

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B



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

FMOS

Année universitaire 2021 - 2022

MEMOIRE

Mémoire N° :... /

**Rapport des activités de pédiatrie à la maternité du
CHU Gabriel Toure de 2018 à 2021**

Présenté et Soutenu publiquement le 13/ 04/2023 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Dr Sira Brahima DIALLO

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales en pédiatrie

JURY

Présidente : Pr Mariam Sylla

Membre : Pr Lala N Sidibé

Co-directrice : Dr Leyla Maiga

Directrice : Pr Fatoumata Dicko

DEDICACES

Nous dédions ce travail

A ALLAH le Tout Puissant, le Miséricordieux pour m’avoir donné la santé et la force de réaliser ce travail.

Au prophète Mohamed (Paix et bénédiction de Dieu sur Lui)

A mon père : feu Diallo Brahima pour n’avoir ménager aucun effort pour la réussite de tes enfants. Puisse Allah t’accorder son paradis firdarws

A Ma mère, Haoua SAMAKE :

Toi qui attendais patiemment ce jour, ta prière a été exaucée. Ce travail est l’aboutissement de toutes les souffrances que tu as endurées pour tes enfants. Nous prions Dieu pour qu’il te garde auprès de nous le plus longtemps possible.

A ma sœur jumelle : DIALLO yaha Brahima

Tu as toujours été avec moi durant tout ce cycle dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci pour ton soutien moral, financier et psychologique. Reçois ce travail en témoignage de mon profond attachement et de toute ma reconnaissance

Mes frères et sœurs : Maria, Tati, Djibril, Kady, Houley, Houmou, Cheick Oumar, Karidiatou, Hussein, Hassane, Bamadou, Bandjini

Où que vous soyez, sachez que je ne cesse de penser à vous. Puisse ce travail consolider davantage nos liens fraternels, constituer l’espoir d’un avenir radieux pour nous tous.

A Mon époux : DR SACKO Seydou

En qui j’ai trouvé l’époux parfait, faisant toujours preuve de compréhension. Merci pour la patience, le soutien moral et financier et pour ton attachement. Je nous souhaite beaucoup de succès tout au long d’une longue vie.

A ma belle-famille : Merci pour votre soutien et pour votre compréhension, ce travail est le vôtre.

Nos remerciements spéciales....

A tous les encadreurs du département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré pour l'enseignement reçu ;

A tous les DES en formation de pédiatrie pour la collaboration ;

A tout le personnel infirmier pour la collaboration.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE MEMOIRE

Professeur Mariam Sylla

- Professeur agrégée de pédiatrie a la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Vice doyenne de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Responsable du centre d'excellence pédiatrique de prise en charge du VIH au CHU Gabriel Touré
- Directrice des études du DES de pédiatrie
- Membre du comité d'experts pédiatrie de l'Afrique subsaharienne

Cher maître, permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de mémoire malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre sens élevé du devoir forcent le respect et l'admiration de tous. Que Dieu dans sa miséricorde vous comble ainsi que toute votre famille de ces bienfaits et vous accorde une longue vie pleine de bonheurs.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE MEMOIRE

Professeur Fatoumata Dicko

- Professeur titulaire en Pédiatrie ;
- Chef de service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré ;
- Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED) ;
- Secrétaire générale de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noir Francophone ;
- Membre du collège Ouest Africain des médecins ;
- Coordinatrice des étudiants en cours de spécialisation de la médecine communautaire ;
- Ancienne conseillère technique au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Cher maître, vous nous faites honneur en nous acceptant parmi vos élèves et en nous confiant ce travail.

Votre estime pour l'être humain, votre sens élevé du devoir, votre rigueur dans le travail, vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines font de vous un maître admiré par tous.

Retrouvez dans ce travail cher maître l'expression de notre sincère remerciement.

A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTRICE DE MEMOIRE :

Dr Leyla Taïfour Maïga

➤ Pédiatre

➤ Praticienne hospitalière a la clinique périnatale Mohammed VI de Bamako

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

Vous êtes une brave dame de patience et de compréhension.

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

Nous n'oublierons jamais votre accueil chaleureux dans votre unité au sein de la maternité. Vous nous avez inculqué les valeurs du travail soigneux, le dévouement pour le mieux-être du patient, et attisé notre soif de savoir. Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :

Professeur Lala N Sidibé

- Maître de conférences à la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie
- Praticienne hospitalière au service de néonatalogie du CHU Gabriel Toure

Vous nous faites un honneur en acceptant de jugé ce travail.

Votre rigueur scientifique, et vos qualités pédagogiques font de vous un exemple à suivre. Cher maître nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et de notre remerciement.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Nombre d'appels enregistrés en fonction de la voie d'accouchement	44
Tableau II : répartition des appels selon l'indication de la césarienne	45
Tableau III : répartition des nouveau-nés selon leur devenir immédiat.....	46
Tableau IV : Répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués.....	46
Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon le motif du transfert.....	47
Tableau VI : Répartition des nouveau-nés selon leur devenir dans le service de néonatalogie.	47
Tableau VII: Répartition des nouveau-nés selon la cause de décès dans le service de néonatalogie.....	48
Tableau VIII : répartition selon l'indication de la césarienne.....	49
Tableau IX : répartition des nouveau-nés selon le terme de la grossesse	50
Tableau X : répartition des nouveau-nés selon leur nombre par accouchement	50
Tableau XI: répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués selon l'ILCOR	50
Tableau XII : Répartition des nouveau-nés en fonction leur enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité.	51
Tableau XIII : répartition des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie en fonction de leur trace dans le circuit d'enregistrement du service de néonatalogie.....	51
Tableau XIV : Répartition des nouveau-nés selon l'hospitalisation.....	52
Tableau XV : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur diagnostic de sortie.	52
Tableau XVI : La répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir dans le service de néonatalogie	53
Tableau XVII : Répartition des nouveau-nés en fonction du mode d'alimentation	53
Tableau XVIII : répartition en fonction du nombre de nouveau-né par accouchement.	54
Tableau XIX : répartition des nouveau-nés en fonction du devenir immédiat ...	54
Tableau XX : répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués selon l'ILCOR.....	55
Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés en fonction leur enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité.	55

Tableau XXII : répartition des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie en fonction de leur trace dans le circuit d'enregistrement du service.....	56
Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.	56
Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés en fonction du diagnostic.	57
Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés en fonction du nombre du jour du nouveau-né à l'admission.	58
Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le mois de naissance.....	59
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse	60
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la trophicité.....	60
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.....	60
Tableau XXX: Répartition selon que le nouveau- né soit vivant	61
Tableau XXXI: Répartition selon le sexe du nouveau-né.....	61
Tableau XXXII: Répartition selon la réanimation du nouveau- né	61
Tableau XXXIII : Répartition selon le transfert à la néonatalogie des nouveau-nés.....	62
Tableau XXXIV : Répartition selon les types de diagnostics.....	62
Tableau XXXV : Répartition des patientes selon les types de Malformations ..	62
Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon les gestes de réanimation effectué	63
Tableau XXXVII : répartition des nouveau-nés selon le mode d'alimentation durant leur séjour en maternité.....	64
Tableau XXXVIII : répartition des nouveau-nés selon la consultation du postnatale.....	64
Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon le calendrier de suivi et leur mode d'alimentation.....	65
Tableau XL : répartition des nouveau-nés selon le terme de la grossesse.....	65
Tableau XLI : répartition des nouveau-nés à terme selon leur trophicité.....	66
Tableau XLII : répartition selon les problèmes retrouvés au cours de la surveillance N =38.....	66
Tableau XLIII : Répartition selon le mode d'alimentation durant leur séjour à la maternité.....	67
Tableau XLIV : Répartition des nouveau-nés en fonction du nombre du jour de l'hospitalisation.	67
Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés du devenir.....	68
Tableau XLVI : Répartition des patients selon le mode d'alimentation avant la sortie de la maternité	68

Tableau XLVII : Répartition des patients selon l'hypothermie.....	69
Tableau XLVIII : Répartition des patients selon les produits utilisés pour les soins ombilicaux	69
Tableau XLIX : Répartition des patients selon le nouveau-né suivi dans l'unité mère Kangourou pendant leur hospitalisation en maternité.....	69
Tableau L : Répartition des patients selon le nombre de jour hospitalier a la maternité.....	70
Tableau LI : Répartition des patients selon les problèmes retrouvés pendant leur hospitalisation à la maternité.....	70
Tableau LII : Répartition selon le calendrier de suivi postnatal	71
Tableau LIII : répartition des nouveau-nés selon le calendrier de suivi et leur mode d'alimentation.....	72
Tableau LIV : Répartition des patients selon le calendrier de la visite	73
Tableau LV : Répartition des patients selon le mode d'alimentation après la sortie de la maternité	73
Tableau LVI : Répartition des patients selon le traitement traditionnel	74
Tableau LVII : Répartition des patients pour le RDV en début de diversification	74
Tableau LVIII : répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir immédiat	76
Tableau LIX : Répartition des nouveau-nés en fonction du diagnostic.....	76
Tableau LX : Répartition des nouveau-nés en fonction leur enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité.	78
Tableau LXI : répartition des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie en fonction de leur trace dans le circuit d'enregistrement du service.	78
Tableau LXII : La répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir dans le service de néonatalogie	79

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Séchage immédiat	9
Figure 2: Stimulation du nouveau-né	9
Figure 3: Couper le cordon.....	11
Figure 4: Contact peau à peau	12
Figure 5: Mauvaise prise du sein Figure 6 : Bonne prise du se Images montrant la prise du sein par le bébé	14
Figure 6: Les positions confortables à l'allaitement :	14
Figure 7: Soins oculaires	15
Figure 8: répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués selon l'ILCOR	77
Figure 9: répartition des nouveau-nés en fonction des visites quotidienne.	80
Figure 10: répartition des nouveau-nés selon le mode d'allaitement dans les suites de couches.	80
Figure 11: répartition des nouveau-nés en fonction du nombre de suivi postnatal	81
Figure 12: répartition des nouveau-nés en fonction du calendrier de suivi postnatal	82

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
I. GENERALITES.....	4
1.1. Rôle du pédiatre.....	4
1.2. Soins essentiels aux nouveau-nés (SENN).....	7
1.3. Les soins de 90 min à 6 heures.....	16
1.4. Les soins de 6 heures à 24 heures.....	17
1.5. Instructions de sortie :.....	17
1.6. Soins de la sortie de la maternité à 6 semaines.....	18
II. METHODOLOGIE.....	40
2.1. Cadre d'étude.....	40
2.2. Type et période d'étude.....	42
2.3. Population d'étude :.....	42
III. RESULTATS.....	44
3.1. Bilan d'activité de l'unité de pédiatrie a la maternité de l'année 2018 Erreur ! Signet non défini.	
3.2. Bilan d'activité de l'unité de pédiatrie a la maternité de l'année 2019 Erreur ! Signet non défini.	
3.3. Bilan d'activité de l'unité de pédiatrie a la maternité de l'année 2020 Erreur ! Signet non défini.	
3.4. Bilan d'activité de l'unité de pédiatrie a la maternité de l'année 2021 Erreur ! Signet non défini.	
3.5. Compilation des résultats des quatre années d'activité.....	75
IV. DISCUSSION.....	83
4.1. Fréquences des interventions.....	83
4.2. Indication des appels.....	83
4.3. Devenir immédiat.....	84
4.4. Diagnostic retenu.....	84
4.5. Réanimation en salle de naissance.....	85
4.6. Enregistrement des nouveau-nés dans les registres.....	86
4.7. Devenir en néonatalogie.....	86
4.8. Les suites de couche :.....	86
CONCLUSION.....	88
REFERENCES.....	90

INTRODUCTION

La période néonatale est l'une des périodes les plus critiques de la vie. Ceci est lié à la fragilité du nouveau-né et à l'immaturation du fonctionnement de nombreux organes [1].

La période postnatale immédiate est une étape fondamentale d'adaptation physiologique et psychologique pour le nouveau-né [1]. La plupart des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine sont prévisibles et doivent être anticipées [2].

Si à l'échelle mondiale, le nombre de décès de nouveau-nés est passé de 5 millions en 1990 à 2,4 millions en 2019, cependant la période néonatale expose plus au risque de décès. En 2019, les décès néonataux concernaient 47 % de l'ensemble des décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans, environ un tiers d'entre eux sont morts le jour de la naissance et près des trois quarts dans la semaine suivant la naissance. Plus de 80% de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud Est [2, 3].

Le Mali fait partie des dix pays au monde où les taux de mortalités néonatales sont les plus élevés et où il y'a plus de danger de naître [4].

Au Mali, malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires pour former les professionnels de santé en soins essentiels aux nouveau-nés (SENN) et réanimation du nouveau-né, la mortalité néonatale a connu une réduction plus faible et plus lente.

Ne manquons pas à nos devoirs envers les nouveau-nés, car chaque nouvelle vie constitue un espoir et une nouvelle opportunité, donnons à chaque nouveau-né la chance de réussir ce cap difficile de la période néonatale qui définira son avenir.

En effet, on est passé de 60 décès néonataux /1000 naissances vivantes en 1995 à 33 / 1000 naissances vivantes en 2018(soit une réduction de 1, 17 par an pour 1000 naissance vivante pendant les 23 ans) [5].

Pour l'atteinte des objectifs pour le développement durable (ODD), il est important d'améliorer la qualité des soins de santé dispensés dans les maternités visant à prévenir et à traiter les complications fréquentes chez le nouveau-né [6].

Le centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré qui est la seule référence de troisième niveau pour la prise en charge des nouveau-nés avec en moyenne 3 milles quatre-cent soixante-huit (3468) accouchements par an.

Sa Maternité est la seule maternité du pays au niveau de laquelle il y'a la pratique d'une activité de pédiatrie en maternité en collaboration avec le service de Néonatalogie de référence.

Quelle est l'activité en pédiatrie qui est menée au sein de la maternité ?

Ainsi, le but de ce travail est d'évaluer l'activité de pédiatrie en maternité au CHU Gabriel Touré afin de contribuer à l'amélioration des soins apportés aux nouveau-nés.

OBJECTIFS

Objectif général

Décrire les activités de pédiatrie à la maternité du CHU GT

Objectifs spécifiques :

- Décrire les éléments des appels à la maternité et le devenir des nouveaux nés
- Evaluer les éléments de suite de couche et identifier les problèmes retrouvés
- Déterminer la fréquence des visites post natal

I. GENERALITES

1.1. Rôle du pédiatre

Spécialiste de pédiatrie qui assure la prise en charge du nouveau-né dès la salle d'accouchement jusqu'à son retour à domicile.

Il peut être amené à intervenir pour des soins néonataux parfois dans des situations d'urgence vitale

- a. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance
- b. La réanimation néonatale
- c. Les examens systématiques
- d. Les soins et la surveillance en suite de couche

1.1.1. Accueil du nouveau-né en salle de naissance :

Cette étape débute bien avant la phase ultime du travail par :

- Le réglage de la température ambiante ;
- La préparation de linges propres et secs, de clamp, bonnet et couche ;
- La préparation de la table et du matériel de réanimation ;
- Le recueil des informations anténatales : déroulement de la grossesse : ATCD maternels, gestité, âge de la grossesse, nombre de CPN, bilan réalisé, pathologie associée, critères infectieux
- Déroulement de l'accouchement : l'heure de l'ouverture de la poche des eaux, durée du travail, aspect du liquide amniotique, voie d'accouchement.

L'accueil proprement dit est d'assurer les soins essentiels des nouveaux nés et de faire la réanimation néonatale si nécessaire

1.1.2. Examen en salle de naissance :

Ce 1er examen a pour but d'apprécier la qualité de l'adaptation à la vie extra-utérine, de repérer des malformations pouvant à court terme mettre en jeu le pronostic vital, identifier si l'enfant appartient à un groupe à risque : prématuré,

hypotrophe, post mature, nouveau-né de mère diabétique, rhésus négatif, AgHbs+ ou VHI+, ou encore une naissance dans un contexte infectieux afin d'assurer la prise en charge adéquate

1.1.3. Examen du 8ème jour :

Il se fait après la sortie de maternité et a pour but de

- S'assurer d'une prise pondérale après la perte de poids physiologique
- S'assurer de l'absence d'une pathologie néonatale ou une malformation passée inaperçue lors du 1er examen
- Vérifier la technique et le mode d'allaitement :
- Insister sur les mesures d'hygiènes
- Conseils sur les avantages de l'AME et de la vaccination

1.1.4. Soins et surveillance en suite de couche :

Une visite quotidienne est faite au cours de laquelle chaque bébé est déshabillé puis examiné :

- Mesure de la T°, pesée
- Apprentissage des soins du cordon à la mère
- Vérification de l'émission d'urine et de méconium
- Recherche de rejets, de vomissement, ballonnement
- Examen rapide : recherche d'ictère, de lésions cutanées
- Mise au sein avec vérification de la technique, de la fréquence et de la durée pour un allaitement durable
- Indications de l'appel du pédiatre en maternité
- Le pédiatre est appelé en anténatal en cas de pathologies maternelles et/ou fœtales telles que :
 - Césarienne
 - Prématurité < 36SA
 - SFA ou SFC
 - Siège par voie basse

- Grossesses multiples
- RCIU
- Pré éclampsie, éclampsie, procidence du cordon, HRP, RPM...

1.1.5. Examen du 45ème jour :

Il a pour but :

- S'assurer que le nouveau-né a dépassé la période néonatale sans complication
- D'apprécier le développement staturo-pondéral et psychomoteur
- D'apporter des réponses aux préoccupations des parents
- De prévenir les infections et autres pathologies diminuant ainsi la morbidité et la mortalité infantile
- Insister sur le mode d'alimentation idéal : AME

1.1.6. Examen du 6ème mois :

Il a pour but :

- D'apprécier le développement staturo-pondéral et psychomoteur notamment la tenue de la tête, la station assise avec appui...
- D'initier la mère à la diversification +++
- Insister sur la vaccination
- Suivi des prématurés > 35SA
- Suivi des hypotrophes

Ils sont vus en consultation une fois par semaine jusqu'à obtenir un poids de 2500g puis une fois par mois jusqu'à 3mois puis tous les 3 mois avec supplémentation en vitamine et fer

- Promotion de l'allaitement maternel
- Formation des internes, des stagiaires de médecine communautaire, les DES de pédiatrie, et les sages femmes.

1.2. Soins essentiels aux nouveau-nés (SENN) [9] :

Ils constituent une stratégie globale visant à améliorer la santé et la survie du nouveau-né par le biais d'un paquet d'intervention réalisé avant la conception, durant la grossesse immédiatement après la naissance ainsi que durant la période post-natale.

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

- **Les soins avant la naissance** : Les soins maternels avant la conception c'est-à-dire la prise en charge de toute maladie existante chez une femme en âge de procréer et le suivi de la grossesse dès la conception jusqu'à l'accouchement par un personnel qualifié.
- **Les soins après la naissance** : constituent l'ensemble des gestes et actes réalisés de la naissance à six semaines pour améliorer la survie du nouveau-né. Ce sont les soins de base dont tous les nouveau-nés ont besoin pour garantir leur survie et leur bien-être.

Ils incluent :

- Avant et pendant la grossesse
- Avant l'accouchement
- Les soins immédiats à la naissance (de 0 à 90 min)
- Les soins de 90 à 6 heures
- Les soins de 6 heures à 24 heures
- Les soins avant la sortie de la maternité
- Les soins de la sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines

1.2.1. Intérêt : [21]

- Trois (03) millions de nouveau-nés et de femmes pourraient être sauvés chaque année si l'on investissait dans des soins de qualité dans la période qui entoure la naissance et dans des soins spécifiques pour les nouveau-nés malades et de petit poids de naissance.

- La mise en pratique des SENN constitue une solution efficace et peu coûteuse pour protéger les nouveau-nés le jour de leur naissance, où ils courent le plus grand risque de mourir. Des mesures simples et accessibles par tous et dans tout le monde pouvant éviter

1.2.2. Composantes des soins essentiels au nouveau-né

❖ Composantes des soins essentiels immédiats (de 0 à 90 min)

- **Étape 1** Sécher et stimuler le bébé :

Séchez immédiatement le bébé, tête comprise, lui couvrir la tête. Frottez le dos du bébé de bas en haut à l'aide d'un linge chaud. Faites de votre mieux pour ne pas enlever le vernix (la substance blanche et crémeuse qui peut se trouver sur la peau), car elle protège sa peau et peut contribuer à empêcher les infections.

- **Étape 2** : Appréciez la respiration et la coloration du bébé :

En séchant le bébé, observez :

- S'il respire,
- S'il a des difficultés à respirer où
- S'il ne respire pas.

Examinez sa coloration. Son visage et sa poitrine doivent être roses et non pas gris ou bleus. Chez les bébés à la peau plus sombre, vous pouvez apprécier la couleur de la langue, des lèvres et des muqueuses ; elles doivent être roses et non pas grises ou bleues. Une peau rose est signe d'une bonne respiration et d'une circulation adéquate chez le bébé. Une langue, des lèvres et un torse de couleur bleue indiquent un manque d'oxygène dans le sang. Déterminer s'il est nécessaire de procéder à une réanimation du bébé.

Si le bébé ne respire pas, n'a que 30 respirations par minute ou haleté, il a besoin d'une réanimation. Dans ce cas, clamber ou nouer et couper rapidement le cordon, laisser un moignon d'au moins 10 cm de long dans un premier temps. Mettez le bébé à plat sur une surface chaude et entamez rapidement la réanimation.

Demandez de l'aide car il faut une deuxième personne pour s'occuper de la mère.
Si le bébé n'a pas besoin d'être réanimé, passer à la prochaine étape.



Figure 1: Séchage immédiat

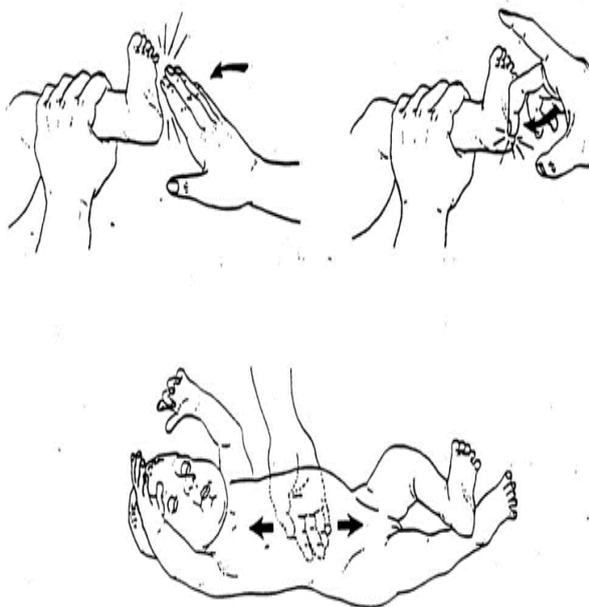


Figure 2: Stimulation du nouveau-né

– **Étape 3** : Clampage tardif :

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

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

Le clampage tardif permet d'augmenter de façon significative la masse sanguine, améliorer l'adaptation cardiorespiratoire ainsi que la réserve en fer du nouveau-né et diminue de 61% la survenue de l'anémie du nourrisson

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

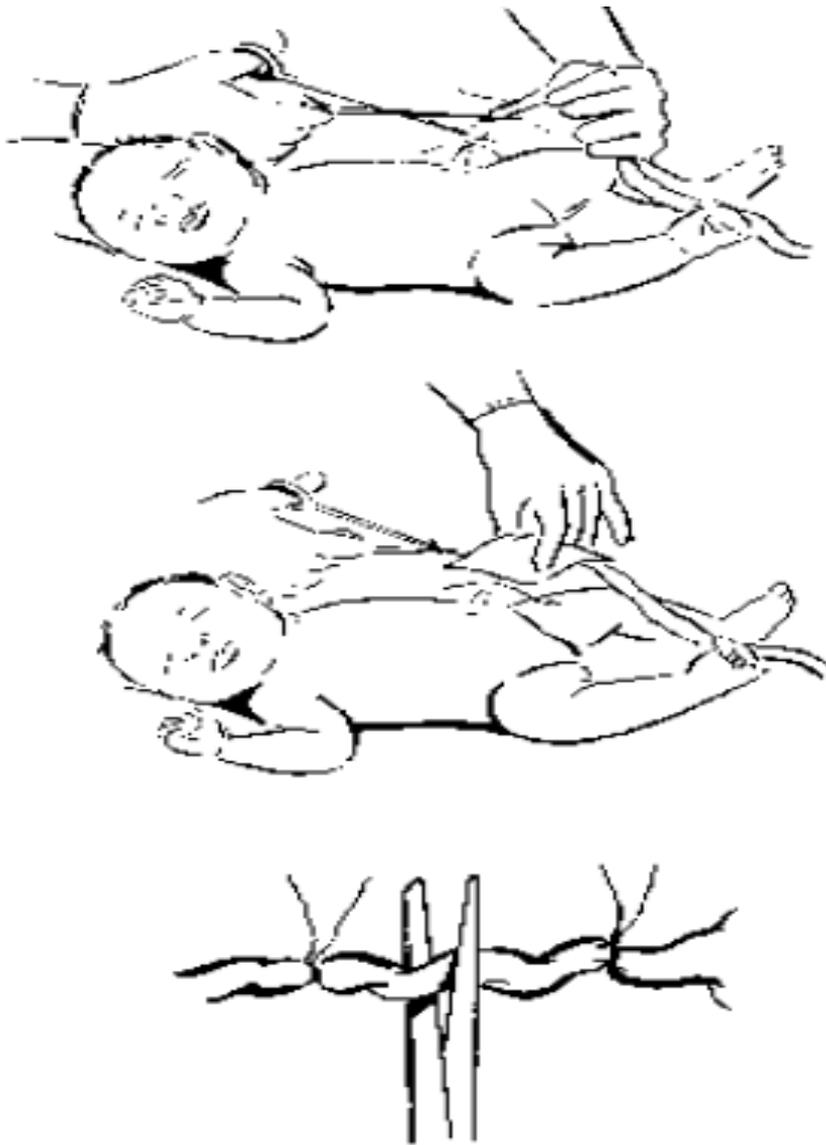


Figure 3: Couper le cordon

Étape 4 : Placer le bébé contre la mère, peau contre peau

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

- Si la mère ne veut pas du contact peau contre peau, séchez le bébé et enveloppez-le.
- Veillez à bien couvrir sa tête et déposez-le auprès de sa mère.

Les avantages du contact peau contre peau sont les suivants :

- garde le bébé au chaud.
- Régularise la température de bébé
- Prévient les hypoglycémies
- Rasure et sécurise le bébé
- Crée des liens affectifs entre la mère et son bébé
- Contribue à la réussite de la mise au sein précoce
- Améliore la durée de l'allaitement

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



Figure 4: Contact peau à peau [20]

– **Étape 5** : Inciter la mère à débiter l’allaitement

Si tout est normal :

- Ne séparez pas la mère de son bébé pour la peser avant que le bébé ait tété
- Aidez la mère à débiter l’allaitement dans l’heure qui suit la naissance. Une étude sur l’allaitement précoce a révélé que la plupart des nouveau-nés entaient prêt à téter entre 15 et 55 minutes après la naissance ;
- Aidez la mère pour la première tétée.
- Veillez à ce que le bébé adopte une bonne position, qu’il ait bien le sein en bouche et qu’il tète correctement.
- N’abrégez pas la tétée du bébé ;
- Surveillance du bébé se fait à cette étape toutes les 15 min.

Les avantages de la mise au sein précoce :

- un allaitement précoce et non limité prévient l’hypoglycémie néonatale ;
- apporte de l’Energie au nouveau-né et le protège de l’hypothermie ;
- diminue la perte pondérale physiologique ;
- permet l’installation précoce d’un microbiote intestinale ;
- apporte des anticorps pour combattre les infections ;
- favorise l’émission du méconium
- réduit la survenue de l’ictère
- réduit de 10% le taux de mortalité néonatale
- réduit de 77% le taux de morbidité néonatale
- réduit de 50% les détresses durant les 6 premiers mois de vie

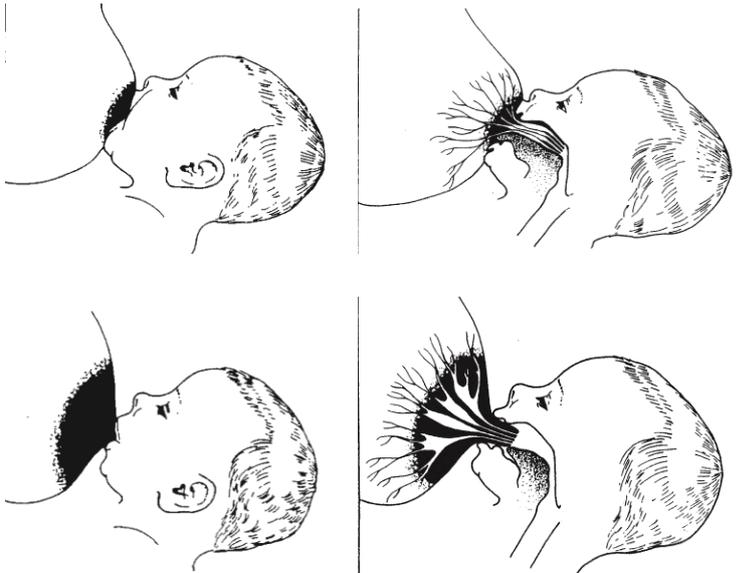


Figure 5: Mauvaise prise du sein Figure 6 : Bonne prise du se Images montrant la prise du sein par le bébé

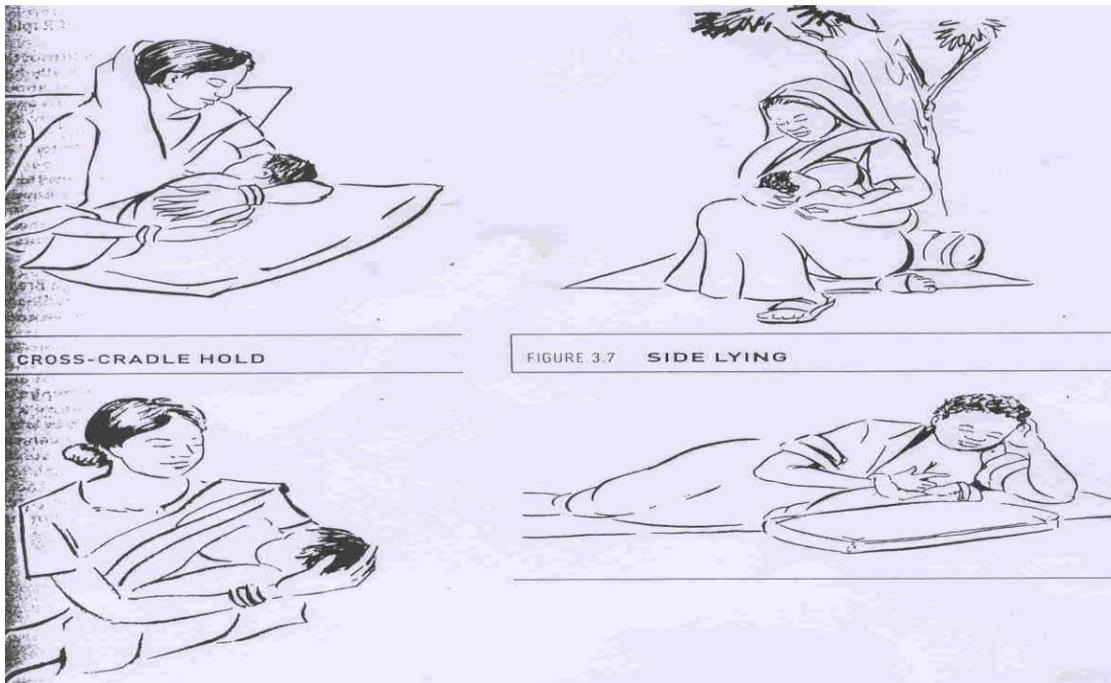


Figure 6: Les positions confortables à l'allaitement :

– **Étape 6** : Prodiguer des soins oculaires : [20]

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

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



Figure 7: Soins oculaires

1.3. Les soins de 90 min à 6 heures

– **Étapes 7** : Examen du nouveau-né à la recherche de :

- Difficultés respiratoires
- Tuméfaction, rougeur ou écoulement de pus au niveau des yeux
- Traumatismes
- Fractures, immobilité d'un membre
- Malformations, ballonnement
- Hypo ou hyperthermie
- Saignement au niveau du moignon du cordon

Étape 8 : l'Administration de la vitamine K1, les vaccins et les soins de l'ombilic

- Administrer de la vitamine K1 1mg en IM chez tous les nouveau-nés ;
- Administrer des vaccins ;
- Enregistrer les injections ;
- Identifier, peser et mesurer le bébé ;
- S'assurer de l'absence de saignement excessif avant de quitter le bébé et la mère ;
- Se laver les mains ;
- Vérifier la bonne pratique de l'allaitement par la mère
- Faire les soins du cordon
- Ne rien mettre sur le cordon
- Le garder en dehors des couches
- Appliquer de la Chlorhexidine dans les zones les zones où les taux de mortalités sont élevés
- Surveillance toutes les 30 minutes à une heure

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

1.4. Les soins de 6 heures à 24 heures

- Conseiller de rester à la maternité ;
- Rechercher les signes de danger ;
- Garder le bébé au chaud ;
- Encourager l'allaitement maternel à la demande, sans limite, nuit et jour
- Laisser le bébé dans la chambre de sa mère ;
- Évaluer l'allaitement maternel chez chaque bébé avant de prévoir la sortie de la maternité ;
- Demander à la mère si elle a des difficultés à allaiter ; Féliciter les mères qui allaitent et les encourager à poursuivre l'allaitement maternel exclusif.
- Expliquer à la mère que l'allaitement maternel exclusif est la seule alimentation qui protège son bébé des maladies graves
- Ne rien donner à boire au bébé avant le lait maternel
- Ne pas donner pas de biberon, ni de tétine
- Ne pas autoriser la sortie si le bébé ne se nourrit pas bien
- Surveillance toutes les 3 heures.

1.5. Instructions de sortie :

- Réexaminer le bébé soigneusement avant la sortie de la maternité
- Ne pas délivrer pas d'autorisation de sortie moins de 24 heures après la naissance ;
- Faire la promotion de l'allaitement maternel, des enregistrements de naissance et des vaccinations opportunes, conformément aux directives nationales ;
- Programmer les visites de suivi supplémentaires
- Remplir les carnets de santé ;
- Apprendre à la mère comment reconnaître rapidement les signes de danger.
- Décrire à la mère, les signes de danger
- Fièvre/hypothermie

- Ictère foncé
- Refus de tété, léthargie, convulsion
- Présence de pustules, ombilic rouge et nauséabonde, conjonctivite purulente
- Respiration difficile
- Vomissements persistants / ballonnement abdominal

1.6. Soins de la sortie de la maternité à 6 semaines

Ces soins sont constitués de 7 composantes à savoir : L'allaitement maternel exclusif le maintien de la température, les conseils sur le sommeil, les mesures pour la stimulation affective, les mesures de protection contre les infections (lavage des mains traitement des risques infectieux, soins du cordon, AME jusqu'à 6mois), les consignes pour le bain et les mesures de protection pour la sécurité.

Allaitement maternel exclusif et à la demande (nuit et jour)

- Donner des conseils à toutes les mères et encouragez un allaitement maternel exclusif à chaque contact postnatal ;
- Encourager fortement les mères ayant accouché par césarienne ou prématurément à pratiquer l'allaitement maternel exclusif ;
- Demander à la mère ce qu'elle a donné à manger à son bébé au cours des 24 heures ;
- Féliciter et encourager les mères qui allaitent
- Rassurer la mère sur le fait qu'elle possède assez de lait

Le maintien de la température

- Maintenir la chambre où l'on prend soin du nouveau-né au chaud et à l'écart des courants d'air de jour comme de nuit
- Assurer le contact du nouveau-né peau à peau avec sa mère, en les recouvrant chaudement
- L'habiller chaudement et le coiffer d'un bonnet

- Ne pas le poser pas sur une surface froide ou humide.
- NE PAS LAISSER le bébé sous les rayons directs du soleil
- Chauffer davantage la pièce et faire la méthode mère Kangourou pour les nouveau-nés de PPN

4.5.3. Le sommeil

- Faire dormir le bébé sur le dos ou sur le coté
- Donner les explications suivantes :
- Il se réveille toutes les 2-3 heures pour téter ;
- En bonne santé il dort entre les tétés ;
- Ils ne distinguent pas le jour de la nuit ;
- S'il est difficile à réveiller ou dort trop : un signe de danger ;

4.5.4. L'affection et la stimulation

- Interpréter les pleurs du nouveau-né (faim, inconfort, douleur ou maladie) ;
- Conseiller aux mères de parler au bébé et avoir un contact visuel avec lui, le stimuler ;
- Donner les explications suivantes aux mères :
 - Ils se sentent aimés lorsqu'ils éprouvent du confort et de la sécurité
 - Ils signalent leur besoin d'attention en criant

4.5.5. La protection contre l'infection

Donner les conseils suivant à la mère :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon pendant les situations critiques (après avoir quitté les toilettes, après avoir nettoyé les fesses des enfants, avant de préparer les aliments, avant de manger ou de donner à manger aux enfants, avant de prendre le bébé après avoir touché à autres choses).

- Utiliser la moustiquaire imprégnée d'insecticide
- Prendre soin du nouveau-né soi-même
- Ne pas partager l'équipement et les fournitures du nouveau-né avec d'autres.
- Pratiquer l'allaitement maternel exclusif les 6 premiers mois
- Faire les vaccinations nécessaires

4.5.6. Le bain du nouveau-né

Donner les conseils suivants à la mère :

- Le premier bain n'est donné qu'après le premier jour de vie ;
- Faire le bain précoce si nécessaire, attendre après six heures de vie, et seulement si température normale (36,5 à 37,5 ° C).
- Laver le dans une salle à l'écart des courants d'air, avec de l'eau tiède et rapidement ;
- Commencer par le visage pour finir par les cheveux ;
- Assécher rapidement et complètement le replacer en contact peau à peau avec la mère puis le couvrir.

4.5.7. Soins du cordon ombilical

Donner les conseils suivants à la mère :

- Ne rien mettre sur le cordon, à l'exception éventuellement d'un antiseptique
- Garder le cordon exposé, au-dessus et hors de la couche, sous des habits propres.
- Le cordon chute normalement entre le 5^e et le 7^e jour après la naissance

4.5.8. Les mesures de protection pour la sécurité

Indiquer à la mère de :

- Ne pas secouer le bébé
- Ne pas le mettre en contact avec la fumée (cigarettes, encens, les insecticides)
- Ne pas mettre des objets dans le lit du bébé
- Rendre le logement propre et aéré

4.5.9. Programme des visites postnatales : Périodicité et éléments de surveillance

période	visite	Eléments de surveillance
Les premiers 24 Heures	La première visite	<input type="checkbox"/> Signes de danger. <input type="checkbox"/> Maintien de la température <input type="checkbox"/> Urines (avant la 48 ^{ème} heure) <input type="checkbox"/> selles (avant la 24 ^{ème} heure) <input type="checkbox"/> Allaitement
Entre 48Heures - 72Heures	La deuxième visite	<input type="checkbox"/> Signes de danger. <input type="checkbox"/> Ictère. <input type="checkbox"/> Poids (la perte pondérale ne doit pas dépasser 10%). <input type="checkbox"/> Aspect de l'ombilic <input type="checkbox"/> Allaitement
Entre le 7ième- 14 jours	La troisième visite	<input type="checkbox"/> Signes de danger. <input type="checkbox"/> Problèmes mineurs. <input type="checkbox"/> Poids (gain pondéral 25 à 30 g/jour à partir du 10 ^{ème} jour). <input type="checkbox"/> Allaitement
A la 6ième semaine	La quatrième visite	<input type="checkbox"/> Vaccinations <input type="checkbox"/> Planification familiale <input type="checkbox"/> allaitement

4.5.10. LES SOINS ESSENTIELS CHEZ LA MERE

Interroger les mères régulièrement sur la présence des signes suivants et la référer au besoin :

- saignements excessifs
- maux de tête, crises épileptiques ;
- seins ou les mamelons gonflés, rouges ou sensibles, fièvre ;
- difficultés respiratoires ;
- pertes nauséabondes ;
- fortes douleurs abdominales ou périnéales.
- sensation de grande faiblesse

A chaque visite postnatale, prodiguer des conseils concernant :

- l'allaitement maternel
- l'hygiène, en particulier le lavage des mains
- la nutrition
- l'espacement des naissances la sexualité sans risque, notamment l'usage de préservatifs
- la marche précoce, l'exercice physique modéré et le repos
- la supplémentation en fer
- jusqu' à 80%des néonatales.

4. Réanimation du nouveau-né

La réanimation répond à une urgence médicale et est constituée d'un ensemble de procédures destinées à restaurer les fonctions vitales du nouveau-né. En l'absence d'intervention, ils vont présenter une asphyxie.

L'asphyxie survient lorsque le nouveau-né éprouve des difficultés à assurer une bonne respiration lui permettant de procurer assez d'oxygène à son organisme. Cette asphyxie peut également débuter avant la naissance.

L'asphyxie à la naissance est la deuxième cause de mortalité néonatale, et elle représente 23 % des décès survenus lors des quatre premières semaines de vie. [11]

Cependant, environ 10% des nouveau-nés ont besoins d'une assistance à la naissance pour pouvoir respirer correctement, sous forme de stimulation tactile/ou de désobstruction des voies aériennes. [10]

Pour la moitié d'entre eux, ces interventions sont insuffisantes et une ventilation est nécessaire dès la première minute de vie, si l'enfant ne respire pas ou gags malgré la stimulation/aspiration.

Une faible proportion des nouveau-nés ventilés a besoins d'une réanimation plus avancée.

La personne responsable de l'accouchement est également responsable de la prise en charge du nouveau-né. Elle doit débiter immédiatement la réanimation avec son aide identifié au préalable.

Anticiper pour chaque naissance la possibilité d'un recours à la réanimation. Le matériel nécessaire doit être à portée de main et prêt à fonctionner. L'hypothermie compromet la réanimation qui doit être faite dans une pièce chauffée, si possible sous une lampe chauffante. [15]

Les principales causes d'asphyxie du nouveau-né à la naissance [10]

Causes affectueuses

Maternelles

- Pré éclampsie et éclampsie

- Saignement anormal (placenta prævia ou HRP)
- Infection sévère (paludisme, syphilis, tuberculose, VIH)
- Maladie chronique (diabète, malnutrition, HTA...)
- Travail prolongé ou arrêté
- Fièvre durant le travail
- Médicaments reçus par la mère (tels qu'analgésiques ou sédatifs) très près de la naissance (pouvant rendre le nouveau-né trop somnolent pour respirer)

Per ou post natales

- Nouveau-né prématuré (avant la 37^e semaine de grossesse) ou post-mature
- Retard de croissance intra-utérin
- Accouchement difficile (siège, naissance multiple, dystocie des épaules, extraction par ventouse, forceps)
- Anomalies congénitales ou génétiques

Causes ombilicales

Prolapsus du cordon

Cordon court

Nœud du cordon

Circulaire du cordon

Éléments d'identification du nouveau-né à réanimer [11]

Dès la naissance, le nouveau-né doit être séché et son état de santé évalué avant la coupure du cordon, de manière à déterminer s'il a besoin d'assistance. Le nouveau-né à réanimer se présente souvent de la manière suivante :

- Cri absent ou faible ;

- Respiration absente, irrégulière ou gaps ;
- Coloration pâle ou bleuâtre de la peau (cyanose) ;
- Absence ou diminution de mouvements spontanés des membres ;
- Bruits du cœur lents (inférieur à 100 battements / mn), irréguliers à l'auscultation.

L'indice d'Apgar est utilisé en milieu hospitalier pour évaluer l'état du bébé (à 1 mn, 5 mn et 10 mn après la naissance) et est d'une grande utilité à 5 et 10 minutes, des indices faibles peuvent avoir des répercussions importantes sur l'état de santé de l'enfant à long terme.

CEPENDANT, L'INDICE D'APGAR N'EST PAS REQUIS ET NE DOIT PAS INTERVENIR DANS LA DECISION DE PROCÉDER OU NON À LA REANIMATION.

Equipement et matériel pour la réanimation du nouveau-né [10]

Equipement minimum de réanimation :

- O Source de chaleur : table chauffante
- O Aspirateur de mucosité manuel ou électrique
- O Sondes d'aspiration de sécrétions : taille française n° 8 et n°10
- O Ballon de ventilation auto gonflable
- O Masques de visage avec deux tailles : n° 00 pour nouveau-nés de faible poids et n°01 pour nouveau-nés de poids normal
- O Cupules, Gants stériles, eau distillée, seringues 1ml, 2ml, 5ml, chronomètre.

Préparation du matériel de Réanimation [10]

Préparer et garder tout le matériel nécessaire pour la réanimation sur un plateau propre, et vérifier quotidiennement que tout le matériel est prêt, propre, disponible, et fonctionnel. Ne rien poser d'autre sur ce plateau, car en situation d'urgence, il est très facile de se tromper :

- Maintenir la salle d'accouchement à une température entre 25 et 28 °
- Chauffer la table de réanimation
- Revoir les documents médicaux maternels et juger si la situation pourrait nécessiter la présence d'une personne expérimentée pour la prise en charge du nouveau-né
- Vérifier tout le matériel de réanimation
- Se laver les mains, porter des gants
- Enclencher le chronomètre lorsque le nouveau-né est complètement dégagé.

4.1. Réanimation de base

Il y'a 5 phases dans la réanimation du nouveau-né.

Les manœuvres importantes de la réanimation consistent à prévenir les déperditions de chaleur, à dégager les voies aériennes et à ventiler en pression positive dans la minute qui suit la naissance.

Les éléments les plus fondamentaux du protocole présenté ici s'inspirent du consensus se dégageant de l'International Liaison Committee on Resuscitation.

[17]

Les étapes seront résumées dans la recommandation de ILCOR 2020

La ventilation est l'étape clé de la réanimation. En général, les trois (3) premières étapes suffisent pour assurer une réanimation adéquate du nouveau-né asphyxié. [10]

Phase A : elle dure 30 secondes ; c'est de maintenir la température

Avoir aménagé un coin où le nouveau-né sera réanimé à l'abri des courants d'air (environnement : température 25-28°).

Pendant que le nouveau-né est séché rapidement (ce qui constitue aussi une forme de stimulation) et que le linge mouillé est remplacé par un linge sec, propre, et si possible préchauffé, vérifié s'il pleure ou non. S'il ne pleure pas, il faut vérifier s'il respire. S'il ne respire pas, il faut clamber et couper rapidement le cordon. [11]

Le nouveau-né est placé sur la table chauffante, seul le visage et la poitrine doivent être exposés pendant la réanimation (la source de chaleur est allumée 10 à 15 minutes avant la naissance) ou utiliser le contact peau à peau sur le ventre ou la poitrine de la mère. [10-11]

Il est placé sur le dos, sur la surface bien réchauffée et bien éclairée, la tête placée vers le réanimateur. [11]

Phase A : Assurer la libération des voies aériennes [11]

La libération des voies aériennes supérieures est possible par un bon maintien de la tête en position neutre et par l'aspiration des sécrétions :

- Bonne position : mettre le nouveau-né en décubitus dorsal sur une surface plate, et soulevez les épaules du nouveau-né d'environ 2-3 cm en plaçant un petit rouleau de linge (billot) en dessous, pour étendre légèrement le cou.
- L'aspiration doit être effectuée soigneusement, doucement et rapidement. Elle constitue une stimulation de plus pour la respiration. Aspirer les sécrétions de la bouche d'abord, en introduisant la sonde à 5cm environ et en retirant lentement. Aspirer les sécrétions des narines ensuite en introduisant la sonde à 3cm environ et en retirant lentement. Aspirer avec une sonde d'aspiration stérile (de taille française n° 8 ou 10), relié à un aspirateur de faible pression ou un

aspirateur d'adulte. A manipuler avec prudence, de sorte que la pression négative ne s'applique pas au nouveau- né

- Essuyer doucement la bouche avec une compresse ou un morceau de tissu doux, stérile ou propre.

Phase B : Restaurer la respiration [11]

Il se fait par des stimulations tactiles et par la ventilation au masque

- Si le nouveau-né ne respire pas malgré la libération des voies aériennes, le stimuler en lui frottant doucement le dos ou en lui tapotant les plantes des pieds une ou deux fois, sans agir trop fort ou de façon répétée. Respiration satisfaisante (30 à 60 cycles par minute), bonne coloration, procéder aux soins de base.
- Si le nouveau-né ne respire toujours pas ou gasp ou si la fréquence cardiaque reste inférieure à 100/minute, instaurer une ventilation au masque. Le masque devrait être placé correctement pour couvrir le menton, la bouche et le nez, mais sans les yeux.
- Placer le masque sur le visage entre l'arcade du menton et le visage.
- S'assurer que le nez et la bouche sont ouverts et qu'il n'y a pas de fuite d'air.
- Avec le ballon de ventilation, insuffler l'air dans les poumons en pressant le ballon 30 à 40 fois par minutes ; compter un, deux, trois en pressant le ballon à chaque « un ».
- Observer la poitrine du nouveau-né pour s'assurer que la ventilation est efficace : la ventilation est efficace si la cage thoracique se soulève symétriquement à chaque insufflation, que l'enfant se recoloré et que la fréquence cardiaque s'élève à plus de 100/minute.
- Évaluer la respiration au bout d'une minute

- Respiration normale : 30 à 60 cycles par minutes, procéder aux soins de base

Si la Respiration ne s'améliore pas, continuer la ventilation

- Si l'oxygène est disponible : connecter le ballon à un réservoir d'oxygène après 1 à 2 minutes de ventilation, avec un débit de 2 litre/minute. La ventilation est prioritaire et ne doit pas être interrompue pour connecter l'oxygène (un aide doit se charger de connecter l'oxygène).
- Évaluer la respiration chaque minute.
- Arrêter la ventilation si respiration normale ou si le nouveau-né ne respire pas après 20 minutes.

Noter toutes les interventions sur la feuille de surveillance.

Phase C : Restaurer la circulation

- Vérifiez le rythme cardiaque. Si le rythme cardiaque est au-dessous de
- 100/minute, continuer la ventilation jusqu'à l'établissement d'une respiration autonome.
- Si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 battements /minute, le massage cardiaque externe s'impose tout en maintenant la ventilation.[10]
- Le massage cardiaque doit toujours être associé à la ventilation artificielle.
- On place l'extrémité de l'index et du médium recourbés au milieu du thorax au niveau des mamelons. On appuie à coups secs et énergiques une fois par seconde. On compte quatre massages, puis on ventile une fois. On recommence après 30 secondes environ on évalue la fréquence cardiaque. Si elle s'est accélérée, on continue à ventiler sans massage. Sinon, on recommence massage et ventilation. [16]

Dans la grande majorité des cas, la réanimation du nouveau-né à la naissance devrait aboutir sans administration de médicaments. Le médicament le plus utilisé pour la réanimation en salle de naissance est l'adrénaline. D'autres solutés peuvent également être indiqués : [10-11]

On peut réussir la plupart des réanimations sans oxygène. [11]

S'il y a de l'oxygène disponible, on l'utilisera seulement en cas de cyanose persistante ou lorsque la réanimation est difficile et prolongée. Dans ces cas, le tube délivrant l'oxygène du cylindre peut être relié directement à la canule du ballon. Ne pas oublier que l'oxygène n'est transmis au nouveau-né que quand on presse le ballon.

Lorsque le nouveau-né parvient à respirer spontanément mais que le rythme cardiaque reste lent, ou s'il est toujours cyanosé, l'oxygène est indiqué.

Dans ces cas, on peut l'administrer en plaçant le bout du tube entre ses mains en cornet autour du visage du nouveau-né ou en utilisant un masque à oxygène approprié. La concentration d'oxygène livrée dépendra de la distance entre le bout du tube et le visage du nouveau-né.

SI LES MANOEUVRES ONT RÉUSSI, L'ENFANT DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN ENFANT NORMAL !

Réanimation quand il n'y a pas d'équipement

- Maintenir la température ;
- Placer le nouveau-né sur le côté, la tête en position déclive, ce qui permet de sortir une partie des sécrétions ;
- Retrait des sécrétions :

La méthode qui consiste à enrouler une compresse sur le doigt pour enlever les sécrétions n'est pas toujours efficace, mais peut-être d'un grand secours. Elle doit

être pratiquée doucement. De même, l'utilisation d'une poire ou d'une seringue à usage unique peut être d'une grande utilité.

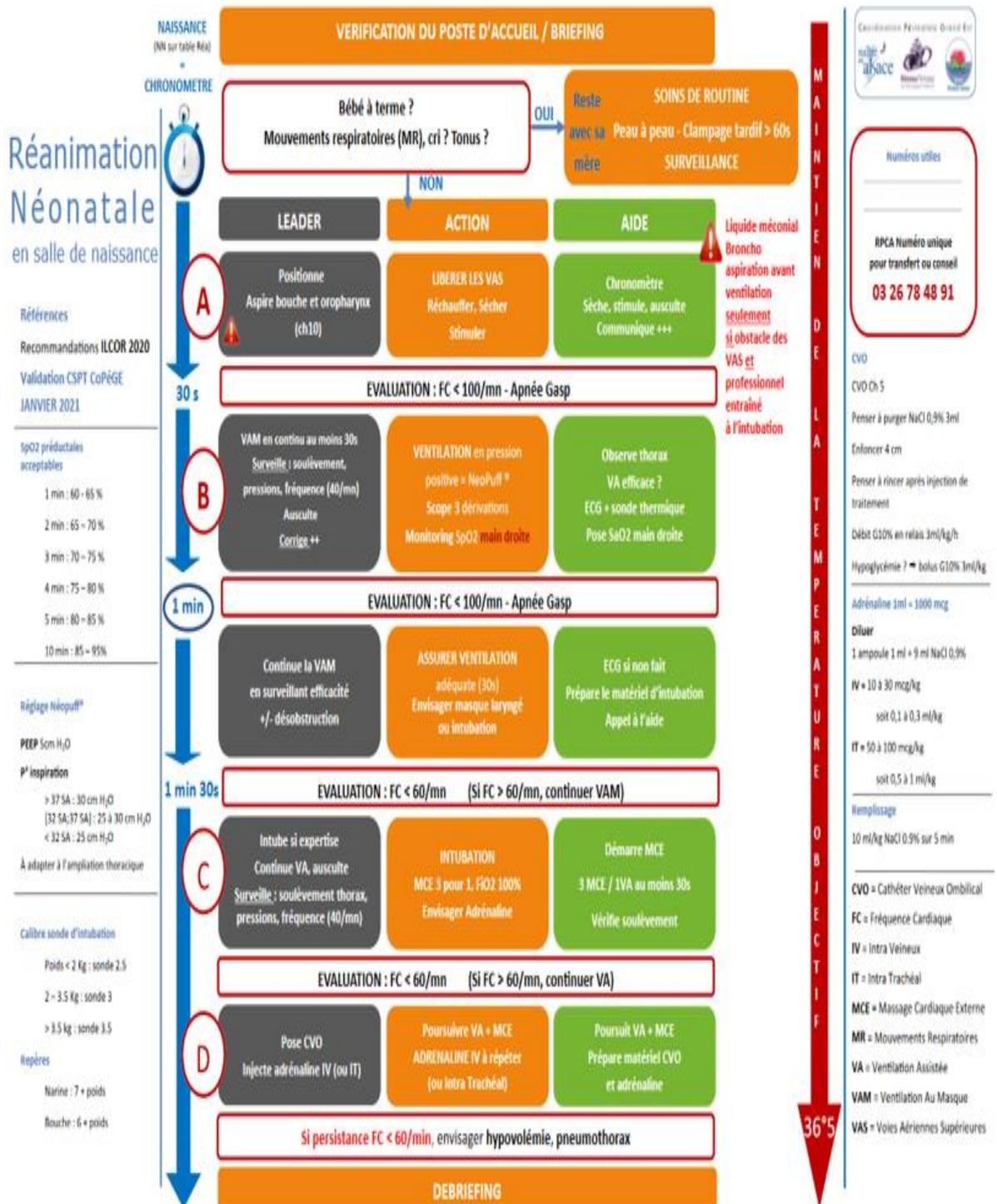
- Stimulation tactile.

Elle peut être pratiquée de deux manières :

- En frottant le dos ;
- En tapotant les plantes des 2 pieds (deux ou trois fois seulement à ne pas le faire de manière répétée). [10-11]

Gestes nuisibles à éviter

- Ne pas suspendre le nouveau-né par les pieds la tête en bas.
- Ne pas taper sur les fesses du nouveau-né.
- Ne pas asperger le corps du nouveau-né avec de l'eau froide.
- Ne pas frotter le corps du nouveau-né avec de l'alcool, de l'eau froide, ou du parfum.
- Ne pas donner de bain froid. [10]



4.2. Après la réanimation [11]

- Vérifier que la respiration est adéquate : pas de polypnée (accélération) ou de bradypnée (ralentissement) ni de gémissements, ni de tirage sous costal
- Maintenir la température :

- Reportez le premier bain à 24H, après que l'état du bébé se soit nettement stabilisé, que le bébé ait bien chaud et qu'il respire normalement ;
- Rechercher les autres signes de danger ;
- Donner les soins pour prévenir l'infection : mesures d'hygiène, antibiotiques 55.au besoin ;
- Initier l'allaitement dès la stabilisation ;
- Effectuer les autres soins de base (cordon, yeux, vitamine K1, etc.)
- Enregistrer les gestes effectués durant la réanimation, la durée et les

Résultats de la réanimation.

Après chaque réanimation, le matériel doit être décontaminé, nettoyé, désinfecté et /ou stérilisé, pour être prêt pour la prochaine réanimation. Il doit être expliqué à la mère/ la famille ce qui a été fait au bébé, et pourquoi le bébé a besoin de soins supplémentaires dans la formation sanitaire, et à domicile par la suite.

5. Soins du nouveau- né de petit poids de naissance (moins de 2500g)

Le faible poids à la naissance peut résulter d'une naissance prématurée, d'un retard de croissance intra-utérine ou d'une combinaison des deux. Une naissance prématurée est une naissance qui a lieu avant 37 semaines complètes de grossesse (OMS, 1990). Un nouveau-né ayant un retard de croissance intra- utérine (RCIU) est un bébé né à terme (≥ 37 semaines) mais avec un faible poids (< 2500 g). [18] La naissance prématurée et l'hypotrophie (le fait d'être petit pour l'âge gestationnel), qui sont les raisons de l'insuffisance pondérale à la naissance, sont aussi d'importantes causes indirectes de décès néonataux. Les soins appropriés prodigués aux nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance, notamment par l'alimentation, le maintien d'une température suffisante, les soins du cordon et de la peau dans le respect des règles d'hygiène. [19]

6.1. Méthode Kangourou

➤ Historique des Soins Mère Kangourou

La méthode a pris naissance à Bogota (Colombie) en 1978, grâce aux observations de Dr SANABRIA qui a eu l'idée d'imiter le kangourou chez qui

le petit naît immature et couvé dans la poche ventrale de la mère. Il a proposé aux mères des prématurés d'un poids inférieur ou égal à 2 kg de porter leurs bébés 24 h /24 h. C'est en 1979 qu'Edgar REY suivi d'Hector MARTINEZ ont été les premiers à mettre en place cette technique. La gestation chez la femelle de kangourou dans l'utérus dure en moyenne 5 semaines et lorsque le bébé naît, il est gros comme une bille. Il reste alors au moins 6 mois dans la poche ventrale ou incubatrice, appelée marsupium. Il en sortira avec un poids de 3,5 à 5 kg et sera sevré à 1 an. [11]

La méthode « mère-kangourou » est une méthode de soin des nourrissons prématurés pesant moins de 2 kg. Elle se caractérise par l'allaitement exclusif et fréquent, le contact peau à peau entre la mère et le nourrisson et le soutien à la paire mère-nourrisson. [19]

Elle consiste à porter un nourrisson prématuré sur le ventre en contact peau contre peau. Cette méthode est très efficace et facile à appliquer. Elle contribue à la bonne santé et au bien-être des prématurés et des nourrissons nés à terme. [21]

➤ **Les avantages du contact peau à peau sont les suivants :**

- Maintien de la température du nouveau-né par la chaleur corporelle de la mère ;
- Renforcement du lien mère / enfant ; allaitement précoce favorisé ;
- Prévention des infections, la peau du nouveau-né se trouvant en contact avec les bactéries de la peau de sa mère, pour lesquels il possède les anticorps qu'elle lui a transmis. Là où le contact peau à peau avec la mère n'est pas possible
- Culturellement, le nouveau-né doit être bien séché et enveloppé, y compris la tête qui doit être couverte, puis placé à côté de sa mère. [15]

CRITÈRES D'ÉLECTION DU BÉBÉ POUR DÉBUTER LA METHODE MERE-KANGOUROU [22]

- ✓ Ne pas avoir de difficulté respiratoire.
- ✓ Alimentation par la voie orale : sonde ou succion (seringue et sein).

- ✓ Avoir une maman ou un membre de la famille qui a assisté à une session éducative d'information sur la méthode mère kangourou et qui est disposé à s'engager à faire du kangourou.
- ✓ Avoir une mère ou un membre de la famille, propre, avec des ongles courts et brossés à chaque session kangourou et des cheveux attachés. La mère doit être non fumeuse.
- ✓ La bande de lycra n'est pas une condition nécessaire pour débiter le kangourou, un châle un peu élastique peut servir de soutien en attendant que la mère puisse recevoir la bande qui est une aide importante pour maintenir la position 24 heures et s'assurer que l'enfant ne glisse pas dans une mauvaise position ou il pourrait faire des apnées d'obstruction. L'idéal est que l'hôpital fournisse la bande de lycra avec laquelle la maman va retourner à la maison en portant son enfant.
- ✓ L'administration d'antibiotiques n'est pas une contre-indication pour débiter la MMK.
- ✓ La mère séropositive peut porter son enfant en kangourou, l'allaitement dépendra des protocoles de chacun des hôpitaux.
- ✓ Les habits pour les enfants sont le bonnet de préférence en coton sans cordon, les chaussettes en coton, la chemise sans manches en coton qui s'ouvre devant (optionnelle s'il y a un climat chaud et la bande de lycra). Il n'y a pas de limites inférieures de poids ou d'âge gestationnel. Par contre, le bébé doit peser moins de 2000 gr pour rentrer dans le programme MMK.
- ✓ Le bébé a une glycémie stable depuis aux moins 48h.
- ✓ Le bébé n'a pas eu besoin d'oxygène depuis aux moins 3 jours (de préférence 5 jours).

6.2. Thermorégulation [15]

Une perte rapide de chaleur concerne tous les nouveau-nés, dès la naissance, surtout si le nouveau-né présente un petit poids de naissance.

- ✓ Couvrir la tête de l'enfant pour diminuer les déperditions de chaleur. o
Veiller à ce que la température de la pièce soit au moins à 25°C.
- ✓ Utiliser la méthode kangourou.

6.3. Alimentation

Pour les enfants de faible poids de naissance qui ne peuvent être nourris au sein, il existe d'autres modes d'alimentation orale comme l'alimentation au biberon ou à la tasse. Les études de comparaison de ces méthodes montrent que l'alimentation à la tasse augmente les taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de l'hôpital, mais cette hausse n'est pas durable. L'alimentation à la tasse est également associée à une hospitalisation prolongée. Toutefois, les tasses étant plus faciles à nettoyer que les biberons, ce mode d'alimentation pourrait réduire le risque d'infection grave comme la diarrhée. [10]

Par conséquent, l'OMS recommande de nourrir à la tasse (ou au paladin, qui est un gobelet à bec) ou à la cuillère les enfants de faible poids de naissance devant être nourris selon un mode d'alimentation orale de remplacement. [23]

➤ Les difficultés d'alimentation des nouveau-nés de faible poids [10]

Plus le nouveau-né est petit :

- Moins il a de force pour sucer,
- Plus petit est son estomac, donc plus limitée est la quantité de lait qu'il peut prendre à la fois,
- Il est susceptible à l'hypoglycémie, donc plus ses tétées doivent être rapprochées.
- Plus il a besoin du colostrum et du lait maternel pour lui procurer une résistance aux infections.

➤ **Importance du lait maternel** [10]

Il est essentiel d'alimenter ces nouveau-nés au lait maternel. Sans lait maternel, un enfant prématuré ou de faible poids n'a pas grande chance de survivre. Ils ne supportent pas bien les laits artificiels, et en plus ils ont un risque très élevé de développer une infection s'ils ne reçoivent pas les bénéfices du lait maternel.

- **L'hypoglycémie et l'allaitement actif [10]**

L'allaitement maternel fréquent, à la demande est la méthode idéale, mais chez les nouveau-nés de faible poids, l'allaitement « actif » est souvent nécessaire pendant les premières semaines parce qu'ils n'ont pas assez d'énergie pour réclamer des tétées assez fréquentes. L'allaitement actif consiste à donner des tétées toutes les 2 ou 3 heures, même s'il faut réveiller le nouveau-né pour le faire. C'est ainsi qu'on peut éviter l'hypoglycémie et une perte excessive de poids et promouvoir la croissance.

- **Utilisation du lait maternel exprimé [10]**

Quand le tout-petit nouveau-né n'a pas assez de force pour bien sucer, il est incapable de s'alimenter sans assistance. Si ses tétées sont inadéquates, il faut les compléter en donnant du lait maternel exprimé, de préférence avec une cuillère et/ou une tasse.

- Entre 30 et 32 semaines d'aménorrhée (poids < 1200g) sonde nasogastrique avec du lait maternel exprimé même en position Kangourou ou avec une tasse, 1 à 2 fois/jour
- Si âge gestationnel entre 32 et 34 semaines d'aménorrhée, (poids entre 1200g et 1800g) gavage + ou - tasse et cuillère, puis passer au sein à 3 jour après
- Si âge > 34 semaines d'aménorrhée et poids > à 1800g, mise au sein dès que le nouveau-né peut sucer.

Surveillance [10]

Même surveillance que pour un nouveau-né de plus de 2500 g, et en plus :

- Pesée quotidienne ;
- Température toutes les 4 heures ;
- Glycémie avant chaque repas ou toutes les 3 heures jusqu'à l'obtention des 3 résultats consécutifs normaux. En cas d'hypoglycémie se référer au chapitre prise en charge de l'hypoglycémie.
- Critères de sortie de la maternité [15]
- Pour le nouveau-né

- Absence de signes de danger ;
- Prise en charge adéquate des infections néonatales et des facteurs de risque d'infection néonatale ;
- Nouveau-né sain : bonne tétée à la demande, respiration et température normale etc.
- Poids > 1500g;
- Traitement préventifs et vaccinations BCG, hépatite B (0) et polio (0) administrés.
- Dossiers cliniques remplis incluant le poids de sortie ;
- Rendez-vous de consultation post-natal pris ;

Informations à la mère

- Allaitement ;
 - Soins du nouveau-né :
 - Toilette rapide à l'eau et au savon et séchage immédiat pour éviter les hypothermies (1fois/jour) ;
 - Soins du cordon : nettoyer le cordon avec un antiseptique type chlorexine ou produit chloré (Amukine® ou Dakin®) et du coton chaque fois qu'il est souillé, le laisser à l'air. Pas d'application d'autres produits ni de pansement sur le cordon, le cordon tombe entre le 5^e et le 15^e jour suivant la naissance.
 - Méthode Kangourou si poids < 2000 g ;
 - Coucher l'enfant sur le dos ;
 - Utiliser une moustiquaire jour et nuit lorsque l'enfant dort ;
 - Tenir l'enfant à l'écart des enfants et des adultes malades (contagieux). Se laver les mains avant et après les soins du nouveau-né.
 - Eliminer les selles dans les latrines.
 - Signe de danger devant amener à consulter : Incapacité à téter correctement ;
 - Mouvements anormaux ;
 - Activité réduite ;

- Respiration difficile ;
- Coloration anormale ;
- Rougeur ou écoulement purulent de l'ombilic.
Fièvre ou hypothermie.

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Département de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako.

- Le Département de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré :

Il est composé de deux services qui sont le service de gynécologie et d'obstétrique. Il se situe au sommet (3ème niveau) de la pyramide sanitaire dans le système de référence / évacuation du Mali.

Il reçoit les urgences gynéco-obstétricales venant de différentes communes de Bamako et environs. Il a une capacité moyenne d'accueil de 50 lits répartis entre:

- Une salle d'attente,
- Sept (7) salles d'hospitalisation et
- Une salle de suite de couches.

En 2019, le nombre d'admission du service était de 4346 patientes avec 3474 accouchements, 2161 par voie basse et 1313 par césarienne. Il est composé de plusieurs unités :

Ressources matériels

- **Une salle d'accouchement :**

Dans cette salle, il y a trois tables d'accouchements réparties dans trois box avec des rideaux respectant l'intimité des parturientes, une pèse personne et une toise, un lave à bot avec du savon et du gel hydro alcoolique pour le lavage des mains, un stérilisateur , des poubelles de couleurs différentes pour le tri des déchets, des boites de sécurité pour les objets tranchants, deux tables bancs avec cinq chaises pour le remplissage des registres, un stock de sirops ARV pour les nouveau-nés issus de mères séropositives , la porte et les fenêtres sont vitrées.

Après l'accueil des parturientes dans la salle, elles sont examinées systématiquement par le personnel de santé à fin d'adapter leur prise en charge. -

Le résultat de cet examen est mis dans le dossier obstétrical et la surveillance du travail est effectuée à l'aide du partogramme.

Le pédiatre est appelé pour les accouchements à risque : prématuré, césarienne, souffrance fœtale (SF), grossesse multiple ...

Une salle de réanimation pour les nouveau-nés où il y a deux tables chauffantes, un scope, un aspirateur avec des sondes d'aspiration, deux pingouins, une poire, une source d'oxygène avec des lunettes à oxygène, des embus et masques faciaux, Une pèse bébé, deux mètre- rubans, une lave à pot, un saut contenant l'eau de décontamination.

- Une unité d'hospitalisation
- Deux blocs d'opération dont un bloc d'urgence et un bloc à froid
- Une unité d'urgence pour l'accueil et tri des patientes venant de différentes communes de Bamako et environs
- Une unité de soins post-opératoire
- Une grande salle de staff pour le compte rendu des gardes du lundi au Vendredi toujours dirigé par un senior
- Une unité de consultation
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Une salle de pédiatrie pour les activités de pédiatrie en maternité

Le département assure la gestion des urgences gynéco-obstétricales venant de différentes communes de Bamako et environs, l'accouchement quel que soit la voie et le type de grossesse, suivi obstétrical des grossesses à risque, le dépistage et la prise en charge des pathologies gynéco-obstétricales.

Ressources humaines

Ces activités sont assurées par :

- Trois professeurs gynécologues obstétriciens
- Deux maîtres assistants gynécologues obstétriciens
- Un chargé de recherche

- Deux praticiens hospitaliers
- Trente- trois sage- femmes
- Neuf infirmières
- Trois aides de bloc
- Six techniciens de surface

Ceux-ci sont appuyés par les médecins en cours de spécialisation en gynéco-obstétrique et les étudiants en médecine dans le cadre de leur thèse.

Les activités de pédiatrie

Depuis 2018 une pédiatre a été affectée au département de gynéco-obstétrique pour assurer l'activité de pédiatrie en maternité, elle est assistée par des médecins en cours de spécialisation de pédiatrie (DES) permettant ainsi la gestion continue de nouveau-nés en détresse vitale et la continuité des mesures préventives Comme l'examen systématique pour dépister les problèmes et s'assurer de la bonne pratique de l'allaitement et des mesures d'hygiène avant leur sortie de la maternité.

2.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive pour sur les activités de l'unité de pédiatrie à la maternité du CHU Gabriel Touré de 2018 à 2021.

2.3. Population d'étude :

- Tous les nouveaux nés vus à la maternité durant la période d'étude
- Tous les nouveaux nés reçu en consultation après leur sortie de la maternité suivant le calendrier de suivi post natal (8 -ème jour ; 45 -ème jour ; 6 -ème mois).

2.3.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus, tous les nouveaux nés dont l'accouchement s'est déroulé à la maternité du CHU Gabriel Toure.

Tous les nouveaux nés dont les mères ont été hospitalisés après leur accouchement à la maternité du chu Gabriel Touré.

Tous les nouveaux nés reçu en consultation après leur sortie de la maternité suivant le calendrier.

2.3.2. Critères de non inclusion

Tous les nouveaux nés dont les informations n'étaient pas complètes dans les registres exploités.

- Technique de collecte des données :

2.3.3. Matériel :

Les registres d'appels à la maternité, de visite journalière et des consultations après la sortie.

✓ Collecte des données :

Nous avons collecté les données en consultant des différents registres :

- Le registre des appels à la maternité
- Le registre des visites journalières des nouveaux nés hospitalisés auprès de leur mère
- Le registre de suivi post partum

✓ Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées, à partir du logiciel SPSS

III. RESULTATS

Nous avons rapporté les bilans d'activité de l'unité de pédiatrie à la maternité au cours des années 2018, 2019, 2020, 2021. Ces résultats sont présentés séparément par activités, puis un résultat global de compilation a été présenté.

3.1. Accueil du pédiatre en salle de naissance

3.1.1. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance en 2018

Tableau I: Nombre d'appels enregistrés en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage(%)
Césarienne	480	81,4
Voie basse/Instrument	110	18,6
Total	590	100,0

Dans la majorité des cas les appels ont été effectués pour une césarienne.

Tableau II : répartition des appels selon l'indication de la césarienne

Indication	Effectif	Pourcentage (%)
Pré éclamptique sévère	116	24,2
Crise Eclamptique	101	21
Utérus cicatriciel et Utérus multi cicatriciel	79	16,5
Anoxie périnatale	54	11,2
Présentation vicieuse	22	4,6
HRP grade I, II et III	20	4,2
Grossesses Multiples	14	3
Cardiopathie/ cancer/Anémie	12	2,5
Dystocie Cervicale	11	2,3
Disproportion fœto-pelvienne	10	2,1
RPM	10	2,1
Bassin limite/BGR	08	1,7
Placenta Prævia	07	1,5
Procidence du cordon	05	1
Rupture Utérine	04	0,8
Primipare âgée	04	0,8
Oligoamnios	03	0,6
Total	480	100

Les indications de césarienne les plus fréquentes étaient respectivement la pré éclampsie sévère (**24,1%**), la crise éclamptique (**21%**) et les utérus cicatriciels (**16,4%**).

Tableau III : répartition des nouveau-nés selon leur devenir immédiat.

Devenir immédiat	Effectif	Pourcentage(%)
Nouveau-nés restés à la maternité	311	48,5
Nouveau-nés transférés dans le service de néonatalogie	302	47 ,1
Mort-nés frais	14	2,2
Décès constatés après 30min de réanimation	10	1,6
Mort-nés macérés	04	0,6
Total	641	100

47,1% des nouveau-nés ont été transférés dans le service de néonatalogie, nous avons enregistré (4,4%) de décès.

Tableau IV : Répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués.

Geste effectué	Effectif	Pourcentage(%)
Séchage	623	97,1
Réchauffé	623	97,1
Aspiration	427	66,6
Ventilation	138	21,5
Massage Cardiaque	54	8,4
Oxygénothérapie	151	23,5
Administration de la vitamine k1	623	97,1

Nous avons réanimé les nouveau-nés dans 21,5% des cas,

Tableau V : Répartition des nouveau-nés selon le motif du transfert.

Motif de transfert	Effectif N = 302	Pourcentage(%)
Prématurité	200	66,2
Anoxie-périnatale	45	15
Détresse respiratoire transitoire	14	4,6
Macrosomie/Nné de mère diabétique	11	3,6
Sans motif valable	11	3,6
Malformations	09	3
Hypotrophie	06	2
Infection néonatale probable	05	1,6
Maman en réanimation	01	0,4
Total	302	100

Dans **66,6%** des cas le motif de transfert était la prématurité suivie de l'anoxie périnatale (**15%**).

Tableau VI : Répartition des nouveau-nés selon leur devenir dans le service de néonatalogie.

Devenir dans le service de néonatalogie	Effectif	Pourcentage (%)
sortie après hospitalisation	103	34
N'ayant laissé aucune trace de leur passage dans le service	157	52
Décédé en hospitalisation	42	14
Total	302	100

52% des nouveau-nés transférés n'ont pas été enregistré dans le service, ceux décédés ont représenté 14%.

Tableau VII: Répartition des nouveau-nés selon la cause de décès dans le service de néonatalogie.

Causes de décès	Effectifs	Pourcentage (%)
Prématurité	38	90,5
Anoxie périnatale	03	7,1
Malformations	01	2,4
Total	42	100,0

La prématurité était la cause de décès (90,5%).

3.1.2. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance en 2019

Tableau VIII : répartition selon l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Fréquence	Pourcentage (%)
Pré-éclampsie sévère	138	19,16
Utérus cicatriciels	113	15,69
Crise éclamptique	85	11,80
Indication non précisée	79	10,97
Anoxie périnatale	57	7,91
Disproportion foeto-pelvienne	25	3,47
Hématome retro placentaire	23	3,19
Anomalie du bassin	17	2,36
Placenta prævia	12	1,66
Présentation vicieuse	11	1,52
Grossesses multiples	9	1,25
Dystocie cervicale	8	1,11
Malformation	6	0,83
Procidence du cordon	5	0,69
Primipare âgée	5	0,55
Rupture utérine	4	0,55
Cardiopathie/cancer/anémie	2	0,27
Rupture prématurée des membranes	2	0,27
Total	606	100

La pré éclampsie sévère (19,16%), l'utérus cicatriciels (15,69%) et la crise d'éclampsie étaient les indications les plus fréquentes de césarienne.

Tableau IX : répartition des nouveau-nés selon le terme de la grossesse

Le terme de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Prématuré	310	43,05
A terme	348	48,33
Post terme	9	1,27
Terme non précisé	53	7,36
Total	720	100

43,05% de nos interventions en maternité concernent les prématurés.

Tableau X : répartition des nouveau-nés selon leur nombre par accouchement

Nombre de nouveau-nés par accouchement	Fréquence	Pourcentage
Mono fœtale	630	87,50
Jumeaux	58	8,05
Triplets	10	1,38
Quadruplets	1	0,13
Total	720	100

Dans la majorité (87,50%) des cas l'accouchement était mono fœtale.

Tableau XI: répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués selon l'ILCOR

Geste effectué	Fréquence (N=720)	Pourcentage
Phase A seulement	448	62,22
Phase A et B	133	18,47
Phase A, B et C	44	6,11
Oxygénothérapie	137	19
Échec de réanimation	9	1,13

Dans la majorité des cas (63%) la phase A de l'ILCOR était le geste le plus pratiqué.

Tableau XII : Répartition des nouveau-nés en fonction leur enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité.

Enregistrement dans le registre du pédiatre	Fréquence	Pourcentage
Oui	328	55,13
Non	267	44,87
Total	595	100,0

Près de la moitié des nouveau-nés transférés dans le service de néonatalogie n'ont pas été enregistrés en maternité dans le registre du pédiatre donc non vu par un pédiatre avant le transfert.

Tableau XIII : répartition des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie en fonction de leur trace dans le circuit d'enregistrement du service de néonatalogie.

Enregistrés en néonatalogie	Fréquence	Pourcentage
Oui	164	50
Non	164	50
Total	328	100,0

50% des nouveau-nés qui ont été enregistrés en maternité ont laissé des traces en néonatalogie.

Tableau XIV : Répartition des nouveau-nés selon l'hospitalisation.

Hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
Oui	592	99,5
Refus	2	0,3
Non	1	0,2
Total	595	100,0

Les nouveau-nés ont été hospitalisés dans 99,5% des cas.

Tableau XV : Répartition des nouveau-nés en fonction de leur diagnostic de sortie.

Diagnostic de sortie	Fréquence	Pourcentage
Prématurité	444	74,6
Anoxie	109	18,3
Hypotrophie	17	2,9
Malformation	9	1,5
Infection néonatale	5	0,8
Macrosomie	3	0,5
Indéterminé	2	0,3
Prématurité plus anoxie	1	0,2
Retard de résorption du liquide pulmonaire	1	0,2
Embyo-foetopathie	1	0,2
Détresse respiratoire transitoire	1	0,2
Atrésie du grêle	1	0,2
Ichtyose congénitale	1	0,2
Total	595	100,0

La prématurité a été le diagnostic de sortie dans 74,6% des cas.

Tableau XVI : La répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir dans le service de néonatalogie

Devenir	Fréquence	Pourcentage
Exeat	331	55,6
Décédé	167	28,1
Transfert Kangourou	53	8,9
Sortie contre avis médicale	31	5,2
Evadé	5	0,8
Retour à la maternité	5	0,8
Indéterminé	3	0,5
Total	595	100,0

La majorité des nouveau-nés hospitalisés ont été exéatés soit 55,5% ; nous avons enregistré 28,1% de décès.

Tableau XVII : Répartition des nouveau-nés en fonction du mode d'alimentation

Mode d'alimentation	Fréquence	Pourcentage
Lait maternel	297	49,9
Lait artificiel	121	20,3
Mixte	19	3,2
Non précisé	72	12,1
Non alimenté	84	14,1
Indéterminé	2	0,3
Total	595	100,0

Le principal mode d'alimentation des nouveau-nés était le lait maternel.

3.1.3. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance en 2020

Au cours de l'an deux mille vingt nous avons été sollicités à la maternité 830 fois ce qui nous permis de faire la prise en charge de 880 nouveau-né répartis comme suit :

Tableau XVIII : répartition en fonction du nombre de nouveau-né par accouchement.

Accouchement	Fréquence	Pourcentage
Accouchement mono-fœtal	830	94,3
Accouchement gémellaire	17	1,9
Accouchement triméllaire	4	0,4
Accouchement quadriméllaire	1	0,1
Total	880	100

L'accouchement était mono-fœtal dans 94,3%

Tableau XIX : répartition des nouveau-nés en fonction du devenir immédiat

Devenir immédiat	Fréquence	Pourcentage
Vivant restés à la maternité	514	58,4
Vivant transférés en néonatalogie	329	37,4
Décédés en cours de réanimation	16	2
Mort-nés frais	18	2
Mort-nés macérés	3	0,3
Total	880	100

Plus de la moitié des nouveau-nés sont restés auprès de leurs mères à la maternité.

Tableau XX : répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués selon l’ILCOR

Geste effectué	Fréquence (N=880)	Pourcentage
Phase A seulement	554	63
Phase A et B	154	17,5
Phase A, B et C	44	5
Oxygénothérapie	109	12,4
Échec de réanimation		

Dans la majorité des cas (63%) la phase de l’ILCOR était le geste le plus pratiqué.

Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés en fonction leur enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité.

Enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité	Fréquence	Pourcentage
Oui	329	42,5
Non	445	57,5
Total	774	100,0

Plus de la moitié des nouveau-nés n’ont été enregistrés dans le registre du pédiatre à la maternité car ils n’ont pas bénéficié d’une prise en charge par un pédiatre ou par le DES de pédiatrie et ils ont été directement envoyés par les sage-femmes ou bien par les DES de gynéco

Tableau XXII : répartition des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie en fonction de leur trace dans le circuit d'enregistrement du service

Enregistrement dans le registre	Fréquence	Pourcentage
Oui	622	80,4
Non	152	19,6
Total	774	100,0

Près du cinquième (1/5) des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie n'ont pas été enregistré dans le service de néonatalogie.

Tableau XXIII : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.

Sexe nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Masculin	342	55,0
Féminin	277	44,5
Non connu	3	0,5

Le sexe ratio était de 1,2.

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés en fonction du diagnostic.

Diagnostic des nouveau-nés	Fréquence	Pourcentage
Prématurité	399	64,1
Anoxie	108	19
Infection néonatale	44	7,1
Hypotrophie	14	2,3
Malformation	38	5,1
Déshydratation	1	0,2
Hypoglycémie	2	0,3
Traumatisme obstétricale	2	0,4
RRLP	4	0,6
Total	612	100

La prématurité était la principale cause de l'hospitalisation des nouveau-nés transférés soit 64,1% des cas, suivie de l'anoxie soit 19

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés en fonction du nombre du jour du nouveau-né à l'admission.

Age nouveau-né à l'admission	Fréquence	Pourcentage
J0	517	83,1
J1 ou plus	105	16,9

83,1% des nouveau-nés ont été admis à J0 de vie.

3.1.4. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance 2021

Nous avons exploité le registre des pédiatres à la maternité. Au cours de l'année 2021, nous avons été sollicités par la maternité pour 233 accouchements répartis comme suit :

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le mois de naissance

Mois	Effectifs	Fréquences
Janvier	22	9,4
Février	15	6,4
Mars	18	7,7
Avril	31	13,3
Mai	25	10,7
Juin	18	7,7
Juillet	51	21,9
Août	14	6,0
Septembre	11	4,7
Octobre	15	6,4
Novembre	6	2,6
Novembre	6	2,6
Décembre	1	0,4
Total	233	100,0

Dans notre étude, 21,9% des patientes ont donné naissance pendant le mois de Juillet

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectifs	Fréquences
Prématuré	140	60,1
A terme	93	39,9
Total	233	100,0

La grossesse était non à terme chez 60% des patientes

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la trophicité

Trophicité	Effectifs	Fréquences
Hypotrophie	115	49,4
Macrosomie	7	3,0
Normal	111	47,6
Total	233	100,0

Nous avons remarqué 49,36% de cas d'hypotrophie

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectifs	Fréquences
Basse	70	30,04
Césarienne	163	69,96
Total	233	100,0

La majorité des nouveaux nés sont nés par césarienne dans près de 70 % des cas

Tableau XXX: Répartition selon que le nouveau- né soit vivant

Nouveau-né vivant	Effectifs	Fréquences
Non	3	1,3
Oui	230	98,7
Total	233	100,0

Les nouveau-nés étaient vivants dans 98,7% des cas

Tableau XXXI: Répartition selon le sexe du nouveau-né

Sexe	Effectifs	Fréquences
Féminin	122	52,4
Masculin	111	47,6
Total	233	100,0

Le sexe féminin prédominait avec un taux de 52,4% des cas

Tableau XXXII: Répartition selon la réanimation du nouveau- né

Réanimation du nouveau-né	Effectifs	Fréquences
Non	205	89,1
Oui	25	10,9
Total	230	100,0

Les nouveau-nés ont été réanimés dans 10,9% des cas

Tableau XXXIII : Répartition selon le transfert à la néonatalogie des nouveau- nés

Transfert des nouveau-nés	Effectifs	Fréquences
Non	125	54,3
Oui	105	45,7
Total	230	100,0

Nous avons enregistré 45,06% de cas de transfert à la néonatalogie

Tableau XXXIV : Répartition selon les types de diagnostics

Diagnostics	Effectifs	Fréquences
Anoxie	8	3,4
Macrosomie	6	2,6
Normal	60	26
Prématuré	146	63,4
Malformations	10	4,3
Total	230	100,0

La prématurité a été le principal diagnostic retrouvé dans un taux de 63,4%

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon les types de Malformations

Autres diagnostics	Effectifs	Fréquences
Hydrocéphalie, spina bifida	2	20
Omphalocèle	3	30
Syndrome poly malformatif	5	50
Total	10	100,0

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon les gestes de réanimation effectué

Aspiration	Effectifs	Fréquences
Non	21	9,1
Oui	209	90,9
Total	230	100,0

Séchage	Effectifs	Fréquences
Non	3	1,3
Oui	227	98,7
Total	230	100,0

Oxygène	Effectifs	Fréquences
Non	186	80,9
Oui	44	19,1
Total	230	100,0

Ventilation	Effectifs	Fréquences
Non	201	87,4
Oui	29	12,6
Total	230	100,0

Nous avons noté 91% de cas d'aspiration. Nous avons noté 98,7% de cas de séchage. Dans 19% des cas, les nouveaux nés avaient besoin d'oxygène 87,4% des nouveaux nés ont été ventilés

3.2. Surveillance en suite de couche

3.2.1. Surveillance en suite de couche 2019

Nous avons fait la surveillance quotidienne de 640 nouveau-nés auprès de leurs mères et transféré 50 nouveau-nés (7%) pour le suivi ambulatoire à l'unité mère.

Tableau XXXVII : répartition des nouveau-nés selon le mode d'alimentation durant leur séjour en maternité

Mode d'alimentation	Fréquence	Pourcentage
Allaitement maternel exclusif	589	85,5
Allaitement artificiel	68	10
Allaitement plus eau, plus jus de dattes	32	4,5
Total	689	100

85,5% des nouveau-nés étaient sous AME

Tableau XXXVIII : répartition des nouveau-nés selon la consultation du postnatale

Calendrier de suivi postnatal	Fréquence	Pourcentage
Huitième jour	154	54,6
Quarante cinquièmes jours	45	16
Suivi des prématurés	44	15,6
Sixième mois	4	1,4
Autres	35	12,4
Total	282	100

De Janvier à Décembre 2019 nous avons effectué 282 consultations répartis ci-dessus.

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon le calendrier de suivi et leur mode d'alimentation

Calendrier de suivi		Mode d'alimentation	Fréquence	Pourcentage
Huitième jour	N=154	AME	93	60,4
		A. MIXTE	61	39,6
Quarante cinquièmes jours	N= 45	AME	31	68,9
		A. MIXTE	14	31,1
Suivi des prématurés	N= 44	AME	40	90,9
		A. MIXTE	4	9,1
Sixième mois	N=4	AME	3	75
		A. MIXTE	1	25
Autres	N=35	AME	24	68,6
		A. MIXTE	11	31,4

L'allaitement exclusif a augmenté de 8% entre le Huitième jour (60,4) et le quarante-cinquième jour (68,9) pour passer à 75% le sixième mois.

3.2.2. Surveillance en suite de couche 2020

Nous avons effectué la surveillance quotidienne de 950 nouveau-nés répartis comme suit :

Tableau XL : répartition des nouveau-nés selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Prématurés	243	25,6
Terme	695	73,1
Post-terme	12	1,3
Total	950	100

Le quart des nouveau-nés sous surveillance auprès de leurs mères sont des prématurés

Tableau XLI : répartition des nouveau-nés à terme selon leur trophicité

Trophicité	Fréquence	Pourcentage
Eutrophie	507	73
Hypotrophie	170	25,4
Macrosomie	18	2,6
Total	695	100

Le quart des nouveau-nés sous surveillance à la maternité aux prés de leurs mères sont des hypotrophes.

Tableau XLII : répartition selon les problèmes retrouvés au cours de la surveillance N =38

Problèmes	Fréquence	Pourcentage
Fièvre	8	21
Ictère	5	13,1
Application du beurre de Karité sur l'ombilic	4	10
Pyodermite	3	8
Rhinite	2	5,3
Hypoglycémie	2	5,3
Détresse respiratoire	2	5,3
Retard de montée de lait	1	2,6
Ectopie testiculaire	1	2,6
Hypothermie	1	2,6
Déshydratation	1	2,6
Fracture du fémur	1	2,6
Total	38	100

La fièvre et l'ictère étaient les principaux problèmes retrouvés avec respectivement 21 % et 13,1%

Tableau XLIII : Répartition selon le mode d'alimentation durant leur séjour à la maternité

Mode d'alimentation	Fréquence	Pourcentage
Allaitement maternelle exclusif	860	90,5
Allaitement artificiel	59	6,2
Allaitement plus jus, plus eau	31	3,3
Total	950	100

Le mode d'alimentation était dans 90,5% des cas l'allaitement exclusif durant le séjour à la maternité

Tableau XLIV : Répartition des nouveau-nés en fonction du nombre du jour de l'hospitalisation.

Nombre-jour-hospitalisation	Fréquence	Pourcentage
1-3	301	48,4
4-5	94	15,1
Une semaine	88	14,1
Plus d'une semaine	139	22,3
Total	622	100,0

Sur 622 nouveau-nés hospitalisés 301, soit 48,4% n'ont fait que 1 à 3 jours d'hospitalisation.

Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés du devenir.

Devenir	Fréquence	Pourcentage
Exéat	289	46,4%
DCD	220	35,4
Transfert kangourou	82	13,2
SCAM	28	4,5
Évadé	3	,5
Total	622	100,0

Le taux de décès des nouveau-nés transférés était de 35,4%. SCAM (sortie contre avis médical)

3.2.3. Surveillance en suite de couche 2021

Au cours de l'année 2021, nous avons faits la visite de routine de 340 nouveaux nés en maternité. Ce qui nous a permis d'obtenir les résultats suivants :

Tableau XLVI : Répartition des patients selon le mode d'alimentation avant la sortie de la maternité

Mode d'alimentation	Effectifs	Fréquences
AME	296	87,1
Utilisation d'autre choses	36	4,7
Utilisation du complément de lait artificiel	8	12,9
Total	340	100,0

L'AME a été le plus retrouvé chez les patientes (87,1%)

Autres : eau, jus de datte, jus d'orange

Tableau XLVII : Répartition des patients selon l'hypothermie

Hypothermie	Effectifs	Fréquences
Oui	1	0,3
Non	339	99,7
Total	340	100,0

L'hypothermie a été retrouvée chez 0,3% des patientes.

Tableau XLVIII : Répartition des patients selon les produits utilisés pour les soins ombilicaux

Soins Ombilicaux	Effectifs	Fréquences
Alcool	332	97,6
Beurre de karité	8	2,4
Total	340	100,0

L'alcool a été utilisé pour les soins ombilicaux chez 97,6 % des nouveaux nés.

Tableau XLIX : Répartition des patients selon le nouveau-né suivi dans l'unité mère Kangourou pendant leur hospitalisation en maternité

Nouveau-né suivi Kangourou	Effectifs	Fréquences
Oui	40	11,8
Non	300	88,2
Total	340	100,0

Dans notre étude, nous avons noté 40 cas de nouveau-né suivi de Kangourou chez 11,8% des nouveaux nés.

Tableau L : Répartition des patients selon le nombre de jour hospitalier a la maternité

Nombre de jour hospitalier	Effectifs	Fréquences
Moins d'une semaine	330	97,1
Plus d'une semaine	10	2,9
Total	340	100,0

La plupart des bébés soit 97,1% ont été hospitalisés pendant moins d'une semaine.

Tableau LI : Répartition des patients selon les problèmes retrouvés pendant leur hospitalisation à la maternité

Problèmes retrouvés	Effectifs	Fréquences
Fièvre	16	4,7
Ictère	10	2,9
Retard de montée de laiteuse	9	2,6
Perte de poids	7	2,1
Déshydratation	4	1,2
Engorgement chez la mère	3	0,9
Refus de tétée	3	0,9
Détresse respiratoire	2	0,6
Pyodermite	2	0,6
Desquamation cutanée	1	0,3
Cyanose	1	0,3
Souffle cardiaque	1	0,3
Encombrement	1	0,3
Hypotonie	1	0,3
Hypoglycémie	1	0,3
Rougeur du visage	1	0,3
Vomissements	1	0,3

La fièvre était le problème le plus retrouvé soit 4,7% des cas, suivi l'ictère dans 2,9% des cas.

3.3. Consultation du suivi postnatale

3.3.1. Consultation du suivi postnatale 2020

De Janvier à Décembre 2020 Nous avons effectué 711 consultations répartis comme suit :

Tableau LII : Répartition selon le calendrier de suivi postnatal

Calendrier de suivi postnatal	Fréquence	Pourcentage
Huitième jour	366	51,5
Suivi des prématurés	120	16,9
Quarante cinquièmes jours	109	15,3
Sixième mois	23	3,23
Troisième mois	10	1,4
Autres	70	9,8
Total	711	100

La moitié du suivi postnatal était représentée par la consultation du huitième jour (51%), suivi des consultations pour le suivi des prématurés.

Tableau LIII : répartition des nouveau-nés selon le calendrier de suivi et leur mode d'alimentation

Calendrier de suivi		Mode d'alimentation	Fréquence	Pourcentage
Huitième	N=366	AME	285	78%
jour		A. MIXTE	81	22%
Quarante	N= 109	AME	92	84%
cinquièmes		A. MIXTE	17	16%
jours				
Suivi des	N= 120	AME	100	83%
prématurés		A. MIXTE	20	17%
Troisième	N=10	AME	9	90%
mois		A. MIXTE	1	10%
Sixième	N=23	AME	18	78%
mois		A. MIXTE	5	22%
Autres	N=70	AME	43	61%
		A. MIXTE	27	39%

3.3.2. Consultation du suivi postnatale 2021

Au cours de l'année 2021, nous avons effectués la visite de 624 patients après leurs sorties de la maternité selon un calendrier bien établi. Nous avons ainsi obtenu les résultats suivants :

NB : Au cours des RDV, nous n'avons constaté de problèmes particuliers chez les patients et l'examen clinique était normal.

Tableau LIV : Répartition des patients selon le calendrier de la visite

Date du RDV	Effectifs	Pourcentage
Jours 8_ jours 15	395	63,3
Jour 45 -2 mois	144	23,1
3 mois - 6 mois	85	13,6
Total	624	100,0

Nous avons constaté que 63,3 % des visites ont eu lieu entre le 8 - 15-ème jours.

Tableau LV : Répartition des patients selon le mode d'alimentation après la sortie de la maternité

AME	Effectifs	Pourcentage
Non	41	6,57
Oui	583	93,43
Total	624	100,0

Le type d'alimentation était l'AME chez 93,43% des bébés

Tableau LVI : Répartition des patients selon le traitement traditionnel

Traitement traditionnel	Effectifs	Pourcentage
Non	589	94,4
Oui	35	5,6
Total	624	100,0

Le traitement traditionnel a été appliqué chez 5,6% des bébés.

Tableau LVII : Répartition des patients pour le RDV en début de diversification

Début de diversification	Effectifs	Pourcentage
Non	569	91,19
Oui	55	8,81
Total	624	100,0

Seulement 8,81% des bébés avaient commencé une diversification au moment du RDV.

3.4. Compilation des résultats des quatre années d'activité

Au cours des quatre (4) années d'activités de l'unité de pédiatrie à la maternité, nous avons permis de faire la prise en charge de 2423 nouveau-nés en salle de naissance.

3.4.1. Accueil des nouveau-nés en salle de naissance

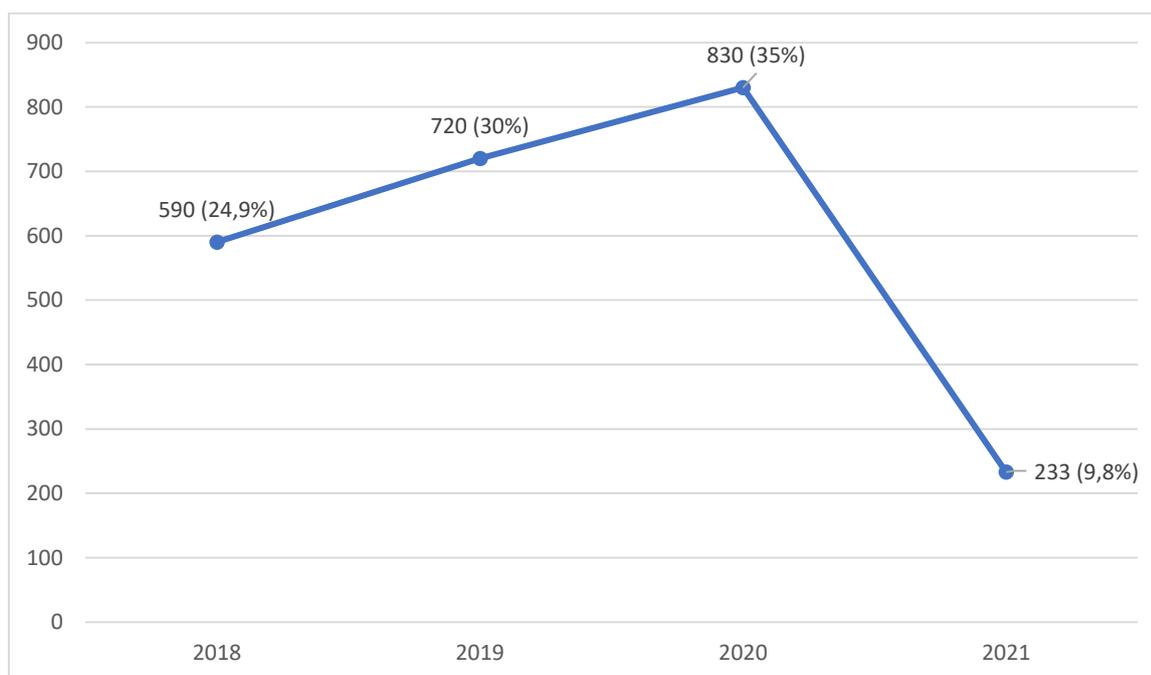


Figure 8 : répartition des interventions en maternité selon l'année

Nous avons trouvé une augmentation des interventions des pédiatres dans le service de gynécologie de 2018 à 2020 allant de 24,9% à 35% et une diminution à 9,8% en 2021.

Tableau LVIII : répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir immédiat

Devenir direct des nouveau-nés	2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reste en maternité	311	48,5%	363	50,41	514	58,4	125	53,64
Transfert en néonatalogie	302	47,1%	328	45,55	329	37,4	105	45,06
Décédé en cours réanimation	04	0,6%	9	1,25	16	2	-	-
Mort-né frais	14	2,2%	19	2,63	18	2	3	1,28
Mort-né macéré	10	1,6%	1	0,13	3	0,3	-	-
Total	641	100	720	100	880	100	233	100

On note une diminution du nombre de transfert en néonatalogie (de 47,1% à 45,06%) ainsi qu'une augmentation du nombre de décès en cours de réanimation (de 0,6% en 2018 à 2% en 2020).

Tableau LIX : Répartition des nouveau-nés en fonction du diagnostic.

Diagnostic des nouveau-nés	2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prématurité	200	66,2	444	74,6	399	64,1	146	63,4
Anoxie	45	15	109	18,3	108	19	8	3,4
Infection néonatale	5	1,6	5	0,8	44	7,1	-	-
Hypotrophie	6	2	17	2,9	14	2,3	115	49,4
Malformation	9	3	12	2,1	38	5,1	10	4,3
Autres	37	12,2	7	1,2	4	0,9	6	2,6

Autres = déshydratation, macrosomie, détresse respiratoire transitoire, maman en réanimation. La prématurité était le motif d'hospitalisation le plus fréquent au cours de la période de l'étude suivi de l'anoxie et des malformations.

3.4.2. Evaluation de la réanimation changer la couleur de la figure

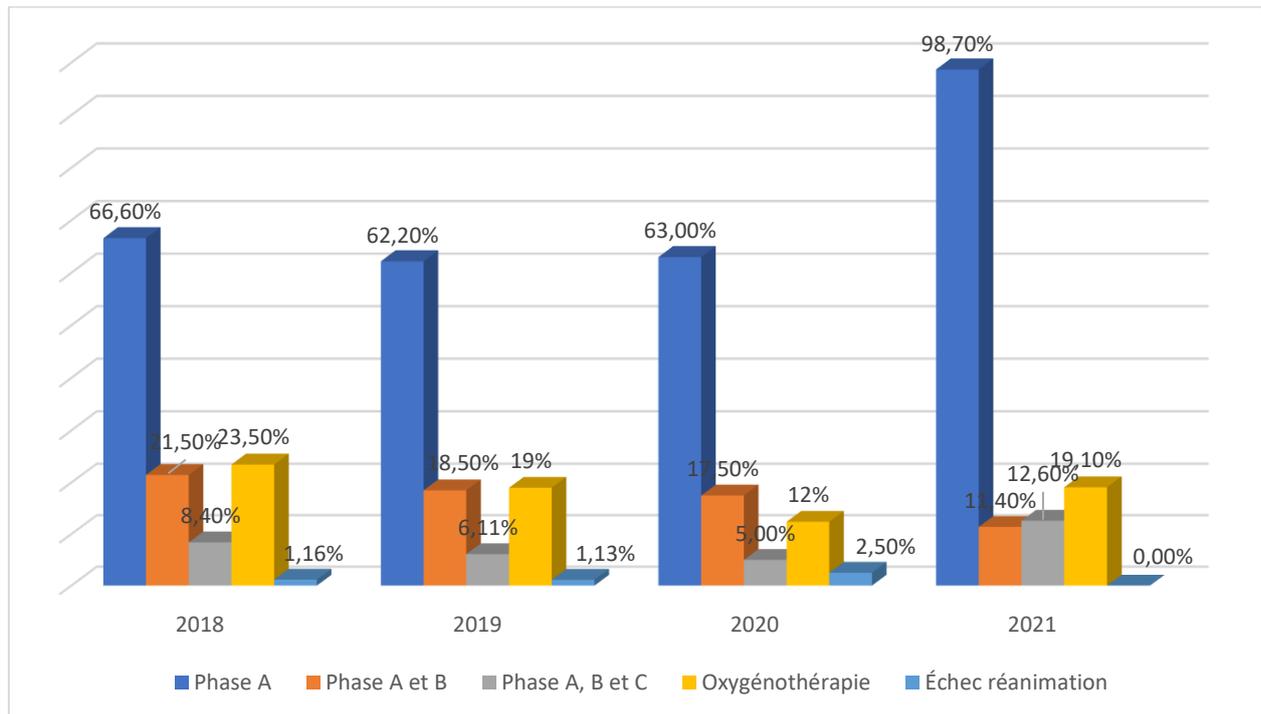


Figure 9: répartition des nouveau-nés selon les gestes effectués selon l'ILCOR

Dans la majorité des cas, la phase A de l'ILCOR était le geste le plus pratiqué durant les 4 années de l'étude.

Tableau LX : Répartition des nouveau-nés en fonction leur enregistrement dans le registre du pédiatre à la maternité.

Nouveau-né enregistré	2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%
Oui	328	55,13	329	42,5	233	100
Non	267	44,87	445	57,5	-	-
Total	595	100	774	100,0	233	100

Plus de la moitié des nouveau-nés n'ont été enregistrés dans le registre du pédiatre à la maternité en 2020 car ils n'ont pas bénéficié d'une prise en charge par un pédiatre ou par le DES de pédiatrie et ils ont été directement envoyés par les sages-femmes ou bien par les DES de gynéco.

Tableau LXI : répartition des nouveau-nés transférés de la maternité au service de néonatalogie en fonction de leur trace dans le circuit d'enregistrement du service.

Enregistrés en néonatalogie	2019		2020	
	N	%	N	%
Oui	164	50	622	80,4
Non	164	50	152	19,6
Total	328	100,0	774	100,0

La majorité des nouveau-nés soit 80,4% qui ont été enregistrés en maternité ont laissé des traces en néonatalogie en 2020 contre 50% en 2019.

Tableau LXII : La répartition des nouveau-nés en fonction de leur devenir dans le service de néonatalogie

Devenir en néonatalogie	2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%
Exeat	103	34	331	55,6	289	46,4
Transfert Kangourou	-	-	53	8,9	82	13,2
Sortie contre avis médicale	-	-	31	5,2	28	4,5
Évadé	-	-	5	0,8	3	0,5
Décédé	42	14	167	28,1	220	35,4
Retour à la maternité			5	0,8	-	-
Indéterminé	157	52	3	0,5	-	-
Total	302	100	595	100,0	622	100

Près de la moitié des nouveau-nés hospitalisés ont été exéatés soit 46,4% en 2020 ; nous avons enregistré une augmentation du taux de décès de 14 % en 2018 à 35,4% de décès en 2020.

3.4.3. Surveillance en suite de couche

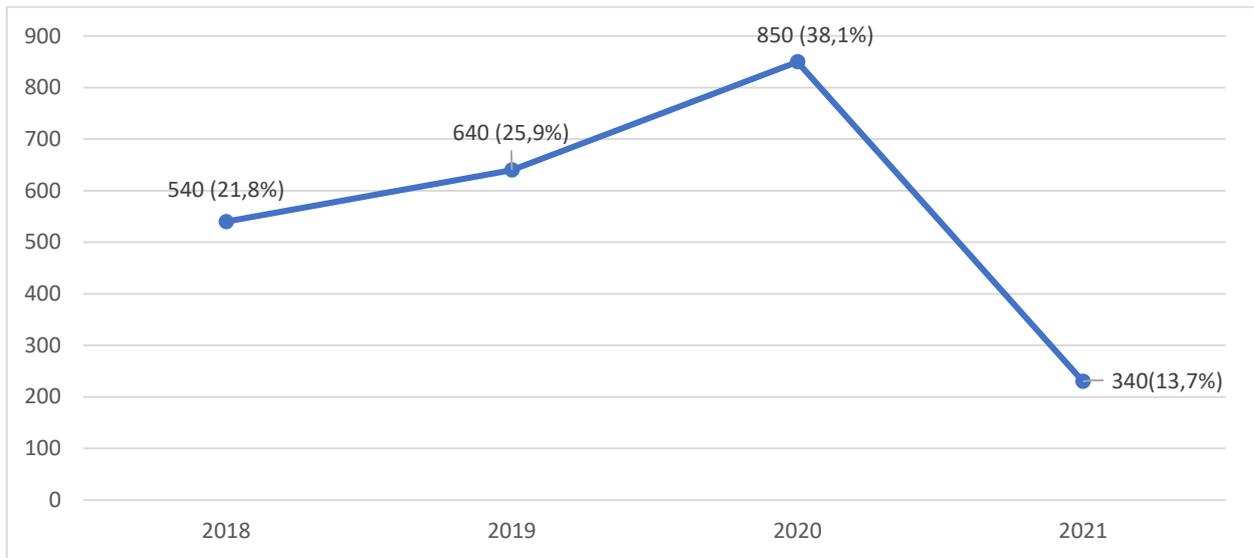


Figure 10: répartition des nouveau-nés en fonction des visites quotidiennes.

Dans notre étude, nous avons trouvé une amélioration des visites quotidiennes au cours des années de 2018 à 2020 allant 21,8% à 38,1% suivi d'une diminution à 13,7% en 2021.

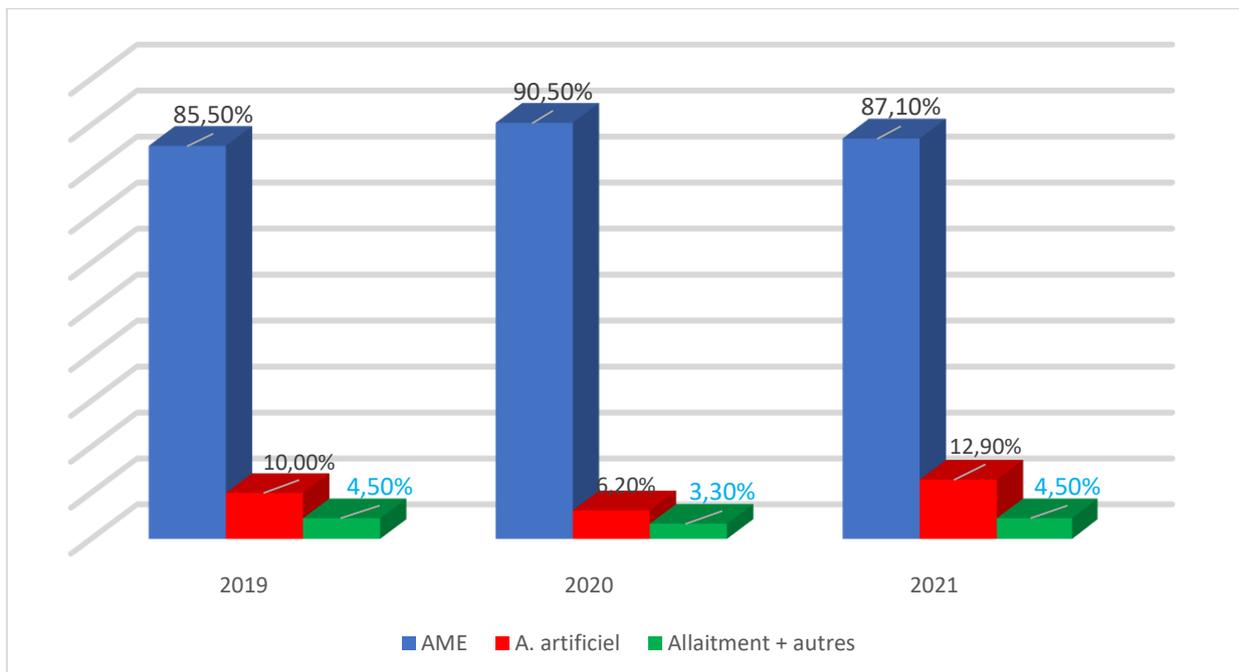


Figure 11: répartition des nouveau-nés selon le mode d'allaitement dans les suites de couches.

L'allaitement maternel exclusif était le mode d'allaitement de plus 85% des nouveau-nés durant toutes les années des activités.

3.4.4. Consultation du postnatale

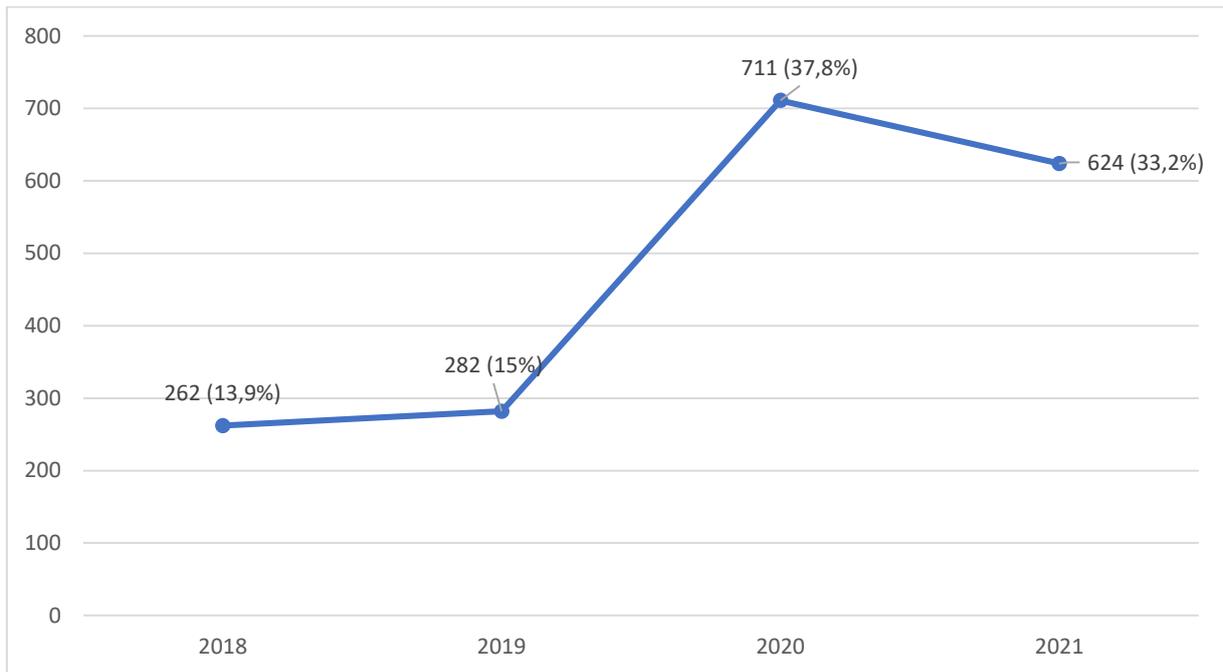


Figure 12: répartition des nouveau-nés en fonction du nombre de suivi postnatal

La consultation postnatale a connu une nette augmentation de 2018 à 2020 allant de 13,9% en 2018 à 37,8% en 2020 puis une diminution à 33,2% en 2021.

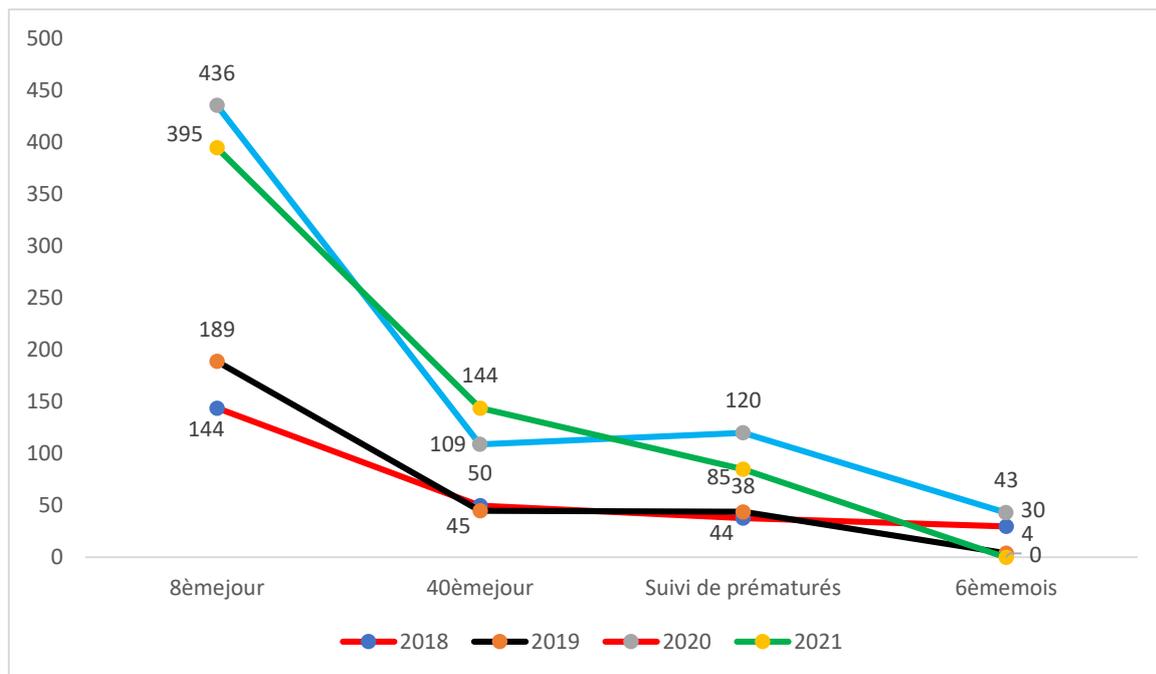


Figure 13: répartition des nouveau-nés en fonction du calendrier de suivi postnatal

Durant la période d'activité nous avons retrouvé une réduction de façon générale du nombre des nouveau-nés suivi entre le 8^{ème} jour et le 6^{ème} mois.

IV. DISCUSSION

Les difficultés rencontrées :

- L'absence d'appel ou les appels en retard pour la prise en charge du nouveau-né
- La difficulté par fois pour joindre les pédiatres de garde ;
- Les transferts non justifiés des nouveau-nés de la maternité à la néonatalogie et parfois même avant une prise en charge ;
- Le manque de traçabilité des nouveau-nés qui ont été transférés mais qui n'ont pas été hospitalisés ;
- Une certaine négligence du personnel soignant en ce qui concerne la pratique à la lettre les soins essentiels au nouveau-né ;
- Le manque de plan de surveillance du nouveau-né pour les sages- femmes ;
- Le manque personnel fixe pour la surveillance des nouveau-nés dont les mères sont hospitalisées et le suivi du post natal.

4.1. Fréquences des interventions

De 2018 à 2021, nous avons enregistré 2423 nouveau-nés qui ont bénéficié d'une prise en charge de l'unité de pédiatrie à la maternité. Nous avons trouvé une augmentation des interventions des pédiatres dans le service de gynécologie de 2018 à 2020 allant de 24,9% à 35% et une diminution à 9,8% en 2021. Ces résultats pourraient s'expliquer par la bonne collaboration qui existe entre les deux (2) services. Cette collaboration contribue à une meilleure prise en charge des nouveau-nés dont l'état de santé requière une prise en charge spécifique dès la salle d'accouchement. La baisse en 2021 pourrait être due à un manque d'engagement du personnel ou à diminution de la fréquence des services de santé après l'épidémie à COVID-19. En effet toutes les données de 2021 sont en dessous des celles de 2020.

4.2. Indication des appels

Les indications d'appels les plus représentés était la césarienne pour pré éclampsie sévère ; crise d'éclampsie, En effet le Centre Hospitalier Universitaire étant une

structure de santé de 3^{ème} référence reçoit pour la plupart des cas de référence/évacuations venant des autres structures dans lesquelles le plateau technique ne permet pas la prise en charge des cas compliqués. Néanmoins tous les nouveaux nés devraient être vu par un pédiatre avant la sortie de la maternité. Le recours au pédiatre reste donc indispensable pour la poursuite de prise en charge du nouveau-né.

4.3. Devenir immédiat

On note une diminution du nombre de transfert en néonatalogie (de 47,1% à 45,06%) ainsi qu'une augmentation du nombre de décès en cours de réanimation (de 0,6% en 2018 à 2% en 2020). La réduction du nombre de transfert en néonatalogie à l'immédiat pourrait s'expliquer par la disponibilité du pédiatre qui une fois sur place est capable d'avoir les soins nécessaires au nouveau-né. Ce qui permet de réduire le retard de prise en charge de ces nouveau-nés mais aussi de pouvoir réanimer certains d'arrêt cardiaque à la naissance.

L'assistance du pédiatre à l'accouchement permet de parer aux éventuelles détresses vitales, respiratoires et cardiaques ; d'effectuer les actes de réanimation nécessaires et de prendre toutes les dispositions pour un éventuel transfert du nouveau-né en unité de soins intensifs ou de réanimation.

4.4. Diagnostic retenu

La prématurité était le motif d'hospitalisation le plus fréquent au cours de la période de l'étude suivi de l'anoxie et des malformations. Ces prématurés sont en majorité des hypotrophes.

Le pédiatre intervient parfois dès la vie fœtale si une anomalie a été dépistée durant la surveillance de la grossesse (infection, malformation vue aux échographies) ou s'il existe une maladie génétique familiale pouvant être transmise. En particulier, il prend part au diagnostic anténatal.

C'est un travail d'équipe multidisciplinaire qui réunit les obstétriciens, les échographistes, les sages-femmes, les généticiens et les pédiatres. Ensemble, ces professionnels cherchent à identifier l'origine d'un trouble ou d'une malformation. Le pédiatre est là pour donner son avis sur la maladie suspectée et organiser la prise en charge du bébé à la naissance si besoin. Le pédiatre est responsable de la prise en charge médicale de votre bébé de la salle de naissance jusqu'à la sortie de la maternité. Il doit être cependant disponible 24 heures sur 24 pour intervenir à tout moment en cas d'anomalie pendant le travail, à la naissance ou après la naissance.

Le pédiatre est aussi responsable de la mise en place des protocoles de soins à la maternité et dans le service de néonatalogie qui accueille les bébés prématurés et les nouveau-nés malades, en équipe avec les autres professionnels de la maternité. Un protocole est un texte, actualisé au vu des données scientifiques les plus récentes, qui définit les conduites à tenir dans telle ou telle situation.

4.5. Réanimation en salle de naissance

Dans la majorité des cas, la phase A de l'ILCOR était le geste le plus pratiqué durant les 4 années de l'étude.

Nous avons constaté une diminution de l'utilisation de l'oxygène au cours de la réanimation ce qui est bénéfique pour les nouveaux né compte tenu de la neurotoxicité de l'oxygène pour les nouveaux nés.

Nos résultats de 2021 nous laissent penser qu'il y a une non maîtrise des indications du massage cardiaque et la ventilation au masque.

La réanimation en salle d'accouchement du nouveau-né requière une bonne maîtrise non seulement des indications des différentes phases mais aussi des techniques pour les réduire les effets iatrogènes associées à ces gestes.

4.6. Enregistrement des nouveau-nés dans les registres

Plus de la moitié des nouveau-nés n'ont pas été enregistrés dans le registre du pédiatre à la maternité en 2020 car ils n'ont pas bénéficié d'une prise en charge par un pédiatre ou par les médecins en spécialisation en pédiatrie et ils ont été directement envoyés par les sages-femmes ou bien par les médecins en spécialisation en gynécologie obstétrique. La majorité des nouveau-nés soit 80,4% qui ont été enregistrés en maternité ont laissé des traces en néonatalogie en 2020 contre 50% en 2019. Tout patient pris en charge doit être enregistré pour plus de traçabilité et de disponibilité des données qui pourront contribuer aux futures recherches scientifiques visant ce groupe de malade.

4.7. Devenir en néonatalogie

La majorité des patients transférés en Néonatalogie ont reçu des soins adéquats et ensuite été exécutés 46,4%. Par contre nous avons retrouvé un taux de mortalité assez élevé allant de 14% en 2018, 28% en 2019 à 35% en 2020. Aux vues de ces résultats nous pouvons dire que malgré une prise en charge pluridisciplinaire, un renforcement de la collaboration entre les deux services est nécessaire.

Ce qui nous pousse à se poser certaines questions à savoir : est-ce que cette hausse est due à l'augmentation des interventions ?

Est-ce un déficit de prise en charge en néonatalogie ?

Est-ce lié à l'état des nouveaux nés ?

D'où l'intérêt de procéder à d'autres études pour répondre à ces questions.

4.8. Les suites de couche :

Durant le séjour à la maternité la plupart des nouveau-nés étaient sous AME avec un taux de 90,5% en 2020 contre 85,5% en 2019 soit une hausse de 5%. Après la prise en charge médicale des nouveau-nés, des mesures d'accompagnement sur l'alimentation des nouveau-nés permettent une meilleure survie.

Dans notre étude, nous avons trouvé une amélioration des visites quotidiennes au cours des années de 2018 à 2020 allant 21,8% à 38,1% suivi d'une diminution à

13,7% en 2021. La consultation postnatale a connu une nette augmentation de 2018 à 2020 allant de 13,9% en 2018 à 37,8% en 2020 puis une diminution à 33,2% en 2021. Durant la période d'activité nous avons retrouvé une réduction de façon générale du nombre des nouveau-nés suivi entre le 8^{ème} jour et le 6^{ème} mois.

Selon les données de l'EDS-Mali de 2018 les soins postnatals aident à prévenir des complications après l'accouchement. Plus de la moitié des mères (56 %) ont reçu des soins postnatals dans les deux jours consécutifs à l'accouchement, mais 40 % n'ont pas reçu de soins postnatals. De même, 54 % des nouveau-nés ont reçu des soins postnatals dans les deux jours consécutifs après la naissance, mais 42 % des nouveau-nés n'ont pas reçu de soins postnatals [23].

L'allaitement maternel exclusif était le mode d'allaitement de plus 85% des nouveau-nés durant toutes les années des activités. Selon l'OMS, l'allaitement au sein est un moyen sans égal de fournir une alimentation idéale permettant une croissance et un développement sains du nourrisson ; il fait aussi partie intégrante du processus reproducteur, avec des répercussions importantes sur la santé de la mère. L'allaitement au sein contribue à la santé et au bien-être des mères ; il aide à espacer les naissances, réduit le risque de cancer de l'ovaire ou du sein, épargne les ressources de la famille et du pays. C'est un moyen sûr et écologique d'alimenter l'enfant. L'allaitement exclusif au sein diminue la mortalité infantile imputable aux maladies courantes de l'enfance comme les diarrhées ou les pneumopathies et il accélère la récupération en cas de maladie [24].

CONCLUSION

Certains accouchements nécessitent la présence d'un pédiatre, parfois à cause d'une grossesse plus compliquée, d'autre fois en cas de complications lors du travail. Cette étude nous montre à quel point le pédiatre joue un rôle important dans la prise en charge des nouveau-nés surtout dans les hôpitaux de 3^{ème}s références. Elle montre également la nécessité de l'engagement et d'une bonne collaboration entre les gynécologues obstétriciens et les pédiatres pour assurer la prise en charge des grossesses à risque et la réduction de mortalité néonatale.

RECOMMANDATIONS :

➤ Aux responsables des services de pédiatrie et de gynéco obstétrique

- Faire un protocole de prise en charge commun avec les obstétriciens en ce qui concerne les deux principales causes (pré éclampsie sévère et crise éclamptique) de prématurité, de retard de croissance intra utérine et de mortalité néonatale ;
- Mettre en place un registre commun pour toutes les interventions en salle de naissance et les transferts de nouveau-né de la maternité en néonatalogie ;
- Mettre en place un registre pour le devenir des nouveau-nés transférés qui n'ont pas été hospitalisés ;

➤ Aux responsables de la pédiatrie :

- Organiser le passage des DES de pédiatrie de sorte à faire au moins un mois à la maternité finalisé par un rapport mensuel ;
- Mettre en place une base de données complète et exploitable et faire le Rapport mensuel ;
- Mettre une fiche de surveillance et pour l'application des soins essentiels du nouveau-né et rendre les sages-femmes responsables de cette tâche ;
- Former tout le personnel de la maternité et de la néonatalogie sur l'allaitement maternel.
- Octroyer une salle de post partum immédiat plus adéquate

➤ **Aux personnels sanitaires des deux services**

- Noter le numéro de téléphone des mamans dans le registre
- Renforcer la surveillance du nouveau-né dans le post partum immédiat
- Renforcer le suivi du post natal
- Respecter du délai et l'indication de l'appel au pédiatre
- Renforcer le personnel de la pédiatrie en maternité.
- Manque de communication entre pédiatres et obstétriciens
- Renforcer la Communication entre personnels et mamans
- Encourager l'engagement du personnel vis-à-vis des nouveaux- nés dans le service.

REFERENCES

1. Nezha M. Les protocoles de soins en néonatalogie. Thèse de Médecine. Université de Maroc ; 2011 ; 7 p.
2. Pejoan H. Les recommandations et les consensus en cours concernant les soins au nouveau-né bien portant en salle de naissance. La revue Sage-femme. 2010 ; 9 : 189-194.
3. Collège National des Sage-femmes. La Sage-femme et le nouveau-né : compétences et bonnes pratiques. La quatrième édition de la « Revue sage-femme. Paris, 2012, 25p.
4. [http : // www. unicef.org](http://www.unicef.org) rapport octobre 2017
5. <http://www.unicef.org> le monde a ses devoir envers les nouveaux nés 20fevrier 2018
6. EDSMVI : enquête démographique et de santé au mali 2018 : rapport de synthèse. Bamako, mali et Rockville, maryland, USA : INSTAT, CPS\SSDS_PF et ICF. 2019.

7. USAID, MCHIP (le programme intégré de santé maternelle et infantile), TANDEM : qualité des soins dans la prévention et la prise en charge des complications courantes chez la mère et le nouveau-né dans les formations sanitaires de Madagascar. Décembre 2011 ; 11(XI)p.
8. [https : // www.santé.fr](https://www.santé.fr)> rôle du pédiatre a la maternité. Association française de pédiatrie ambulatoire
9. Kamissoko M. Etat de lieu de l'approche des soins essentiels au nouveau-né et son impact sur la morbidité et la mortalité néonatale dans le district sanitaire de Barouéli. Thèse de médecine. Université de Bamako (FMPOS)-Mali ; 2010 ; 20-21 p.
10. USAID, BASICS. Manuel technique de base des soins essentiels du nouveau-né (Sénégal), Dakar ; Février 2005 ; 1-108 p.
11. Save the children, USAID, BASICS. Manuel de référence des soins essentiels du nouveau-né (Mali), Bamako ; Mars 2009 ; 46-93 p.
12. Diakité FL. Facteurs de risque de mortalité des nouveau-nés prématurés dans le service de pédiatrie CHU GT. Thèse de médecine. Université de Bamako (Mali) ; 2008 ; 81 p.
13. Save the children, USAID, BASICS. Manuel de référence des soins essentiels du nouveau-né (Mali), Bamako ; Mars 2009. p. 1-2-93.
14. Médecins Sans frontière (MSF). Soins obstétricaux et néonataux essentiels : Guide pratique pour l'usage des sage-femmes, médecins spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales Edition 2015.p. 201-219.
15. Fondation Leila Fodil. Manuel des soins essentiels des mères et des nouveau-nés. Planification familiale (France), Angoulême ; mars 2015 ; 87-124 p.

16. Gaiva MA, Bettencourt RM, Fujimori E. Early and late neonatal death characteristic of mother and newborn. Rev gaucha enferm. 2013 Dec 34 (4) :91-7.
17. Keily 2006. Les naissances de faible poids - IPCDC : (Consulter le 13/01/2017)
[Enligne]https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilitepopulationnelle/f001_naissances_de_faible_poids.pdf; 1 p.
18. [OMS : Soins du nouveau-né prématuré et/ou de faible poids à la naissance.
19. Ministère de la santé et des soins de longue durée-Ontario : Rapport initial sur la Santé Publique à Faible poids de naissance ; 2016.
20. OMS-WHO : La méthode Mère kangourou (La) - guide pratique ; Numéro WS 410 2003KA-1 2004 ;60 p.
21. Médecins Sans Frontière (MSF). Programme de soins des enfants de petit poids de naissance prise en charge par la méthode mère kangourou (MMK) : Adaptation au contexte et aux structures MSF-H en Haïti, Port-au-Prince Tiré du protocole de la Fondation kangourou à Bogota, Colombia ; 6 p.
22. OMS : Alimentation à la tasse pour les enfants de faible poids de naissance qui ne peuvent être entièrement nourris au sein. Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA) ; 2013.
23. OMS | Allaitement au sein exclusif [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/index.html

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : SIRA BRAHIMA

Année universitaire : 2021- 2022

Année de soutenance : 2023

Titre de mémoire : Rapport des activités du pédiatre à la maternité du CHU-GT de 2018 à 2021.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : la maternité ; le service de néonatalogie du CHU-GT.

Mots clés : Soins essentiels ; Nouveau-né ; Bamako.

Résumé :

La période postnatale immédiate est une étape fondamentale d'adaptation physiologique et psychologique pour le nouveau-né. La plupart des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine sont prévisibles et doivent être anticipées.

Méthodologie :

L'étude s'est déroulée sur 4 ans du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2021 à la maternité du CHU Gabriel Touré.

Résultats : Au cours des quatre (4) années d'activités de l'unité de pédiatrie à la maternité, nous avons permis de faire la prise en charge de 2423 nouveau-nés en salle de naissance. Nous avons trouvé une augmentation des interventions des pédiatres dans le service de gynécologie de 2018 à 2020 allant de 24,9% à 35% et une diminution à 9,8% en 2021. On note une diminution du nombre de transferts en néonatalogie (de 47,1% à 45,06%) ainsi qu'une augmentation du nombre de décès en cours de réanimation (de 0,6% en 2018 à 2% en 2020). Dans la majorité des cas, la phase A de l'ILCOR était le geste le plus pratiqué durant les 4 années de l'étude. Dans notre étude, nous avons trouvé une amélioration des visites quotidiennes au cours des années de 2018 à 2020 allant de 21,8% à 38,1% suivi d'une diminution à 13,7% en 2021. L'allaitement maternel exclusif était le mode d'allaitement de plus de 85% des nouveau-nés durant toutes les années des activités. La consultation postnatale a connu une nette augmentation de 2018 à 2020 allant de

13,9% en 2018 à 37,8% en 2020 puis une diminution à 33,2% en 2021. Durant la période d'activité nous avons retrouvé une réduction de façon générale du nombre des nouveau-nés suivi entre le 8^{ème} jour et le 6^{ème} mois.

Conclusion : Cette étude nous montre à quel point le pédiatre joue un rôle important dans la prise en charges des nouveau-nés surtout dans les hôpitaux de 3^{ème}s références. Elle montre également la nécessité de l'engagement et d'une bonne collaboration entre les gynécologues obstétricien et les pédiatres pour assurés la prise en charge des grossesses à risque et la réduction de mortalité néonatale.