;
- L'échéancier ;
- Le matériel de vaccination ;
- Le matériel de démonstration nutritionnelle ;
- L'équipement-mobilier (mère plus nouveau-né) ;

- Les fournitures diverses et consommables (matériel d'entretien des lieux, fourniture de bureau, consommables médicaux divers) ;
- Le matériel éducatif : (Radio, boîte à image pm, etc....).

Niveau CSRef/hôpital

Matériel

Même matériel technique que le Cscom plus :

- Le cylindre d'oxygène/concentrateur d'oxygène ;
- Le mano débitmètre, lunettes pédiatriques à oxygène ;
- Le matériel d'intubation (laryngoscope plus ampoules numéro 2,5 ; 3 ; 3,5 ;
- Le cathéter ombilical ;
- Le cathéter court : G24, G26 ;
- La table de réanimation ;
- Les médicaments ;
- Le sérum glucosé et perfuseur, cathéter G24, ou micro perfuseur, adrénaline en ampoule de 1ml=1mg.

C. Définitions des concepts :

Nourrisson : bébé de la naissance jusqu' à l'âge de 2 ans.

Nouveau-né : bébé pendant les 28 premiers jours de sa vie.

Grossesse à risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque [14].

Référence : c'est l'orientation vers un centre spécialisé dont le traitement dépasse les compétences de l'équipe de consultation prénatale [14].

La période néonatale : elle s'étend du premier jour de la naissance au vingt-huitième jour de vie. Elle est divisée en deux parties [17].

La période néonatale précoce : elle s'étend de l'accouchement au septième jour de vie.

La période néonatale tardive : elle s'étend du huitième jour jusqu'à la fin du vingt-huitième jour.

La période périnatale : elle s'étend de la 22^{ème} semaine de la grossesse à la fin de la première semaine de vie post-natale.

Mort-né : c'est un nouveau-né sans aucun signe de vie [2].

- On distingue deux types de mort-né.

Mort-né macéré : le corps du nouveau-né peu déformé ; il est mou, souvent plus petit que le normal et la peau à un aspect malsain avec décoloration et desquamation.

Mort-né frais : le corps du bébé paraît normal sauf dans le cas de malformation associée. La peau ne présente aucun signe particulier, en terme de texture et de consistance, bien qu'elle puisse être pâle, dans ce second cas, le décès est survenu peu de temps avant la naissance, du fait d'un problème apparu lors du travail et ou de l'accouchement.

Réanimation : c'est un ensemble de procédures destinées à restaurer les fonctions vitales du nouveau-né, c'est une urgence médicale [14].

Taux de mortalité néonatale : nombre de décès pendant les 28 jours de vie pour 1000 enfants nés vivants [2].

Taux de mortalité néonatale précoce : nombre de décès pendant les 7 premiers jours de vie pour 1000 enfants nés vivants [2].

Taux de mortalité périnatale : nombre de décès survenant entre la 22^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à la fin du 7^{ème} jour après l'accouchement pour 1000 enfants mort-nés et nés vivants [2].

Elle englobe la mortalité néonatale précoce et la mortinatalité.

Nouveau-né prématuré : c'est un bébé né avant 37 semaines d'aménorrhée.

Nouveau-né à terme : c'est un bébé né d'une grossesse âgée de 37-42 semaines aménorrhée [2].

Nouveau-né de petit poids de naissance : nouveau-né pesant moins de 2500g à la naissance il peut être prématuré ou à terme mais avec un retard de croissance intra utérin [2].

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

Naissance post terme : accouchement intervenant après la 42^{ème} semaine d'aménorrhée.

Le lait maternel : le lait maternel est produit par les glandes mammaires des femmes après l'accouchement, et permet de nourrir le nouveau-né, 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 ; il aide au développement physique et mental du nouveau-né.

Allaitement exclusif : c'est le fait de donner uniquement le lait maternel pendant les 6 premiers mois de la vie sans association d'eau ni de décoction.

Allaitement artificiel : c'est le fait d'alimenter son bébé par les substituts de lait maternel.

Allaitement mixte : c'est les deux cas d'allaitement s'effectuant en même temps.

Première tétée : la première fois qu'une mère donne son sein à son nouveau-né. Elle est un moment important car si la première tétée réussie, elle aidera à réussir les autres tétées.

Le colostrum : premier lait visqueux jaunâtre doit être le premier et unique goût du nouveau-né, il est très riche en vitamine A en anticorps(AC) et autres éléments ou facteur de protection. Il est souvent appelé (le premier vaccin). L'allaitement maternel réduit l'hémorragie du post-partum chez la mère.

Vaccination : Méthode de prévention de certaines infections microbiennes ; virales, parasitaires, ayant pour but d'induire une immunité active par introduction dans l'organisme de préparations nommées antigènes [2].

Nullipare : une femme qui n'a jamais accouchée ;

Primipare : une femme qui a fait 1 accouchement ;

Pauci pare : une femme qui a fait 2 à 4 accouchements ;

Multipare : une femme qui a fait 5 à 6 accouchements ;

Grande multipare : 7 accouchements et plus.

Salle d'accouchement adaptée : c'est une salle qui réponde à la norme c'est à dire une salle propre, chaude, bien éclairée, ou le courant d'air ne rentre pas,

Table d'accouchement couvert d'alèse /de tissus propre, et la présence des récipients dans la salle d'accouchement pour recevoir des linges et compresses sales.

Matériels adaptés : c'est la présence des matériels qui répondent aux normes d'accouchement et des soins aux nouveaux-nés c'est à dire :

- Les matériels utilisés aux cours de l'accouchement (pinard, mètre ruban etc....) sont aux complets, propres et stériles ;

- La présence des matériels de réanimation fonctionnelle ;
- Le ballon de réanimation, masque pour nouveau-né, sonde d'aspiration, cylindre et concentration d'oxygène, thermomètre, d'horloge, stéthoscope.

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE :

5.1 Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

5.1.1. Description du service de gynécologie obstétrique :

a) Historique du centre de santé de référence de la Commune V :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité dans le domaine de la gynéco-obstétrique.

Le fonctionnement du centre de santé de référence de la commune V est animé par un personnel médical, un personnel paramédical et un personnel administratif.

b) Organisation structurale de la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V

□ La maternité du CSRéf de la Commune V est composée de :

- Une unité de consultation prénatale des grossesses à risque (Gynécologues-obstétriciens),
- Une unité de consultation prénatale (sages-femmes),
- Une unité de planning familial (PF),
- Une salle d'accouchement contenant 4 tables d'accouchement,
- Une unité de suites de couches,
- Une unité d'hospitalisation des post-opérées,
- Un bloc opératoire avec deux salles d'opération : une salle pour les urgences, et une salle pour les interventions programmées,
- Une salle de réveil,

- Une salle de surveillance du post-partum immédiat.

La maternité du Centre de santé de Référence de la Commune V est composée de personnel comme suit :

Tableau I: Personnel de la maternité du CSRéf de la commune V et par grade.

Personnels de la maternité CSRéf de la Commune V	Nombre(s)
Professeur agrégé en gynéco-obstétrique (Chef de service)	01
Maître-assistant en Gynécologie obstétrique	01
Gynécologues obstétriciens	02
Médecin Anesthésiste-réanimateur	01
FFI	28
Techniciens supérieurs en anesthésie réanimation	05
Sages-femmes	35
Infirmières obstétriciennes	16
Aides au bloc	05
Pharmacien	01
Aides d'hygiène	13
Lingères	03
Manœuvres	15
Chauffeurs d'ambulance	05

NB : En plus de ce personnel, des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique passent par groupe pour leurs formations pratiques.

c) Fonctionnement du service

Les consultations prénatales sont assurées par les gynécologues pour grossesses à risque et les sages-femmes tous les jours ouvrables.

L'équipe de garde dispose de :

- Une salle d'accouchement avec quatre lits ;
- Un bloc opératoire avec deux salles : une pour les urgences et l'autre pour les malades programmés ;

Les gynécologues assurent la consultation externe du lundi au vendredi.

Deux ambulances assurent la liaison entre le Centre de santé de Référence de la Commune V et les 12 CSCOM et PMI de Badalabougou, les CHU Gabriel Touré et Point G, le CNTS.

Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.

5.1.2 Organisation en termes d'infrastructures :

Le centre de Santé de Référence a une superficie totale d'environ 19 671 Km² dont 14 831 Km² bâtis et une extension de 4 840 Km² non construite. Il est composé de quatre blocs principaux et des annexes.

5.2 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

5.3. Période d'étude :

La collecte des données s'est déroulée du 02 avril au 02 mai 2018.

a) Population d'étude :

Notre étude a concerné tous les nouveaux-nés après l'accouchement par voie basse par les personnes qualifiées, les mères et leurs nouveau-nés et les agents impliqués dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés dans le Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

b) Critères d'inclusion et de non inclusion :

Critères d'inclusion :

Il s'agit de :

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

Les critères de non inclusion :

Il s'agit de :

- Tous les nouveaux-nés issus d'un accouchement par voie basse en dehors du centre de santé,
- Un accouchement par césarienne,
- Les morts nés ainsi que leurs mamans.

- Toutes les mères des nouveaux-nés n'ayant pas accepté de participer à l'étude.
- Un accouchement par voie basse dans le service avec complication en post partum immédiat.

5.4 Echantillonnage :



La taille :

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

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

N=Taille de l'échantillon

Z_{α} =1,96 écart réduit correspondant au risque de 5%

i=précision souhaité 7%

P =prévalence des soins immédiats au nouveau-né

P=50%

Q=1-p=50%

La taille minimale était donc de 196.

5.5 Variables

5.5.1. Caractéristiques des cibles

a. Les renseignements sur la mère

Caractéristiques sociodémographiques

- Âge ;
- Statut matrimonial :(mariée, divorcée, veuve)
- Taille ;

- Provenance ;
- Niveau d'instruction : (scolarisé ; non scolarisé)
(Primaire, secondaire, supérieur) ;
- Profession.

Les antécédents :

- Médicaux (HTA, diabète) ;
- Chirurgicaux (ancienne césarienne) ;
- Gynéco-obstétricaux (Parité, gestité avortements, le nombre d'enfant vivant, mort-né, intervalle inter-génésiq ue, le nombre de CPN) ;

Connaissance sur :

- La CPN ;
- Les soins du nouveau-né.

b. Renseignements sur les nouveaux-nés

- Sexe ;
- Poids ;
- Taille,
- Périmètre thoracique ;
- Périmètre crânien ;
- Âge gestationnaire.

c. Renseignements sur la personne qui a assisté l'accouchement

- Qualification ;
- Age ;
- Durée d'implication dans les SENN ;

d. Renseignements sur la personne qui administre les soins au nouveau-né

- Qualification ;
- Durée d'implication dans les SENN ;
- Formation reçue sur les SENN ;
- Date de la dernière formation reçue sur les SENN.

5.5.2. Fréquences de la pratique des soins essentiels aux nouveaux-nés :

Les soins immédiats du nouveau-né juste à la naissance :

- Section du cordon ombilical ;
- Réchauffement ;
- Séchage immédiat du nouveau-né ;
- Mise au sein précoce du nouveau-né ;
- Tête couverte par un bonnet ;
- Stimulation du nouveau-né ;
- Contact peau à peau avec la mère ;
- Administration de la vitamine k1 ;
- Réanimation du nouveau-né.

Etat du nouveau-né à la naissance :

- Présence traumatisme/contusion ;
- Réflexe de succion ;
- Présence d'anomalies congénitales ;
- Prématuro ;
- Coloration ;
- Inhalation du liquide amniotique.

Les soins essentiels prodigués au nouveau-né et à la mère en post partum :

- Soins oculaires ;
- Oxygénation et réanimation ;
- Soins du cordon ombilical.
- Administration de l'ocytocine après l'accouchement.

5.5.3. Connaissance des agents de santé sur la prise en charge du nouveau-né :

- Intérêt de sécher ;
- Bain aux nouveau-nés ;
- Mise au sein précoce ;
- Intérêt de l'administration de la vitamine K1 ;
- Intérêt de l'administration du collyre ;
- Autres à préciser.

Pratique des agents de santé sur la prise en charge du nouveau-né (soins immédiats du nouveau-né à la naissance) :

- Stimulation du nouveau-né ;
- Contact peau à peau avec la mère ;
- Séchage immédiat ;
- Section du cordon ombilical ;
- Réchauffement ;
- Tête couverte par un bonnet ;
- Bain aux nouveau-nés ;
- Administration de la vitamine K1 ;
- Administration du collyre ;

- Autres à préciser.

5.5.4. Connaissance des mères sur les soins essentiels des nouveaux-nés :

- Couvrir le nouveau-né ;
- Sécher le nouveau-né ;
- Mettre le nouveau-né au sein précoce ;
- Mettre le nouveau-né en contact peau à peau avec sa mère ;
- Administrer des Soins ombilicaux au nouveau-né.

Pratique des mères sur les soins essentiels des nouveaux-nés :

- Présence des sacs contenant des habits pour elles et leurs bébés ;
- Moment du premier bain.

5.5.5. Les problèmes de prise en charge du nouveau-né

- Conditions de la salle d'accouchement ;
- Opinion des agents de santé sur les matériels existants ;
- Problèmes liés à la salle d'accouchement ;

Attitudes des prestataires avant l'accouchement :

- Port de bavette ;
- Port de lunette de protection ;
- Port de tablier ;
- Port des gants stériles ;
- Se laver les mains au savon / Eau de robinet ;
- Port de blouse propre.

**Problèmes liés à l'existence ou l'absence des matériels dans la salle
d'accouchement :**

- Table d'accouchement couverte d'alèse/de tissu propre ;
- Présence de matériel pour la propreté des mains de l'accoucheur ;
- Récipient pour recevoir les linges et compresses sales ;
- matériels utilisés sont réunis avant l'accouchement ;
- Matériels utilisés (les gants, compresses de gaze ou morceaux de tissus, clamps, ciseaux.) au cours de l'accouchement sont propres et stériles ;
- Fils de ligature stérile ;
- Gants et ciseaux ;
- Présence de thermomètre ;
- Clamp cordon ;
- Poire ;
- Présence de stéthoscope de pinard ;
- Présence d'aspirateur de mucosité électrique ou à pied à faible pression ;
- Présence de sonde d'aspiration de sécrétion de la taille du nouveau-né ;
- Présence de ballon de ventilation auto-gonflable ;
- Présence de masque du visage taille du nouveau-né.

6. Techniques et outils de collecte :

6.1. Technique de collecte des données

Les techniques utilisées ont été l'entretien individuel, l'exploitation documentaire et l'observation.

Entretien individuel :

Il a été réalisé avec :

- Les mères des nouveau-nés à la sortie de la salle d'accouchement pour recueillir les informations sur :

- L'identité de la mère ; leurs antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux), les soins reçus ; leurs opinions sur des soins reçus ; leur connaissance sur les soins du nouveau-né.

- Les prestataires : pour connaître leur qualification ; les formations reçues les soins du nouveau-né ; leur appréciation des conditions du travail ; la durée, le rythme de la supervision et leurs opinions sur la salle d'accouchement, les matériels et les équipements des soins du nouveau-né ; leur connaissance sur les soins du nouveau-né.

Exploitation documentaire

Les dossiers des parturientes et bulletins d'analyses ont été exploités pour vérifier certaines informations (les examens et leurs résultats, les traitements donnés et le diagnostic posé avant le traitement). Les supports de surveillance, les dossiers obstétricaux des parturientes comportant des fiches de suivi des médicaments, des matériels et des équipements de la structure.

Observation

L'observation était ouverte :

Elle était dirigée sur l'agent lors de la prise en charge du nouveau-né, la salle d'accouchement, les matériels, les médicaments et les équipements utilisés lors de l'accouchement et l'administration des soins au nouveau-né.

6.2 Outils de collecte

Les outils de collecte des données ont été élaborés à partir des variables retenues dans l'étude. Les différents outils étaient :

✓

Grille d'observation

Elle nous a permis de noter :

La présence ou l'absence des matériels, des médicaments et les problèmes au niveau de la structure, d'apprécier la salle d'accouchement et les soins administrés au nouveau-né.

Des guides d'entretien individuel ont été adressés aux mères et aux prestataires ainsi qu'une fiche de dépouillement pour l'exploitation des documents.

7. Déroulement de l'enquête

Les autorités administratives, sanitaires ont été informées de la réalisation de l'enquête par le biais d'une demande d'autorisation de collecte de données qui a été signée par le Directeur Général du CREDOS. L'approbation du médecin

chef du centre de santé de référence de la commune V a été obtenue.

La collecte des données a été réalisée, avec l'aide des prestataires de soins du centre. Avant le remplissage des outils, l'enquêteur expliquait aux enquêtés le but et les objectifs de l'étude, le contenu des outils et les techniques de collecte afin d'avoir leur consentement libre. Les outils remplis ont été examinés chaque jour en fin de la journée pour corriger d'éventuelles erreurs. Les fiches remplies ont été gardées dans des chemises et la confidentialité a été respectée.

8. Traitement et analyse des données

La saisie des données recueillies, le traitement et l'analyse ont été, fait sur le logiciel SPSS version 25. 2016.

Les informations issues des données ont été présentées sous formes de tableaux.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de proportion (%) et celles quantitatives sous forme de moyennes entourées de leurs intervalles de confiance.

9. Aspect éthique :

La confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été respectées. Un consentement verbal, volontaire libre et éclairé a été obtenu aux enquêtés avant le début des entretiens. Les enquêtés étaient libres d'accepter ou de refuser de répondre aux questions avant ou pendant l'entretien. Le refus ou l'arrêt de participation n'entraînait aucune conséquence pour l'enquêtés et n'affectait pas sa recherche des soins (parturiente) ou son travail (Agent de santé).

Les bonnes pratiques médicales ont été respectées.

Les résultats obtenus feront l'objet de communications scientifiques auprès des instances de prise de décisions en matière de santé maternelle et néonatale.

Aucun résultat diffusé ne pourra permettre d'identifier un enquêté.

RESULTATS

VI. RESULTATS :

Durant notre étude, nous avons enregistré 232 mères.

Elles avaient donné naissance à 241 nouveaux-nés vivants car 9 mères avaient eu des jumeaux.

Nos résultats seront présentés par objectifs.

6.1 Caractéristiques sociodémographiques des mères enquêtées :

Tableau II: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
14 - 18 ans	37	15,90
18 – 25 ans	103	44,40
26 – 35 ans	78	33,60
36 – 45 ans	14	6,00
Total	232	100,0

Minimum = **14 ans** Moyen = **24,61 ans** Maximum = **45 ans**

Parmi les mères enquêtées, 44,40% avaient l'âge compris entre 18-25 ans.

❖ *Statut matrimonial.*

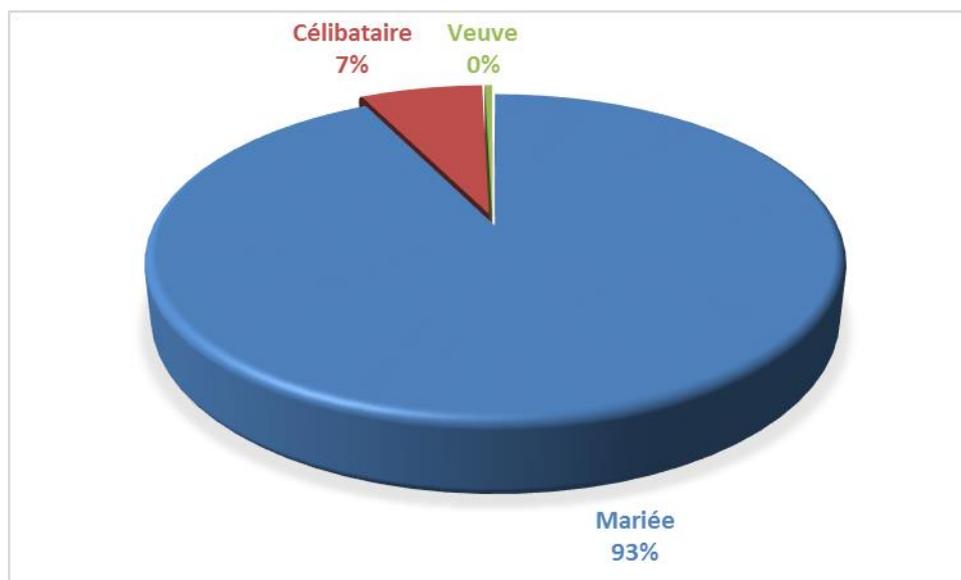


Figure 1: *Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction du statut matrimonial.*

Parmi les mères enquêtées, 93% étaient mariées.

❖ *Statut d'alphabétisation.*

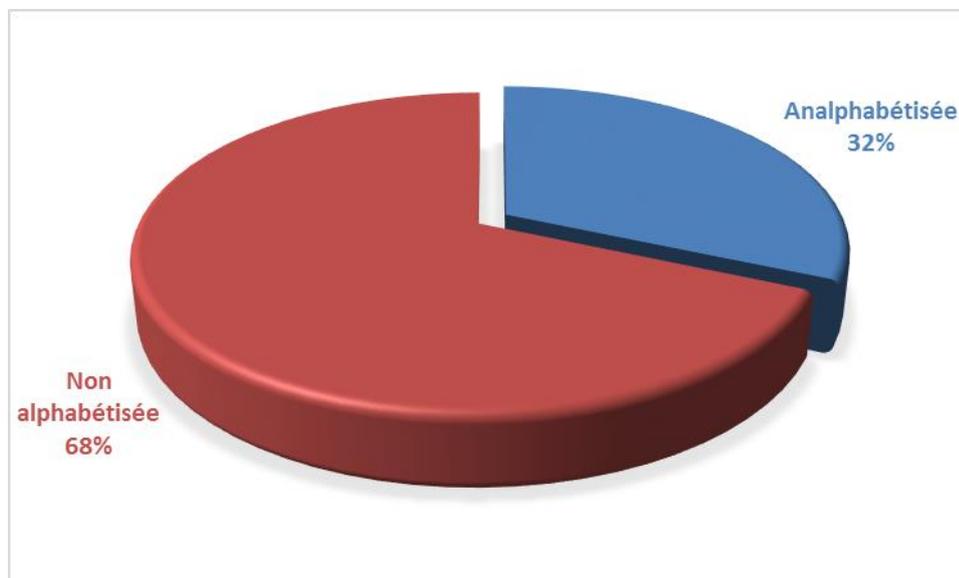


Figure 2: *Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction du statut d'alphabétisation.*

Parmi les mères enquêtées, la majorité était non alphabétisée soit 68% de cas.

❖ *Niveau d'instruction.*

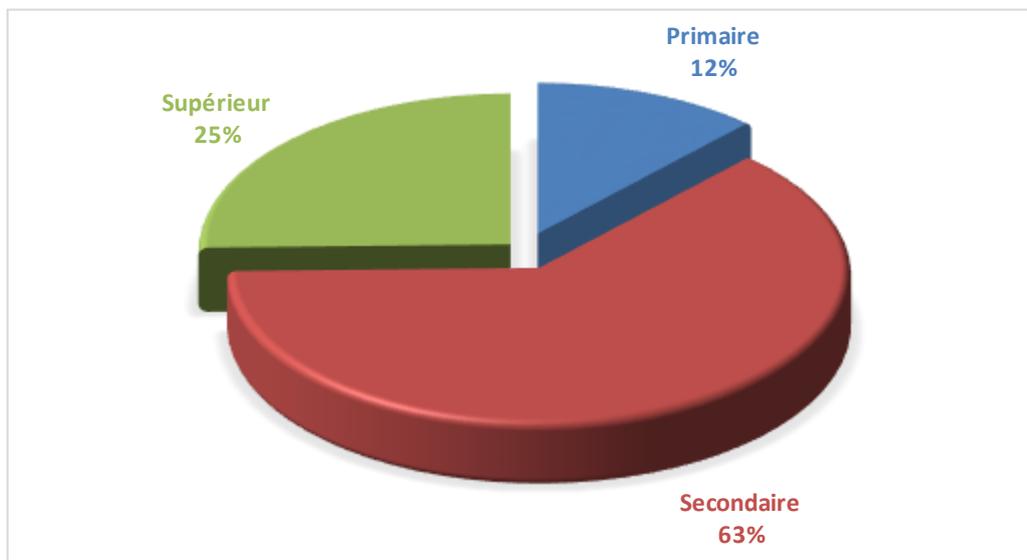
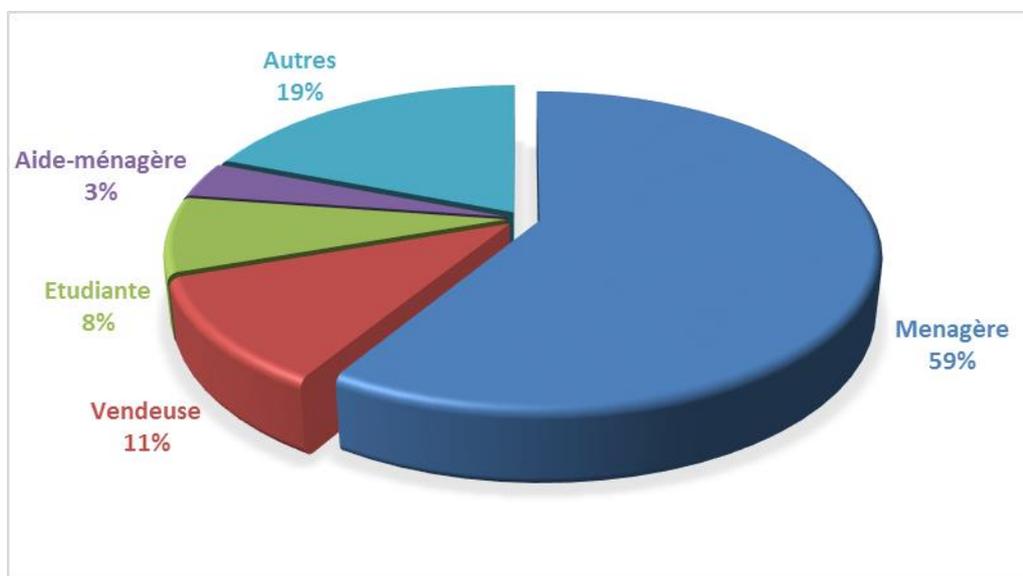


Figure 3: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction du niveau d'instruction.

Parmi les mères enquêtées, 63% avaient un niveau secondaire.

❖ *La profession.*



* Autres:(coutrière, enseignante, comptable, agents de santé, etc.).

Figure 4: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de la profession

Parmi les mères enquêtées, 59% étaient des ménagères.

Tableau III: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux maternels	Fréquence	Pourcentage
Aucun	207	89,20
HTA	12	5,20
* Autres	6	2,60
Drépanocytose	5	2,20
Asthme	1	0,40
Diabète	1	0,40
Total	232	100,0

* Autres (hépatopathie (n=3), maladie cardiovasculaire (n=1), transfusion sanguine (n=2).

L'HTA était l'antécédent médical le plus fréquent soit 5,2% ; Par contre 89,2% n'avaient aucun facteur associé.

Tableau IV : Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction des antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux maternels	Fréquence	Pourcentage
Aucun	212	91,37
Césarienne	16	6,90
* Autres	2	0,86
Intervention chirurgicale pour GEU	2	0,86
Total	232	100,0

* Autres :(déchirure cervicale (n=1), myomectomie (n=1)).

Une proportion de 6,9% avait un antécédent de césarienne. Les mères sans antécédents chirurgicaux connus représentaient 91,4%.

6.1.1 Caractéristiques obstétricales des mères.

Tableau V: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de la gestité.

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	65	28,10
Pauci geste	112	48,30
Multi geste	34	14,70
Grande multi geste	21	9,10
Total	232	100,0

Dans notre échantillon, les paucigeste étaient les plus représentées avec 48,3% de cas.

Tableau VI: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipare	69	29,80
Paucipare	110	47,40
Multipare	33	14,20
Grande Multipare	20	8,60
Total	232	100,0

La majorité des mères était des paucipares avec 47,4% de cas.

❖ *Bilan prénatal.*

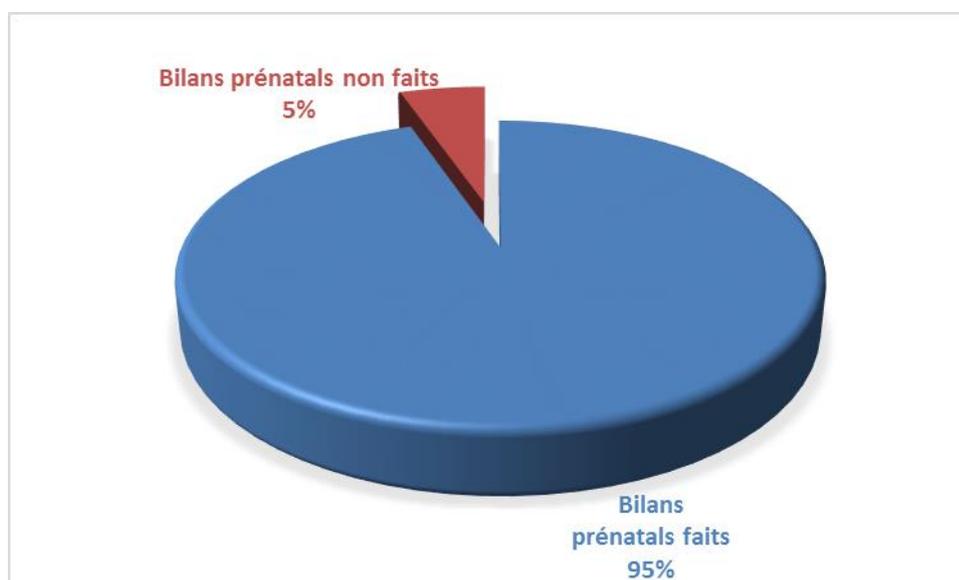


Figure 5 : Répartition des mères en fonction de la réalisation du bilan prénatal.

Parmi les mères des nouveaux-nés, 95% avaient réalisé de bilan prénatal.

❖ **Bilan prénatal.**

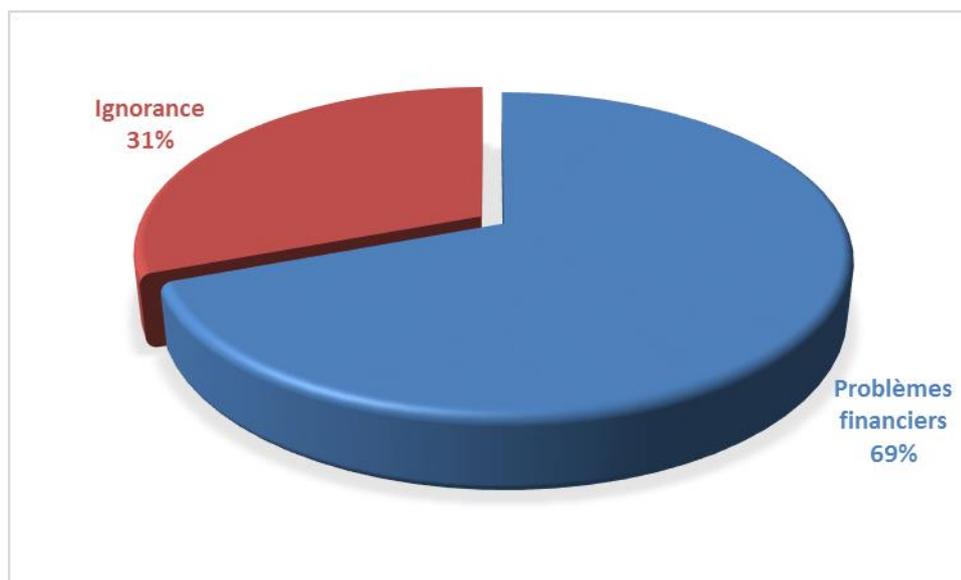


Figure 6: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de la raison de non réalisation de bilan prénatal.

Parmi les mères des nouveaux-nés, 69% n'avaient pas réalisé de bilan prénatal, pour des raisons financières.

❖ **Nombre de CPN réalisée.**

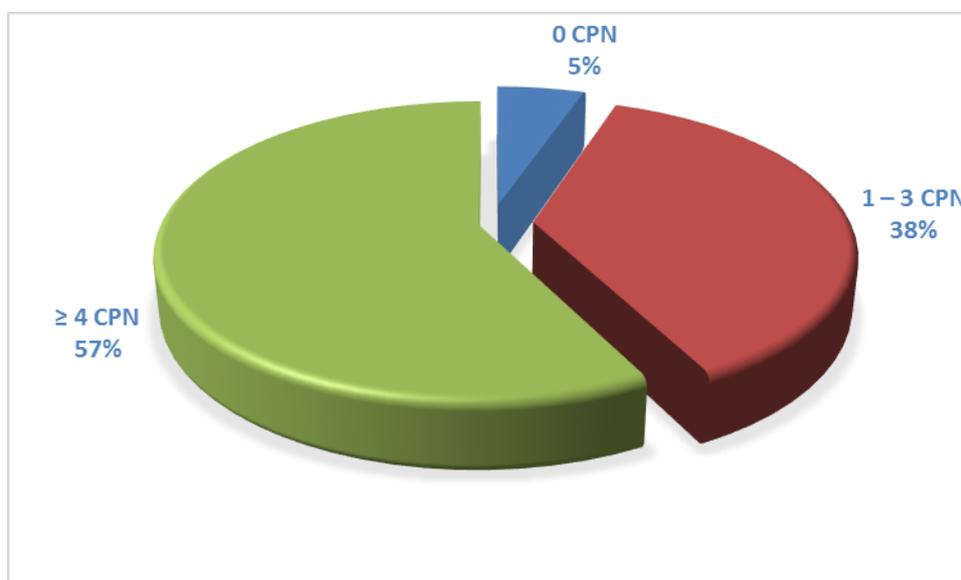


Figure 7: Répartition des mères en fonction du nombre de CPN réalisée.

Parmi les mères des nouveaux-nés, 57% avaient effectué 4 CPN ou plus, par contre une proportion de 5% n'avait effectué aucun suivi au cours de leur grossesse.

❖ *Connaissance sur l'importance de CPN.*

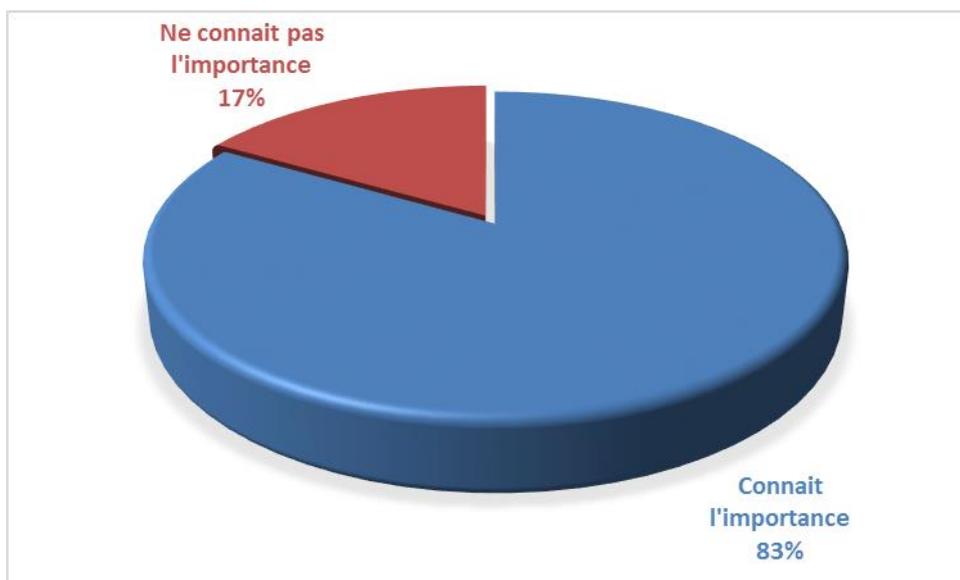


Figure 8: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de la connaissance sur l'importance de CPN.

Parmi les mères enquêtées, 83% connaissaient l'importance des visites prénatales.

Tableau VII: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de l'importance des CPN.

Importance des CPN	Fréquence	Pourcentage
Obtenir des soins	120	51,72
Connaître la position du bébé	57	24,56
Facilite l'accouchement	36	15,52
Meilleure prise en charge	19	8,20
Total	232	100,0

Parmi les mères enquêtées, 51,7% disaient que les CPN permettent d'obtenir des soins.

❖ *Grossesse à terme ou non.*

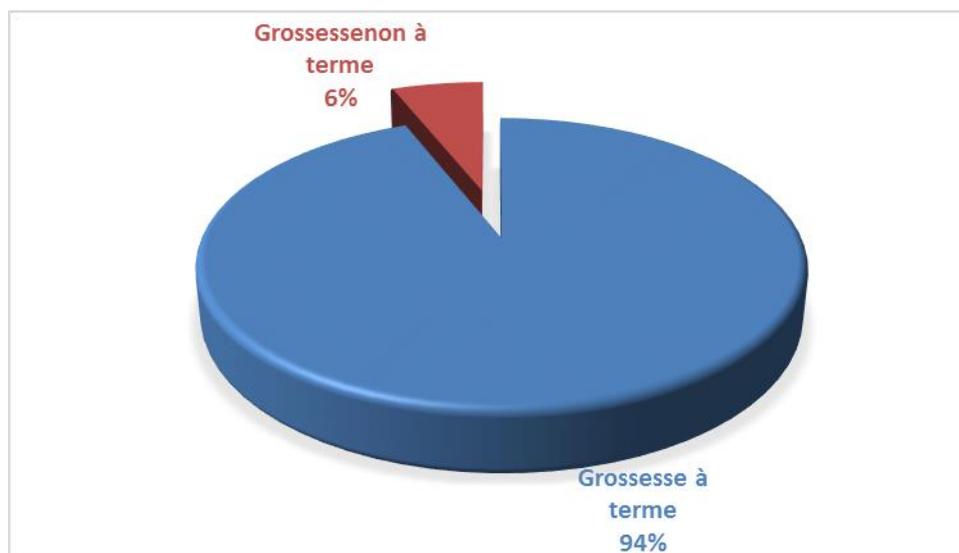


Figure 9: Répartition des mères des nouveaux-nés selon que la grossesse soit à terme ou non.

Parmi les mères enquêtées, 94% avaient atteint le terme.

Tableau VIII: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction des avantages de l'accouchement dans une structure sanitaire.

Avantages	Fréquence	Pourcentage
Facilite l'accouchement	112	48,27
Meilleure prise en charge	82	35,34
Evite les complications	33	14,22
Protège la mère et l'enfant	5	2,15
Total	232	100,0

Parmi les mères enquêtées, 48,3% disaient que ça facilite l'accouchement.

NB : Le déroulement de l'accouchement.

- Parmi les mères enquêtées, 85,8% n'avaient pas eu des difficultés lors des accouchements ;
- L'extraction par ventouse a été observée, 5,7% ;
- L'accouchement du siège a été observée 4,9% ;
- La naissance multiple, 9% a été obtenu.

6.2 Renseignements sur le nouveau-né :

❖ *Sexe.*

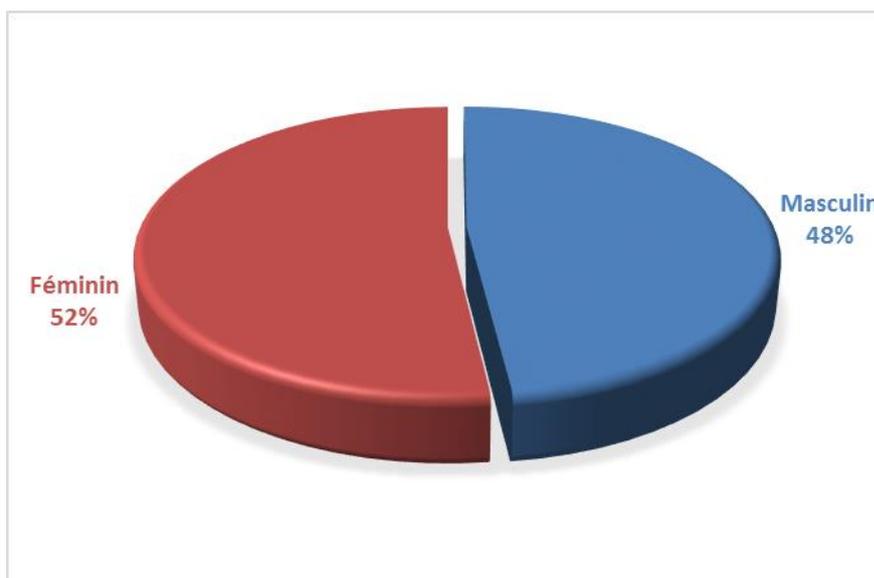


Figure 10: Répartition des nouveaux-nés en fonction du sexe.

Parmi les nouveaux-nés observés, le sexe féminin représentait 52%.

Tableau IX: Répartition des nouveaux-nés en fonction du poids.

Poids du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
< 1000 g	2	0,83
1000 – 1500 g	15	6,22
1501 – 2000 g	18	7,46
2001 – 2500 g	50	20,75
2501 – 3000 g	57	23,65
> 3000 g	101	41,90
Total	241	100,0

Minimum = 990 g Moyen = 2968 g ± 572 g Maximum = 4500g

Parmi les nouveaux-nés observés, 41,90% avaient un poids > 3000 g.

Tableau X: Répartition des nouveaux-nés en fonction de la taille.

Taille du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
< 45 cm	15	6,22
45 – 50 cm	160	66,39
> 50 cm	66	27,38
Total	241	100,0

Minimum = 30 cm Moyenne = 49,23 cm ± 2,76 cm Maximum = 53 cm

Parmi les nouveaux-nés observés, 66,39% avaient une taille comprise entre 45-50 cm.

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

❖ *Catégories des accoucheurs*

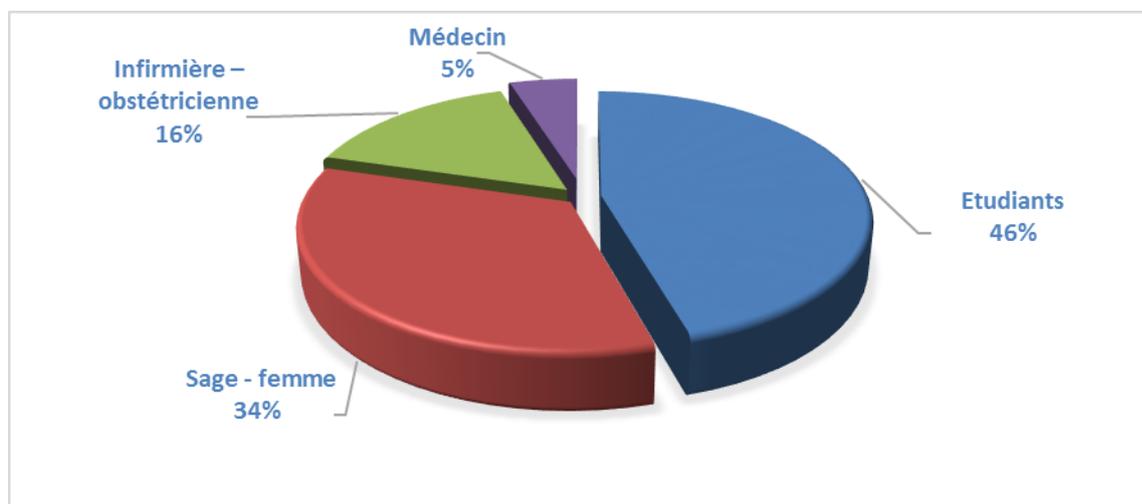


Figure 11 : Répartition des prestataires qui assiste à l'accouchement en fonction de leur qualification

La majorité des accouchements était pratiqués par les étudiants faisant fonction d'interne (46%) et les sages – femmes (34%).

❖ *Sexe.*

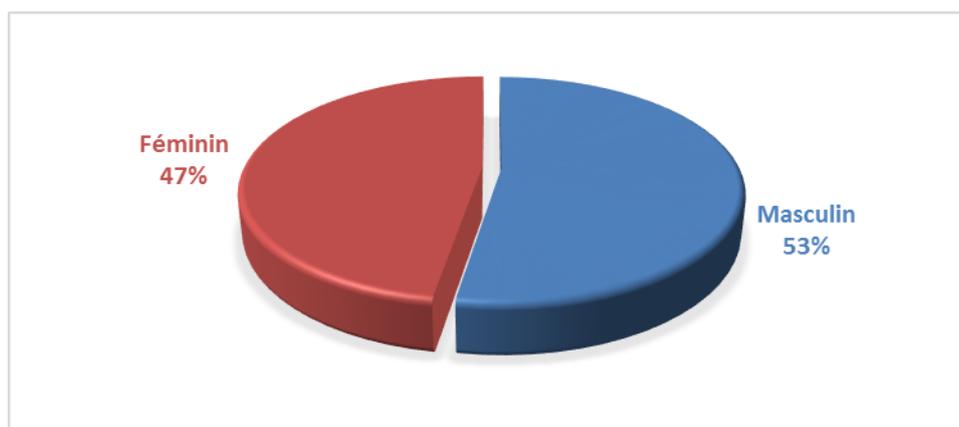


Figure 12 : Répartition des prestataires en fonction du sexe

Parmi les prestataires qui ont réalisé les accouchements, 53% étaient du sexe masculin.

❖ *L'expérience.*



Minimum < 1 ans Moyenne = 6,23 ± 3,53 ans Maximum = 15 ans

Figure 13 : Répartition des prestataires en fonction de l'expérience.

L'expérience des prestataires dans la prise en charge de l'accouchement, était < 5ans dans 56%.

L'expérience moyenne des prestataires était comprise entre 5 à 10 ans.

❖ *Qualification du personnel interrogé sur les soins.*

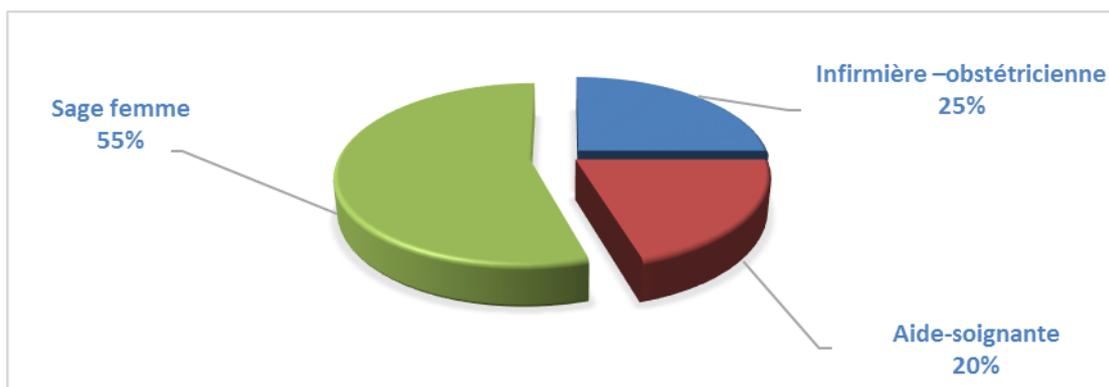


Figure 14 : Répartition du personnel ayant prodigué les soins en fonction de leur nombre.

Parmi les personnels interrogés, 55% était des sages-femmes et 25% des infirmières-obstétriciennes.

❖ Qualification du personnel

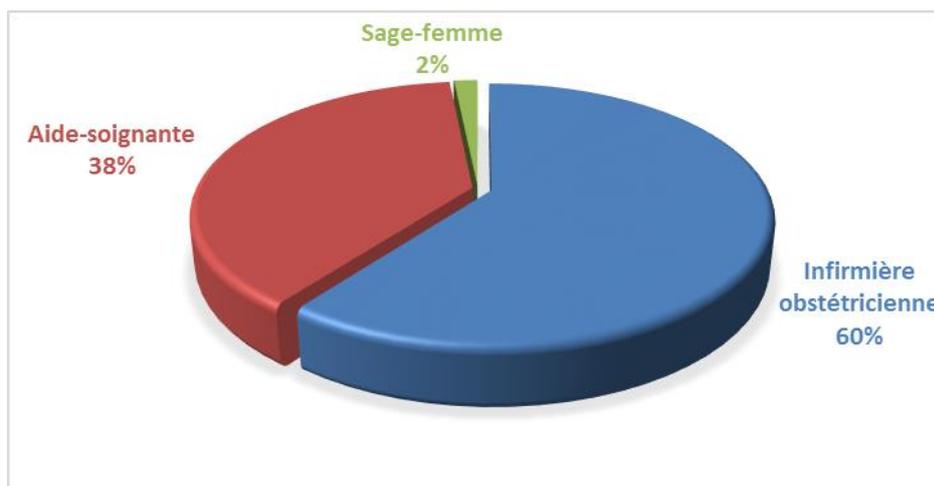
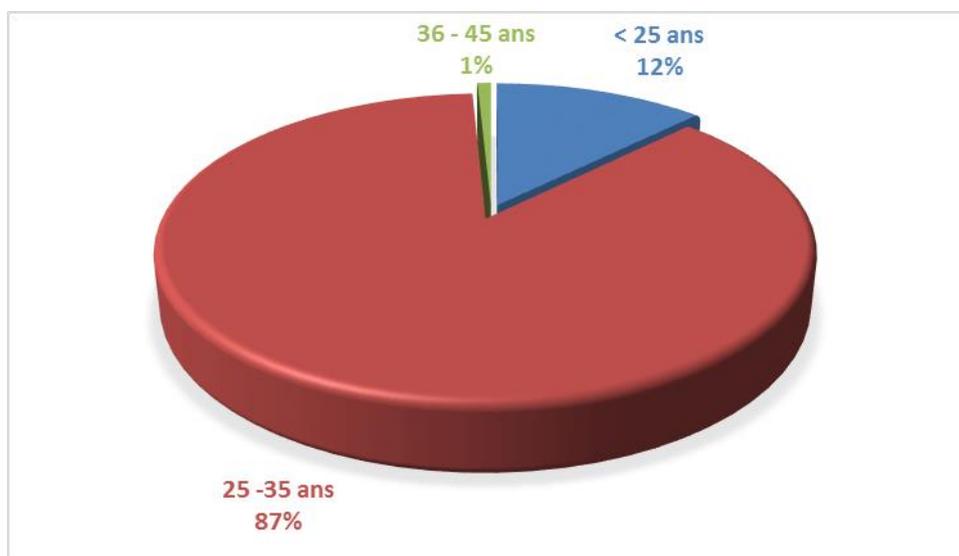


Figure 15 : Répartition du personnel ayant prodigué les soins en fonction de sa qualification.

Parmi les personnels observés, 60% étaient des infirmières obstétriciennes, et 38% étaient des aides-soignantes.

❖ Age du personnel

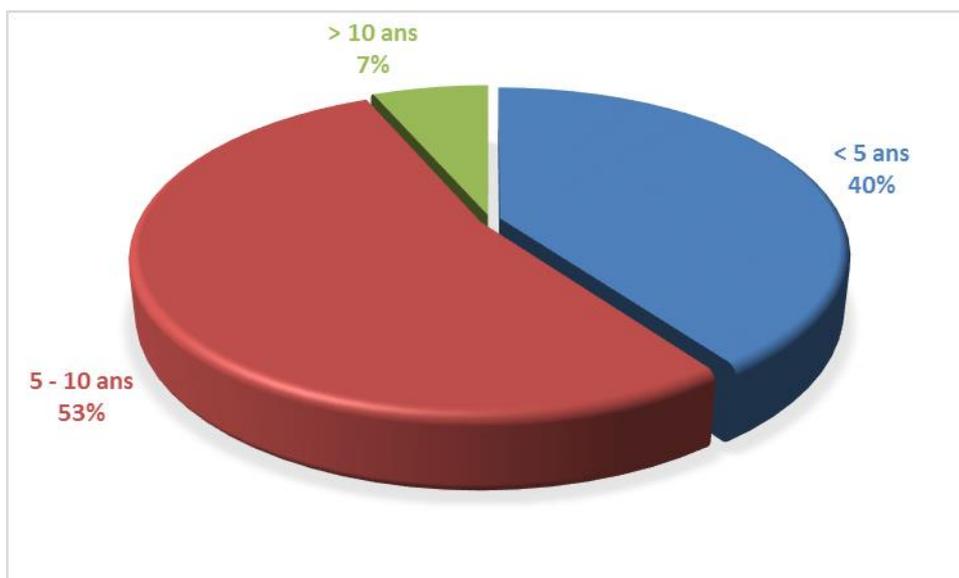


Minimum = 18ans Moyenne = 27,54 ± 3,04 ans Maximum = 40 ans

Figure 16 : Répartition du personnel ayant prodigué les soins en fonction de l'âge.

Parmi les personnels qui ont prodigué les soins, 87% avaient l'âge compris entre 25 - 35 ans.

❖ **L'expérience du personnel**



Minimum < 1 ans Moyenne = 4,07 ± 1,50 ans Maximum = 12 ans

Figure 17 : Répartition du personnel ayant prodigué les soins en fonction de l'expérience.

Parmi les personnels qui prodiguent les soins, 53% ont une expérience de 5-10 ans de travail.

❖ **Suivi d'une formation professionnelle sur les soins du nouveau-né.**

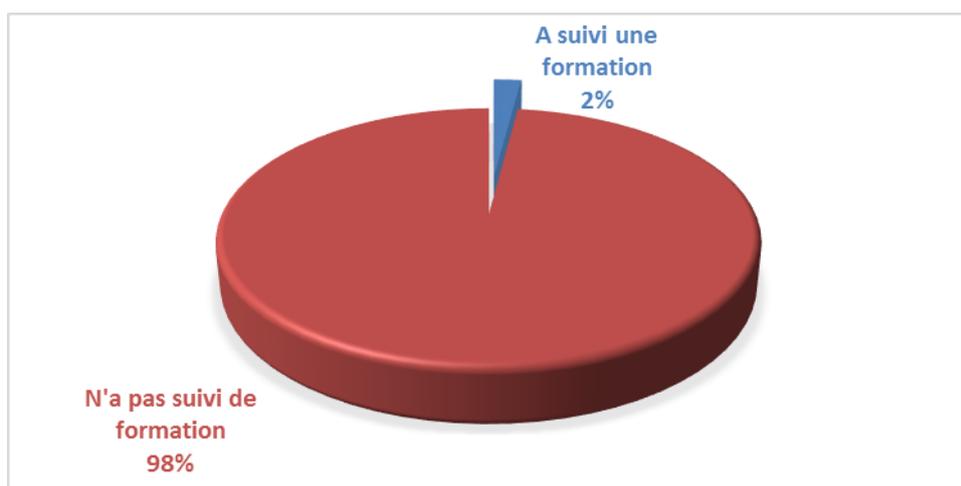


Figure 18 : Répartition du personnel ayant prodigué les soins en fonction du suivi d'une formation professionnelle sur les soins du nouveau-né.

Parmi les personnels qui prodiguent les soins, 98% n'avaient pas reçu de formation professionnelle sur les soins essentiels du nouveau-né.

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

Tableau XI: Répartition des nouveaux-nés en fonction de l'administration de soins immédiats à la naissance.

Soins essentiels	Oui		Non	
	n	%	n	%
Réanimation	16	6,64	225	93,36
Mise en contact de la peau de la mère	222	92,12	19	7,88
Sécher et Stimuler	230	95,44	11	4,56
Ciseaux stériles pour sectionner le cordon	241	100	0	0,0
Ligature et section du cordon bien faites	240	99,60	1	0,40
Garder le nouveau-né au chaud	171	70,95	70	29,04
Mise au sein dans les 30 minutes	100	41,49	141	58,51
Soins oculaires reçus	0	0,0	241	100,0
Soins ombilicaux reçus	0	0,0	241	100,0
Administration de la vitamine K1	233	96,68	8	3,32

- Les nouveaux-nés ont été mis en contact peau à peau avec leurs mères dans 92,12% des cas, le séchage immédiat et la stimulation après la naissance dans 95,44% des cas.
- La mise au sein dans les 30 mn qui ont suivi l'accouchement a été effectuée chez 41,49% des nouveaux-nés.
- Parmi les nouveaux-nés observés, 70,95% ont bénéficié d'une protection contre l'hypothermie.

- Parmi les nouveaux-nés observés, 96,68% ont bénéficié de l'administration de la vitamine K1, aucun nouveau-né n'avait bénéficié des soins (oculaire et ombilical).

Tableau XII: Répartition des nouveaux-nés en fonction de l'état de santé.

Etat du nouveau-né	Oui		Non	
	n	%	n	%
Prématurité	20	8,30	221	91,70
Inhalation du liquide amniotique	9	3,73	232	96,27
Bonne coloration	224	92,95	17	7,05
Reflexe de succion présent	48	19,92	193	80,08
Respiration normale et peu profonde	218	90,46	23	9,54
Pas de traumatisme et contusion	237	98,34	4	1,66
Pas de bosse séro-sanguine	230	95,44	11	4,56
Pas d'anomalies congénitales	237	98,34	4	1,66

Parmi les nouveaux-nés observés, 8,30 % étaient prématurés.

La détresse respiratoire était présente dans 9,54% des cas, l'inhalation du liquide amniotique dans 3,73% des cas.

La pâleur était présente dans 7,05% des cas.

Tableau XIII: Répartition des nouveaux-nés en fonction du score d'APGAR à la 5^{ème} minute.

APGAR à la 5 ^{ème} minute	Fréquence	Pourcentage
4 – 7	16	6,64
8 – 10	225	93,36

Total	241	100,0
--------------	------------	--------------

Les nouveaux-nés avaient des scores d'Apgar à 5 mn après l'accouchement entre 4 et 7 dans 6,64% des cas et 93,36% étaient compris entre 8-10.

Tableau XIV: Répartition des mères des nouveaux-nés en fonction de l'administration de la GATPA après l'accouchement.

Administration de GATPA	Fréquence	Pourcentage
Oui	232	100
Non	0,00	0,00
Total	232	100

La GATPA a été administrée chez toutes les mères après l'accouchement.

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

❖ Connaissance des mères sur les soins prodigués au nouveau-né.



Figure 19 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur les soins prodigués au nouveau-né.

Notre étude a révélé que, 6% des mères connaissaient les soins essentiels.

La majorité des mères enquêtées, soit 94% ne connaissaient pas les soins essentiels.

❖ **Connaissance des mères sur la mise au sein précoce du nouveau-né dans les 30 mn qui suivent l'accouchement.**

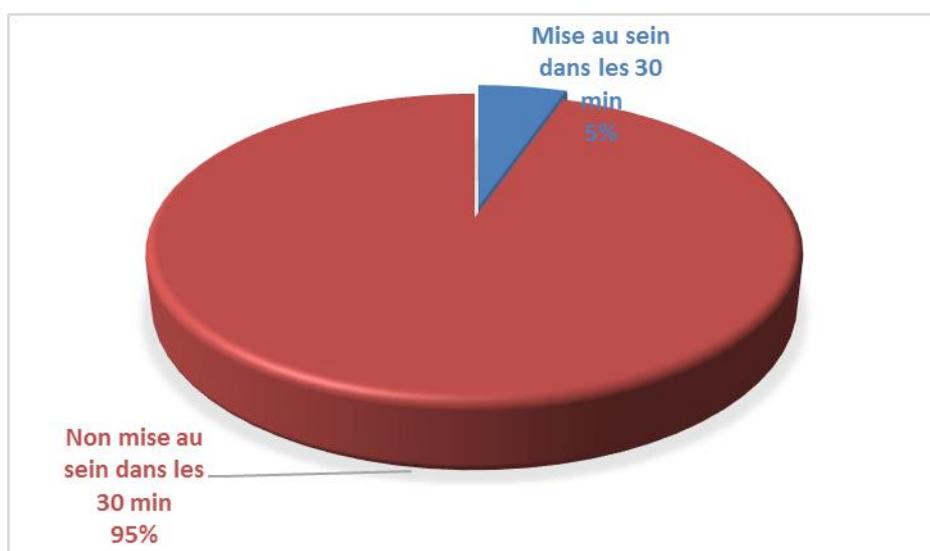


Figure 20 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur la mise au sein précoce du nouveau-né dans les 30 mn qui suivent l'accouchement.

Parmi les mères enquêtées, 5% connaissaient les soins essentiels (mise au sein précoce).

❖ **Connaissance des mères sur le séchage du nouveau-né.**

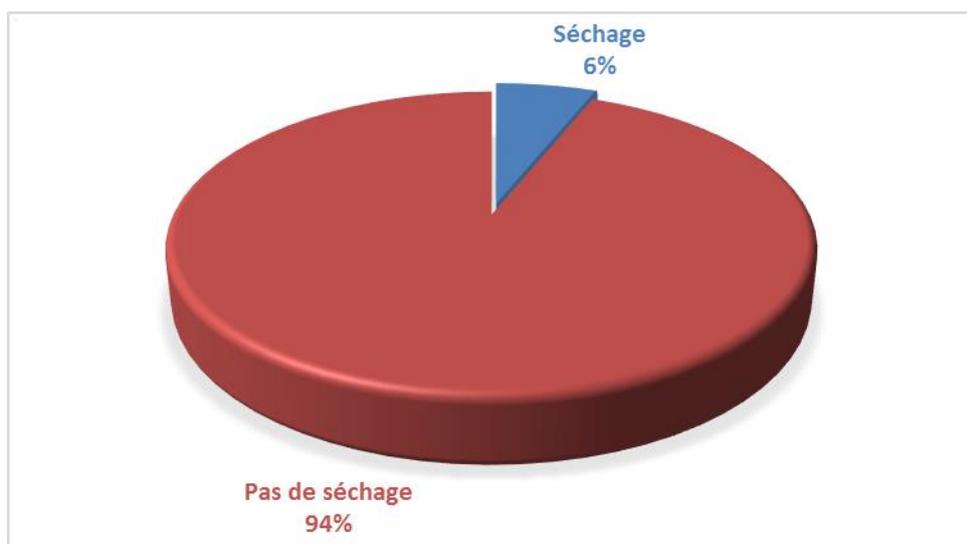


Figure 21 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur le séchage du nouveau-né.

Parmi les mères enquêtées, 6% connaissaient les soins essentiels (le séchage immédiat).

❖ **Connaissance des mères sur le fait de couvrir le nouveau-né.**

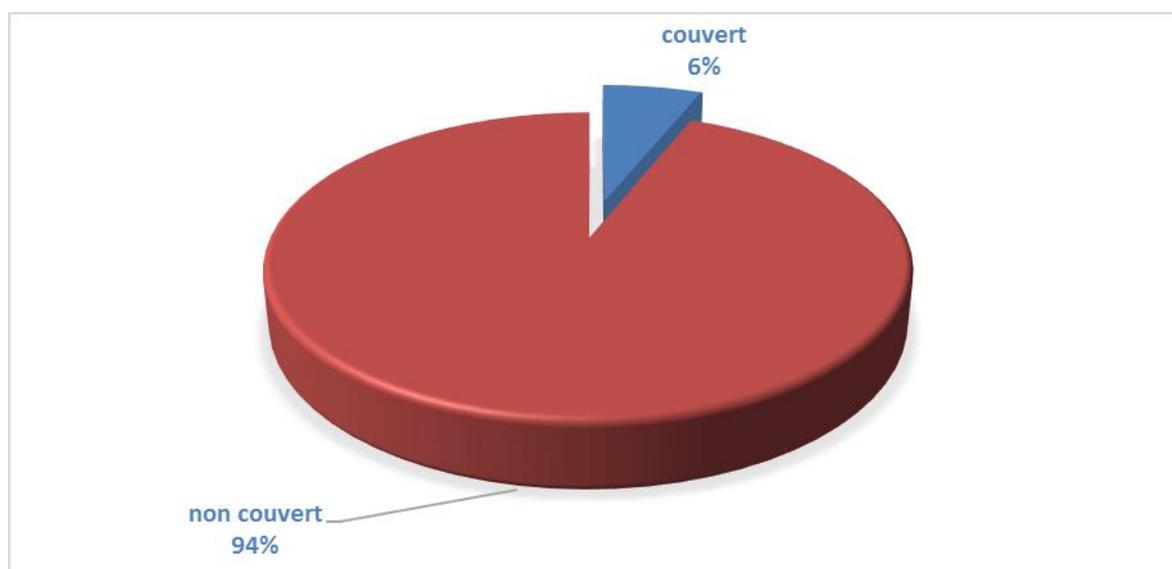


Figure 22 : Répartition des mères selon leur connaissance sur le fait de couvrir le nouveau-né.

Parmi les mères enquêtées, 6% connaissaient les soins essentiels (couvrir le nouveau-né).

❖ **Connaissance des mères sur la réalisation du contact peau à peau.**



Figure 23 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur la réalisation du contact peau à peau.

Parmi les mères enquêtées, 6% connaissaient les soins essentiels (le contact peau à peau).

❖ **Connaissance des mères sur l'administration de la vitamine K1**

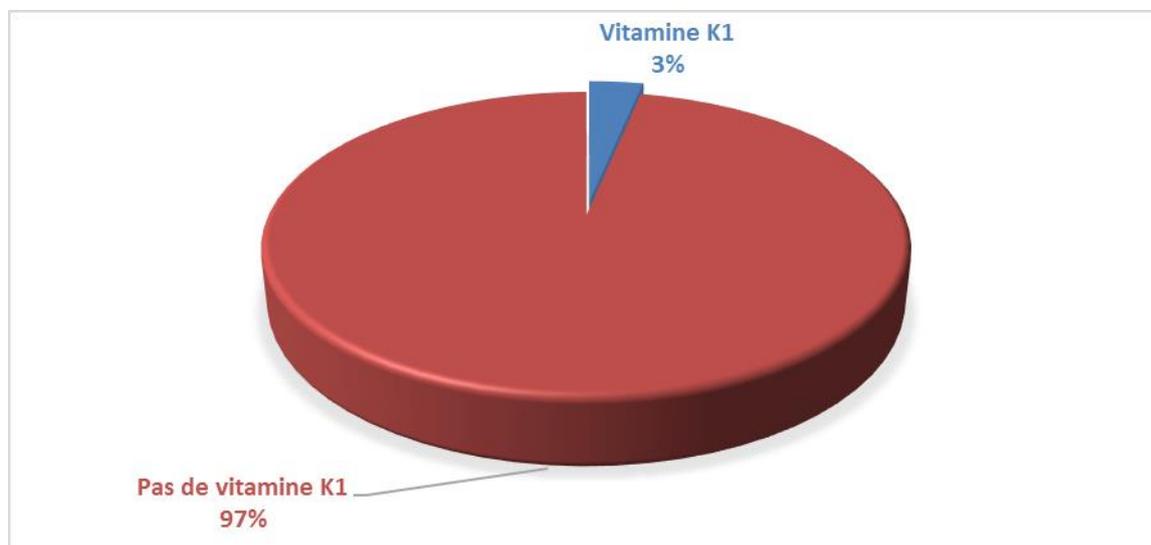


Figure 24 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur l'administration de la vitamine K1 au nouveau-né par l'agent.

Parmi les mères enquêtées, 3% connaissaient les soins essentiels (l'administration de la vitamine K1).

❖ *Connaissance des mères sur l'administration de collyre.*

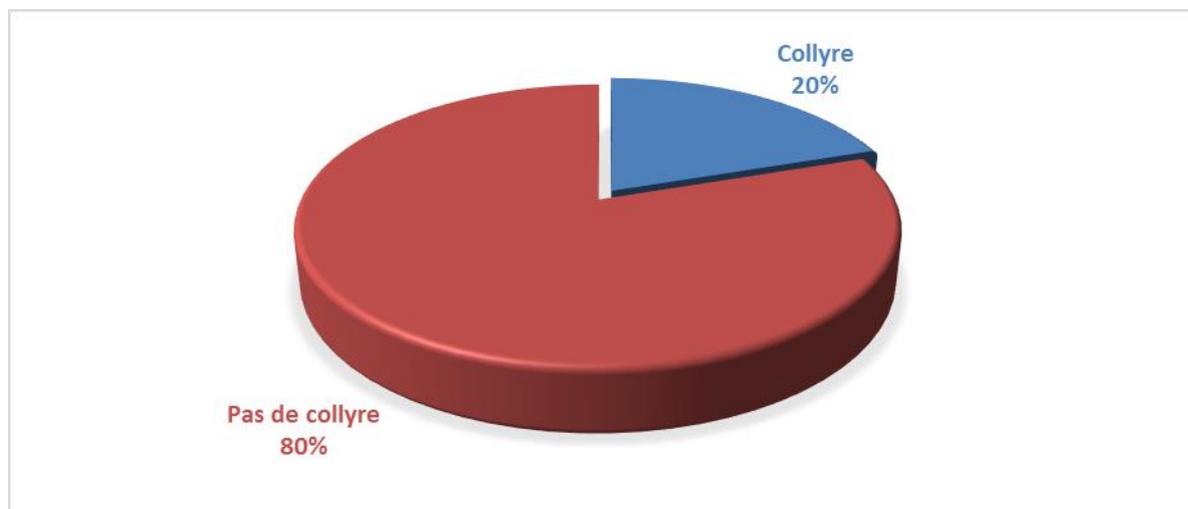


Figure 25 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur l'administration de collyre.

Parmi les mères enquêtées, 20% connaissaient les soins essentiels (l'administration de collyre ophtalmique).

❖ *Connaissance des mères sur la réalisation de soins ombilicaux.*

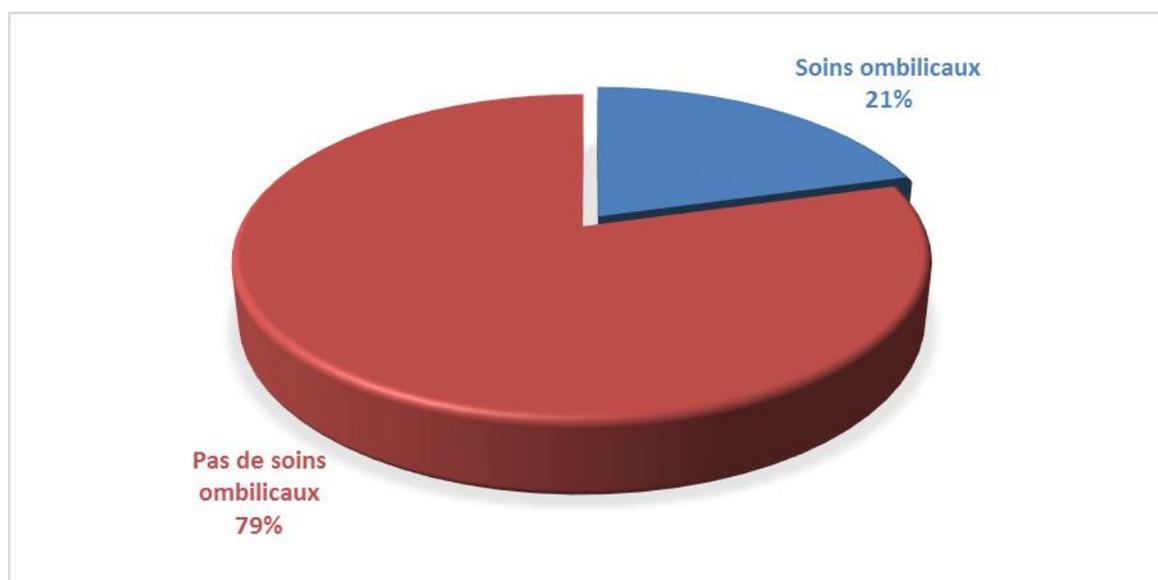


Figure 26 : Répartition des mères en fonction de leur connaissance sur la réalisation de soins ombilicaux.

Parmi les mères enquêtées, 21% connaissaient les soins essentiels (l'administration des soins ombilicaux).

Tableau XV: Répartition des mères en fonction des habits amenés.

Habits pour la mère et le nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Oui	232	100,0
Non	0,00	0,00
Total	232	100,0

Toutes les mères enquêtées, soient 100% avaient amené des habits.

Tableau XVI: Répartition des mères en fonction des raisons pour lesquelles elle a amené des habits.

Pourquoi amener des habits	Fréquence	Pourcentage
Garniture	135	58,19
Instructions reçues lors de CPN	53	22,84
Assainir et couvrir le nouveau-né	44	18,96
Total	232	100,0

Parmi les mères enquêtées, 58,2% avaient amené des habits pour la garniture et 22,8% sur instruction des sages-femmes ou des médecins lors des visites prénatales.

❖ *Explication donnée du personnel soignant sur l'allaitement de l'enfant.*

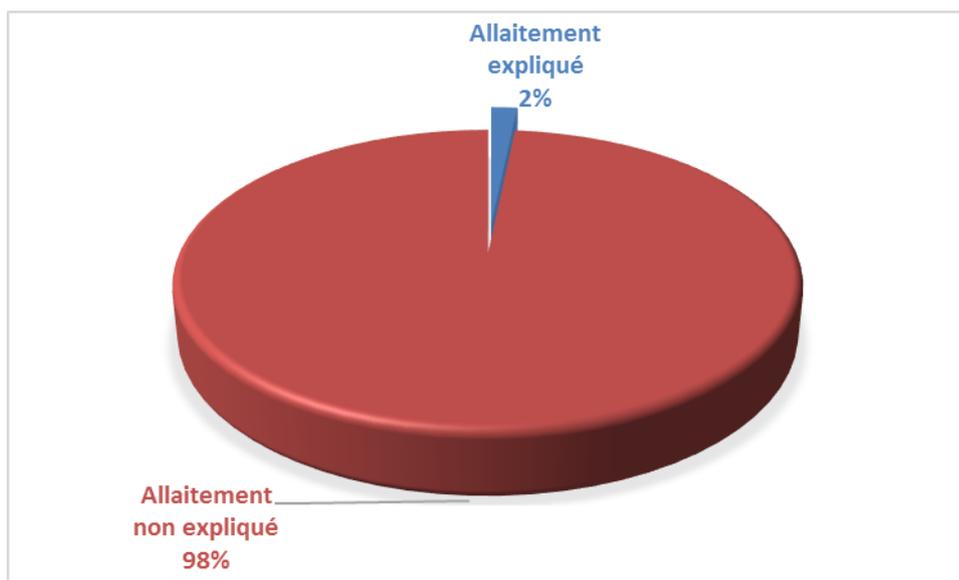


Figure 27 : Répartition du personnel soignant en fonction de son explication donnée sur l'allaitement de l'enfant.

Parmi les mères enquêtées, 2% des agents de santé avait expliqué comment allaiter son nouveau-né.

❖ *Moment du premier bain du nouveau-né après l'accouchement.*

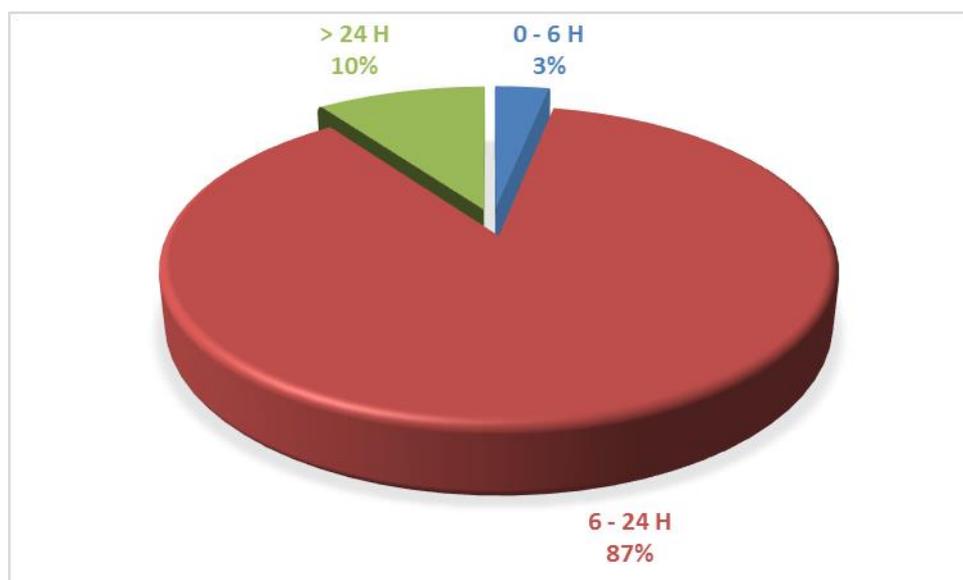


Figure 28 : Répartition des mères en fonction du moment du premier bain du nouveau-né après l'accouchement.

Parmi les nouveau-nés observés, 87% recevaient leurs premiers bains entre 6-24 heures de vie après la naissance selon leurs mères.

6.6 Connaissance des agents de santé sur la prise en charge du nouveau-né :

Tableau XVII: Répartition des personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né en fonction de leurs connaissances sur l'intérêt de sécher le nouveau né.

CONNAISSANCES SUR LES SENN(intérêt du séchage immédiate).	Fréquence	Pourcentage
Aucune idée	3	1,24
Protéger de l'hypothermie	238	98,70
Total	241	100,0

Parmi les personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né, 98,7% estimaient que l'intérêt de sécher le nouveau-né juste après l'accouchement, le protégeait contre l'hypothermie.

❖ **Moment conseillé pour le 1^{er} bain du nouveau-né.**

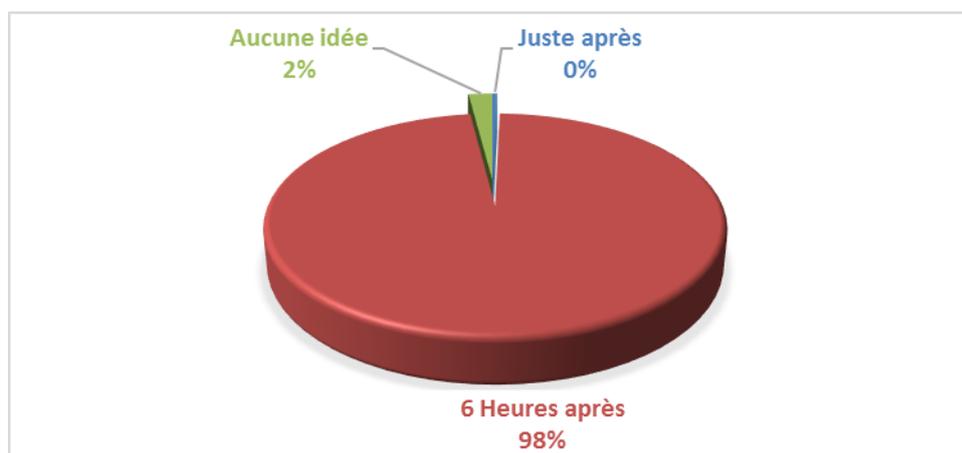


Figure 29 : Répartition des personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né en fonction du moment conseillé pour le 1^{er} bain du nouveau-né.

Parmi les personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né, 98% avaient affirmé que le premier bain du nouveau-né se faisait 6 heures après la naissance.

❖ **Moment de mise au sein précoce.**



Figure 30 : Répartition des personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né en fonction du moment de mise au sein précoce.

Parmi les personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né, 99% avaient affirmé que la mise au sein précoce du nouveau-né se faisait dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.

NB : Parmi les agents de santé enquêtés, 100%, connaissaient l'intérêt de l'administration de la vitamine K1 et de collyre ophtalmique.

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

❖ *L'opinion des agents de santé sur la salle d'accouchement.*

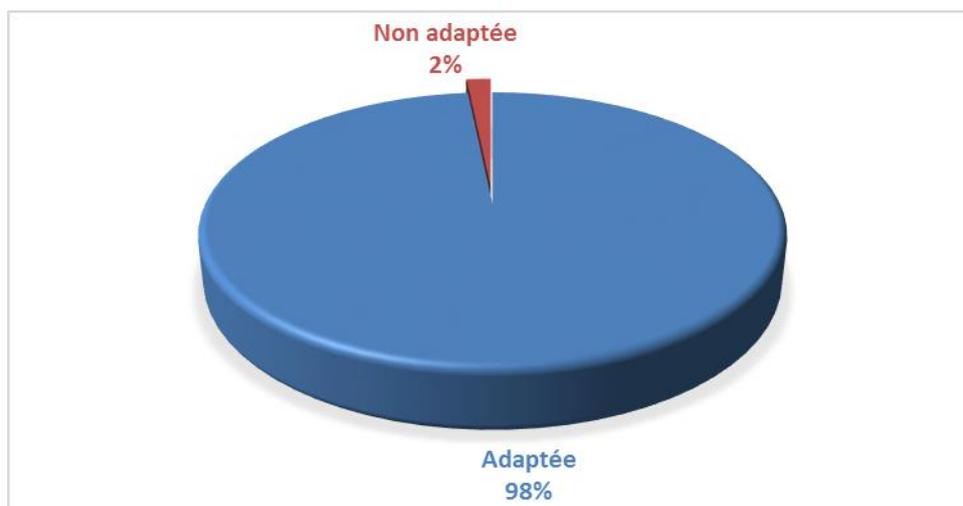


Figure 31 : Répartition des agents de santé en fonction de leur l'opinion sur la salle d'accouchement.

Selon l'opinion des agents de santé, 98% ont estimé que les locaux répondaient aux normes.

❖ *Opinion des agents de santé sur les matériels.*

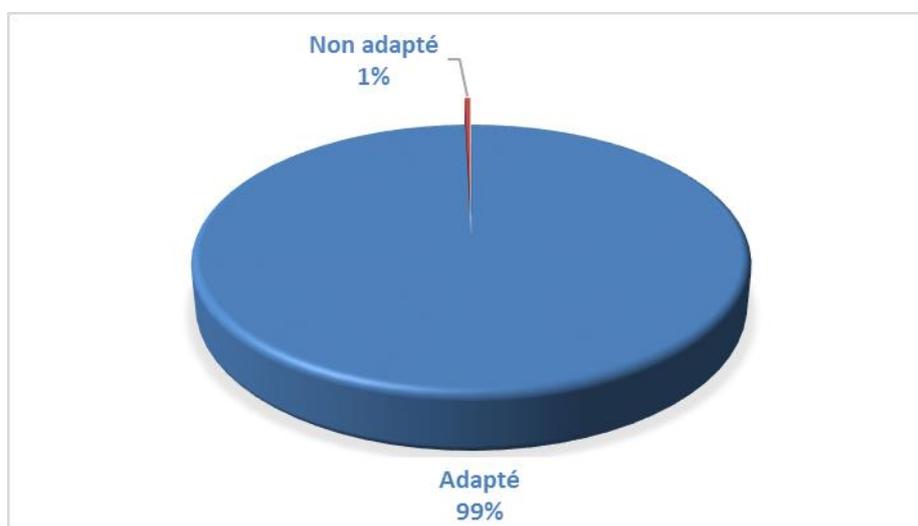


Figure 32 : Répartition des agents de santé en fonction de leur opinion sur les matériels.

Selon l'opinion des agents de sante,99% d'entre eux ont estimé que les matériels utilisés répondaient aux normes.

- La salle d'accouchement était chaude dans 85% des cas.

- La salle d'accouchement permettait l'entrée des courants d'air dans 15%.
- la salle d'accouchement était bien éclairée dans 100% des cas et elle était fermée dans 85% des cas.

Tableau XVIII: Répartition des prestataires en fonction de leur attitude avant l'accouchement.

Attitudes du prestataire avant l'accouchement	Oui		Non	
	n	%	n	%
Se laver les mains au savon	78	33,62	154	66,37
Porte une blouse blanche propre	231	99,60	1	0,40
Porte des gants stériles	115	49,60	117	50,43
Porte des bavettes	3	1,30	229	98,70
Porte un tablier	78	33,62	154	66,37
Porte des lunettes de protection	0	0,0	232	100,0

L'attitude la plus observée par les prestataires était :

- le port d'une blouse propre sans tâche de sang (99,6%) ;
- une proportion de (49,6) % portait des gants stériles ;
- le port de tablier était pratiqué dans (33,6%) de cas ;
- le lavage des mains au savon, était pratiqué dans (33,6) % cas ;
- le port de bavette a été observé, (1,3%).
- aucun prestataire ne portait des lunettes de protection.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

7.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères :

- **L'âge :**

Notre étude a montré que la tranche d'âge de 18-25 était la plus concernée soit 44,4%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche correspond à la période d'activité obstétricale active. Ce résultat est inférieur à celui d'une étude réalisée par Samake A. en 2016 à Kénieba [18] qui avait eu 55,5%.

- **Niveau d'instruction et profession :**

Dans notre étude, les ménagères représentaient 59% et 68% étaient sans instruction. Ceci pourrait s'expliquer par le faible taux d'instruction des femmes et le faible niveau socio-économique qui font parties des facteurs de la faible fréquentation des services de consultation prénatale.

Ce résultat est inférieur à celui de Samake A. [18] à Kénieba soit 80% pour la profession ménagère, 77,7% étaient sans instruction.

Le niveau d'instruction est un élément important qui contribue à l'amélioration des conditions de vie du ménage car il peut affecter le comportement procréateur, l'utilisation de la contraception, le comportement en matière de santé ainsi que les habitudes d'hygiène et de nutrition. [17]

- **Statut matrimonial :**

Nous avons trouvé que 93% des mères étaient mariées. Cela constitue un facteur encourageant car une femme mariée bénéficie du soutien de la famille pour mieux gérer sa grossesse et le bien-être de son nouveau-né. Ce résultat est comparable à celui de Diaw S [19]. Dans son étude faite en commune I du District de Bamako soit 92% pour les mères mariées.

- **Le nombre de CPN effectué :**

Au cours de notre étude 38% des mères avaient effectué moins de 3 CPN, contre 5% pour celles n'ayant effectué aucun suivi au cours de la grossesse. Ce taux est nettement inférieur à celui de Samake A [18] à Kénieba en 2016 soit 45,4% pour les mères qui avaient effectué moins de 3 CPN, et 13,4% pour celles n'ayant effectué aucun bilan prénatal.

La surveillance médicale de la grossesse a une influence considérable sur la santé de la femme et de l'enfant. En effet, les soins prénatals permettent de déceler les complications qui peuvent mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant [20].

Les soins prénatals sont indispensables non seulement pour la surveillance de l'évolution normale de la grossesse, mais aussi pour les conseils donnés à la future parturiente de la nécessité d'une assistance médicale à l'accouchement dans les structures de santé. [21].

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

- **Les accouchements** se sont déroulés sans difficulté pour 85,8% et parmi les nouveaux-nés enquêtés 93,36% avaient un score Apgar entre 8-10 à la 5^{eme} mn. Ce résultat est comparable à celui d'une étude menée à Baroueli par Kamissoko M [22] qui avait obtenu 83,3%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos accouchements se sont déroulés sans difficulté.

- **Le séchage immédiat**

Dans notre étude, il a été effectué chez 95,44% des nouveaux-nés. Notre taux est différent de celui de Diaw S [19], qui avait obtenu 80%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que tous les personnels impliqués dans les soins du nouveau-né ont une expérience de moins de cinq.

- **Le contact peau à peau**

Il a été effectué chez 92,12% des nouveaux-nés. Notre résultat est supérieur à celui d'une étude réalisée à Bamako par Diaw S [19] qui avait trouvé 6%.

Cette pratique est retardée par le fait que le nouveau-né est mis directement sur la table d'accouchement après l'accouchement pour la section du cordon ombilical, puis pour recevoir les SENN. Malgré la formation des prestataires, beaucoup n'avaient pas des documents sur les Politiques Normes et Procédure (PNP).

Il y a donc un effort important de sensibilisation à faire pour changer la pratique des prestataires, car le contact peau à peau est une méthode efficace pour empêcher les pertes thermiques du nouveau-né, qu'il soit né à terme ou prématuré, si le contact peau à peau n'est pas possible on peut envelopper le nouveau-né après l'avoir séché et le mettre dans les bras de sa mère [25].

- **La mise au sein précoce :**

Au cours de notre étude, elle a été effectuée chez 41,5% des nouveaux-nés.

Notre taux est supérieur à une étude menée à Ségou par Diarra Y [24] qui avait retrouvé 27,2 %.

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

Le premier lait appelé colostrum, est riche en éléments nutritifs et en anticorps et apporte tout ce dont l'enfant a besoin comme liquide et comme nourriture. Il ne faut pas lui donner d'autres nourritures ou boissons. Dans les milieux où l'on considère le colostrum comme sale et inutile, on informera et on tâchera de persuader les familles de son importance [23].

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et les éléments nutritifs nécessaires. En plus le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies [7].

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

Il n'a pas été pratiqué dans la structure de santé car la majorité des mères passaient les 6 heures dans le centre de santé et durant ces 6 heures les prestataires expliquaient l'importance de donner le premier bain 6 heures après l'accouchement. Cette attitude est encourageante pour une meilleure prise en charge du nouveau-né.

En général, après la section du cordon, le nouveau-né est séché avec le tissu apporté par sa mère. Les recommandations de l'OMS relatives à l'arrêt du bain immédiat du nouveau-né étaient respectées.

Le bain du nouveau-né immédiatement après sa naissance provoque une chute de sa température corporelle et il n'est pas nécessaire. Si les traditions culturelles imposent le bain, il faut l'effectuer au moins 6 heures après la naissance et de préférence au deuxième ou troisième jour de vie si le nourrisson est en bonne santé et si sa température est normale [23].

- **Les soins ombilicaux :**

Au cours de notre étude, les nouveaux-nés n'ont pas bénéficié des soins ombilicaux, l'alcool 90° était prescrit sur l'ordonnance de sortie, mais il n'est pas administré au nouveau-né dans la structure de santé, les agents de santé recommandaient à la mère d'appliquer seulement de l'alcool 90° sur l'ombilic du nouveau-né.

Un cordon ombilical qui vient d'être sectionné peut constituer un point d'entrée pour les bactéries. Les mauvaises techniques de soins du cordon peuvent exposer le nouveau-né à une maladie qui aurait pu être évitée, à une septicémie pouvant mettre sa vie en danger et à une mort néonatale due au tétanos ou d'autres infections [25].

- **Les soins oculaires**

Aucun nouveau-né n'a bénéficié des soins oculaires au cours de l'étude. Il faut remarquer qu'en général les collyres sont prescrits, mais ils ne sont pas achetés et administrés au nouveau-né qu'avant la sortie.

L'instillation de collyre antibiotique ou pommade ophtalmique antibiotique dans les deux yeux prévient la conjonctivite [26].

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

Elle a concerné 96,68% des nouveaux-nés. Ce taux est supérieur à celui de Diaw S [19] qui était de 32,4%. La vitamine K1 était administrée par les prestataires, car elle était disponible. Ceci explique l'écart élevé de l'administration de la vitamine k1. Cette méthode est encourageante car, elle protège contre l'hémorragie néonatale.

7.3. La connaissance et pratique des personnes ayant prodigués les soins au NNE :

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

Ces 5 éléments étaient :

- **Sécher le nouveau-né :**

Au cours de l'étude, 98,7% des prestataires ayant prodigués les soins au nouveau-né ont estimé que l'intérêt de sécher le nouveau-né juste après l'accouchement, est de le protéger contre l'hypothermie, il a été pratiqué chez 95,44% des nouveaux-nés.

- **Bain du nouveau-né :**

Parmi les prestataires, 98% ont répondu que le nouveau-né doit prendre son premier bain six heures après l'accouchement (excepté les nouveaux-nés d'une mère séropositive au test de VIH).

- **Allaitement :**

Parmi les prestataires, 99% ont répondu que l'allaitement précoce doit être débuté dans les trente minutes qui suivent l'accouchement. Mais en pratique, 41,5% des nouveaux-nés ont bénéficié de cette mise au sein précoce.

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

Lors de notre étude, 96,68% des nouveaux-nés ont bénéficié de la vitamine K1 et 100% des prestataires ont affirmé que l'administration de la vitamine K1 protégeait le nouveau-né contre l'hémorragie néonatale.

- **L'administration de collyre :**

Aucun prestataire n'a prodigué l'administration du collyre au nouveau-né dans la salle d'accouchement mais 100% ont affirmé que l'administration de collyre protégeait contre les infections oculaires chez le nouveau-né, et les collyres étaient prescrits sur l'ordonnance de sortie.

7.4. La connaissance et pratique des mères sur les soins essentiels du nouveau-né :

Parmi les mères enquêtées, 6% connaissaient les soins administrés au nouveau-né, et parmi ces mères enquêtées, 94% méconnaissaient (le séchage du nouveau-né, le bain du nouveau-né, et allaitement précoce) comme étant des soins essentiels au nouveau-né.

Il y'a donc encore un effort de sensibilisation important à faire pour changer le comportement des mères sur les nuisances que peuvent causer au nouveau-né un bain précoce.

Une étude menée par el-sherbini AF , el-torky MA[27] a permis de révéler que (25,5%) des mères enquêtées n'avaient aucune connaissance sur les SENN ; la plupart des femmes âgées (88,2%) étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise connaissance de SENN ; les femmes les plus instruites (66,7%) étaient plus susceptibles d'avoir une bonne connaissance de SENN par rapport à (33,5%) des femmes qui étaient peu instruites. Ils ont également observé que la majorité des femmes qui travaillaient (90%) étaient plus susceptibles d'avoir une bonne connaissance des SENN par rapport aux femmes qui ne travaillaient pas (10%).

La plupart des primipares (88,2%) étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise connaissance de SENN comparativement à (11,8%) des paucipares.

7.5. Les problèmes liés à la prise en charge du nouveau-né :

- **La salle d'accouchement :**

Elle était fermée pour, 85% des naissances ; et permettait l'entrée des courants d'air (un facteur favorisant la perte de chaleur chez le nouveau-né) pour 15% des cas à cause du passage répété des agents et l'ouverture des fenêtres. La salle d'accouchement est l'endroit qui est censé accueillir pour la première fois le nouveau-né ; par conséquent elle doit être appropriée, un endroit propre et chaud, dont les portes et fenêtres doivent être bien vitrées, pour conserver la chaleur et éviter les courants d'air. Elle était bien éclairée et très propre dans 100%.

- **Matériel complet** pour la propreté des mains de l'accoucheur était disponible. Ce fait est encourageant pour la bonne pratique des soins essentiels car, il peut empêcher les infections néonatales (première cause de mortalité néonatale au Mali [12] environ 41%.

- **Le matériel de réanimation** est presque inexistant dans la salle d'accouchement car la réanimation de tout nouveau-né est faite au bloc opératoire du service qui à son tour l'a réfère à la néonatalogie du même centre.

- **Le bloc opératoire dispose :**

- l'aspirateur de mucosité électrique ou à pied à faible pression.
- le ballon de ventilation auto gonflable.
- le masque du visage taille du nouveau-né.
- le cylindre d'aspirateur de sécrétion du nouveau-né.
- la présence de médicament de réanimation.

- **L'utilisation des barrières mécaniques par les prestataires au moment de l'accouchement :**

- aucun prestataire ne portait des lunettes de protection (0%) ;
- le port des bavettes (1,3%) ;
- le port de tablier (33,6%) ;
- le lavage des mains au savon (33,6%) ;
- le port des gants stériles (49,6%).

Ce fait amoindrit la protection du personnel en augmentant sa susceptibilité d'être infecté. L'infection est classée comme première cause de mortalité néonatale dans les pays en voie de développement [3].

- ❖ Les soins sont administrés de façon très insuffisante et les soins les plus connus ont été la mise au sein précoce chez 99% des nouveaux-nés, qui n'étaient effectués que chez 41,49% des nouveaux-nés.

CONCLUSION

VIII. Conclusion

Notre étude a permis de conclure que les soins essentiels du nouveau-né sont administrés de façon insuffisante et étaient en grande partie effectués par les infirmières-obstétriciennes et les aides-soignantes. Les difficultés liées à la prise en charge du nouveau-né comprennent entre autres : la salle d'accouchement (inadéquation par rapport à l'entrée des courants d'air), les matériels pour la propreté des mains des agents de santé (non utilisés) ; la non utilisation systématique de certaines barrières mécaniques (port des gants stériles, tablier, lunettes de protection, bavette), l'administration du vaccin polio n'a concerné que peu de nouveau-nés. Les personnes ayant prodigué les soins au nouveau-né avaient une bonne connaissance théorique et une mauvaise pratique des soins essentiels au nouveau-né. Les mères des nouveau-nés n'avaient pas une bonne connaissance des soins essentiels au nouveau-né.

RECOMMANDATIONS

IX. RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ AU MEDECIN CHEF DU CSREF

- Améliorer les conditions de la salle d'accouchement au niveau de la structure de santé.
- Mettre en place d'une meilleure organisation de la structure pour minimiser la rupture des médicaments dans la salle d'accouchement.

❖ AUX PERONNELS SANITAIRES :

- Appliquer les règles d'hygiène pour la prévention des infections dans les espaces de soins ;
- Appliquer les normes de la santé de reproduction (utilisation des barrières mécaniques, stérilisation systématique des matériels de soins, respect de l'hygiène des mains etc.)
 - d'administrer systématiquement les soins oculaires et la vitamine K1,
 - d'informer et conseiller sur les soins à domicile, l'allaitement et l'hygiène.
- ❖ Aux sages-femmes de s'impliquées de façon active dans la prise en charge du nouveau-né.
- Renforcer la communication des IEC sur les avantages des CPN.

❖ AUX MERES DES NOUVEAUX-NES :

- De participer aux activités de communication pour le changement de comportement au niveau des structures de santé ou dans la communauté.

REFERENCES

X. REFERENCES:

1. NDOUR O., FAYE FALL., ALUMETI A., GUEYE DK., AMADOU I. FALL M., NGOM G., NDOYE M.

Facteurs de mortalité néonatale dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU de Dakar.2016.

2. UNICEF, USAID MANUEL DE REFERENCE :

Soins essentiels nouveau-né. Save the children, Mars 2009.

3. CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE (CPS/SSDSPF)

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUES (INSTAT)

CENTRE D'ETUDES ET DE D'INFORMATION STATISTIQUES (INFO-STAT)

BAMAKO, MALI

ICF INTERNATIONAL, ROCKVILLE, MARYLAND, USA

Enquête Démographique et de la santé [EDS- V] Mai 2014, P577.

4. DISEASE CONTROL PRIORITES PROJETwww.dcp2.org.2006.Site consulté le 15 /06/18 à 23H50mn.

5. SAVE THE CHILDREN /USA, USAID, UNICEF...Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique, 2010.

6. JOY LAWN ET KATE KERBER : Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique, partenariat pour la santé maternelle néonatale et infantile, Cape town, 2006, P246.

7. OMS : Rapport sur la sante dans le monde. En ligne <http://WWW.who.media center/news/releases/2011/fr.cite> consulté le 31-06-2018.

8. TEGUETE H.A.D.

Etude de la mortalité périnatale à Gao. 2006. Thèse médecine, Bamako, 2006 .116p ; N°331

9. COULIBALY A.

Etude de la mortalité périnatale dans la ville de Mopti. Thèse Médecine, Bamako, 2006 .113p ; N° 318

10. DIONI P.

Etude de la Mortalité périnatale dans les structures socio sanitaires de °la ville de Koulikoro. Thèse, Med, Bamako, 2006, 128P ; N°332

11. CAMARA B.S.

Mortalité périnatale dans la structure sanitaire de Sikasso. Thèse, médecine, Bamako, 2006 ; 127P ; N°321

12. BAMBA A.

Etude de la mortalité périnatale dans le centre de santé de référence de la commune I. 2006 ; 127P ; N°328.

13. TRAORE A. B.

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

14. UNICEF MANUEL DE REFERENCE :

Soins essentiels du nouveau-né. Save the children, Août 2008.

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

16. MANUEL TECHNIQUE DE BASE : soins essentiels aux nouveau-nés, USAID/ février 2005.

17. DICTIONNAIRE DE MEDECINE FLAMMARION SEPTIEME EDITION.2007.

18. SAMAKE A.

Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans les centres de santé de Kenieba dans la région de Kayes. Thèse médecine, Bamako, juin 2016, 116p.

19. DIAW S.

Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans les centres de santé de la commune I du District de Bamako. Thèse médecine, Bamako, juin 2015, 139p ;

20. USAID, UNICEF, MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE, UNFPA.

Enquête démographique et de santé continue au Sénégal. 2012-2013.

21. EDS, MICS : l'accouchement à domicile au Cameroun, disparités spatiales et éléments d'explication ; 2011.

22. KAMISSOKO M.

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

Thèse, médecine, 2009.-2010. 52p ; N°371

23. OMS GENEVE GUIDE PRATIQUE:

La protection thermique du nouveau-né ; Santé de la mère et du nouveau-né/ maternité sans risque division de la santé reproductive (WHO/RHT/MSM/97.2).

24. DIARRA Y.

Pratique des soins essentiels des nouveau-nés dans le CSCom de N'Débougou/District sanitaire de Niono/Région de Ségou/Mali. Thèse médecine, 2016.

25. USAID, EVERY WOMAN, EVERY CHILD, HEALTH COMMUNICATION, CAPACITY, COLLABORATIVE : création de demande des 13 produits d'urgence, synthèse des données scientifiques probantes.

26. Dr BERNARD JOLY ET MADAME MARIE JOLY : Soins essentiels des mères et des nouveau-nées, planifications familiales, mars2015.

27.EL-SHERBINI AF¹, EL-TORKY MA , ASHMAWY AA , ABDEL-HAMID HS.

Assessment of knowledge, attitudes and practices of expectant mothers in relation to antenatal care in Assiut governorate assoc Egypte de la santé publique

J Egypt Public Health Assoc. 1993; 68(5-6):539-65.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

FICHE DE RENSEIGNEMENT : 01

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

I/Identification de la parturiente :

Q1. Nom et prénom de la mère.....

Q2. Age de la mère :

Q3. Taille :m

Q4. Provenance de la mère :

Q5. Ethnie :

Q6. Statut matrimonial : / /

1. Mariée ; 2. Divorcée ; 3. Veuve ; 4. Célibataire

Q7. Niveau d'inscription de la mère :/ / 1-Alphabétisée ; 2-Non
Alphabétisée.

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

Q9. Profession de la mère :

II/Les antécédents :

Q10.Antécédents médicaux de la mère :

Q11.Antécédent chirurgicaux de la mère :

Q12.Antécédent obstétricaux :

1-nombre de grossesse : .../ /

2-Parité : .../ /

3-nombre d'avortement : .../ /

4-nombre de vivant : / /

5-Mort- né :/ /

6-Intervalle inter génésique : ... / /

7-Taille : ...m.....

III/. Soins maternels et néonataux :

Q13.Avez-vous effectuée votre bilan prénatal ?...../ / 1-oui ; 2-Si non pourquoi :

Q14.nombre de CPN : / / 1-CPN =0 ; 2- CPN =inferieur a 3 ; - CPN =supérieur ou égale à 4.

Q15.Connaissez-vous l'importance des visites prénatales ?/ /1=oui ; 2=non

Si oui les quelles.....

Q16.Grossesse à terme : .../ / 1- oui, 2-Non

Si non préciser l'âge de la grossesse :

Q17. Avez-vous eu des difficultés avec les personnels soignant ? / / 1-oui ; 2-Non.

Si oui pourquoi.....

Q18. L'accouchement dans une structure sanitaire a-t-il des intérêts : / / si oui les quels ?.....

Si non pourquoi.....

Q19- Accouchement difficile : / / 1-siège ; 2-Naissance multiple ; 3-Dystocie des épaules ; 4-Extraction par ventouse ou forceps ; 5-Non

Q20- 1-Connaissez-vous les soins qu'on prodigue au nouveau-nés juste à la naissance. / / Oui / _____ / Non / _____

-La mise au sein précoce... 1.oui 2.non

-Sécher le nouveau-né..... 1.oui..... 2.non.....

-L'enveloppement du nouveau-né..... 1.oui 2.non.....

-Le contact peau à peau avec la mère... 1.oui 2.non.....

-L'administration de la vitamine k par l'agent de sante... 1.oui 2.non.....

-L'administration de collyre... 1.oui... 2.non.....

-soins ombilicaux... 1.oui..... 2.non.....

Q21. Avez-vous amener un sac contenant des habits pour vous et pour le nouveau-né ?

1-Si oui pourquoi.....

2-si non pourquoi.....

Q22. Après l'accouchement le personnel soignant a-t'il expliqué comment allaiter votre enfant ?...../ / 1-oui 2-Non

Si oui pouvait vous expliquer.....

Opinions sur les soins reçus

Q23 Etes-vous globalement satisfaite du service offert ?...../ /

1-Si oui ; 2-Si non 3-plus ou moins.....

Et Pourquoi.....

Q24. Que proposez-vous pour améliorer la qualité des services

.....

...

Merci de nous avoir accordé une partie de votre temps, avez-vous des questions ou des observations à faire ???

IV/Observation sur la pratique des soins essentiels au nouveau-né.

A1/Attitude du prestataire avant l'accouchement

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

B/Apres l'accouchement :

1. L'administration de la GATPA chez la mère est faite 1 oui /.../ 2 non /./

2-Sexe : 1.M 2.F

3-Poidsg

4-Taille :cm

5-Périmètre crânien :cm

6-Périmètre thoracique :cm

8-Le score d APGAR en 5mn / / 1 :0-3 2 :4-7 3 :8-10

9-A la naissance le nouveau-né a été stimulé / / 1 : oui 2 : non

Q	OUI	NON
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

	juste après l'accouchement		
20	Le nouveau-né a été mis au sein dans les 30minutes qui suivent l'accouchement		
21	Le réflexe de succion est présent		
22	Le mamelon et une partie de l'aréole sont dans la bouche du nouveau-né		
23	Les autres doigts de la mère sont sous le sein tandis que le pouce y est au-dessus lors de l'allaitement		
24	Le thorax est symétrique et harmonieux		
25	La respiration est normale et peu profonde		
26	Le rythme respiratoire est entre 30 et 60cycles/mn		
27	La fréquence cardiaque est entre 110 et 160 cycle/mn		
28	La température axillaire se situe entre 36,5-37,5c		
29	Le nouveau-né a reçu les soins oculaires		
30	Le nouveau-né a reçu les soins ombilicaux		
31	Administration de la vitamine k1 au nouveau-né a été faite		
32	Pas de traumatisme, pas de contusion au niveau de la tête		
33	Pas de bosse séro-sanguine		
34	Le nouveau-né a des anomalies congénitales.		

35-Le moment auquel les bains du nouveau-né ont eu lieu après l'accouchement...../ / 1 :0 à 6 heures 2 :6-24heure ; 3 : supérieur à 24 heures.

FICHE DE RENSEIGNEMENT : 02

Renseignement sur les matériels et équipement locaux de l'accouchement :

		OUI	NON
1	Salle d'accouchement fermée	+	
2	Salle d'accouchement propre	+	
3	Est-ce que les courants d'air rentrent dans la salle d'accouchement	+/-	
4	Salle d'accouchement chaude	+	
5	Salle d'accouchement bien éclairée	+	
6	Table d'accouchement couvert d'alèse/de tissus propre	+	
7	Présence de matériel pour la propriété des mains de l'accoucheur dans la salle d'accouchement (eau propre savon serviette etc.)	+	
8	Présence de récipient dans la salle d'accouchement pour recevoir des linges et compresse sales	+	
9	Les matériels utilisés au cours de l'accouchement sont réunis avant l'accouchement	+	
10	Les matériels utilisés au cours de l'accouchement sont propres et stériles (les gants, compresse de gaze ou morceau de tissu, clamps, ciseaux,.....)	+	
11	Présence d'aspirateur de sécrétion dans la salle d'accouchement	+	
12	Le collyre est disponible dans la salle d'accouchement	-	+
13	La vitamine k, et le GATPA est disponible dans la salle d'accouchement	+	

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

FICHE DE RENSEIGNEMENT : 03

V/Renseignements sur la personne qui assiste l'accouchement :

Q1/Qualification du prestataire ayant assisté l'accouchement : / /1.

Gynécologue ; 2. Médecin ; 3. Sage-femme ; 4. Aide-soignante ; 5. Matrone ;

6. Technicienne supérieur de sante ; 7-Interne.

7. Non et prenons :

8. Age :

9. sexe :

10. Depuis combien de temps êtes-vous impliqués dans soins d'accouchement

/...../

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

1. Gynécologue ; 2. Médecin ; 3. Sage- femme ; 4. Aide-soignante ; 5. Matrone ; 6. Technicienne supérieure de sante ; 7-Interne.

2. Age en année

3. Sexe

4. Depuis combien de temps êtes-vous impliqués dans les soins au N-Né

/...../

5. Avez-vous reçu une formation sur les soins du nouveau-né ?

Oui /... / Non /.../

Combien de temps s'écoule entre la dernière formation et aujourd'hui ?

/...../

Q3/Opinion de l'agent de santé sur. / /

-La salle d'accouchement : / / 1. Adapte 2.si Non adapte
pourquoi.....

-Les matériels : .../ / 1. Adapte, 2. Non adapte, 3. Aucune idée.

Q4/Quel est l'intérêt de séché le nouveau-né.... / /

1. Aucune idée, 2. Débarbouiller le nouveau-né; 3. Le protéger de l'hypothermie,4.

Autres/préciser.....

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

1. Juste après l'accouchement 2-6 heure après l'accouchement 3-
aucune idée

4/autre/précisé.....

...

Q6/La mise au sein précoce du nouveau-né/ /1-Dans les 30 minutes qui
suivent l'accouchement ; 2-plus de 30 minutes après l'accouchement ; 3-aucune
idée

4-Autre/préciser.....

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

1-protège contre l'hémorragie néonatale ; 2-Aucune idée ; 3-Autre a
précisé

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

1Contre l'infection oculaire ;2Aucuneidée3/Autres/précisé.....

Q9/ Avez-vous des difficultés de la prise en charge du nouveau-né

Si oui les quels :Et

si non les solutions :

.....

VI/Renseignement sur les matériels/ locaux de l'accouchement Fiche de dépouillement des matériels, équipement, médicaments au niveau du centre :

a) Matériel technique de la prise en charge du nouveau-né :

Indicateurs	Presence	Absence	Observation
Matériels			
table avec source de chaleur	+	-	
linge sterile	-	+	
aspirateur de la mucosité électrique ou à pied à faible pression (100mn de hg)	-	+	
sondes d'aspirations des secretions	+	-	
poire à usage unique	-	+	
ballon de ventilation auto gonflable (volume 250 à 500 ml/ pression au moins 45 cm d'eau)	+	-	Bloc opératoire
masque facial (taille 1 pour nouveau-né normal/taille0 pour petit poids de naissance)	+	-	Bloc opératoire
Gants	+	-	

Ciseaux	+	-	
compresses alcoolisées	+	-	
clamp de Bar	+	-	
fils de ligature sterile	+	-	
lame de bistouri	-	+	
montre avec trotteuse	-	+	
horloge murale avec trotteuse	+	-	
thermomètre pour la température ambiante	+	-	
stethoscope, si possible	+	-	
Medicaments			
eau distillée	-	+	
serum glucosé 10%	+	-	
seringue sterile 10ml et 5ml	+	-	
vitamine k1	+	-	
Ceftriaxone au besoin			ordonnance
Gentamycine au besoin			ordonnance
GATPA, adrenaline au besoin	+	-	

FICHE DE RENSEIGNEMENT : 04

Supports de surveillance :

- registre (de consultation, évacuation, de vaccination) ;
- fiche (de croissance opérationnelle 100, de référence) ;
- cahier de surveillance ;
- carnet (de santé et de vaccination) ;
- diagramme de Maigneur 100 ;
- échancier ;
- partogramme
- matériel de vaccination ;
- matériel de démonstration nutritionnelle ;
- équipement-mobilier (mère plus nouveau-né) ;
- fournitures diverses et consommables :(matériel d'entretien des lieux, fourniture de bureau, consommables médicaux divers) ;
- matériel éducatif : (Radiographie, boîte à image pm, etc....).

RESUME

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : HAMIDOU

Pays d'origine : Mali

Titre : Pratique des soins essentiels au nouveau-né dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

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

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

Résumé

Introduction : La mortalité néonatale demeure une préoccupation constante dans les pays en voie de développement.

Le but de cette étude était d'étudier la pratique des soins essentiels au nouveau-né dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive concernant les SENN. Elle s'est déroulée en 2018. Notre étude portait sur les nouveaux-nés immédiatement après l'accouchement par voie basse, les mères de ces nouveaux-nés et les agents ayant assurés leur prise en charge dans le centre de santé de la commune V de Bamako. La saisie des données, le traitement et l'analyse ont été fait, sur le logiciel SPSS.

Résultats :

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

Le contact peau à peau a été effectué chez 92,12% des nouveaux-nés ; le séchage immédiat du nouveau-né a été effectué chez 95,44% des nouveaux-nés ; la mise au sein précoce a été effectuée chez 41,49% des nouveaux-nés ; le bain précoce du nouveau-né n'a jamais été réalisé dans la structure de santé observée ; la section du cordon ombilical a été bien faite chez 99,6% des nouveaux-nés ; l'administration de la vitamine K1 a concerné 96,68% des nouveaux-nés ; les soins oculaires n'ont jamais été réalisés dans la structure de santé observée, mais c'était prescrit sur l'ordonnance de sortie.

Conclusion : Notre étude nous a permis de conclure que les soins essentiels du nouveau-né sont administrés de façon insuffisante. Afin d'améliorer la survie du nouveau-né au Mali, il est primordial de renforcer la formation des professionnels de santé et notamment des sages-femmes, afin qu'elles puissent répondre de façon efficace les soins essentiels au nouveau-né ; car la plupart des soins administrés au cours de notre étude étaient faites par les infirmières – obstétriciennes et les aides-soignantes qui malgré leurs expériences n'ont reçues aucune formation professionnelle sur les soins essentiels du nouveau-né.

Mots-clés : Pratique, soins essentiels, nouveaux-nés, Csréf, Commune V ; Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. 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 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 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 confrères si j'y manque.

JE LE JURE !