

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

UNIVERSITE NAZI BONI
DE BOBO – DIOULASSO
(UNB)



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(INSSA)



Année universitaire 2016-2017

Thèse N° 111

**CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES
SUR LES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES ET LA
SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEE DANS DES HOPITAUX
DE OUAGADOUGOU.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 2017

Pour l'obtention du **grade de Docteur en MEDECINE** (Diplôme d'Etat)

Par

TOUGMA Aline Pegwendé épouse SANOU

Interne des Hôpitaux du Burkina Faso

Née le 25 mars 1986 à Gounghin Burkina Faso

Jury

Directeur de thèse
SOME Der Adolphe
Maître de conférences agrégé

Président du jury
Boubacar NACRO
Professeur titulaire

Membres :
Souleymane OUATTARA
Maître de conférences agrégé
S. L. Aimée KISSOU
Maître-assistante
Der Adolphe SOME
Maître de conférences agrégé

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

UNIVERSITE NAZI BONI
DE BOBO – DIOULASSO
(UNB)



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(INSSA)



Année universitaire 2016-2017

Thèse N°111

**CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PRESTATAIRES
SUR LES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES ET LA
SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEE DANS DES HOPITAUX
DE OUAGADOUGOU.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 2017

Pour l'obtention du **grade de Docteur en MEDECINE** (Diplôme d'Etat)

Par

TOUGMA Aline Pegwendé épouse SANOU

Interne des Hôpitaux du Burkina Faso

Née le 25 mars 1986 à Gounghin Burkina Faso

Jury

Directeur de thèse
SOME Der Adolphe
Maître de conférences agrégé

Président du jury
Boubacar NACRO
Professeur titulaire
Membres :
Souleymane OUATTARA
Maître de conférences agrégé
S. L. Aimée KISSOU
Maître-assistante
Der Adolphe SOME
Maître de conférences agrégé

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE NAZI BONI
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES
DE LA SANTE (IN.S.SA)

Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

Savoir-Excellence-Conscience

ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Par délibération, le Conseil scientifique de l'Institut Supérieur des Sciences de la santé (INSSA) arrête : « les opinions émises dans les thèses doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.»

Pour le Conseil scientifique

Le Directeur

Pr Macaire Ouédraogo

A blue scroll graphic with rounded corners and a vertical strip on the left side, resembling a rolled-up document. The text is centered on the scroll.

**LISTE DU PERSONNEL
ET DES
ENSEIGNANTS DE
L'INSSA**

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE NAZI BONI
DE BOBO-DIOULASSO

01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01

Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax (226) 20 98 25 77



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

Savoir-Excellence-Conscience

INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES

DE LA SANTE (IN.S.SA)

Tél. 20 98 38 52

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT
SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA) (ANNEE
UNIVERSITAIRE 2016-2017)**

.....

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Directeur | Pr S. Macaire OUEDRAOGO |
| 2. Directeur Adjoint | MCA Léon G. Blaise SAVADOGO |
| 3. Chef du département médecine et spécialités médicales | MCA Téné Marceline YAMEOGO |
| 4. Chef du département de Gynécologie- Obstétrique | MCA Souleymane OUATTARA |
| 5. Chef de département de Santé publique | MCA Léon G. Blaise SAVADOGO |
| 6. Directeur des stages | MCA Patrick DAKOURE W. H |

7. Chef du département de Chirurgie et spécialités chirurgicales MCA Rasmané BEOGO
8. Chef du département de Pédiatrie Dr K. Raymond CESSOUMA
9. Chef du département des Sciences fondamentales et mixtes MCA Sanata BAMBA
10. Secrétaire principal M. Seydou BANCE
11. Chef du Service Administratif et Financier M. Aly BARRO
12. Chef du Service de la Scolarité M. Yacouba YAMBA
13. Responsable du Service des ressources humaines M. Seydou BANCE
14. Responsable de la Bibliothèque Mme. Haoua TALL
15. Secrétaire du Directeur Mme Fati SANGARE/OUIMINGA

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017).

.....

1. PROFESSEURS TITULAIRES

- | | | |
|----|-------------------|---------------------------------|
| 1. | Blami DAO* | Gynécologie-obstétrique |
| 2. | Macaire OUEDRAOGO | Médecine interne/Endocrinologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- | | | |
|-----|------------------------|--|
| 1. | Souleymane OUATTARA | Gynécologie-obstétrique |
| 2. | Issiaka SOMBIE** | Epidémiologie |
| 3. | Jean Baptiste ANDONABA | Dermatologie-vénérologie |
| 4. | Zakari NIKIEMA | Imagerie médicale |
| 5. | Léon Blaise SAVADOGO | Epidémiologie |
| 6. | Patrick W.H. DAKOURE | Orthopédie-Traumatologie |
| 7. | Téné Marceline YAMEOGO | Médecine interne |
| 8. | Abdoulaye ELOLA | ORL |
| 9. | Sanata BAMBA | Parasitologie-Mycologie |
| 10. | Rasmané BEOGO | Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale |
| 11. | Jean Wenceslas DIALLO | Ophtalmologie |
| 12. | Carole Gilberte KYELEM | Médecine interne |
| 13. | Abdoul Salam OUEDRAOGO | Bactériologie/Virologie |

- | | | |
|-----|----------------------|-------------------------|
| 14. | Der Adolphe SOME | Gynécologie-obstétrique |
| 15. | G. E Armel PODA | Maladies infectieuses |
| 16. | Ibrahim Alain TRAORE | Anesthésie Réanimation |

3. MAITRES- ASSISTANTS

- | | | |
|-----|----------------------------|---------------------------------|
| 1. | Bakary Gustave SANON | Chirurgie -Anatomie |
| 2. | Boukary DIALLO | Dermatologie-vénérologie |
| 3. | Salifou GANDEMA | Médecine physique/ Réadaptation |
| 4. | Aimé Arsène YAMEOGO | Cardiologie |
| 5. | Seydou TRAORE** | Imagerie médicale |
| 6. | Raymond CESSOUMA | Pédiatrie |
| 7. | Cyprien ZARE | Chirurgie |
| 8. | Emile BIRBA | Pneumologie |
| 9. | Salifo SAWADOGO | Hématologie |
| 10. | Sié Drissa BARRO | Anesthésie-Réanimation |
| 11. | S. L. Aimée DAKOURE/KISSOU | Pédiatrie |
| 12. | Ibrahim SANGARE | Parasitologie générale |

1. ASSISTANTS

- | | | |
|----|------------------------|------------------------|
| 1. | Moussa KERE | Psychiatrie |
| 2. | Yacouba SOURABIE | Immunologie |
| 3. | Jean Baptiste TOUGOUMA | Cardiologie |
| 4. | Souleymane FOFANA | Pharmacologie générale |
| 5. | Malick DIALLO | Chirurgie orthopédie |
| 6. | Makoura BARRO | Pédiatrie |

7. Richard Wend Lasida OUEDRAOGO	ORL et Chirurgie cervico-facial
8. Adama OUATTARA	Chirurgie Urologie
9. Issouf KONATE	Dermatologie
10. Valentin KONSEGRE	Anatomie pathologique
11. Mâli KOURA	Hépatogastro-entérologie
12. Clément Zièmlé MEDA	Epidémiologie
13. Mariam HEMA/DOLO	Ophthalmologie
14. Jacques ZOUNGRANA	Infectiologie
15. Adama DEMBELE	Gynécologie obstétrique
16. Mamoudou CISSE	Parasitologie
17. Michel GOMGNIBOU	Biologie moléculaire
18. Ollo Roland SOME	Cancérologie
19. Nafi OUEDRAOGO	Physiologie

*En disponibilité

**En détachement

Premier doyen de l'IN.S.SA admis à la retraite : **Pr Tinga Robert GUIGUEMDE**

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE NAZI BONI
DE BOBO-DIOULASSO
01BP. 1091 Bobo-Dioulasso 01
Tél. (226) 20 98 06 35 / Fax (226) 20 98 25 77

*INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES
DE LA SANTE (IN.S.SA)*
Tél. (226) 20 95 29 90



BURKINA FASO

Unité-Progrès -Justice

Savoir-Excellence-Conscience

LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES

(2016 - 2017)

1. ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'UNB INTERVENANT A L'IN.S.SA

- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|
| 1 | Ahmed SERE | : Physique |
| 2 | Bétaboalé NAON | : Physique |
| 3 | Georges Anicet OUEDRAOGO | : Biochimie |
| 4 | M'Bi KABORE | : Physique |
| 5 | Théodore M. Y. TAPSOBA | : Maths et Statistiques |
| 6 | Aboubacar TOGUEYINI | : BC/Génétique |
| 7 | Younoussa MILLOGO | : Chimie |
| 8 | Samadou COULIBALY | : Anglais |
| 9 | Golo Seydou BARRO | : Informatique médicale |

2. ENSEIGNANTS VACATAIRES

- 1 Abel KABRE : Neurochirurgie
- 2 Adama LENGANI : Néphrologie
- 3 Idrissa SANOU : Bactériologie/Virologie
- 4 Amadou TOURE : Histologie Embryologie
- 5 André SAMADOULOUYOU : Cardiologie
- 6 Appolinaire SAWADOGO : Pathologie digestive
- 7 Arouna OUEDRAOGO : Psychiatrie
- 8 Assita SANOU/LAMIEN : Anatomie pathologique
- 9 Athanase MILLOGO : Neurologie
- 10 Boubacar NACRO : Pédiatrie
- 11 Braïma SESSOUMA : Biochimie
- 12 Busia KOFFI : Médecine traditionnelle
- 13 Dieudonné OUEDRAOGO : Rhumatologie
- 14 Djakaria CISSE : Anglais
- 15 Germain SAWADOGO : Biochimie clinique
- 16 Joachim SANOU : Anesthésie Réanimation
- 17 Kampadilemba OUOBA : ORL
- 18 Fallou CISSE : Physiologie
- 19 Nazinigouba OUEDRAOGO : Physiologie

- 20 Norbert RAMDE : Médecine légale et Déontologie
médicale
- 21 Noufounikoun MEDA : Ophtalmologie
- 22 Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI : Anatomie pathologique
- 23 Pierre GUISSOU : Pharmacologie générale
- 24 Lassana SANGARE : Bactériologie/Virologie
- 25 Sélouké SIRANYAN : Psychiatrie
- 26 Théophile Lincoln TAPSOBA : Biophysique
- 27 Timothée KAMBOU : Urologie
- 28 Vincent OUEDRAOGO : Médecine du travail
- 29 Hama DIALLO : Bioéthique
- 30 Zékiba TARNAGDA : Maladies infectieuses
- 31 Mme Liliane DABIRE/MEDA : Anglais
- 32 Mme Mathurine C.KOULIBALY/KANKO : Anglais
- 33 Georges OUEDRAOGO : Pneumologie
- 34 Jean Bernard GBANGOU : Informatique médicale
- 35 Thierry W. GUIGMA : Informatique médicale
- 36 Zan KONE : Médecine traditionnelle
- 37 Hermann G. L BELEMLILGA : Anatomie et Chirurgie Générale
- 38 Bernard ILBOUDO : Santé Publique

39	Jean TESTA	: Informatique médicale
40	Daman SANON	: Cancérologie
41	Sandrine LOMPO	: Médecine du Travail
42	Alfred OUEDRAGO	: Histologie embryologie
43	Martial OUEDRAOGO	: Pneumologie
44	Abdoul Karim PARE	: Anatomie et Chirurgie générale
45	Massadiami SOULAMA	: Anatomie et Traumatologie
46	Sié Benoit DA	: Psychiatrie
47	Ibraïma TRAORE	: Anatomie et Stomato
48	Toua Antoine COULIBALY	: Anatomie et Stomato
49	Rasmata OUEDRAOGO	: Bactériologie/ Virologie
50	Gisèle OUEDRAOGO/BADOUM	: Pneumologie
51	W Joëlle ZABSONRE/TIENDREBEOGO	: Rhumatologie
52	Aoua SEMDE	: Néphrologie
53	Abbé Emmanuel NABALOUM	: Ethique médicale



DEDICACES

Je dédie ce travail à :

DIEU l'éternel tout puissant, créateur de toute chose, en qui j'ai placé toute mon espérance, je te rends grâce, toi mon protecteur, pour le travail accompli. Tu es mon Berger et tu m'as toujours conduit dans de verts pâturages ; merci infiniment pour ta miséricorde. Fais-moi voir toujours ta gloire dans la santé, la joie, la paix et la longévité par JESUS CHRIST ton fils notre sauveur. Que ta lumière brille et éclaire ma vie
AMEN !

La sainte vierge Marie, mère du bel amour ! Tu as toujours intercédé pour moi, aujourd'hui je te suis très reconnaissante, merci pour toute cette aide. Mère comblée de grâces sois toujours la Reine du ciel et veille toujours sur ma famille et moi, intercède en notre faveur. Toi qui défais les nœuds, défais tous les nœuds de ma vie et prie pour moi amen !

Mon bien-aimé et tendre époux SANOU Dominique

Mon amour, que serai-je sans toi ? Mon ami, mon confident, tu m'as toujours soutenue, encouragée et aidée dans la joie comme dans la tristesse, dans la santé comme dans la maladie. Merci pour ta présence à mes côtés. Les mots sont insuffisants pour te traduire toute ma gratitude, accepte ce travail qui est aussi le tien. Puisse Dieu raffermir notre amour, nous garder longtemps ensemble dans sa grâce, en nous accordant la santé, la joie, la longévité et le bonheur et qu'il bénisse abondamment nos enfants.

Tu es ma force, ma tendresse et mon attachement. De tout cœur je t'aime.

Que DIEU te bénisse.

A ma fille SANOU Abi Auriane Dorine

Mon enfant, tu es ma joie de vivre ; ta venue a été un grand bonheur dans ma vie. Tu es ma source d'inspiration et tu me donnes la force de ne pas baisser les bras. Pour toi je ne cesserai de me battre. Que Dieu te bénisse et t'accorde le bonheur. Je t'aime très fort !

A mon père Augustin TOUGMA

Tes bénédictions m'ont suivie. Tu as hésité au début sur mon choix mais vite tu as compris que je tenais à être « docteur », tu n'as cessé de m'encourager et de me soutenir. Tu t'es toujours battu pour nous tes enfants, tu nous as donné une éducation sans faille ; sois honoré par ce travail qui est aussi le tien. Que Dieu te donne une longue et heureuse vie dans la santé auprès de nous. Je t'aime papa !

A ma mère Téné OUEDRAOGO

Je sais que tu attendais ce jour avec impatience ! Nous y sommes enfin ! Merci maman pour tes prières et tes bénédictions. Tu as toujours voulu que je sois ce que je suis aujourd'hui. Je suis fière d'avoir réalisé ton rêve. Reçois ce travail qui est absolument le tien. Sincères gratitude d'une fille à sa mère. Puisse Dieu t'accorder une longue vie bénie et comblée de grâces, surtout la santé. Je t'aime maman.

A mes frères et sœurs : Serge Alain, Jean-Marc, Guy Apollinaire, Charles Maximilien, les jumelles Rachel et Rebecca

Merci pour votre amour et votre affection ! Merci pour le soutien indéfectible dont vous faite montre tous les jours. Vous avez toujours répondu présents à toutes mes sollicitations. Vous êtes formidables. Ce travail est aussi le vôtre car vos prières n'ont jamais manquées. **Alain**, toi mon faux jumeau merci pour l'encadrement. Que Dieu vous bénisse et fortifie cet amour qui nous unit tous !

A mes tantes et oncles

Vous n'avez jamais cessé d'avoir confiance en moi. Merci beaucoup. Soyez bénis !

A ma belle – famille

Vous qui m'avez accueillie à bras ouverts et m'avez procuré votre soutien, soyez-en grandement remerciée. Que Dieu vous bénisse abondamment !

A ma belle- sœur Rébecca Compaoré épouse Tougma

Ce travail est le tien. Tu n'as ménagé aucun effort pour me soutenir tout au long de ces études. Merci infiniment pour ta sollicitude. Que Dieu veille sur toi, qu'il te comble de bonheur dans ton foyer comme dans ta profession. Sois richement bénie.

A mes marraines Muriel et Odette à Nice en France et Laurentine

Voici le résultat de tous vos efforts ! Merci à vous de m'avoir permis de suivre des études primaires et secondaires dans le confort. Merci pour vos aides multiples. Trouvez à travers ce travail toute ma reconnaissance.

A René Emmenengger

Depuis 2001, tu me soutiens beaucoup. Merci Bacio ; que Dieu te le rende au centuple. Tu m'as donné, cette grande opportunité de faire des études médicales aussi longues que soient-elles. Je te suis sincèrement reconnaissante, ce travail est le fruit de nos efforts. Que DIEU te bénisse ainsi que toute ta famille.

A toi ma très chère Laetitia SANON

Plus qu'une amie, tu es ma sœur. Reçois à travers ce travail toute ma gratitude. Sois richement bénie.

A Liliane Bambara

Les mots me manquent pour te signifier toute ma reconnaissance. Merci d'avoir toujours été là. Merci pour ton soutien infailible. Sois comblée de la grâce divine.

A toi Mme Bayané née Zoungrana Bintou. Cher sœur, tu as toujours été à mes côtés, reçois ce travail, qui est aussi le tien en signe de notre fraternité. Que DIEU nous garde toujours ensemble, sois richement bénie.

A toute la deuxième promotion de l'INSSA

Nous avons passé de bons moments ensemble, des liens se sont tissés et nous sommes devenus une seule famille. Que Dieu nous garde longtemps ensemble et nous comble de bonheur. Merci à tous pour vos soutiens. Et un merci particulier à Dominique BICABA pour sa sollicitude.

A mes amis: Assita Coulibaly, Aicha Koné, Marina Kikoné, Sarrah Tapsoba, Tatiana Zinaba, Sandrine Hien , Issouf Zongo et son épouse, Eloi Dah et son épouse, Mathieu Ilboudo, Sita SANGARE et tous les autres qui, de près ou de loin n'ont cessé de me soutenir ! Cette œuvre est la vôtre.

IN MEMORIAM

A mon beau-père SANOU Zéphirin

Le peu de temps que j'ai passé à vos côtés, m'a permis de découvrir vos grandes qualités humaines ; mais hélas ! Dieu vous a arraché précocement à mon affection le Mardi 04 Avril 2017. Mon grand souhait aurait été que vous soyez présent à ma soutenance. De là-haut veillez sur toute la famille et moi. Je ne vous oublierai jamais papa ! Reposez en paix.

A mes grands – parents: TOUGMA Alphonse, OUEDRAOGO Francois et SARIA Basseri

Vous que Dieu a rappelés si prématurément auprès de lui, vous n’avez pas pu assister à l’aboutissement de ce travail, que vos âmes reposent en paix. Amen !



REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement, au cours duquel j'ai bénéficié d'encadrement, d'encouragements et du soutien de plusieurs personnes, à qui je tiens à dire merci.

- ✓ **Pr SOME Der Adolphe.** Cher Maître ! vos qualités de grand formateur, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre sens du travail bien fait m'ont conquis. J'ai donc sollicité votre suivi. J'ai pu constater combien vous êtes une personne d'une grande rigueur mais également d'une grande compréhension. Votre grande logique, fait de vous un exemple dans le domaine médical. Je m'efforcerai d'être digne, de l'enseignement reçu de vous. Soyez rassuré cher Maître, de ma gratitude et de mon profond respect. Puisse le Seigneur vous bénir et vous accorder une longue vie heureuse sans oublier toute votre famille.

- ✓ **Pr THIEBA / BONNANE Blandine.** Cher Maître, vous avez été un guide et un soutien pour moi tout au long de ces études. Soyez remercié pour vos encouragements, pour votre large ouverture d'esprit, pour votre attention et pour votre amabilité à mon égard.

- ✓ **Les DES de gynécologie-obstétrique et sages-femmes :** qui ont mené l'enquête avec moi, merci pour votre disponibilité et votre travail bien accompli.

- ✓ **Les différents SUS des maternités de référence.** Bien à vous, pour la franche collaboration.

- ✓ **Les prestataires des maternités de référence de Ouagadougou.** Merci pour la participation à cette étude.

- ✓ **KIENOU Odilon ; Dr Modeste Lengani et Mr TRAORE Oula** merci pour votre aide incommensurable.

- ✓ **Pr Blami Dao.** Cher maître, l'opportunité m'est donnée de vous faire part de la grande estime et de l'admiration, que j'ai pour vous. Vous avez été un guide incontestable et inestimable pour moi tout au long de ce travail, merci infiniment. Vous avez su m'inculquer le sens de la rigueur de la perfection par votre savoir, savoir-faire et savoir-être. J'ai toujours été impressionnée par votre simplicité, votre sens de l'organisation, votre humilité, votre générosité et votre amour du travail bien fait. Que Dieu vous comble, vous et votre famille au-delà de vos attentes.

- ✓ **A ma belle-mère SANOU née TRAORE Sanata,** vous m'avez accueillie à bras ouverts, vous m'avez témoigné chaque jour de l'affection. Merci pour vos conseils prodigués et votre aide combien fructueuse pour la perfection de cet œuvre. Puisse Dieu vous garder longtemps en bonne santé à nos côtés. Je vous aime maman !

- ✓ **L'UNFPA** vous œuvrez au quotidien pour la santé maternelle et néonatale, vos actions dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile sont connues de part le monde. Merci à vous pour l'intérêt porté à notre tâche et pour le soutien dont vous avez fait montre. Trouvez ici l'expression de mon profond respect.

- ✓ **La CRESAR** vos efforts quotidiens pour accompagner les étudiants dans la recherche de la santé de la reproduction sont connus de tous. Nous vous remercions pour votre soutien infailible à la réalisation de cette œuvre. Nous vous prions de recevoir l'expression de notre profond respect.



**HOMMAGES A NOS
MAITRES ET JUGES**

A notre maître et président du jury,

Pr Boubacar NACRO

Vous êtes :

- Professeur titulaire en Pédiatrie à l'UFR/SDS
- Chef du département de Pédiatrie du CHUSS
- Directeur de la prospective universitaire et de la coopération du CHUSS

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites, en acceptant de sacrifier un peu de votre précieux temps pour présider ce jury. Vous contribuez ainsi à la perfection de notre modeste travail. Soyez rassuré de notre vive reconnaissance.

Vous n'avez cessé de nous transmettre durant toutes ces années de formation la rigueur et le souci du travail bien fait. Votre simplicité, vos qualités scientifiques, humaines et pédagogiques font de vous une référence et un modèle dans le monde Scientifique et Médical. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements à l'INSSA et lors de notre passage en tant que stagiaire, dans le département de pédiatrie du CHUSS. Vous êtes pour nous, un exemple et une source d'inspiration.

Que Dieu, le miséricordieux, en cette période de Ramadan vous bénisse et vous accorde sa grâce sans oublier votre famille ! Qu'il vous permette de poursuivre aussi longtemps que possible votre œuvre au service de l'humanité.

A notre Maître et membre du jury

Pr Souleymane OUATTARA

Vous êtes :

- Médecin gynécologue-obstétricien au CHUSS
- Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique
- Chef du département de gynécologie-obstétrique à l'INSSA
- Chef du service de gynécologie au CHUSS
- Diplômé en colposcopie

Cher Maître, nous sommes très marqués, par l'honneur que vous nous faites en acceptant malgré vos multiples occupations de juger ce travail. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques, pendant nos études médicales. Honorable Maître, votre dynamisme, votre rigueur, votre amour du travail bien fait, vos qualités d'orateur et vos grandes qualités humaines font de vous un modèle dans le monde de la recherche scientifique.

Nous vous prions cher maître, de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et de nos sincères remerciements.

Que Dieu le miséricordieux, en ce moment de carême vous bénisse, sans oublié votre famille.

A notre Maître et membre du jury,

Dr Aimée KISSOU / DAKOURE

Vous êtes :

- Médecin spécialiste en pédiatrie au CHUSS
- Maître-Assistante en pédiatrie à l'INSSA
- Chef du service grands enfants de la pédiatrie du CHUSS

Honorable maître,

Nous sommes très marqués par l'honneur que vous nous faites en acceptant malgré vos multiples occupations de juger ce travail.

Votre simplicité, vos qualités scientifiques, et pédagogiques font de vous une référence et un modèle dans le monde Scientifique et Médical.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre encadrement lors de notre stage pratique en pédiatrie. Nous avons été impressionnés par votre rigueur, vos hautes qualités humaines, intellectuelles et votre disponibilité.

Veillez recevoir nos sincères remerciements. Que Dieu vous bénisse et vous accorde à vous et à votre famille une longue et heureuse vie. Qu'il vous réserve une fructueuse carrière médicale !

A notre maître et directeur de thèse,

Pr Der Adolphe SOME

Vous êtes :

- Médecin spécialiste en Gynécologie-obstétrique au CHUSS
- Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à l'INSSA
- Chef de service de médecine de la reproduction du département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction du CHUSS.
- Diplômé en médecine et biologie de la reproduction
- Diplômé en colposcopie et pathologies cervico-vaginales
- Diplômé en échographie gynécologique et obstétricale

Honorable Maître,

Vous avez bien voulu diriger ce travail et nous guider à chaque étape de sa réalisation, malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu l'avantage de bénéficier de vos enseignements en gynécologie-obstétrique au sein de l'INSSA. Vous êtes d'une grande rigueur, d'une grande compréhension. Votre disponibilité, votre humilité, votre amabilité, vos connaissances intellectuelles et pratiques font de vous, un grand homme, un savant. Le fait de travailler avec vous est un privilège.

Veillez bien, au-delà de nos insuffisances et de nos lacunes, considérer ce modeste travail comme un hommage, à votre personnalité.

En ce jour solennel, vous nous donnez l'occasion de vous dire, merci pour tout ce que vous nous avez donné et pour tout ce que vous nous avez permis de réaliser.

Soyez rassuré de notre profond respect.

Que DIEU vous bénisse et vous comble au-delà de vos attentes, vous et votre famille.



SOMMAIRE

ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE.....	I
LISTE DU PERSONNEL ET DES	ENSEIGNANTS DE L'INSSA
.....	II
DEDICACES	XII
REMERCIEMENTS	XVIII
HOMMAGES A NOS MAITRES ET JUGES.....	XXII
SOMMAIRE.....	XXVII
RESUME	XXXIII
ABSTRACT.....	XXXV
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	XXXVII
LISTE DES TABLEAUX.....	XXXIX
LISTE DES FIGURES	XLII
INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME	1
I. GENERALITES.....	4
I.1. EQUIPEMENT ET FOURNITURES POUR LA SALLE D'ACCOUCHEMENT ET LES SOINS POSTNATALS IMMEDIATS.....	5
I.2. APERÇU SUR LA PRATIQUE DES SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU-NE.....	7
<i>I.2.1. Les étapes des soins essentiels au nouveau-né.....</i>	<i>7</i>
<i>I.2.2. Eléments de surveillance après les soins immédiats</i>	<i>9</i>
I.3. EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE	9
<i>I.3.1. Teint.....</i>	<i>10</i>
<i>I.3.2. Respiration.....</i>	<i>10</i>

I.3.3. Rythme respiratoire	10
I.3.4. Posture et allure générale	10
I.3.5. Rythme cardiaque	10
I.3.6. Chaleur	11
I.3.7. Activité	11
I.3.8. Peau	11
I.3.9. Yeux	11
I.3.10. Bouche	12
I.3.11. Poitrine	12
I.3.12. Abdomen	12
I.3.13. Dos et colonne vertébrale.....	12
I.3.14. Anus	12
I.3.15. Organes génitaux externes de la fille	12
I.3.16. Organes génitaux externes du garçon.....	13
I.3.17. Température.....	13
I.3.18. Poids	13
I.4. RYTHME ET ELEMENTS DE SURVEILLANCE MATERNELLE LES SIX PREMIERES HEURES POST – PARTUM	13
I.4.1. Rythme de surveillance maternelle les six premières heures post–partum. 13	
I.4.2.Eléments de surveillance maternelle du post–partum.....	14
II. REVUE DE LA LITTERATURE	15
2.1 DANS LE MONDE	16
2.2. AU BURKINA FASO	17
III. QUESTION DE RECHERCHE	20
IV. OBJECTIFS	22
.....	22
VI.1. OBJECTIF GENERAL	23

VI.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	23
V. CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE	24
V.1 CADRE DE L'ETUDE.....	25
V. 2. LE CHAMP DE L'ETUDE.....	25
VI. METHODOLOGIE	27
VI.1. TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE :	28
VI.2. POPULATION D'ÉTUDE.....	28
<i>VI.2.1. Population cible</i>	28
<i>VI.2.2. Population source</i>	28
VI.3. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION	28
<i>VI.3.1. Critères d'inclusion</i>	28
<i>VI.3.2 Critères de non inclusion</i>	29
VI.4. ECHANTILLONNAGE ET CALCUL DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON	29
VI.5. COLLECTE DES DONNEES.....	29
<i>VI.5.1 Méthode, techniques et instruments de collecte des données</i>	29
<i>VI.5.2. Etapes préparatoires : accomplissement des formalités administratives.</i>	30
<i>VI.5.3. Sélection et formation des enquêteurs</i>	30
<i>VI.5.4 Déroulement de l'enquête</i>	30
<i>VI.5.5. Les variables recherchées</i>	31
VI.6. ANALYSE DES DONNEES	35
VII. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	36
VIII. RESULTATS	38
VIII.1. PROFIL DES AGENTS DE SANTE QUI ASSURAIENT LES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES DANS LES HOPITAUX.....	40
VIII.2. EVALUATION DE LA DISPONIBILITE DES EQUIPEMENTS ET CONSOMMABLES POUR LES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES ET LA SURVEILLANCE DES ACCOUCHEES DANS LES HOPITAUX DE REFERENCE DE OUAGADOUGOU	42

<i>VIII.2.1. Matériel pour les soins de base aux nouveau-nés</i>	42
<i>VIII.2.2. Matériel et consommables pour la prévention des infections</i>	44
<i>VIII.2.3. Equipement pour la prise en charge de l'hypothermie</i>	47
<i>VIII.2.4. Matériel de prise en charge de l'asphyxie</i>	48
<i>VIII.2.5. Autres médicaments et consommables pour la prise en charge du nouveau-né</i>	50
<i>VIII.2.6. Matériel d'alimentation du nouveau-né à risque</i>	51
<i>VIII.2.7. Consommables et médicaments pour la prise en charge de l'accouchée récente</i>	52
VIII.3. L'ORGANISATION DES SOINS AUX NOUVEAU-NES DANS LES HOPITAUX DE REFERENCE	53
<i>VIII.3.1. Coin de prise en charge du nouveau-né asphyxié</i>	53
<i>VIII.3.2. Organisation du personnel</i>	53
<i>VIII.3.3. Unité de néonatalogie au sein de la maternité</i>	54
<i>VIII.3.4. Transfert des nouveau-nés</i>	55
VIII.4 EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPETENCES DES AGENTS DE SANTE SUR LES SOINS ESSENTIELS IMMEDIATS DU NOUVEAU-NE DANS LES HOPITAUX DE REFERENCE	55
<i>VIII.4.1 Connaissance du matériel de soin</i>	55
<i>VIII.4.2. Connaissance de l'organisation des soins</i>	58
<i>VIII.4.3. Connaissance des procédures de soins</i>	60
<i>VIII.4.4. Connaissance sur la surveillance de l'accouchée</i>	63
<i>VIII.4.5. Vérification des compétences des prestataires</i>	64
IX. DISCUSSION	72
IX.1. LIMITES DE L'ETUDE.....	73
IX.2. DISCUSSION.....	73
<i>IX.2.1. Profil des agents de santé</i>	73
<i>IX.2.2. Equipements et consommables</i>	75

<i>IX.2.3. Organisation des soins aux nouveau-nés dans les hôpitaux de référence</i>	81
<i>IX.2.4 Connaissances des agents de santé sur les soins essentiels immédiats du nouveau-né dans les hôpitaux de référence</i>	84
<i>IX.2.5 Compétences des prestataires</i>	87
CONCLUSION	88
SUGGESTIONS	88
REFERENCES	88
ANNEXES	88
BIBLIOGRAPHIE	88
ICONOGRAPHIE	88
SERMENT D’HYPPOCRATE	88



RESUME

La mortalité néonatale et maternelle demeure un problème de santé publique. Parmi les déterminants, il y a l'environnement, la qualité des soins administrés et l'observance des règles de la prévention des infections au cours des soins. Notre étude avait pour objectif d'évaluer les conditions de travail et la pratique des soins essentiels au nouveau-né ainsi que la surveillance de l'accouchée dans des hôpitaux urbains à Ouagadougou.

Méthodologie: Il s'est agi d'une évaluation transversale des pratiques de soins avec une collecte prospective des données de septembre 2015 à juillet 2016.

Résultats : Tous les prestataires, au cours de leur formation de base avaient reçu la formation sur les soins essentiels au nouveau-né ; 58% n'avaient reçu aucune autre formation supplémentaire sur ce thème. Le matériel de barrière de protection existait dans toutes les maternités, à l'exception des lunettes de protection. L'autoclave n'était disponible que dans 57,14%. L'unité kangourou et la pratique des soins maternels kangourou existaient dans une seule maternité. L'ocytocine existait dans toutes ces maternités alors que le misoprostol l'était dans 57%. La connaissance des prestataires sur les soins essentiels immédiats au nouveau-né variait entre 2,44% pour l'identification du nouveau-né avec un bracelet d'identification et 91,87% pour le séchage et la stimulation du nouveau-né. Les gestes étaient exécutés dans 100% des cas pour la vérification de la respiration, le séchage, l'enveloppement du nouveau-né et la section du cordon. Au total 14 sur les 123 prestataires avaient assuré le contact peau à peau avec une parfaite maîtrise. On a noté que 87 prestataires surveillaient l'accouchée parmi lesquels 9 avaient suivi le rythme recommandé.

Conclusion : La formation du personnel qualifié ainsi qu'un équipement sanitaire adapté s'avèrent nécessaire

Mots

clés : *évaluation – soins essentiels – nouveau-né – accouchée - Ouagadougou.*



ABSTRACT

Maternal and neonatal deaths are still public health concerns nowadays. Among the causes of these issues are, environment, quality of care provided and also the non-compliance to the rules of infections prevention during care. Our study main objective was to evaluate the work conditions as well as the essential care administrated to the newborn and the surveillance of the new mother in urban hospitals of Ouagadougou.

Methods: A transversal evaluation of care practice with a prospective gathering of the data was carried out from September 2015 to July 2016.

Results: All caregivers, during their basic training had received a course on essential care for newborns; about 58% did not receive an additional training on this subject. Barrier protection materials excepted for googles were present in all the maternities. The autoclave was available only in 57.14% of cases. The kangourou unit and the kangourou maternal healthcare practice was available only in one maternity. The ocytocin was available in all the maternities while the misoprostol was only offered in 57% of them. The caregivers' knowledge about the immediate essential care to the newborn varied between 2.44% for the newborn identification with an identification bracelet and 91.87% for the drying and stimulation of the newborn. The actions executed in 100% of the cases were: the breathing checks, the drying, the wrapping of the newborn and the umbilical cord section. A total of 14 caregivers had done perfectly the "skin to skin" contact between the mother and the newborn. We noted that about 87 caregivers were monitoring the new mother and among them 9 followed the recommended rhythm.

Conclusion: There is a need to train the caregivers as well as to provide them with adapted healthcare equipment.

Keywords: evaluation, essential care, newborn, new mother, Ouagadougou



SIGLES ET ABREVIATIONS

ABR : Aider les bébés à respirer

AMS : Aider les mères à survivre

CGR : Culot globulaire rouge

CHR : Centre hospitalier régional

CHU-YO : Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CRTS : Centre régional de transfusion sanguine

DHN : Désinfection à haut niveau

EDS : Enquête démographique et de santé

EPCOP : Elaboration de protocole commun entre obstétricien et pédiatre

HSC : Hôpital saint Camille

ME : Maïeuticien d'Etat

NNE : Nouveau-né

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPGAR : Organisation de la prise en charge des grossesses à risque en concertation

ORCEOP : Organisation de réunion commune entre obstétriciens et pédiatres

PCIME : Prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant

PFC : Plasma frais congelé

SAA : Soins après avortement

SENN : Soins essentiels au nouveau-né

SFE : Sage - femme d'Etat

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

SONUC : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet

TETU : Tri-évaluation et traitement d'urgence



LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : REPARTITION DES PRESTATAIRES SELON LA FORMATION SANITAIRE	
D'ORIGINE.....	39
TABLEAU II : REPARTITION DES PRESTATAIRES SELON LA QUALIFICATION (N=123).	40
TABLEAU III : DISPONIBILITE DU MATERIEL DE SOINS DE BASE DANS LES HOPITAUX DE	
REFERENCE (1 = MATERIEL DISPONIBLE 0 = ABSENCE DU MATERIEL).....	43
TABLEAU IV : EQUIPEMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPOTHERMIE DU	
NOUVEAU-NE DANS LES MATERNITES DE REFERENCE (N=7).....	47
TABLEAU V : MATERIEL D'ASPIRATION DANS LES MATERNITES DE REFERENCE (N=7).	
.....	48
TABLEAU VI : MATERIEL DE VENTILATION DANS LES MATERNITES DE REFERENCE	
(N=7).	48
TABLEAU VII : AUTRES MATERIELS DE PRISE EN CHARGE DE L'ASPHYXIE DANS LES	
MATERNITES DE REFERENCE (N=7).....	49
TABLEAU VIII : AUTRES MEDICAMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE	
(N=7).	50
TABLEAU IX : MATERIEL D'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE (N=7).	51
TABLEAU X : NOMBRE DE PRESTATAIRES PRESENTS PAR GARDE DANS LES	
MATERNITES.	54
TABLEAU XI : MATERIEL POUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE CITES PAR LES	
PRESTATAIRES (N=123).	56
TABLEAU XII : FREQUENCE DES REPONSES DES PRESTATAIRES SUR L'ENUMERATION	
DU MATERIEL DE PREVENTION DES INFECTIONS EN SALLE DE NAISSANCE (N=123).	
.....	57
TABLEAU XIII : FREQUENCE DES REPONSES DES PRESTATAIRES SUR L'ENUMERATION	
DU MATERIEL DE REANIMATION DU NOUVEAU-NE (N=123).....	58
TABLEAU XV: FREQUENCE DES REPONSES DES PRESTATAIRES SUR L'ENUMERATION DE	
LA COMPOSANTE D'UN COIN DU NOUVEAU-NE (N=123).....	60

TABLEAU XVI : FREQUENCE DES REPONSES DES PRESTATAIRES SUR LES PROCEDURES DE SOINS IMMEDIATS AUX NOUVEAU-NES (N=123).....	61
TABLEAU XVII : FREQUENCE DES REPONSES SUR LES COMPOSANTES DES CINQ PROPRES (N=123).	62
TABLEAU XVIII : FREQUENCE DES REPONSES SUR L'ENUMERATION DES ELEMENTS DE SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEE RECENTE (N=123).....	63
TABLEAU XIX : REPARTITION DES ELEMENTS DE L'ACCUEIL FAIT PAR LES PRESTATAIRES EN FONCTION DE L'APPRECIATION DE LEUR QUALITE.	64
TABLEAU XX : REPARTITION DES ELEMENTS COMPETENCE DES PRESTATAIRES SUR LA PREVENTION DES INFECTIONS EN FONCTION DE LA QUALITE DE LEUR EXECUTION (N=123).	65
TABLEAU XXI : REPARTITION DES ELEMENTS DE COMPETENCE DES PRESTATAIRES SUR LA PREVENTION DE L'HYPOTHERMIE EN FONCTION DE LEUR QUALITE D'EXECUTION (N=123).	67
TABLEAU XXII : DISTRIBUTION DES COMPETENCES DES PRESTATAIRES SUR LA TECHNIQUE DE CLAMPAGE DU CORDON SELON LA QUALITE D'EXECUTION (N=123).	68
TABLEAU XXIII : REPARTITION DES ELEMENTS DE COMPETENCE DES PRESTATAIRES SUR LA MISE AU SEIN PRECOCE EN FONCTION DE LA QUALITE D'EXECUTION (N=123).	69
TABLEAU XXIV : REPARTITION DES ELEMENTS DE COMPETENCE DES PRESTATAIRES SUR LES SOINS ULTERIEURS EN FONCTION DE LA QUALITE (N=123).	70
TABLEAU XXV : REPARTITION DES ELEMENTS DE COMPETENCE DES PRESTATAIRES SUR LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEE RECENTE EN FONCTION DE LA QUALITE D'EXECUTION (N=123).	71



LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : REPARTITION DES PRESTATAIRES SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARISATION (N=123)	40
FIGURE 2 : REPARTITION DES PRESTATAIRES SELON LA CLASSE D'ANCIENNETE DANS LE SERVICE (N=123).	41
FIGURE 3 : REPARTITION DES FORMATIONS REÇUES PAR LES PRESTATAIRES (N=123).	42
FIGURE 4 : DISTRIBUTION DES DESINFECTANTS DANS LES MATERNITES DES HOPITAUX DE REFERENCE DE OUAGADOUGOU (N = 7)	44
FIGURE 5: MATERIEL ET CONSOMMABLES STERILES DANS LES MATERNITES DE REFERENCE (N=7).	45
FIGURE 6 : EXISTENCE DU MATERIEL DE STERILISATION ET DE DESINFECTION DANS LES MATERNITES DE REFERENCE (N=7).....	46
FIGURE 7 : ANTIBIOTIQUES ET ANTIRETROVIRAUX DISPONIBLES DANS LES MATERNITES DE REFERENCE (N=7).....	47
FIGURE 8 : REPARTITION DES TYPES DE PRODUITS SANGUINS ET MACROMOLECULES DANS LES MATERNITES DE REFERENCE (N=7).	52
FIGURE 9 : COMPETENCE DES PRESTATAIRES SUR L'EVALUATION DU NOUVEAU-NE (N=123).	66



**INTRODUCTION ET
ENONCE DU PROBLEME**

La mortalité néonatale et maternelle demeure un problème de santé publique, bien que la tendance soit à la baisse [1]. Les pays de l'Afrique subsaharienne enregistrent les taux les plus élevés. En effet, le nombre de décès néonataux était de 3 millions en 2011 et le taux de mortalité néonatale de 22 pour 1000 naissances vivantes dans le monde [2]. Dans cette partie du continent africain, on déplore 1,16 millions de décès de nouveau-nés pendant le premier mois de la vie et un million de cas de morti-naissances. Jusqu'à un demi-million de nouveau-nés africains meurent le jour même de leur naissance [3].

La mortalité maternelle, quant à elle, était de 620 pour 100 000 naissances vivantes en 2008 dans les pays d'Afrique selon le rapport des Nations Unies [4].

Au Burkina Faso, le taux de mortalité maternelle était de 341 pour 100 000 naissances vivantes et celui néonatal était estimé à 28 pour 1000 naissances vivantes en 2010 [5;6].

Les déterminants de ces décès néonataux inacceptables sont multifactoriels :

- Il y a les causes directes, qui sont les pathologies médicales, dont les principales sont:
 - les infections sévères qui représentent 38% ; il s'agit notamment de la pneumopathie/septicémie, 28% ; du tétanos, 6% et de la diarrhée, 4% ;
 - la prématurité, 25% ;
 - l'asphyxie, 24% ;
 - les malformations congénitales, 6% [3]
 - au centre de toutes ces pathologies, se trouve le faible poids de naissance ou petit poids de naissance qui constitue la troisième cause de décès néonatal [7].
- Les compétences du prestataire : l'on ne devrait pas perdre de vue la qualité-même des soins administrés au nouveau-né ; des soins de qualité exigent que le prestataire ait un bon niveau de connaissances théoriques et une exécution des gestes selon les normes. A cela s'ajoute enfin, le niveau d'observance des règles de prévention de l'infection dans la salle d'accouchement, lors des soins dispensés à ces êtres fragiles.

- L'environnement des soins constitue le troisième déterminant possible des décès néonataux et concerne les insuffisances pouvant exister dans l'environnement des soins : il s'agit de la disponibilité du matériel, des consommables et d'une organisation effective des soins au sein de la salle de naissance.

Au Burkina Faso, comme partout en Afrique Subsaharienne, de nombreuses actions sont menées chaque jour pour améliorer la survie des nouveau-nés et leurs mères. Le Burkina fait partie des six (06) pays à faibles revenus qui ont réussi à réduire sensiblement le taux des décès néonataux [8]. Mais, selon un rapport de l'OMS, l'Afrique subsaharienne reste toujours la région la plus dangereuse au monde pour un enfant à naître [8]. Il n'y a pas de données fiables sur la pratique et l'organisation des soins essentiels au nouveau-né et la surveillance de l'accouchée récente dans les maternités des hôpitaux au Burkina Faso.

Des mesures correctrices simples, sûres et efficaces, peuvent être entreprises par les agents de santé pour prévenir ou traiter la plupart des problèmes néonataux [9]. Ils consistent à assurer le séchage immédiat et complet, le contact peau-à-peau du nouveau-né avec la mère, le clampage, puis la section du cordon après les premières minutes qui suivent l'accouchement, la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif, les soins oculaires, l'administration de la vitamine K1 et l'éducation de la mère sur les signes de danger pour le nouveau-né [10]. Les soins en salle de naissance constituent la clé pour la survie de ces nouveau-nés. Ils se définissent comme « l'ensemble des gestes et actes à effectuer au moment de la naissance, jusqu'à six semaines de vie, pour assurer la survie du nouveau-né » [11]. Cette étude, nous permettra donc de connaître l'environnement, le matériel et les pratiques des soins essentiels aux nouveau-nés, ainsi que la surveillance de leur mère dans les hôpitaux de Ouagadougou, afin d'apporter des mesures correctrices.



I. GENERALITES

I.1. Equipement et fournitures pour la salle d'accouchement et les soins postnatals immédiats

Les accouchements peuvent survenir à n'importe quel moment, et sont presque toujours imprévisibles. Certaines conditions doivent être réunies à l'avance, pour recevoir le nouveau-né et lui assurer une prise en charge adéquate, dès la naissance : outre l'aménagement dans la salle d'accouchement d'un coin pour le nouveau-né, un matériel de base, incluant celui de la réanimation, doit être disponible, prêt et fonctionnel, pour la pratique d'un accouchement dans des conditions d'asepsie, le maintien de la température du nouveau-né et sa réanimation au besoin [12].

❖ Mobiliers et ustensiles

La préparation à l'accueil du nouveau-né doit inclure :

- un lit ou une natte pour la mère
- une surface ou un endroit propre pour poser l'équipement
- un réveil ou montre avec aiguille des secondes
- une source de lumière
- un thermomètre pour le nouveau-né et un thermomètre mural pour la température ambiante

❖ Linges pour le bébé

Ce linge est également à prévoir à l'avance. Mais il faudrait utiliser du linge stérile si possible ou propre, tout au moins, lavé, séché au soleil et repassé. Ce linge ou une serviette servira à sécher le nouveau-né ; des étoffes chaudes seront utilisées pour le couvrir ainsi que des vêtements propres pour l'habiller.

❖ Équipement et fournitures pour la prévention des infections

Pour la prévention de l'infection, il faudra :

- de l'eau courante propre par excellence (du robinet ou d'une cruche),
- du savon de préférence en petits morceaux pour le savon solide, ou du savon liquide

- de la solution chlorée à 0,5 % pour la décontamination
- un contenant couvert pour jeter les déchets
- une boîte à tranchants
- un ou deux seaux pour le ménage
- une petite brosse pour nettoyer les instruments
- des blouses, des tabliers, une protection oculaire, des bavettes, des calots, des sabots
- des gants de ménage, d'examen et des gants stériles

❖ **Équipement de stérilisation :**

Il s'agit de l'autoclave ou poupinel ou réchaud à gaz (pour la désinfection à haut niveau).

❖ **Équipement et fournitures pour l'accouchement**

- Équipement et fournitures pour la réanimation du nouveau-né

Cet équipement est constitué d'aspirateurs manuels et électriques, de l'équipement pour la ventilation et d'une source d'oxygène si nécessaire.

- Un kit d'accouchement :

Il doit contenir des liens pour le cordon, deux instruments de clampage pour le cordon (si disponibles), et une lame de bistouri, ou de rasoir neuve et propre ou des ciseaux stériles pour couper le cordon un fil de suture et des pinces hémostatiques.

❖ **Autres matériel et médicaments**

Il s'agit :

- du stéthoscope obstétrical
- du contenant pour le placenta
- d'une balance pour peser le nouveau-né
- des tampons de gaze
- du collyre ou pommade
- de la vitamine K1
- des antiseptiques

- des utérotoniques : ocytocine, misoprostol (si disponible) [12–14].

I.2. Aperçu sur la pratique des soins immédiats au nouveau-né

I.2.1. Les étapes des soins essentiels au nouveau-né

Les soins au nouveau-né sont standardisés et comportent sept étapes.

- ❖ *La première étape* consiste à bien sécher le corps du nouveau-né, y compris son visage, sa tête, et à l'envelopper avec du linge propre et sec.
 - ❖ *A la deuxième étape*, le prestataire, tout en séchant le nouveau-né, vérifie s'il respire normalement ou pas.
 - ❖ *A l'étape suivante*, l'on identifie les nouveau-nés qui ne respirent pas, ou qui n'ont que 30 cycles respiratoires par minute ou qui halètent. Devant ces situations, la réanimation doit être entreprise immédiatement.
- Ces étapes 1, 2 et 3 se produisent presque simultanément.

- ❖ *A la 4^{ème} étape*, il s'agit de nouer, puis de sectionner le cordon si le nouveau-né ne présente aucun problème nécessitant une réanimation. Le cordon sera noué fermement, à deux endroits en ligaturant le premier, à deux travers de doigts de l'abdomen du nouveau-né. Ce nœud peut être remplacé par un clamp de Bar. Le second nœud (ou un clamp avec une pince) est effectué à 4 travers de doigts de l'abdomen du nouveau-né. La section se fera entre les nœuds (ou entre le clamp de Bar et la pince) à l'aide d'une paire de ciseaux stériles ou à défaut, une lame de rasoir neuve. On devra utiliser un morceau de tissu ou de gaze pour couvrir la partie du cordon que l'on coupe afin que le sang n'éclabousse pas. L'opérateur devra faire attention, pour ne pas blesser le bébé. Rien ne devra être ensuite appliqué sur le moignon du cordon qui sera également laissé l'air libre.

❖ ***La 5^{ème} étape : Mise du nouveau-né sur la mère, peau contre peau.***

Le nouveau-né est déposé peau contre peau sur la poitrine de sa mère pour le réchauffer. Mère et nouveau-né doivent tous deux être recouverts, d'une étoffe ou d'une couverture chaude, sans oublier de couvrir la tête de ce dernier.

Lorsque la mère ne souhaite pas le contact peau contre peau, le nouveau-né, une fois enveloppé, bien couvert, y compris sa tête, sera déposé auprès de sa mère.

Le premier bain au nouveau-né doit être différé ou retardé, car il peut le refroidir dangereusement. Ce n'est qu'après un minimum de 6 heures, de préférence 24 heures, qu'il peut avoir sa première toilette à l'éponge, à condition que sa température soit stabilisée.

❖ ***La 6^{ème} étape concerne l'incitation à l'allaitement.***

Si tout est normal, le nouveau-né doit téter avant d'être pesé. L'allaitement devra débuter dans l'heure qui suit la naissance. La mère a besoin d'aide pour la première tétée. Le prestataire devra alors l'assister en veillant à ce que le nouveau-né, adopte une bonne position, qu'il ait bien le sein en bouche et qu'il tète correctement. La tétée ne devra être abrégée pour aucune raison.

❖ ***A la 7^{ème} étape, on administrera les soins oculaires***

Avec un médicament antimicrobien. Ces soins ont lieu après l'allaitement et dans l'heure qui suit la naissance. Les étapes à suivre sont les suivantes :

- se laver d'abord les mains,
- ensuite utiliser l'un des médicaments suivants : une solution de nitrate d'argent à 1 % ou de polyvidone iodée à 2,5 % ou bien une pommade oculaire à la tétracycline à 1 %.
- puis, mettre une seule goutte de la solution choisie dans chaque œil; s'il s'agit de la pommade, on mettra un filet le long de l'intérieur de chaque paupière

inférieure. L'on évitera que l'embout ou le tube ne touche l'œil du nouveau - né ou autre chose.

- enfin, après l'application, ne pas rincer immédiatement le produit oculaire.

Après avoir administré ces soins, y compris la vitamine K1, le nouveau-né devra être surveillé, puis pesé, mesuré et examiné dès que possible [13;15].

I.2.2. Eléments de surveillance après les soins immédiats

A l'issue des soins immédiats, une surveillance rapprochée doit être assurée tout au long de la première journée de vie. En effet, c'est une phase de changements multiples dans le corps du bébé et oblige une observation et des soins attentifs importants.

Après ces soins immédiats, le bébé sera examiné, puis surveillé en même temps que sa mère : toutes les 15 minutes pendant deux heures, puis toutes les 30 minutes à la 3^{ème} heure, puis toutes les heures jusqu'à la 6^{ème} heure ou jusqu'à ce qu'il soit stabilisé, réchauffé et rose. L'examen portera sur :

- **Respiration** : un bébé normal respire 30 à 60 cycles par minute sans haleter, grogner ni présenter de tirage costal.
- **Chaleur** : vérifier la température axillaire du bébé en utilisant un thermomètre.
- **Teint** : il s'agira de vérifier si la langue, les lèvres et les muqueuses (dans la bouche) sont roses.
- **Saignements** : le prestataire vérifiera, si le cordon saigne ou pas. En séchant, le nœud pourrait se défaire, s'il est lâche (ou si le clamp de Bar ne tient pas bien). Dès que c'est le cas, le prestataire mettra des gants pour renouer fermement ou remplacer correctement un autre clamp de Bar. L'appréciation du bébé le premier jour, inclut aussi une récapitulation complète des antécédents de la grossesse et un examen physique complet, décrit ci-dessous.

I.3. Examen physique du nouveau-né

L'objectif de l'examen physique consiste à déterminer si le bébé est en bonne santé et s'il présente, quelconques besoins ou problèmes en matière de santé. Il ne se fera que si le bébé est capable de maintenir une température corporelle normale (le bébé est chaud ou a une température axillaire de 36 à 37 °C). Cet examen peut se faire à partir de la 6^{ème} heure de naissance. L'équipement minimum à réunir en premier est : un thermomètre médical, une montre avec aiguille des secondes, une balance, des vêtements propres et des gants. Lors de cet examen, on prendra le soin de vérifier la bouche, la poitrine, l'abdomen, le dos, la colonne vertébrale, l'anus, les organes génitaux externes, la température et le poids. Les résultats d'un examen clinique normal attendus sont les suivants :

I.3.1. Teint

- Le visage, la poitrine, la langue et les lèvres sont roses.
- Les mains et les pieds peuvent être bleutés pendant les premières 48 heures.

I.3.2. Respiration

- respiration calme.
- l'on ne doit constater ni tirage costal ni palpitation des narines.
- la poitrine et l'abdomen se soulèvent à chaque respiration.

I.3.3. Rythme respiratoire

L'on comptera les respirations du nouveau-né pendant 1 minute entière.

- Le rythme normal est de 30 à 60 respirations par minute (lorsque le bébé ne pleure pas).
- La respiration peut être irrégulière, laborieuse, avec 20 secondes sans respiration.

I.3.4. Posture et allure générale

- Les bras et les jambes doivent être fléchis.
- Les prématurés ploient moins les membres.

I.3.5. Rythme cardiaque

Comptez les battements du cœur du nouveau-né pendant 1 minute entière :

- 100 à 160 battements par minute.
- de brèves périodes de modification du rythme cardiaque sont normales (telles qu'elles se produisent pendant le sommeil, les pleurs ou l'allaitement).

I.3.6. Chaleur

Il est normal que l'abdomen et le dos du bébé soient chauds. Si la température du bébé est basse, remettre l'examen à plus tard, lorsqu'il se sera réchauffé.

I.3.7. Activité

- il est normal que le nouveau-né bouge autant ses deux jambes que ses deux bras.
- le nouveau-né ouvre la bouche et tourne la tête pour chercher le sein lorsque sa joue est tapotée gentiment.

I.3.8. Peau

- de minuscules protubérances blanches (miliium) peuvent apparaître sur le visage.
- des zones du bas du dos peuvent être bleutées.
- la peau peut peler.
- il est normal qu'elle soit allongée et asymétrique en raison du modelage dû à la pression de la filière pelvi-génitale. Elle prend généralement sa forme normale 2 à 3 jours après la naissance.
- la *bosse séro-sanguine*, un renflement mou de la portion de la tête qui est sortie en premier par la filière pelvi-génitale, peut apparaître à la naissance. Elle se résorbe en principe dans les 48 heures.
- La fontanelle antérieure, une zone molle en forme de triangle, juste au-dessus du front est plate et peut enfler lorsque le nouveau-né pleure.

I.3.9. Yeux

Il n'existe aucun écoulement et les yeux ne sont pas collants.

I.3.10. Bouche

- lorsque le nouveau-né pleure, il faudra regarder l'intérieur de sa bouche et palper le palais d'une main gantée pour y détecter une éventuelle fente.
- les lèvres, les gencives et le palais doivent être intacts et symétriques.
- le nouveau-né suce vigoureusement votre doigt.

I.3.11. Poitrine

- La poitrine se soulève en mouvements réguliers à chaque respiration.
- L'abdomen se gonfle à chaque respiration.
- les nodules des seins peuvent être dilatés.
- les garçons tout comme les filles peuvent avoir des seins gonflés à la naissance.

I.3.12. Abdomen

- il est arrondi et doux.
- le cordon ombilical est fermement ligaturé, sec et ne saigne pas.
- l'apparition d'une petite hernie ombilicale est normale lors de la première année.

I.3.13. Dos et colonne vertébrale

- La peau de la colonne vertébrale ne présente aucune fente.
- La colonne vertébrale est exempte de défauts.

I.3.14. Anus

N'insérer aucun instrument, pas de doigt pour inspecter l'anus. Le nouveau-né défèque dans les 24 heures.

I.3.15. Organes génitaux externes de la fille

En écartant doucement les jambes, on notera :

- des pertes vaginales blanches ; elles sont normales.
- des pertes vaginales sanglantes, qui commencent le deuxième ou troisième jour et peuvent continuer pendant 7 jours ; elles sont aussi normales.

I.3.16. Organes génitaux externes du garçon

- Le prépuce peut être rétracté facilement, à moins qu'une circoncision ait été effectuée.
- L'urètre s'ouvre au bout du pénis.
- Le scrotum contient un ou deux testicules détectables par palpation.
- Si le bébé a été circoncis, il n'y a aucun signe d'infection ou de saignement.

I.3.17. Température

- Celle axillaire est de 36 à 37 °C.
- En l'absence de thermomètre, l'on touchera la poitrine ou le dos de la main ; la température doit en principe être identique à celle d'une personne en bonne santé.

I.3.18. Poids

Le poids normal à la naissance va de 2500 à moins de 4000 grammes. Le nouveau-né perd normalement 5 à 10 % de son poids de naissance au cours des premiers jours de sa vie, et commence ensuite à prendre du poids. Au 14^{ème} jour, un bébé doit en principe retrouver son poids normal.

I.4. Rythme et éléments de surveillance maternelle les six premières heures post – partum

I.4.1. Rythme de surveillance maternelle les six premières heures post–partum

La période postnatale, définie ici comme les six premières semaines après la naissance, est d'importance critique pour la santé et la survie de la mère et de son nouveau-né. Les heures et les jours qui suivent la naissance représentent le moment le plus vulnérable. Un manque de soins à ce moment peut être cause de décès ou d'incapacité. Il représente également des occasions ratées d'encourager des comportements sains avec toute l'influence que cela comporte sur les femmes, les nouveau-nés et les enfants [3].

Le rythme consiste à évaluer le couple toutes les 15 minutes les deux premières heures puis toutes les 30 minutes la troisième heure, toutes les heures jusqu'à la sixième heure et enfin matin et soir jusqu'à la sortie.

I.4.2.Éléments de surveillance maternelle du post-partum

Il s'agit de vérifier :

- **Les conjonctives** à la recherche d'une pâleur pouvant indiquer une anémie par spoliation sanguine
- **La température** à la recherche d'une fièvre orientant vers une infection à prendre rapidement en charge. On recherchera dans ce cas l'étiologie par des examens physiques et biologiques puis nous traiterons la pathologie retrouvée.
- **Tension artérielle:** il est capital de prendre la tension artérielle pour éliminer toute situation d'hypertension du post-partum et ses complications.
- **Le pouls et la fréquence cardiaque** permettent d'apprécier l'état hémodynamique de l'accouchée, afin de prendre rapidement en charge une détresse.
- **L'utérus** pour s'assurer du globe utérin de sécurité: ceci contribue à l'hémostase du site d'insertion placentaire.
- **La vulve** pour vérifier que le saignement est faible et que le périnée est intact [14].



II. REVUE DE LA LITTERATURE

Une recherche bibliographique a été menée, en utilisant des bases de données numériques constituées essentiellement, par Pubmed et bio médical central, les journaux tels que le journal de l’OMS.

Les mots clés étaient "nouveau-né", soins essentiels, évaluation, pratique, surveillance maternelle.

Plusieurs études ont été menées dans le monde et en Afrique, sur les soins essentiels du nouveau-né et sur la mère en période post-partum. Ces études portaient essentiellement sur la mortalité néonatale, la qualité des soins essentiels immédiats aux nouveau-nés, la réanimation du nouveau-né et l’hémorragie de la période de la délivrance.

2.1 Dans le monde

Duysburgh E en 2014, une étude menée en Indonésie, aux Philippines et en République de Laos avait noté les conclusions suivantes:

- La mortalité néonatale était en retard par rapport à celle des moins de 05 ans.
- Il existait une politique globale pour les nouveau-nés qui était conforme mais la mise en application n’était pas effective.
- Il existait un manque de connaissance et de compétences des prestataires des soins néonataux [16].

Dickson k en 2015 a étudié le renforcement des soins de qualité pour la mère et le nouveau-né au moment de la naissance dans 12 pays d’Afrique et d’Asie. Il a retrouvé un taux de décès et de mortinaissance de 57%. Aussi, il rapporta que la plupart des difficultés survenait dans les situations, nécessitant une prise en charge rapide, sur les nouveau-nés de faible poids de naissance et les nouveau-nés malades [17].

Zahid A en 2015, a étudié l’impact d’une approche périnatale et des soins préventifs sur la santé périnatale et la mortalité néonatale dans une région montagneuse au PAKISTAN. Cette approche a permis une amélioration significative des soins prénatals

et postnatals dans la zone d'intervention par rapport aux zones témoins. Ainsi, l'accouchement institutionnalisé est passé de 71% à 85%, la vaccination contre le tétanos est passé de 47% à 67%, les soins du cordon de 51% à 71%, l'administration du colostrum de 64% à 83% et l'allaitement maternel précoce est passé de 40% à 55%. La mortalité néonatale a aussi connu une régression, passant de 26 pour 1000 naissances vivantes, à 22,3 pour 1000 naissances vivantes [18].

Quant à **Enweronu-Laryea C** en 2015, il a trouvé que la stimulation et l'évaluation du nouveau-né réduiraient les décès liés à l'accouchement et les décès prématurés de 10%. La formation des prestataires en réanimation néonatale, permet de réduire les décès intra partum de 30%. En conclusion, il a insisté sur la nécessité d'équiper et d'améliorer les compétences des prestataires des soins de base aux nouveau-nés et la réanimation néonatale [19].

Pour **Simen-Kapeu A**, en 2015 dans 12 pays d'Afrique et d'Asie, les composantes du système de santé sont classées comme majeures ou significatives dans la survenue des infections néonatales [20]

Selon **Moxon S G**, l'un des objectifs clés du plan d'action pour tous les nouveau-nés lancé en 2014, était de réduire le taux de décès néonatal à moins de 12 pour 1000 naissances vivantes. L'atteinte de cet objectif nécessite une amélioration ambitieuse de l'enregistrement des naissances et des décès ainsi que la base des données périnatales minimales et les audits [21].

2.2. Au Burkina Faso

En 2004 une étude sur la prise en charge des nouveau-nés, en salle de naissance dans les maternités de Ouagadougou portant sur l'état des lieux et perspectives avait été menée par **Sanou**. Il s'est agi d'une étude transversale dans 17 maternités de la ville. Pour

chaque salle de naissance le personnel constituant l'effectif et l'équipe de travail avait été identifié, le matériel disponible a été listé. **Sanou** a assisté à la prise en charge de 79 nouveau-nés. Les principaux résultats auxquels l'auteur est parvenu sont les suivants :

- le personnel médical est insuffisant et mal reparti.
- en salle de naissance, l'équipement était constitué d'une table de réanimation dans 12% des salles de naissance ; le matériel d'aspiration était disponible dans 53% des cas ainsi que le matériel de ventilation et le matériel de cathétérisme veineux ombilical ou de perfusion périphérique dans 12%.
- Pour la prise en charge des nouveau-nés, les soins systématiques se limitaient au séchage et à l'évaluation du score d'APGAR à une et cinq minutes.

Cette étude avait conclu que la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance rencontrait d'énormes difficultés [22].

En 2014, une étude sur l'évaluation de la qualité des soins essentiels offerts aux nouveau-nés dans les maternités des centres médicaux, de la ville de Ouagadougou a été menée par **Tonleu**. Il s'est agi d'une enquête transversale, à visée descriptive. Les résultats auxquels elle est parvenue sont les suivants :

- Les sages-femmes/maïeuticiens d'Etat étaient les plus représentés, 75% des prestataires.
- Toutes les maternités étaient dotées d'un minimum d'infrastructure, d'équipements et matériels pour assurer une meilleure prise en charge au nouveau-né.
- Le niveau moyen de connaissance des prestataires sur les soins immédiats à administrer aux nouveau-nés à la naissance était de 55 %.
- Sur un total de 138 patientes enquêtées, 93,5% avaient trouvé que l'accueil était bien.
- 89,9% des mères ne connaissaient pas l'identité des prestataires qui assuraient leur prise en charge.

- Le niveau moyen de connaissance théorique des prestataires dans les soins aux nouveau-nés au cours des 6 premières heures était de 18 %.

Tonleu conclut, que la formation du personnel qualifié ainsi qu'un équipement sanitaire adapté s'avéraient nécessaires [23].



III. QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est la qualité des soins administrés aux nouveau-nés à la naissance et celle de la surveillance des accouchées récentes dans les hôpitaux de référence de la ville de Ouagadougou ?



IV. OBJECTIFS

VI.1. Objectif général

Evaluer la pratique des soins essentiels au nouveau-né et la surveillance des accouchées par les prestataires dans sept hôpitaux de référence à Ouagadougou.

VI.2. Objectifs spécifiques :

- 1) Décrire le profil des agents de santé assurant les soins essentiels aux nouveau-nés dans les hôpitaux suivants, de la ville de Ouagadougou : CHU Yalgado Ouédraogo, CMA de Bogodogo, Schiphra, Kossodo, Pissy, Paul VI et l'hôpital Saint Camille.
- 2) Estimer la disponibilité des équipements, consommables pour les soins au couple mère-enfant dans ces hôpitaux de référence.
- 3) Apprécier l'organisation des soins aux nouveau-nés dans ces hôpitaux de référence.
- 4) Déterminer les connaissances et les compétences des agents de santé, sur les soins essentiels du nouveau-né dans les hôpitaux, sites de l'étude.
- 5) Coter les connaissances et les compétences des agents de santé, sur la surveillance de l'accouchée récente dans les hôpitaux, sites de l'étude.



**V. CADRE ET CHAMP
DE L'ETUDE**

V.1 Cadre de l'étude

L'étude a eu lieu dans la ville de Ouagadougou, capitale politique du Burkina Faso, pays sahélien continental d'une superficie de 274 967 Km². Selon les données de l'EDS 2010 [5], la population du Burkina Faso était estimée à 15 730 977 habitants en 2010 et les structures publiques de soins organisées sont de trois (03) niveaux :

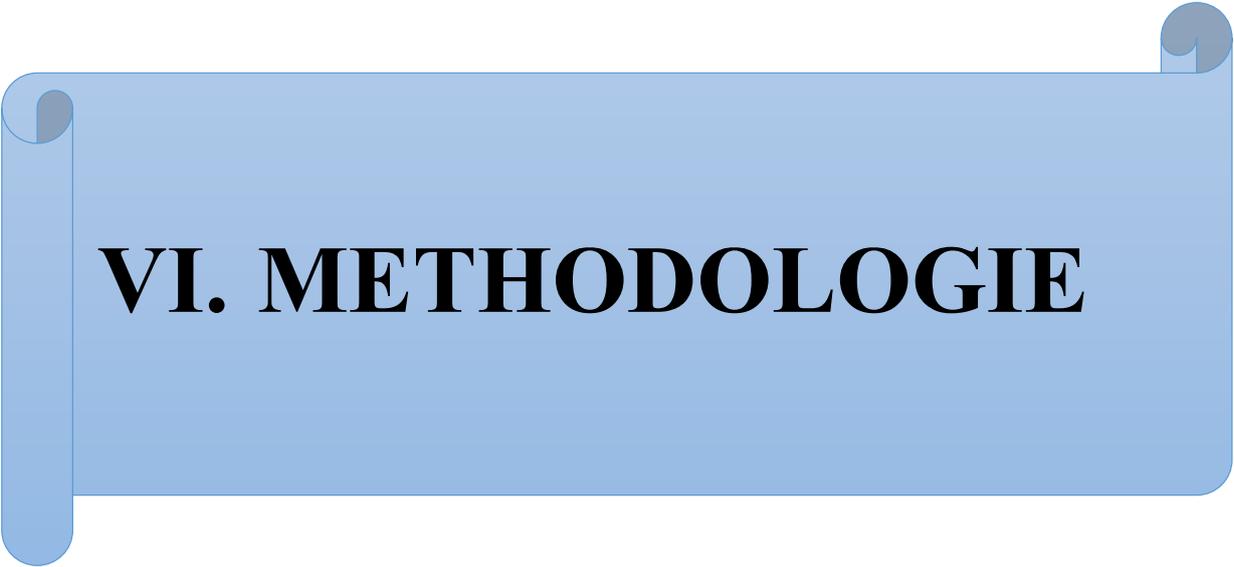
- Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons:
 - o le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure sanitaire de base du système de santé
 - o le deuxième échelon de soins est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA). Il sert de référence pour les formations sanitaires du district. En outre, il existe quelques Centres médicaux (CM) susceptibles d'évoluer vers des CMA ;
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA ;
- Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

V. 2. Le champ de l'étude

Sept hôpitaux ont constitué notre champ d'étude :

- Le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) troisième niveau de référence dans la pyramide sanitaire ;
- Le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30 premier niveau de référence, deuxième échelon dans la pyramide sanitaire ;
- Le centre médical avec antenne chirurgicale SCHIPHRA qui accueille depuis mars 2009 du personnel affecté par l'Etat.

- L'hôpital Saint Camille : c'est une formation sanitaire privée confessionnelle catholique
- Le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) de Kossodo : c'est une structure de premier niveau de soins, deuxième échelon dans la pyramide sanitaire.
- Le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) de Pissy, premier niveau de soins, deuxième échelon dans la pyramide sanitaire.
- Le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) Paul VI premier niveau de soins, deuxième échelon dans la pyramide sanitaire ; c'est une structure semi privée accueillant du personnel public.



VI. METHODOLOGIE

VI.1. Type et période de l'étude :

Il s'est agi d'une évaluation transversale des pratiques de soins, avec une collecte prospective des données.

La durée totale de l'étude était de onze mois, de septembre 2015 à Juillet 2016.

VI.2. Population d'étude

VI.2.1. Population cible

La population cible était constituée du personnel de santé, assurant les soins essentiels aux nouveau-nés dans les salles de naissances à Ouagadougou.

VI.2.2. Population source

La population source fut l'ensemble des prestataires, régulièrement impliqués, dans les soins essentiels aux nouveau-nés et dans les soins aux accouchées dans les sept hôpitaux sites de l'étude.

VI.3. Critères d'inclusion et de non inclusion

VI.3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans la présente étude :

- les prestataires travaillant dans les salles d'accouchement des hôpitaux retenus pour l'étude
- tout prestataire de la maternité ayant déjà pratiqué des soins essentiels aux nouveau-nés
- les prestataires sélectionnés qui avaient donné leur consentement écrit, libre, éclairé pour participer à l'étude.

VI.3.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été enquêtés, les stagiaires et tout autre agent de santé de passage, dans les services concernés au moment de l'étude.

VI.4. Echantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon

Nous avons inclus de façon systématique tous les prestataires des salles de naissance répondant aux critères d'inclusion. Au total, 151 personnes étaient attendues.

VI.5. Collecte des données

VI.5.1 Méthode, techniques et instruments de collecte des données

Les données ont été collectées par enquête à l'aide de trois techniques :

- entretiens individuels directs semi structurés, adressés à tous les prestataires
- observations directes participatives au cours des soins qui ont concerné les prestataires présents en salle de naissance au moment de l'enquête. Trois observations ont été effectuées pour chaque prestataire.
- Vérification du matériel de soins et de prévention de l'infection dans chaque service par observation directe à partir des listes existantes.

L'instrument pour collecter les données comportait donc trois parties :

- la première portait sur la liste de vérification du matériel de soins, de prévention de l'infection et de l'organisation du service.
- la deuxième était un questionnaire écrit semi-structuré pour les entretiens individuels avec les prestataires.
- la dernière partie était une grille d'observation des prestataires pendant qu'ils réalisaient des soins aux nouveau-nés et leur mère.

VI.5.2. Etapes préparatoires : accomplissement des formalités administratives

Le protocole de recherche a été défendu devant la commission d'éthique institutionnelle du Centre Muraz le 31 octobre 2015. Après son approbation par le comité d'Ethique (numéro d'approbation 32), une visite a été organisée auprès des responsables des hôpitaux sites de l'étude, de même qu'envers ceux des salles d'accouchement, afin de les informer de l'étude et demander leur implication pour son bon déroulement.

VI.5.3. Sélection et formation des enquêteurs

Quatorze enquêteurs ont été sélectionnés puis formés, soit deux pour chaque site : il s'est agi des médecins en spécialisation et des sages-femmes d'Etat.

Du 12 au 14 mars 2015, ils ont été formés sur les modules « *aider les bébés à respirer* » (1 jour) et « *aider les mères à survivre* » (1 jour). Le 3^{ème} jour, la formation a porté sur le remplissage des questionnaires, les techniques de collecte de données et l'éthique de la recherche. Une enquête préalable a été intégrée dans cette formation. Elle a permis d'apporter des modifications, aux instruments de collecte des données.

VI.5.4 Déroulement de l'enquête

Les données ont été collectées du 1^{er} avril au 31 juillet 2016, soit quatre mois. L'accès aux hôpitaux a été conditionné par la présentation de l'autorisation d'enquête délivrée par le Directeur Régional de la santé du Centre.

Deux enquêteurs étaient affectés par site. Ils s'étaient répartis les équipes de garde et de permanence. Ils se rendaient sur les sites selon le programme des équipes. Ainsi, celui qui avait observé un prestataire une fois, le revoyait les deux autres fois puis lui administrait le questionnaire à l'issue de la dernière observation.

Concernant le matériel et les médicaments, les tâches étaient réparties de la façon suivante : un premier enquêteur était chargé de vérifier le matériel en salle

d'accouchement et au bloc opératoire et de s'adresser à la responsable de la salle d'accouchement pour s'enquérir de l'organisation du service ; le deuxième enquêteur était chargé de vérifier les médicaments à la pharmacie et les produits au niveau de la banque de sang, si possible.

Tout au long de la collecte des données, les enquêteurs ont été supervisés pour l'assurance qualité des données. Cette supervision a été menée par le chercheur principal. Ce dernier se rendait sur le site en présence de l'enquêteur pour l'observer et vérifier les questionnaires remplis. Il contrôlait aussi le matériel, récupérait les fiches de collectes et posait des questions d'éclaircissement sur certaines parties des questionnaires remplis.

VI.5.5. Les variables recherchées

❖ Les variables recherchées lors de la vérification des conditions de travail

Ces variables concernaient l'organisation des soins, la liste du matériel de soins et de prévention des infections.

❖ Les variables recherchées lors des entretiens individuels avec les prestataires

Au cours de ces entretiens, quatre types de variables ont été recherchées :

➤ Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des prestataires.

Il s'agissait du sexe, de la qualification actuelle, de l'ancienneté dans la profession et des formations reçues sur les soins aux nouveau-nés.

➤ **Les connaissances des prestataires concernant le matériel et consommables à apprêter au moment de l'accouchement**

Chaque prestataire a été invité à citer le matériel, les médicaments et consommables médicaux destinés à prévenir les infections. Il s'agissait, outre la boîte d'accouchement, des linges destinés à la mère et au nouveau-né, du matériel et produits nécessaires à l'accouchement, des médicaments, du pèse-bébé, du mètre ruban, de la toise, du carnet de santé de la mère, de la carte de vaccination, des chaises et escabeaux.

➤ **Les connaissances des prestataires sur les soins essentiels aux nouveau-nés**

Tous les prestataires ont été interrogés sur les items suivants : la protection thermique du nouveau-né, les composantes des soins immédiats au nouveau-né, les actions pouvant entraîner une hypothermie, la température normale du nouveau-né, les règles de prévention de l'infection, les soins du cordon ombilical, la reconnaissance du nouveau-né ayant besoin de réanimation, l'allaitement (début, conditions, bonne mise au sein) et les composantes de l'examen du nouveau-né.

➤ **Les connaissances des prestataires sur la surveillance de l'accouchée récente**

Les prestataires ont été interrogés sur les items suivants : le rythme de surveillance de l'accouchée récente ; les éléments de surveillance à savoir la coloration des muqueuses, la tension artérielle, la température, le pouls, la fréquence cardiaque et respiratoire, la diurèse, le globe utérin de sécurité, le saignement vulvaire et la communication avec l'accouchée sur les signes de danger.

❖ *Les variables recherchées lors des observations des prestataires*

➤ **Compétence sur l'accueil**

Les prestataires devaient saluer la parturiente, se présenter et présenter l'enquêteur à la parturiente.

➤ **Compétences sur la prévention de l'infection**

Il s'est agi de vérifier si le prestataire respectait les règles de la prévention de l'infection au cours des soins qu'il administrait au nouveau-né. L'on a vérifié également la succession des gestes lors des soins et leur exécution selon les normes.

Ainsi nous avons établi une cotation attribuée aux chiffres comme suit :

0 = le prestataire n'a pas exécuté le geste

1 = le geste est mal exécuté

2 = le geste est exécuté sans maîtrise

3 = le geste est bien exécuté avec une bonne maîtrise

4 = le geste est très bien exécuté avec une parfaite maîtrise

➤ **Compétences sur la reconnaissance et la prise en charge d'un nouveau-né présentant un problème**

Le prestataire vérifiait-t-il si le nouveau-né respirait normalement ou pas ? Et entreprenait-il la réanimation nécessairement ?

Lorsque le nouveau-né criait tout de suite et n'avait pas besoin de réanimation, il était noté « NA » pour non applicable.

➤ **Compétences sur la protection du nouveau-né contre l'hypothermie**

Nous avons vérifié si le prestataire :

- séchait le corps et la tête du nouveau-né ;
- enveloppait le nouveau-né, tête comprise, avec du linge propre et sec, aussi si la mère et le nouveau-né étaient tous recouverts d'une étoffe ou d'une couverture chaude ;
- couchait le nouveau-né sur la mère, peau contre peau ;
- différait ou retardait le premier bain du nouveau-né.

➤ **Compétences sur la technique de clamage et section du cordon**

Il s'est agi de préciser si le prestataire :

- posait des clamps ou des nœuds au cordon ;
- sectionnait le cordon entre les nœuds (ou entre le clamp de Bar et la pince) ;
- sectionnait le cordon à l'aide d'une paire de ciseaux stériles ;
- n'appliquait rien sur le moignon du cordon ;
- laissait le cordon libre.

➤ **Compétences sur la mise au sein immédiate**

Nous avons vérifié si le prestataire :

- communiquait avec la mère ;
- incitait le nouveau-né à l'allaitement ;
- aidait la mère à le mettre au sein ;
- enseignait la bonne technique de tétée (bonne position, le sein en bouche, tête correctement) ;
- n'interrompait pas la tétée.

➤ **Compétences sur les soins et précautions ultérieures**

Ces compétences étaient :

- la pesée du nouveau-né après la tétée ;
- les soins oculaires administrés avec un médicament antimicrobien ;
- le report des données du nouveau-né dans le dossier médical et/ou le carnet de naissance ;
- la complétude des informations reportées dans le dossier médical et/ou le carnet de naissance.

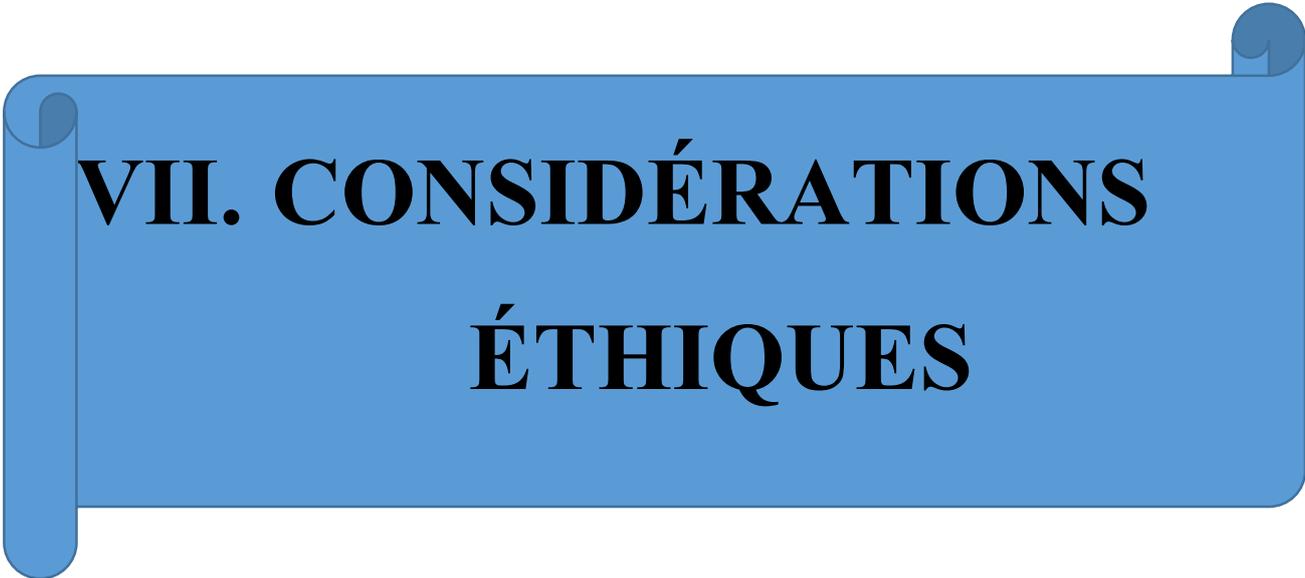
➤ **Compétence sur la surveillance de l'accouchée récente**

Nous avons vérifié si l'agent :

- respectait le rythme de surveillance de l'accouchée récente toutes les 15 minutes au cours des deux premières heures, toutes les 30 minutes la troisième heure, puis toutes les heures jusqu'à la 6^{ème} heure.
- vérifiait la coloration des muqueuses de l'accouchée récente
- prenait les constantes de l'accouchée : tension artérielle, température, pouls, fréquence respiratoire, diurèse
- vérifiait la présence de globe utérin de sécurité
- vérifiait le saignement vaginal
- expliquait à l'accouchée les signes de danger
- permettait à l'accouchée de poser des questions

VI.6. Analyse des données

Les données ont été dépouillées manuellement puis saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI-INFO version 3.5.1 et STATA 12. Les résultats ont été présentés sous forme de figures, tableaux, traités avec le logiciel Microsoft Excel 2010 et sous forme de textes avec le logiciel Microsoft Word 2013.

A blue graphic element resembling a scroll, with a vertical strip on the left and a horizontal strip on top, both with rounded ends. The text is centered within the horizontal strip.

VII. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Outre l'autorisation du comité d'éthique institutionnel du Centre MURAZ, des autorisations administratives ont été obtenues des directions des hôpitaux sites de l'étude. Une fiche d'information et un formulaire de consentement éclairé ont été administrés aux participants de l'enquête. Toutes les personnes acceptant participer à l'étude, ont signé librement ce formulaire de consentement. Mais à tout moment, chacune d'elles pouvait se retirer de l'étude sans courir de risque quelconque, du fait de cette décision.

Nous avons assuré l'anonymat et la confidentialité du contenu de ces questionnaires. Les enquêteurs ont été orientés sur les règles de l'éthique et de la confidentialité. Les données ont été recueillies et traitées de telle sorte que la confidentialité soit assurée : l'analyse a été faite sans les identités des enquêtés, mais avec des numéros ; et les fiches d'enquête remplies sont gardées sous clé. Les résultats de cette étude seront restitués aux personnes enquêtées, de même qu'aux responsables des hôpitaux et services sites de l'étude.

A blue horizontal scroll graphic with rounded ends and a vertical strip on the left side, resembling a rolled-up document. The text is centered on the scroll.

VIII. RESULTATS

Notre échantillon était composé de 123 prestataires, sur un nombre total attendu de 151 soit un taux de participation de 81,45 %.

Leur répartition selon les formations sanitaires d'origine figure sur le tableau I.

Tableau I : Répartition des prestataires selon la formation sanitaire d'origine.

Formation sanitaire d'origine	Fréquence	Pourcentage
CHU-YO	20	16,26
CMA du secteur 30	18	14,63
CMA SCHIPHRA	16	13,01
HSC	13	10,57
CMA de PISSY	19	15,45
CMA PAUL VI	13	10,57
CMA de KOSSODO	24	19,51
Total	123	100

CHU-YO : Centre Hospitalo-Universitaire Yalgado Ouédraogo ; CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale ; HSC : Hôpital Saint Camille

Le CMA de KOSSODO avait le plus fort taux de participation 19,51%, HSC et le CMA PAUL VI les plus faibles taux avec chacun 10,57%.

VIII.1. Profil des agents de santé qui assuraient les soins essentiels aux nouveau-nés dans les hôpitaux

➤ Niveau de scolarisation

Dans la figure 1, est représentée la répartition des prestataires selon leur niveau de scolarisation.

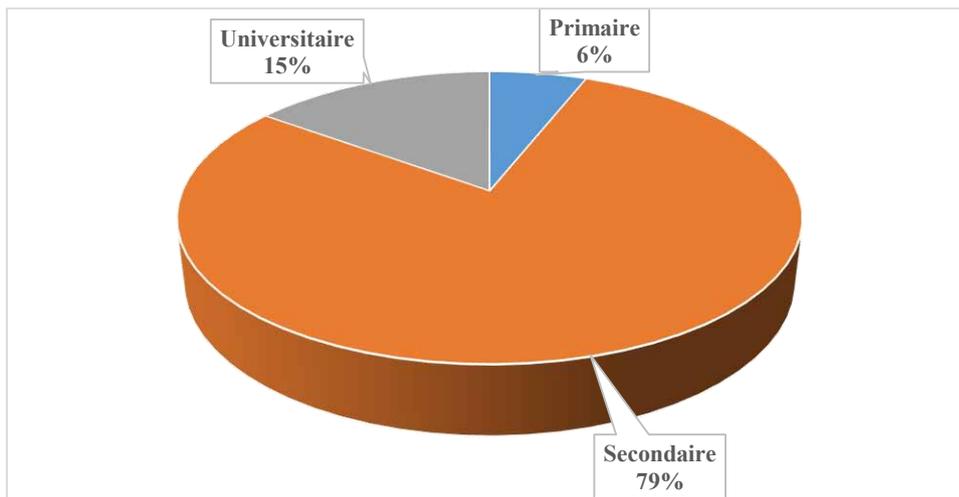


Figure 1 : Répartition des prestataires selon leur niveau de scolarisation (n=123)

Pour l'essentiel 79% des prestataires avaient le niveau secondaire.

➤ Qualification des prestataires

Dans le tableau II, figure la répartition des prestataires selon leur qualification.

Tableau II : Répartition des prestataires selon la qualification (n=123).

QUALIFICATION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Sage-femme/ maïeuticien d'Etat	113	92
Accoucheuse auxiliaire	8	7
Autre	2	1
Total	123	100

Les sages-femmes et les maïeuticiens d'Etat étaient les plus représentés dans cette évaluation, soit 92% des prestataires.

➤ **Ancienneté du prestataire dans le service**

Dans la figure 2 est présentée la répartition des prestataires selon l'ancienneté.

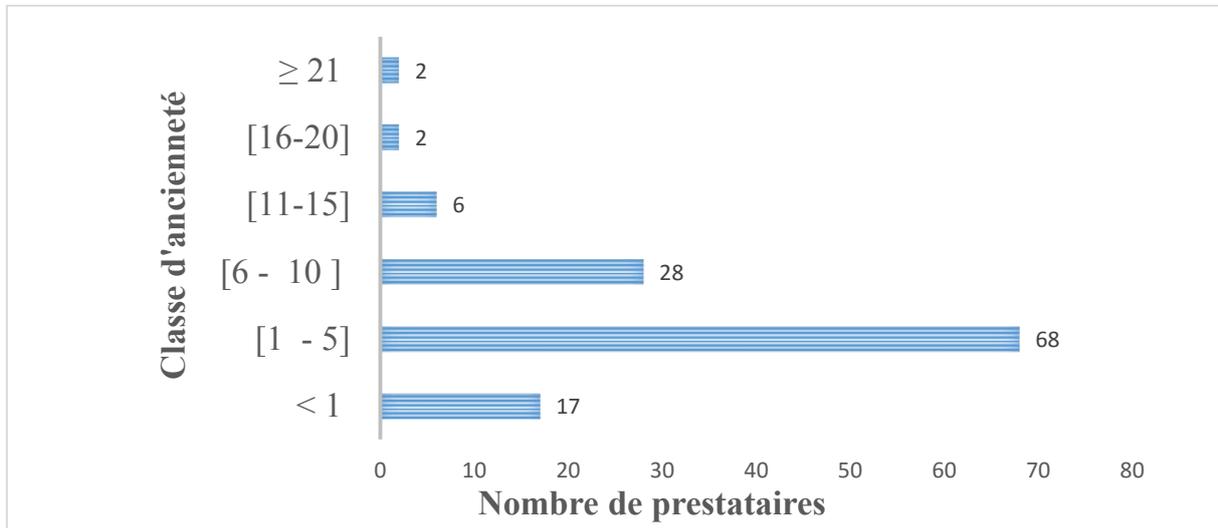


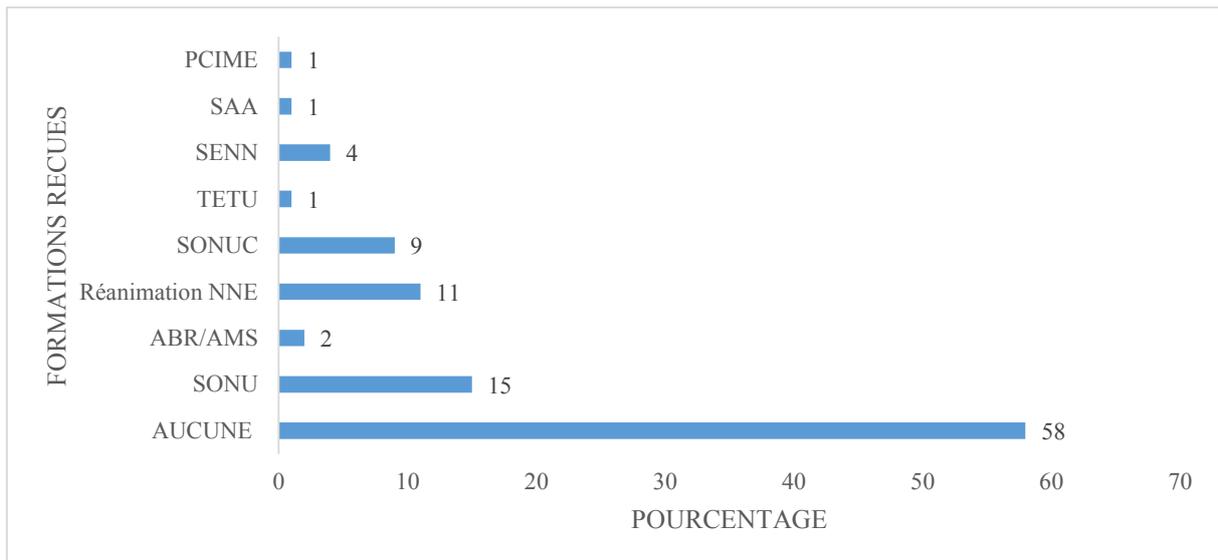
Figure 2 : Répartition des prestataires selon la classe d'ancienneté dans le service (n=123).

L'ancienneté dans le service variait de moins d'un an à plus de 21 ans. Les prestataires qui avaient une ancienneté de 1 à 5 ans étaient les plus nombreux, soit 55,28% de l'effectif.

➤ **Formations reçues par le prestataire sur les soins aux nouveau-nés**

Tous les prestataires avaient reçu la formation de base sur les soins essentiels du nouveau-né en salle de naissance.

Ils avaient tous bénéficié également de la formation de base sur la surveillance de l'accouchée récente. Quarante et deux pour cent (42%) d'entre eux avaient bénéficié d'une formation supplémentaire en soins essentiels du nouveau-né ou autres formations en rapport avec le nouveau-né et la mère. La figure 3 ci-dessous montre la répartition des prestataires en fonction des formations supplémentaires reçues.



PCIME : prise en charge intégrée de la mère et l'enfant, *SAA* : soins après avortement, *SONUC* : soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet, réanimation du nouveau-né, *ABR/AMS* : aider les bébés à respirer /aider les mères à survivre, *SONU* : soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Figure 3 : Répartition des formations reçues par les prestataires (n=123).

Il ressort que 15 % des prestataires avaient reçu une formation en SONU et 2% en ABR/AMS.

VIII.2. Evaluation de la disponibilité des équipements et consommables pour les soins essentiels aux nouveau-nés et la surveillance des accouchées dans les hôpitaux de référence de Ouagadougou

VIII.2.1. Matériel pour les soins de base aux nouveau-nés

Dans le tableau III, est chiffré le matériel de base pour les soins aux nouveau-nés

Tableau III : Disponibilité du matériel de soins de base dans les hôpitaux de référence (1 = matériel disponible 0 = absence du matériel).

MATERIEL	HOPITAUX						
	CHU-YO	KOSSODO	PISSY	SCHIPHRA	CMA 30	PAUL VI	HSC
Linge	1	1	1	1	1	1	1
Bonnet	0	0	0	0	0	0	0
Chausson	0	0	0	0	0	0	0
Collyre Antibiotique	1	1	1	1	1	1	1
Antiseptique Cordon	1	1	1	1	1	1	1
Clamp de Barr	1	1	1	1	1	1	1
Compresse	1	1	1	1	1	1	1
Vitamine k1	1	1	1	1	1	1	1
Mètre ruban	1	1	1	1	1	1	1
Pèse-bébé	1	1	1	1	1	1	1
Bracelet d'identification	0	0	0	0	0	1*	0

*Uniquement pour les jumeaux

Pour le matériel de soins de base du nouveau-né, le linge propre et sec pour accueillir le nouveau-né, le collyre antibiotique, les antiseptiques pour le cordon, les compresses, la vitamine K1, le centimètre souple et le pèse-bébé étaient disponibles dans toutes les maternités de référence. Une maternité disposait du bracelet d'identification qui servait uniquement aux jumeaux. Aucune maternité de référence n'avait le bonnet et les chaussons pour les soins du nouveau-né.

VIII.2.2. Matériel et consommables pour la prévention des infections

❖ Les désinfectants

La figure 4 illustre l'existence des désinfectants dans les maternités de référence.

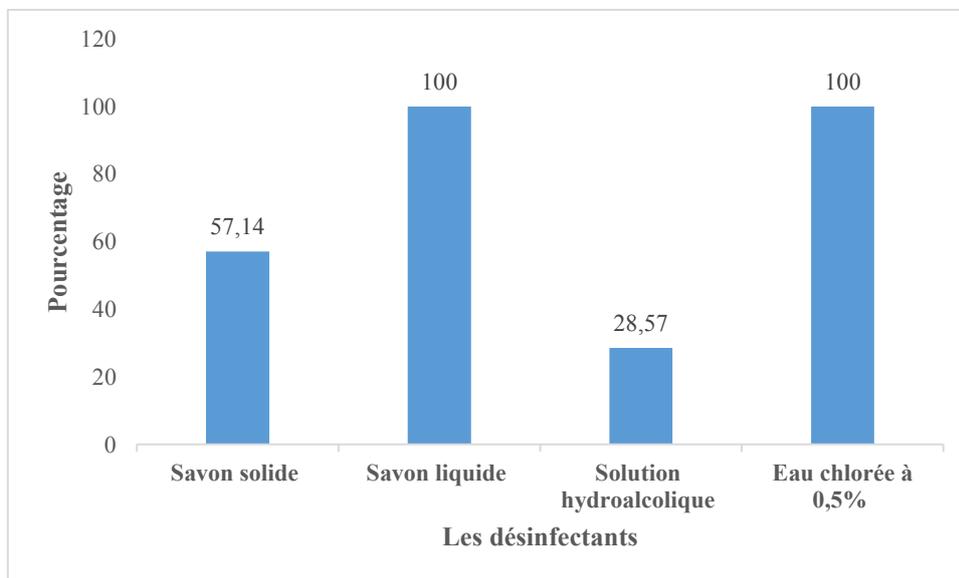


Figure 4 : Distribution des désinfectants, dans les maternités des hôpitaux de référence de OUAGADOUGOU (n = 7)

Le savon liquide, l'eau chlorée existaient dans toutes les maternités alors que la solution hydro-alcoolique l'était dans deux maternités soit 28,57% des cas.

❖ Matériels et consommables stériles

Sur la figure 5 sont présentés les matériels et consommables stériles disponibles.

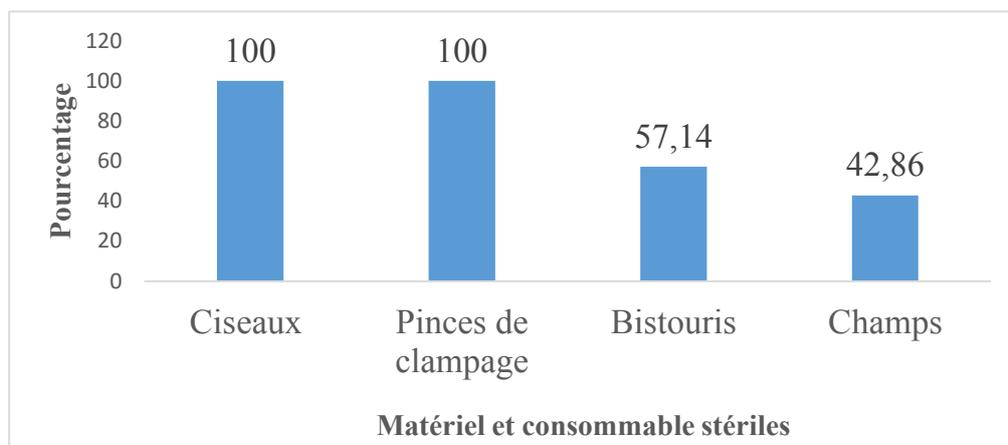


Figure 5: Matériel et consommables stériles dans les maternités de référence (n=7).

Les bistouris étaient présents à 57,14% et les champs stériles dans 42,86% des cas.

❖ Matériel pour la barrière de protection

Les blouses, bavettes, calots et sabots étaient disponibles dans toutes les maternités, sauf les lunettes de protection.

❖ Matériel de stérilisation ou de désinfection à haut niveau

Dans la figure 6 est présenté le matériel de stérilisation et de désinfection à haut niveau (DHN) dans les maternités de référence.

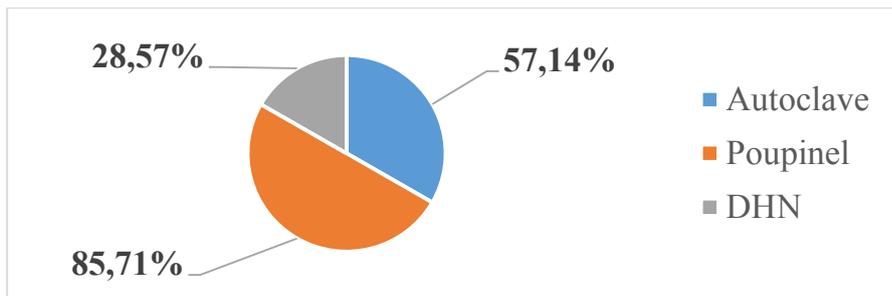


Figure 6 : Existence du matériel de stérilisation et de désinfection dans les maternités de référence (n=7).

Un poupinel était présent dans six maternités soit 85,71% des cas et l'autoclave dans 57,14% des cas

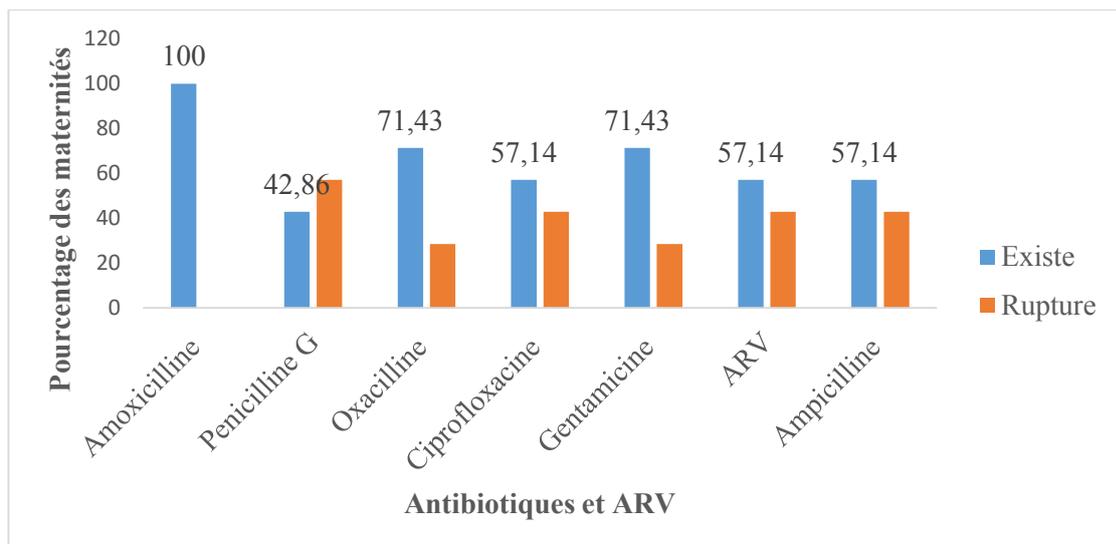
❖ **Autres matériels et consommables utilisés pour la prévention des infections dans les maternités de référence de la ville de Ouagadougou**

L'eau courante, les boites à tranchants et les poubelles existaient dans toutes les maternités.

Les essuie-mains existaient dans 3 maternités soit 42,86%. Les serviettes collectives l'étaient dans 14,29% et celles individuelles dans 28,57%.

❖ **Disponibilité des médicaments**

La figure 7 illustre les médicaments (antibiotiques et des antirétroviraux) existant dans les maternités de référence.



ARV : Anti rétroviraux

Figure 7 : Antibiotiques et antirétroviraux disponibles dans les maternités de référence (n=7).

L'amoxicilline existait dans toutes les maternités, la disponibilité de l'oxacilline et la gentamicine était de 71,43%.

VIII.2.3. Equipement pour la prise en charge de l'hypothermie

Dans le tableau IV, sont précisés les équipements des maternités de référence.

Tableau IV : Equipements pour la prise en charge de l'hypothermie du nouveau-né dans les maternités de référence (n=7).

EQUIPEMENTS	DISPONIBLE	POURCENTAGE
Table lampe industrielle	4	57,14
Table lampe artisanale	2	28,57
Unité kangourou	1	14,28
Pratique kangourou	1	14,28
Matelas chauffant	0	0
Incubateur d'élevage	1	14,28

La table et lampe chauffante modèle industriel existait dans quatre maternités de référence soit 57,14% des cas. L'unité kangourou et la pratique des soins maternels kangourou existaient dans une maternité. Cette dernière disposait d'un incubateur d'élevage en salle de naissance.

VIII.2.4. Matériel de prise en charge de l'asphyxie

❖ Matériel d'aspiration

Le matériel d'aspiration existant, dans les maternités de référence de la ville de Ouagadougou est mentionné dans le tableau V.

Tableau V : Matériel d'aspiration dans les maternités de référence (n=7).

MATERIEL D'ASPIRATION	EXISTENCE	POURCENTAGE
Aspirateur électrique	7	100
Aspirateur mécanique	0	0
Poire	7	100
Sonde n°6	4	57,14
Sonde n°8	6	85,71
Sonde n°10	1	14,28

Toutes les maternités disposaient d'un aspirateur électrique de mucosité ainsi que d'une poire d'aspiration. Aucune ne possédait l'aspirateur mécanique. Les sondes existaient dans toutes les maternités.

❖ Matériel de ventilation

Dans le tableau VI est chiffré le matériel de ventilation dans les maternités de référence

Tableau VI : Matériel de ventilation dans les maternités de référence (n=7).

MATERIEL DE VENTILATION	EXISTENCE	POURCENTAGE
Oxygène mural	6	85,71
Extracteur d'oxygène	2	18,57
Ballon ventilation	7	100
Masque 0	3	42,85
Masque 1	6	85,71

L'oxygène mural était disponible dans six maternités soit 85,71% des cas. Le ballon de ventilation existait dans toutes ces maternités.

❖ **Autres matériels de prise en charge de l'asphyxie**

Dans le tableau VII est mentionnée l'existence d'autres matériels à cet effet.

Tableau VII : Autres matériels de prise en charge de l'asphyxie dans les maternités de référence (n=7).

AUTRES MATERIELS	EXISTENCE	POURCENTAGE
Laryngoscope	1	14,28
Chronomètre	4	54,14
Stéthoscope	7	100
Glucomètre	0	0
Fiche protocole	2	28,57
Saturomètre	0	0

Dans une maternité il existait un laryngoscope en salle de naissance. Toutes les maternités disposaient de stéthoscope. Dans aucune des maternités il n'existait un saturomètre ni un glucomètre.

VIII.2.5. Autres médicaments et consommables pour la prise en charge du nouveau-né

❖ Solutés

Le sérum glucosé isotonique, le sérum salé isotonique et le ringer lactate existaient dans toutes les maternités. Le sérum glucosé hypertonique était absent dans une des maternités au moment de l'enquête.

❖ Les autres médicaments

L'existence des autres médicaments pour la prise en charge du nouveau-né est chiffrée dans le tableau VIII.

Tableau VIII : Autres médicaments pour la prise en charge du nouveau-né (n=7).

AUTRES MEDICAMENTS	DISPONIBLES	POURCENTAGE
Gluconate de calcium	2	28,57
Chlorure de calcium	2	28,57
Adrénaline	5	71,42
Vitamine K1	7	100

Dans moins d'un tiers des cas (28,57%), les électrolytes existaient dans les maternités.

❖ Les cathéters

➤ Cathéters veineux pour nouveau-né

Le cathéter veineux existait dans 4 maternités de référence sur les 7, soit dans 57,14% des maternités.

➤ Le cathéter ombilical charnière 5

Le cathéter 5 existait dans 2 maternités, soit 28,57% des cas.

➤ Le cathéter ombilical charnière 3.5

Une maternité disposait du cathéter ombilical charnière 3.5 soit 14,28% des cas.

VIII.2.6. Matériel d'alimentation du nouveau-né à risque

Le matériel d'alimentation du nouveau-né à risque est chiffré dans le tableau IX.

Tableau IX : Matériel d'alimentation du nouveau-né (n=7).

MATERIEL D'ALIMENTATION	EXISTENCE	POURCENTAGE
Tire-lait électrique	0	0
Tire-lait mécanique	1	14,28
Extraction manuelle	4	57,14
Tasse	0	0
Réfrigérateur	3	42,85
Sonde gastrique	3	42,85
Seringue gavage	2	28,57

Le matériel d'alimentation du nouveau-né à risque n'était pas disponible dans toutes les maternités de référence. Le tire-lait électrique était absent dans toutes les maternités et

le mécanique était disponible dans 14,28% des cas. L'extraction manuelle se pratiquait dans 4 maternités soit 57,14%.

VIII.2.7. Consommables et médicaments pour la prise en charge de l'accouchée récente

❖ Cathéter de bon calibre, perfuseur et transfuseur

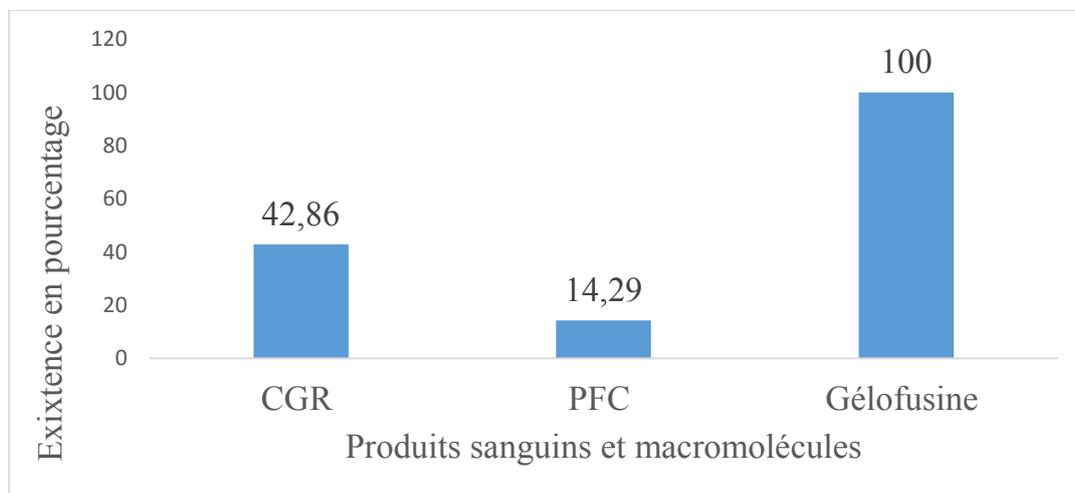
Toutes les maternités disposaient de cathéter veineux, de perfuseur et de transfuseur.

❖ Gants de révision

Les gants de révision existaient dans 5 maternités, soit 71,43% des cas.

❖ Produits sanguins et macromolécules

La figure 8 illustre l'existence des produits sanguins et des macromolécules dans les maternités de référence.



CGR : concentré globulaire rouge, *PFC* : plasma frais congelé

Figure 8 : Répartition des types de produits sanguins et macromolécules dans les maternités de référence (n=7).

Le culot globulaire rouge était dans trois maternités soit 42,86% et le plasma frais congelé existait uniquement au CHU-YO.

❖ **Les utéro-toniques**

➤ **L'ocytocine**

L'ocytocine existait dans toutes les maternités de référence de la ville de Ouagadougou.

➤ **Le misoprostol**

Le misoprostol existait dans 4 maternités sur les 7 de référence soit 57% des cas.

VIII.3. L'organisation des soins aux nouveau-nés dans les hôpitaux de référence

VIII.3.1. Coin de prise en charge du nouveau-né asphyxié

❖ **En salle d'accouchement**

Dans six maternités sur les 7, existait un coin dédié à la prise en charge du nouveau-né asphyxié en salle d'accouchement, soit 85,71% des cas.

❖ **Au bloc opératoire**

Un coin au bloc opératoire pour la prise en charge du nouveau-né asphyxié existait dans une maternité de référence soit 14,29% des cas.

VIII.3.2. Organisation du personnel

❖ **Nombre de prestataires à la garde**

Le nombre de prestataires à la garde variait dans certaines maternités. Le tableau X donne la répartition des prestataires à la garde dans les maternités de référence.

Tableau X : Nombre de prestataires présents par garde dans les maternités.

MATERNITE	NOMBRE DE PRESTATAIRES
CHU-YO	3 à 4
KOSSODO	2 à 3
PISSY	3
SCHIPHRA	3
PAULVI	3
HSC	2 à 3
CMA DU 30	2 à 3

❖ Réunion journalière

Une réunion journalière, pour discuter des cas reçus à la garde précédente se tenait dans toutes les maternités de référence sauf une.

❖ Tableau d'organisation

Les tableaux d'organigramme, de garde et de permanence étaient présents et à jour dans toutes les maternités. Aucune maternité n'avait une description écrite des postes.

VIII.3.3. Unité de néonatalogie au sein de la maternité

Aucune maternité ne possédait d'unité de néonatalogie en son sein donc pas de salle d'hospitalisation, ni de dossier d'hospitalisation pour nouveau-né, ni de supports informatisés pour nouveau-né. Elles ne disposaient pas non plus de registre de consultation ou d'hospitalisation pour nouveau-né. A l'hôpital Saint Camille et au CHU-YO, il existait un service de néonatalogie dans le département de pédiatrie. Ce dernier possédait les éléments sus-cités à l'exception du support informatisé.

VIII.3.4. Transfert des nouveau-nés

❖ Ambulance

L'ambulance médicalisée était présente dans deux maternités soit 28,57% des cas.

❖ Fiche de transfert

Trois maternités avaient des fiches de transfert/référence /évacuation du nouveau-né adaptées, soit 42,57% des cas par rapport à quatre qui n'avaient que des fiches non adaptées.

❖ Incubateur de transport

Aucune maternité ne possédait un incubateur de transport, pour la prise en charge de l'hypothermie, pendant le transfert du nouveau-né.

❖ Téléphone

Le téléphone fixe existait dans cinq maternités soit 71% des cas.

VIII.4 Evaluation des connaissances et des compétences des agents de santé sur les soins essentiels immédiats du nouveau-né dans les hôpitaux de référence

VIII.4.1 Connaissance du matériel de soin

❖ Connaissance du matériel pour les soins immédiats aux nouveau-nés.

Dans le tableau XI est notée la fréquence des réponses des prestataires sur le matériel de soins immédiats au nouveau-né.

Tableau XI : matériel pour les soins au nouveau-né cités par les prestataires (n=123).

MATERIEL UTILISES POUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Bonnet	17	13,82
2 linges propres	104	84,55
Bracelet d'identification	10	8,13
Chausson	12	9,76
Clamp de Barr	102	82,93
Collyre antiseptique	81	65,85
Compresse stériles	70	56,91
Pèse-bébé	87	70,73
Centimètre souple	74	60,16
Vitamine K1	73	59,35

Les connaissances théoriques des prestataires sur le matériel de soins immédiats variaient de 84 ,55 % pour les linges propres à 8 ,13% pour le bracelet d'identification.

❖ Connaissance théorique du matériel utilisé pour la prévention de l'infection en période néonatale.

Le niveau de connaissance des prestataires, sur le matériel de prévention des infections en période néonatale, est mentionné dans le tableau XII.

Tableau XII : Fréquence des réponses des prestataires sur l'énumération du matériel de prévention des infections en salle de naissance (n=123).

MATERIEL DE PREVENTION DES INFECTIONS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Paire de gants stériles	93	75,61
Serviette propre	46	37,4
Savon	71	57,72
Source d'eau	77	62,6

Les connaissances variaient, de 37,40% pour la serviette propre à 75,61% pour les gants stériles.

❖ Connaissance du matériel utilisé pour la réanimation du nouveau-né à la naissance

Le niveau de connaissance théorique, des prestataires sur le matériel de réanimation du nouveau-né, est indiqué dans le tableau XIII

Tableau XIII : Fréquence des réponses des prestataires sur l'énumération du matériel de réanimation du nouveau-né (n=123).

MATERIEL DE REANIMATION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Aspirateur de mucosités	112	91,06
Ballon de ventilation	108	87,8
Chronomètre	37	30,08
2 linges propres	56	45,53
Table chauffante	65	52,85
Masque de ventilation 0	49	39,84
Masque de ventilation 1	43	34,96
Poire	102	82,93
Sonde d'aspiration 6	75	60,98
Sonde d'aspiration 8	46	37,4
Stéthoscope	40	32,52

La connaissance théorique variait de 30,08% pour le chronomètre à 91,06% pour l'aspirateur de mucosité.

VIII.4.2. Connaissance de l'organisation des soins

❖ Connaissance de l'organisation d'un service de maternité de référence

Le niveau de connaissance des prestataires sur l'organisation des soins, en salle de naissance est indiqué dans le tableau XIV

Tableau XIV : Fréquence des réponses des prestataires sur l'organisation des soins (n=123).

ORGANISATION DES SOINS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Coin du NNé en salle d'accouchement	65	52,85
Coin du NNé au bloc opératoire	39	31,71
Coin du NNé en néonatalogie	21	17,07
ORCEOP	9	7,32
EPCEOP	8	6,5
OPGAR	7	5,69

***ORCEOP** : organisation de réunion commune entre obstétricien et pédiatre, **EPCEOP** : élaboration de protocole commun entre obstétricien et pédiatre, **OPGAR** : organisation de la prise en charge des grossesses à risque en concertation. **NNé** : nouveau-né*

La connaissance théorique variait, de 5,69% pour l'organisation de la prise en charge des grossesses à risque, en concertation à 52,85% pour la mise en place d'un coin pour le nouveau-né en salle d'accouchement.

❖ **Connaissance de l'organisation d'un coin du nouveau-né**

Le niveau de connaissance théorique des prestataires sur la composante d'un coin du nouveau-né dans une maternité de référence est mentionné dans le tableau XV.

Tableau XV: Fréquence des réponses des prestataires sur la composante d'un coin du nouveau-né (n=123).

COMPOSANTE D'UN COIN DU NOUVEAU-NE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Aspirateur de mucosité	80	65,04
Table chauffante	80	65,04
Ballon de ventilation	81	65,85

VIII.4.3. Connaissance des procédures de soins

- ❖ **Connaissance des procédures de soins immédiats de base du nouveau-né à la naissance.**

Dans le tableau XVI est mentionné le niveau de connaissance des prestataires sur les procédures de soins.

Tableau XVI : Fréquence des réponses des prestataires sur les procédures de soins immédiats aux nouveau-nés (n=123).

PROCEDURE DE SOINS IMMEDIATS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Séchage/stimulation du nouveau-né	113	91,87
Evaluation du cri	93	75,61
Mise peau à peau	77	62,6
Réalisation des soins du cordon	102	82,93
Mise au sein précoce	61	49,59
Administration de collyre	79	64,23
Administration vitamine K1	75	60,98
Identification brassard	3	2,44
Enregistrement du nouveau-né	62	50,41
Examen du nouveau-né	74	60,16
Conseils donnés à la patiente	37	30,08

Les connaissances variaient entre 2,44% pour l'identification à l'aide d'un bracelet et 91,87% pour sécher et stimuler le nouveau-né.

❖ **Connaissance des principes de la prévention des infections en période néonatale**

- Connaissance des « cinq propres »

Les cinq propres étaient connus dans 26,83% des cas.

- Composantes des cinq propres

Le niveau de connaissance des prestataires sur la composante des 5 propres est indiqué dans le tableau XVII.

Tableau XVII : Fréquence des réponses sur les composantes des cinq propres (n=123).

COMPOSANTES DES CINQ PROPRES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Mains propres	32	26,02
Surfaces et linges propres	32	26,02
Ciseaux et lames propres	25	20,33
Ligatures propres du cordon	23	18,7
Cordon propre et sec jusqu'à cicatrisation	19	15,45

Le niveau moyen de connaissance, des composantes des cinq propres variait de 18,70% pour les ligatures propres du cordon à 26,06% pour les mains, surfaces et linges propres.

- Les moyens utilisés pour se laver les mains

Le lavage des mains était cité par 115 prestataires, soit 93,50%.

La friction avec une solution hydro alcoolique, par 68 prestataires, soit 55,28%.

VIII.4.4. Connaissance sur la surveillance de l'accouchée

« Toutes les 15 minutes les deux (2) premières heures » avait été cité par 68 prestataires soit une fréquence de 55,28%. « Toutes les 30 minutes la troisième heure » par 62 prestataires, soit une fréquence de 50,41%. « Toutes les heures jusqu'à la 6^{ème} heure », par 53 prestataires, soit une fréquence de 43,09%.

❖ Connaissance des prestataires sur les éléments de surveillance de l'accouchée récente

Dans le tableau XVIII est représenté le niveau de connaissance des prestataires sur les éléments de surveillance de l'accouchée récente.

Tableau XVIII : Fréquence des réponses sur l'énumération des éléments de surveillance de l'accouchée récente (n=123).

ELEMENTS DE SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEE	EFFECTIF	FREQUENCE
Signes vitaux		
- Coloration des muqueuses	83	67,48
- Prise de la tension artérielle	114	92,68
- Prise de la température	109	88,62
- Prise de la fréquence cardiaque	48	39,02
- Prise du pouls	99	80,49
Vérification du globe utérin	112	91,06
Vérification du saignement vulvaire	117	95,12

VIII.4.5. Vérification des compétences des prestataires

❖ Accueil – Présentation

Dans le tableau XIX, est indiquée la vérification de l'accueil et de la présentation des prestataires, face aux parturientes

Tableau XIX : Répartition des éléments de l'accueil fait par les prestataires en fonction de l'appréciation de leur qualité.

QUALITE DE L'ACCUEIL						
ELEMENTS DE L'ACCUEIL	Non exécuté	Mal exécuté	Sans maitrise	Bonne maitrise	Parfaite maitrise	Total exécuté
Salutation de la patiente	0	0	19	79	25	123
Présentation du prestataire	123	0	0	0	0	0
Présentation enquêteurs	77	14	13	19	0	46
Raison de la présence de l'enquêteur	123	0	0	0	0	0

Tous les prestataires saluaient les parturientes. Aucun ne s'était présenté à la parturiente, n'avaient expliqué la présence de l'enquêteur.

❖ Vérification des compétences sur la prévention des infections

Le niveau de compétence des prestataires, sur la prévention des infections est noté dans le tableau XX.

Tableau XX : Répartition des éléments de compétence des prestataires sur la prévention des infections en fonction de la qualité de leur exécution (n=123).

QUALITE D'EXECUTION DE LA COMPETENCE						
Elément de la prévention des infections	Non exécuté	Mal exécutée	Sans maîtrise	Bonne maîtrise	Parfaite maîtrise	Total exécuté
Lavage des mains	21	14	28	34	26	102
Barrière de protection	0	4	59	53	7	123
Port de gant stérile	2	3	26	50	42	121
Nettoyage du périnée	68	24	14	14	3	55
Décontamination du matériel	4	4	60	21	34	119

La barrière de protection avait été utilisée, par tous les prestataires. Parmi eux, 59 l'avaient utilisée sans maîtrise. Le périnée maternel avait été nettoyé, avant la naissance du nouveau-né par 55 prestataires, trois d'entre eux l'avait exécuté avec une parfaite maîtrise.

❖ Vérification des compétences des prestataires sur les soins essentiels du nouveau-né

➤ Compétence des prestataires sur l'évaluation du nouveau-né

La figure 9 illustre le niveau moyen de compétence des prestataires sur l'évaluation du nouveau-né

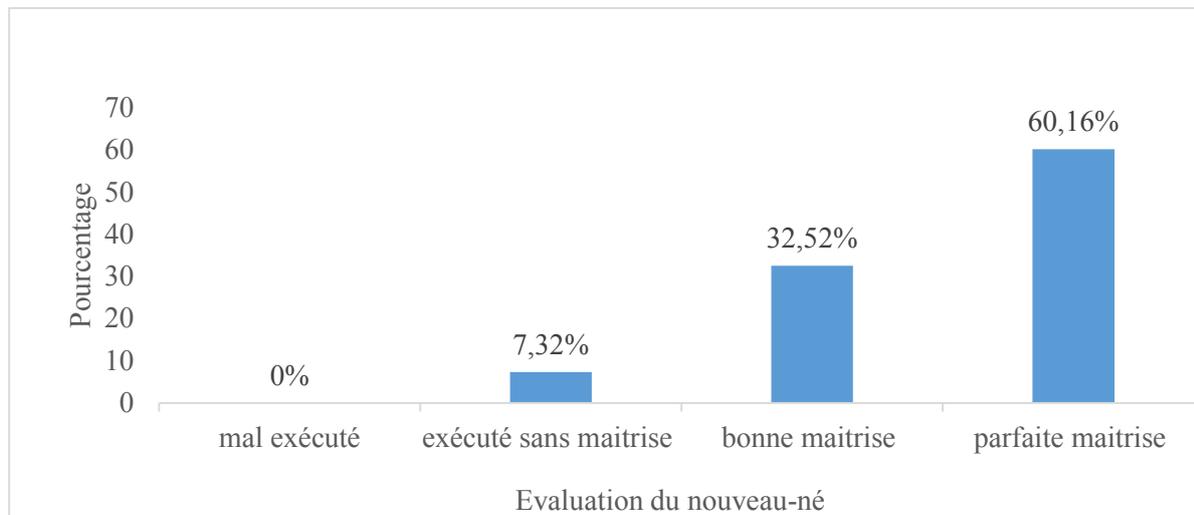


Figure 9 : Compétence des prestataires sur l'évaluation du nouveau-né (n=123).

Tous les prestataires évaluaient les nouveau-nés et 60,16% d'entre eux le faisaient avec une parfaite maîtrise.

➤ **Compétences des prestataires sur la réanimation du nouveau-né**

Quarante-trois prestataires ont été évalués, par rapport à la réanimation du nouveau-né, soit 34,96%.

Parmi eux, 55,81% ont bien exécuté les gestes et 39,53% avec une parfaite maîtrise.

➤ **Compétence sur la prévention de l'hypothermie**

Le tableau XXI représente le niveau de compétence des prestataires sur la prévention de l'hypothermie

Tableau XXI : Répartition des éléments de compétence des prestataires sur la prévention de l’hypothermie en fonction de leur qualité d’exécution (n=123).

QUALITE D’EXECUTION						
Eléments des Soins du nouveau-né	Non exécuté	Mal exécutée	Sans maîtrise	Bonne maîtrise	Parfaite maîtrise	Total exécuté
Sécher corps et tête	0	0	5	45	73	123
Enveloppe d’un linge propre	0	0	9	60	54	123
Assurer contact peau à peau	34	8	31	36	14	89
S'assurer du retard du bain	68	14	28	8	5	55

Tous les prestataires avaient séché entièrement le nouveau-né et 73 d’entre eux avec une parfaite maîtrise. Le retard du bain avait été suggéré par 55 prestataires.

➤ **Compétences sur la technique de clampage et section du cordon**

Le tableau XXII illustre le niveau de compétence des prestataires sur la technique de clampage et de section du cordon

Tableau XXII : Distribution des compétences des prestataires sur la technique de clampage du cordon selon la qualité d'exécution (n=123).

QUALITE D'EXECUTION						
Technique de clampage du cordon	Non exécuté	Mal exécuté	Sans maitrise	Bonne maitrise	Parfaite maitrise	Total exécuté
Pose des clamps/pinces	0	1	1	29	92	123
Section du cordon	0	1	1	25	96	123
Section avec ciseaux stériles	0	0	19	24	80	123
Cordon laissé libre	2	6	9	17	89	121

Tous les prestataires avaient pratiqué la technique de section du cordon et 96 d'entre eux l'avaient exécutée avec une parfaite maitrise. Cent vingt et un prestataires avaient laissé le cordon libre.

➤ **Compétences sur la mise au sein immédiate**

Le tableau XXIII représente le niveau de compétence des prestataires sur la mise au sein précoce.

Tableau XXIII : Répartition des éléments de compétence des prestataires sur la mise au sein précoce en fonction de la qualité d'exécution (n=123).

QUALITE D'EXECUTION						
Eléments de la mise au sein précoce	Non exécuté	Mal exécutée	Sans maîtrise	Bonne maîtrise	Parfaite maîtrise	Total Exécuté
Communication avec la mère	62	13	20	22	6	61
Incitation à l'allaitement maternel	67	19	17	17	3	56
Aide à mise au sein	80	15	11	14	3	43
Enseignement de la bonne technique	81	18	7	11	6	42

Cinquante et six prestataires avaient incité la mère à l'allaitement maternel, 42 avaient enseigné à la mère la bonne technique de tétée.

❖ **Vérification des compétences des prestataires sur les soins ultérieurs.**

Le niveau de compétences des prestataires sur les soins ultérieurs est mentionné dans le tableau XXIV

Tableau XXIV : Répartition des éléments de compétence des prestataires sur les soins ultérieurs en fonction de la qualité (n=123).

Eléments de Soins ultérieurs	QUALITE D'EXECUTION					Total exécuté
	Non exécuté	Mal exécuté	Sans maîtrise	Bonne maîtrise	Parfaite maîtrise	
Paramètres anthropométriques	0	0	2	32	89	123
Examen nouveau-né	22	10	17	39	45	111
Administration collyre	18	2	19	22	62	105
Donner vitamine K1	40	4	20	24	35	83
Carnet /dossier	0	0	2	17	104	123
Compléter les données	0	0	2	22	99	123
Donner conseils	39	15	33	27	9	84

Tous les prestataires prenaient les paramètres anthropométriques du nouveau-né, remplissaient le carnet et le dossier médical, puis complétaient les données. La vitamine K1 avait été donnée au nouveau-né par 83 prestataires.

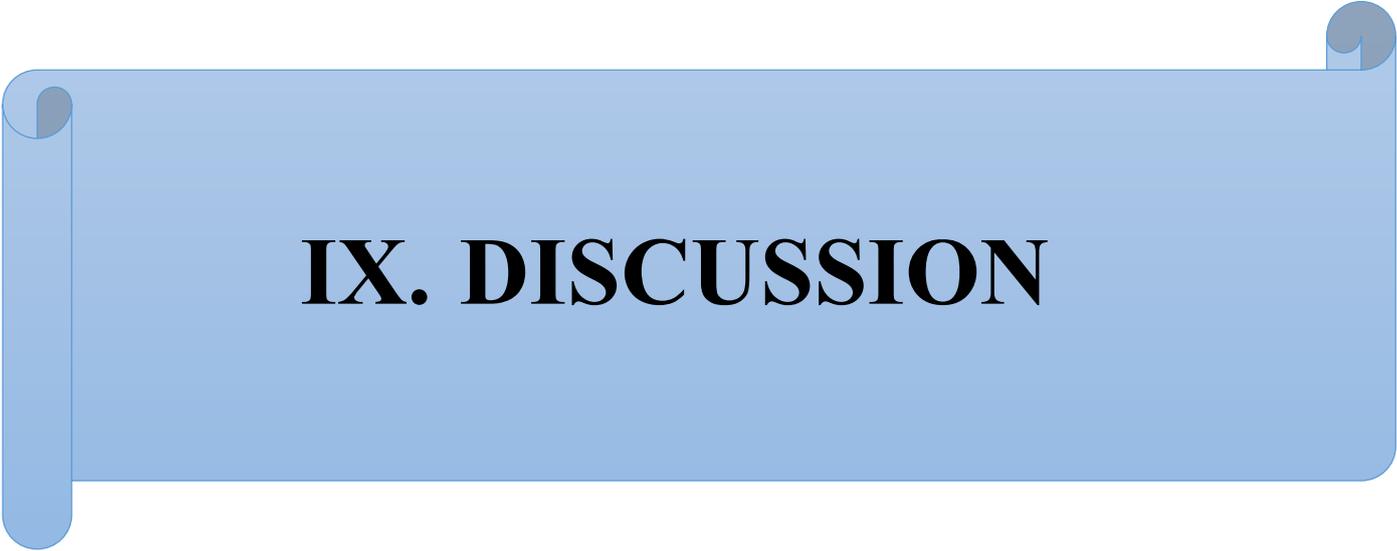
❖ **vérifications de la pratique de la surveillance de l'accouchée**

Le tableau XXV indique le niveau de compétence des prestataires sur la surveillance de l'accouchée récente.

Tableau XXV : Répartition des éléments de compétence des prestataires sur la surveillance de l'accouchée récente en fonction de la qualité d'exécution (n=123).

QUALITE D'EXECUTION						
Surveillance	Non exécuté	mal exécuté	sans maîtrise	bonne maîtrise	parfaite maîtrise	Total
Rythme de surveillance	36	13	40	25	9	87
Constantes	23	9	31	35	25	100
Globe utérin	5	18	5	21	74	118
Saignement vaginal	6	18	4	15	80	117

Le globe utérin avait été vérifié par 118 prestataires, au cours de la surveillance de l'accouchée, le saignement par 117 prestataires.



IX. DISCUSSION

IX.1. Limites de l'étude

Les limites de notre étude sont liées :

- à la durée de trois mois pour l'enquête ; ce délai ne pouvait pas permettre d'enrôler tous les prestataires. Certaines étaient en congé de maternité et d'autres en congé annuel avant la fin de l'étude et n'ont pu être observés, en train de prodiguer des soins aux nouveau-nés. En plus, le séjour par équipe dans les services de maternité se fait tous les 3 mois. Ainsi, certains n'ont pu être enquêtés car ne se trouvant pas en salle d'accouchement pendant la période de l'étude.
- aux biais de l'observation et d'entretien :
 - En effet, la présence de l'enquêteur a probablement influencé le comportement des prestataires,
 - Les réponses obtenues au cours des entretiens avec les prestataires ont aussi pu être influencées par la présence et l'attitude de l'enquêteur.
- A la durée de la surveillance limitée aux six premières heures. Les enquêteurs avaient une contrainte de temps pour évaluer les prestataires pendant 24 heures.

Malgré ces limites, les résultats auxquels nous sommes parvenus, nous permettent de mener la discussion et les commentaires suivants, au regard de nos objectifs et des données de la littérature.

IX.2. Discussion

IX.2.1. Profil des agents de santé

➤ Le niveau de scolarisation

Dans notre étude, la majorité des prestataires était scolarisée jusqu'au niveau secondaire, 79% et 15% avaient atteint le niveau universitaire, alors que seulement 6% avaient le niveau primaire. Le niveau de scolarisation est donc globalement acceptable. Ce bon niveau global devrait permettre, une bonne acquisition des modules lors de la formation

de base. Il s'agit du niveau requis, au Burkina Faso pour l'accès à la formation de sage-femme et maïeuticien d'Etat [24].

➤ **Qualification des prestataires**

Les prestataires enquêtés étaient majoritairement des sages-femmes et maïeuticiens d'Etat (92%). **Tonleu** au Burkina-Faso en 2014 a trouvé que les sages-femmes constituaient l'essentiel des prestataires (75%), suivies des maïeuticiens d'Etat [23]. Leur formation de base, leur permet d'assurer correctement les accouchements et les soins essentiels immédiats aux nouveau-nés. Mais cette catégorie de personnel, n'est certainement pas suffisamment outillée pour la prise en charge des nouveau-nés en détresse vitale [25]. Il leur faut une formation supplémentaire pour assurer cette tâche. Les plus qualifiés dans la prise en charge du nouveau-né sont avant tout, les néonatalogues et les pédiatres, mais aussi au Burkina Faso, les attachés de santé en pédiatrie. [23;25].

➤ **Ancienneté**

L'ancienneté dans le service variait de moins d'un an à plus de 21 ans. La classe de un à cinq ans d'ancienneté était la plus représentée, avec 68 prestataires. La majorité des prestataires dans notre étude, avait de nombreuses années d'expérience dans la prise en charge du nouveau-né et de l'accouchée. Généralement, les agents nouvellement sortis des écoles de formation sont plutôt affectés, hors des grands centres tels que Ouagadougou.

➤ **Formations reçues par le prestataire sur les soins aux nouveau-nés**

Plus de la moitié des prestataires, 58% n'avait pas bénéficié de formation complémentaire en soins essentiels du nouveau-né et la surveillance de l'accouchée. Mais seulement 15% de ceux qui ont affirmé avoir bénéficié de formation supplémentaire, avaient été formés en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) : 9 % en SONU complet, 11% en réanimation du nouveau-né et 4% en soins essentiels du nouveau-né. Les formations complémentaires visent une mise à niveau et

l'acquisition de nouvelles compétences. Dans notre étude, cette mise à niveau ne pourrait être probante avec de tels résultats. **Tonleu** dans son étude, trouvait que plus de la moitié des prestataires, ne se rappelaient pas d'un cours de mise à niveau [23]. La formation d'un nombre suffisant de prestataires qualifiés doit s'articuler sur la coordination des politiques de gestion, des ressources humaines afin d'assurer la distribution équitable, des soins obstétricaux et néonataux essentiels [26].

IX.2.2.Equipements et consommables

❖ Matériels pour les soins de base aux nouveau-nés

La qualité de soin demande des installations et des équipements, qui doivent contribuer à améliorer la technicité des agents de santé, mais également à assurer un minimum de confort aux bénéficiaires de soins.

Le matériel de soins de base du nouveau-né, à savoir le linge propre et sec pour accueillir le nouveau-né, le collyre antibiotique, les antiseptiques pour le cordon, les compresses stériles, la vitamine K1, le centimètre souple et le pèse-bébé étaient disponibles dans toutes les maternités de référence [27]. Une seule maternité disposait du bracelet d'identification mais il servait uniquement à l'identification des jumeaux. Aucune maternité de référence n'avait le bonnet et les chaussons pour les soins du nouveau-né. Alors que le nouveau-né perd de la chaleur par la tête d'où la nécessité du bonnet et des chaussons [12].

Au Burkina Faso, selon certaines coutumes, on ne prépare pas la layette du nouveau-né : c'est mettre la charrue avant les bœufs. Ceci pourrait expliquer le fait que les femmes ne préparent ou n'apportent ni de bonnet ni de chaussons lors de l'accouchement. Elles apportent juste des pagnes usagés, mais propres pour envelopper le nouveau-né. Il est donc important, de mettre un accent sur la sensibilisation des familles, quant aux conséquences de ces mœurs, pendant la consultation prénatale.

❖ **Matériels et consommables pour la prévention des infections**

➤ **Désinfectants**

La prévention des infections recommande, le savon et la solution chlorée [27] dans toutes les maternités. Mais la solution hydro alcoolique n'existait que dans 28,57% des maternités de référence. La solution hydro alcoolique est une solution non-irritante à base d'alcool auquel on ajoute de la glycérine ; elle agit efficacement pour la prévention des infections [28]. Pour pallier à cette insuffisance, il est souhaitable que chaque maternité fabrique sa solution hydro alcoolique. Elle est facile à réaliser et ne devrait donc pas manquer dans les maternités, surtout celles de référence.

➤ **Matériels et consommables stériles**

Dans le cadre de la prévention des infections, le matériel stérile est indispensable en salle d'accouchement pour assurer l'asepsie pendant l'accouchement.

Dans notre étude, les ciseaux et pinces stériles existaient dans toutes les maternités. Cependant les bistouris et les champs stériles existaient respectivement dans 57,14% et 42,86% des cas, ce qui est insuffisant [27]. Le manque d'autoclave dans certaines maternités de référence expliquerait l'absence des champs stériles, dans ces formations. Les bistouris étaient temporairement non disponibles dans certaines formations. Ce qui suggère un simple problème de gestion de stock !

➤ **Matériel pour la barrière de protection**

Le matériel, pour la barrière de protection est le premier moyen utilisé, dans la prévention des infections. Il est admis que le port de blouse, sabots, bonnet, bavette soit obligatoire en salle d'accouchement [27]. Au cours de notre enquête, toutes les maternités disposaient de matériel pour la barrière de protection. Cependant, les lunettes de protection ou les visières n'étaient pas disponibles. Cette insuffisance pourrait s'expliquer par le manque de ressources ou par la gêne à la vue, lors du port des lunettes de protection par certains agents de santé.

➤ **Matériel de stérilisation et de désinfection à haut niveau (DHN)**

La stérilisation est le moyen le plus efficace pour la prévention des infections et doit être une priorité pour toute structure pratiquant la chirurgie [28].

Le poupinel était l'instrument le plus fréquent ; 85,71% dans les maternités suivi de l'autoclave (57,14%) et du matériel de DHN (28,57%). L'évaluation de SONU a trouvé 87% de poupinel disponibles dans des maternités de référence [27]. Cela s'expliquerait par son coût plus abordable.

A l'exception du poupinel, le matériel de stérilisation ou de désinfection de haut niveau est manquant dans les maternités de référence de la ville de Ouagadougou. De nos jours, le poupinel n'est plus recommandé pour une stérilisation efficace. Il faudrait plutôt privilégier la stérilisation à vapeur, utilisant un autoclave [29]. Ce dernier permet la stérilisation d'un plus grand nombre de matériel, comparativement au poupinel [28]. Il serait donc plus indiqué que toutes les maternités de référence s'en procurent.

➤ **Autres matériels et consommables utilisés pour la prévention des infections**

L'eau courante, les boîtes à tranchant et les poubelles existaient dans toutes les maternités de référence. Dans la plupart des publications, le constat était similaire [22;23;27]. Quant aux essuie-mains, ils existaient dans 3 maternités, soit 42,86% ; les serviettes collectives l'étaient dans 14,29% et celles individuelles dans 28,57%. **Nennig** en France en 2009, dans son étude sur le soin du cordon, retrouvait une utilisation des papiers essuie-tout, pour le séchage des mains par le personnel soignant dans 89% des cas [30]. La serviette en tissu collectif est à proscrire, car elle peut être source d'infection croisée. En effet un essuie-mains, en milieu hospitalier ne doit être utilisé qu'une seule fois, afin d'éviter la transmission aux utilisateurs [31]. En plus de l'essuie-mains, il est plutôt recommandé de sécher les mains à l'air libre.

❖ Existence des antibiotiques et des antirétroviraux

Les infections constituent, la cause de décès néonatal dans 38% des cas [7]. Les antibiotiques usuels et les antirétroviraux sont donc des médicaments indispensables dans les maternités et dans les services de néonatalogie. Pendant notre étude, les antibiotiques usuels n'étaient pas disponibles partout, à l'exception de l'amoxicilline que l'on trouvait dans toutes les maternités de référence. La gentamycine et l'oxacilline existaient dans 71,43% des maternités de référence, suivie de la ceftriaxone et l'ampicilline qui étaient présents dans 57,14% des maternités. Lors de l'évaluation SONU au Burkina Faso, les disponibilités étaient de 60% pour la gentamycine, 54% pour la ceftriaxone et 70% pour l'ampicilline [27].

Dans notre étude, les antirétroviraux n'existaient que dans 57,14% des cas, tandis que l'évaluation SONU retrouvait 68%. Il pourrait s'agir de rupture de stock, dont les causes les plus fréquentes sont des problèmes financiers et des difficultés administratives mais également la sur-fréquentation et la sous-estimation des besoins [27].

❖ Equipements pour la prise en charge de l'hypothermie

Seulement 57,14% des maternités disposaient d'une table avec lampe chauffante pour le nouveau-né. Une seule la maternité possédait un incubateur d'élevage. C'est aussi la seule maternité, qui avait une unité de kangourou où se pratiquaient les soins maternels kangourou. Au regard de ces résultats, il apparaît clairement, que le matériel de prise en charge de l'hypothermie est très insuffisant dans les maternités de la ville de Ouagadougou. Puisque le nouveau-né doit rester au chaud, pendant toute la période néonatale [11;15] ; une priorité devrait être accordée aux soins kangourou. En effet, les soins kangourou ont le potentiel de sauver des vies et changer la vision des soins du nouveau-né aussi, bien dans un hôpital qu'à domicile [32].

❖ **Matériel de prise en charge de l'asphyxie**

Toutes les maternités avaient au moins un aspirateur de mucosité, des poires, des sondes, pour la désobstruction de voies aériennes encombrées du nouveau-né. Il n'en était pas de même pour les numéros de sonde d'aspiration souhaités. En effet la sonde n°6 existait dans 51,14% des cas et la n°10 seulement dans 14,28% des cas. La prise en charge d'un nouveau-né en détresse débute en salle de naissance. Il est donc important que les maternités de référence, disposent toutes du matériel adéquat pour cette prise en charge. Bien que les équipements soient insuffisants dans ces maternités, elles respectaient globalement les standards des Nations Unies, comme la plupart des centres SONUC [26]. Ce même constat a été fait par **Sanou** en 2004 au Burkina Faso [22]. Toutefois selon l'étude de **Tonleu**, la quasi-totalité des maternités, ne disposait pas de matériels comme les tables de réanimation, les lampes chauffantes ou les dispositifs d'aspiration [23]. Cela est certainement dû, au fait que son étude a été réalisée dans des maternités périphériques dont le plateau technique est moins étoffé [27], contrairement à la nôtre. Il est nécessaire, qu'une meilleure organisation de la gestion du matériel biomédical soit mise en place au niveau de tous les échelons du système d'offre de soins [33].

❖ **Matériel d'alimentation du nouveau-né à risque**

Au cours de cette étude, il est apparu que, dans la quasi-totalité des maternités de référence, les prestataires n'avaient pas une attention particulière pour l'alimentation du nouveau-né de faible poids à la naissance ; ce dernier a plus de difficultés pour téter. Le matériel pour l'alimentation de ces nouveau-nés était absent dans toutes ces maternités. Seules dans quatre maternités de référence, se pratiquait l'extraction manuelle du lait. Alors qu'il faut du matériel propre pour extraire, recueillir et stocker le lait maternel pour ces nouveau-nés à risque [14]. Le nouveau-né à risque, doit s'alimenter au risque d'assombrir davantage son tableau clinique. Nos résultats s'expliqueraient par le fait que ces nouveau-nés sont immédiatement transférés en néonatalogie. Les politiques de

santé devraient œuvrer à rapprocher le couple mère-enfant dans chaque hôpital de référence afin de faciliter la levée précoce des urgences néonatales. En effet, une unité de néonatalogie impliquerait la présence permanente d'un néonatalogue ou un pédiatre en maternité pour une prise en charge rapide des éventuelles urgences.

❖ **Consommables et médicaments pour la prise en charge de l'accouchée récente**

Toutes les maternités de référence, avaient les cathéters de bon calibre et des solutés tels la gélofusine et le ringer lactate pour tout besoin de remplissage vasculaire.

Aussi, l'ocytocine existait dans toutes les maternités. C'est un utéro-tonique indispensable utilisé en première intention dans la prise en charge de l'hémorragie de la période de la délivrance [14].

Le misoprotol est, non seulement utilisé en prévention des hémorragies de la période de la délivrance, mais en curatif face aux hémorragies massives. Il est clair que cette lacune n'améliore point le pronostic des patientes présentant une (ou à risque) hémorragie de la période de la délivrance. Mais, cela pourrait être dû au fait d'une rupture de stock.

Comme dans certaines études, nous avons trouvé que les gants de révision utérine et les produits sanguins labiles faisaient défaut dans certaines maternités de référence [27]. Cette absence de gants, est probablement due à un simple problème de gestion de stock. Les gants de révision ne devraient pas manquer dans une maternité de référence.

Ils sont nécessaires pour la révision utérine qui n'est pas rare, en salle de naissance. **Sanon** au Burkina Faso en 2003 rapportait dans son étude 71,1% de cas de révisions utérines effectuées chez des patientes ayant une hémorragie de la période de la délivrance [34].

Le manque de produits sanguins labiles dans les maternités a également été rapporté par **Sanou** [22]. Elle trouvait un besoin transfusionnel non couvert en urgence de 68,4%, ce

qui très élevé. Par contre, **Ouattara** à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso en 2016 trouvait un besoin non couvert en termes de quantité de sang de 21%, ce qui faible. Il explique ces résultats par une meilleure organisation de la collecte de sang au Burkina Faso avec la mise en place d'un centre national et des centres régionaux de transfusion sanguine parmi lesquels le CRTS de Bobo-Dioulasso a la meilleure couverture [35].

Cependant cela ne devrait pas occulter l'ampleur de la problématique des réserves de produits sanguins dans nos hôpitaux.

Ainsi nous sommes d'avis avec **Cross**, qui affirme que les centres de soins de nombreux pays en développement sont mal équipés en matériel, en médicament d'urgence, en matériels essentiels et en sang nécessaire pour l'assurance d'un accouchement sans risque [36].

IX.2.3. Organisation des soins aux nouveau-nés dans les hôpitaux de référence

❖ Coin de prise en charge du nouveau-né asphyxié

Dans notre étude, la plupart des maternités de référence avaient un coin dédié à la prise en charge du nouveau-né en salle d'accouchement. Ce qui n'était pas le cas dans les blocs opératoires de ces maternités à l'exception d'une seule maternité. Le nouveau-né extrait au bloc opératoire est alors apporté en salle d'accouchement pour y recevoir les soins essentiels. La salle se trouve généralement distante du bloc opératoire. Cela entraîne un retard dans la prise en charge. Kim, en 2015 en Asie dans son étude, trouvait que les difficultés s'installaient dans les situations où des soins d'urgence étaient requis [17].

Dans le but de réduire les retards de la prise en charge du nouveau-né asphyxié il serait judicieux d'aménager un coin pour le nouveau-né au bloc opératoire avec ses composantes.

❖ **Organisation du personnel**

➤ **Personnel à la garde**

Le nombre de prestataires qualifiés de garde était 2 à 3 personnes. Comme **Tonleu** au Burkina Faso en 2014 et **Ayivi** au Bénin en 1999 nous trouvons ce nombre très insuffisant, pour assurer des soins essentiels de qualité aux nouveau-nés et assurer une bonne surveillance des accouchées récentes [23;25].

Cette insuffisance en personnel avait été reconnue par le ministère de la santé qui notait une sage-femme pour 13138 habitants pour des normes OMS de 1 pour 3000 habitants [37].

Des efforts doivent être faits par les politiques particulièrement le ministère de la santé afin de rehausser les effectifs, surtout dans nos hôpitaux de référence.

➤ **Réunion journalière**

Les réunions journalières se tenaient dans la majorité des maternités de référence. C'est un cadre idéal d'échange journalier sur la prise en charge des nouveau-nés et des mères. Ces réunions sont à entretenir. Elles doivent cependant concerner, tous ceux qui travaillent pour le bien être des mères et de leurs nouveau-nés.

➤ **Tableau d'organisation**

Au Burkina Faso, il existe une organisation standardisée du système d'offre de soins. Cette organisation inclut à chaque niveau de référence des normes en infrastructures, en matériels, en ressources humaines et des paquets minima d'activités [37].

Le tableau d'organigramme, le tableau de garde et de permanence existaient et étaient actualisés dans toutes les maternités. Par contre aucune description de postes n'a été trouvée dans aucune des maternités de référence. Elle pourrait contribuer à une meilleure

fonctionnalité du service en précisant exactement ce qui est attendu de chaque prestataire.

❖ **Unité de néonatalogie en maternité et transfert du nouveau-né**

Des services de néonatalogie existent dans certains hôpitaux de référence de la ville de Ouagadougou. Ces services sont logés dans les départements de pédiatrie et permettent de sauver de nombreuses vies. Le nombre de vies sauvées serait encore plus important si l'unité de néonatalogie se trouvait au sein de la maternité.

Dans notre étude, nous notons qu'aucune maternité de référence n'avait en son sein une unité de néonatalogie donc pas de salle, ni de lits d'hospitalisation pour nouveau-nés, ni de dossier du nouveau-né encore moins de registre ou de support informatisé de dossiers médicaux. Ces dispositions sont obligatoires, dans la charte de fonctionnement de la maternité [38]. Nos maternités ne répondent pas à ces exigences. Il est urgent que ce dysfonctionnement soit résolu afin de mieux contribuer à la réduction de la mortalité néonatale et d'éviter la séparation du couple mère-enfant.

Les politiques de santé, devraient se conformer aux normes internationales, pour atteindre les objectifs du plan d'action, pour tous les nouveau-nés [17].

Les nouveau-nés malades et parfois leurs mères sont transférés, vers d'autres centres de santé plus adéquats dans notre étude.

Alors que l'ambulance médicalisée n'existait que dans 28,57% des maternités, les fiches de transfert n'étaient pas adaptées et aucune maternité n'avait un incubateur de transport. Les conditions de transfert du nouveau-né sont aussi à améliorer. **Sanou** faisait le même constat, où les nouveau-nés étaient transférés vers d'autres centres, par les parents eux-mêmes par leurs propres moyens, sans aucune assistance médicale [22]. De telles conditions de transfert des nouveau-nés augmentent les morts évitables des nouveau-nés.

IX.2.4 Connaissances des agents de santé sur les soins essentiels immédiats du nouveau-né dans les hôpitaux de référence

❖ Connaissance du matériel de soin

➤ Connaissance du matériel pour les soins immédiats aux nouveau-nés

Le matériel utilisé pour les soins du nouveau-né était globalement connu : 84,44% pour les linges propres, 82,93% pour le clamp de Barr, 60,16% pour le centimètre souple et 65,85% pour le collyre antibiotique. En revanche, l'utilisation du bonnet (13,82%), du chausson (9,76%) et du bracelet d'identification (8,13%) n'était pas connue. Le niveau de connaissance théorique des agents de santé enquêtés, sur le matériel utilisé pour les soins immédiats était donc faible. **Boiro** au Sénégal est parvenu à la même conclusion, sur la connaissance du matériel de soins essentiels immédiats, du nouveau-né dans son étude [39].

Ces résultats seraient peut-être, en rapport avec le matériel existant dans les maternités de référence. Les prestataires auraient cité, le matériel dont ils disposaient dans leur structure sans tenir compte des normes. Il est aussi possible qu'eux-mêmes ignorent ces normes. Alors, un besoin de mise à jour des connaissances des prestataires, s'avère nécessaire.

❖ Connaissance de l'organisation d'un service de maternité de référence

Concernant la connaissance des prestataires, sur l'organisation des soins dans un service de maternité de référence, nos résultats apparaissent meilleurs à ceux de **Boiro**, qui ne trouvait que 6,9% pour la composante d'un coin, du nouveau-né et 0% pour la collaboration entre pédiatre et obstétricien [39]. Les prestataires ignoraient presque tout, du fonctionnement d'une maternité de référence, de l'aménagement d'un coin dédié aux nouveau-nés en salle de naissance, de la présence d'un pédiatre en salle de naissance à la collaboration entre pédiatres et obstétriciens. Les réponses des agents de santé sont à

notre avis en rapport avec les réalités de leur structure. Il y'a un véritable manque de collaboration entre obstétricien et pédiatre qui n'est pas présent en salle de naissance. Ce même constat a été fait par **Ayivi** au Bénin [25]. Dans les pays développés, une unité de néonatalogie se trouve au sein de la maternité et des pédiatres et néonatalogues y sont en permanence [38].

Dans ces pays, les réseaux de périnatalité composés de néonatalogues, pédiatres, réanimateurs et obstétriciens constituent, un maillon important de l'organisation des soins aux nouveau-nés. Il est temps que toutes nos maternités de référence, adoptent cette politique en incorporant en leur sein une unité de néonatalogie, comme cela se pratique dans les pays développés.

❖ **Connaissance des procédures de soins**

➤ **Connaissance des procédures de soins immédiats de base du nouveau-né à la naissance**

Dans notre étude, certaines procédures de soins du nouveau-né, étaient bien connues par les prestataires. En effet, ils déclaraient procéder au séchage et à la stimulation du nouveau-né, aux soins oculaires et ombilicaux et à l'administration de la vitamine K1. Des efforts doivent cependant être faits, pour connaître la mise au sein précoce, l'examen complet du nouveau-né, son enregistrement et surtout l'identification du nouveau-né par un brassard. Dans l'ensemble, le niveau moyen de connaissance des procédures de soins des agents de santé enquêtés n'atteignait pas le niveau souhaité de 85%. Ceci a été également rapporté par **Boiro** au Sénégal [39]. Nos résultats corroborent ceux de **Tonleu** qui a trouvé un niveau moyen de 50,8 %. Dans son étude, les connaissances théoriques étaient nulles pour la mise précoce au sein, les soins du cordon et l'examen complet du nouveau-né [23]. Une telle insuffisance théorique, a forcément des conséquences sur la pratique des soins au nouveau-né.

➤ **Connaissance des principes de la prévention des infections en période néonatale**

S'agissant de la prévention des infections, l'hygiène des mains est un indicateur de qualité, mettant en évidence la sécurité des systèmes de soins [39]. Le lavage des mains était connu des prestataires, comme moyen pour rendre les mains propres. Mais la friction avec une solution hydro-alcoolique, n'avait été citée que dans 55,28% des cas. Ce résultat, s'explique par l'inexistence de ce produit dans les maternités de référence. La connaissance des cinq propres et leur composante n'étaient que de 21,30%. Il est vrai qu'il s'agit d'un nouveau concept mais cette insuffisance se confirme, par le taux élevé de mortalité néonatale liée aux infections 32% [37]. D'où la nécessité de former les prestataires de façon continue pour la mise à jour des connaissances.

➤ **Connaissance sur la surveillance de l'accouchée**

La connaissance du rythme de surveillance de l'accouchée, est donc faible. Surveiller correctement l'accouchée et le nouveau-né selon le rythme décrit, et vérifier effectivement les éléments à surveiller, permet de déceler et de prendre en charge à temps les complications maternelles et néonatales.

Les éléments de surveillance de l'accouchée, sont les signes vitaux, la vérification du globe utérin et du saignement vulvaire. La connaissance des prestataires variait de 39,02% pour la prise de la fréquence cardiaque à 95,12% pour la vérification du saignement. Ces résultats sont meilleurs par rapport au niveau national, où seulement 1,3% des sages-femmes et maïeuticiens avaient une connaissance correcte des signes d'hémorragie du post-partum [27]. A l'échelle nationale, toutes les formations sanitaires ont été prises en compte, alors que notre étude était limitée à 7 hôpitaux de référence de la ville de Ouagadougou.

Les prestataires devraient tous quel que soit leur lieu de fonction, bénéficier de la formation en "Aider les Mères à Survivre (AMS)".

IX.2.5 Compétences des prestataires

❖ Accueil – Présentation

L'accueil dans une structure, est souvent illustré par l'estimation du délai d'attente de la patiente. Il est déterminant par le premier contact. Toutes les patientes devraient être saluées selon les usages puis le soignant se présente et éventuellement, présente toute autre personne assistant aux soins. Dans toutes les maternités de référence, le prestataire saluait la parturiente avec respect. C'était le même constat dans l'étude de **Tonleu** [23]. Cependant, aucun prestataire ne s'était présenté à la parturiente et seulement 46 prestataires avaient présenté l'enquêteur à la parturiente sans donner les raisons de sa présence. L'accueil et la communication sont importants dans l'administration des soins. Ils doivent permettre à la parturiente de se sentir à l'aise et bénéficier d'explication sur les soins et actes la concernant.

❖ Compétences sur la prévention des infections

Si dans notre étude, le niveau de compétence pour la prévention des infections semble bonne, il est à noter que les gestes étaient exécutés, avec une parfaite maîtrise que par peu de prestataires. Tous les prestataires utilisaient la barrière de protection mais seul sept d'entre eux le faisait avec une parfaite maîtrise. Ce sont ces sept qui, pratiquaient réellement la prévention des infections par la barrière de protection. Le manque de matériel et l'insuffisance des connaissances, pourraient expliquer cette mauvaise exécution des gestes de prévention. C'est pourquoi, les infections restent au premier plan. Il est opportun que les pratiques des prestataires changent. L'objectif des formations doit être basé, sur le changement continu de comportement, car les agents sont dans la routine et ne sont pas efficaces.

❖ **Compétences des prestataires sur les soins essentiels du nouveau-né**

Tous les prestataires avaient évalué le nouveau-né avec une bonne ou une parfaite maîtrise dans la plupart des cas. **Tonleu** et **Sanou** trouvaient des résultats identiques aux nôtres [22;23]

Concernant la pratique de la réanimation néonatale, tous les prestataires enquêtés n'avaient pas été évalués, parce que cela ne pouvait pas s'appliquer dans 65% des cas. Les gestes avaient été exécutés avec une bonne maîtrise ou une parfaite maîtrise pour ceux qui avaient pratiqué la réanimation. Cela s'expliquerait, par le fait que les maternités de référence disposaient toutes d'un aspirateur de mucosité et de sonde d'aspiration.

Les gestes d'éviction de l'hypothermie avaient été exécutés dans l'ensemble. Le séchage et l'enveloppement du nouveau-né dans un linge propre et sec, avaient été exécutés par tous les prestataires avec une bonne ou parfaite maîtrise. **Tonleu** et **Sanou** faisaient le même constat [22;23]. Quant au contact peau contre peau, il avait été exécuté par 89 prestataires mais avec une parfaite maîtrise par seulement 14 d'entre eux ; durant tout le reste du temps, le contact se faisait pagne contre pagne ou linge contre linge. Le geste était presque systématique mais inefficace. **Tasseau** dans son étude, avait noté 100% de peau à peau dès la naissance. Dans son étude c'est la durée du contact qui n'était pas satisfaisante ; 59% faisait moins d'une heure, puis le nouveau-né était séparé de sa mère pour multiples raisons qui sont : la surveillance médicale du nouveau-né, les soins essentiels, un besoin de réanimation des soins maternels. Dans les situations d'accouchement sans complication, ce contact peau contre peau devrait durer au moins deux heures [40].

Pour pallier à la séparation du couple mère–enfant, il faut une configuration adaptée de nos salles d'accouchement, une bonne connaissance des agents sur les bienfaits de la

pratique du contact peau contre peau et une information suffisante des parents sur la question.

Le délai du retard du bain, du nouveau-né avait été préconisé par 55 prestataires, seulement 5 avaient préconisé le délai de 12 heures minimum requis. Il fut un temps où le nouveau-né était immédiatement lavé après sa sortie. De nos jours, le bon geste consiste à retarder le bain du nouveau-né, de 12 heures afin que le caséum continue de protéger le nouveau-né.

La presque totalité des prestataires, avait exécuté la technique de clampage et section du cordon ombilical du nouveau-né [22]. Cette technique était parfaitement exécutée par 96 prestataires pour la section du cordon, 92 prestataires pour la pose du clamp de Barr. La technique était, aussi bien exécutée, du fait de son caractère incontournable. Les prestataires n'appliquaient rien sur le cordon, cependant ils conseillaient aux mères, d'appliquer l'éosine aqueuse qui se trouve dans le kit d'accouchement. Dans le souci de montrer l'exemple, 2 prestataires dans notre étude l'ont effectué. L'OMS dans ses recommandations, recommande qu'on n'applique rien sur le cordon ombilical. Mais au Burkina Faso, vu les pratiques traditionnelles sur le cordon, il a été recommandé d'appliquer l'éosine aqueuse afin de limiter ces pratiques.

➤ **Compétences sur la mise au sein immédiate**

La mise au sein immédiate est insuffisante dans notre étude. En effet, seuls 43 prestataires avaient aidé les mères à cette mise au sein et 3 d'entre eux l'ont exécuté avec une parfaite maîtrise. Le niveau requis de compétence étant de 85%, les prestataires étaient donc largement en dessous de cette norme dans notre étude. La configuration inadaptée des salles d'accouchement de nos maternités de référence, la méconnaissance des soignants et l'information insuffisante des parents, sont des éléments qui ne permettent pas l'application de la mise aux seins précoce en plus des multiples raisons de séparation du couple mère-enfant évoqué plus haut [40]. La mise au sein précoce devrait débiter sur la table d'accouchement, dans l'heure qui suit l'accouchement

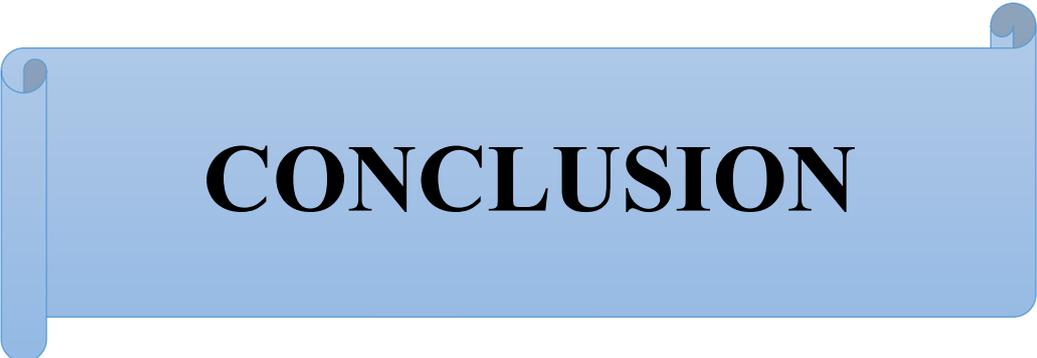
[13;15;19;41]. Une formation continue des prestataires améliorerait, leur pratique [41]. **Zahid** trouvait dans son étude que l'allaitement maternel précoce était passé de 40% à 55%, après une formation des prestataires [18].

➤ **compétences des prestataires sur les soins ultérieurs**

Dans l'ensemble, nous avons noté une bonne pratique des soins ultérieurs du nouveau-né. Ces soins font partie intégrante du paquet de soins consignés dans le carnet du nouveau-né. Les prestataires font un effort pour donner des renseignements sur ces paramètres surtout qu'il s'agit d'une partie importante du suivi du nouveau-né, surtout dans les cas de transfert.

➤ **Pratique de la surveillance de l'accouchée**

Une bonne pratique de la surveillance de l'accouchée par les prestataires a été notée. Cependant, dans les détails, le rythme de surveillance reste à améliorer. En effet, 87 sur 123 prestataires avaient respecté le rythme de surveillance. Le nouveau protocole de surveillance de l'accouchée récente ne semble pas être connu de tous les prestataires, qui continuaient à suivre l'ancien protocole. Nous notons à notre grande satisfaction, que la pratique de la surveillance de l'accouchée ne rime pas avec l'insuffisance de connaissance sur la question. Nous pourrions lier ces résultats à la routine qui amène l'agent à faire systématiquement les gestes mais sans vraiment comprendre les raisons. Cela expliquerait donc cette différence entre la connaissance théorique et la compétence. C'est pourquoi, l'approche dans les formations porte un accent, sur l'acquisition des connaissances et des compétences.



CONCLUSION

Notre étude avait pour but, de contribuer à améliorer la qualité des soins administrés aux nouveau-nés et la surveillance des accouchées récentes dans les hôpitaux de référence de la ville de Ouagadougou. Elle a ainsi permis de mettre en évidence, les insuffisances en matériel de soins essentiels du nouveau-né et de prise en charge de l'accouchée dans ces maternités. Puis signifier le non-respect des normes internationales de la charte d'une maternité. Aussi elle a révélé une insuffisance notable du niveau des connaissances et compétences des prestataires. Il en découle une nécessité d'un équipement adéquat de ces maternités de référence et le respect des normes internationales telle l'existence d'une unité de néonatalogie au sein de toute maternité de référence. En plus, il est capital de renforcer la formation de base en soins essentiels du nouveau-né et la surveillance de l'accouchée, puis de mettre en place un programme, de formation continue en ces matières, accompagnée d'un suivi-évaluation des prestataires. Mais notons que notre étude compte tenue de nos moyen s'était limitée à la surveillance des six premières heures, il serait intéressant que d'autres études poursuivent la surveillance à 24 heures comme l'indique l'OMS. De plus, au regard de toutes les insuffisances sur les soins essentiels du nouveau-né et la surveillance de l'accouchée, dans ces maternités de référence nous nous posons la question de savoir si cela n'aurait-il pas un effet direct ou indirect sur la morbi-mortalité périnatale et celle maternelle ?



SUGGESTIONS

Au terme de notre étude nous suggérons :

❖ **Au Ministre de la santé**

- ✓ De former un nombre plus élevé de pédiatres, de néonatalogues et d'attachés de santé en pédiatrie.
- ✓ De renforcer l'équipement et les consommables des maternités de référence.
- ✓ Suivre les normes internationales des maternités en incluant dans chaque maternité une unité fonctionnelle de néonatalogie.
- ✓ Rendre disponible dans toutes les maternités des ambulances médicalisées.
- ✓ Accompagner la politique de la gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans de formation continue des prestataires en SONUC, AMS/ABR
- ✓ Créer dans tous les hôpitaux de référence un centre mère-enfant.

❖ **Au directeur régional de la santé du centre**

- ✓ Veiller à l'intégration d'une unité de néonatalogie dans les maternités de référence
- ✓ Inscire le suivi-évaluation des prestataires dans les activités des maternités de référence.

❖ **Au directeur des hôpitaux**

- ✓ Assurer une formation continue des prestataires en soins essentiels du nouveau-né et à la surveillance de l'accouchée.
- ✓ Améliorer l'organisation des salles d'accouchement en suivant les normes internationales.
- ✓ Rendre disponible la description des postes dans toutes les maternités de référence.
- ✓ Améliorer la gestion des stocks des consommables et médicaments vitaux dans les maternités

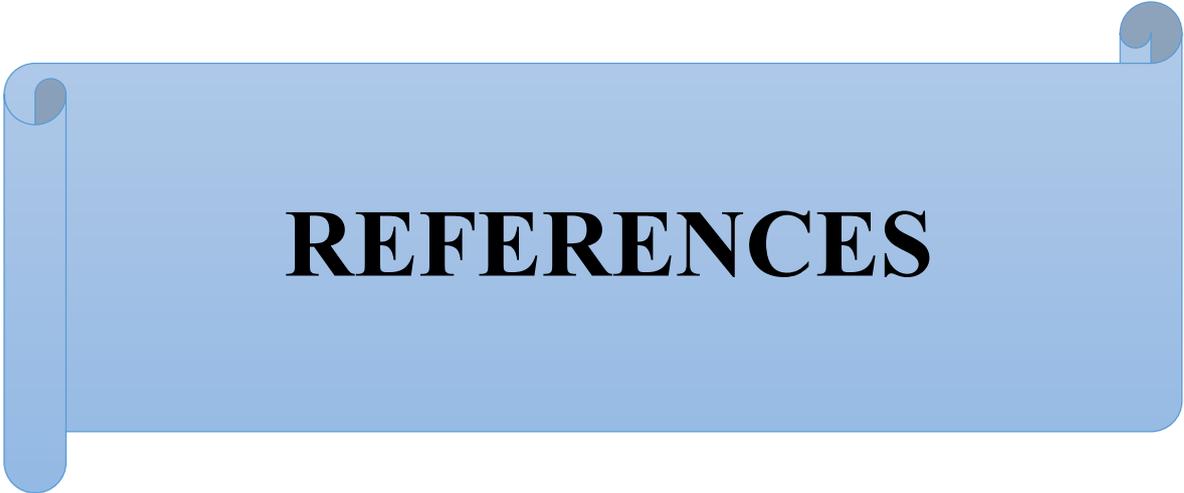
❖ **Aux prestataires**

- ✓ Améliorer la prestation des services de soins maternels et néonataux d'urgence.

- ✓ Suivre les recommandations actuelles de soins essentiels du nouveau-né et de la surveillance de l'accouchée récente.
- ✓ Participer aux réunions journalières dans les maternités afin de mettre à jours les connaissances.
- ✓ Collaborer avec les pédiatres dans la prise en charge des nouveau-nés présentant des problèmes.
- ✓ Accentuer l'auto formation.

❖ A la communauté

- ✓ Appliquer les soins et les conseils préconisés par les prestataires de soins
- ✓ Interpeller les agents de santé devant toute situation anormale
- ✓ Conduire le nouveau-né et l'accouchée dans un centre de santé devant toute situation anormale



REFERENCES

1. **OMS.** La mortalité néonatale baisse trop lentement, surtout en Afrique. 2011. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/fr/ / consulté le 25 avril 2015 à 11h 20
2. **OMS.** Statistiques sanitaires mondiales 2014. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/ consulté le 25 avril 2015 à 11h 50
3. **LAWN JE, KERBER K.** Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l’Afrique: données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique. *Ed: Partenariat pour la santé maternelle et Infantile* Cape Town.2006 ; 247p : p80
4. **OMS.** Analyse de la situation sanitaire dans la région africaine. 2012. *Ed: Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique 2011*; 104p: pp 42-45
5. **INSD, DHS and ICF.** Burkina Faso. Enquête démographique et de santé et indicateurs multiples du Burkina Faso 2010. Marlylands : *INSD et ICF International*: 2012.
6. **UNICEF, INITIATIVES CONSEIL INTERNATIONAL.** Analyse initiale de la situation de la santé maternelle néonatale et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français MUSKOKA au Burkina Faso. *Initiatives conseil international Rapport final Décembre 2012* ; 50p: pp7-32
7. **REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA PREVENTION.** Guide du formateur des prestataires. Soins essentiels du nouveau-né Sénégal. 2008; 65p : pp 36-37

8. **OMS.** Une chance pour les nouveau-nés d’Afrique. 22 septembre 2006.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr70/fr/> consulté le 05 août 2014 à 18h:20
9. **DARMSTADT GL, ZULFIQA A B, SIMON C, TAGHREED A, NEFF W, DE BERNIS L.** Evidence based, cost-effective intervention: how many new born babies can we save? *The Lancet* 365.9463 (2005): 977-988.
10. **OMS.** Les soins du nouveau-né 2014
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_at_birth/fr/
consulté le 02 août 2014 à 02h 50
11. **REPUBLIQUE DU MALI.** Manuel de référence soins essentiels du nouveau-né.
Division santé de la reproduction 2009 ; 166p : pp46-49.
12. **UNICEF, BASICS, OMS, USAID.** Manuel de référence soins essentiels au nouveau-né. 2008 ; 96 p : pp17-18; 34-39.
13. **SANGARE/ DIAMOUTENE M-L, AMZALLAG M.** Soins du nouveau-né de la naissance à six heures. *Développement et Santé.* 2010; n°197/198 ; 88p; pp23-27
14. **OMS.** Guide de pratiques essentielles des soins liés à la grossesse, à l’accouchement, au post-partum et à la période néonatale. 2009 ; 186p : pp E2-E4
15. **BECK D, GANGES F, GOLDMAN S, LONG P.** Manuel de référence des soins aux nouveau-nés. Ed: *Save the Children federation.* 2003 ; 238 p : pp 6-54
16. **DUYSBURGH E, KERSTENS B, DIAZ M, FARDHDIANI V, REYES KAV, PHOMMACHANH K, ET AL.** Newborn care in Indonesia, Lao People’s Democratic Republic and the Philippines: a comprehensive needs assessment. *BMC Pediatr.* 2014; 14 : 46

17. **DICKSON KE, KINNEY MV, MOXON SG, ASHTON J, ZAKA N, SIMEN-KAPEU A, ET AL.** Scaling up quality care for mothers and newborns around the time of birth: an overview of methods and analyses of intervention-specific bottlenecks and solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 Suppl 2:S1.
18. **MEMON ZA, KHAN GN, SOOFI SB, BAIG IY, BHUTTA ZA.** Impact of a community-based perinatal and newborn preventive care package on perinatal and neonatal mortality in a remote mountainous district in Northern Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 : 106.
19. **ENWERONU-LARYEA C, DICKSON KE, MOXON SG, SIMEN-KAPEU A, NYANGE C, NIERMEYER S, ET AL.** Basic newborn care and neonatal resuscitation: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2:S4.
20. **SIMEN-KAPEU A, SEALE AC, WALL S, NYANGE C, QAZI SA, MOXON SG, ET AL.** Treatment of neonatal infections: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 Suppl 2:S6.
21. **MOXON SG, RUYSEN H, KERBER KJ, AMOUZOU A, FOURNIER S, GROVE J, ET AL.** Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 Suppl 2: S8.
22. **SANOU F.** Prise en charge des nouveau-nés en salle de naissance dans les maternités de la ville de Ouagadougou *Thèse méd.* Université Ouaga I Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso 2004 ; 97p : pp 49-53.
23. **TONLEU EC.** Evaluation de la qualité des soins essentiels offerts aux nouveau-nés dans les maternités des centres médicaux de la ville de Ouagadougou *Thèse méd.*

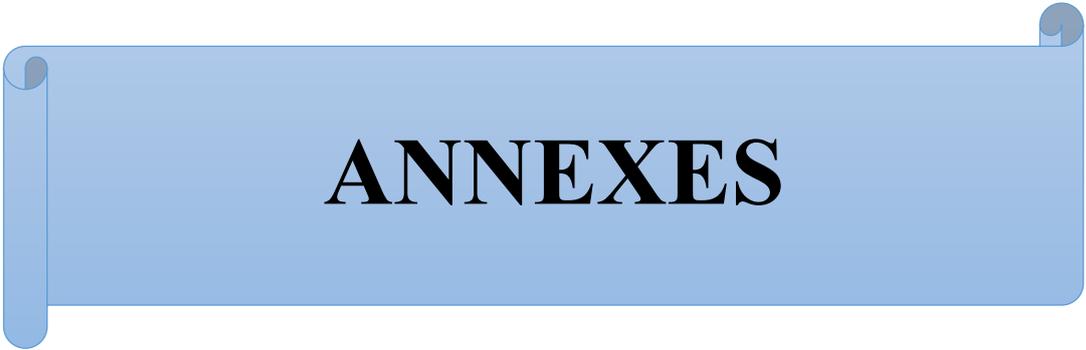
Université Saint Thomas D'Aquin, Ouagadougou, Burkina Faso 2014 ; 121p : pp 58-60 ; 75-78.

24. **BURKINA FASO MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE.** Communiqué numéro 2016-A1958/MFPTPS/SG/AGRE/DO. *Conditions de candidature.*
25. **AYIVI B, BADIROU F, ALIHONOU E.** Care of the newborn at Cotonou. Actual state and difficulties. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* 1999;6 Suppl 2:272s-274s.
26. **JHPIEGO CORPORATION.** Guide de mise en œuvre de programme des soins essentiels et néonataux essentiels (SONE). *Corporation JHPEIGO.* 2012; 14p ; pp 7-8.
27. **MINISTERE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION DU BURKINA FASO.** Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en santé de la reproduction au Burkina Faso 2010 ; 339p : pp119-120 ; 125-136.
28. **TIETJEN L, CRONIN W, MCINTOSH N.** Prévention des infections Guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale. *International planned parenthood federation.* 1992 ; 218p : pp3-2 ; 6-2.
29. **SOCIETE ODONTOLOGIE DE PARIS.** Stérilisation au poupinel réponse du comité éditorial de la SOP.
30. **NENNIG L.** Etude sur le soin du cordon ombilical dans les maternités de Lorraine. *Thèse pharm.* Université Henri Poincare- Nancy 1, France 2009 ; 224p : pp 143-144
31. **FRANCE MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.**

Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisées en dehors des établissements de santé. 2002 ; 140p : p49.

32. **VESEL L, BERGH A-M, KERBER KJ, VALSANGKAR B, MAZIA G, MOXON SG, ET AL.** Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15 Suppl 2:S5.
33. **NIKIEMA J-N.** Evaluation de l'offre de soins: cas de la prévention du paludisme chez la femme enceinte dans les services de santé de premier échelon au niveau de la région sanitaire des Hauts - Bassins du Burkina Faso. *Thèse méd.* Université Nazi Boni de Bobo, Bobo Dioulasso, Burkina Faso 2014 ; 109p : p66
34. **SANON TSA.** Hémorragie de la période de la délivrance à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo: étude des aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique (à propos de 226 cas colligés de 200 à 2002). *Thèse méd.* Université Ouaga I Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso 2003. 96p : p67
35. **OUATTARA CA.** Transfusion en obstétrique au centre universitaire Souro Sanou de Bobo- Dioulasso, Burkina Faso: indication, besoins non couverts et pronostic. *Thèse méd.* Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso 2016 ; 149p : pp58-60.
36. **ROSS SR.** Promoting quality maternal and newborn care. Cooperative for assistance and relief everywhere, *inc (CARE)* 1998 ; 297 p : p126
37. **MINISTERE DE LA SANTE BURKINA FASO.** Plan national de développement sanitaire 2011-2020. 2011 ; 56p : pp4-5
38. **CONSEIL DE MATERNITE.** Charte et fonctionnement de la maternité. mars 23, 2011 ; 7p : pp3-4

39. **BOIRO D.** Evaluation des connaissances sur les soins essentiels du nouveau-né (SENN) et la prévention des infections chez le personnel de sante en maternité à DAKAR. *Rev CAMES Sci Santé* 2016 ; 4 ; 2 : 63-67 <http://publication.lecames.org/index.php/sante/article/view/937> consulté le 15 avril 2017
40. **CHRISTELLE DA.** Accueil du nouveau-né en salle de naissance. *Dossier Allaitement* 2002 ; 51 www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1195 consulté le 15 avril 2017
41. **MARSTON C, RENEDO A, MCGOWAN CR, PORTELA A.** Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. *PloS One.* 2013 ; 8(2):e55012.



ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

I. IDENTIFICATION

N° d'identification :

Date de l'enquête.....

Nom et prénom de l'enquêteur.....

Nom et Prénom du prestataire

Age révolu du prestataire

Niveau de scolarisation du prestataire.....

Statut matrimonial du prestataire

Qualification actuelle du prestataire.....

Résidence du prestataire

Ancienneté du prestataire dans le service

.....

Formations reçues par le prestataire sur les soins aux nouveau-nés.....

.....

Formation sanitaire d'origine :

CHU-YO

CMA DU 30

CENTRE PROTESTANT SCHIPHRA

HOPITAL SAINT CAMILLE

CMA PISSY

CMA PAUL VI

CMA KOSSOD

I- GRILLE DE VERIFICATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Formation sanitaire :

Date de l'enquête :

A. Matériel pour les soins base aux nouveau-nés

1. Deux linges propres et secs
2. Bonnet
3. Chaussons
4. Collyre antiseptique ou antibiotique
5. Antiseptique pour les soins de l'ombilic (Chlorhexidine)
6. Clamp de Barr ou fil propre pour ligature
7. Compresses stériles
8. Vitamine k
9. Centimètre-souple
10. Pèse-bébé
11. Bracelet d'identification

B. Matériels et consommables pour la prévention des infections

1. Source d'eau/Eau propre
2. Savon liquide
3. Savon solide
4. Essuie-main
5. Serviette propre individuelle
6. Serviette collective

7. Solution hydro-alcoolique
8. Eau de javel/solution chlorée
9. Poubelle
10. Boite à tranchant
11. Calot
12. Bavette
13. Chaussures dédiées au service
14. Autoclave
15. Poupinel
16. DHN
17. Champs stériles
18. Ciseaux stériles
19. Pinces stériles
20. Lames de bistouri

C. Prise en charge des infections et disponibilité des antibiotiques

1. Ampicilline
2. Pénicilline G
3. Amoxicilline
4. Oxacilline
5. Ciprofloxacine
6. Gentamicine
7. PTME

D. Autres médicaments et matériels pour la prise en charge du nouveau-né

1. Sérum glucosé 5%
2. Sérum glucosé 10%

3. Sérum salé isotonique
4. Lactate de Ringer
5. Gluconate de Calcium
6. Chlorure de calcium
7. Adrénaline
8. Vitamine K
9. Cathéter veineux pour nouveau-nés
10. Cathéter ombilical charnière 5
11. Cathéter ombilical charnière 3,5

E. Consommables et Médicaments pour la prise en charge de l'accouchée récente

1. Cathéter G18;
2. Cathéter G20 ;
3. Gant de révision utérine
4. Perfuseur
5. Transfuseur
6. Gélofusine
7. Ringer Lactate
8. Concentre de culot globulaire rouge
9. Plasma frais congelé
10. Ocytocine
11. Misoprostol

F. Prise en charge de l'hypothermie

1. Table avec lampe chauffante modèle industriel
2. Table avec lampe chauffante modèle artisanal

3. Unité de soins kangourou
4. Pratique des soins kangourou
- 5 Matelas chauffant
- 6 Incubateur d'élevage

G. Alimentation du nouveau-né à risque

1. Tire lait électrique
2. Tire lait mécanique
3. Extraction manuelle du lait
4. Tasse pour alimentation
5. Frigidaire pour conservation du lait exprimé
6. Sonde gastrique
7. Seringue de gavage

H. Prise en charge de l'asphyxie

- 1 Coin de prise en charge du nouveau-né asphyxié en salle d'accouchement
- 2 Coin de prise en charge du nouveau-né asphyxié au bloc opératoire obstétrical
- 3 Source d'oxygène mural
- 4 Extracteur d'oxygène
- 5 Aspirateur électrique de mucosités
- 6 Aspirateur mécanique de mucosités
- 7 Poire d'aspiration
- 8 Sonde d'aspiration N°6
- 9 Sonde d'aspiration N°8
- 10 Sonde d'aspiration N°10
- 11 Ballon de ventilation pour nouveau-né
- 12 Masque de ventilation N°0
- 13 Masque de ventilation N°1

- 14 Laryngoscope
- 15 Chronomètre
- 16 Stéthoscope
- 17 Glucomètre
- 18 Saturomètre portable
- 19 Fiche de protocole de réanimation

H Transfert des nouveau-nés

1. Incubateur de transport
2. Ambulance médicalisée
3. Ambulance non équipée
4. Fiche de transfert adaptée
5. Fiche de transfert non adaptée
6. Téléphone pour communication

I Hospitalisation des nouveau-nés

1. Salle d'hospitalisation pour nouveau-né
2. Dossier d'hospitalisation pour nouveau-né
3. Support informatisé des dossiers médicaux
4. Registre de consultation pour nouveau-nés
5. Registre d'hospitalisation pour nouveau-nés

J Organisation du personnel

1. Nombre de prestataires
2. Tableau d'organigramme
3. Description des postes
4. Tableau de gardes
5. Nombre de personnels à la garde
6. Tableau des permanences

7. Nombre de personnels à la garde
8. Réunion journalières (staffs)

II CONNAISSANCES DU MATERIEL ET DE LA PRATIQUE SUR LES SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES DU PERSONNEL

A. Connaissances du matériel de soins

Quel est le matériel utilisé pour les soins immédiats de base aux nouveau-nés ?

1. Deux linges propres et secs
2. Bonnet
3. Chaussons
4. Collyre antiseptique ou antibiotique
5. Antiseptique pour les soins de l'ombilic (Chlorhexidine)
6. Clamp de Barr ou fil propre pour ligature
7. Compresses stériles
8. Vitamine K1
9. Centimètre-souple
10. Pèse-bébé
11. Bracelet d'identification

Quel est le matériel utilisé pour la prévention de l'infection en période néonatale?

1. Source d'eau propre
2. Savon liquide ou savon solide (à défaut)
3. Serviette propre ou essuie-main
4. Gants propres
5. Ciseaux stériles
6. Bistouri stériles

Quel est le matériel utilisé pour la réanimation du nouveau-né à la naissance ?

1. Table chauffante industrielle ou artisanale
2. Deux Linges propres et secs
3. Aspirateur de mucosités
4. Poire
5. Sonde d'aspiration N°6
6. Sonde d'aspiration N°8
7. Sonde d'aspiration N°10
8. Ballon de ventilation pour nouveau-né
9. Masque de ventilation N°0
10. Masque de ventilation N°1
11. Chronomètre
12. Stéthoscope

B. Connaissance de l'organisation des soins

Pouvez-vous décrire sommairement comment se fait l'organisation de la prise en charge du nouveau-né à la naissance dans une maternité de référence ?

1. Mise en place d'un coin du nouveau-né
2. Composante d'un coin du nouveau-né : table de réanimation avec lampe chauffante – aspirateur de mucosités – ballon de ventilation
3. Coin du nouveau-né en salle d'accouchement
4. Coin du nouveau-né au bloc opératoire
5. Coin du nouveau-né en service de néonatalogie
6. Organisation de réunions communes entre obstétriciens et pédiatres
7. Elaboration de protocoles communs entre obstétriciens et pédiatres

8. Organiser la prise en charge périnatale des grossesses à risque en concertation

C. Connaissances des procédures de soins

Pouvez-vous décrire les procédures de soins immédiats de base du nouveau-né à la naissance ?

1. Sécher et stimuler le nouveau-né
2. Evaluer le nouveau-né (cri et respiration)
3. Mettre en peau à peau
4. Faire les soins du cordon (section et application d'antiseptique)
5. Mise au sein précoce (dans l'heure qui suit la naissance)
6. Administrer un collyre dans les yeux
7. Administrer de la vitamine K1
8. Identifier le nouveau-né avec un brassard
9. Enregistrer le nouveau-né
10. Examiner le nouveau-né
11. Donner des conseils aux parents

Pouvez-vous énoncer les principes de la prévention des infections

12. Connaissance des cinq propres (connaissez-vous les 5 propres ? réponses oui ou non)
13. Citer les 5 propres
 - 1- mains propres
 - 2- surfaces et linges propres
 - 3- ciseaux et lames propres pour le cordon
 - 4- ligature propre du cordon
 - 5- cordon propre et sec jusqu'à cicatrisation
14. Moyens utilisés pour rendre les mains propres

- lavage des mains
- friction avec une solution hydro-alcoolique

D connaissance sur la surveillance de l'accouchée

1. Pouvez-vous donner le rythme de la surveillance de l'accouchée les 6 premières heures après l'accouchement
 - Toutes les 15 minutes les 2 premières heures
 - Toutes les 30 minutes la 3eme heure
 - Toutes les heures jusqu'à la 6eme heure

2. Quels sont les éléments de surveillance de l'accouchée récente
 - La coloration des muqueuses
 - La prise de la tension artérielle
 - La prise de la température
 - La prise de la fréquence cardiaque
 - La prise du pouls
 - Vérification du globe utérin de sécurité
 - Vérification des saignements vulvaire

II- INSTRUCTIONS POUR L'EVALUATION DES PRESTATAIRES

- 1) Expliquer au prestataire comment se fait l'évaluation
- 2) Observer le prestataire sans intervenir pendant qu'il s'exécute dans les différentes taches.
- 3) N'intervenir que sauf si le prestataire est en train de commettre une faute grave
- 4) Les chiffres signifient :

0 = le prestataire n'a pas exécuté le geste

1 = le geste est mal exécuté

2 = le geste est exécuté sans maîtrise

3 = le geste est bien exécuté avec une bonne maîtrise

4 = le geste est très bien exécuté avec une parfaite maîtrise

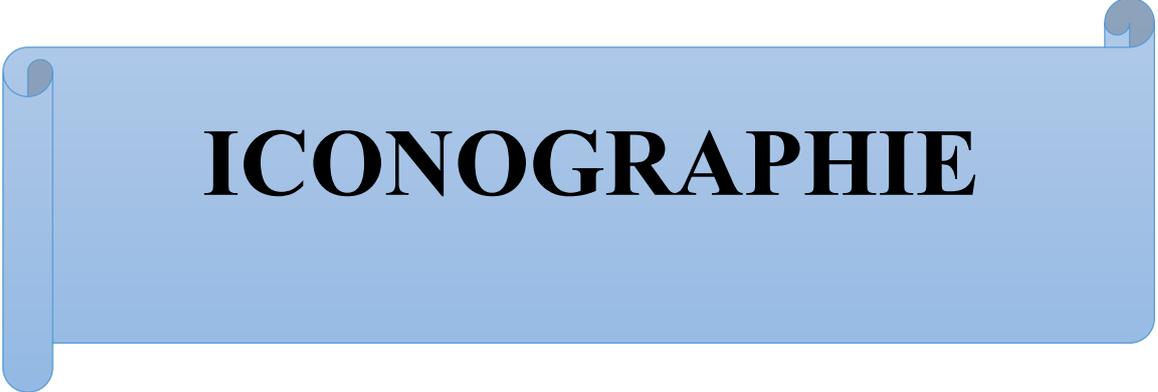
5) Comptabiliser les points du prestataire et évaluer le score en pourcentage

6) Communiquer au prestataire sa performance, l'encourager et le rassurer à nouveau sur la confidentialité des données

GRILLE DE VERIFICATION DES COMPETENCES						Date
Nom et Prénom(s):				Numéro:		
TACHES	0	1	2	3	4	
PREVENTION DES INFECTIONS						
1.	Accueillir la femme avec respect					
2.	Expliquer à la femme la raison de la présence de l'enquêteur					
3.	Se laver les mains rigoureusement avec un antiseptique ou du savon et à l'eau courante					
4.	Porter une blouse, un bonnet, une bavette, un tablier, des sabots, des lunettes propres					
5.	Porter des gants stériles pour l'accouchement et pour examiner le nouveau-né					
6.	Nettoyer le périnée avec un antiseptique avant l'expulsion du fœtus					
7.	Décontaminer le matériel utilisé et les gants avec de l'eau chlorée après l'accouchement et l'examen du nouveau-né					
SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU-NE						
8	Sécher immédiatement le corps et la tête du nouveau-né					
9	Vérifier que le nouveau-né respire normalement					
10	Entreprendre la réanimation quand le nouveau-né ne respire pas normalement					

11	L'envelopper dans un linge propre et sec et couvrir aussi la tête du nouveau-né					
12	Assurer le contact peau contre peau avec la mère					
13	S'assurer du retard du bain du nouveau-né d'au moins 12 heures					
14	Poser des clamps ou nouer des nœuds au cordon					
15	Sectionner le cordon entre les nœuds ou entre le clamp de Barr et la pince					
16	Sectionner le cordon avec des ciseaux stériles					
17	Ne rien appliquer sur le moignon du cordon					
18	Laisser le cordon libre					
19	Communiquer avec la mère sur l'allaitement et les signes de danger					
20	Inciter la mère à l'allaitement maternel du nouveau-né					
21	Aider la mère à mettre le nouveau-né au sein					
22	Enseigner la bonne technique de tétée à la mère					
23	Ne pas interrompre la tétée					
SOINS ET PRECAUTIONS ULTERIEURS						
24	Mesurer les paramètres anthropométriques du nouveau-né					
25	Examiner soigneusement le nouveau-né à la recherche de malformation					
26	Administrer un collyre antibiotique au nouveau-né					

27	Donner de la vitamine K1 au nouveau-né					
28	Donner des conseils à la mère					
29	Mentionner les données du nouveau-né sur le carnet de santé et /ou le dossier médical					
30	Compléter le reste des informations sur le carnet de santé et/ou le dossier médical					
SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEE RECENTE						
31	Respecte le rythme de surveillance de l'accouchée					
32	Mesure toutes les constantes de l'accouchée					
33	Vérifie le globe utérin de sécurité					
35	Vérifie le saignement vaginal					
	Total					



ICONOGRAPHIE



AUTOCLAVE



POUPINEL



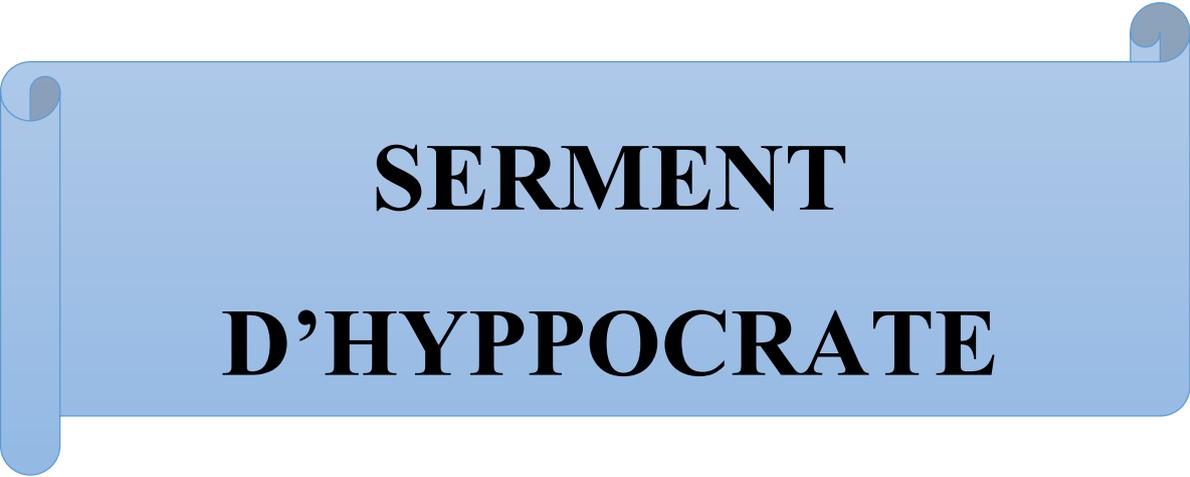
**TABLE
D'ACCOUCHEMENT**



BALANCE PESE-BEBE



TABLE DE REANIMATION DE NOUVEAUX-NES



**SERMENT
D'HYPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure 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 de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

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