

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE FMOS

Année Universitaire

N° :.....

THESE

EVALUATION DE LA PRATIQUE DES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE

Présentée et soutenue publiquement le : 15/ Novembre/ 2021 Devant le jury de
la Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie

Par : **Mme. Fatou DIAKITE**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr Niani MOUKORO

Membres : Dr Leyla MAIGA TAIFOUR

Co-Directrice : Dr Fatoumata Léonie François DIAKITE

Directrice : Pr Fatoumata DICKO TRAORE

DEDICACES

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

Je dédie ce travail :

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

A mon père Feu Bakary Diakité

Décédé à ma troisième année de vie, que la paix et la miséricorde du tout puissant soit avec lui. Je demande à tous ceux qui liront ces lignes de bien vouloir prier selon leur foi, pour le repos de son âme,

PAPA que Dieu t'accueille dans son paradis. Amen !

A ma mère Koumba Mallé :

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous.

Source de ma vie, brave dame, dynamique, courageuse, généreuse, combattante, loyale, honnête, tu es ma fierté de tous les temps, la première à se lever et la dernière à se coucher. Ton premier souci a été ma réussite, et tu as consenti d'énormes sacrifices à ma réussite, alors ce travail est le fruit de tes efforts. Nous prions Dieu pour qu'il te garde auprès de nous le plus longtemps que possible.

A mon oncle Moussa Diarra

L'homme qui a la tête sur les épaules, l'homme d'immense générosité, dynamique, travailleur, sociable, infatigable, un logeur impeccable et un chef de famille exemplaire qui m'a toujours fermement soutenu malgré mes erreurs.

A ma grand- mère chérie Feu Bintou Mariko

A ma tante **Maïmouna Mallé** ; à mes oncles **Diakaridia Traoré, Diakaridia Diakité...** A tous mes frères et sœurs des familles Diakité et Diarra, à tous mes amis et collègues.

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

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de :

Mes parents :

Merci pour votre sacrifice et l'éducation de qualité que j'ai reçu de vous ...

A mon père Feu Bakary Diakité

Décédé à ma troisième année de vie, tu étais un homme génial, travailleur et dynamique doté d'une estime profonde pour l'être humain. Merci beaucoup papa que ton âme repose en paix. Amen !

A ma mère Koumba Malla :

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous.

Source de ma vie, brave dame, dynamique, courageuse, généreuse, combattante, loyale, honnête, tu es ma fierté de tous les temps, la première à se lever et la dernière à se coucher. Ton premier souci a été ma réussite, et tu as consenti d'énormes sacrifices à ma réussite, alors ce travail est le fruit de tes efforts. Nous prions Dieu pour qu'il te garde auprès de nous le plus longtemps que possible. Merci infiniment

Mon oncle Moussa Diarra

L'homme qui a la tête sur les épaules, l'homme d'immense générosité, dynamique, travailleur, sociable, infatigable, un logeur impeccable et un chef de famille exemplaire qui m'a toujours fermement soutenu malgré mes erreurs. Vous m'avez donné une famille d'accueil chaleureuse, hospitalière et surtout de sécurité. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Cette thèse est le fruit de vos encouragements, de vos conseils et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler mon affection et ma reconnaissance pour vous et votre famille. Puisse-t-elle conforter la confiance que vous me portez.

Que Dieu vous récompense pour tout ce que vous avez fait pour moi et qu'il vous donne une longue et heureuse vie. Amen !

Ma grand- mère chérie Feu Bintou Mariko

Les mots me manquent pour te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts.

Femme dynamique, généreuse, battante, joviale, loyale, compréhensible, toujours prête à défendre le plus faible. Tu m'as appris que la vérité peut pâlir mais jamais périr, à être sincère, à aimer et à partager.

Chère grande mère, tu as été pour moi, un père, une mère, tu étais toujours à mon écoute, à tes côtés, j'étais cette enfant si comblée, joyeuse qui ne manquait de rien. Mais hélas comme on le dit « tous ceux qui se tiennent debout se coucheront un jour » et tu as obéi à cette règle en nous quittant depuis l'an 2001. Que ton âme repose en paix ... Amen !

Merci grande mère chérie pour ce sacrifice. Je t'aime de tout mon cœur.

Ma tante Maïmouna Mallé

Une mère incomparable, ta détermination, ta capacité de compréhension, ton besoin incessant d'échanger avec moi, ton sens d'écoute ont fait de moi une femme responsable ; capable de s'adapter à toute situation. Ces qualités font de toi la mère la plus enviée du monde. Cette thèse est la résultante de ce que tu m'as toujours enseigné : le travail bien fait, la persévérance ...

Trouves dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude, tu es ma source d'inspiration. Que Dieu te donne une longue vie pleine de bonheurs. Merci beaucoup !

Mon oncle Diakaridia Traoré

Merci beaucoup pour votre hospitalité et soutien indéfectible. Que Dieu vous récompense.

Mon oncle Diakaridia Diakité

Sachez que l'honneur de ce travail vous revient.

Un homme génial, vous m'avez toujours considéré comme votre propre fille et vous m'avez fermement soutenu dans les moments les plus durs.

Merci cher oncle pour votre soutien indéfectible. Que Dieu vous récompense et qu'il vous donne une longue et heureuse vie.

Mes frères et sœurs des familles Diakité et Diarra : Abdoulaye, Sidi, Lassine, Daouda, Mamadou, Ibrahima, Nour, Senko, Fatoumata, Maïmouna, Fatoumata dit Daba, Aïché...

Votre compréhension, disponibilité, attention, soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion de vous réitérer mon amour et aussi de vous rappeler que le lien de sang est sacré et qu'il ne sera que ce que nous en ferons.

Recevez à travers ce modeste travail qui est aussi le vôtre tous mes sentiments de fraternité.

Que Dieu nous donne tous une longue et heureuse vie et fortifie notre union. Je vous aime énormément.

Ma sœur, amie et collègue Mme Diallo Rafiatou Keïta :

L'amitié a de grandeurs inconnus de l'amour, elle se fortifie dans les difficultés. Je n'oublierai jamais ces moments passés ensemble sur la colline du point G. Ta sympathie, ta compréhension, ta disponibilité, ton estime profonde pour l'être humain, ton soutien inébranlable... n'ont cessé de me combler tout au long de ce parcours étudiant. Merci infiniment pour ton amour, ta confiance et ta fidélité envers moi. Que le bon Dieu consolide d'avantage notre amitié. Amen !

Tous mes oncles et tantes :

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Tous mes cousins et cousines : en particulier Karine Traoré, Moussa Traoré ...

Merci pour les moments partagés ensemble et de m'avoir appris à lire. Que Dieu vous récompense.

Tous les membres des familles : Malla, Traoré, Diakité et Diarra

Merci beaucoup et je vous serai toujours reconnaissante Nchallah pour votre hospitalité

Tous mes enseignants du Primaire, du Secondaire et de la Faculté de Médecine et Odontologie:

Veillez accepter le respect que je vous porte, de même que ma reconnaissance pour tous les sacrifices consentis pour mon éducation, mon instruction et mon bien être. Merci de m'avoir fait profiter de vos connaissances et expériences, et de m'avoir appris mon futur métier. Que Dieu vous récompense.

Dr Léonie Fatoumata François Diakité

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger la réalisation de ce travail.

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

Dr Leyla Maiga Taifour:

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves et espérons être digne de la confiance que vous avez placée en nous.

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.

Dr Aba Coulibaly : Epidémiologiste

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre simplicité dans le travail, votre estime pour l'Homme font de vous un maître respectable et admiré. Merci infiniment !

Tous mes amis et collègues : En particulier

Sirandou Diawara, Abibatou Diakité, Yorobo Sitan Simpara, Mamadou Lamine Sylla, Bintou Sangaré, Fanta Dembélé, Sadio Bah, Fatoumata Touré, Sawé Dembélé, Assan Kanté, Mamadou Diallo, tous les membres du groupe exposé mondial...

Je ne retiendrai de vous que les agréables souvenirs et moments vécus ensemble. Sachez qu'en aucun instant je n'ai regretté votre compagnie.

Merci pour votre affection, votre soutien indéfectible, votre considération et votre sincérité. Soyez assurés de ma constante disponibilité Nchallah. Que DIEU renforce d'avantage ce lien si sacré qui nous unit.

Aux aînés du département de la pédiatrie en particulier du service de la néonatalogie :

Dr Noël Banou, Dr Hatoumata Sylla, Ahmed Yattara, Dr Lassana Mariko ... merci beaucoup pour l'enseignement, votre considération et soutien inébranlable.

Tous les personnels soignants de la pédiatrie en particulier de la néonatalogie ainsi que les personnels de la maternité du CHU GT :

Merci pour votre accueil et l'enseignement reçu.

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du CHU GT

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. Je profite de cette occasion solennelle pour vous adresser mes sincères remerciements.

HÔMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A notre maître et président du jury : Pr Niani Mounkoro

- **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Gynécologue Obstétricien**
- **Chef du département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako**
- **Formateur national en soins après avortement**
- **Point focal national de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**
- **Officier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher maître, permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples 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 maître et membre du jury : Dr Leyla Taifour Maiga

- **Pédiatre**
- **Praticienne hospitalière au CHU GT de Bamako**

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

Vous êtes une brave dame de patience et de compréhension.

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

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

A notre maître et Co-Directrice de thèse : Dr Fatoumata Léonie François Diakité

- **Ancien Interne des hôpitaux-pédiatrie**
- **Médecin pédiatre**
- **Maître Assistant en pédiatrie-FMOS-Bamako-Mali**

Nous avons admiré la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de guider la réalisation de ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre qualité sociale et pédagogique font de vous un exemple à suivre. Qu'Allah vous récompense et vous aide à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles.

Cher maître nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et de notre remerciement.

A notre maître et Directrice de thèse : Professeur Fatoumata Dicko Traoré

- **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 nationale du diplôme d'étude spécialisée en 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 exemplaire et admiré par tous.

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

ABREVIATIONS :

AG : Anesthésie Générale

ARV : Antirétroviraux

AMAPED : Association Malienne de Pédiatrie

CHU GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

EDSM : Enquête Démographique de Santé au Mali

HELP: Hemolysis, Elevated, Liver, enzymes, Low, platelet, countn (Hémolyse, augmentation, des, enzymes, hépatiques, numération, plaquettaire, faible)

IO : Infirmière Obstétricienne

OAP : Œdème Aigu du poumon

ODD : Objectifs du développement durable

ODM : Objectifs de développement pour le Millénaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PNP : Politique, Normes et Procédures

SA : Semaine d'Aménorrhée

SENN : Soins Essentiels aux Nouveau-Nés

SP : Souffrance Néonatale

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

WHO: World Health Organization

Table des matières

Introduction	16
Objectifs	18
Objectif générale	18
Objectif spécifique.....	18
Généralités	19
Définition	19
Intérêts	19
Historique	19
Composantes des Soins essentiels au nouveau- né	21
Composantes des Soins essentiels immédiats.....	21
Soins au nouveau-né pendant la 1 ^{ère} journée.....	21
Soins au Nouveau-né pendant les 28 premiers jours.....	28
Méthodologie	32
Résultats	39
Commentaire et Discussions	52
Conclusion	56
Recommandations	57
Références	58
Résumé	62
Serment d’Hippocrate	66

INTRODUCTION :

Selon une déclaration du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) : « la période autour de la naissance constitue une fenêtre d'opportunité pour la prévention et la prise en charge des complications maternelles et néonatales, elle peut autrement s'avérer fatale » [1]. De grands progrès ont été accomplis dans la réduction de la mortalité néonatale, qui est passée de 5,1 millions en 1990 à 2,7 millions en 2015 [1,2]. Cependant, la réduction de cette mortalité des nouveau-nés de moins de 28 jours reste toujours lente, elle était de 2,4 millions de décès en 2019. Plus de 80% de ces décès surviennent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud Est [2,3]. Chaque année, environ 1,16 millions de nouveau-nés africains meurent dans les 28 premiers jours. Près d'un quart de tous ces décès surviennent dans les 24 premières heures de vie [4,5] et beaucoup plus dans les six jours suivants [6,7]. Les complications de la naissance prématurée (35%), les évènements liés à la période intra-partum (24%) et la septicémie néonatale (15%) ont été identifiées comme les principales causes de décès néonataux dont la plupart sont évitables par le biais d'interventions réalisées avant la conception, durant la grossesse, immédiatement après la naissance et durant la période postnatale [8-12]. La réanimation néonatale et les soins essentiels du nouveau-né sont deux mesures permettant de réduire ce lourd fardeau [13]. Les soins fournis en période néonatale par les soignants dans les structures de santé et par les parents dans la communauté, sont essentiels pour la survie du nouveau-né. Les composantes des soins essentiels aux nouveau-nés (SENN) sont : la lutte contre l'hypothermie (par le séchage et l'enveloppement immédiats des nouveau-nés après la naissance, l'initiation du contact peau à peau et le bain retardé), les mesures d'hygiène (par les soins du cordon qui doit rester propre et sec), une nutrition adéquate (par la mise au sein immédiate et de l'allaitement exclusif) et la demande de soins pour maladie [11,14-15].

Au Mali, la mortalité néonatale a connu une réduction plus faible et plus lente.

En effet, on est passé de 60 décès néonataux /1000 naissances vivantes en 1995 à 33 en 2018 (soit une réduction de moins de 30 % sur 23 ans) [16]. Malgré les efforts déployés par l'ensemble des acteurs, des problèmes persistent quant à la prise en charge correcte du nouveau-né dans les formations sanitaires à tous les niveaux. Le constat est que sur le plan santé de la reproduction, la prise en charge du nouveau-né est insuffisante [17]. Souvent, les compétences des agents de santé sur les soins des nouveau-nés sont relativement faibles et sont plus focalisées sur les aspects médicaux [17].

Les études antérieures sur les SENN ont montré une pratique insuffisante des SENN, en particulier celles de Diaw.S réalisée en 2015 dans le district sanitaire de la commune I de Bamako a eu 18,1% pour la mise au sein précoce et 6% pour le contact peau à peau [18] et de Kamissoko.M réalisée en 2010 dans le district sanitaire de Baraoueli a eu 30,47% pour la mise au sein précoce [19].

Le service de référence dans la prise en charge du couple mère-enfant au Mali est la Maternité du département de Gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré du fait de la pratique des activités de pédiatrie en maternité en son sein depuis 2018 et l'existence du service de Néonatalogie de référence. La maternité ne disposant pas d'une fiche de surveillance du nouveau-né en post partum immédiat, nous avons donc initié ce travail dans le but d'évaluer la pratique des soins essentiels des nouveau-nés à la maternité du CHU Gabriel Touré de Bamako durant les six premières heures de vie.

OBJECTIFS :

1) Objectif général :

- ❖ Evaluer la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du CHU Gabriel Touré de Bamako.

2) Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés.
- ❖ Déterminer la fréquence de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la naissance.
- ❖ Déterminer les pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés à la naissance.
- ❖ Identifier les difficultés liées à la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés dans le service et les problèmes survenus chez les nouveau-nés au cours des six premières heures après l'accouchement.
- ❖ Déterminer les soins reçus par les nouveau-nés dans les six premières heures.
- ❖ Déterminer les insuffisances dans la pratique des SENN.

I. GENERALITES

1) Définition : [20]

Les soins essentiels du nouveau-né (SENN) sont les soins de base dont tous les bébés ont besoin pour garantir leur survie et leur bien-être. Ils incluent :

- Les soins immédiats à la naissance
- Les soins de la première journée
- Les soins pendant 28 jours.

2) Intérêt : [21]

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

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

3) Historique : [20-24]

Sauver la vie des nouveau-nés est une initiative mondiale sur 10 à 15 ans de Save the Children visant à améliorer la santé et les chances de survie des nouveau-nés des pays en voie de développement. Cette initiative travaille avec les gouvernements, les communautés locales et en partenariat avec des agences aux niveaux communautaires et nationaux pour une amélioration réelle et durable de la santé du nouveau-né.

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

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

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

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

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

4. Composantes des soins essentiels au nouveau-né [20,23]

4.1. Composantes des soins essentiels immédiats [20,23]

4.1.1. Étape 1 Sécher et stimuler le bébé :

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



Figure 1 : Séchage immédiat [20]

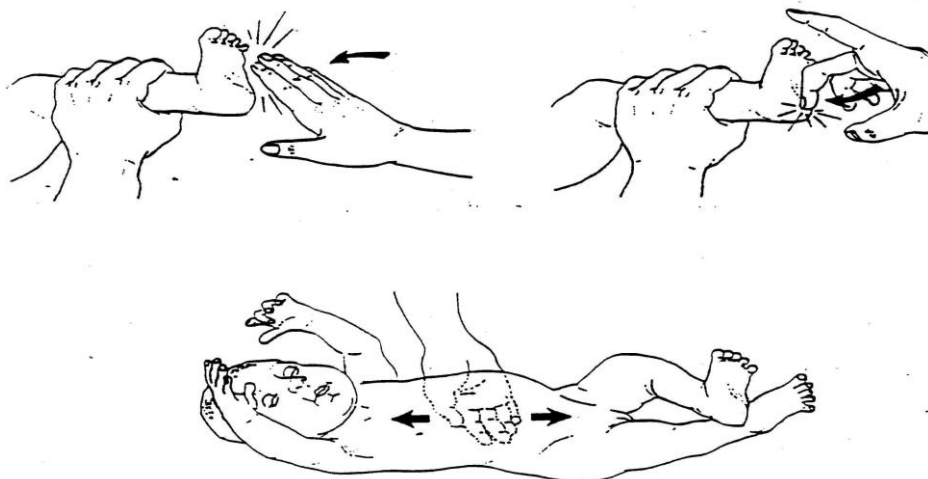


Figure 2 : Stimulation du nouveau-né [20]

4.1.2. Étape 2 : Appréciez la respiration et la coloration du bébé :

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

Si le bébé ne respire pas, n'a que 30 respirations par minute ou halète, il a besoin d'une réanimation. Dans ce cas, clamber ou nouer et couper rapidement le cordon, laisser un moignon d'au moins 10 cm de long dans un premier temps. Mettez le bébé à plat sur une surface chaude et entamez rapidement la réanimation. Demandez de l'aide car il faut une deuxième personne pour s'occuper de la mère. Si le bébé n'a pas besoin d'être réanimé, passer à la prochaine étape.

5. 4.1.3. Étape 3 : Clampage tardif : [20 ,24]

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

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

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

- **Nouez (ou clampiez) 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.

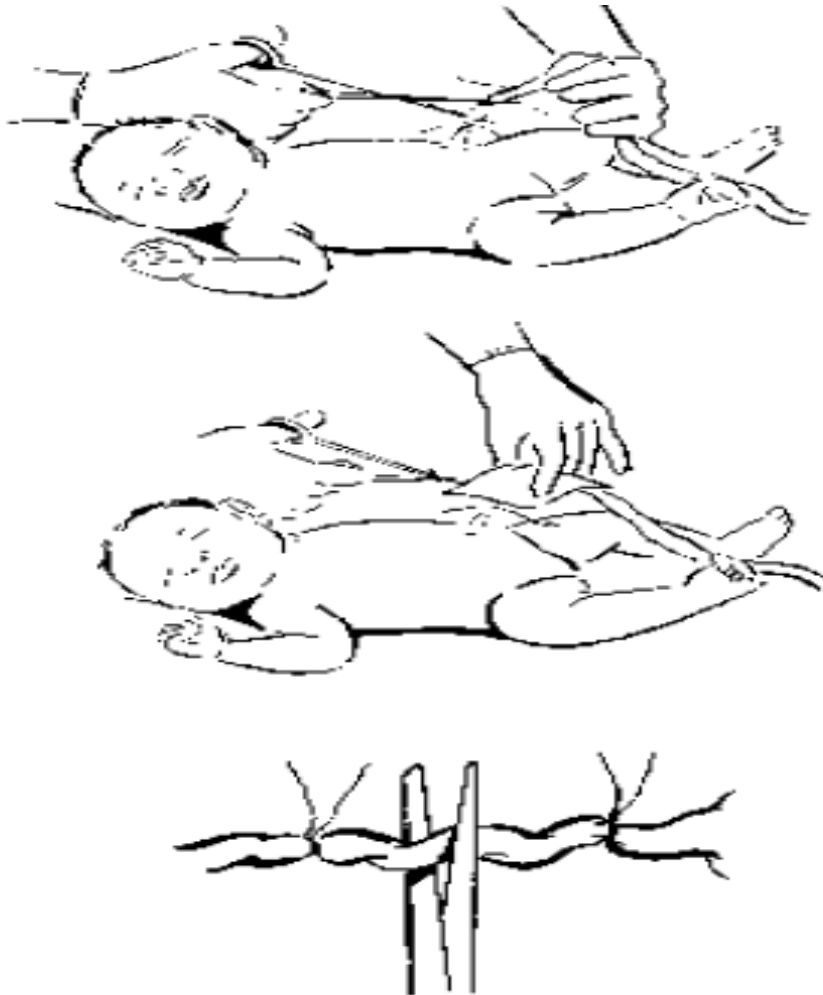


Figure 3 : Couper le cordon [20]

4.1.4. Étape 4 Placer le bébé contre la mère, peau contre peau [20]

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

Les avantages du contact peau contre peau sont les suivants :

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

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



Figure 4 : Contact peau à peau [20]

6. 4.1.5. Etape 5 : Inciter la mère à débiter l'allaitement [20,23]

Si tout est normal :

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

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

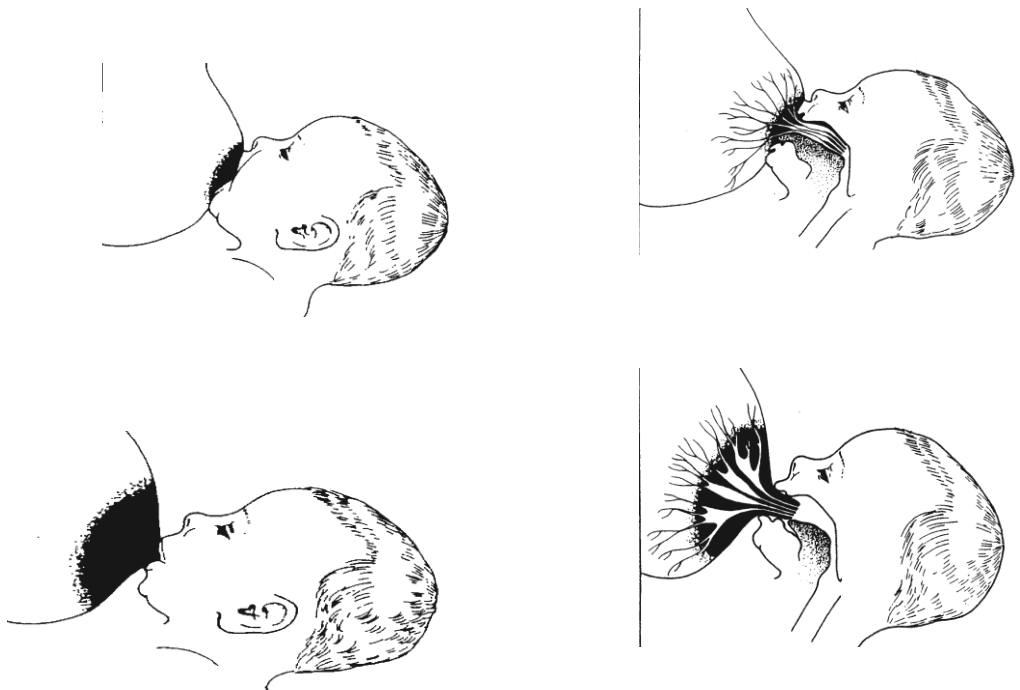


Figure 5 : Mauvaise prise du sein

Figure 6 : Bonne prise du se

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

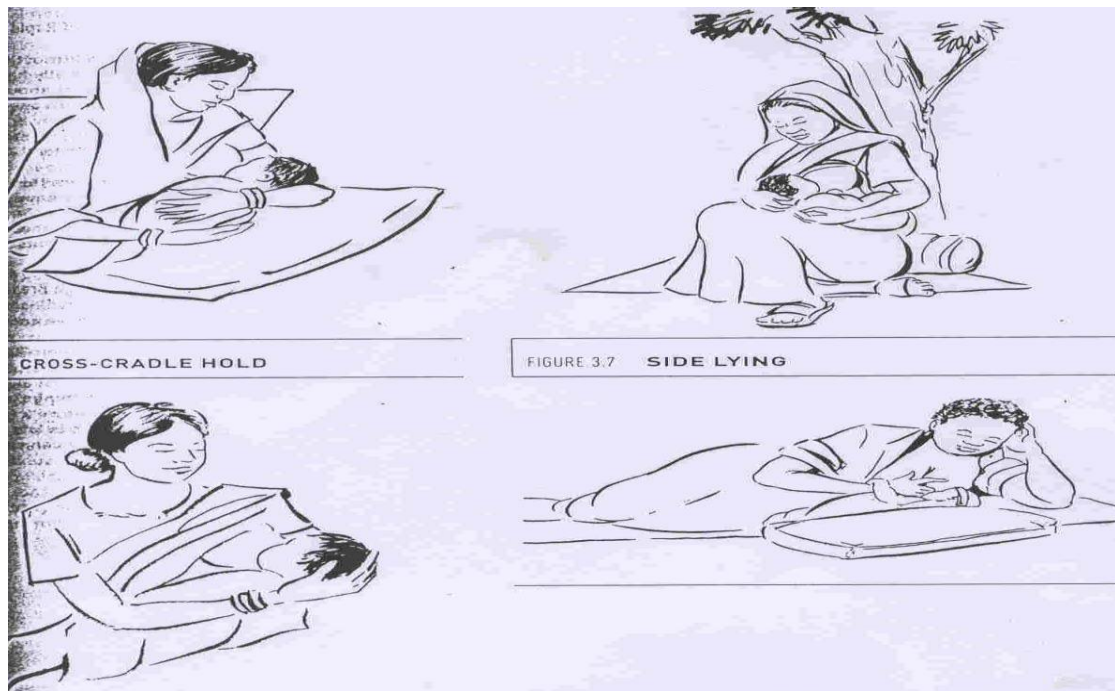


Figure 7 : Les positions confortables à l'allaitement : [23]

4.1.6. Étape 6 Prodiger 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.

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

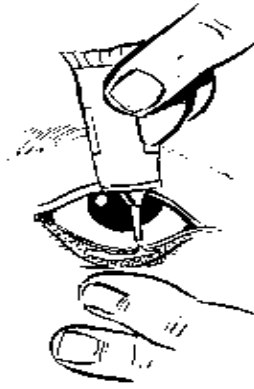


Figure 8 : Soins oculaire [20]

4.1.7. Etape 7 l'Administration de la vitamine K1: [20]

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

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

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

4.2. Soins au nouveau-né pendant la première journée [20,23]

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

4.2.1. Appréciez l'état du bébé

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

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

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

4.2.2. Prodiguez les soins normaux du nouveau-né

- Gardez le bébé au chaud :

Laissez le bébé contre la mère peau contre peau ;

Enveloppez la mère et le bébé dans une couverture.

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

- Encouragez l'allaitement :

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

- Apprenez à la mère et à la famille :

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

Comment repérer un saignement du cordon

Comment soigner le cordon

Comment garder le bébé au chaud

4.2.3. Prodiguer d'autres soins pour tous problèmes ou besoins éventuels :

Examen physique du nouveau-né : conclusions anormales et Plan d'action

Éduquer et instruire une mère et sa famille en matière de soins au nouveau-né

Problèmes courants du nouveau-né.

4.2.4. Faire les premiers vaccins et compléter le dossier du bébé et celui de la mère :

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

- BCG
- Polio
- Hépatite B

4.3. Soins au nouveau-né pendant les 28 premiers jours [20-23]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. METHODOLOGIE

1) Cadre d'étude

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

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

Le département de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré est composé de deux services qui sont le service de gynécologie et d'obstétrique. Il se situe au sommet (3^{ème} 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 :

- **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 pot avec du savon et du gel hydro alcoolique pour le lavage des mains, un stérilisateur des matériels souillés, 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.

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du CHU GT

- 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 faciales ,
- Une pèse bébé, deux mètre- rubans, un 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 qu'en 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.

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.

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) Type et période d'étude :

❖ Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

❖ Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de six mois et quinze jours : du 27 Avril au 12 Novembre 2020.

3) Population d'étude :

❖ Taille de l'échantillon :

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

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

$Z(\alpha) = 1,96$: écart réduit correspondant au risque α de 5%

$i =$ précision souhaité = 5%

$p =$ prévalence des soins essentiels aux nouveau-nés

$q = 1 - p = 0,5$

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

$$n = 1,96^2 (0,5 \times 0,5) / 0,05^2 = 384$$

$$n = 384 + 10 / 100 \times 384$$

n = 422 nouveau-nés

❖ **Les critères d'inclusion :**

• **Ont été inclus dans notre étude :**

- Les nouveau-nés vivants à la naissance, dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 32 SA, issus d'un accouchement par voie basse ou césarienne à la maternité du CHU Gabriel Touré, dont l'état de santé ne nécessite pas de réanimation ni de transfert en néonatalogie.
- Les personnels de santé impliqués dans la réalisation des SENN quel qu'en soit leur qualificatif.

❖ **Les critères de non inclusion :**

• **N'ont pas été inclus dans notre étude :**

- Les nouveau-nés nés hors du lieu habituel de naissance du département.
- Les nouveau-nés réanimés à la naissance.
- Les nouveau-nés dont l'état de santé nécessitait une prise en charge spécialisée (nouveau-né présentant un risque infectieux, une détresse respiratoire, une malformation, l'anoxie périnatale, prématuré de moins de 32 semaines d'aménorrhées (SA).
- Les personnels de santé qui n'étaient pas impliqués dans la prise en charge des nouveau-nés.

4) Variables étudiées :

❖ **Renseignement sur le nouveau-né :** le nom, prénom, le sexe, l'âge gestationnel du nouveau-né, le poids, la taille, le périmètre crânien.

❖ **Renseignement sur les personnels impliqués dans la prise en charge du nouveau-né :** leur grade, leur tenue, leur pratique concernant les SENN.

❖ **Renseignements sur le local de l'accouchement :** propreté, luminosité, sans courant d'air, la préparation de la table de réanimation.

- Sans courant d'air : les fenêtres et la salle bien fermées, sans ventilateur.

• **Préparation de la table de réanimation :**

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

❖ **Renseignements sur la pratique des soins essentiels :**

- **Séchage immédiat** : lorsqu'il était fait dans les cinq premières minutes suivant la naissance.
- **Besoin de réanimation du nouveau-né** : Le nouveau-né n'avait pas besoin de réanimation s'il avait crié immédiatement après la naissance et s'il était tonique et bien coloré.
- **Le contact peau à peau** : il était considéré comme fait, si le nouveau-né a été mis en contact peau contre peau avec sa mère que ça soit immédiatement ou dans les six premières heures après la naissance.
- **Clampage tardif** : le clampage était considéré tardif lorsqu'il était fait au moins une minute après la naissance.
- **Mise au sein précoce** : lorsque le nouveau-né était mis au sein dans la première heure suivant sa naissance.
- **Soins oculaire** : était fait si le nouveau-né avait reçu un antimicrobien oculaire dans l'heure qui suit la naissance.
- **Identification du nouveau-né** : le nouveau-né était identifié s'il avait une étiquette sur laquelle figurait au moins le nom de sa mère.
- **Soins essentiels correctement administrés** : Si le nouveau-né avait bénéficié le séchage immédiat, clampage tardive, contact peau à peau, la mise au sein précoce, soins oculaire, vitamine K1 ensemble.

- **Soins essentiels incomplètement administrés :** Si le nouveau-né n'avait pas bénéficié au moins un de ces soins ci-dessus.

5) Déroulement de l'enquête :

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

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

6) Analyse et traitement des données :

- ❖ La saisie des données a été faite sur Word et Excel 2013
- ❖ L'analyse et traitement des données ont été effectués sur le logiciel SPSS 25.0.

7) Considérations éthiques :

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

III. LES RESULTATS

Pendant notre période d'étude, il y'a eu 1833 accouchements dont 1111 par voie basse et 722 par césarienne donnant naissance à 1923 nouveau-nés parmi lesquels il y a 1576 nouveau-nés vivants dont 731 prématurés et 347 morts nés dont 244 morts nés frais et 103 morts nés macérés.

Notre étude a concerné 422 nouveau-nés vivants qui représentent 22% des naissances au cours de notre période d'étude issus d'un accouchement par voie basse ou césarienne à la maternité du CHU Gabriel Touré.

3.1. Données cliniques sur le nouveau-né

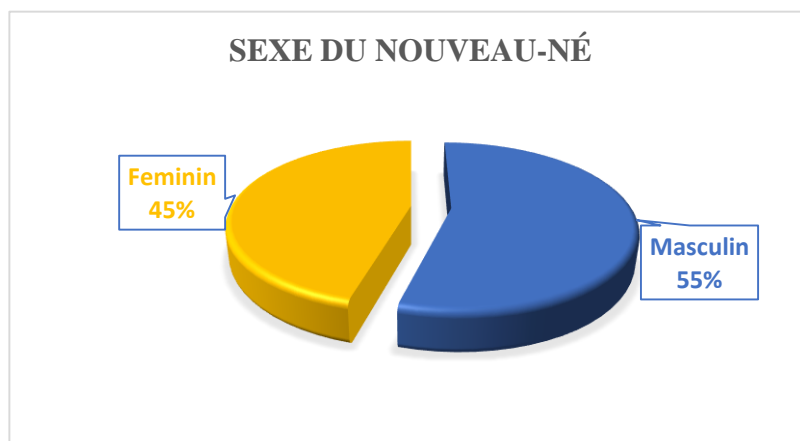


Figure 9 : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

Le sexe ratio était de 1,2 en faveur du sexe masculin.

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

Poids (g)	Effectif	Pourcentage
< 2500	159	37,7
2500 - 4000	255	60,4
> 4000	8	1,9

Les nouveau-nés avaient un poids normal entre 2500 - 4000g dans 60,4 % des cas.

Le poids moyen était de 2695,5g±671,8 avec des extrêmes de [1200 et 4885g].

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

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage
< 46	93	22
46 - 54	322	76,3
> 54	7	1,7

Les nouveau-nés avaient une taille normale entre 46 à 54 cm dans 76,3% des cas.

La taille moyenne était de 48,3 cm ±3,6 avec des extrêmes de [35 et 58cm].

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

Périmètre crânien en cm	Effectif	Pourcentage
>32	112	26,5
32 à 36	296	70,1
> 36	14	3,3

Les nouveau-nés avaient un périmètre crânien normal de 32 à 36 cm dans 70,1% des cas.

Le périmètre crânien moyen était de 32,7±2,3 cm avec des extrêmes de [25 et 39cm].

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

AG en SA	Effectif	Pourcentage
< 37	121	28,7
37 à 41	292	69 ,2
> 41	9	2,1

Les nouveau-nés avaient un âge gestationnel de 37 à 41 SA dans 69,2%.

L'âge gestationnel moyen était de 37,6SA±2,3 avec des extrêmes de [32et45 SA]

3.2. Préparation de l'accouchement.

Tableau V: Répartition des nouveau-nés en fonction du qualificatif du personnel ayant fait l'accouchement.

Qualificatif de l'accoucheur	Effectif	Pourcentage
Gynécologue	20	4,7
DES gynéco	280	66,4
Etudiant en année de thèse	15	3,6
Sage- femme	107	25,4

La majorité des accouchements a été faite par les médecins en cours spécialisation gynécologique dans 66,4%des cas.

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés en fonction du qualificatif du personnel ayant prodigué les soins essentiels.

Qualificatif du Personnel	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	218	51,7
IO	93	22,0
DES en pédiatrie	81	19,2
Etudiant en année de thèse	17	4,0
Pédiatre	8	1,9
DES gynéco	5	1,2

Les soins ont été administrés par les sages -femmes dans 51,7% des cas

Tableau VII : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'attitude de l'accoucheur.

Attitude de l'accoucheur	Effectif	Pourcentage
Port de tablier	410	97,2
Blouse propre	420	99,5
Port de bavette	377	94,5
Port de protège œil	66	89,3
Port du gant stérile	39	15,6

L'attitude la plus observée chez les accoucheurs était le port d'une blouse propre soit 99,5%.

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

Attitude du personnel ayant prodigué les soins	Effectif	Pourcentage
Préparation-table-de-réanimation du nouveau-né	115	27,3
Blouse propre	417	98,8
Port de bavette	289	68,5
Port du gant stérile	121	28,7

La table de réanimation a été préparée dans seulement 27,3% des cas.

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

Conditions de la salle	Effectif	Pourcentage
Propreté		
Oui	372	88,2
Non	50	11,8
Présence du courant d'air		
Oui	230	54,5
Non	192	45,5
Eclairage		
Oui	417	98,8
Non	5	1,2

Le courant d'air était présent dans 54,5% des cas.

3.3. La pratique des soins essentiels aux nouveau-nés.

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

Soins immédiats	Fréquence	Pourcentage
Séchage immédiat		
Oui	408	96,7
Non	14	3,3
Peau à peau fait		
Oui	224	53
Non	198	47
Clampage tardif		
Oui	186	44,1
Non	236	55,9
Mise au sein précoce		
Oui	66	15,
Non	356	84,4
Soins oculaires administrés		
Oui	398	94,3
Non	24	5,7
Administration vitamine K1		
Oui	386	91,5
Non	36	8,5

La mise au sein précoce a été effectuée chez seulement 66 nouveau-nés soit 15,6%.

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

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

Clampage tardif	Gynécologue	DES gyné Cologique	Thésards	Sage-femme	Total
< 1minute	15(6,4%)	181(76,7%)	8(3,4%)	32(13,5%)	236(100%)
≥ 1minute	5(2,7%)	99(53,2%)	7(3,7%)	75(40,3%)	186(100%)
Total	20	280	15	107	422

Sur 236 cas du clampage réalisé avant une minute, 181 cas ont été effectués par les médecins en cours de spécialisation gynécologique soit 76,7%.

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

Soins dans le post partum	Effectif	Pourcentage
Examen complet du nouveau-né		
Oui	162	38,4
Non	260	61,6
Remplissage du Carnet		
Oui	192	45,5
Non	230	54,5
Vérification de la technique d'allaitement		
Oui	12	2,8
Non	410	97,2
Réalisation de la Surveillance du N-né		
Oui	7	1,7
Non	415	98,3
Conseils donnés à la mère sur les soins du N-né à domicile		
Oui	110	26,1
Non	312	73,9
RVD pour examen du J8		
Oui	104	24,6
Non	318	75,4

- La technique d'allaitement était vérifiée dans seulement 2,8% des cas.
- Seulement 1,7% des nouveau-nés ont bénéficié la surveillance dans les 6 premières heures.

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

Problèmes	Effectif	Pourcentage
Détresse respiratoire	11	2,5
Saignement du cordon	6	1,4
Hypothermie	1	0,2
Aucun	404	95,7
Total	422	100

En post partum immédiat, sur 422 nouveau-nés 11 ont présenté une détresse respiratoire.

3.4. Evaluation des pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés.

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

SENN immédiats	Fréquence	Pourcentage
SENN correctement administré	39	9,2
SENN incomplètement administré	383	90,8
Total	422	100

Les SENN immédiats étaient correctement administrés que chez 39 nouveau-nés soit 9,2%.

NB : Les insuffisances étaient : le clampage non tardif, la mise au sein non précoce, le contact peau à peau dans la majorité des cas.

Tableau XIV : Répartition des nouveau-nés en fonction des insuffisances dans la pratique des SENN.

Insuffisances	Effectif	Pourcentage
Surveillance du N-né		
Non	415	98,3
Oui	7	1,7
Vérification-technique d'allaitement		
Non	410	97,2
Oui	12	2,8
Mise au sein précoce		
Non	356	84,4
Oui	66	15,6
Conseils sur les soins à domicile		
Non	312	73,9
Oui	110	26,1
Préparation- table- réanimation		
Non	307	72,7
Oui	115	27,3
Examen du nouveau-né		
Non	260	61,6
Oui	162	38,4

La principale insuffisance était la non surveillance du nouveau-né dans le post partum immédiat dans 98,3% des cas.

Tableau XV: la qualité des soins en fonction du personnel ayant prodigué les soins.

Qualité	pédiatre	DES gynéco	DES pédiatrie	Thésard	Sage-femme	IO	Total
SENN complet	3(7,7)	1(2,6)	2(5,1%)	1(2,6)	22(56,4)	10(25,6)	39(100%)
SENN incomplet	5(1,3)	4(1)	79(20,6)	16(4,1%)	195(50,9)	83(21,6)	383(100)
Total	8	5	81	17	218	93	422

Les soins étaient incomplètement administrés dans 90,7% des cas.

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

Difficultés de la pratique des SENN	Fréquence	Pourcentage
Non implication du personnel	130	30,8
Manque de place	77	18,2
Mauvais état de santé de la mère	46	10,9%
Nombre élevé d'accouchement	24	5,7
Manque de sonde d'aspiration	7	1,7
Il n'y avait pas de difficulté	138	32,7
Total	422	100,0

La principale difficulté était la non implication du personnel soignant.

NB : Etat de la mère (Eclampsie, Hémorragie du post partum immédiate, Anémie, Pré éclampsie compliquée de HELLP syndrome, OAP, Mère sous AG, Douleur chez la mère)

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Les limites de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale et comme avec toutes ces études elles permettent de décrire la situation dans une période donnée et dans un endroit donné. Une partie du questionnaire devrait être administrée au personnel soignant qui était souvent réticent. Malgré ces limites, nos résultats ont éclairé davantage dans la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés qui nécessitent une intervention urgente.

4.2. La pratique des soins essentiels aux nouveau-nés

La mauvaise qualité des soins aux nouveau-nés est un obstacle majeur à la survie du nouveau-né. Selon l'OMS la majorité des décès néonataux survient dans la première heure de vie. Plus des deux tiers des nouveau-nés pourraient être sauvés grâce aux soins essentiels efficaces simples et faisables comprenant des soins du cordon, le contrôle de la température et le début précoce de l'allaitement maternel [25–29]. Donc le renforcement de ces mesures des soins néonataux est nécessaire.

4.2.1. Séchage immédiat

L'hypothermie est un facteur de risque influençant directement sur la morbi mortalité. Car elle augmente la survenue de l'infection néonatale, des troubles de la coagulation, de la détresse respiratoire néonatale [30]. L'application des gestes appropriés contre l'hypothermie pourrait éviter 40% de la mortalité néonatale [31]. Parmi ces gestes le séchage immédiat est un élément important de la prévention de l'hypothermie. Dans notre étude près que tous les nouveau-nés (96,7%) ont été séché immédiatement. Dans certaines régions africaines la pratique de ce geste ne dépasse pas 70%, ainsi en Ethiopie (69%) [32], au Ghana (51,4%) [33]. Après le séchage immédiat, le nouveau-né doit être maintenu dans la normo thermie.

4.2.2. Le contact peau à peau

Le contact peau à peau fait partie des mesures préventives contre l'hypothermie. Dans notre étude plus de la moitié (53%) des nouveau-nés ont été mis sur la poitrine de leurs mères avant la section du cordon. Ce taux est largement supérieur aux données nationales du pays seuls 2% sont placés sur la poitrine de la mère [30].

Le contact immédiat peau à peau contribue à régulariser la température corporelle du nouveau-né et permet à son organisme d'être peuplé de bactéries bénéfiques provenant de l'épiderme de la mère. Ces « bonnes » bactéries assurent une protection contre les maladies infectieuses et contribuent au renforcement du système immunitaire du bébé. Il renforce également le lien mère enfant [34].

4.2.3. Le clampage tardif du cordon

L'OMS recommande dès que l'état du nouveau-né ne nécessite pas d'assistance à la naissance et qu'il n'existe pas de contre-indication (comme Mère infectée par VIH ou le virus de l'hépatite B) un clampage tardif du cordon ombilical environ une à trois minutes après la naissance [20]. Il permet le maintien de la circulation sanguine entre le placenta et le nouveau-né, augmente la masse sanguine ainsi que la réserve en fer et diminue de 61% la survenue de l'anémie du nourrisson [20,24]. Nous avons trouvé une fréquence de 44,1% du clampage tardif dans notre étude. Dans notre pays un nourrisson sur cinq est anémié [16]. Donc cette pratique doit être de règle tant qu'il est possible de la réaliser.

4.2.4. Mise au sein précoce

La mise au sein précoce des nouveau-nés est un facteur important dans la réduction de la mortalité, elle permet d'éviter environ 10% des décès néonataux [31]. Dans notre série, la mise au sein précoce fait défaut seuls 15,5% des nouveau-nés ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance.

Ce taux est inférieur aux données retrouvés dans les régions subsahariennes où elles variaient entre 17 à 95%, avec près de la moitié des pays déclarant que moins de 50% des nouveau-nés ont commencé l'allaitement au sein dans l'heure suivant

la naissance. Dans toutes les régions du Sénégal (18 à 75%), en Ouganda entre 27 et 70% [35]. Cet écart pourrait s'expliquer par le fait qu'après la naissance, le nouveau-né est séparé de sa mère pour les pratiques de routine comme la mesure des paramètres physiques, l'administration de la vitamine K1, les soins oculaires. Ainsi l'accent doit être mis sur le respect de cette étape des soins aux nouveau-nés.

4.2.5. Soins oculaires

Dans notre étude, ils ont été administrés chez 94,4% des nouveau-nés. Ce taux est superposable à celui de Kamissoko.M qui avait eu 95,57% [19]. Cet écart pourrait s'expliquer par le lieu d'étude. Les soins oculaires prophylactiques réalisés en temps voulu permettent de prévenir la conjonctivite gonococcique du nouveau-né. Les yeux du nourrisson doivent être soigneusement nettoyés immédiatement après la naissance, et le traitement des yeux par instillation d'une solution de nitrate d'argent à 1% ou l'application d'une pommade à la tétracycline à 1% chez tous les enfants à la naissance est fortement recommandé comme mesure prophylactique. En outre, la prophylaxie oculaire apporte une bonne protection contre la conjonctivite à Chlamydia Trachomatis.

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

4.3.1. Détermination de la pratique des soins essentiels au nouveau-né

Dans notre étude, les soins essentiels immédiats étaient correctement administrés dans seulement 9,2%. Les soins essentiels immédiats au nouveau-né constituent un ensemble de gestes et actes dont chaque élément est indispensable pour améliorer la survie du nouveau-né.

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

Nous avons trouvé comme difficultés dans notre étude : la non implication du personnel soignant, suivie du manque de place, du mauvais état de santé de la mère, la charge du travail, soit respectivement 30,8% et 18,2%, 10,9%, 5,7%.

Les principaux problèmes survenus étaient à type de détresse respiratoire, saignement du cordon ombilical.

Ces difficultés sont différentes de celles de Davrieux. L qui objectivait la charge du travail et l'organisation du service [36].

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

Le non réalisation des pratiques recommandées semble dériver d'un certain découragement dans l'exercice quotidien en maternité associé plus spécifiquement à un moindre investissement professionnel s'agissant du nouveau-né et de gestes rapportés au maternage [37].

4.3. Les soins prodigués dans les six premières heures

Notre étude a montré une pratique insuffisante des soins dans les six premières heures.

Dans notre pays, compte tenu de la capacité d'accueil limitée de nos structures sanitaires, les nouveau-nés passent plus de la moitié de la période néonatale à domicile.

Cependant, si nous voulons réellement contribuer à l'amélioration de la survie des nouveau-nés, il est nécessaire de mettre l'accent sur les soins prodigués dans les premières heures suivant la naissance pour la continuité des soins notamment l'examen complet systématique de tous les nouveau-nés à fin de déceler une éventuelle anomalie ; montrer à la mère comment allaiter son enfant ; la surveillance ; les conseils concernant les signes de danger, l'alimentation du nouveau-né ; Le rendez-vous pour les examens de suivi.

Le nouveau-né et sa mère nécessitent une surveillance paramédicale ou médicale [36].

CONCLUSION

De nombreux nouveau-nés peuvent être sauvés par le biais de la pratique des soins essentiels au nouveau-né (SENN) à tous les niveaux de la pyramide sanitaires.

Notre étude nous a permis de mettre en évidence la pratique insuffisante des soins essentiels aux nouveau-nés au sein de notre maternité.

Elle nous a permis aussi d'identifier les principales difficultés liées à la pratique des soins essentiels au nouveau-né qui sont entre autre la non implication du personnel soignant, le manque de place, le mauvais état de santé de la mère, la charge du travail ainsi que les principaux problèmes dans les six premières heures après la naissance notamment la détresse respiratoire, le saignement du cordon ombilical, la non surveillance des nouveau-nés...

IV. RECOMMANDATIONS

5.1. Aux autorités sanitaires et politiques

- ❖ Renforcer les compétences du personnel médical sur les soins essentiels aux nouveau-nés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ❖ Elargir les capacités d'accueil des maternités afin de rendre plus facile la pratique des SENN ;
- ❖ Elaborer un plan de suivi régulier dans les maternités concernant la mise en œuvre des soins essentiels aux nouveau-nés.

5.2. Aux chefs du service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré :

- ❖ Intégrer la surveillance du nouveau-né sur la fiche de la surveillance du post partum immédiat ;
- ❖ Responsabiliser le personnel soignant dans la surveillance du nouveau-né en post partum immédiat ;

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

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

V. REFERENCES

- [1] UNICEF. Maternal and newborn health. 2016. Consulté 12/10/20.
<https://www.unicef.org/health/maternal-and-newborn-health>
- [2] WHO and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE) provisional estimates 2015. Geneva: WHO; 2015.
- [3] WHO. Children: improving survival and well-being. Geneva: WHO; September 2020 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- [4] Lansky S, Friche AA, de L, *et al.* Birth in Brazil survey : neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad Saúde Pública* 2014;30:192–207.
- [5] Black RE, Cousens S, Johnson HL, *et al.* Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1969–87.
- [6] United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017, New York: UNICEF; 2017.
- [7] UNICEF. Committing to child survival: A promise renewed – Progress report 2015. New York: UNICEF; 2015.
- [8] Bhutta Z. and Black R. Global Maternal, Newborn, and Child Health-So Near and Yet So Far. *The New England journal of Medicine*, 2013.
- [9] Tura G., Mesganaw F. and Alemayehu W. Determinants and Causes of Neonatal Mortality in Jimma Zone, Southwest Ethiopia: A Multilevel Analysis of Prospective Follow Up Study. *PLOS ONE* 2014. 9 (9).
- [10] Warren C, Daly P, Toure L and Mongi P. Opportunities for Africa’s Newborns : Postnatal care. 2015.
- [11] Lawn JE, Blencowe H, Oza S, *et al.* Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet* 2014;384:189–205.
- [12] World Health Organization, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and

thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization, 2018.

[13] Malhotra S., Zodpey SP, Vidyasagaran AL, Sharma K., Raj SS, Neogi SB, et al. Assessment of essential newborn care services in secondary-level facilities from two districts of India. *Journal of health, population, and nutrition*, 2014. 32(1):130 - 41. PMID: 24847602

[14] Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347–70. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60792-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60792-3).

[15] WHO, UNICEF. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva : World Health Organization; 2014.

[16] EDSM VI : Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF. 2019.

[17] Rapport de synthèse de la Supervision formative de l'AMAPED sur la santé néonatale, nutrition et PCIME dans les régions de Ségou et Sikasso-Mali. AMAPED/UNICEF/DRGS. 2018-2019.

[18] Diaw. S .Pratique des soins essentiels au nouveau-né [Thèse Med]. Bamako : FMOS ; 2015. 164P.

[19] Kamissoko M. Etat des lieux des pratiques des soins essentiels au nouveau-né [Thèse Med]. Bamako : FMOS ; 2010. 68P

[20] Save the children. Soins aux nouveau-nés manuel de référence [en ligne], KINETIK Washington DC, 2004, Disponible : [file:///E/Soins aux nouveau-nés manuel de référence](file:///E/Soins%20aux%20nouveau-nés%20manuel%20de%20réf%C3%A9rence.pdf). Pdf

[21] Organisation mondiale de la santé, Unicef. Chaque nouveau-né résumé d'orientation. [Consulté le 17 .02 .2021]. Disponible : enap_exesummap.fr

- [22] Médecins Sans frontière (MSF). Soins obstétricaux et néonataux essentiels : Guide pratique pour l'usage des sages-femmes, médecin spécialisés en obstétrique et personnel de santé devant faire face à des urgences obstétricales – Edition 2015.p. 201-219.
- [23] Fondation Leila Fodil. Manuel des soins essentiels des mères et des nouveau-nés. Planification familiale (France), Angoulême; mars 2015 ; 87-124 p.
- [24] OMS. Clampage du cordon pour la prévention de l'anémie ferriprive chez les nourrissons. **OMS 2014: WHO/RHR/14.19**
- [25] Gary LD, Bhutta ZA, Cousens S, Taghreed A, Walker N, de Bernis L. Team ftLNSS: evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005;365:977–88.
- [26] Lawn J, Kerber K. Opportunities for Africa's newborns: practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa. PMNCH: Cape Town, South Africa; 2006.
- [27] The Partnership for Maternal NaCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2011.
- [28] WHO. Neonatal & Perinatal Mortality; country, regional and global estimate. Geneva: World Health Organization; 2006.
- [29] McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;3(3)
- [30] Save the Children. Newborn Care in Mali: Results of a Baseline Survey Save the Children. Addis Ababa; 2008.
- [31] Darmstadt GL, Walker N, Lawn JE, *et al*. Saving newborn lives in Asia and Africa: cost and impact of phased scale-up of interventions the continuum of care. *Health Policy Plan* 2008;23:101-17.

[32] The Last Ten Kilometers Project. Baseline household health survey. Amhara, Oromiya: SNNP and Tigray: JSI Research & Training, Inc., Addis Ababa, Ethiopia; 2009.

[33] Saaka M, Ali F, Vuu F. Prevalence and determinants of essential newborn care practices in the Lawra District of Ghana. *BMC Pediatrics*, 2018 ;18:173

[34] Rollins, Nigel C, et al., the Lancet Breastfeeding Series Group, « Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? », *The Lancet*, vol. 387, 2016, p. 491–504.

[35] Bee M, Anushree Shiroor A and Zelee Hill Z. Neonatal care practices in sub-Saharan Africa: a systematic review of quantitative and qualitative data *Journal of Health, Population and Nutrition* (2018) 37:9.

[36] Davrieux L. Peau à peau : pratique et connaissance des professionnels de santé en salle de naissance [Mémoire Med]. Paris : Université Paris Descartes ; 12 Avril 2012. [Consulté le 1^{er} Juillet 2021]. Disponible sur : 52195912.pdf

[37] Kané H. Soins aux nouveau-nés : Les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance. *Revue santé publique*.2020 ; 2020/S1(HS1) :27 pages

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-S1-page-17.html>

VI. ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Date : / /

I. Identité du patient (nouveau-né) :

Nom :prénom:.....

Date de naissance : AG :SA

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

II. Renseignements sur la Pratique des SENN

1) Personnel ayant fait l'accouchement

a) Qualificatif du personnel : / /

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

b) Tenue correcte du personnel :

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

2) Respect de la norme de la salle d'accouchement

a) Salle d'accouchement propre / / 1=oui 2=non

b) Salle d'accouchement lumineuse / /

1=Insuffisante ; 2= moyenne ;
3=bien éclairée

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

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

- Table chauffante préchauffée / / 1=oui ; 2=non
- Embu et masque vérifié // 1=oui ; 2=non
- Aspirateur vérifié avec sonde d'aspiration adaptée / / 1=oui ; 2=non

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du CHU GT

- Scope vérifié / / 1=oui ; 2=non
- Source d'oxygène et lunettes à oxygène / / 1=oui ; 2=non
- e) La vitamine K1 est- elle disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2=non
- f) Un antimicrobien oculaire est –il disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2= non
- g) Le BCG est-il disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2=non
- h) Polio0 est-il disponible dans la salle ? / / 1=oui ; 2=non

3) La naissance

a) Personnel ayant prodigué les SENN ?

➤ Qualificatif du personnel : / /

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

➤ Tenue correcte du personnel ayant prodigué les soins :

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

b) Les soins immédiats :

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

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

- Evaluer les besoins en réanimation : / / 1=oui ; 2=non
 - ✓ le Nné a-t-il crié / /.....1=oui ; 2=non
 - ✓ le Nné est-il bien coloré/ /.....1=oui ; 2=non
 - ✓ le Nné a-t-il un bon tonus / /.....1=oui ; 2=non
- Le Nné a-t-il besoin de réanimation ? / / 1=oui ; 2=non
- Maintenir le Nné au chaud en peau à peau avec sa maman pendant / /
1=0 à 30 min ; 2=31 à 60 min ; 3=61 à 90 min ; 4=non fait
- Clampage du cordon ombilical : / /
1= avant 1 min ; 2=1 à 2 min ; 3=2 à 3 min ; 4= après 3min
- Identifier le Nné en indiquant le sexe, le nom de la mère et du père:/ / 1=oui ;
2=non
- Initier l'allaitement maternel : / / 1=0 à 30min ; 2= 31 à 59 min
3= 1 à 2heures ; 4=2 à 3 heures ; 5= ≥ 3heures
- Antibio prophylaxie oculaire faite : / / 1=oui ; 2=non

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du CHU GT

- Quel produit ? / / 1=Tétracycline 1% ; 2= Gentamicine collyre ; 3= Rifamycine collyre ; 4=Autres à préciser.....
- A quel délai ? / / 1= ≤ 1heure ; 2= > 1heure
- Administrer la vitamineK1 / / 1=oui ; 2=non
- Y'a-t-il une indication de bain immédiat ? / / 1=oui ; 2=non
Si oui laquelle ? / / 1=mère séropositive 2= mère AgHBs positif
Si mère Ag HBs positif, le Nné a-t-il reçu le sérum et vaccin anti hépatiteB
1=oui ; 2=non
- Peser le Nné et prendre ses mensurations / / 1= oui ; 2=non
- Vaccins administrés: / / 1=BCG 2= polio 0

c) Soins aux nouveau-nés pendant les 6 premières heures :

- Qualificatif du personnel ayant fait la surveillance: / /

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

-Les éléments de surveillance dans les 6 premières heures :

- **La respiration :** / / 1=oui 2= non

- ✓ Fréquence respiratoire inférieure à 30 cycles/min / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Fréquence respiratoire supérieure à 60 cycles/min / / 1=oui ; 2=non
- ✓ FR comprise entre 30 et 60cycles/min / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Geignement / / 1=oui 2=non
CAT en cas de problème :.....

- **La température :** / / 1=oui ; 2=non

- ✓ Inférieure à 36,5° / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Supérieure à 37,5° / / 1=oui ; 2=non
- ✓ Comprise entre 36,5° et 37,5° / / 1=oui ; 2=non
CAT en cas de problème :.....

- **Saignement du cordon ombilical/** / 1=oui ; 2=non

CAT en cas de saignement :.....

- **Vérifier la bonne pratique de l'allaitement par la mère / / 1=oui ; 2=non**

- ✓ Le dos de la mère est-il soutenu/ / 1=oui ; 2=non
- ✓ Le tronc et la tête du bébé sont-ils dans le même axe / / 1=oui ; 2=non
- ✓ La bouche du Nné est bien ouverte ? / / 1=oui ; 2=non

Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du CHU GT

- ✓ Le mamelon et une partie de l'aréole sont-ils dans la bouche du bébé / / 1=oui ; 2=non
- **Examen complet systématique / / 1=oui ; 2=non**
- **Remplir le carnet de santé du bébé / / 1=oui ; 2=non**
- **Les consignes à dicter à la mère / / 1=oui ; 2=non**

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

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

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

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

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

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

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

Demander à la maman de revenir lorsque :

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

Vaccination: / / 1=oui ; 2=non

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

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

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

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

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

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

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom : FATOU

Année universitaire : 2020-2021

Année de soutenance : 2021

Titre de thèse : Evaluation de la pratique des soins essentiels aux nouveau-nés à la maternité du centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie et pédiatrie du CHU –GT.

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

Résumé :

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

METODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée sur une période de six mois et quinze jours (allant du 27 Avril au 12 Novembre 2020). Nous avons évalué la pratique des soins immédiats administrés aux nouveau-nés de plus de 32 SA par le personnel de santé impliqué par rapport aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur les soins essentiels des nouveau-nés (SENN).

RESULTATS : Notre étude a concerné 422 nouveau-nés qui représentaient 22% des naissances. Le sexe ratio était de 1,2 en faveur du sexe masculin. Les nouveau-nés avaient un âge gestationnel de 37 à 41 SA dans 69,2% des cas. La majorité des accouchements a été faite par les médecins en cours de spécialisation gynécologique dans 66,4% des cas. Les soins ont été administrés par les sages-femmes dans 51,7% des cas.

La table de réanimation était préparée avant la naissance dans seulement 27,3% des cas.

Sur 422 nouveau-nés, 408 ont bénéficié séchage immédiat soit 96,7% des cas. Les nouveau-nés ont bénéficié le contact peau à peau dans 53% des cas. Moins de la moitié (44,1% des nouveau-nés) avaient bénéficié du clampage tardif du cordon. Les nouveau-nés ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance dans seulement 15,6% des cas. Les soins oculaires ont été administrés chez la grande majorité des nouveau-nés (94,3% des cas). La technique d'allaitement n'était vérifiée que dans 2,8% des cas. Seulement 1,7% (7 nouveau-nés) avaient été surveillés dans les six premières heures du post partum immédiat. En post partum immédiat, 18 nouveau-nés ont présenté des problèmes ayant nécessité un recours aux soins. Les soins essentiels immédiats étaient correctement administrés dans seulement 9,2% des cas.

CONCLUSION

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira des secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre des mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !