

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



THÈSE :

PRATIQUES FAMILIALES

AUTOUR DES SOINS DU

NOUVEAU-NÉ DE LA

MATERNITÉ AU DOMICILE EN

MILIEU URBAIN

LE CAS DE LA COMMUNE III DU

DISTRICT DE BAMAKO



Présentée et soutenue publiquement le 31/12/2022 devant la

Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie par

Mme TRAORÉ Fatoumata Tidiani DIARRA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

DIPLÔME D'ÉTAT

Président: Pr Sékou Fantamady TRAORÉ

Directeur: Pr Hamadoun SANGHO

Co-Directeur: Dr Abdourahmane COULIBALY

Membres:

- Dr Seydou DIARRA
- Dr Isabelle TRAORÉ

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	I
DÉDICACES ET REMERCIEMENTS.....	IV
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY	VII
sigles et ABRÉVIATIONS.....	XIII
Liste des tableaux.....	XIV
Résumé.....	XVI
SUMMARY	XVII
ANNEXES.....	58
FICHE D'ENQUÊTE	59
Fiche signalétique.....	62
I. Introduction.....	1
II. OBJECTIFS	5
A. Objectif général.....	6
B. Objectifs spécifiques :.....	6
III. GÉNÉRALITÉS	7
A. Définitions des notions :.....	8
B. Physiologie de l'accouchement	10
b) Phases de l'accouchement	10
C. Les préparatifs des soins du nouveau-né.....	11
a) Garantir un bon environnement	11
b) Matériel et produits nécessaires pour la prévention des infections :	12
D. Les soins essentiels du nouveau-né :	12
a) Les soins immédiats du nouveau-né :	13
b) Soins au cours des six premières heures de vie	16
c) Soins au nouveau-né de six heures à 28 jours :	16
E. Problématiques des décès néonataux	17
IV. MÉTHODOLOGIE.....	18
A. Cadre d'étude.....	19
a) Description du quartier	19
b) Description du service Gynéco-Obstétrique :	21
1) L'infrastructure	21
2) Le personnel	22

3) Le Fonctionnement du service	22
B. Type d'étude.....	23
C. Période d'étude.....	23
D. Population d'étude.....	23
a) Critères d'inclusion.....	23
b) Critères de non inclusion.....	23
E. Techniques et outils de collecte	23
F. Choix des échantillons :	24
a) Enquêtes quantitatives.....	24
b) Enquêtes qualitatives :	24
G. Analyse	24
F. Déroulement de l'enquête	25
V. RÉSULTATS.....	26
A. Résultats quantitatifs	27
B. Résultats qualitatifs.....	36
a) Le vécu des soins à la maternité.....	36
1) Le séjour en maternité entre logique médicale et contraintes socio - économiques.....	36
2) A propos des soins reçus par la mère et l'enfant dans la salle d'accouchement il y'a beaucoup de questions mais peu de réponses	37
1) Les soins parallèles procurés par la famille lors du séjour en maternité	38
b) Les soins du cordon	38
c) Vêtir le nouveau - né	39
d) Les pratiques alimentaires	40
e) Les soins à domicile	41
1) Les personnes impliquées dans les soins en famille	41
2) Le premier bain du nouveau-né	42
3) Protéger la santé du nouveau-né	42
4) Privilégier la mixité thérapeutique	43
VI. DISCUSSION	45
A. Pratique pendant le séjour à l'hôpital.....	46
B. Continuum des soins thérapeutiques en milieu familial et les acteurs qui procurent ces soins	47
C. Alimentation de la nouvelle mère.....	48
VII. CONCLUSION	50
VIII. RECOMMANDATIONS.....	52

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 54

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

Je remercie ALLAH (S.W.A) Le Tout Puissant et miséricordieux de m'avoir donné la santé le courage et la force nécessaire pour accomplir ce travail. Qu'il guide davantage mes pas pour le reste de mon existence.

A mon père Tidiani Diarra.

On ne choisit pas son père, mais pourtant je suis particulièrement fière et heureuse de t'avoir. Ton courage, ton dévouement, ta loyauté et ta bonté font de toi un père modèle et un homme digne. Tu nous as inculqué les valeurs de la dignité, de la justice, de l'honneur, du respect et de la probité; tu as cultivé en nous un esprit de partage et de tolérance. Cher père tu t'es fait remarquer par ta simplicité, ton sérieux, et ta bienfaisance envers les autres. Tu as servi d'exemple pour toute la famille.

A vrai dire tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite scolaire et universitaire de tes enfants. Ta participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable; je te dédie ce travail qui tourne une page de ma vie.

Ce jour est l'aboutissement des fruits de tes efforts et de tes nombreuses prières.

A ma mère Awa Diarra.

Chère maman, tu m'as tout donnée ; ce qu'une mère peut offrir de plus précieux à sa fille, je l'ai reçu: affection, soutiens, conseils, respect de l'autre et que sais-je encore ... ! Ta générosité, ta clairvoyance, ton amour pour tes enfants font de toi une mère exemplaire. Tu as consacré entièrement ton temps à ton foyer et à notre éducation, sans jamais te lasser, sans jamais te plaindre et sans jamais flancher. Pardonne-moi s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. Voici le moment tant appréhendé, que DIEU t'accorde une longue et heureuse vie à nos côtés. Amine !

A mes frères :

Chers frères, vous avez su me combler de votre affection. Votre compréhension, disponibilité, attention, confiance et votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut avant, pendant et après les moments difficiles de ma vie. Que ma joie d'aujourd'hui soit aussi la vôtre. Soyons et restons unis et pour toujours. Vous aviez toujours prié pour ce jour. Puisse Dieu le Tout-puissant promouvoir chacun de vous. Profonde affection fraternelle!

A mon Cher époux : Sory Ibrahim Traoré

Je ne saurais comment te remercier pour le soutien et l'amour que tu m'as procuré. Par ce travail, reçois l'expression de la fierté que j'ai de t'avoir à mes côtés sur le chemin de la vie. Puisse Allah nous unir à jamais.

A ma fille TIMA

Je n'aurai jamais imaginé que ce travail se ferait après ta naissance. Remercions DIEU à qui appartient le dernier mot. Que Dieu te bénisse et bénisse la famille

A La 10^{ème} promotion du numérus clausus de médecine

La 10^{ème} promotion, que de bons moments passés ensemble durant toutes ces années; je vous souhaite à tous une bonne chance dans votre vie professionnelle et familiale. Amen.

À toutes les personnes qui ont de près ou de loin participé à la réalisation de ce travail, je vous remercie de tout mon cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Sékou Fantamady TRAORE :

- PhD en entomologie médicale ;
- Responsable de l'enseignement de la biologie cellulaire à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;
- Responsable de l'enseignement de la zoologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- Directeur du Département Entomologie au Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme au Malaria Reserch and Training Center (MRTC)

Cher Maitre,

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanité, votre simplicité, la clarté de vos enseignements, votre amour pour le travail bien fait imposent respect et admiration. Merci pour votre soutien et les conseils que vous nous avez prodigués. Permettez-moi cher maître de vous adresser l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Hamadoun SANGHO

- ✓ Professeur titulaire en Santé Publique ;
- ✓ Chef du DER Santé Publique ;
- ✓ Ex Directeur du Centre de Recherches d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;
- ✓ Coordinateur du programme de Master en Santé Publique à la FMOS ;
- ✓ Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ces travaux malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

Recevez ici cher maître nos remerciements et notre profonde admiration.

À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Abdourahmane COULIBALY:

- Docteur de l'école des Hautes Études en Science Sociale (EHESS) en anthropologie sociale et ethnologie (Marseille);
- Enseignant chercheur à la FMOS, Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ;
- Chercheur associé au Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST) et à l'IRL, Environnement, Santé société de la Faculté de Médecine.

Cher maître,

Nous avons été impressionnés par votre simplicité et votre humilité. Votre disponibilité, votre caractère social et surtout votre savoir-faire font de vous un homme de classe exceptionnel toujours à l'écoute et attentif aux autres. Ce travail est le fruit d'une volonté parfaite.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Cher maitre aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard.

MERCI !!

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Seydou DIARRA :

- Anthropologue ;
- Formation doctorale à l'université Paris 8 ;
- Membre de droit au groupe technique consultatif pour le vaccin et la vaccination au Mali ;
- Chercheur sur les politiques et systèmes de santé, initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et la femme enceinte au Mali ;
- Assistant section d'anthropologie médicale/santé au département de santé publique et spécialités à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Enseignant des cours d'anthropologie médicale et de la santé aux sections d'anthropologie et de sociologie de la Faculté des sciences Humaines et Sciences d'éducation à l'université des lettres et des sciences Humaines de Bamako ;
- Responsable des cours d'anthropologie de la santé à l'école santé publique du département d'enseignement et de recherche en santé publique et spécialité ;
- Responsable des cours d'anthropologie médicale au cycle de master de l'institut National de formation en sciences de la santé ;

Cher maître,

C'est un immense honneur pour nous de vous compter parmi les membres de notre jury. Votre simplicité, votre humilité, votre rigueur dans le travail et votre dévouement pour la santé publique font de vous un exemple pour nous les jeunes. Recevez notre profonde gratitude et reconnaissance pour nous avoir aidé à améliorer la qualité de ce travail.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Isabelle TRAORE :

- Spécialiste en pédiatrie au CS Réf CIII;
- Formatrice nationale en soins Mère Kangourou ;
- Chargée de recherche ;
- Membre de l'AMAPED.

Cher maître,

Votre sociabilité, votre rigueur dans le travail, l'expérience médicale font de vous, un maître admirable et sincère. Vos critiques et suggestions, apporteront une amélioration de qualité à ce travail. Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- AC : Anticorps
- BDM : Banque de Développement du Mali
- CCC : Communication pour le Changement de Comportement
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNRST : Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique
- CPN : Consultation Périnatale
- CSCOM : Centre de Santé Communautaire
- CSREF : Centre de Santé de Référence
- EDSM : Enquête Démographique et de Santé Mali
- EHES : École des Hautes Études en Sciences Sociales
- FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
- INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé
- MRTC : Malaria Research and Training Center
- NN : Nouveau-né
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PEV : Programme Élargi de Vaccination
- PTME : Prévention de la Transmission mère- enfant du VIH
- SAA : Soins Après Avortement
- UMI : Unité Mixte Internationale
- UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- USRDA : Union Soudanaise-Rassemblement Démocratique Africain
- Vit : Vitamine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des enquêtés en fonction de leurs profils.....	27
Tableau 2 : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge et du statut matrimonial.	27
Tableau 3 : Répartition des enquêtés en fonction de la profession et le niveau d'instruction, de décembre 2021 à janvier 2022.....	28
Tableau 4: Répartition des enquêtés en fonction du temps passé à l'hôpital après l'accouchement	28
Tableau 5: Répartition des mères enquêtées en commune III en fonction des soins reçus en salle d'accouchement.....	29
Tableau 6: Répartition des NN en fonction des soins donnés par la mère ou les accompagnants au centre de santé en commune III, de décembre 2021 à janvier 2022 .	30
Tableau 7: Répartition des NN en fonction des produits utilisés pour les soins du cordon en commune III de décembre 2021 à janvier 2022.....	30
Tableau 8: Répartition des nouveau-nés en fonction des pratiques de l'allaitement maternel.....	31
Tableau 9: Répartition des NN en fonction des soins procurés par la famille, pour protéger la santé du nouveau-né.....	31
Tableau 10 : Répartition des NN enquêtés en fonction des traitements reçus après le retour à la maison.....	32
Tableau 11 : Répartition des personnes impliquées dans les soins du nouveau-né dans l'espace familial.	33
Tableau 12: Répartition des NN enquêtés selon le moment de leur premier bain	34
Tableau 13 : Répartition des mères des nouveau-nés selon l'alimentation pour préserver la santé du nouveau-né.....	34
Tableau 14 : Répartition des mères des nouveau-nés selon les pratiques associées à une meilleure santé chez l'enfant.	35
Tableau 15: Répartition des personnes enquêtées en fonction de leurs avis sur le recours à la médecine moderne et la médecine traditionnelle en période néonatale.	35
Tableau 16: Répartition des personnes enquêtées en fonction de leurs avis sur le calendrier vaccinal.	35

LISTE DES FIGURES

Figure 2: la loi des deux tiers..... 2

Figure 3: définition des périodes néonatale et périnatale 8

Figure 4: les phases de l'accouchement 11

Figure 5: couper et nouer le cordon 14

Figure 6 : les positions de l'allaitement maternel..... 15

Figure 7 schémas de la bouche du nouveau-né..... 15

Figure 8 : Les principales causes de décès du nouveau-né sont..... 17

RESUME

Il s'agit d'une étude transversale mixte avec un recueil prospectif des données sur l'approche qualitative et quantitative réalisée dans la commune III du district de Bamako (Mali), ayant pour but d'évaluer la qualité et les pratiques familiales des soins du nouveau-né en milieu urbain. Elle s'est déroulée du 1^{er} décembre 2021 au 30 janvier 2022 soit 2 mois.

Selon cette étude, 80% des nouveau-nés sont restés 6 heures de temps après l'accouchement au centre de santé pour la surveillance ; 100% des NN ont eu un séchage immédiat ; 41% des mères ou accompagnantes ont donné un mélange d'eau tiède et de datte au NN à la maternité ; 17% des femmes ont utilisé le beurre de karité pour les soins du corps à la maternité ; 49% des femmes ont utilisé le beurre de karité en complément des produits prescrits pour les soins de cordon ombilical à la maternité ; pour protéger la santé du NN 96% des enquêtés ont préconisé le port de vêtements lourds, minimisé les bains et le massage corporel avec le beurre de karité ; seulement 16% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif au profit de la phytothérapie ; les hommes ne représentaient que 3% des personnes impliquées dans les soins du nouveau-né dans l'espace familial ; 78% des NN ont reçu leur premier bain dans les 6 à 24 heures de vie ; le haricot, l'igname et le couscous ont été reconnus dans 81% des cas comme des aliments ayant un impact négatif sur la santé du nouveau né ; l'hygiène, la surveillance et une bonne alimentation sont reconnues dans 87% des cas comme les bons comportements à adopter pour une meilleure santé du nouveau-né ; 76% des enquêtés ont opté pour l'association de la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour obtenir un résultat sur les maux du nouveau-né ; 97% étaient favorables à la vaccination des NN.

Notre étude nous a permis de conclure que les soins du nouveau-né sont administrés de façon déficiente. La persistance des pratiques ancestrales doit évoluer mais la volonté de ne rien changer est plus forte; chacun essaie d'y apporter sa touche personnelle de modernité tout en gardant le modèle dit traditionnel. Pour une éventuelle amélioration de la santé du nouveau-né dans l'espace familial, il est indispensable de renforcer la CCC.

SUMMARY

It is about a mixed cross-sectional study with a prospective collection of data on the qualitative and quantitative approach carried out in Commune III of the district of Bamako (Mali).

In order to evaluate quality and family practices of newborn care in urban areas, it took place from December 1st 2021 to January 30th 2022 thus two months.

According to this survey, 80% of newborns stayed 6 hours after delivery at the health center for surveillance; 100% of NNs had immediate drying; 41% of mothers or carers gave a mixture of warm water and date to the NN at the maternity ward; 17% of women used shea butter for body care in the maternity ward; 49% of women used shea butter as a supplement to products prescribed for umbilical cord care in the maternity ward; to protect the health of the NN 96% of respondents advocated wearing heavy clothing and minimizing baths and body massage with shea butter; only 16% of mothers practice exclusive breastfeeding in favor of herbal medicine; men accounted for only 3% of those involved in newborn care in the family space; 78% of NNs received their first bath within 6 to 24 hours of life; beans, yams and couscous were recognized in 81% of cases as foods with a negative impact on the health of the new; Hygiene, monitoring, and good nutrition are recognized in 87% of cases as the right behaviors to adopt for better newborn health; 76% of respondents opted for the combination of modern medicine and traditional medicine to obtain a result on newborn's feeds; 97% were for vaccinating NNs.

Our survey concluded that newborn care is administered in a flawed manner. The persistence of ancestral practices must evolve but the willing to not change manner is stronger. Everyone tries to bring their personal way of modernity while keeping the so-called traditional model. For a possible improvement of the of the newborn's health in familial space, it is essential to strengthen the CCC.

I. INTRODUCTION

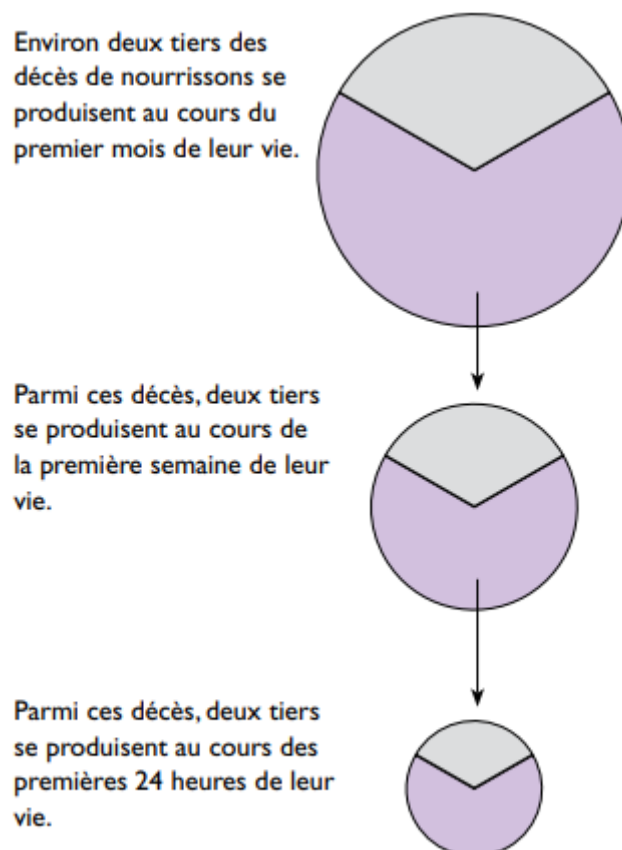
« Vivre la naissance d'un bébé est notre chance la plus accessible de saisir le sens du mot miracle » PAUL CARVEL.

La naissance d'un bébé est l'un des moments les plus merveilleux de la vie.

Elle marque, en effet, le passage de la vie de femme à celle d'une mère qui aura à sa charge un être totalement dépendant pour tous les aspects de la vie.

Au cours de ces dernières années, les initiatives pour la survie des enfants (tels que la vaccination et les programmes de contrôle de la diarrhée) ont abouti à une réduction considérable de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Malgré ce succès, le taux de mortalité des nouveau-nés dans les pays en voie de développement reste alarmant (plus de 40% des décès d'enfants de moins de cinq ans à lieu au cours du premier mois) alors même qu'il existe des moyens prouvés et économiques de réduire la mortalité des nouveau-nés. Les statistiques sanitaires démontrent la loi des deux tiers selon le manuel de référence des soins aux nouveau-nés [1] comme suit :

Figure 1: la loi des deux tiers



Source : Save the children Fédération, *Manuel de référence : des soins du nouveau-né*. 2004

La plupart des décès sont tout à fait évitables, grâce à quelques mesures simples, peu coûteuses qui peuvent être prises par les agents de santé, la mère et la famille :

- améliorer La qualité des soins prodigués à la mère et au nouveau-né, depuis la grossesse jusqu'à la fin de la période postnatale, notamment en renforçant les soins obstétricaux ;
- étendre les services de qualité aux nouveau-nés petits et malades, notamment en améliorant les soins infirmiers néonataux ;
- renforcer l'engagement des mères, des familles, des communautés et leur donner les moyens de participer à la fourniture de soins de qualité pour les nouveau-nés ;
- faciliter l'accès aux soins de base en cas d'urgence obstétricale et prénatale ;
- promouvoir l'allaitement maternel exclusif ;
- respecter le calendrier vaccinal.

En dépit des progrès de la médecine, l'OMS alerte sur la probabilité selon laquelle, dans le monde, 60 millions d'enfants mourront avant l'âge de 5 ans d'ici 2030. [27]

En 2019 2,4 millions d'enfants dans le monde sont morts durant leur 1er mois de vie. On compte environ 6700 décès par jour, ce qui représente 47% de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 5 ans, chiffre en hausse par rapport à 1990 où il était de 40% [3]. Parmi les 47%, les un tiers meurent le jour de la naissance et près des trois quarts dans la semaine suivant la naissance [3].

Selon les estimations, sur mille bébés nés dans les pays en voie de développement, 34 meurent (la plupart à domicile) chaque année avant d'atteindre l'âge d'un mois. Le nouveau-né a, en général, été le grand oublié de la révolution pour la survie de l'enfant [1].

Au Mali, la mortalité néonatale est de 31,6 pour 1000 naissances vivants en 2020 dont la plupart survient durant la première semaine de vie contre 41,7 en 2007[15]. Le quotient de mortalité néonatale était de 33 décès pour 1000 naissance de 2014 à 2018 selon EDSM VI [2].

Cependant, selon des documents de référence spécialement édités pour offrir un cadre clair des soins du nouveau-né accessible à tous, jusqu'à 40% des décès néonataux auraient pu être évités si ses soins étaient appliqués [26].

Par ailleurs les nouveau-nés sont confrontés à un certain nombre de difficultés qui sont entre autres :

- absence de prise en charge rapide et efficace ;
- sorties précoces des femmes et leur bébé des maternités par manque de places ou tout simplement de personnel ;
- manque de communication entre soignants et soignés ;
- faibles revenus dans les ménages et
- incapacité des mères à reconnaître les signes de dangers.

C'est ainsi que l'application des gestes comme : mettre le nouveau-né au chaud, le respect des consignes données par rapport aux soins du cordon, l'hygiène corporelle, la mise au sein précoce, la sécurité, la vigilance et l'accès rapide aux centres de santé en cas de problème peuvent réduire considérablement le décès néonatal [25].

La santé des mères, des nouveau-nés et des enfants représente le bien-être de la société toute entière. L'avenir d'un enfant se joue dès sa naissance. Pour tous les acteurs impliqués dans les soins aux nouveau-nés, il est donc important d'être vigilants en vue de prévenir, détecter et prendre en charge précocement toute anomalie pouvant avoir un retentissement sur le nouveau-né.

II. OBJECTIFS

A. Objectif général

Étudier les pratiques de soins des femmes et des hommes impliqués dans la prise en charge du nouveau-né en milieu urbain.

B. Objectifs spécifiques :

- Identifier les acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé du nouveau – né en milieu familial ;
- Déterminer les caractéristiques socio démographiques des acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé du nouveau – né ;
- Déterminer les perceptions sociales de la santé du nouveau-né ;
- Identifier les pratiques de soins favorisant ou entravant la santé du nouveau-né ;
- Proposer des recommandations en vue d’une amélioration des soins du nouveau-né.

III. GÉNÉRALITÉS

A. Définitions des notions :

Accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la femme atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse soit 28 semaines d'aménorrhée (SA). [26]

Nouveau-né

Le nouveau-né est un enfant de moins de 28 jours selon l'OMS.

Nourrisson

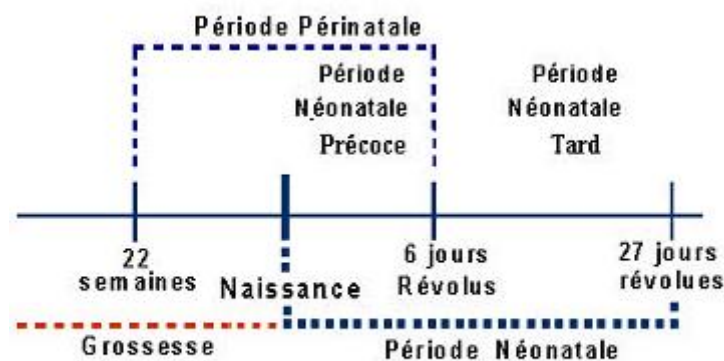
Le nourrisson est un bébé de la naissance jusqu'à l'âge d'un an.

La période néonatale

La période néonatale qui s'étend de la naissance au 28^{ème} jour de vie est répartie en :

- période néonatale précoce : les 7 premiers jours de vie et
- période néonatale tardive : du 8^{ème} au 28^{ème} jour.

Figure 2: définition des périodes néonatale et périnatale



Indira M., Mady R., Dilberth C., Silvana F., Tina S.: les composantes des soins essentiels aux nouveau-nés

Soins essentiels du nouveau-né

Les soins essentiels au nouveau-né après la naissance sont l'ensemble des gestes et actes à effectuer chez lui au moment de la naissance jusqu'à 28 jours de vie [5].

Le lait maternel

Le lait maternel humain est produit par les glandes mammaires contenues dans les seins de la femme et permet d'alimenter un bébé [7].

Allaitement maternel précoce

Il consiste à allaiter dès les premières minutes après la naissance du bébé [8].

Selon l'OMS on "parle de démarrage précoce" quand l'allaitement maternel débute dans l'heure qui suit la naissance. Cette manière de procéder permet à l'enfant de recevoir le colostrum, riche en facteurs protection. [28]

Allaitement maternel exclusif :

Il signifie que l'enfant n'est nourri que de lait maternel sans autre aliment, ni eau ou autre liquide supplémentaire (à l'exception des médicaments). Conseiller la diversification à partir de 6 mois [5].

Taux de mortalité infantile

Nombre de décès d'enfant de moins d'un an durant une année donnée pour 1000 nouveau-nés vivants [9].

Taux de mortalité néonatale

Nombre de décès d'enfant âgés de moins de 28 jours enregistrés durant une année donnée pour 1000 naissances vivantes [10].

Le colostrum

Premier lait visqueux jaunâtre doit être le premier et unique goût du nouveau-né; il est très riche en vitamine A, en anticorps (AC) et autres éléments ou facteurs de protection. Il est souvent appelé « le premier vaccin ». [29]

Vaccination

Méthode de prévention de certaines infections microbiennes ; virales ou parasitaires ayant pour but d'induire une immunité active par introduction dans l'organisme de préparations nommées antigènes. [30]

B. Physiologie de l'accouchement

L'académie de médecine française dans son dictionnaire (édition 2020) parle d'accouchement pour toute expulsion par voie naturelle d'un fœtus viable, soit après 6 mois de grossesse.

L'accouchement, bien que destiné à perpétuer une espèce, est paradoxalement un phénomène physiologique qui n'est pas sans risque. Le processus d'accouchement et tous les aspects qui l'entourent varient donc en fonction des contextes historiques, géographiques, sociaux et culturels. Ces contextes influencent les positions d'accouchement, les conditions dans lesquelles l'accouchement a lieu, les personnes du monde médical ou non qui entourent la parturiente (sage-femme, obstétriciens, père...) [6].

Un accouchement avant 37 SA est dit prématuré. Il est dit spontané s'il se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures généralement d'ordre thérapeutique.

L'accouchement est naturel, lorsqu'il se fait sous l'influence de la seule physiologie, sinon il est dirigé.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit selon un déroulement physiologique normal, dans le cas contraire il est dystocique [32].

Au cours du travail et de l'accouchement, les agents de santé doivent être en mesure de reconnaître les signes des complications, ainsi il pourra réagir et transférer la femme dans une autre structure plus appropriée à temps pour une meilleure prise en charge.

Le partogramme est une méthode de surveillance du travail qui permet de faire un pronostic de l'accouchement et de prendre une décision adéquate au bon moment. Les éléments de surveillance du partogramme en relation directe avec le nouveau-né sont :

- les bruits du cœur fœtal ;
- la coloration du liquide amniotique ;
- la présentation ;
- les contractions utérines. [29]

b) Phases de l'accouchement

Il se divise en trois phases bien distinctes, qui sont les mêmes pour toutes les futures mamans :

- **La phase de travail :**

Elle correspond physiquement au raccourcissement du col de l'utérus, puis à sa dilation, menant à sa complète ouverture. Elle se caractérise par les contractions, d'abord faibles, puis de plus en plus intenses et rapprochées dès lors que la future maman a perdu les eaux.

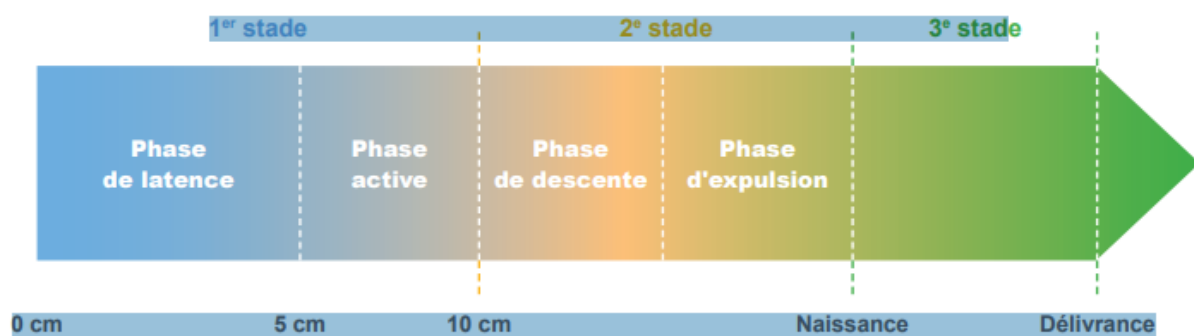
- **La phase d'expulsion :**

C'est quand le col est entièrement ouvert. Elle correspond au moment où le bébé s'engage dans le bassin de sa mère, laquelle l'aide en poussant... jusqu'à ce qu'il sorte. À ce stade, une épisiotomie (section des muscles du périnée) peut être décidée pour permettre d'agrandir l'orifice en évitant la déchirure des tissus.

- **La phase de la délivrance :**

Médicalement parlant, elle désigne l'expulsion du placenta qui survient après l'accouchement. Mais dans un sens plus large, cette phase comprend également les premiers moments du bébé à l'air libre. [33]

Figure 3: les phases de l'accouchement



Source : "accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales" Méthodes recommandations pour la pratique clinique. Septembre 2017

C. Les préparatifs des soins du nouveau-né

a) Garantir un bon environnement

- Un environnement propre, locaux nettoyés propres (nettoyage à l'eau de javel si possible). Source de chaleur si nécessaire.
- Lumière et intimité.
- Chaises ou escabeaux.

- Toile cirée (alèse en plastique) à mettre sur le lit ou la table d'accouchement. Surface ou place propre pour entreposer le matériel, à protéger si possible avec un champ stérile.
- Horloge, chronomètre ou montre avec trotteuse.
- Récipients de récupération du matériel souillé et Containers pour récupérer le matériel souillé. [34]

b) Matériel et produits nécessaires pour la prévention des infections :

Eau potable, utilisation de savon liquide de préférence, gel hydro-alcoolique si possible. Brosse à ongles souple pour le lavage des mains. Séchage des mains à l'aide de papier jetable si possible, sinon, serviettes propres réservées à cet emploi. Gants de ménage neufs et gants chirurgicaux stériles.

Linges pour la mère

- Literie et couvertures sèches (et chaudes au besoin), propres.
- Pagnes propres en coton si possible.
- Serviettes propres et sèches.

Linges pour le nouveau-né

- Tissus ou serviettes propres et secs (chauds au besoin) pour sécher et nettoyer le nouveau-né.
- Tissus propres et secs en coton si possible pour couvrir le nouveau-né.
- Bonnets et habits, y compris couches, chaussons. [34]

D. Les soins essentiels du nouveau-né :

Tous les bébés ont besoin des mêmes soins essentiels, qu'ils naissent à domicile ou dans un centre de santé. Les soins essentiels au nouveau-né visent essentiellement à préserver la santé du bébé. C'est-à-dire aider la mère à répondre aux besoins fondamentaux du bébé (chaleur, respiration normale, allaitement, prévention des infections). Les soins essentiels comprennent:

- les soins immédiats à la naissance ;
- les soins au cours des 6 premières heures et
- les soins de 6 heures à 28 jours de vie. [5]

a) Les soins immédiats du nouveau-né :

La plupart des bébés respirent et pleurent sans aide à la naissance. Les soins procurés immédiatement à la naissance sont simples mais importants. Le bébé tout juste sorti de l'utérus était au chaud et au calme, et le liquide amniotique et les parois de l'utérus étaient d'un contact doux, donc les gestes doivent être effectués avec douceur.

Les étapes des soins immédiats du nouveau-né:

Étape 1 : Sécher et stimuler le bébé

Il s'agit de sécher immédiatement le bébé, y compris la tête. Celle qui sèche le bébé doit faire de son mieux pour ne pas enlever le vernix (la substance blanche et crémeuse qui peut se trouver sur la peau).

Étape 2 : Apprécier la respiration et le teint du bébé

En séchant le bébé il faut observer s'il respire bien. Examiner son teint, son visage et sa poitrine s'ils sont roses et non pas gris ou bleus. Une peau rose est le signe d'une bonne respiration et d'une circulation sanguine adéquate chez le bébé.

Étape 3 : 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.

Les étapes 1 à 3 se produisent presque simultanément.

Étape 4 : Nouer et couper le cordon

- Nouer ou clamper le cordon fermement à deux endroits :
 - ligaturer le premier à deux doigts de l'abdomen du bébé ;
 - ligaturer le second champ à quatre doigts de l'abdomen du bébé ;
- Couper le cordon entre les deux nœuds.
Ne rien mettre sur le moignon du cordon.

Figure 4: couper et nouer le cordon



Source : Save the children Fédération, *Manuel de référence : des soins du nouveau-né*. 2004

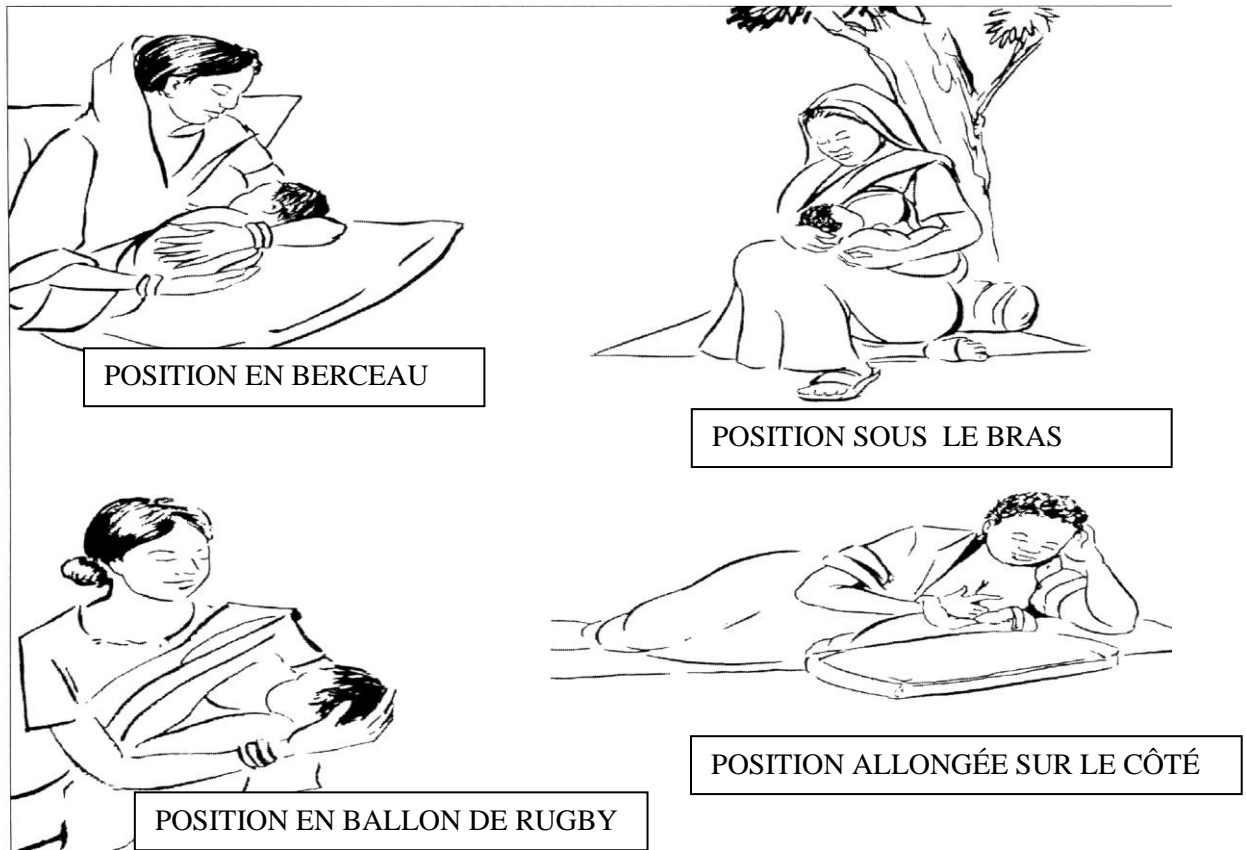
Étape 5 : Placer le bébé contre la mère, peau contre peau

La chaleur de la mère se communique facilement au bébé et contribue à stabiliser sa température. Il faut disposer le bébé peau contre peau sur la poitrine de sa mère pour le réchauffer. 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.

Étape 6 : Inciter la mère à débiter l'allaitement

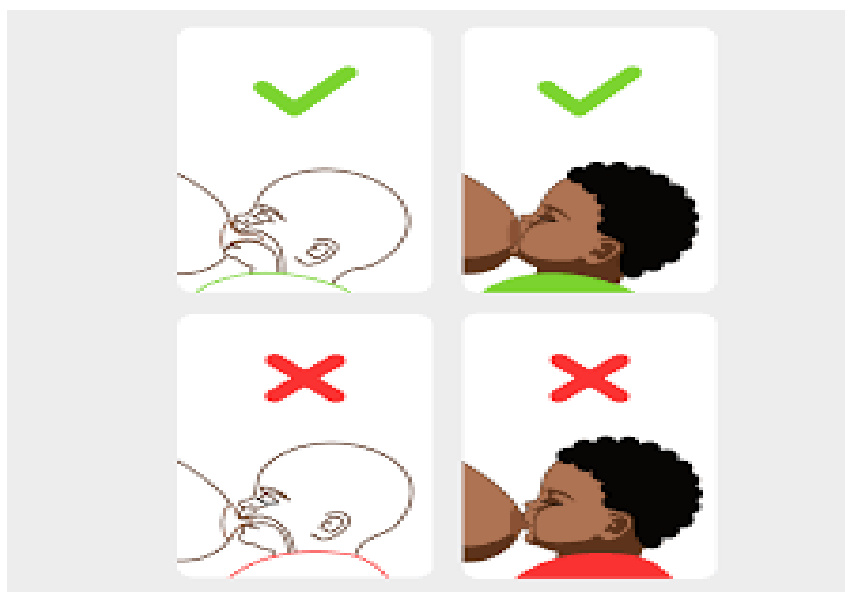
Il faut aider la mère à débiter l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. Veiller à ce que le bébé adopte une bonne position, qu'il ait bien le sein en bouche et qu'il tète correctement. Il ne faut pas abréger la tétée du bébé. Un allaitement précoce et non limité donne de l'énergie au NN pour conserver sa chaleur, alimente sa croissance et lui apporte des anticorps pour combattre les infections.

Figure 5 : les positions de l'allaitement maternel



Source : Save the children Fédération, *Manuel de référence : des soins du nouveau-né*. 2004

Figure 6 schémas de la bouche du nouveau-né



source : Marie Brizak *Allaiter son bébé*

Étape 7 : Prodiguer des soins oculaires

Peu après l'allaitement et dans l'heure qui suit la naissance, il faut prodiguer au NN des soins oculaires avec un médicament antimicrobien (une solution de nitrate d'argent 1%, une solution polyvidone iodée 2,5 % ou une pommade oculaire à la tétracycline à 1 %).

Les soins immédiats de la mère incluent l'expulsion du placenta aussi vite que possible. Une surveillance accrue et minutieuse de l'état de la mère juste après la naissance est nécessaire pour une meilleure prise en charge.

b) Soins au cours des six premières heures de vie

Il est important que les accouchées soient gardées dans les structures de santé au moins 24 heures après l'accouchement pour donner la possibilité d'évaluer les éléments ci-dessous chaque heure pendant 6 heures de temps :

- la respiration : un bébé normal respire 30 à 60 fois par minute sans geignements et sans tirage de la poitrine ;
- la coloration : le nouveau-né normal a une coloration rose ou rouge ;
- la température : prendre la température axillaire. Elle ne doit pas être inférieure à 36°5 ni supérieure à 37°5 ;
- le cordon ombilical : au fur et à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se détacher et favoriser le saignement du cordon. Une nouvelle ligature serait nécessaire ;
- l'allaitement maternel : vérifier la pratique de l'allaitement maternel et l'efficacité de la tétée ;
- les selles et les urines : vérifier l'émission du méconium et des urines ;
- vérifier les autres signes de danger ;
- faire le premier examen physique.

c) Soins au nouveau-né de six heures à 28 jours :

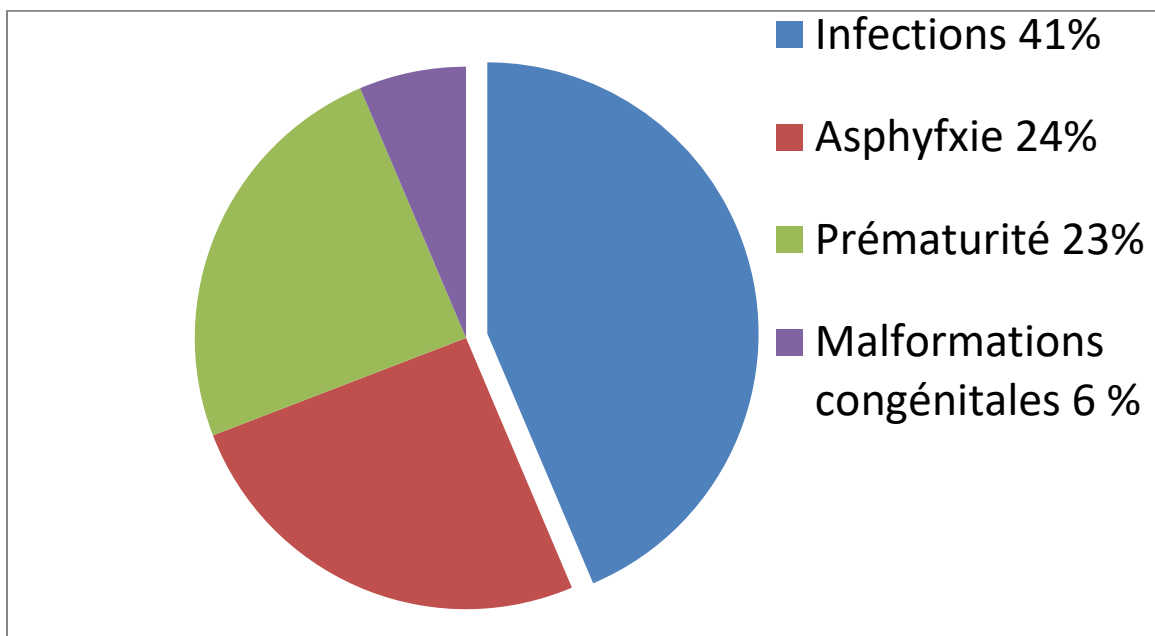
- le retard du premier bain ;
- le maintien de la température du nouveau-né : le maintenir au chaud pendant les saisons froides et l'habiller légèrement (privilégier les habits en coton) pendant la période de haute chaleur ;
- le sommeil ;
- la préservation de l'hygiène autour du nouveau-né ;
- les soins du cordon ombilical ;

- les vaccinations ;
- l'allaitement maternel précoce et exclusif jusqu'à six mois ;
- la surveillance et la sécurité.[5]

E. Problématiques des décès néonataux

Environ 4 millions d'enfants naissent mort-nés chaque année et 4 autres millions meurent lors du premier mois de la vie. Parmi ceux-ci, 2 millions meurent durant la première semaine de vie et en particulier au cours du premier jour, 25% de ces décès néonataux surviennent en Afrique, où ne réside pourtant que 11% de la population mondiale

Figure 7 : Les principales causes de décès du nouveau-né sont



Source : Save the children Fédération, *Manuel de référence : des soins du nouveau-né*. 2004

Deux tiers des décès de nouveau-nés africains peuvent être évités grâce à des interventions essentielles effectuées auprès des mères et des nouveau-nés notamment à travers des interventions permettant d'aider les femmes dans la prise en charge des nouveau-nés. [11]

« Si le nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans a été divisé par plus de deux au cours de ces 25 dernières années, il n'en va pas de même pour les décès intervenus durant le premier mois de vie », précise Henriette H Fore, directrice générale de l'UNICEF. Elle poursuit : « Sachant que la majorité de ces décès peuvent être évités, nous manquons à l'évidence à nos devoirs envers les bébés les plus pauvres » [16].

IV. MÉTHODOLOGIE

A. Cadre d'étude

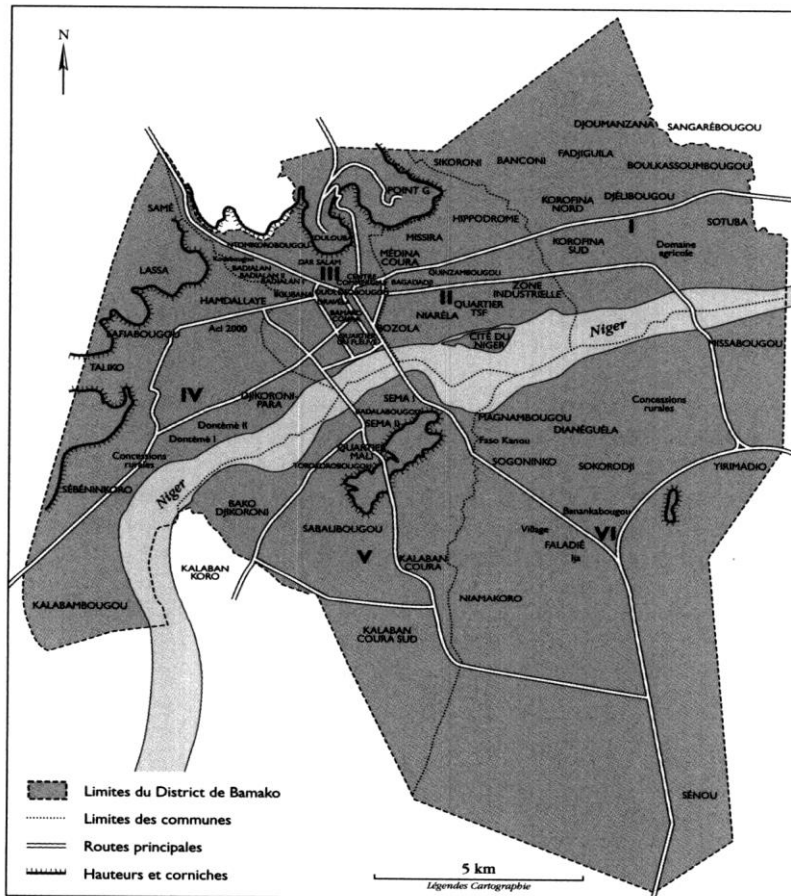
Notre étude a eu lieu à Bamako-Coura Bolibana, un quartier situé dans l'aire de santé de la commune III du District de Bamako.

a) Description du quartier

Créé en 1935, Le quartier de Bolibana se situe entre l'emplacement occupé actuellement par l'agence BDM Dramane SIDIBE, le Ministère de l'Agriculture et l'IER. Le nom Bamako-coura s'expliquerait par l'extension qu'a connue le quartier devenu « le nouveau Bamako ». Mamadou KONATE ancien président de L'USRDA fut l'un des premiers habitants du quartier.

Le quartier est limité :

- à l'est par Bozola ;
- à l'ouest par Hamdalaye ACI 2000 ;
- au sud par le quartier du fleuve ;
- au nord par Ouolofobougou et Dravela.



Source: Monique Bertrand, géographe, université de Caen

D'après les notables avec lesquels nous avons échangé, le quartier était situé au bord du fleuve Niger. Pendant la période coloniale, dans le cadre de l'urbanisation de la ville, Bamako-coura et Bamako-coura Bolibana formaient une seule et même entité territoriale et partageaient la même origine. Les deux quartiers étaient séparés par la voie ferrée qui les longeait jusqu'au bord du fleuve.

Notre choix a été porté sur ce quartier à cause de sa situation en plein centre de la ville de Bamako. La commune de rattachement du quartier est la commune III qui a une superficie de 23 km², soit 7% de la superficie de Bamako et une population estimée à 119287 habitants. La commune englobe le centre-ville et présente la particularité d'accueillir près d'un million de personnes par jour, d'où sa grande diversité culturelle socio-culturelle. Elle compte 23 quartiers dont 15 lotis et 8 spontanés répartis entre deux types de résidence :

- Milieu urbain : il regroupe 13 quartiers :
 - o Bamako coura qui a une population estimée à 9981 hbts ;
 - o Bamako coura bolibana : 11555 hbts ;
 - o Centre commercial : 3118 hbts ;
 - o Dravela : 4736 hbts ;
 - o Dravela bolibana : 3021 hbts ;
 - o Ouolofobougou : 3057 hbts ;
 - o Ouolofobougou bolibana : 8152 hbts ;
 - o Badialan I : 8284 hbts ;
 - o Badialan II : 2001 hbts ;WWW
 - o Badialan III : 5961 hbts ;
 - o Kodalabougou : 4575 hbts ;
 - o Darsalam : 8584 hbts ;
 - o N'Tomikorobougou : 11499 hbts.
- Milieu périurbain : il regroupe 10 quartiers :
 - o Niomirambougou : 3165 hbts ;
 - o Samè : 2402 hbts ;
 - o Koulouba : 4044 hbts ;
 - o Point « G » village : 3562 hbts ;
 - o Sokonafing : 1276 hbts ;

- L'ensemble de Sirakoro Dounfing, Kouliniko, Banconi Diagoni et Sanankoro pour une population estimée à 1782 hbts.

La prise en compte de ces deux types de résidence est un facteur de diversité des conditions socio-économiques et culturelles.

b) Description du service Gynéco-Obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du Centre de Santé de Référence (CSREF).

1) L'infrastructure

Il se compose de :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- une salle de suites de couches immédiates avec une toilette ;
- une salle de travail ;
- une salle de pansement ;
- une salle d'urgence ;
- une salle de réanimation du nouveau-né ;
- une salle d'interne ;
- une salle de garde pour les sages-femmes, les infirmières et l'aide-soignante ;
- un bureau pour chaque gynécologue obstétrique ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- trois (3) toilettes internes pour le personnel ;
- deux blocs opératoires ;
- cinq (5) salles d'hospitalisation avec dix-sept (17) lits ;
- un bureau avec toilette pour le personnel d'hospitalisation ;
- une salle de consultation externe ;
- une unité d'hospitalisation pour les opérées et les pathologies gynécologiques et obstétricales ;
- une unité prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
- une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant) ;
- une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique ;
- une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;

- une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- une unité de soins après avortement (SAA) ;

2) Le personnel

Il comprend :

- trois spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
- des médecins généralistes ;
- des assistants médicaux en anesthésie et réanimation ;
- vingt-neuf (29) sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse ;
- quinze infirmières obstétriciennes ;
- une (1) aide-soignante ;
- dix-sept (17) étudiants faisant fonction d'interne ;
- des manœuvres.

3) Le Fonctionnement du service

- Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24 heures sur 24.
- Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens, trois (3) jours par semaine. Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes.
- Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et une seule aide-soignante.
- Un staff se tient tous les jours à partir de 8 H 15 min à 9 H 30 min pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc.).
- Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres ; d'un médecin généraliste et d'un gynécologue-obstétricien.
- Le CSREF est doté d'ambulances assurant la liaison entre le CSREF de la commune III les CSCOM et les CHU.
- La visite quotidienne des patientes hospitalisées se fait également à partir de 10 heures. Le CSRÉF de la commune III est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, les étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale mixte avec un recueil prospectif des données, basé sur l'approche qualitative (entretiens individuels par interview) ou l'approche quantitative (questionnaire).

C. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1er décembre 2021 au 30 janvier 2022.

D. Population d'étude

Notre étude a concerné les hommes et les femmes impliqués dans la prise en charge des nouveau-nés.

a) Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- les hommes et les femmes qui ont accepté de participer à l'étude résidant en commune III du district de Bamako (Bamako-Coura Bolibana) ;
- les hommes et les femmes ayant prodigué des soins aux nouveau-nés.

b) Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus à l'étude :

- les hommes et les femmes n'ayant pas accepté de participer à l'étude ;
- les hommes et les femmes n'ayant pas pris soins de nouveau-né ;
- les hommes et les femmes n'ayant pas atteint l'âge de procréer.

E. Techniques et outils de collecte

Un questionnaire et une grille d'entretien ont servi d'outils de collecte des données respectivement pour l'enquête par questionnaire et les entretiens semi-directifs. Ces différents outils ont fait l'objet de plusieurs révisions et ont été finalisés après la prise en compte des observations de notre directeur de thèse. Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable puis retranscrits de façon intégrale.

La collecte des données était soumise aux règles de confidentialité (anonymisation des enregistrements et des données transcrites). Toutes les données enregistrées ont été intégralement retranscrits.

F. Choix des échantillons :

a) Enquêtes quantitatives

La taille de l'échantillon a été calculée par la formule de cauchran

$$n_{\text{cauchran}} = t^{2x} p \times (1-p) / m^2$$

n_{cauchran} : taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé.

t : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96

p : Proportion estimée de la population qui présente la caractéristique.

m : Marge d'erreur fixée à 5%

$$n = \frac{n_{\text{Cauchran}}}{\frac{n_{\text{Cauchran}} - 1}{N} + 1}$$

N : est la taille de la population à partir de laquelle l'échantillon est extrait : 493

n= la taille de l'échantillon

Si l'on suit les recommandations ci-dessus pour chaque paramètre, le calcul initial de la taille de l'échantillon est le suivant : 217

b) Enquêtes qualitatives :

Pour notre échantillonnage nous avons mené une enquête par commodité

G. Analyse

La saisie a été faite sur Word et l'analyse a été effectuée selon la démarche de l'analyse thématique interprétative. Une lecture systématique des entretiens transcrits a permis de repérer les thèmes les plus pertinents en lien avec l'objet d'étude. Un codage manuel a été effectué.

Pour présenter les résultats de cette étude, nous avons porté notre regard sur la gestion des soins reçus par le nouveau-né de la maternité à l'espace familial, sur la diversité des acteurs et leurs rôles dans la prise en charge du nouveau-né. Parmi les personnes ayant participé à l'enquête quantitative, nous avons décidé de sélectionner 40 personnes, c'est-à-dire les 40 premiers participants à l'enquête quantitative réparties comme suit : 5 primipares, 15

multipares, 15 grands-mères, 5 hommes. Les femmes avaient un âge compris entre 17 et 67 ans et les hommes 27 et 51 ans.

F. Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée dans la commune III (Bamako Coura-Bolibana) du district de Bamako. L'enquêteur expliquait l'objet et les objectifs de l'étude aux participants chaque fois qu'il les rencontrait.

A la suite des explications fournies par l'enquêteur, il remettait à l'enquêté un formulaire de consentement fournissant des détails sur les principes éthiques. Celui-ci avait la latitude de lire directement le contenu de la fiche. Pour les personnes non lettrées, une seconde option consistait pour l'enquêteur à traduire le contenu du formulaire en bambara. Après avoir pris connaissance des conditions de participation, les personnes consentantes étaient invitées à signer le formulaire pour montrer que leur participation à cette étude a été décidée sur une base volontaire. Pour donner un caractère officiel à l'enquête, nous avons demandé et obtenu une lettre administrative signée par notre directeur de thèse. La mobilisation des enquêteurs était basée sur des stratégies différentes selon les lieux de l'enquête. Pour les entretiens menés en milieu de soins, nous passions par le responsable du centre qui à son tour informait les autres agents. Notre itinéraire nous a menés vers le service de maternité où nous nous adressions directement aux hommes et à des femmes présentes pour leur proposer de participer à l'étude. La blouse blanche que nous avons décidé de porter pour mener les entretiens avait l'avantage de favoriser une meilleure relation de confiance du fait de notre statut d'agent de santé attesté par le port de la blouse. Pour les enquêtes menées au domicile des enquêtées, nous avons sollicité l'appui du personnel sanitaire pour identifier les femmes qui pouvaient potentiellement répondre à nos questions. Nous avons procédé par la suite à des appels téléphoniques pour rentrer en contact avec les femmes identifiées en leur expliquant les objectifs de l'étude. En cas d'accord, on prenait un RDV avec la personne selon sa disponibilité. Les entretiens se sont déroulés en français ou en bambara selon la langue choisie par les répondants.

V. RÉSULTATS

A. Résultats quantitatifs

Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 1 : Répartition des enquêtés en fonction de leurs profils

Catégories d'enquêté	Nombres	Pourcentage
Femmes multipares	97	45
Femmes primipares	76	35
Grands-mères	33	15
Hommes	11	5
Total	217	100

Les femmes multipares étaient les plus représentés soit 45% de notre échantillon

Tableau 2 : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge et du statut matrimonial.

Variable	Effectif	Pourcentage
Age		
<21	4	2
21-30	76	35
31-40	98	45
41-50	24	11
>50	15	7
Total	217	100
Statut matrimonial		
Célibataire	5	3
Marié(e)	194	89
Veuf(e)	14	6
Divorcé(e)	4	2
Total	217	100

Les enquêtés âgés de 31 à 40ans étaient majoritaires avec 45%. Et parmi ces enquêtés 89% étaient mariés.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés en fonction de la profession et le niveau d’instruction, de décembre 2021 à janvier 2022.

Variable	Effectif	Pourcentage
Profession		
Femme au foyer	135	62
Fonctionnaire	43	20
Autres	18	8
Vendeuse	7	3
Aide-ménagère	4	2
Commerçante	10	5
Total	217	100
Niveau d’instruction		
Non scolarisé	37	17
Primaire	103	47
Secondaire	23	11
Supérieur	54	25
Total	217	100

- Autres: élève, étudiante, guérisseuse, maçon
- Parmi les enquêtés 62% étaient des ménagères et 47% avaient le niveau d’instruction primaire.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés en fonction du temps passé à l’hôpital après l’accouchement.

Temps	Effectif	Pourcentage
0-6 heures	32	15
6-24 heures	173	80
>24heures	12	5
Total	217	100

Après l’accouchement 80% des personnes enquêtées étaient restés au centre de santé au moins 6 heures de temps.

Tableau 5: Répartitions des mères enquêtées en commune III en fonction des soins reçus en salle d'accouchement.

Les soins reçus en salle d'accouchement	effectif	pourcentage
Soins procurés aux mères		
Pas de réponse	19	10
Délivrance, piqûre, massage utérin, vitamine, mise au propre	181	88
Rien	6	2
Soins procuré au nouveau-né en maternité		
Contact peau à peau avec la mère	138	67
Section correcte du cordon ombilical	206	100
Séchage immédiat du NN	206	100
Couverture du nouveau-né avec un tissu juste après l'accouchement	206	100
La tête du NN couverte par un bonnet	136	66
Soins des yeux	117	57
Administration de la vitamine k1	98	48
Mise aux seins précoce	177	86

- Les NN avaient eu un séchage immédiat, une section correcte du cordon ombilical et avaient été protégés contre le froid juste après l'accouchement.
- Les NN qui avaient bénéficié d'un contact peau à peau avec leur maman représentaient 67% et 57% avaient reçu des soins oculaires adéquats avec soit des collyres soit des pommades.
- Les NN ayant reçu la vitamine k1 ne représentaient que 48% des cas et la mise au sein précoce a été effectuée chez 86% des NN.

Tableau 6: Répartition des NN en fonction des soins donnés par la mère ou les accompagnants au centre de santé en commune III, de décembre 2021 à janvier 2022.

Soins donnés par les mères ou les accompagnants aux nouveau-nés	effectif	Pourcentage
Alimentation		
Rien	106	51
Eau tiède	16	8
Eau tiède + datte	84	41
Soins du corps		
Rien	171	83
Beurre de karité	35	17
Total	206	100

Pendant leur séjour au centre de santé, 51% des femmes enquêtées n'avaient rien donné à leurs enfants que le lait maternel, par contre 41% ont donné un mélange d'eau tiède et de datte. Seulement 17% des femmes avaient utilisé le beurre de karité pour les soins du corps au centre de santé.

NB: les hommes n'ont pas participé à cette partie du questionnaire d'où le chiffre 206

Tableau 7: Répartition des NN en fonction des produits utilisés pour les soins du cordon en commune III, de décembre 2021 à janvier 2022.

Produits	Effectif	Pourcentage
Alcool	21	10
Prescrit par les agents de santé	21	100
Beurre de karité	37	17
Pour éviter l'assèchement et favoriser une chute rapide du cordon.	24	65
Conseillé par les vieilles personnes	13	35
Alcool + beurre de karité	107	49
Nettoyer et favoriser une chute rapide	79	74
conseillé par les expérimentées	28	26
Beurre de karité + cendre	4	2
Pour une chute plus rapide du cordon ombilical	4	100
Huile de palme	12	5

Conseillé par la grand-mère	12	100
Éosine aqueuse	13	6
Prescrit par les agents de santé	13	100
Pénicilline pommade	23	11
Prescrit par les agents de santé	23	100
Total	217	100

Parmi les personnes ayant prodigué les soins du cordon 49 % ont estimé que l'application du beurre de karité en complément avec l'alcool favorise une chute plus rapide et moins agressive du cordon ombilical.

Tableau 8: Répartition des nouveau-nés en fonction des pratiques de l'allaitement maternel.

Allaitement du NN	Fréquence	pourcentage
Le mamelon et une partie de l'aréole sont dans la bouche du NN	201	97
La tête du NN se trouve dans la paume d'une main, les 4 doigts de l'autre main sont placés sous le sein tandis que le pouce y est au-dessus et le corps sur les cuisses de la mère	187	91

Le mamelon et une partie de l'aréole étaient dans la bouche des NN lors de l'allaitement dans 97% des cas.

Tableau 9: Répartition des NN en fonction des soins procurés par la famille pour protéger leur santé.

Soins procurés par la famille pour protéger la santé du NN	effectif	pourcentage
Port de vêtements lourds, éviter l'exposition à l'air libre, éviter les bains quotidiens, massage avec du beurre de karité.	209	96
Pas de réponse	8	4
Total	217	100

96% des personnes enquêtées ont déclaré qu'elles misent sur le port des vêtements lourds pour éviter l'air qu'elles évitent également les bains quotidiens et le massage avec du beurre de karité pour protéger la santé du nouveau-né.

Tableau 10 : Répartition des NN enquêtés en fonction des traitements reçus après le retour à la maison.

Traitements reçus et leur fonction	Effectif	Pourcentage
Yeux		
Collyre ou pommade pour les yeux	179	82
Nettoyer les yeux	162	90
Pas de réponse	17	10
Le lait maternel	33	15
Éclaircit, nettoie et protège	33	100
Collyre+ lait maternel	3	2
Rien	2	1
Cordon ombilical		
Alcool	21	10
Prescrit par les agents de santé	21	100
Beurre de karité	37	17
Pour éviter l'assèchement et favoriser une chute rapide du cordon	24	65
Conseillé par les vieilles personnes	13	35
Alcool + beurre de karité	107	49
Nettoyer et favoriser une chute rapide du cordon	79	74
Conseillé par les plus expérimentés	28	26
Beurre de karité+ cendre	4	2
Chute plus rapide du cordon	4	100
Huile de palme	12	5
Conseillé par la grand-mère	12	100
Éosine aqueuse	13	6
Prescrit par les agents de santé	13	100
Pénicilline pommade	23	11
Prescrit par les agents de santé	23	100
Décoction		
Gnama (Pilotigma thonningii) + feuille de citronnier (citrus lemon)	7	3
Colique et ballonnement	2	29
Nettoyer le ventre	5	71

Sama n'seba + feuille de zaban (<i>Saba senegalensis</i>)	34	16
Stimuler l'appétit	34	100
Gnama+ Dabadableni (<i>Euphorbia hirta</i> L.)	4	2
Nettoyer le ventre et éviter les coliques	4	100
Beurre de lait de vache + mongnogo+sel gemme+ poivre de guinée (<i>Xylopi aethiopica</i>)	92	42
Nettoyer le ventre et éviter les coliques	92	100
Et le ballonnement		
Timitimini (<i>Scoparia dulcis</i> L.) + Gnama+ Feuille de citronnier	49	23
Nettoyer le ventre et éviter les coliques	49	100
Rien	31	14
Rien que le lait maternel	31	100
Total	217	100

Parmi les personnes interrogées, 42% utilise un mélange Beurre de lait de vache + mongnogo + sel gemme+ poivre de guinée (*Xylopi aethiopica*) pour nettoyer le ventre et éviter les coliques et le ballonnement tandis que 14% ne donne rien jusqu'à l'âge de 6 mois.

Tableau 11 : répartition des personnes impliquées dans les soins du nouveau-né dans l'espace familial.

Personnes impliquées dans les soins du NN	Effectif	pourcentage
Mères	128	59
Grands- mères	69	32
Pères	6	3
Aide-ménagère	14	6
Total	217	100

Au cours de notre étude nous avons remarqué que les mères représentaient (59 % des personnes impliquées dans les soins du nouveau-né dans l'espace familial et les pères ne représentaient que 3%.

Tableau 12: répartition des NN enquêtés selon le moment du premier bain du nouveau-né.

Bain du NN	Effectifs	Pourcentage
0 - 6 heures	7	3
6 - 24 heures	160	78
>24 heures	39	19
Total	206	100

Parmi les nouveau-nés observés 78% recevaient leurs premiers bains entre 6-24 heures de vie.

NB: les hommes n'ont pas participé à cette partie du questionnaire d'où le chiffre 206

Tableau 13 : Répartition des mères des nouveau-nés selon leur alimentation pour préserver la santé du nouveau-né.

Aliments	Fréquence	Pourcentage
Aliments spécifique pour préserver la santé du NN		
Soupes, fruits, tô, eau chaude, légumes	96	44
-Soupe de tripes d'animaux + vanille + gingembre	55	25
Miel + jus gingembre, boisson chaude, aliment liquide	51	24
pas de réponse	15	7
Aliments perçus comme nuisibles à la santé du NN		
Haricot, patate, igname , couscous	175	81
Pain, riz, haricot, patate, igname	28	13
Pas de réponse	14	6
Total	217	100

La soupe de tripes d'animaux +vanille + gingembre + sel gemme, boisson chaude, jus représentent 40% des aliments nécessaires pour une bonne santé du NN. Le haricot, la patate, l'igname, le couscous ont été reconnus dans 81 %des cas comme des aliments qui nuisent à la santé du NN.

Tableau 14 : Répartition des mères des nouveau-nés selon les pratiques associées à une meilleure santé chez l'enfant.

Comportement spécifique à adopter	effectif	Pourcentage
Hygiène, surveillance, bonne alimentation	168	81
Hygiène, médicaments traditionnels	28	14
Pas de réponse	10	5
Total	206	100

L'hygiène, la surveillance et la bonne alimentation représente 81% des comportements à adopter pour favoriser une meilleure santé chez l'enfant.

Tableau 15: Répartition des personnes enquêtées en fonction de leurs avis sur le recours à la médecine moderne et la médecine traditionnelle en période néonatale.

Médecine	Effectif	Pourcentage
Traditionnelle	13	6
Moderne	40	18
Moderne +Traditionnelle	164	76
Total	217	100

Selon 76 % des personnes enquêtées, l'association des deux types de médecine donne un résultat plus performant. La médecine traditionnelle est perçue comme ayant une grande capacité curative et préventive.

Tableau 16: Répartition des personnes enquêtées en fonction de leurs avis sur le calendrier vaccinal.

Calendrier vaccinal	effectif	Pourcentage
Pour	215	97
Contre	6	3
Total	217	100

Tous les enquêtés étaient favorables à la vaccination des NN compte tenu de son importance. Ils étaient également favorables au respect du calendrier vaccinal excepté six femmes et cela pour diverses raisons.

B. Résultats qualitatifs

a) Le vécu des soins à la maternité

1) Le séjour en maternité entre logique médicale et contraintes socio - économiques.

Les soins immédiats procurés en salle d'accouchement sont cruciaux pour le bébé et sa mère. Le nouveau-né a le droit absolu d'acquiescer des soins adéquats, non seulement pour sa survie mais aussi pour son développement psychomoteur normal. Le nouveau-né sorti tôt, avant 48 heures, doit être revu dans les 2 à 3 jours afin d'évaluer le bon déroulement de l'alimentation, l'état d'hydratation et l'ictère, et tout autre problème identifié [26].

On entend par « sortie précoce » toute sortie avant 24 heures. La plupart des mères enquêtées sont restées au moins 6 heures à la maternité, ce qui n'est pas le cas des grands-mères. Une des grands-mères interrogées a déclaré :

« Je suis restée 3 jours à l'hôpital après l'accouchement de mon garçon au temps de Sokona (sage-femme) mais ma belle-fille n'a fait que quelques heures et on n'est rentré. Les « sages » de maintenant sont négligentes; elles ne font rien de bon; on part quand même à l'hôpital puisqu'on n'a pas le choix. On est entre les mains de Dieu ».

(Grand-mère, 62ans, grande multipare)

Dans certains cas, la sortie est demandée par l'accompagnant de la femme. C'est le cas des familles nucléaires où il ne reste presque personne à la maison pour surveiller les autres enfants ni préparer le repas pour les accompagnants, la future maman et les autres enfants. Ce père de 5 enfants que nous avons rencontré a déclaré :

Q : Pendant combien de temps êtes-vous restés à la maternité après l'accouchement?

R : 4 heures.

Q : L'agent de santé a-t-il autorisé cette sortie ?

R : Non! Mais il ne se fichait pas mal que je laisse seuls mes enfants à la maison. Et puis ma femme et mon bébé n'avait pas de problèmes, donc je ne voyais pas la raison de rester. Elle m'a donc amené un papier que j'ai signé et je suis rentré avec ma femme et mon bébé.

(Homme, 44 ans, maçon)

La plupart des femmes enquêtées ont indiqué qu'elles sont restées pendant 6 heures après l'accouchement en affirmant que c'est ce que recommandent les agents de santé.

2) A propos des soins reçus par la mère et l'enfant dans la salle d'accouchement il y'a beaucoup de questions mais peu de réponses

Au cours de notre étude nous avons remarqué que beaucoup de mères ne savaient rien des soins procurés à leurs bébés, car les nouveau-nés sont pris en charge par l'accoucheur dans une salle à côté et il est remis au parent avant la sortie de la mère de la salle d'accouchement. Quant à la mère, elle bénéficie d'un soin corporel complet, la mise en place d'une couche et est habillée avec les habits qu'elle a amenés avec elle de la maison. Peu de ces femmes nous ont rassuré avoir reçu de la vitamine A.

Quelques témoignages reçus nous montrent les inquiétudes de ces femmes à propos des soins reçus par leurs nouveaux nés à leur insu. Comme le souligne, ici, cette femme ménagère de 21 ans :

« Quand j'ai accouché, mon bébé n'avait rien; il a bien crié. Ils l'ont amené dans une pièce à côté. Après quelques minutes, je les voyais courir vers la pièce où se trouvait mon bébé. Ils m'ont amenée dans une salle où j'ai fait à peu près deux heures sans nouvelle. Ensuite le frère de mon mari m'a annoncé le décès de mon bébé. J'ignore ce qu'ils ont fait à mon enfant mais c'est eux qui l'ont tué (pleure) c'était mon premier bébé. »

Par contre, d'autres savent que ces soins sont nécessaires et bénéfiques pour leurs nouveau-nés et cela même si elles ignorent le pourquoi de l'application de certains soins comme cette mère de 26 ans (2 enfants) :

Q : Quels soins a-t-on procuré à votre bébé ?

R : Après avoir coupé le cordon ils l'ont mis sur ma poitrine pendant quelques instants, l'on nettoyé avec un pagne que j'ai amené. Ils ont aspiré dans son nez et dans sa bouche et l'ont recouvert avec un pagne sec.

Q : Savez-vous pourquoi on a fait ces soins ?

R : Certains oui, d'autres non.

Q : Dites-moi pourquoi ils ont fait ces soins ?

R : ils l'ont nettoyé car il était sale, couvert parce que l'air n'est pas bon pour le nouveau-né car l'air l'assèche (fignè bè a fari djadja k'a pèrin pèrin) . C'est tout ce que je sais.

Q : C'est tout, ils n'ont pas fait autres choses?

R : Si! Ils l'ont pesé et ont pris sa mesure, (silence); ils ont fait une piqûre mais j'ignore ce que c'était. C'est tout ce dont je me souviens.

1) Les soins parallèles procurés par la famille lors du séjour en maternité

Ces soins sont généralement procurés par les accompagnants qui sont représentés majoritairement par les grands-mères paternelles, et surtout en l'absence des agents de santé. Ces gestes étaient appliqués le plus souvent dans deux cas :

- Quand la montée laiteuse tarde, elles nourrissent le nouveau-né avec un mélange d'eau tiède et de datte;
- Pour prévenir l'assèchement de la peau du nouveau-né, elles utilisent le beurre de karité.

« Je ne peux pas m'asseoir et regarder mon petit pleurer à cause seulement de la faim, le lait coûte cher alors que 25 francs fera mon affaire en attendant le lait maternel et puis laissons tout ça c'est un arbre béni c'est bon pour le nouveau-né »

(Femme, 48 ans, grand-mère)

« La sage-femme nous avait dit de ne rien mettre sur la peau du bébé mais vu que nous allions passer la nuit, il fallait que je masse tout son corps avec du beurre de karité. Quand elle est revenue pour la visite elle s'est fâchée à cause de ça mais même demain (Hali sini) je le ferai. »

(Femme, 48ans, grand-mère)

Par contre certaines femmes respectent à la lettre toutes les consignes données par les agents de santé, au moins tant qu'ils sont au centre de santé.

b) Les soins du cordon

On a remarqué une grande diversité des soins du cordon, mais surtout le non-respect des traitements antiseptiques recommandés. Ces différents soins sont la plupart du temps faits à domicile. Au cours de notre enquête, nous avons compris que les ordonnances délivrées à la

maternité sont bien honorées, mais cela n'empêche pas l'application d'autres produits sur les cordons afin d'accélérer leur chute.

«La chute du cordon ne dépasse pas 3 jours avec l'application du mélange de beurre de karité et de la cendre je l'ai toujours fait avec mes enfants, c'est ce que nos mères ont fait sur nous »

(Femme, 36ans, 5 enfants)

« L'alcool qu'on nous donne pour le cordon pique trop. Vous-même (E yèrè) si vous l'appliquez sur vos plaies, ça fait mal. Imaginer sur le nombril du bébé qui ne peut pas parler, laissons tout ça, l'alcool rend le cordon sec, alors que le beurre de karité le rend mou, ne fait pas mal et le cordon tombe vite. Les jeunes mamans jouent avec le cordon alors que si ça tombe entre de mauvaises mains (mogo djugu) la vie de l'enfant seras foutue à jamais (a ka mogoya bé lanogo fou) c'est pourquoi il ne faut pas quitter l'enfant des yeux jusqu'à ce que le cordon tombe. »

(Femme, 56 ans grand-mère)

Il y en a aussi qui utilise l'alcool l'éosine ou même la Chlorhexidine mais toujours en complément avec des petites astuces de grand - mère :

« Je nettoie avec de l'alcool, ensuite je mets beaucoup de beurre de karité (n'be chitulu ba bari a la) c'est ce qui fait que le cordon tombe vite »

(Femme, 32ans, 3 enfants)

Néanmoins certaines suivent à la lettre les instructions données par les sages-femmes et se fient à leurs consignes :

« Je ne mets rien d'autres que ce médicament rouge (éosine), c'est ce que ma sage-femme m'a conseillé, c'est elle qui a fait des études; moi je fais toujours ce qu'elle me demande de faire »

(Femme, 22 ans, primipare)

c) Vêtir le nouveau - né

Vêtir le corps du NN est une nécessité pour la survie du nouveau-né. Pendant de nombreux mois, des membres de la famille autre que la mère vont prendre soin de lui, en habillant et en

s'occupant de son bain. La température de son corps ne s'autorégule pas pendant les premières heures de vie. De ce fait, Beaucoup de femmes sont conscientes de la déperdition de chaleur du nouveau-né et prennent des dispositions nécessaires pour éviter cela.

« L'air n'est pas bon pour le nouveau-né. Il a donc besoin d'être couvert de la tête au pied à part son visage pour lui permettre de respirer. Après tout avant on restait dans la chambre jusqu'à ce qu'on rase la tête du bébé; c'est-à-dire pendant une semaine, car certaines personnes ne doivent pas voir les premiers cheveux du bébé ça leur porte malheur. »

(Grand-mère, 62 ans, grande multipare)

Effectuer des achats pour le nouveau-né est signe de mauvais augure pour lui. C'est pourquoi on le recouvre souvent avec des pagnes amenés par la mère en attendant qu'on lui achète des habits :

Q : Comment avez-vous habillé votre bébé ?

R : On l'a enveloppé dans un pagne.

Q : Pourquoi dans un pagne et non des vêtements ?

R : Je ne donne l'argent pour les vêtements, qu'après la naissance.

Q : Pourquoi attendre la naissance pour acheter les habits ?

R : Préparer les choses pour la venue d'un bébé (ngèsigui) n'est pas bon. Certains enfants retournent d'où ils sont venus à cause de ça (den bè kosegui).

(Père, 48 ans, enseignant)

d) Les pratiques alimentaires

Le lait maternel est la meilleure manière de nourrir le bébé. Il contient les éléments nécessaires pour l'alimenter et le protéger contre les maladies et aide à son développement physique et mental. Au cours de l'étude, un accent particulier a été mis sur la connaissance des femmes sur les techniques d'allaitement. Traditionnellement la règle d'or a été de toujours commencer par le sein droit pour chaque enfant. Cette précaution favoriserait l'entente dans la fratrie. Le souci majeur se situe au niveau de la perte de communication entre soignants et

soignés. Les jeunes mamans sont souvent aidées par les accompagnantes qui sont le plus souvent expérimentées.

« J'ai accouché vers 00h et après qu'elles m'ont amenée dans une autre salle avec mon bébé, je n'ai vu personnes jusqu'à l'aube. C'est ma belle-mère qui m'a aidée à mettre le bébé au sein (la tête du bébé dans la main droite, son corps sur mes cuisses et collé à mon ventre; la main gauche tient le sein et le met dans sa bouche de sorte qu'il prend le mamelon et tout l'aréole ; après quelques instants de tété on change de sein) quand son ventre est rempli on le met sur l'épaule pour qu'il rote. »

(Primipare, 24 ans)

Pendant le séjour hospitalier, les nouvelles mères évitent de donner autres choses que le lait maternel sauf au cas où la montée laiteuse tarde, dans ce cas précis elles donnent soit un mélange de datte et d'eau tiède où simplement de l'eau tiède pour compenser la faim.

Une attention particulière est portée à l'alimentation de la nouvelle maman au moins pendant la première semaine de vie du bébé.

Dans les pratiques populaires, l'alimentation après l'accouchement est essentiellement constituée de liquide à base de soupe pour permettre à la femme d'évacuer les débris restant dans l'utérus et favoriser la montée laiteuse. De ce fait, il y a des aliments qu'il faut éviter à tout prix pour le bien de la femme et de l'enfant comme les légumineuses, le riz, le pain etc..., pour éviter la constipation et le ballonnement.

« Avant, quand la femme accouchait, elle devait manger essentiellement de la soupe, surtout la soupe de tripes d'animaux (Fourou nadj) avec poivre de guinée (n'ganni fin), du sel gemme (koko fin) et du guéni ; elle devait boire de l'eau chaude et certaines décoction pour sa guérison. Elle devait surtout éviter le haricot, la patate; l'igname; en un mot tout ce qui gonfle son ventre, et qui peuvent aussi gonfler le ventre du bébé.»

(Grand-mère, 56 ans)

e) Les soins à domicile

1) Les personnes impliquées dans les soins en famille

Au cours de notre étude, on a constaté que prendre soin d'un nouveau-né relève des tâches ménagères; les hommes interviennent surtout dans la partie finance. Les parturientes sont le

plus souvent accompagnées par une vieille dame expérimentée (belle-mère, femme âgée du voisinage, guérisseuse etc.....). La nouvelle mère offre des présents (pagnes, savons, ou même de l'argent) après le baptême aux accompagnantes en guise de reconnaissance.

2) Le premier bain du nouveau-né

« *Dès qu'on est rentré en famille* » cette phrase revenait régulièrement dans les discours des femmes interrogées au cours de notre enquête. Elles ont déclaré en général que si l'enfant n'est pas bien lavé la première fois, il aura une mauvaise odeur tout au long de sa vie. Ce premier bain est donc donné le plus tôt possible et la technique est mieux maîtrisée par les vieilles mères comme nous l'a indiqué cette grand-mère âgée de 56 ans :

Q : Quand a t'il reçu son premier bain ?

R : Dès qu'on est rentré en famille.

Q : Pourquoi ?

R : Parce que maintenant on ne lave plus les bébés à l'hôpital donc dès qu'on rentre je lave les miens.

Q : En quoi consiste ce bain et pourquoi ?

R : Oui ce bain est difficile, on lave le bébé 7 fois de suite ensuite, on prend du lait pur de vache et on lave le bébé avec contre les mauvais œil (mauvais sort). Tout enfant qui n'a pas reçu ce bain aura une mauvaise odeur (kassa guellèni) quand il sera grand.

On remarque que ce bain est donné 6 heures de vie extra-utérine car c'est le temps moyen que font les femmes accouchées à l'hôpital.

3) Protéger la santé du nouveau-né

L'enquête nous a montré l'intérêt particulier que les mères portent à la santé de leur bébé. Pour cela, elles mettent l'accent sur l'habillement, l'alimentation et la propreté autour du bébé. Elles prennent soins de le laver, le masser avec le beurre de karité et de l'habiller avec des vêtements lourds, des chaussons, un bonnet pour ensuite l'envelopper dans un pagne, afin d'éviter tout contact avec l'air. Éviter les bains quotidiens, privilégier les essuyages, changer régulièrement la couche, ses vêtements doivent être en accord avec le climat. Laver le sein avant chaque tété, surtout les masser avec le beurre de karité, assurer une surveillance très rigoureuse et avoir un contact quasi permanent avec le nouveau-né sont des pratiques

fréquentes chez certaines femmes. L'alimentation de base est constituée de lait maternel pour toutes ces femmes et hommes mais pour d'autres elle est basée sur le lait artificiel pour diverses raisons (insuffisance du lait maternel, les mères absentes, maladies etc...). L'apport de décoctions ou de certains mélanges sont nécessaires pour préserver la santé du nouveau-né.

« Toute mère doit se préoccuper de la santé de son enfant en évitant de le tremper chaque jour dans l'eau surtout en période de fraîcheur, se laver les seins et les mains avant les tétées, surtout bien le masser avec du beurre de karité « tirer ses mains et ses pieds, mettre ses mains sur son dos et ses pieds sur son front » Du beurre de karité dans son nez et un peu dans sur ses lèvres et surtout éviter le contact avec l'air car là où il a quitté il n'y a pas d'air. »

(Femme, 50 ans, grand-mère)

La majorité des mères pensent que la vaccination protège et qu'effectivement les enfants tombent moins malades quand le calendrier est respecté. Elles reçoivent toutes les informations nécessaires lors des causeries avec les sages-femmes. Il est à noter qu'à cause du niveau d'éducation des parents, leur situation financière ainsi que certaines croyances, certains nouveau-nés n'ont pas accès aux vaccins. De façon générale, les femmes ont une bonne perception de la vaccination, mais l'enfant "n'étant pas pour la femme" la décision finale revient aux pères.

« J'ai commencé la vaccination de mon enfant 6 mois après la naissance car il a fallu l'intervention de ma belle-sœur pour que mon mari m'autorise à aller vacciner notre bébé, et j'ai pris tous les frais en charge. Même chose pour les maladies; on commence toujours avec les décoctions de feuille, celles qui veulent aller à l'hôpital se prennent en charge, ma coépouse a perdu deux de ses enfants dans ces conditions. »

(Femme, 36 ans, 3 enfants)

4) Privilégier la mixité thérapeutique

Nos données montrent que la majorité des femmes respectent les consignes données sur les soins oculaires et les soins du cordon, tout en s'assurant de ne pas oublier les thérapies traditionnelles considérées comme nécessaires, voire indispensables pour le bien-être du nouveau-né. Ces thérapies consistent généralement à nettoyer l'estomac du bébé, éviter les coliques, le protéger contre les mauvais esprits, à provoquer la chute rapide du cordon ombilical et à nettoyer les yeux. De nombreux témoignages ont confirmé l'utilisation des plantes en plus des médicaments prescrits par les agents de santé en période néonatale.

« Dès qu'on rentre à la maison, on prépare un mélange de beurre du lait de vache (naré) + poivre de guinée + sel gemme + mogogo ceci aide l'enfant à évacuer les saletés de son ventre. Ce sont ces saletés qui causent les maux de ventre chez l'enfant. »

(Femme, 55 ans grand-mère)

Les guérisseuses traditionnelles sont sollicitées par les femmes dans le cadre des soins traditionnels. Elles se servent de feuilles, des racines et des écorces d'arbre pour soigner, protéger et préserver la santé du nouveau-né :

« Pour les nouveau-nés il n'y a pas grand-chose à faire. En premier lieu, on donne les tisanes de feuilles du citronnier + gnama datchibali + beurre de karité à boire pour nettoyer le ventre et prévenir les petits maux de ventre. Ensuite la décoction de l'écorce du Cailcédrot pour le bain de protection. Nous avons aussi du beurre de karité préparé (chitoulou klichilé) pour la relaxation et la protection du corps de l'enfant. Nous sommes consultées en cas de maladie aussi. Dans ces cas, il y'a des remèdes spécifiques pour chaque maladie. »

(Guérisseuse traditionnelle 67ans)

VI. DISCUSSION

L'approche des soins dans une perspective familiale vise à harmoniser nos pratiques avec la définition de la santé selon l'OMS. Cette définition énonce que « la santé est un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [22]

A. Pratique pendant le séjour à l'hôpital

D'une manière générale à cause des multiples tâches, des obligations de leur vie quotidienne ainsi que l'inconfort de l'environnement sanitaire, beaucoup de femmes cherchent à rester le moins longtemps possible à la maternité. Dans notre étude les soins prodigués en milieu hospitalier tendent à occulter désormais certains soins familiaux :

- Les nouveau-nés ne sont plus soumis au bain qui était donné par les soignantes à la naissance suites aux recommandations internationales visant à lutter contre l'hypothermie néonatale.
- Les astuces populaires en matière des soins du cordon, des nouveau-nés ont évolué avec l'application de produits inappropriés en contradiction avec les recommandations des services sanitaires. Tel un produit phare, le beurre de karité est de plus en plus impliqué dans les soins corporels et du cordon ombilical, et est maintenant considéré comme une thérapie « génique » en matière de prévention et de soins chez le NN. Au cours de notre étude, le beurre de karité souvent mélangé à d'autres produits est perçu comme un moyen thérapeutique qui agit de manière rapide dans la chute du cordon ombilical. Une étude multicentrique en 2020 a démontré l'usage de beaucoup d'autres choses que les mères appliquent sur l'ombilic de leurs nouveau-nés tels que le cube Maggi (Togo), beurre de karité (Burkina, Mauritanie) et les préparations à base de plantes (Burkina, Togo, Cameroun). [12]
- L'allaitement maternel n'est pas aussi systématique qu'on peut le croire au vu des résultats de cette étude; 55% des nouveau-nés dont les mères ont été interrogées ont été mis précocement au sein contrairement à l'étude réalisé par Salimata Diaw en 2015 en commune I qui avait trouvé 18,1% [12]. Les femmes enquêtées ont du mal à accepter le concept de l'allaitement maternel exclusif. En effet, ne pas donner l'eau au NN jusqu'à 6 mois est une idée difficile à accepter par les femmes à cause de la forte chaleur qui sévit au Mali. Cette résistance est en lien avec le raisonnement des femmes et non pas avec la tradition. Aussi, dans les pratiques populaires, les tisanes et les décoctions sont particulièrement mobilisées en vue de favoriser la santé du NN. Ce

constat fait échos à nos résultats qui ont montré que seulement 16% des femmes de notre étude respectent l'allaitement maternel exclusif.

- Le Premier bain a lieu dès que le NN entre en famille compte tenu de son importance pour la tradition. Il est le plus souvent effectué par la grand-mère ou une tierce personne expérimentée. Parmi les NN enquêtés, 78% ont reçu leur bain entre 6 à 24h à domicile. A titre de comparaison, une étude menée en par 2015 par Peter Waiswa et al a montré que 49,6% des NN ont reçu leur premier bain plus de 24 heures après la naissance. Une autre étude mené au Mali par Salimata DIAW en 2015 montre que 86% des mères ont donné le premier bain à leur NN dès leur arrivé à domicile [13].

B. Continuum des soins thérapeutiques en milieu familial et les acteurs qui procurent ces soins

Lors de nos enquêtes, il s'est avéré que de nombreuses femmes ont été accompagnées par leur mari, la mère ou la belle-mère. Elles viennent pour soutenir la femme en travail, s'occuper du linge après l'accouchement, aider la mère à s'occuper du NN, servir à manger etc... Quant aux hommes, ils sont largement mobilisés pour l'accompagnement financier.

Les femmes âgées sont en tête de liste des personnes qui procurent les soins pour le bien être du NN. Dans les perceptions socioculturelles qui prévalent, les compétences de la grand-mère sont largement légitimées dans le domaine des soins aux nouveau-nés du fait qu'au cours de sa vie de mère, elle a pu acquérir une large expérience. Les hommes apparaissent comme étant moins impliqués dans les soins aux enfants, confirmant ainsi une division sexuelle du travail au sein du couple qui montre que les femmes s'occupent généralement de tout ce qui relève des tâches domestiques et des soins aux enfants.

Confiantes en leurs connaissances en matière de plantes comme remède traditionnel, elles conseillent aux mères de donner des décoctions à leurs nouveau-nés dès la première semaine de vie. D'autres recommandent d'attendre au moins que le nouveau-né ait 3 mois de vie. Selon elles, il est inconcevable de ne pas donner de décoctions aux nouveau-nés, car cela relève de soins, de protection, et d'entretien pour donner de la force au nouveau-né. Selon une étude menée en Côte-d'Ivoire par Claude Haxaire en 2007 les bains de décoctions commencent très généralement après le rituel de datation du nom. Les malhabiles confient cette tâche à une femme plus expérimentée. Aucune mère ne peut se soustraire au devoir de pratiquer ces soins. [24]

L'analphabétisme, les revenus limités de la population font que la médecine traditionnelle est de plus en plus sollicitée du fait de son ancrage culturel, social et spirituel même si souvent la médecine moderne est mobilisée en parallèle. Il serait difficile pour une quelconque mère de se soustraire de la pratique de ces soins même si parfois elles y sont opposées. Certaines se servent de la médecine moderne comme moyen de diagnostic pour ensuite faire recours à la médecine traditionnelle comme moyen thérapeutique.

L'accouchement dans un centre de santé est un atout majeur pour l'utilisation des services de santé en général et des services de vaccination en particulier. Au cours de notre étude nous avons compris que les rapports de couple ainsi que leur niveau d'instruction influencent fortement l'accès aux soins des nouveau-nés, car les prises de décisions concernant les problèmes du ménage sont l'apanage des maris. Les facteurs de probabilité de vaccination comprenaient : le pouvoir de décision de la femme, son statut social, le revenu familial.

Pour certain auteurs (GAVI 2016, Parashar S. 2015, Beker S., Petters DH., Glutiano, Black 2015) l'influence de l'éducation des deux parent a une emprise sur la probabilité de l'enfant de recevoir tous ses vaccins, tout en reconnaissant le rôle non négligeable de l'éducation de la mère [16 ; 17 ; 18 ; 19]. Similarité retrouvée avec les résultats de notre étude. Selon l'étude menée par Lindelow M. en 2014 [20] souligne l'importance du niveau d'éducation des autres membres du ménage dans la décision de recourir aux soins de santé dont la vaccination.

C. Alimentation de la nouvelle mère

L'alimentation de la nouvelle mère est spéciale mais cela ne dure que pendant une période précise « djoubatoya » (les 40 premiers jours après l'accouchement). Durant toute cette période, elle bénéficie d'une alimentation plus riche que d'habitude, essentiellement constitué d'aliments liquides. Ces habitudes alimentaires sont favorisées par les moyens financiers ainsi que la tradition. Néanmoins elle est aussi privée d'un certain nombre d'aliments qui sont susceptibles de provoquer des ballonnements, la constipation ainsi que beaucoup d'autres désagréments. Une étude similaire à Madagascar par Lantonirina R., Julio R. et Jean D.R. indique que l'alimentation de la femme allaitante fait l'objet d'un changement explicite juste après l'accouchement, particulièrement pendant la période de réclusion post-natale "*mifana*" (être au chaud). On lui prépare également un plat rituel le "*ropatsa*" (bouillons de petites crevettes) connu comme favorisant la montée laiteuse. Cependant, certaines femmes ont évoqué l'évitement de certains aliments tels que les tubercules, les feuilles vertes et les légumineuses ou la réduction de leur consommation pendant la période de "*mifana*"[23]. Le

respect de ces consignes alimentaires est bénéfique pour le bien être du NN et aide au rétablissement de la mère.

VII. CONCLUSION

La mortalité néonatale reste un fléau de grande envergure de la santé publique au Mali.

Notre étude nous a permis de conclure que nos pratiques traditionnelles n'ont pas connu une révolution. Les femmes sont conscientes que les pratiques ancestrales doivent évoluer mais la volonté de ne rien changer est plus forte. Chacun essaie d'apporter sa touche personnelle de modernité tout en gardant le modèle dit traditionnel. La majorité des acteurs avaient une mauvaise connaissance et pratique des soins à donner en période néonatale.

L'utilisation des substances inappropriées rendent de plus en plus vulnérable le nouveau-né dans sa période néonatale. En revanche l'administration de certains médicaments recommandés et nécessaires (vit A "mère" vit K1 et collyre "NN"), ainsi que les soins du cordon ont besoin d'être rehaussés. La pratique de l'allaitement maternel exclusif et précoce se trouve dans l'impasse face à l'ignorance des mères par rapport à son importance.

Le bain précoce n'est plus un geste de nettoyage banal mais il est plutôt perçu comme une pratique socioculturelle, une purification du corps de l'enfant. C'est pourquoi son report tardif est gênant voire inconcevable pour la famille. La pratique de la thérapie traditionnelle est loin d'être abandonnée au profit de la modernité, puisqu'elle est perçue comme efficace dans la protection et la préservation de la santé du nouveau-né. L'avènement de la médecine moderne est assez récent au vue de la société et son accès est souvent soumis à beaucoup de contraintes.

Pour une éventuelle amélioration du bien-être du nouveau-né dans l'espace familial il est impératif de renforcer la communication pour le changement de comportement.

Les futures études doivent porter sur l'adoption de l'allaitement maternel exclusif et l'usage de la phytothérapie chez le nouveau-né.

VIII. RECOMMANDATIONS

À l'issue de cette étude, les recommandations ci-dessous sont proposées et s'adressent :

- à l'État et ses partenaires sanitaires :
 - développer les programmes de Communication pour le Changement de comportement ;
 - promouvoir la promotion de l'allaitement maternel exclusif et précoce ;
 - prendre des dispositions pour renforcer les visites à domicile.
- aux prestataires de services sanitaires : Renforcer les activités de sensibilisation des mères sur :
 - la pratique de l'allaitement maternel exclusif et précoce pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant ;
 - l'administration systématique des soins oculaires et de la vitamine K1 ;
 - l'abandon de l'utilisation de substances inappropriées sur le cordon ombilical ;
 - le repérage des signes de danger du nouveau-né.
- Aux maris et à la famille :
 - apporter un soutien moral et financier à la mère dans le cadre des soins du nouveau-né ;
 - accompagner la femme dans les soins à domicile, à l'évacuation du nouveau-né dès l'apparition d'un signe de danger vers le centre de santé le plus proche ;
 - encourager les femmes à abandonner les pratiques néfastes pour le bien-être du nouveau-né.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Save the children Fédération, *Manuel de référence : des soins du nouveau-né*. 2004.P 270 PP 16
2. Institut National de la Statistique (INSTAT) Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF
3. OMS : *Nouveau-né : améliorer leur survie et leur bien-être*. . WHO Septembre 2020 <http://WWW.Who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns>.
4. Ministère de la Santé/ Direction nationale de la Santé Politique, *Normes et Procédure de Santé de la Reproduction au Mali (PNP Vol 4) : Procédures en Santé de la Reproduction Survies de l'enfant de 0 à 5 ans*. juin 2019 P 174 PP 13-14
5. **Jean Louis B.**, *Principes sur l'art des accouchements en faveur des élèves sages-femmes*. germer-bailliere 1837 : [https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Accouchement#:consulte le 18-02- 2022.p 712 pp144-153](https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Accouchement#:consulte%20le%2018-02-2022.p%20712%20pp144-153)
6. **Cariot A.**, *Analyse de traces de micropolluants dans l'eau et le lait maternel en vue d'évaluer leur impact sur la santé*, Thèse Santé-Environnement, Université de Poitiers. 2012 : [https://fr.m.wikipédia.org/wiki/lait maternel](https://fr.m.wikipédia.org/wiki/lait%20maternel). Consulter le 18-02-2022.
7. Save the children, *Manuel de référence : chapitre 3 Allaitement maternel*. Mars 2009. Consulter le 24-02-2022. P270 PP 81-87.
8. **Pison G., Couppié E., Caporali A.**, *Mortalité infantile*, Institut national d'études démographiques (ined): septembre2022 www.ined.fr.
9. **Pison G., Couppié E., Caporali A.**, *Mortalité néonatale : Institut national d'études démographique* (ined) : septembre2022 : [hpps://www.ined.fr /fr/lexique/mortalité néonatale](https://www.ined.fr/fr/lexique/mortalité%20néonatale).
10. Save the children USAID BASIC., *Manuel de référence : soins essentiels du nouveau-né (Mali)* Bamako Mars 2009. P 270 PP46 -93
11. **Dossi S.** *chute du cordon ombilical et soins du corps du nouveau-né privilégié par les savoirs populaires du Benin* : [https://www.cairn.info/Revue santé publique-2020/s1](https://www.cairn.info/Revue%20santé%20publique-2020/s1).
12. **Diaw S.**, *Pratique des soins essentiels aux nouveau-nés au niveau des centres de santé de la commune I du district de Bamako* 2015 thèse de la médecine. P139 PP 108
13. **Waisw A.**, *Effet de l'étude néonatale Ougandaise sur la recherche de soins et les pratiques de soins*, [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC 4385212](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC4385212).
14. <https://knoema.fr/atlas/Mali/topics/sant%c3%a9/%c3%89tat-de-sant%c3%a9/Taux-de-mortalit%c3%a9-n%c3%a9onatale>

15. **GAVI**, *Rapport de situation sur les couvertures vaccinales* 2016. page 18
16. **Parashar S.**, “Moving beyond the mother-child dyad :Women’s education ,child immunization, and the importance of context in rural India.”, *Soc Sci Med* . 2015 Sep;61(5): page 23.
17. **Becker S. Peters DH, Gray RH, Gultiano C, Black RE.**, “The determination of use of maternal and child health service in Metro Cebu, the Philippines”, *Health Transit Rev.* 2015Apr,3(1): page 77-89.
18. **Dembélé A.**, *Perception des médecins sur les déterminants de la non-adhésion de la population au programme du vaccin pentavalent en commune III du district de Bamako (Mali)* 2020, Thèse de la médecine.
19. **Lindelow M.**, *Health care decision as a family matter: intrahousehold education externalities and utilization of health services.* The World Bank; 2014. Page 1-29
20. OMS: *-The quality-of-care-in-health-* WHO 2022.
21. OMS: *Constitution.* WHO 2022
<https://WWW.Who.int/fr/about/gouvernance/constitution>
22. **Lantonirina R., Julio R. et Jean de Dieu Marie R.**, « Habitude alimentaire des mères pendant la grossesse et l’allaitement, région amonron’i Mania Madagascar étude qualitative », *The Pan African Medical Journal* 2018. <https://WWW.ncbi.nlm.nih>
23. **Haxaire C.**, *Soins, toilette du nouveau-né et rites d’imposition du nom chez les gouro de Côte d’Ivoire.* ERES, 2007. P 360 PP 111-122
24. **Joy E. , Zupan J., Begkoyian G. ; Knippenberg R. :** *Disease Control Priorites Projet (DCP2) , Chapitre 27 :Newborn Survival.* University of Washington Global Health Department of 2018-2021: WWW.dcp2.org.2006.
25. **R.Merger, J.Melchior :** *Précis d’obstétrique ;* Masson 2001.
26. OMS: *7000 nouveau-nés meurent encore chaque jour*, communiqué de presse, 19 OCTOBRE 2017.
27. OMS, *Démarrage précoce de l’allaitement maternel: recommandation* OMS 2018, V,M, Documentaliste IPA novembre 2018
28. **Lfarakh A.** *Les iniquités de santé reproductive au Maroc : si elles ne tuent pas, elles handicapent injustement.* Rabat : Observatoire National du Développement Humain ; 2018.
29. Dictionnaire de médecine Flammarion 7^{ème} Edition

30. OMS: *PREMIERS SOINS DU NOUVEAU-NE, Guide de poche de pratique clinique*, Première édition. WHO 2017.
31. **Kamissoko M.** *Etat des lieux de l'approche des soins essentiels au nouveau-né et son impact sur la morbidité néonatale dans le district sanitaire de Baraoueli.* Thèse de médecine. Bamako. 2010. numéro 371. P 69
32. Notre famille. Les 3 phases de l'accouchement. (page consultée le 30 Aout 2022). [en ligne].<https://www.notrefamille.com/maman/les-3-phases-de-laccouchement-les-3-phases-de-l-accouchement-l-expulsion-o778.html>
33. **Sangaré D. M-L, Amzallag M.** Soins du nouveau-né de la naissance à six heures. *Développement Santé*, 2010 ; n°197/198.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE :

RENSEIGNEMENTS SUR LA MÈRE

Q1. Numéro d'enquête.....

Q2. Age de la mère : 1=De 10 à 20ans; 2=De 21 à 30ans ;3=De 31à 40ans; 4=De 41 à 50ans

Q3. Provenance de la mère : commune.....

Q5. Ethnie : 1=Bambara; 2=Malinké; 3=Peulh; 4=sorhaï 5=Sarakolé ;6=Dogon ;7=Bozo
8=Forgeron ;9=Autres

Q6. Statut matrimonial: 1=mariée; 2=divorcée; 3=veuve; 4=célibataire

Q7. Niveau d'instruction de la mère : 1=alphabétisée; 2=non alphabétisée

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

Q9. Profession de la mère: 1=Ménagère; 2=Vendeuse; 3=fonctionnaire; 4=aide-ménagère;
99=Autres à préciser.

Q10. Nombre de grossesse :....

Soins reçus au centre de santé

Q11.Pendant combien de temps êtes-vous restée au centre de sante après l'accouchement.

Q12.Pouvez-vous nous dire en quelques mots ce qui s'est passé dans la salle d'accouchement en ce qui vous concerne vous et votre enfant ?

Q13.Votre enfant a-t-il reçu des soins de votre part ou de la part de vos parents pendant que vous étiez au centre de santé ? Si oui pourquoi lui a ton procuré ces soins depuis sa naissance.

Q14. Comment ce sont déroulés les soins du cordon ? Quel traitement avez-vous utilisé ? Pourquoi ?

Q15. Comment avez-vous habillé l'enfant ? Pourquoi ?

Q16. Expliquez en quelques mots comment vous allaitez votre enfant ?

Q17. A-t-il reçu autres choses que le lait maternel ? Lesquels ? Pourquoi ?

Soins reçus après le retour de la mère à la maison

Q18. Dans votre famille que fait-on en général pour protéger la santé du nouveau-né.

Q19. Pouvez-vous me dire les traitements traditionnels ou modernes reçus par votre enfant après votre retour à la maison ? Dites-nous la fonction de chacun de ces traitements ?

Q20. Quelles sont les personnes impliquées dans les soins du nouveau-né dans l'espace familial ?

Q21. Quand a-t-il reçu son premier bain ? Pourquoi ?

Q22.Existent-ils des aliments spécifiques que la mère doit consommer pour que l'enfant reste en bonne santé ? Si oui, lesquels ?

Q23.Y-a-t-il des aliments qui nuisent à la santé du nouveau-né ? Lesquels ?

Q24.Certaines comportements spécifiques de la mère favorisent-ils une meilleure santé chez l'enfant ? Si oui, lesquels ?

Q25. Que pensez-vous de la médecine moderne ou traditionnelle en cas de maladie ? Pourquoi?

Q26. Que pensez-vous du calendrier vaccinal ? Pourquoi ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: DIARRA

Prénoms : Fatoumata Tidiani

Titre de la thèse : Pratiques familiales autour des soins du nouveau-né de la maternité au domicile en milieu urbain : le cas de la commune III du District de Bamako

Année Universitaire : 2021-2022

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS/FAPH du Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Email : tata.diarramed5u@gmail.com

Numéro de téléphone : 0022371408058

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE!