



REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION MEDICALE
DIVISION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION



SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAU-NES

MANUEL TECHNIQUE DE BASE

 USAID | SENEGAL  BASICS

Février 2005

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce document n'aurait pas été possible sans les efforts conjugués d'un grand nombre de professionnels de la santé, de la communication et de l'administration, qui ont bien voulu nous apporter leurs critiques et leurs contributions.

Nous les en remercions tous vivement.

ONT CONTRIBUE

Auteurs – Haby Signaté Sy, Pédiatre, Hôpital Albert Royer,
Suzan Goldman, ACNM,

Et par ordre alphabétique :

Dr Barry Hadiatou Ly, Conseiller SPNN BASICS II, Sénégal
Dr Contreras Alfonso, BASICS II
Dr Diouf Saliou, Pédiatre, Hôpital Dantec
Dr Faye Ousmane, MSH
Dr. Rose Mandy, BASICS II, Washington
Pr. Sarr Mamadou, Pédiatre, Institut de Pédiatrie Sociale
Dr Sylla Assane, Pédiatre, Hôpital Le Dantec
Mme Maïmouna Sow, Coordinatrice SPNN BASICS II à Kébémér

Critiques

Dr. Matar Camara, USAID
Dr. Georges Bazolo, Pédiatre, Hôpital Régional de Louga
Dr. Elizabeth Bengade, USAID
Mme Marième Fall, DSR
Dr Philippe Moréira, Gynécologue, MSH
Dr. Ousseynou Faye, Obstétricien, DSR
Dr. Abdoulaye Gueye, UNICEF/ Sénégal
Pr. Nicolas Kuakovi, Pédiatre, Chef Chaire de Pédiatrie, UCAD
Pr Ousmane Ndiaye, Pédiatre, HALD
Pr. Jean-Charles Moreau, Chef Chaire Gynéco-Obstétrique UCAD
Dr Mbayang Dione Nutritionniste, DANSE
Mme Khady Wade Ndiaye, Nutritionniste, DANSE
Colonel Adama Ndoye, Chef de Service DSR
Prof. Dembel Sow Pédiatre, Chaire de Pédiatrie, HEAR
Dr. Aboubacry Thiam, Conseiller Résident, BASICS II/Sénégal
Mme Adama Thiam, ENDSS
Dr. Isseu Touré, OMS/Sénégal
Dr Sidi Ka Pédiatre, Hôpital principal de Dakar
Dr Pierre Dionne Gynécologue, Hôpital principal de Dakar
Mme Safiétou Touré Ndiaye, Conseillère IEC/CCC, BASICS II/Sénégal
Mme Fall Fatou Racine Sy, Chargée de Programme IEC/CCC/Mobilisation Sociale/Plaidoyer, BASICS II/Sénégal

SOMMAIRE

Avant-propos

Acronymes

Glossaire

- **Chapitre 1 : Problématique de la santé néonatale**
 - Situation de la santé du nouveau-né
 - Objectifs et stratégies de réduction de la morbidité et mortalité néonatale
 - L'approche communautaire
 - Composantes du paquet de soins essentiels du nouveau-né

- **Chapitre 2 : Principes de la qualité des soins**
 - Principes de la communication
 - Gestion et standards de services en santé périnatale et néonatale
 - Prévention des Infections et précautions universelles

- **Chapitre 3 : Surveillance de la grossesse et Plan d'accouchement**
 - Activités anténatales préventives
 - Elaboration d'un plan d'accouchement avec la mère et la famille
 - Identification et référence appropriée des femmes présentant des signes de danger de la grossesse

- **Chapitre 4 : Surveillance et préparation de l'accouchement**
 - Préparation de l'accouchement
 - Eléments de surveillance du travail
 - Identification des signes de danger de l'accouchement

- **Chapitre 5 : Soins essentiels du nouveau-né à la naissance**
 - Mesures de protection thermique
 - Réception et évaluation initiale du nouveau-né à la naissance
 - Soins de base du nouveau-né à la naissance
 - Examen systématique du nouveau-né
 - Soins postnatals du nouveau-né

- **Chapitre 6: Réanimation du nouveau-né en salle de naissance**
 - Importance de la préparation de l'accouchement et principales causes d'asphyxie du nouveau-né à la naissance
 - Signes d'identification du nouveau-né asphyxié
 - Etapes de la réanimation
 - Soins à prodiguer et critères de référence après la réanimation

- **Chapitre 7: Allaitement maternel pendant la période néonatale**
 - Bonnes pratiques et avantages de l'allaitement maternel
 - Bonnes positions de la mère et du nouveau-né, bonnes prises du sein
 - Quelques problèmes courants de l'allaitement maternel et la CAT

- Techniques d'extraction manuelle du lait maternel
- **Chapitre 8: Nouveau-né de Petit Poids de naissance**
 - Identification du nouveau-né de faible poids de naissance et la prématurité
 - Prise en charge du nouveau-né de faible poids de naissance
 - Méthode mère Kangourou
 - Suivi du Petit Poids de Naissance (PPN) en période post natale
- **Chapitre 9: Nouveau-né malade**
 - Particularités de la pathologie néonatale et facteurs favorisant le risque infectieux chez le nouveau-né
 - Signes de danger du nouveau-né malade
 - Etapes de la référence du nouveau-né malade
 - Prise en charge des affections néonatales courantes
 - Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né
- **Chapitre 10: Nouveau-nés de mères atteintes de pathologies spécifiques**
 - Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de syphilis
 - Prise en charge du nouveau-né de mère VIH séropositive
 - Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de tuberculose
 - Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte d'hépatite B
 - Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de Diabète
- **Chapitre 11 : Communication**
 - Les types de communication
 - Les Techniques de communication
 - Les supports audio-visuels en santé néonatale
- **Chapitre 12 : Système d'information en santé périnatale et néonatale**
 - Généralités sur le système d'information
 - Les indicateurs en santé périnatale et néonatale
 - La collecte de l'information en santé périnatale et néonatale
- **Chapitre 13 : Supervision en santé périnatale et néonatale**
 - Généralités sur la supervision
 - Les outils de supervision en SPNN

ANNEXES

- Annexe A : Le paquet de soins essentiels du nouveau-né
- Annexe B : Liste des équipements et du matériel pour les soins du nouveau-né à l'accouchement
- Annexe C : Liste des indicateurs en santé périnatale et néonatale
- Annexe D : Liste des médicaments essentiels du nouveau-né
- Annexe E : Liste des comportements familiaux à promouvoir en santé périnatale et néonatale

BIBLIOGRAPHIE

AVANT-PROPOS

Ce manuel a été produit par le Ministère de la santé et de la Prévention Médicale avec l'appui de BASICS dans le cadre de la lutte contre la mortalité et la morbidité néonatale.

Il est destiné aux prestataires de santé et aux gestionnaires de programmes impliqués dans la prise en charge du nouveau-né.

Il livre des données techniques de base sur les causes majeures de morbidité et de mortalité néonatale et a pour objectif d'aider les prestataires à prévenir et à identifier les complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post natale. Il est axée sur **les soins essentiels à offrir à tout nouveau-né** dès la naissance et pendant toute la période néonatale.

Une approche holistique est utilisée, basée sur la reconnaissance de signes de danger et la prise en charge adéquate du nouveau-né incluant sa référence à un niveau approprié .

Ce manuel est un outil de formation et de référence en Santé Périnatale et Néonatale ; il a permis l'élaboration de deux guides de formation des Prestataires et des Agents de Santé Communautaires ainsi que de supports IEC.

L'approche utilisée doit servir à la fois de base de formation et d'apprentissage pour les prestataires. Ce qui explique que nous ayons volontairement insisté sur l'aspect descriptif dans les différents chapitres.

LISTE D'ACRONYMES ET D'ABRÉVIATIONS

ACNM	American College of Nurse-Midwives
ASBC	Agent de Santé de Base Communautaire
BASICS II	Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project
BCF	Bruits du Coeur Foetal
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
C	Celsius (Centigrade)
CCC	Communication pour Changement de Comportement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	Consultation Prénatale
DANSE	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant
DHN	Désinfection à Haut Niveau
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
HEAR	Hôpital d'Enfants d'Albert Royer
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
i.v.	intra-veineuse
kg	kilogramme
MCD	Médecin-Chef de District
meq	milli-équivalent
mg	milligramme
ml	millilitre
mmol	millimole
MSH	Management Sciences for Health
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant
PF	Planification Familiale
PO	Polio orale
p.o.	<i>per os</i> (par voie orale)
PPN	Petit Poids de Naissance
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNSR	Service National de Santé Reproductive
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SPNN	Santé Périnatale et Néonatale
SRO	Solution de réhydratation Orale
TA	Tension Artérielle
TARV	Thérapie Anti-Retrovirale
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UNICEF	Fond International des Nations Unis pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VADI	Visite à domicile intégrée
VAT	Vaccin anti-tétanique
VIH	Virus d'Immunodéficience humain
VIH +	VIH positif
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

GLOSSAIRE

Quelques définitions méritent d'être rappelées, au début de ce manuel.

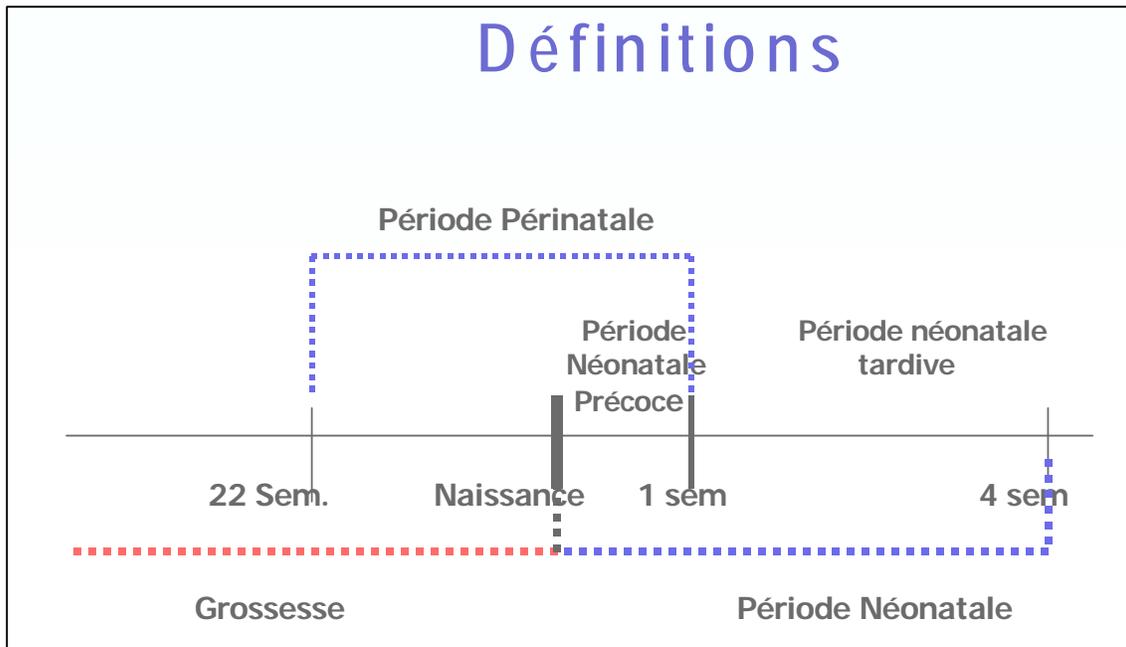
Période néonatale : va du premier jour au 28ème jour de vie. Elle est divisée en deux parties :

- la période néonatale précoce (les sept premiers jours de la vie)
- la période néonatale tardive (du 8ème jour jusqu'à la fin du 28ème jour)

Période périnatale

Elle va de la 22^{ème} semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale.

Figure 1



Taux de mortalité infantile :

Nombre de décès pendant la première année de vie pour 1000 enfants nés vivants

Taux de mortalité néonatale :

Nombre de décès pendant les 28 premiers jours de vie pour 1000 enfants nés vivants

Taux de mortalité périnatale :

Nombre de décès entre 22 semaines de grossesse jusqu'à la fin du 7ème jour après la naissance pour 1000 enfants mort-nés et vivants. Englobe la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce.

Nouveau-né de faible poids de naissance :

Nouveau-né pesant moins de 2500 gr.

Mort né : l'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception au bout d'au moins 22 semaines de gestation, ou pesant 500 g et qui, une fois extrait, n'a montré aucun signe de vie. (ref doc OMS)

Mort né frais : l'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception, quelle que soit la durée de la grossesse, et qui, une fois extrait, a **un aspect normal** et ne montre aucun signe de vie (ne respire pas, ne bouge pas)

Mort né macéré : l'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de la conception, , quelle que soit la durée de la grossesse, et qui, une fois extrait, ne présente aucun signe de vie et dont **la peau a un aspect de brûlé vif** qui se détache d'elle- même.

Retard de la croissance intra-utérine: croissance du fœtus entravée par des troubles fœtaux, des affections maternelles (par exemple, malnutrition maternelle) ou une insuffisance placentaire

Naissance à terme: accouchement intervenant entre la 37ème et la 42ème semaine d'âge gestationnel.

Naissance prématurée: accouchement intervenant avant la 37ème semaine d'âge gestationnel.

Naissance post-terme: accouchement intervenant après la 42ème semaine d'âge gestationnel

Gaps : Inspirations irrégulières entrecoupées de longues pauses ne suffisant pas à assurer la ventilation

Chapitre 1

Problématique de la santé néonatale

- **Situation de la santé du nouveau-né**
- **Objectifs et stratégies de réduction de la morbidité et mortalité néonatale**
- **L'approche communautaire**
- **Composantes du paquet de soins essentiels du nouveau-né**

PROBLEMATIQUE DE LA SANTE NEONATALE

1-1 Situation de la santé du nouveau-né

La mortalité infantile et néonatale demeure une préoccupation constante dans les pays en voie de développement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on estime que chaque année, environ 4 millions de nouveau-nés décèdent au cours de leurs premiers mois de vie et que 98% de ces décès se produisent dans les pays en voie de développement en particulier en Asie et en Afrique.

La même source indique qu'en Afrique subsaharienne, les décès de nouveau-nés représentent plus de 8 % du fardeau total des maladies.

Bien que la mortalité infantile ait chuté pendant les trente dernières années, la mortalité néonatale est restée relativement stable et représente à présent entre 40 à 70% du total des décès des enfants âgés de 0 à 1 an. Il est évident que dans nos pays, cette mortalité néonatale est liée en grande partie aux conditions dans lesquelles se déroulent la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Au Sénégal, au cours de ces quinze dernières années, les programmes de survie de l'enfant ont entraîné une baisse *du taux de mortalité infantile qui, entre 1986 et 1999 est passé de 82 à 63,5* pour 1000 naissances vivantes (ESIS 1999). Cependant, *le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité périnatale* ont diminué dans des proportions nettement moindres : entre 1992 et 1999, elle est passée de 34,9 pour mille naissances vivantes à 31,4 pour 1000 naissances vivantes ; c'est ainsi que la mortalité néonatale représente actuellement près de 50 % de la mortalité infantile au Sénégal. En plus, environ 60 % des décès néonataux ont lieu pendant la première semaine de vie, et le nouveau-né court le plus grand risque de mourir le jour même de sa naissance.

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

Globalement, les causes les plus fréquentes de la mortalité néonatale sont :

- **Au niveau international (WHO, 1999) :**
 - les problèmes infectieux tels que le tétanos et autres infections (32 %)
 - les causes liées à l'accouchement : l'asphyxie périnatale et les traumatismes obstétricaux (29 %)
 - le faible poids de naissance (24%). En effet, 40 à 80 % des nouveau-nés qui meurent ont un faible poids à la naissance
 - Anomalies congénitales (10%)
 - Autres (5%)

Il existe des insuffisances relatives aux données sur les causes de mortalité néonatale au Sénégal et les seules données disponibles sont relatives aux Petits Poids de Naissance et tournent autour de 13,5%. Cependant, le profil sénégalais peut être assimilable au niveau international.

▪ **Au Sénégal, certains facteurs contribuent à augmenter cette mortalité :**

- Les facteurs socioculturels
- Les facteurs sanitaires

➤ **Les facteurs socioculturels :**

Ils influencent aussi bien la surveillance de la grossesse que les conditions de l'accouchement.

En effet, la naissance d'un nouveau-né est un événement heureux dans nos communautés, mais la famille qui se réjouit de la grossesse considère souvent l'état de la femme comme une condition normale et naturelle, et beaucoup de gens ne savent pas que la mère et le nouveau-né ont des besoins spécifiques, en dehors de certaines cérémonies religieuses ou culturelles. La superstition empêche souvent les parents de parler ou de planifier les soins du nouveau-né qu'ils attendent. La mère doit cacher sa grossesse, pour ne pas attirer le mauvais sort. Et ceci est une des raisons pour lesquelles beaucoup de familles ne font pas appel à l'assistance médicale au moment de l'accouchement ou pendant la grossesse, de nombreux accouchements se faisant ainsi à domicile, certains par des accoucheuses traditionnelles, d'autres par des membres de la famille, des amis, ou même sans aucune assistance.

Une recherche qualitative menée dans le district de Kébémér a fait apparaître plusieurs éléments importants et confirmé les comportements de la communauté cités tantôt. Par exemple, en début de grossesse, une principale barrière à la recherche de soins précoces est la conception selon laquelle la grossesse est une période de grand risque et que sa dissimulation est la seule protection possible contre les forces maléfiques. Le confinement de la mère et du nouveau-né pendant 7 jours après la naissance, période pendant laquelle le nouveau-né est considéré comme particulièrement susceptible de contracter l'une des affections les plus dangereuses pour sa survie « le wé », est un obstacle majeur aux soins prénatals précoces.

Les accouchements à domicile sont encore à un niveau élevé ; cette situation est liée aux constructions sociales qui accordent une grande importance à la préparation spirituelle, à l'idéal d'accouchement, à l'assistance, au traitement du placenta et aux difficultés d'accès aux structures de santé. En valorisant les notions de surprise et de rapidité, l'idéal d'accouchement laisse peu de place pour l'identification du lieu d'accouchements et les arrangements associés à ce choix. Il est ainsi défendu à la femme enceinte d'entreprendre une action dans le sens de la préparation de l'accouchement sous prétexte que cela peut provoquer une complication, et ce n'est que plus tard que la femme enceinte recourt aux services du marabout et à ceux de la médecine moderne.

➤ **Les facteurs sanitaires :**

Les structures de santé et les soins néonataux de qualité sont malheureusement inaccessibles ou indisponibles pour une grande partie de la population, pour des raisons d'ordre géographique, financière, ou par insuffisance du plateau technique.

Ainsi, le coût élevé du transport, le manque de disponibilité des services et la perception de la mauvaise qualité des soins sont autant de facteurs importants qui influencent le recours aux structures de santé.

Dès lors ce n'est pas surprenant qu'il y ait un grand nombre de décès dus à un manque (ou mauvaise qualité) d'assistance pendant l'accouchement ou la période néonatale. En outre, le cerveau du nouveau-né est très vulnérable pendant cette période, et beaucoup de facteurs défavorables peuvent l'endommager définitivement et dans ce cas, le nouveau-né peut parfois survivre, mais grandir avec des handicaps tels que le retard mental, le manque de coordination, la paralysie des membres ou des anomalies visuelles et auditives.

Cette situation est non seulement une tragédie pour l'individu, mais constitue aussi un énorme fardeau émotionnel, physique et financier pour la famille et la société.

Des interventions appropriées de santé néonatale, bien planifiées et mises en œuvre, s'imposent donc et profiteraient à tous. Il s'agit avant tout de rendre disponibles pour tout nouveau-né **des soins essentiels de base** qui constituent un excellent investissement, et qui vont entraîner une augmentation considérable de ses chances de survie pendant des décennies, et à long terme, une intégration sociale bénéfique.

1-2 Objectifs et stratégies de réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale

L'objectif de Développement du Millénaire pour la mortalité infantile est la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans des deux tiers d'ici 2015. Cet objectif ne pourra être atteint que si l'accent est davantage mis sur la période néonatale, certes brève, mais combien critique. L'amélioration des interventions de santé maternelle aura également un effet bénéfique sur la survie des nouveau-nés. Le lien étroit qui existe entre la mère et son enfant est mis en lumière par le fait que les décès maternels compromettent sérieusement les chances de survie du nouveau-né. D'où l'importance qu'il y a à relier les interventions en maternité et les programmes de survie de l'enfant.

Les axes stratégiques suivants seront nécessaires pour parvenir à réduire de manière significative, le taux de morbidité et mortalité maternelle et néonatale :

- Plaidoyer à tous les niveaux : national, régional, districts, communautés. Développement des liens entre les structures de santé et les communautés
- Renforcement de la capacité fonctionnelle des structures de santé par la formation continue, la supervision et la mise en place d'un équipement

adéquat ; ce qui permettrait une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés

- Mobilisation et la participation communautaire autour d'actions de promotion de bonnes pratiques en matière de santé du nouveau-né
- Développement d'un programme d'IEC basé sur les mass média et la formation de volontaires communautaires pour la communication interpersonnelle sur les soins essentiels du nouveau-né.

1-3 Approche communautaire

o **Lien entre les services de santé et la communauté et Rôle des prestataires**

Comme beaucoup de nouveau-nés naissent à domicile et que ceux qui naissent dans les structures de santé en sortent fréquemment dans les 24 premières heures, il est important de fournir des services néonataux de qualité non seulement au niveau des structures sanitaires, mais également dans la communauté. **L'amélioration de la qualité des services néonataux passe par la mobilisation de la communauté et la création de liens solides entre celle-ci et les structures de santé**

Le personnel de santé doit promouvoir l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Il doit proposer des services de santé acceptables par les mères et les membres des familles. Il doit se donner suffisamment de temps et d'efforts pour identifier les priorités pour les soins de santé maternelle et du nouveau-né dans la communauté, expliquer les problèmes et leur prise en charge aux clients. Il doit donc apprendre à utiliser efficacement le temps limité dont il dispose.

Avant d'entreprendre tout programme ou conseil éducatif, il est très important d'avoir des informations sur les pratiques culturelles en rapport avec les soins des nouveau-nés : celles qui sont néfastes, celles qui sont bonnes, et celles pour lesquelles on n'a pas suffisamment d'information. Les communautés sont plus réceptives aux messages qui confortent leurs pratiques qu'aux messages qui vont à l'encontre de celles-ci. Les communautés savent par exemple que le froid et l'humidité peuvent être préjudiciables aux nouveau-nés. Mais elles estiment aussi que les nouveau-nés naissent « sales » et que pour leur purification, ils doivent être baignés immédiatement après la naissance.

Par ailleurs, il faut autant que possible baser les recommandations sur des preuves scientifiques, obtenues à partir d'études bien planifiées et bien menées, et pas seulement sur des expériences personnelles. Autrement, on peut être amené à changer fréquemment de recommandations au fur et à mesure que des données scientifiques fiables apparaissent. Par exemple, on peut citer ce conseil vulgarisé auparavant par le personnel de la santé, qui consistait à donner de l'eau aux bébés entre les tétées. Actuellement, il est prouvé scientifiquement que les bébés nourris exclusivement au lait maternel n'ont pas besoin d'eau, et que celle-ci peut même augmenter le risque d'infection secondaire à une probable contamination.

○ **Importance et rôle des leaders et des membres de la communauté**

Les membres de la communauté, les leaders en particulier, devraient être amenés à prendre conscience des problèmes néonataux et de l'importance de donner des soins adéquats aux nouveau-nés. On pourra alors s'appuyer sur ces leaders d'opinion pour susciter des changements de comportements et d'attitude dans leur communauté.

Ainsi, des interventions appropriées de santé néonatale, s'imposent donc et profiteraient à tous. Il s'agit avant tout de rendre disponibles pour tout nouveau-né **des soins essentiels de base** qui constituent un excellent investissement, et qui vont entraîner une augmentation considérable de ses chances de survie pendant des décennies, et à long terme, une intégration sociale bénéfique.

2-4 Les composantes du paquet de soins essentiels du nouveau-né

La santé du nouveau-né étant influencée par celle de la mère, les soins doivent couvrir toute la période allant de la conception à la grossesse, l'accouchement et la période post natale. Ainsi, **le paquet de soins essentiels du nouveau-né** dont l'efficacité a été prouvée par la mise en œuvre d'interventions peu coûteuses, réalisables avec des investissements additionnels relativement faibles doit être disponible et accessible pour tous les nouveau-nés à tous les niveaux : poste de santé, centre de santé, hôpital régional, hôpital national, secteur privé et public.

- **Avant la conception :** Soins appropriés aux jeunes femmes y compris l'alimentation, l'éducation et les soins de santé
- **Avant l'accouchement :** Activités anténatales préventives et plan d'accouchement, identification des signes de dangers de la grossesse et recherche précoce de soins appropriés au niveau des structures de santé de référence
- **A l'accouchement :** Prévention des infections, accouchement propre et sain, soins de base à la naissance, prise en charge des nouveau-nés vulnérables : asphyxiés, infectés, de faible poids à la naissance, de mère séropositives Identification des signes de danger et recherche précoce de soins appropriés
- **Après l'accouchement :** Suivis post natals de la mère et de l'enfant, identification des signes de danger et affections mineures, recherche précoce de soins adéquats, vaccinations, administration de la vitamine A à la mère, PTME, conseils sur la Planification Familiale, l'alimentation, l'utilisation continue de fer et d'acide folique, utilisation de Moustiquaires Imprégnées ...(cf. paquet de soins essentiels en annexes).

Chapitre 2

Principes de la qualité des soins

- **Principes de la communication**
- **Gestion et standards de services en santé périnatale et néonatale**
- **Prévention des infections et précautions universelles**

PRINCIPES DE LA QUALITE DES SOINS

L'amélioration de la qualité des soins repose sur quatre principes qui sont valables pour toutes les activités d'assurance qualité:

- Une focalisation sur le client : COPE (Client, Oriented, Provider, Efficient). Les services devraient être conçus de manière à répondre aux besoins et aux attentes des clients et de la collectivité
- Comprendre que le travail est un ensemble de processus et de systèmes : les prestataires doivent comprendre le système de soins et ses principaux processus de services afin de les améliorer
- Les données sont collectées et utilisées pour analyser les processus, identifier les problèmes et déterminer si les changements ont engendré des améliorations
- Le travail en équipe : le meilleur moyen d'obtenir une amélioration est par le biais d'une approche en équipe pour la résolution de problèmes et l'amélioration de la qualité.

Ainsi, la qualité des soins en santé périnatale et néonatale va se baser sur les directives des normes et protocoles nationales de la Santé de la Reproduction autour des axes suivants :

- o Communication avec la Patiente et son accompagnant
- o Gestion et standards de services en santé périnatale et néonatale
- o Prévention des infections et précautions universelles

2.1. COMMUNICATION AVEC LA PATIENTE ET SON ACCOMPAGNANT

La communication doit occuper une place importante dans l'administration des soins. La dimension de l'humanisation des soins ne peut se faire sans l'intégration systématique de la communication dans la pratique quotidienne des soins.

2.1.1 Principes de la communication interpersonnelle :

- Souhaiter la bienvenue à la cliente
- Aider la cliente à se sentir à l'aise en expliquant pourquoi on doit lui poser des questions
- Etre gentil et respectueux, sans aucun jugement
- A chaque examen, ou avant chaque procédure, demander la permission et l'informer de ce que vous allez faire. La traiter avec respect
- Utiliser un langage simple, clair, compréhensible
- Encourager à poser des questions
- Ecouter attentivement toutes les réponses
- L'aider et l'encourager à comprendre et à prendre des décisions appropriées

2.1.2 Confidentialité et discrétion :

- Organiser le lieu du travail de manière à assurer la confidentialité et la discrétion
- S'assurer de son niveau de compréhension quand on aborde les sujets sensibles pour éviter une mauvaise compréhension ou malentendu
- S'assurer que tous les documents confidentiels sont gardés à un lieu sûr

2.1.3 Prescriptions , recommandations et conseils:

- Expliquer à la femme de quoi s'agit le traitement et pourquoi elle doit le suivre
- Lui expliquer que le traitement ne va pas lui porter préjudice ni à elle , ni à son enfant et le fait de ne pas le respecter peut être dangereux et aggraver la maladie
- Donner des instructions claires et sûres de comment il faut prendre le médicament
- Effectuer une démonstration si possible de la prise et vérifier la compréhension de la femme ou client
- Demander de revenir en cas d'effets secondaires éventuels
- Expliquer l'importance d'acheter les médicaments
- Orienter sur comment et où se procurer les médicaments
- Donner des conseils sur les soins essentiels du nouveau-né de base
- Expliquer à la mère l'importance de reconnaître les signes de dangers de la grossesse et du nouveau-né et la recherche de soins précoces à la structure de santé appropriée
- Utiliser si possible les cartes conseils pour vérifier la compréhension de la mère
- Expliquer à la mère quand revenir pour la prochaine consultation

2 -2 GESTION ET STANDARDS DE SERVICES EN SANTE PERINATALE ET NEONATALE

a) Organisation du lieu de travail

- Donner des indications sur les heures d'ouvertures, les prix des services offerts. Respecter les heures de travail et de rendez vous avec les malades. Etre à l'heure et s'excuser d'un éventuel retard
- Respect des normes et protocoles de services et définition des standards de services.
- Avant de commencer le service, vérifier que l'équipement est disponible, fonctionnel, propre et prêt à l'emploi et que les médicaments et autres matériels et consommables sont disponibles et en place
- Organisation personnel : description de postes et répartition de tâches dans la gestion des services
- Avant et après chaque service, maintien de l'hygiène et de la propreté des locaux 24 h/24. Assurer la propreté des locaux et du matériel et des équipements et éliminer les déchets (compresses, seringues à usage unique selon les normes)

- Faire la passation du service à la prochaine équipe qui monte la garde en leur fournissant les informations clés
- Avoir une bonne connaissance des méthodes de prévention des infections

b) Tâches administratives

- Planification des activités : formations, réunions, communication interpersonnelle, services de garde, inventaire,
- Vérifier le stock du matériel une fois par semaine : faire l'inventaire du matériel /équipements, des médicaments et vaccins, des fournitures de bureau pour éviter les ruptures de stock . Commandes de médicaments, réapprovisionnement
- Tenue à jour des dossiers du système d'information et de gestion. Tenue de réunions périodiques sur les données de services (naissances, décès, cas de référés, état de prise en charge des cas) et résolution des problèmes avec toute l'équipe
- Ténue des dossiers médicaux et des patients : observation et traitement. Faire attention aux informations confidentielles

c) Circuit de la mère et du nouveau-né

Définition du circuit de la mère et du nouveau-né : bon accueil et action immédiate dès l'arrivée de chaque mère et de son nouveau-né

- Si urgence : signes de danger, prise en charge immédiate selon les normes et protocoles en vigueur
- Si suivi post natal précoce ou suivi du faible poids de naissance: examen et prise en charge immédiate
- Si vaccination ou autre suivi : salle d'attente

d) Organisation de la référence

- Faire le traitement pré transfert. Respecter les conditions de référence selon les cas
- Etablir une fiche de liaison/référence
- Avertir la structure de référence (disposer si possible des n° de téléphones)
- Accompagner si possible la mère et/ou son enfant
- Solliciter un feed back

2- 3 PREVENTION DES INFECTIONS ET PRECAUTIONS UNIVERSELLES

1. Prévention des infections

- Les infections constituent une des causes majeures de mortalité et de morbidité néonatale dans nos pays et leur prise en charge passe avant tout par leur prévention, surtout pendant l'accouchement. Le nouveau-né est plus vulnérable aux infections du fait de l'immaturation de son système immunitaire. Plus le nouveau-né est petit et plus il présente des facteurs de haut risque (ex : prématurité), plus tout le monde doit faire attention à la propreté et appliquer de manière rigoureuse les principes de la prévention des Infections.

❖ **Les « cinq propres »** résument les mesures d'asepsie à prendre au moment de l'accouchement. Ils comprennent les rubriques suivantes :

a. Mains propres : Toutes les personnes qui assistent à l'accouchement et aux soins du nouveau-né doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon, tout en prenant soin de parcourir les étapes indiquées dans le diagramme ci-dessous. Le lavage des mains est le plus important parmi les techniques de prévention des infections. Dans cette perspective, quelques éléments importants pour les accoucheurs doivent être pris en compte :

- les ongles de l'accoucheur devraient être courts et propres.
- on devrait enlever bagues, montres et bracelets avant de se laver les mains pour faire un accouchement.
- sécher les mains avec une serviette stérile ou à l'air libre avant de mettre les gants.
- si on touche à un objet hors du champ propre de l'accouchement, se relaver les mains et mettre de nouveaux gants stériles
- On devrait toujours porter des gants à usage unique, ou au moins neufs ou à défaut désinfectés à haut niveau, pour faire chaque accouchement. Ne jamais utiliser des gants troués ou déchirés. Il faut toujours bien se laver les mains avant de mettre les gants, et encore une fois après leur retrait.

b. Surfaces et linges propres : Les surfaces sur lesquelles se couche la mère et tous ses linges, en particulier ceux qui touchent le périnée et les seins, ou qui sont en contact avec le nouveau-né doivent être au moins propres (essuyées avec solution chlorée, lavées au savon et séchées au soleil).

c. Instruments stériles : Ciseaux ou lames stériles pour la section du cordon. Au niveau des structures, le cordon ne doit être coupé qu'avec des ciseaux stériles. Gardez toujours quelques lames de bistouri stériles (dans leur emballage original) en réserve en cas de manque d'instruments stériles (coupure d'électricité/de gaz, excès d'accouchements, etc.). La lame et son emballage ne doivent pas être tachées de rouille ou de sang.

d. Soins du cordon propre

Au niveau des structures de santé, le cordon ne devrait être ligaturé qu'avec un instrument stérile : clamp de bar.

e. Cordon propre et sec jusqu'à cicatrisation

Le cordon et la plaie résiduelle après la chute du cordon devraient toujours être tenus propres et secs (sans pansement), jusqu'à cicatrisation. La mise en place d'un pansement favorise l'humidité et augmente le risque de surinfection lorsqu'il n'est pas changé régulièrement. Si on ne veille pas à la propreté du cordon et de la plaie ombilicale, ils peuvent facilement s'infecter et même entraîner une septicémie avec de sérieuses conséquences.

❖ Décontamination Nettoyage et Stérilisation des instruments :

Les prestataires de soins doivent se familiariser aux techniques de décontamination, au nettoyage et à la stérilisation des instruments après usage, selon les normes et standards en vigueur

➤ Décontamination :

C'est un procédé qui consiste à inhiber ou à détruire les micro-organismes sur les objets inanimés afin de les rendre moins dangereux à manier pour le personnel .

Instruments médicaux

Après emploi, les instruments de l'accouchement doivent être plongés doucement dans une solution de décontamination fraîchement préparée chaque jour (solution chlorée à 0,5% de préférence) et trempés pendant 10 minutes.

Linge souillé :

Le linge souillé (champs, draps, serviettes etc.) devrait également être décontaminé en le trempant dans la solution chlorée pendant 10 minutes avant de le laver à l'eau chaude et détergente ; bien rincer, sécher et passer à l'autoclave si possible.

Autres objets et surfaces souillés :

Tout l'équipement qui entre en contact avec l'accouchée ou le nouveau-né doit être décontaminé en l'essuyant avec la solution chlorée : surfaces des tables, sol, pailleuse, matelas souillés , bassines, plateaux.

Préparation de la solution chlorée 0,5% pour la décontamination:

La préparation de la solution dépend de la concentration de la solution d'eau de Javel dont on dispose, puisqu'il y a des solutions de différentes concentrations sur le marché. La concentration de chlore désirée dans la solution désinfectante est 0,5%.

Marque d'eau de Javel	Concentration en chlore	Comment diluer pour obtenir une solution à 0,5%
Eau de javel Sénégal -- Cameroun 12° chlorum	3,6%	4 parts d'eau pour 1 part de javel
Eau de javel Baol – Sénégal Eau de javel la Croix – Sénégal 8° chlorum	2,4%	4 parts d'eau pour 1 part de javel

Formule de Reconstitution de la solution de décontamination

➤ **Nettoyage :**

Rincer ensuite les instruments à l'eau pour enlever toutes traces de sang ou d'autre matière organique, puis les nettoyer à l'eau et au savon, en utilisant une brosse pour bien nettoyer les dents, les jointures et les vis. Rincer à nouveau les instruments avec de l'eau propre pour enlever toute trace de détergent en utilisant de préférence une brosse à dent ; sécher à l'air libre ou avec une serviette propre.

➤ **Stérilisation / désinfection à haut niveau (DHN) :**

- La stérilisation est la destruction de tous les micro-organismes y compris les endospores bactériennes.
- La désinfection à haut niveau consiste à éliminer la plupart des micro-organismes à l'exception des endospores. La Désinfection à Haut Niveau par ébullition détruit les virus, bactéries, champignons. Elle peut être utilisée dans les maternités, les postes de santé et cases de santé qui ne disposent pas de stérilisateurs.

Après 10 minutes de décontamination dans la solution chlorée à 0,5% et après nettoyage, disposez les tranchants (lames et aiguilles usagées) dans une boîte solide prévue à cet effet.

Procéder alors à la **stérilisation** des instruments : la minuterie débute quand l'appareil affiche la température indiquée

- **A l'autoclave** (vapeur)
121°C avec 106Kpa de pression pendant 20 minutes pour objets non enveloppés, 30 minutes pour objets enveloppés

- **Au Poupinel :**

170°C pendant 1 heure (60 mn), ou 160°C pendant 2 heures (120 mn).

Si stérilisateur non disponible, procéder à la **désinfection à haut niveau (DHN)** en faisant bouillir les instruments dans un récipient couvert pendant 20 minutes à partir du début de l'ébullition.

❖ **Evacuation des déchets contaminés**

Ce sont des procédés qui permettent l'élimination sécurisée des déchets solides et liquides. Ils doivent être triés d'abord avant d'être incinérés, enfouis ou évacués dans un système de canalisation.

Mettre des gants de ménage épais pour transporter les déchets contaminés dans des récipients couverts prévus à cet effet. Incinérer (brûler) ou enterrer les déchets solides contaminés (y compris la boîte à tranchants).

Verser soigneusement les liquides contaminés dans un évier, des toilettes munies de chasse d'eau ou dans une fosse septique. Ensuite, décontaminer et nettoyer les gants et les récipients. Enlever les gants et se laver les mains.

2. Précautions universelles pour les accidents d'exposition au sang

• Définition d'accidents avec exposition au sang (AES):

On désigne sous le terme d'accidents avec exposition au sang (AES), tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, survenant par effraction cutanée (piqûre, coupure) ou par projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée (plaie, excoriation, eczéma....).

• Risques liés aux AES

Lors d'un AES, il existe toujours une « source » (patient porteur) et une « victime » (personne accidentée).

Le sang ou les liquides biologiques peuvent véhiculer des agents infectieux très variés (virus, bactéries, parasites et champignons).

Parmi ces agents infectieux, le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC) représentant un risque grave.

Le risque de contamination est majoré en cas de piqûre profonde avec une aiguille creuse contenant du sang.

Le risque de contracter le SIDA après exposition au sang d'un patient porteur du VIH est estimé à 0,30 % en cas d'accident piquant, coupant, tranchant, et à 0,03% en cas de projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée.

Le risque professionnel de contamination par l'hépatite C après exposition au sang d'un patient porteur du VHC se situe aux alentours de 3%.

Le risque professionnel de transmission du VHB est d'environ 30%. Cette forte contagiosité est liée à la quantité importante de virus présente dans le sang et les liquides biologiques (10^6 à 10^9 particules virales par ml).

• Facteurs favorisant la séroconversion

- Usage d'aiguilles creuses
- Profondeur de la lésion
- Temps de contact pour les contaminations cutané- muqueuses
- Blessures faites par un collègue de travail
- Stade de la maladie du patient
- Non protection de la peau

Les gestes les plus souvent en cause sont les prélèvements veineux, les poses de cathéters et les hémocultures.

- **Directives pour prévenir les accidents avec exposition au sang dans les établissements de soins**

- La rédaction et la diffusion des précautions universelles d'hygiène et de sécurité à tout le personnel soignant
- Le respect strict des précautions universelles d'hygiène et de sécurité
 - Lavage des mains avant et après chaque contact
 - Port de gants
 - Protection du sang et des autres liquides organiques surtout lors des accouchements
 - Elimination des instruments piquants et des objets tranchants (boîtes à tranchant)
 - Elimination sûre des déchets solides(incinérateur) et liquides (système de canalisation et d'évacuation)
 - Décontamination, nettoyage et stérilisation du matériel
- La mise à disposition de matériel de sécurité au personnel soignant
- La vaccination contre l'hépatite virale B pour le personnel soignant

POINTS-CLES

- 1. La communication, les normes et gestion des services, la prévention des infections y compris les précautions universelles constituent les principes essentielles des soins de qualité pour la réduction du taux de morbidité et mortalité maternelle et néonatale**
- 2. Prévenir les infections consiste à placer des barrières entre l'hôte et les micro-organismes ; ces procédés peuvent être physiques, chimiques ou mécaniques**
- 3. Un accouchement propre est indispensable pour la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale**
- 4. Le lavage des mains est le plus important parmi les gestes de prévention des infections**
- 5. Le cordon doit toujours être coupé et ligaturé avec des instruments stériles**
- 6. Respecter les méthodes de prévention des infections : lavage des mains, port de gants, traitement des instruments et matériel, élimination des déchets**

Chapitre 3

Surveillance de la grossesse et Plan d'accouchement

- **Activités anténatales préventives**
- **Elaboration d'un plan d'accouchement avec la mère et la famille**
- **Identification et référence appropriée des femmes présentant des signes de danger de la grossesse**

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET PLAN D'ACCOUCHEMENT

Ce manuel traite principalement des soins de base aux nouveau-nés. Mais étant donné la dépendance complète du nouveau-né par rapport à la mère pendant la période prénatale, la surveillance correcte de la grossesse demeure un aspect préventif fondamental pour la survie du nouveau-né. Cependant, toutes les composantes de base de cette surveillance ne seront pas détaillées dans ce manuel ; nous n'insisterons que sur les éléments de la surveillance prénatale ayant un impact direct sur la survie nouveau-né.

La surveillance de la grossesse poursuit un certain nombre d'objectifs :

- Activités anténatales préventives:
 - prévention du tétanos néonatal par l'administration de doses adéquates de vaccin anti-tétanique (VAT)
 - administration de fer
 - chimio prophylaxie contre le paludisme
 - consommation de sel iodé par la mère
 - dépistage volontaire de l'infection à VIH et le prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- Elaboration d'un plan d'accouchement avec la mère, le conjoint, et les autres membres de la famille et préparation à une éventuelle prise de décision en cas d'urgence:
- Identification et référence appropriée des femmes présentant des signes de danger pendant la grossesse.

Cette surveillance de la grossesse est planifiée selon un calendrier de consultations prénatales, variable selon les pays. Au Sénégal, il est recommandé au moins 4 consultations prénatales :

- ✓ premier trimestre : durant les 3 premiers mois d'aménorrhée
- ✓ deuxième trimestre : entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois
- ✓ troisième trimestre : au 8^{ème} mois
- ✓ à terme : au 9^{ème} mois

3 -1. ACTIVITES ANTENATALES PREVENTIVES

- **Prévention du tétanos néonatal :** Il est bien plus facile de prévenir le tétanos néonatal que de le traiter parce que la mortalité est extrêmement élevée même dans les hôpitaux équipés. Le programme d'immunisation recommandé est le suivant:

- Immuniser toutes les femmes enceintes. L'idéal serait d'immuniser toutes les adolescentes et les femmes en âge de procréer avant la grossesse.
- 5 doses de vaccination avec la toxine antitétanique (VAT) sont recommandées ; chaque dose équivaut à 0,5 ml et s'administre par voie intramusculaire:

VAT1 – Au premier contact ou le plus tôt possible pendant la grossesse.

VAT2 – Au moins 4 semaines après le VAT1

VAT3 – Au moins 6 mois après VAT2 ou à la grossesse suivante

VAT4 – Au moins un an après VAT3 ou à la grossesse suivante.

VAT5 – Au moins un an après VAT4 ou à grossesse suivante.

Si la femme enceinte n'a jamais eu de VAT, lui donner au moins deux doses pendant la grossesse. Lors d'une grossesse suivante, répétez une dose.

L'autre élément clé de la prévention du tétanos maternel et néonatal passe, bien sûr, par un accouchement propre avec section et soins aseptiques du cordon ombilical. Ne rien appliquer après les premiers soins jusqu'à cicatrisation complète.

- **Prévention de l'anémie :** L'anémie maternelle est associée à la prématurité et au petit poids de naissance. La cause principale de l'anémie est la carence en fer. La prévention et le traitement de l'anémie de la grossesse diminuent la morbidité et la mortalité néonatales.

Supplémentation en fer/acide folique : D'après les protocoles du Ministère de la Santé, toute femme enceinte doit recevoir un comprimé de fer/acide folique par jour en supplément (deux comprimés par jour si elle vient tardivement, après le premier trimestre, aux consultations prénatales) pendant toute la grossesse, et ensuite pendant deux mois après l'accouchement.

Conseiller aux femmes de toujours prendre les comprimés de fer/acide folique au milieu d'un repas, afin d'éviter des problèmes gastro-intestinaux.

- **Le traitement prophylactique intermittent (TPI) de lutte contre le paludisme :** Le paludisme est également associé à des accouchements prématurés, des décès in utero et des naissances d'enfants de petit poids. Le traitement prophylactique intermittent de lutte contre le paludisme devrait se faire de manière systématique pour toute femme enceinte, selon les fiches techniques du programme de lutte contre le paludisme du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale :

1. la Sulphadoxine Pyriméthamine (SP) doit être administrée en deux prises à la femme enceinte, traitement directement observable (TDO)
 - une 1^{re} dose de 3 comprimés à partir de la 16^{ième} semaine d'aménorrhée :
 - une 2^{ième} dose de 3 comprimés entre la 28^{ième} et la 34^{ième} semaine d'aménorrhée

NB : une 3^{ième} dose à un mois d'intervalle de la 2^{ième} dose sera administrée à la femme enceinte séropositive

2. Utilisation des Moustiquaires Imprégnées (MI) dès le début de la grossesse et recherche de soins précoces des cas de fièvre

En plus, il faudra promouvoir l'hygiène du milieu pour éliminer les moustiques, et l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Après la naissance, le nouveau-né et la mère devraient dormir ensemble sous moustiquaire imprégnées.

- **Consommation de sel iodé** : Pour prévenir la naissance d'enfants atteints de crétinisme (hypothyroïdie congénitale), il faut promouvoir la consommation de sel iodé par toutes les familles de la communauté, mais surtout par les femmes enceintes (avortements répétés, accouchements répétés).
La déficience en iode peut causer un crétinisme ou un retard mental modéré.
- **Conseils nutritionnels** : Conseiller aux femmes de toujours enrichir leurs repas : lait caillé, oeufs, arachide, protéines, fruits et légumes, surtout pendant le dernier tiers de la grossesse
- **Eviter les travaux domestiques pénibles**
- **Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant** :

Le test de dépistage doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes lors des CPN dans toutes les structures de santé. Le test devra être précédé d'un conseil pré-test et du consentement libre éclairé de la femme. Pour les femmes séropositives, un traitement ARV leur sera proposé ainsi qu'à leur enfant selon les protocoles en vigueur. Pour les femmes séro négatives, des conseils appropriés leur seront fournis pour le maintien de leur séro négativité (cf manuel de référence PTME).

3-2 ELABORATION D'UN PLAN D'ACCOUCHEMENT AVEC LA MERE ET LA FAMILLE, ET PREPARATION A UNE PRISE RAPIDE DE DECISION

- Il faut que la mère prépare le matériel nécessaire minimal pour son accouchement :
 - Au moins 5 pagnes propres
 - Du savon
- Qu'elle identifie le lieu de son accouchement avec le prestataire
- Qu'elle prépare des ressources pour l'accouchement,
- Qu'elle identifie les moyens de transport,
- **Que la famille se prépare pour une prise rapide de décision en cas de danger**
Il est extrêmement important de référer rapidement les femmes présentant des signes de danger à l'hôpital, un délai de quelques heures pouvant causer le décès de la mère et/ou du nouveau-né. Donc en cas de facteur morbide, il faut préparer la famille pour la prise rapide de décision, le cas échéant, et pour le transport sans

délai de la mère et/ou du nouveau-né. Souvent, il faut aussi impliquer l'assistance des autres membres de la communauté.

Quand la superstition empêche la famille de parler ou de planifier la naissance attendue, (pour ne pas attirer le mauvais sort), il faut promouvoir la formation d'une **mutuelle** pour assurer les ressources nécessaires au transport d'une femme ou d'un nouveau-né présentant un signe de danger. Toutes les familles doivent être associées aux discussions concernant le transport, et la mise en place de caisses de solidarité pour assurer une disponibilité financière immédiate en cas d'urgence maternelle ou néonatale.

3-3 IDENTIFICATION ET REFERENCE APPROPRIEE DES FEMMES PRESENTANT DES SIGNES DE DANGER PENDANT LA GROSSESSE

- Toute femme en grossesse est à risque de développer une complication qui nécessitera une prise en charge dans une structure appropriée, pour sauver la mère et/ou le nouveau-né, et il est donc très important de reconnaître les signes de danger afin de réagir rapidement par des soins appropriés :
 1. Hémorragies
 2. Convulsions
 3. Oedèmes des pieds et du visage
 4. Ecoulements liquidiens
 5. Fièvre
 6. Anémie sévère

Bien qu'il ne soit pas possible d'identifier à l'avance la plupart des femmes qui vont développer des complications pendant l'accouchement, il faut quand-même identifier et référer à une structure sanitaire appropriés celles qui présentent certains **facteurs morbides** ou états qui signalent une probabilité plus élevée de développer des complications pendant l'accouchement ; leurs nouveau-nés aussi auront un risque plus élevé de décéder pendant l'accouchement ou pendant les premiers heures ou jours de vie s'ils n'ont pas accès immédiatement à des soins de qualité. Aussi , toutes les femmes qui présentent un de **ces facteurs morbides** devront accoucher dans une structure sanitaire appropriée:

1. ancienne césarienne,
2. gros ventre (grossesse gémellaire, gros enfant, hydramnios)
3. présentations dystociques (siège, transverse, face, front)
4. petite taille (taille < à 1m,50)
5. jeune age (< à 16 ans)

Ces deux listes sont loin d'être exhaustives. Ces signes de danger et quelques facteurs morbides ont été sélectionnés en rapport avec les aspects de néonatalogie et facilement identifiables par la communauté à travers les cartes conseils.

(cf curriculum de formation Ministère de la santé / DSR)

- **Identification des femmes présentant des signes de danger et facteurs morbides :**

Au cours de la consultation prénatale, l'infirmier ou la sage-femme identifiera les femmes ,qui ne doivent pas accoucher dans la communauté (ni à domicile ni dans la case d'une matrone) du fait de la présence de facteurs morbides et devra insister auprès d'elles et de l'ensemble de leurs familles pour qu'elles **planifient leur accouchement dans une structure de santé appropriée par un personnel qualifié.**

POINTS-CLES

- 1) **La surveillance de la grossesse demeure un aspect préventif fondamental pour la survie de la mère et du nouveau-né. Au moins 04 CPN sont recommandées à toutes les femmes enceintes**
- 2) **Un plan d'accouchement doit être élaboré par chaque mère et sa famille pendant la grossesse pour assurer un accouchement propre et à moindre risque :**
 - **Identifier le lieu de l'accouchement avec le prestataire**
 - **Préparer le matériel nécessaire : au moins 5 pagnes propres et du savon**
 - **Garder assez d'argent pour les frais médicaux**
 - **Identifier un moyen de transport en cas d'urgence**
- 3) **Toutes les femmes doivent apprendre à reconnaître les signes de danger pendant la grossesse. Les mères et leurs familles doivent savoir qu'il faut rechercher des soins précoces devant un signe de danger.**

Chapitre 4

Surveillance et préparation de l'accouchement

- **Préparation de l'accouchement**
- **Éléments de surveillance du travail**
- **Identification des signes de danger de l'accouchement**

SURVEILLANCE ET PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT

3-1 : PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT

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 un matériel de 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, sa réanimation au besoin.

Tout le matériel doit être examiné quotidiennement pour s'assurer qu'il est correctement entretenu et en bon état fonctionnel.

Vérifiez quotidiennement que **tout le matériel de réanimation** est en ordre et est fonctionnel. L'idéal serait d'avoir deux jeux de matériels de réanimation. Le second serait mis en réserve pour le cas où il y aurait beaucoup d'accouchements à la fois, ou au cas où l'un serait défectueux.

Gardez une liste du matériel nécessaire à portée de main pour vérification.

Cette liste pourrait être imprimée et encadrée et ainsi affichée de manière permanente sur le mur dans chaque maternité pour servir d'aide-mémoire au personnel :

- **Source de chaleur (pour réchauffer le nouveau né)**

Cela peut être un radiateur, à foyer rayonnant, ou une planche avec des ampoules électriques (04 ampoules de 40 watts) fixées au-dessus de la table sur laquelle on mettra le bébé. Si cela n'est pas disponible, utiliser un radiateur électrique portatif pour réchauffer l'endroit où l'on va s'occuper du bébé à la naissance.

Allumez le radiateur bien avant la naissance pour réchauffer la surface de la table et le linge.

En cas de coupure où absence de courant, tout équipement électrique ne servira à rien. Dans ce cas, on peut bien soigner le nouveau-né posé sur l'abdomen de sa mère : la chaleur corporelle servira à stabiliser la température du bébé.

- **Linge.**

Utiliser du linge propre, lavé et séché au soleil. Si possible, pré-chauffez le linge sous le radiateur comme mentionné plus haut.

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

Trois d'entre eux serviront à recevoir et sécher le bébé, ces linges (pagnes) doivent être préalablement lavés à l'eau chaude, séchés, et repassés.

- **Equippedement de contrôle de la température.**

Il faut avoir deux thermomètres :

- Un pour le nouveau-né, et si possible, un pour contrôler la température de la salle. Pour prendre la température du bébé, il est préférable d'utiliser un thermomètre avec une échelle large (entre 25° et 40° C). Cependant, s'il n'y en a pas, n'importe quel thermomètre médical peut être utilisé. La prise de la température doit être axillaire pour diminuer le risque d'infection et de traumatisme.

Cependant, lors du premier examen systématique du nouveau-né, la prise de température doit être rectale pratiquée avec douceur pour contrôler la perméabilité

anale. Toute température néonatale axillaire au-dessous de 35,5°C exige une prise

en charge appropriée immédiate.

- Le deuxième thermomètre sert à contrôler la température ambiante de la salle d'accouchement, qui devrait être assez chaude (entre 26 – 28 °C) et sans courants d'air. Si cela n'est pas possible, veillez à ce qu'il y ait un radiateur supplémentaire près du coin où l'on s'occupe du bébé à la naissance.

- **Matériel pour les soins du cordon (kit d'accouchement)**

- Pincés, ciseaux stériles
- Clamp de bar
- Compresses et gaze stériles
- Gants stériles

- **Matériel pour la prévention de l'infection**

- Savon
- Eau potable, de préférence, d'une source d'eau courante
- Equipement de stérilisation : autoclave, ou pou Pinel ou réchaud à gaz (pour désinfection à haut niveau)
- Solutions de désinfection tels que l'alcool, l'iode povidone
- Solution de décontamination (solution chlorée 0,5%)

- **Boîte à tranchants (protection contre le VIH/SIDA)**

Le personnel doit éviter de s'exposer aux fluides corporels ou de se blesser avec une aiguille ou autre objet tranchant. Chaque salle devrait être munie d'un récipient couvert pour la disposition des objets tranchants jetables (lames et aiguilles usagées).

- **Autres matériels**

- Pèse-bébé.
- Ciseaux et sparadrap
- Lampe à pétrole, torche, bougie et allumettes.
- Seringues stériles de 10 ml, 5 ml, 2 ml, et 1 ml avec des aiguilles n° 24 et des seringues à tuberculine avec des aiguilles n° 26
- Petite lime pour ouvrir les ampoules

- **Matériel de réanimation**

- Equipement d'aspiration des sécrétions oro-pharyngiennes : sondes d'aspiration stériles n° 8 et 10, aspirateurs manuel et électrique
- Equipement pour la ventilation : ballon de ventilation et masques faciaux n° 00 pour nouveau-né de faible poids à la naissance, n° 01 pour nouveau-né de poids normal
- Source d'oxygène si nécessaire (en général disponible au niveau hospitalier) (cf liste équipement accouchement en annexe)

- **Médicaments**

- **Pour les soins des yeux :**

- Solution d'Argyrol (Nitrate d'Argent 1%) en flacon avec compte-gouttes, ou pommade ophtalmique de Tétracycline (1%) ou d'Erythromycine (0,5%).

- **Vitamine K gouttes**

- **Vitamine K orale où injectable (si forme orale non disponible)**

- **Une horloge murale avec trotteuse :** C'est indispensable pour noter le déroulement de l'accouchement et pour vérifier le temps écoulé pendant les différentes étapes de la réanimation.

3.2 ELEMENTS DE SURVEILLANCE DU TRAVAIL

- **Au cours du travail et de l'accouchement,**

Le personnel des postes et centres de santé doit être capable de reconnaître les signes des complications importantes qui peuvent se présenter ; ainsi il pourra réagir vite et transférer la femme à l'hôpital à temps pour pouvoir sauver sa vie, ou la vie de son nouveau-né.

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

- ✓ Les bruits du cœur fœtal,
- ✓ La coloration du liquide amniotique,
- ✓ La présentation,
- ✓ les contractions utérines.

La surveillance des BDC, pendant le travail est extrêmement importante :

l'absence ou l'anomalie des bruits du cœur fœtal (BDC) est un signe de danger pendant le travail. Utiliser le stéthoscope obstétrical de Pinard pour écouter les bruits du cœur fœtal au début du travail et puis toutes les demi-heures pendant la phase active :

Le rythme normal se situe entre 120 et 160 battements par minute.

- ✓ Si les battements sont absents ou trop lents (<120) ou trop rapides (>160), faites coucher la femme en décubitus latéral gauche, donnez-lui de l'eau à boire, et écouter de nouveau les BCF.
- ✓ Si l'anomalie persiste, évacuez vite la femme à la structure de référence (Hôpital).

3.3 IDENTIFICATION DES SIGNES DE DANGER DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

Pour conduire un accouchement à moindre risque, l'agent de santé qualifié doit reconnaître les signes de danger au cours du travail et de l'accouchement et savoir quand il faut référer pour sauver la mère et/ou le nouveau-né. Il est donc très important de reconnaître les signes de danger afin de réagir rapidement :

- Pertes de liquide au tout début du travail
- Hémorragies
- Convulsions
- Travail long
- Procidence cordon, jambes, mains

Cette liste est loin d'être exhaustive. (cf curriculum de formation Ministère de la santé / DSR)

Au cours de la consultation prénatale, l'agent de santé (infirmier ou la sage-femme) devra insister auprès des mères et de leurs familles du fait de la survenue possible de ces signes de danger au cours du travail et de l'accouchement , pour qu'elles planifient leur accouchement dans une structure de santé et assisté par un personnel qualifié.

La surveillance et la préparation de l'accouchement répond à trois (3) impératifs :

- Prévention de l'infection
- Prévention des complications liées à l'asphyxie du nouveau-né à la naissance
- Prévention de l'hypothermie néonatale

POINTS-CLES

- 1) 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**
- 2) Il est important d'aménager un coin du nouveau-né en salle d'accouchement et de vérifier quotidiennement la disponibilité, la fonctionnalité de l'équipement et de tout le matériel nécessaire à la prise en charge de la mère et du nouveau-né**
- 3) Des signes de danger peuvent survenir pendant l'accouchement. Elles ne sont pas toujours prévisibles**
- 4) Il est important de surveiller le travail à l'aide du partogramme pour détecter toute anomalie et prendre une décision adéquate à temps**

Chapitre 5

Soins essentiels du nouveau-né à la naissance

- **Mesures de protection thermique**
- **Réception et évaluation initiale
du nouveau-né à la naissance**
- **Soins de base du nouveau-né à la naissance**
- **Examen systématique du nouveau-né**
- **Soins postnatals du nouveau-né**

SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE

Des services de base essentiels doivent être disponibles pour tout nouveau-né à la naissance. S'assurer que l'accouchement a été préalablement préparé : environnement, équipement et matériel nécessaires pour les soins du nouveau-né à la naissance

Ces services comportent :

- Les mesures de protection thermique
- Les soins immédiats à la naissance
- L'examen systématique du nouveau-né
- Soins postnatals du nouveau-né

5-1 Les mesures de protection thermique

○ Définition

Ensemble des mesures prises à la naissance et dans les premiers jours de vie pour protéger le nouveau-né du froid et de la chaleur et pour qu'il maintienne sa température corporelle dans les valeurs normales, entre **36,5° et 37,5° C**.

On parle **d'hypothermie**, quand la température du nouveau-né est en dessous de 36,5°, et **d'hyperthermie** quand la température corporelle du nouveau-né dépasse 37,5°C. L'hyperthermie n'est pas aussi courante que l'hypothermie, mais est elle autant dangereuse. La température de l'enfant peut être mesurée à l'aide d'un thermomètre axillaire pendant 2 minutes. Il faut noter la température dans la fiche du nouveau-né et préciser que c'est une température axillaire. La température rectale comporte un risque élevé d'infection. En routine il faut prendre la température axillaire des nouveau-nés puisque c'est plus simple et plus sûr.

○ Importance du maintien de la température du nouveau-né

Au moment de sa naissance, le système de régulation de la température corporelle du bébé est encore très immature. Il a une capacité très restreinte pour maintenir une température normale dans des conditions ambiantes adverses. Il se refroidit très vite, et l'hypothermie accroît le risque de maladies et de décès. Donc la conservation de la température est un aspect extrêmement important de tous les soins au nouveau-né, et surtout chez ceux de petit poids de naissance ou ayant présenté une asphyxie.

La régulation thermique du nouveau-né est beaucoup moins efficace que celle de l'adulte et les pertes de chaleur se produisent plus facilement. Il faut donc le protéger du froid et de la chaleur excessifs.

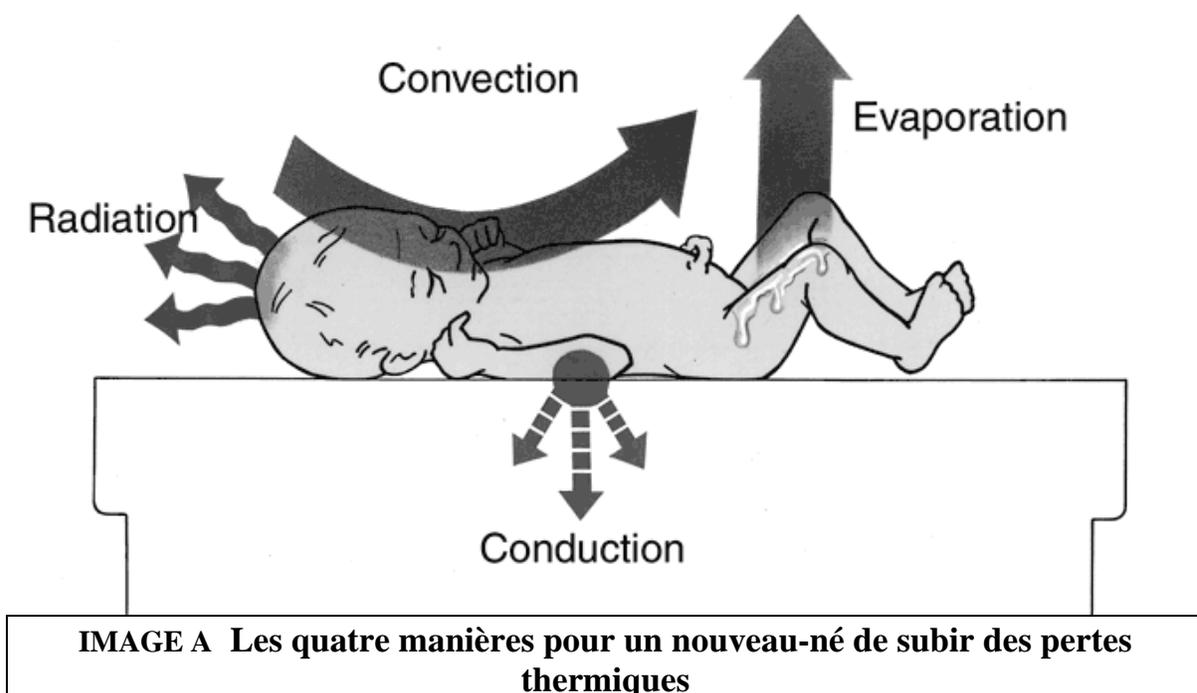
○ Comment le nouveau-né se refroidit

La température à l'intérieur de l'utérus de la mère est de 38 °C. Lorsqu'il quitte la chaleur de ce milieu à la naissance, le nouveau-né se retrouve mouillé dans un environnement beaucoup plus froid et perd immédiatement de la chaleur .

Le nouveau-né perd sa chaleur de quatre manières différentes :

- **Evaporation** du liquide amniotique sur son corps : perte principale
- **Conduction** lorsqu'on le dépose nu sur une surface froide (par exemple une table, une balance ou un matelas froid)
- **Convection** s'il est exposé nu à de l'air ambiant plus froid
- **Radiation**, la chaleur se propageant de l'enfant vers les objets froids à proximité (par exemple un mur froid ou une fenêtre), même s'il ne les touche pas.

Les pertes thermiques s'accroissent avec les mouvements de l'air et un nouveau-né peut se refroidir même dans une pièce dont la température est de 30 °C s'il y a des courants d'air.



○ Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance par le maintien de la Chaîne du chaud :

La chaîne du chaud est un ensemble de **dix mesures** interdépendantes à accomplir à la naissance et au cours des premiers jours de vie pour minimiser le risque d'hypothermie du nouveau-né.

Avant la naissance : 1- Salle d'accouchement chaude (25-28°) et à l'abris des

courants d'air. Si on expose le nouveau-né nu dans une pièce entre 22 - 24°C, sa température peut baisser de 37° à 33° en 15 minutes

- A la naissance :**
- 2- Dès la naissance du nouveau-né, il faut immédiatement le sécher et le couvrir avant même la section du cordon ombilical
 - 3- Pendant qu'on sèche le nouveau-né, il doit reposer sur une surface chaude, par exemple sur la poitrine ou le ventre de sa mère : c'est le **contact peau à peau**

- Après la naissance :**
- 4- Report du bain du nouveau-né d'au moins 6 heures
 - 5- L'allaitement maternel peut être commencé
 - 6- Envelopper nouveau-né de la tête aux pieds, vêtements et literies adaptés en fonction de la température ambiante
 - 7- Dans les jours suivant la naissance, on peut éviter l'hypothermie en **gardant la mère et le nouveau-né ensemble**
 - 8- Transport au chaud
 - 9- Réanimation au chaud
 - 10- Formation et sensibilisation

Il faut rappeler que les nouveau-nés de faible poids, asphyxiés ou malades sont les plus vulnérables à l'hypothermie. Les méthodes pour empêcher ces nouveau-nés à risque de se refroidir comprennent les soins « Kangourou » : contact peau à peau 24 heures sur 24 entre la mère et l'enfant, les salles chaudes, les sources de chaleur, et il faut surveiller fréquemment la température corporelle de nouveau-né (voir chapitre prise en charge du nouveau-né de faible poids).

En conclusions, alerter le personnel sur les risques de l'hypothermie, enseigner les principes de la protection thermique du nouveau-né, et enfin, s'assurer que les 10 mesures de la chaîne du chaud sont intégrées dans les soins systématiques apportés aux nouveau-nés.

(cf. Manuel OMS sur les Mesures de Protection Thermique)

5.2 LES SOINS IMMEDIATS A LA NAISSANCE

A la naissance, le nouveau-né qui était totalement dépendant de la mère dans sa vie intra-utérine, doit vite s'adapter à la vie extra-utérine. L'organisme du nouveau-né subit beaucoup de changements. Le premier changement le plus important est de **commencer à respirer**. Cet instant critique nécessite des soins adéquats, précis et de qualité.

- **Réception et évaluation initiale :** Recevoir le bébé dans un linge propre et sec et l'essuyer rapidement. S'il fait frais dans la salle, le linge doit être pré-chauffé comme indiqué plus haut. Enlever le linge mouillé et envelopper le bébé, y compris la tête, dans un linge (ou plusieurs linges au besoin) sec et propre, pour maintenir la chaleur corporelle.

- **Vérifier si le nouveau-né crie et respire bien.** Faire une évaluation immédiate des fonctions vitales du bébé (respiration, circulation, tonus et réactivité).
 - la coloration du nouveau-né est normalement rosâtre
 - le cri du nouveau-né doit être fort et vigoureux
 - la fréquence respiratoire : observer les mouvements respiratoires du nouveau-né: fréquence normale est de 30 à 60 mouvements par minute.
 - le tonus musculaire : mouvements spontanés actifs et symétriques de tous les membres du nouveau-né. Le nouveau-né a tendance à garder ses membres en position de flexion.

Si le **nouveau-né** crie bien, le cordon, assurer les mesures de protection thermiques (séchage, contact peau à peau)t procéder aux autres soins de base et mettre le nouveau-né à côté sa mère

Si le **nouveau-né** ne crie pas, regarder la poitrine pour voir s'il y a des mouvements respiratoires adéquats. S'il ne respire pas bien, pincer et couper vite le cordon, et suivre le protocole de **réanimation**, décrit plus loin.

Le score d'APGAR peut être utilisé pour l'évaluation du nouveau-né à la naissance, mais en cas d'asphyxie, c'est souvent la mise en place des gestes d'urgence qui prime.

- **Dégager les voies aériennes (seulement au besoin !) :**
 - Si le **nouveau-né** crie bien
 - En cas de difficulté mineure, placer le nouveau-né dans une position de déclivité partielle pour permettre un drainage postural. L'aspiration des sécrétions ne doit donc pas être systématique, sauf sur indication (en cas de blocage ou de liquide amniotique teinté).
 - S'il y a des sécrétions qui bloquent la bouche et les narines, les aspirer avec une sonde d'aspiration (de taille française # 8 ou #10) stérile relié à un aspirateur de faible pression. S'il n'y a pas d'aspirateur de faible pression, utiliser un aspirateur de type adulte mais pincer légèrement le tube de sorte que toute la pression négative ne s'applique pas au nouveau-né, étant donné qu'une pression élevée peut causer des problèmes et même un arrêt respiratoire. Si aucun aspirateur n'est disponible, alors qu'il y un liquide amniotique teinté ou des sécrétions très épaisses qui bloquent la bouche, essayez doucement la bouche avec une compresse ou un morceau de tissu doux et propre, bien que cette dernière méthode ne soit pas très efficace, et risque de blesser la muqueuse buccale. Pour plus de sécurité, placer le nouveau-né couché sur un côté avec la tête légèrement mais pas excessivement décline. La suspension du nouveau-né par les pieds, la tête en bas, est déconseillée.
 - s'il n'y a pas de blocage de sécrétions, l'aspiration de la gorge et du nez est non seulement inutile mais peut causer la chute du rythme cardiaque et traumatiser les muqueuses bucco pharyngées.
- **En cas de liquide amniotique teinté** de méconium et épais, il faut être prêt à aspirer les sécrétions du nez et de la bouche du bébé **dès que la tête se présente à la vulve**, c'est à dire avant la sortie des épaules. Si la tête et le corps sont expulsés d'un seul coup, aspirer le plus vite possible le méconium de la bouche et

du nez du bébé, avant de stimuler le premier cri. Il est souhaitable et très utile dans cette situation de se faire assister d'une deuxième personne comme aide.

- **Placer le nouveau-né sur le ventre de la mère.**

Après la naissance, avant même que le cordon ne soit coupé, le nouveau-né doit immédiatement être séché avec un linge propre et sec. Pendant cette opération, le nouveau-né doit être mis **en contact direct peau à peau** sur le ventre ou la poitrine de la mère pour avoir de la chaleur. Changer le linge mouillé, couvrir ensemble le nouveau-né et la mère avec un autre linge propre et sec pour qu'il ne se refroidisse pas.

- **Ligaturer et couper le cordon**

Il n'y a pas d'urgence pour couper le cordon d'un nouveau-né normal. On peut attendre que les pulsations du cordon s'arrêtent.

Avoir toujours des pinces stériles disponibles, appliquer deux pinces sur le cordon avec un petit espace entre les deux. Il faut couper le cordon entre les deux avec une paire de ciseaux stériles ou avec une lame stérile (lame de bistouri). Si on coupe avec une lame, couper toujours de bas en haut : c'est à dire, ne jamais couper **vers** le corps du nouveau-né, pour ne pas risquer de le blesser avec la lame. Puis, ligaturer le cordon **de préférence avec un clamp de bar**. A défaut, ligaturer le cordon avec du **fil stérile** en « bouchon de champagne » ou en faisant un nœud plat serré à environ deux doigts de la peau du nouveau-né, couper de nouveau le cordon entre la pince et la ligature.

En l'absence de pinces, il faut ligaturer le cordon à deux doigts de la peau avec du **fil stérile** et placer une autre ligature à deux doigts, ou plus loin, de la première et couper le cordon entre les deux ligatures, vérifier qu'il n'y a pas d'hémorragie.

Eviter le jet du sang au moment de la section du cordon (prévention de transmission du VIH) : Si le **nouveau-né** crie bien (n'a pas besoin de réanimation), attendre que le cordon cesse de battre avant de faire la ligature. Placer alors la première pince à deux ou trois doigts de la peau, puis faire traire le sang du cordon au-delà de la pince vers le placenta (jamais vers le nouveau-né, car cela risque de lyser les globules rouges du bébé et aggraver l'ictère physiologique) ; placer la deuxième pince dans la partie exsanguie (blanche) du cordon, à peu près à 10 cm de la première pince. Couper le cordon entre les deux pinces. Couvrir le cordon avec une compresse stérile pendant qu'on le coupe, afin d'éviter le jet du sang, qui pourrait exposer au VIH.

- **Soins du cordon**

Se conformer aux procédures du Ministère de la Santé. La recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé est de n'appliquer aucun produit ou pansement sur le cordon et le garder seulement propre et sec. Le cordon sèche mieux si on le laisse à l'air libre.

- **Identification du nouveau-né**

Dans une structure où il y a un nombre important d'accouchements, il faut songer à l'identification immédiate de chaque nouveau-né afin d'éviter de les confondre. Une

possibilité c'est d'appliquer un bracelet d'identification au bébé au moment de l'accouchement.

Il y a peu de risque de confondre deux nouveau-nés si on ne sépare pas la mère de son enfant pendant leur séjour à la maternité. Si vous avez plusieurs accouchements à la fois dans la même salle, il est conseillé de placer chaque enfant sur l'abdomen de sa mère pour qu'elle le tienne pendant que vous le soignez ou pendant que vous soignez une autre femme. Si vous placez plusieurs bébés à la fois sous une seule lampe chauffante ou sur une table de soins, vous risquez de les confondre.

- **Peser le nouveau-né:**

Le bébé devrait être pesé immédiatement après la naissance. Tarer la balance à zéro avec un linge propre sur le plateau. Placer le bébé nu (déjà séché) sur le linge propre dans le plateau. Prendre son poids rapidement pour éviter son refroidissement, puis l'envelopper vite dans un linge propre et sec et le rendre à sa mère. Inscire le poids sur la fiche **du nouveau-né** et dans le registre de la salle d'accouchements et informer la mère. Essuyer le plateau de la balance avec une solution de décontamination après chaque pesée.

- **Soins des yeux**

Pour éviter une infection sévère des yeux, il faut soigner les yeux de chaque nouveau-né avec une dose unique de médicament antibiotique ou antiseptique, **dans la première heure qui suit la naissance**. Avant de soigner les yeux, enlever les gants, se laver de nouveau les mains avec de l'eau et du savon et s'essuyer les mains avec une serviette propre.

Procéder comme ceci :

- √ Poser d'abord le nouveau-né (enveloppé pour qu'il ne se refroidisse pas) sur une surface propre et stable (un lit ou une table ou la poitrine de sa mère). Essuyer le visage du nouveau-né, y compris les yeux, avec un morceau de tissu propre (stérile si possible).
- √ Ouvrir le flacon d'**Argyrol** (Nitrate d'Argent 1%) en faisant attention à ne toucher que l'extérieur de la bouteille et du bouchon, sans toucher au tube du compte-gouttes.
- √ Tenir le compte-gouttes dans une main et avec les doigts de l'autre main, ouvrir l'œil du nouveau-né en faisant tomber une goutte du produit dans l'œil. Ouvrir ensuite l'autre œil et procéder de la même manière.
- √ Pendant cette manœuvre, faire attention à ne pas toucher au compte-gouttes. Le compte-gouttes ne doit pas toucher l'œil ou la peau du nouveau-né : s'il touche les yeux, une infection peut être transmise au nouveau-né qui sera ultérieurement traité par le même flacon ; jeter toute bouteille dont le compte-gouttes a été en contact avec un œil infecté. Après l'administration des gouttes, remettre soigneusement le compte-gouttes dans la bouteille et le visser pour bien la refermer.

En l'absence d'Argyrol, vous pouvez utiliser de la pommade ophtalmique (Tétracycline 1% ou Erythromycine 0,5%) ou autre en faisant toujours attention à ne pas toucher le bout du tube.

En l'absence de médicament, la mère peut faire couler quelques gouttes de colostrum dans chacun des yeux du nouveau-né (le colostrum est un milieu fortement concentré en immunoglobulines).

- **Administration vitamine K**

Suivre le protocole du Ministère de la Santé sur l'administration de la vitamine K à la naissance. Il est recommandé de donner de vitamine K1 (1 mg pour les nouveau-nés de poids normal et 0,5 mg pour les nouveau-nés de faible poids) en gouttes ou en injection intramusculaire dans la zone antéro latérale de la cuisse (non pas dans la fesse) à tous les nouveau-nés à la naissance. A défaut, l'administrer aux nouveau-nés à risque : faible poids de naissance, asphyxiés.

- **Enregistrer le nouveau-né** dans le registre de la structure d'accouchement.

- **Faciliter l'allaitement maternel précoce**

Encourager la mère à mettre le **nouveau-né** au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement, avant de la quitter. Observer cette première tétée pour vérifier que la bouche du bébé s'attache bien au sein de la mère (il devrait saisir une bonne bouchée de l'aréole, et pas seulement le bout du sein), que le nouveau-né suce bien et avale des gorgées de lait (de colostrum). Expliquer à la mère que le premier lait (le colostrum) donne une protection spéciale contre les infections au bébé. Dire particulièrement à la mère de donner des tétées fréquentes, de jour comme de nuit, à la demande du bébé, et de ne pas donner de l'eau, du miel ou d'autres aliments ou décoctions. Des détails complémentaires sont donnés dans le chapitre sur l'allaitement maternel

- **Différer le bain de 6 heures après l'accouchement à cause des risques d'hypothermie**

Ne pas laver le nouveau-né juste après la naissance, car cela peut provoquer un refroidissement dangereux chez le nouveau-né. N'utiliser que de l'eau tiède ou chaude, et jamais d'eau froide même pendant la saison chaude. Sécher et couvrir l'enfant immédiatement après l'expulsion est très important. Le bain devrait être différé pour au moins six heures, de préférence jusqu'au lendemain.

- **Garder le nouveau-né à côté de sa mère**

Avant la naissance, l'environnement intra utérin assure la stabilité de la température du fœtus. Dès la naissance, le contact direct avec la mère (peau à peau sous une couverture) est la méthode la plus efficace, la moins chère, toujours disponible, facile, et évidente pour aider la stabilisation de la température du nouveau-né. Ne séparer les nouveau-nés de leurs mères que quand c'est absolument nécessaire (cf. mesures de protection thermique).



IMAGE B

Le nouveau-né couché à côté de sa mère

POINTS CLES

- 1. Les mesures de protection thermiques commencent avant la naissance par la préparation de l'environnement et du matériel de prise en charge du nouveau-né**
- 2. La surveillance du maintien de la température du nouveau-né est indispensable. Le personnel de santé devrait prendre toutes les précautions nécessaires et s'assurer que les 10 mesures de la chaîne du chaud sont intégrés dans les soins systématiques apportés aux nouveau-né né**
- 3. Les soins immédiats du nouveau-né est l'ensemble des gestes et actes réalisés juste après la naissance (au cours des 6 premières heures de vie) pour améliorer la survie du nouveau-né. Ils comprennent les étapes suivantes:**
 - **Recevoir le nouveau-né dans un linge chaud, sec et propre**
 - **Evaluer la coloration et la respiration du nouveau-né**
 - **Maintenir la température du nouveau-né (mettre le nouveau-né sur le ventre de la mère par le contact peau à peau, le sécher tout en le stimulant, changer le linge mouillé, l'envelopper de la tête aux pieds avec un autre linge propre et sec et aider la mère à allaiter son enfant en gardant le contact peau à peau sur sa poitrine, différer le premier bain)**
 - **Procéder autres soins de base : section et soins propres du cordon ombilical, soins des yeux par l'instillation de collyres antiseptiques, administrer de la Vitamine k1 systématique à tous les nouveau-nés ou au besoin aux nouveau-nés à risque**
 - **Peser le nouveau-né**
 - **Ne pas oublier d'identifier et d'enregistrer le nouveau-né**
 - **Mettre le nouveau-né à côté de sa mère et mieux en contact peau à peau.**

5-3. EXAMEN SYSTEMATIQUE DU NOUVEAU NE

5.3.1 INTRODUCTION

Un examen systématique du nouveau né doit être fait le plus tôt possible après la naissance. Son but est de :

- ✓ D'apprécier la bonne adaptation à la vie extra utérine ou de dépister précocement toute affection anormale,
- ✓ Dépister une malformation congénitale,
- ✓ Vérifier le terme et la croissance du nouveau-né,
- ✓ Favoriser le contact avec la mère, lui faire des recommandations et lui donner des conseils.

Cet examen exige certaines conditions :

- ✓ Un local bien éclairé, à l'abri des courants d'air,
- ✓ Le maintien de la température du nouveau né pendant toute la durée de l'examen : n'exposer qu'une petite partie du corps à la fois, pour que le nouveau-né ne se refroidisse pas pendant l'examen.
- ✓ Le lavage des mains : se laver les mains avant et après l'examen de chaque nouveau-né.
- ✓ La présence de la mère à chaque fois que cela est possible

Il comprend :

- ✓ L'accueil de la mère
- ✓ Un examen physique
- ✓ Des mensurations
- ✓ Des recommandations et conseils

5.3.2 ACCUEIL

Le prestataire commence par accueillir la mère, la saluer , la mettre en confiance ,et lui expliquer le but de l'examen qu'il va faire.

L'interrogatoire va porter sur les antécédents familiaux (père, mère, fratrie)et les antécédents obstétricaux de la mère (anténataux et périnataux) : déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

5.3.3 EXAMEN DU NOUVEAU-NE

1) Examen général :

L'examen général qui va apprécier, la coloration des téguments , la posture et l'activité spontanée.

- **La coloration de la peau :** Observer la couleur de la peau du nouveau-né. Regarder particulièrement les paumes et les plantes des pieds. Est-il bien rosâtre, même jusqu'aux mains et aux pieds ? Paraît-il cyanosé (bleuâtre), pâle, ou

ictérique (jaunâtre)? Des tâches bleuâtres sur le dos, les fesses, les jambes ou les pieds sont normales et peuvent persister pendant plusieurs mois. C'est à distinguer de la cyanose périphérique due à l'hypoxie ou à l'hypothermie. Des tâches et traits rougeâtres (nommés télangiectasie) sont fréquentes sur le front au-dessus de l'arrête du nez, sur les paupières, sur la lèvre supérieure, ou sur la nuque. Toutes ces tâches ont tendance à disparaître après plusieurs semaines ou des mois et n'ont pas d'importance

- **Le vernix caseosa ; Lanugo**
- **La température :** vérifier la température. Poser la main sur l'abdomen du nouveau-né, puis sur ses pieds. L'abdomen et les pieds, sont-ils bien chauds ? L'hypothermie étant un signe d'alerte. Avec un thermomètre, mesurer la température axillaire pendant deux minutes. La température axillaire normale est de 36,5° C. Ne pas prendre de thermomètre rectale.
- **Le visage :** yeux, oreilles, nez, bouche et langue. On peut observer sur le visage, un purpura pétéchial témoin d'un circulaire serré du cordon, des grains de milium, un angiome plan
- La région lombo-sacrée peut être le siège d'une tâche mongoloïde
- Posture et activité spontanée : les différentes postures dépendent souvent de la présentation : céphalique, de la face, de siège
mouvements spontanés, alternatifs de flexion-extension des membres.

2) Examen physique :

- Recherche de malformations congénitales
- Examiner de la tête au pied
- rassurer les parents

➤ Examen morphologique

- **Crâne et face :**
 - Penser à une imperforation choanale en cas de respiration buccale
 - Aspect du menton : recherche de micrognathisme (Pierre Robin)
 - Cavité buccale : fausses dents néonatales, frein de langue trop étendu, fente du palais ou palais ogival
 - Au niveau des oreilles : apprécier la situation (basse éventuellement), la taille, la morphologie des pavillons
 - Au niveau du cou : un hématome du muscle sterno-cléido-mastoïdiens, la brièveté du cou (Klippel-Feil)
- **Examen des membres**
 - Rechercher une luxation congénitale de la hanche : fait partie de tout examen de routine du nouveau-né
 - Rechercher une déformation des membres (varus, équin, valgus, pied bot, polydactylie, syndactylie...)
 - Rechercher une fracture de la clavicule

➤ **Examen des appareils**

○ **Examen de l'abdomen**

- Un diastasis des grands droits
- Vérifier la perméabilité de l'orifice anale : si le liquide amniotique est teinté (jaunâtre ou jaune), ou quand le nouveau-né émet du méconium à la naissance, on sait que l'anus est ouvert. S'il n'y a pas un de ces signes, demander à la mère de préciser quand est ce que le nouveau-né a fait ses premières selles. Il faut penser à un anus imperforé si le nouveau-né n'émet pas de méconium dans les 48 heures ou s'il y a un ballonnement abdominal. Confirmer le diagnostic d'imperforation anale si l'orifice anal n'admet pas un thermomètre lubrifié. (Faire doucement cette épreuve, et seulement en cas de suspicion d'imperméabilité!) ; ne pas alimenter le nouveau-né par la bouche.
- Le foie déborde normalement de 1 à 2 cm du rebord costal droit

○ **Examen des organes génitaux externes et des glandes mammaires**

- Chez la fille, l'existence d'une sécrétion vaginale (leucorrhée) est la traduction d'une crise génitale
- On peut noter aussi chez le nouveau-né, une hypertrophie mammaire associée à une sécrétion lactée appelée « lait de sorcière ». La régression est lente et se poursuit sur plusieurs semaines

○ **Examen de l'appareil respiratoire**

- La fréquence respiratoire de repos varie entre 30 et 60 par minute. On ne doit noter ni tirage, ni battement des ailes du nez, ni gémissements. On peut noter parfois un rythme irrégulier, avec de petites pauses n'excédant pas 15 secondes
- L'examen doit rechercher des anomalies du rythme respiratoire.

○ **Examen cardio-vasculaire**

- Apprécie le rythme cardiaque et ses anomalies, recherche des bruits surajoutés (souffles..).
- La palpation des pouls est systématique aux membres supérieurs et inférieurs.
- Il faudra apprécier le temps de recoloration capillaire (normalement inférieur à 3 secondes)

○ **Examen de la colonne vertébrale**

- Tourner le nouveau-né et regarder le dos, pour voir s'il n'y a pas de tumeur, de zone déprimée, ou une touffe de cheveu dans la région de la colonne vertébrale. Ceux-ci suggèrent le spina-bifida avec méningocele/méningomyelocèle.

○ Examen neurologique

l'examen neurologique va apprécier le tonus, la vigilance et les réflexes.

- **le tonus musculaire (actif et passif):** Observer le niveau de tonus musculaire du nouveau-né. Fait-il des mouvements actifs et symétriques de tous ses membres ? A-t-il tendance à garder ses membres en position de flexion ? **Tonus passif :** normalement il existe une hypertonie physiologique en flexion aux 4 membres. **Tonus actif :** il s'agit de mettre l'enfant dans une situation active et d'étudier les redressements des différents segments
- **l'éveil et la vigilance :** le nouveau né est sensible à la lumière, au bruit, surtout à la voix de sa mère
- **les réflexes archaïques :**
 - Réflexe de succion : le réflexe de succion est le plus important des réflexes ; il est vigoureux dès la naissance. Si on introduit le petit doigt dans la bouche de l'enfant, on vérifie le synchronisme de la succion et de la déglutition permettant une alimentation normale
 - Réflexe des quatre points cardinaux : il est facilement obtenu par stimulation au doigt des commissures ou de la zone médiane des lèvres
 - Réflexe du Grasping : le nouveau-né à terme a un grippement très vif de l'index d'un examinateur placé dans ses paumes
 - Réflexe de Moro : l'enfant en décubitus dorsal est soulevé de quelques cm par légère traction sur les deux mains, membres supérieurs en extension : lorsque ses mains sont brusquement lâchées, il retombe sur le plan de l'examen et le réflexe apparaît : abduction des bras avec extension des avant-bras et ouverture complète des mains : premier temps ; adduction des bras et flexion des avant-bras (embrassement) : 2ème temps ; le 3ème temps est un cri
 - Réflexe de la Marche automatique : l'enfant est maintenu en position verticale pour obtenir le redressement global du tronc, légèrement penché en avant. On déclenche ainsi une succession de pas liée au contact du pied sur la table d'examen
 - Réflexes ostéotendineux : recherchés systématiquement sont normalement vifs.

○ Recherche de malformations majeures

Atrésie de l'œsophage : L'atrésie de l'œsophage (avec ou sans fistule) peut être soupçonnée si le volume utérin était excessif (hydramnios), ou si le nouveau-né a

des sécrétions excessives qui tendent à s'accumuler dans la gorge même après une aspiration adéquate. Si le prestataire a reçu une formation pour faire passer une sonde d'alimentation, le diagnostic peut être fait quand la sonde ne peut pas être introduite dans l'estomac. Un enfant avec ce défaut nécessite un transfert immédiat et rapide dans une structure de santé de référence et ne doit rien prendre par la bouche. Pendant le transport, en plus des autres précautions signalées dans le chapitre sur le transport, garder le nouveau-né couché sur un côté et si possible continuer à aspirer les sécrétions au besoin.

Une perfusion devrait être mise en place si possible avant le transfert.

Fente labiopalatine : Regarder à l'intérieur de la bouche du nouveau-né après la naissance pour détecter des problèmes tels que le palais fendu, qui peut ou non s'associer à une lèvre fendue. Un nouveau-né avec ce défaut peut souvent s'adapter et bien téter malgré son défaut, mais parfois il aura du mal à téter. Dans le cas où il le faut, on peut aussi le nourrir en donnant le lait maternel exprimé avec une cuillère (voir Chapitre 7). Référer l'enfant présentant une fente palatine au niveau de la structure de référence pour évaluation par le chirurgien. S'il tète bien, la référence n'est pas urgente, mais s'il n'arrive pas à s'alimenter (avalier du lait), la référence doit être immédiate.

○ **Manifestations normales et/ou mineures**

- **Le méconium :** Les premières selles juste après la naissance sont composées de méconium. Le méconium est noir et très gluant. Pendant la première semaine, le méconium noir et collant se transforme progressivement en des selles plus légères et verdâtres, pour devenir finalement jaune clair. L'émission de méconium doit se faire dans les 2 à 3 premiers jours.
- **Les selles de transition :** Il est normal que le nouveau-né fasse plusieurs selles de petite quantité, composées de portions aqueuses et caillées distinctes, accompagnées parfois de gaz. Ce sont les « selles de transition », et elles ne devraient pas être confondues avec une vraie diarrhée. Ne pas donner de SRO (Solution de Ré-hydratation Orale) au nouveau-né avec des selles de transition. Il faudra seulement rassurer la mère.
- **Les selles du nourrisson :** Après la première ou seconde semaine, le nouveau-né fait des selles légères jaunes, qui n'ont pas de mauvaise odeur, avec une fréquence individuelle normale qui varie entre 6 – 8 fois par jour jusqu'à une seule fois tous les 2 – 3 jours. Certains nouveau-nés ont tendance à se tordre et à rougir durant le passage des selles, sans raison apparente. Généralement, s'il n'y a pas de distension abdominale, il n'y a pas de problème. Rassurer la mère, lui déconseillé de donner au nouveau-né, le mélange miel beurre.
- **Les urines :** A-t-il uriné à la naissance ou après ? Mouille-t-il ses couches au moins six fois par jour ? S'il est nourri exclusivement au sein, cela indique qu'il

reçoit une quantité suffisante de lait. Certains nouveau-nés n'urinent pas pendant les 02 premiers jours. Ne pas donner de l'eau au nouveau-né. Si le nouveau-né n'a pas uriné après 48 heures, il faut l'envoyer dans une structure de référence..

- **Vomissements** : Les vomissements sont fréquents pendant les premiers jours, et ne sont pas un signal d'alarme tant que le nouveau-né sort du méconium et qu'il n'a pas de ventre ballonné **et ne perd pas de poids**. En outre, les nourrissons sortent souvent de petites quantités de lait. A moins que ces vomissements ne deviennent excessifs, persistants, ou de couleur jaune foncé, vert, noir, ou rouge, ils n'ont pas d'importance. Se souvenir que le lait maternel est de couleur jaune clair pendant la première semaine, et par conséquent les vomissements peuvent aussi avoir cette couleur.
- **éruptions** : Une éruption rougeâtre (érythème toxique), parfois avec des boutons, apparaît souvent sur le visage ou le corps du nouveau-né. Cela est fréquent et ne demande aucun traitement. Apprendre à distinguer l'éruption commune des furoncles.
- **Crise génitale** : Chez les nouveau-nés de sexe féminin la membrane hyménale peut-être saillante et un petit bout peut être protubérant. La fille peut avoir des pertes vaginales blanches ou parfois hémorragiques. Cette situation est due à des hormones provenant de la mère. Généralement ces symptômes disparaissent tout seuls au bout de 4 ou 5 jours. Si l'hémorragie est excessive, alors il faudra l'envoyer à l'hôpital. Si possible, donnez-lui une injection de vitamine K 1mg intra musculaire avant le transfert et notez le traitement donné dans la fiche d'évacuation.
- **Engorgement mammaire du nouveau-né** : Les nouveau-nés des deux sexes peuvent présenter des engorgements des seins et même des pertes de lait à cause des hormones maternelles, qui peuvent disparaître spontanément en quelques jours. Conseillez aux mères de ne pas presser le sein pour essayer d'extraire le lait car cela peut blesser la peau et causer une infection. Cependant, s'il y a rougeur de la peau autour des mamelons, cela indique la présence d'infection, ce qui nécessite des antibiotiques et une évacuation vers l'hôpital.
- **Hémorragie sous-conjonctivale** : L'hémorragie sous-conjonctivale se présente comme des traits ou des petites taches rouges dans la partie blanche de l'œil. Elle est commune juste après la naissance, due à un traumatisme mineur au cours de l'accouchement. Il faut juste rassurer la mère
- **Des coliques dites souvent « idiopathiques peuvent inquiéter les parents**
- **Un ictère peut être noté à la 48 ème heure. Il est souvent physiologique.**

5.3.4 MENSURATIONS

- **Poids** : peser d'abord le nouveau-né (voir chapitre 8), en faisant toujours attention à ne pas laisser se refroidir l'enfant. L'enfant est à risque élevé s'il pèse moins de 2,5 kilos ou plus de 4 kilos. Si le nouveau-né pèse moins de 2,5 kilos, évaluer le nodule du sein et les plis de la plante de pied pour déterminer l'âge gestationnel (voir Chapitre 8).
- **Taille et périmètre crânien** : leur mesure permet de détecter les cas de microcéphalie (petite tête), de macrocéphalie ou de nanisme (nouveau né trop court)
 - Le périmètre crânien normal est compris entre 32 et 37 cm
 - La taille normale est comprise entre 42 et 55 cm
- **Périmètre thoracique** : le périmètre thoracique comparé au périmètre crânien est un argument intéressant pour diagnostiquer un retard de croissance intra utérin.

5.3.5 RECOMMANDATIONS ET CONSEILS :

- Au terme de cet examen, si le nouveau-né est normal, il faut encourager la mère, lui faire des recommandations sur le maintien de la température, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, les vaccinations, la reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins précoces, et lui donner un rendez-vous.
- S'il présente des malformations majeures, un faible poids de naissance ou des SIGNES DE DANGER, évacuer le nouveau-né rapidement dans la structure la mieux appropriée.

- *Les principaux signes de danger sont :*

1. Difficulté ou refus de téter ;
2. Léthargie ;
3. Difficulté respiratoire : respiration rapide ($>60/\text{min}$), respiration lente ($<30/\text{min}$), ou s'il y a geignement ou tirage intercostal ou battement des ailes du nez;
4. Hypothermie / hyperthermie : Incapacité à maintenir la température corporelle malgré des efforts pour réchauffer le bébé ;
5. Infections ombilicales : Rougeur, enflure, pus ou mauvaise odeur de la base du cordon ombilicale ;
6. Vomissements persistants/ ballonnement abdominal
7. convulsions

- *En cas de faible poids de naissance :*

Il ne sera pas pratique d'évacuer tous les nouveau-nés qui pèsent moins de 2500 grammes, cependant, tout nouveau-né qui pèse moins de 1800 grammes devrait être transféré au niveau de la structure de référence à la naissance. Si le nouveau-né pèse entre 1800 et 2500 grammes, s'il maintient sa température corporelle avec un petit support (contact direct avec la mère par la méthode de mère Kangourou

par exemple) s'il tète bien, et s'il n'a aucun signe de danger, on peut le prendre en charge au niveau local, avec des pesées et des examens de contrôle fréquents. Si l'enfant présente un signe de danger ou s'il ne prend pas de poids, l'évacuer au niveau de la structure de référence.(cf. algorithme de prise en charge du nouveau-né en annexes)

○ *Donner des conseils sur le maintien de la température*

- **Différer le premier bain**

Il est préférable de différer le premier bain au moins 6 heures ou jusqu'au lendemain de la naissance. Pour les nouveau-nés de faible poids à la naissance et les prématurés on peut attendre encore plus

- **Habillement du nouveau-né**

Conseiller aux mères de mettre autant de vêtements que nécessaires pour garder l'enfant bien au chaud (ni trop chaud ou froid). En temps frais, utiliser des chaussettes, et une casquette ou un bonnet le nouveau-né pouvant perdre beaucoup de chaleur si la tête est exposée

- **Education de la mère sur la température**

Enseigner à la mère comment évaluer la température du nouveau-né en posant sa main sur l'abdomen et ensuite sur les extrémités des pieds. L'abdomen, les mains et les pieds devraient être tièdes mais pas trop chauds. Si le ventre est tiède et les pieds froids, cela indique que le nouveau-né essaie de conserver la température mais qu'il a froid, et on doit alors le garder encore plus au chaud. Si les pieds restent froids après avoir réchauffé la pièce ou ajouté des habits au nouveau-né, cela peut signifier que le nouveau-né est malade. Il faut l'envoyer tout de suite à la structure de référence car c'est un signe de danger important.

- **Hyperthermie (température élevée)**

Les enfants ayant une température élevée (hyperthermie) ont aussi des problèmes. Parfois c'est dû à un climat très chaud et/ou à un habillement excessif. S'il fait extrêmement chaud, le bébé peut faire une hyperthermie et devenir léthargique. Cependant, il n'est pas toujours évident d'éliminer un signe de danger devant une hyperthermie et il convient donc de commencer par appliquer le protocole du nouveau-né malade (chapitre 9).

Si on suspecte fortement une hyperthermie liée à l'environnement, déshabillez-le et épongez-le avec de l'eau à la température ambiante. Prenez sa température toutes les quinze minutes pendant cet essai et s'il ne se porte pas mieux après 60 minutes, l'envoyer rapidement à la structure de santé de référence la plus proche, car l'incapacité à maintenir la température du corps (température basse ou élevée) est un signe de danger, le plus souvent d'infection.

POINTS-CLES

- 1. Tout nouveau-né quel que soit son état initial à la naissance doit bénéficier d'un examen systématique à la recherche de malformations congénitales mais aussi pour apprécier sa capacité d'adaptation à la vie extra utérine**
- 2. Le nouveau-né peut présenter certains signes qui apparaissent étranges mais qui sont des caractéristiques normales dans la période néonatale. Il faut savoir reconnaître ces signes normaux et ne pas donner de médicament ou de traitement superflu.**
- 3. Il est d'une importance capitale de conserver la température corporelle du nouveau-né pendant l'examen.**
- 4. Il faut toujours se laver les mains avant et après l'examen d'un nouveau-né**
- 5. L'examen systématique du nouveau-né à la naissance est l'occasion pour prodiguer des conseils en matière d'alimentation et d'hygiène du nouveau-né**

5- 4 SURVEILLANCE POSTNATALE DU NOUVEAU NE

5.4.1 INTRODUCTION

La première semaine et le premier mois constituent une période de risque pour la vie du nouveau-né . Selon l'OMS, plus de la moitié des décès des nouveau-né surviennent dans la première semaine. D'où la nécessité d'avoir une attention constante et soutenue pour la mère et le nouveau-né pendant la période post natale.

Lors de la surveillance post natale, on mettra l'accent sur :

- Interrogatoire : tétées, vomissements éventuels, aspect des selles/urines
- Examen du nouveau-né: examen général, examen physique à la recherche de manifestations majeures ou mineures, ictère, cicatrisation ombilic
- Evaluation de la tétée
- mensurations, pesée, évaluation de la perte pondérale
- Vérification état vaccinal
- Conseils pour la mère et le nouveau-né notamment la prévention des infections, l'hygiène, l'alimentation, les soins de base (maintien de la température , soins du cordon), la vaccination et les signes de danger du nouveau-né
- Vérification de la compréhension de la mère
- Quand revenir pour la prochaine visite

5.4.2 NOMBRE DE VISITES POST NATALES

L'évaluation se fera lors de la visite post natale au cours d'un examen clinique. Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale préconise au moins trois (03) visites post natales systématiques pour la mère et le nouveau-né:

- la première visite : au cours des 3 premiers jours de vie (à j 2 avant la sortie de la mère de la structure de santé)
- la deuxième visite : au 9 ème jour
- la troisième visite : à j 42.

5.4.3 ELEMENTS DE SURVEILLANCE

- Signes fonctionnels : tétées, urines, selles, vomissements
- Etat général : coloration, conscience
- Mensurations : poids (évaluation de la perte pondérale), taille, Périmètre crânien, périmètre thoracique
- Température
- Respiration
- Etat de l'ombilic
- Recherche de malformations
- Etat neurologique : tonus, réflexes
- Alimentation du nouveau-né (évaluation de l'AME)

5.4.4 EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU-NE

(cf. chapitre examen du nouveau-né)

- **Assurer les conditions idéales d'un bon examen du nouveau-né** : salle d'examen chaude à l'abris des courants d'air, en présence de la mère, l'informer sur tout ce que vous allez faire.
- **Interrogatoire**
 - Demander les plaintes : signes fonctionnels
 - Rechercher le dossier obstétrical : déroulement de la grossesse et de l'accouchement , état de l'enfant à la naissance
- **Examen général**
 - Coloration des téguments
 - Conscience
 - Température :
 - Fréquence respiratoire
- **Examen physique (de la tête aux pieds)**
 - Procéder à un examen complet des appareils.
 - Assurer vous que le nouveau-né maintient sa température et qu'il a un bon comportement neurologique. Vérifiez qu'il n'y a pas de difficultés respiratoires (pas de geignements, tirage intercostal), ou d'autres signes de danger.
 - Examiner le cordon ombilical pour s'assurer qu'il est propre et sec.
 - Rechercher les problèmes mineurs et traitement local si nécessaire et suivi pour : conjonctivite, infection ombilicale mineure, pyodermite ou infection cutanée, muguet, ictère physiologique. Référence pour des manifestations majeures : malformations, nouveau-nés à problèmes (VIH, Tuberculose, Syphilis)
 - Evaluer la tétée : vérifier que le nouveau-né tète bien (voir le chapitre sur l'allaitement maternel).
- **Mesures anthropométriques :**
 - **Taille**
 - **Périmètre crânien (PC)**
 - **Périmètre thoracique**
 - **Poids** : le nouveau-né devrait être pesé à la naissance. S'il n'est pas malade, il n'a pas besoin d'autre pesée avant la consultation post-natale. Par contre, les nouveau-nés malades et les nouveau-nés de faible poids doivent être pesés plus fréquemment, une fois par semaine au moins. Pour peser un nouveau-né hospitalisé (à l'hôpital ou au poste ou centre de santé), placer d'abord un linge propre sur la balance, et tarer la balance avec le linge à zéro. Déshabiller ensuite le nouveau-né et placer le nu sur la

balance pour le peser. Habillez vite le nouveau-né après la pesée pour qu'il ne se refroidisse pas.

- **Enregistrer le poids**

Ecrivez le poids chaque jour sur la fiche du nouveau-né.

- **La perte de poids du nouveau-né**

Le nouveau-né normal perd un peu de poids dans les 2 – 3 premiers jours après la naissance. La perte totale ne devrait pas dépasser 10% de son poids de naissance. Après la petite perte initiale, le nouveau-né normal se met à prendre régulièrement du poids. Il doit regagner son poids de naissance avant le dixième jour.

Si le nouveau-né perd plus de 10% de son poids de naissance, il faut le référer au Pédiatre pour évaluation. De même s'il n'a pas regagné son poids de naissance après dix jours.

- **Fréquence des pesées du nourrisson**

Si le nouveau-né n'a aucun problème, dire à la mère d'amener son enfant avec elle pour la consultation post-natale une semaine après l'accouchement. Après cette période, le nouveau-né devrait être pesé mensuellement aux consultations des nourrissons ou à la stratégie avancée.

5- 4--5 CONSEILER LA MERE ET LA FAMILLE

- **Maintien de la température**

Garder le nouveau-né au chaud. Vérifier que le corps, les mains et les pieds sont chauds, et que les paumes et les plantes de pieds sont chauds et rosâtres.

Placer le nouveau-né dans le lit avec sa mère pour favoriser le maintien de la température, de préférence en contact peau à peau.

- **Hygiène du nouveau-né**

- **Le bain du nouveau-né**

Si le bain n'est pas indiqué, nettoyer la peau du nouveau-né avec un linge propre.

Si le bain est indiqué : expliquer à la mère l'importance de ne pas laisser refroidir le nouveau-né en faisant sa toilette surtout en cas d'un faible poids de naissance. L'eau du bain doit être propre et préchauffée : l'eau froide est dangereuse pour les petits bébés. Avant de commencer le bain, la mère doit contrôler la température de l'eau (ni trop chaude, ni trop froide) en trempant son coude là-dedans. Si la température paraît convenable au coude, elle est bonne.

Lavage de la peau:

Utiliser un savon doux pour le bain du nouveau-né, et de l'eau propre et préchauffée pour le rincer. Ne pas frotter la peau avec beaucoup de force. La peau du bébé est délicate, et un frottement trop énergique risque de le blesser, augmentant ainsi le risque d'infection. Nettoyer toutes les parties du corps de l'enfant, en prenant soin en particulier avec les plis de la peau tels que le cou, les coudes, l'aîne, les aisselles, et derrière les genoux. Séparez doucement tous les plis de la peau quotidiennement pour vérifier qu'il n'y a pas des régions de rougeur, de tuméfaction ou de furoncle.

Importance du vernix :

Ne pas essayer d'enlever tout le vernix (la substance blanche et crémeuse qui couvre la peau de beaucoup de bébés à la naissance). Le vernix possède des propriétés anti-infectieuses et adoucissantes, et c'est mieux de ne pas l'enlever, surtout en cas de prématurité.

Sécher le bébé : Après avoir lavé le nouveau-né, il est essentiel de bien essuyer l'enfant à sec (tout le corps y compris le cuir chevelu) avec une serviette propre. Nettoyer les parties externes du canal auditif et des narines avec une tige propre de coton trempée ou une toile fine. Ne pas trop enfoncer dans les oreilles. Habiller le nouveau-né tout dès qu'il est sec avec des vêtements propres et secs et assez chauds pour le temps qu'il fait.

Le lieu du bain : Il faut toujours choisir un endroit assez chaud, à l'abri des brises, pour faire le bain du nouveau-né. S'il fait extrêmement froid, laver l'enfant à côté du feu.

Fréquence des bains : Il n'est pas nécessaire de donner un bain complet au nouveau-né chaque jour. Parfois, s'il fait trop froid, il suffira de l'essuyer avec une serviette mouillée d'eau chaude tout en le gardant couvert, en n'exposant que de petites parties du corps à tour de rôle, mais en nettoyant bien les plis. Si pas de démonstration du bain aux membres de la famille, donner de bonnes instructions à la mère et aux autres parents qui vont l'assister.

Massage du nouveau-né : Il n'y a pas de raison pour interdire la massage avec un peu d'huile, mais garder une bouteille d'huile à part pour le nouveau-né. (Si les autres membres de la famille utilisent la même bouteille d'huile, elle peut être une source d'infection.) Le massage à l'huile est une bonne pratique, mais un massage extrêmement vigoureux peut blesser le bébé. En plus, on devrait prendre beaucoup de soin pour ne pas laisser refroidir le nouveau-né pendant qu'il est déshabillé pour son massage. Ne pas appliquer pas de l'huile sur la plaie ombilicale avant sa cicatrisation, dans les narines ou les yeux, ou à l'intérieur des oreilles.

- **Prévention des infections chez le nouveau-né**

Le système immunitaire du nouveau-né est moins développé que celui d'un enfant plus âgé. Le nouveau-né est plus susceptible aux infections, avec un plus grand risque de mortalité.

- **Lavage des mains :**

Par ailleurs, le nouveau-né vit dans un état de dépendance totale des personnes qui le soignent, qui l'exposent à toute sorte de germes. Le personnel sanitaire devrait garder en tête l'idée qu'ils sont eux-mêmes les vecteurs les plus importants dans l'environnement du nouveau-né pendant son séjour dans la structure sanitaire. Le lavage des mains est le plus important parmi les gestes de prévention des infections.

Essayez les mains sur une serviette propre. L'eau de javel ne doit pas être appliquée directement sur la peau.

Enseignez l'importance et la technique du lavage des mains aux mères et aux autres parents. Ils doivent toujours se laver les mains à l'eau et au savon, avant et après avoir

donné des soins au nouveau-né, à la sortie des toilettes , surtout avant et après avoir changé les couches. La mère devra se laver les mains avant de donner le sein au nouveau-né (surtout avec le faible poids de naissance)

La mère devra se laver au moins une fois par jour, pratiquer l'allaitement maternel exclusif, éviter le contact du nouveau-né avec les autres personnes surtout pour le faible poids de naissance, bien nettoyer les plis (aisselle, cou, aine) du nouveau-né et les examiner pour détecter une infection possible

➤ **Les habits propres :**

Si un membre de la famille rentre des travaux agricoles (culture des champs, élevage du bétail), il faudra non seulement se laver les mains, mais aussi se mettre des habits propres avant de toucher ou soigner le nouveau-né.

➤ **Autres articles en contact avec le bébé :**

Tous les articles qui entrent en contact direct avec le nouveau-né doivent être propres : habits, linge, etc. Ceci est d'autant plus important dans les structures de santé, où la concentration de germes pathogènes est importante. Dans ce milieu, il est préférable que tout article en contact avec le nouveau-né soit stérilisé ou désinfecté.

• **L'hygiène du cordon ombilical**

Après le bain, tapoter doucement le cordon ombilical à sec avec un tissu propre. Plus tard, après la chute du cordon, faire pareil pour la plaie ombilicale. N'appliquer rien qui ne soit propre sur le cordon ni sur la plaie ; il faut seulement garder ceux-ci propres et secs . Ne pas mettre de pansement sur le cordon ou sur la plaie. Ne pas appliquer d'huile ni de karité ou autre produit traditionnel.

Garder la plaie du cordon ombilical, et plus tard le nombril, propre et sec. Ne rien appliquer la-dessus. S'il y a la moindre tuméfaction ou rougeur, amener tout de suite le nouveau-né au poste ou centre de santé.

Signes de danger du cordon ombilical : Dire à la mère d'amener immédiatement le nouveau-né à la structure de santé la plus proche en cas de rougeur, enflure, mauvaise odeur, ou pus dans la région de l'ombilic.

• **Allaitement maternel**

➤ **Rôle du lait maternel :**

En rappel, on sait que l'allaitement maternel exclusif est l'un des meilleurs moyens de protéger le nouveau-né contre les infections. Le lait maternel et le colostrum transmettent des anticorps extrêmement importants au bébé. Il ne faut rien donner au nouveau-né comme alimentation sauf le lait maternel pendant les six premiers mois. D'autres aliments ou liquides comportent des risques d'infection, et diminuent aussi l'effet protecteur du lait maternel.

➤ **Importance de la fréquence des tétées, de la bonne position de la mère et de la bonne prise du sein**

Donner des tétées à la demande jour et nuit. Allaiter le nouveau-né au moins 10 fois par 24 heures.

Ne donner que le lait maternel. (Pas d'eau, pas de beurre, ni de miel ou des décoctions traditionnelles, ou d'autres laits ou liquides, qui peuvent être dangereux).

- **Reconnaissance des signes de danger du nouveau-né et la recherche de soins précoce au niveau de la structure de santé**

Dire à la mère d'amener immédiatement le nouveau-né à la structure de santé la plus proche de jour comme de nuit, sans attendre lorsqu'il présente un signe de danger

- **Vaccination**

La vaccination antitétanique de la mère avant et pendant la grossesse protègent le nouveau né contre le tétanos néonatal. La vaccination du nourrisson devrait commencer dans la période néonatale avec le BCG et la première dose de polio. Les vaccinations du nouveau-né doivent être offertes pendant la consultation post-natale.

Dire à la mère quand elle doit ramener le nouveau-né pour la prochaine vaccination.

- **Santé de la mère :**

- Administration Vitamine A à la mère
- Conseils sur prise fer et acide folique pendant au moins 2 mois, utilisation de Moustiquaires imprégnées
- autres conseils à donner sur les soins du post partum et l'hygiène, l'alimentation, **le planning familial**, la PTME et traitement des MST telles que la syphilis et la gonococcie.

- **Rendez-vous**

Dire à la mère quand revenir pour la prochaine consultation postnatale après la première semaine ou plus tôt s'il y'a le moindre problème ou un des signes de danger cités plus haut.

Pour l'enfant qui naît dans la case d'une matrone, la matrone devrait faire des visites à domicile intégrées pendant la première semaine, référer les nouveau-nés à problèmes et envoyer de manière systématique au niveau du poste de santé tous les nouveau-nés pour la consultation post natale.

- **Vérification de la compréhension de la mère**

Demander à la mère de répéter les conseils et si possible utiliser des cartes conseils pour faciliter sa compréhension.

Chapitre 6

Réanimation du nouveau-né en salle de naissance

- **Importance de la préparation de l'accouchement et principales causes d'asphyxie du nouveau-né à la naissance**
- **Signes d'identification du nouveau-né asphyxié**
- **Etapas de la réanimation**
- **Soins à prodiguer et critères de référence après la réanimation**

REANIMATION DU NOUVEAU-NE EN SALLE DE NAISSANCE

Au moment de sa naissance, le nouveau-né a une tâche prioritaire: c'est l'initiation d'une respiration autonome. La plupart des nouveau-nés accomplissent ce miracle sans aucune assistance : choqués par l'expulsion rapide de l'environnement maternel, ils ouvrent la bouche pour protester, et en lançant leur cri, ils inspirent. Le premier cri du nouveau-né est un signal puissant de sa santé, et tout le monde se réjouit de la nouvelle vie.

Cependant, environ 10% des nouveau-nés qui naissent n'ont pas la capacité d'initier une respiration autonome efficace et en l'absence d'intervention, vont présenter une asphyxie. En effet, on dénote près de 5 millions de décès de nouveau-nés dans le monde dont le 1/5 en Afrique et l'asphyxie néonatale serait responsable de 20% d'entre eux. Le pronostic de ces nouveau-nés ne peut être amélioré que par une meilleure pratique et une généralisation des soins de réanimation en salle de naissance.

6.1- PRINCIPALES CAUSES D'ASPHYXIE DU NOUVEAU-NE A LA NAISSANCE ET IMPORTANCE DE LA PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT

6.1.1 Causes d'asphyxie du nouveau-né à la naissance

Certains enfants courent un risque élevé d'asphyxie : entre autres, on peut citer les prématurés, les jumeaux, les gros bébés (poids >4 kilos), ceux qui naissent par césarienne, par forceps ou ventouse, ceux qui se présentent en siège, ou qui naissent après un travail prolongé ou une expulsion difficile ou prolongée. Dans ces conditions, une souffrance fœtale aigue est souvent détectée pendant le travail (BCF<120 ou >160, liquide amniotique teinté), et une réanimation à la naissance programmée.

➤ Causes maternelles

- Pré-éclampsie et éclampsie
- Saignement anormal (placenta previa ou décollement du placenta)
- Travail prolongé
- Infection sévère : Paludisme, Tuberculose, VIH, Syphilis
- Grossesse post terme (après 42 semaines)

- **Causes per ou post natales**
 - Nouveau-né prématuré
 - Accouchement difficile (siège, naissance multiple, dystocie des épaules, extraction par ventouse, forceps)
 - Anomalies congénitales ou génétiques
 - Inhalation de liquide amniotique
 - Administration de médicaments (analgésiques ou sédatifs)

- **Causes ombilicales**
 - Circulaire du cordon
 - Prolapsus du cordon
 - Cordon court
 - Nœud du cordon

6.1.2 Importance de la préparation de l'accouchement

Il y a des nouveau-nés qui naissent asphyxiés sans avoir donné aucun signe prédictif de leur état de souffrance; d'où l'importance de se tenir prêt à réanimer l'enfant devant toute naissance, les situations à risque n'étant pas toujours prévisibles.

L'anticipation des problèmes, une planification et une préparation adéquate du personnel et du matériel sont les conditions indispensables pour réussir une bonne réanimation.

Instaurer également une communication entre les prestataires chargés des soins pour la mère et le nouveau-né à chaque fois qu'une situation à risque se présente.

A chaque fois que c'est possible, pratiquer la réanimation dans un local chaud et bien éclairé, et sur une table de réanimation (table chauffante, si possible). Idéalement, comme nous l'avons déjà dit plus haut, **un coin de la salle d'accouchement doit être aménagé et adapté au nouveau-né.**

Le personnel doit être prêt et entraîné à la réanimation :il est toujours nécessaire d'avoir une 2^{ème} personne disponible pour le nouveau-né. En cas de grossesse multiple, l'idéal serait d'avoir autant de personnes supplémentaires que de nouveau-nés. Enfin, il faut que tout le personnel qui assiste aux accouchements soit formé, et apte à commencer une réanimation, à savoir dégager les voies respiratoires et pratiquer une ventilation au masque et que tous suivent le même protocole, détaillé ci-dessous.

Pour d'autres mesures, en particulier pour une intubation, l'aide une personne formée en réanimation (Pédiatre néonatalogue) doit être sollicitée.

Ainsi, il est important et nécessaire qu'un personnel compétent et un équipement technique adéquat soient prêts pour une éventuelle réanimation lors de chaque naissance.

❖ Équipement et matériel pour la réanimation du nouveau-né

Équipement minimum de réanimation :

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

Autre équipement et matériel de réanimation, voir chapitre préparation accouchement.

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

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

6.2- IDENTIFICATION DU NOUVEAU-NE ASPHYXIE

L'évaluation clinique de l'adaptation néonatale est basée sur une triade de critères que sont la **respiration, la couleur de l'enfant et sa fréquence cardiaque**

Il faut d'abord pouvoir reconnaître les nouveau-nés qui ont besoin d'assistance.

- **Respiration** : la plupart des nouveau-nés sains respirent ou crient dans la première minute de vie ; il y a asphyxie lorsque cette respiration est absente ou entrecoupée de gémissements ou de gasps.
- **Coloration** : les nouveau-nés sont souvent pâles ou cyanosés au moment de la naissance, mais au bout de 2 à 3 minutes, l'ensemble du corps devrait devenir rose en l'absence d'asphyxie.
- **Fréquence cardiaque** : elle s'évalue par le stéthoscope ou en palpant la base du cordon ombilical. La fréquence cardiaque normale doit être > à 100 battements par

minute à la naissance. Une fréquence cardiaque (F.C) < à 60 battements par minute traduit une asphyxie très sévère.

Un nouveau-né normal naîtra plus ou moins bleu (en raison d'une perfusion cutanée encore réduite), mais aura un bon tonus, criera dans les quelques secondes qui vont suivre la naissance, aura une bonne fréquence cardiaque, et deviendra rapidement rose.

Un nouveau-né présentant une souffrance modérée sera bleu à la naissance, aura un tonus moins bon, pourra avoir une fréquence cardiaque basse (moins de 100 battements par mn), une respiration rapide ou lente.

Un nouveau-né malade ou asphyxié sera pâle et hypotonique, sans mouvements respiratoires ou avec des gasps et aura une fréquence cardiaque basse(moins de 100 battements par mn).

L'identification de signes d'asphyxie doit déclencher aussitôt une séquence de manœuvres bien ordonnées, effectuées dans une chronologie précise, sans précipitation, ni brusquerie, avec comme objectif prioritaire d'assurer une ventilation alvéolaire efficace.

6.3- ETAPES DE LA REANIMATION DU NOUVEAU-NE

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

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

- **T** Maintenir une **Température** correcte du nouveau-né.
- **A** Assurer que les voies **Aériennes** sont libres ou perméables par l'**A**spiration de la bouche et du nez et une position correcte du nouveau-né
- **R** Assurer une **R**espiration adéquate par la stimulation tactile et la ventilation au ballon et au masque
- **Ci** Assurer la **C**irculation par le massage **C**ardiaque externe
- **M** Utiliser des **M**édicaments (dans de rares cas)

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

1. Maintien d'une température correcte (Entre 36° 5 et 37°5)

Immédiatement après la naissance, sécher le corps très rapidement et envelopper le nouveau-né dans un autre linge propre et sec, préchauffé si possible. Tout en séchant le nouveau-né, évaluer la couleur de la peau, la respiration, et la fréquence cardiaque. Placer le nouveau-né sous une lampe chauffante si possible (la source de chaleur est allumée 10 à 15 minutes avant la naissance) ou utiliser le contact peau à peau sur le ventre ou la poitrine de la mère. **Ne pas oublier de garder le nouveau-né au chaud tout au long de la réanimation et dans une salle chaude à l'abris des courants d'air (environnement: température 25-28°).** Seuls le visage et la poitrine doivent être exposés pendant la réanimation. Le reste du corps du nouveau-né devrait rester couvert.

2. Libération des voies aériennes

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

- Bonne position : mettre le nouveau-né en décubitus dorsal sur une surface plate, et soulevez les épaules du nouveau-né d'environ 2-3 cm en plaçant un petit rouleau de linge (billot) en dessous, pour étendre légèrement le cou.
- L'aspiration doit être effectuée soigneusement, doucement et rapidement. Elle constitue une stimulation de plus pour la respiration. Aspirer les sécrétions de la bouche d'abord, en introduisant la sonde à 5cm environ et en retirant lentement. Aspirer les sécrétions des narines ensuite en introduisant la sonde à 3cm environ et en retirant lentement. Aspirer avec une sonde d'aspiration stérile (de taille française n° 8 ou 10), relié à un aspirateur de faible pression ou un aspirateur d'adulte. A manipuler avec prudence, de sorte que la pression négative ne s'applique pas au nouveau-né
- Essuyer doucement la bouche avec une compresse ou un morceau de tissu doux, stérile ou propre
- En cas de présence de méconium épais dans le liquide amniotique, aspirer la bouche et le pharynx dès l'apparition de la tête à la vulve, avant la sortie des épaules, si possible, et avant toute stimulation. Si aucun aspirateur n'est disponible alors qu'il y a du liquide amniotique teinté ou des sécrétions très épaisses qui bloquent la bouche, essuyer doucement la bouche avec une compresse ou un morceau de tissu doux et stérile.
- Après l'accouchement, si le nouveau-né ne respire toujours pas, aspirer le méconium aussi loin que possible dans le pharynx avant de stimuler le nouveau-né ou avant de le ventiler au masque (ce qui propagerait le méconium dans les voies respiratoires périphériques).

3. Etablissement de la respiration

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

- **Si le nouveau-né ne respire pas malgré la libération des voies aériennes**, le stimuler en lui frottant doucement le dos ou en lui tapotant les plantes des pieds une ou deux fois, sans agir trop fort ou de façon répétée. Respiration satisfaisante (30 à 60 battements par minute), bonne coloration, procéder aux soins de base

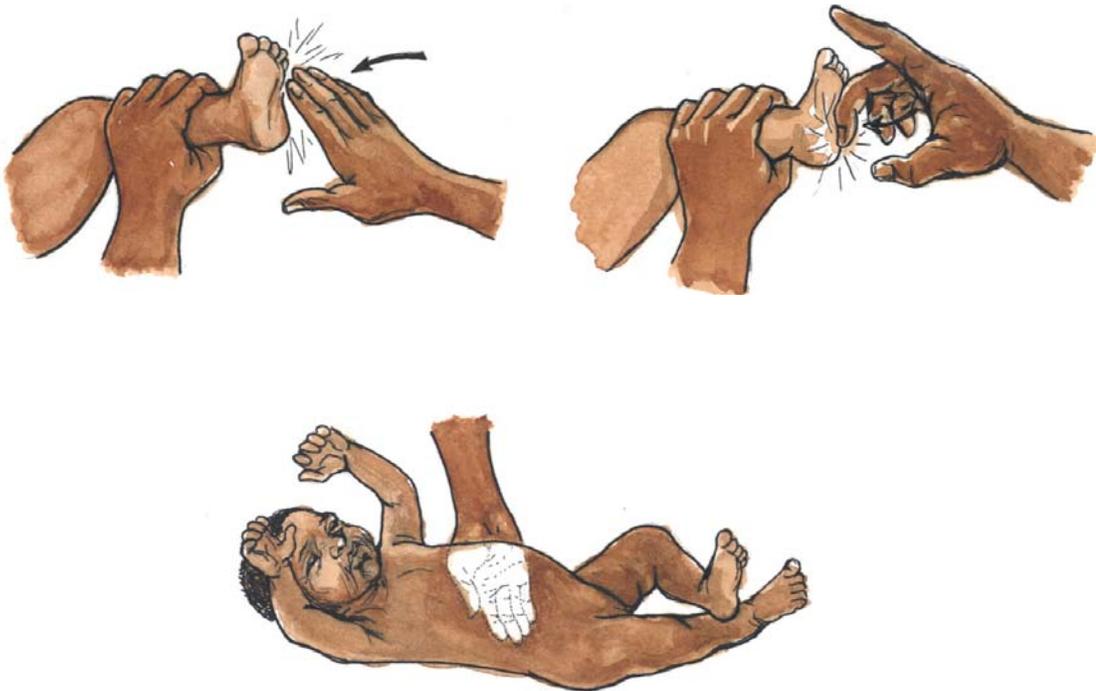


IMAGE C

Les méthodes de stimulation tactile de la respiration

- **Si le nouveau-né ne respire toujours pas ou gaspe ou si la fréquence cardiaque reste inférieure à 100/minute, instaurer une ventilation au masque.** Le masque devrait être placé correctement pour couvrir le menton, la bouche et le nez, mais sans les yeux.
 - Placer le masque sur le visage entre l'arcade du menton et le visage
 - S'assurer que le nez et la bouche sont ouverts et qu'il n'y a pas de fuite d'air
 - Avec le ballon de ventilation, insuffler l'air dans les poumons en pressant le ballon 30 à 40 fois par minutes ; compter un, deux, trois en pressant le ballon à chaque « un ». (il est conseillé de pratiquer cette

technique à l'avance avec seulement le ballon et une montre pour s'entraîner et s'habituer ainsi à la fréquence).

- Observer la poitrine du nouveau-né pour s'assurer que la ventilation est efficace : la ventilation est efficace si la cage thoracique se soulève symétriquement à chaque insufflation, que l'enfant se recolor et que la fréquence cardiaque s'élève à plus de 100/minute.
 - Évaluer la respiration au bout d'une minute
 - Respiration normale : 30 à 60 battements par minutes, procéder aux soins de base
 - Respiration ne s'améliore pas, continuer la ventilation
- Évaluer la respiration chaque minute
- Arrêter la ventilation si respiration normale ou si le nouveau-né ne respire pas après 20 minutes

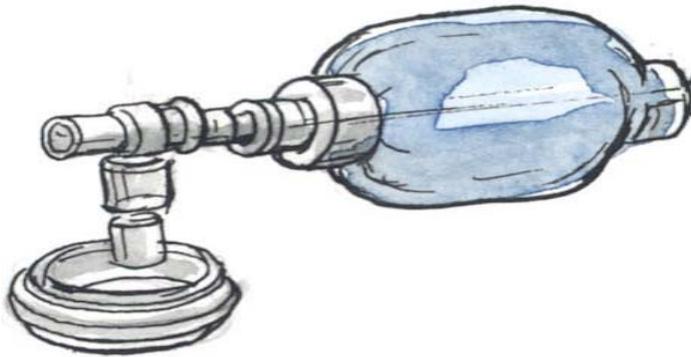


IMAGE D
Ballon auto dilatable de ventilation manuelle

POSITION DU MASQUE



CORRECTE



INCORRECTE



IMAGES E

Les parties du visage du nouveau-né que le masque devrait couvrir

- Il est conseillé d'utiliser un ballon auto gonflable de type AMBU d'au moins 750 ml ainsi qu'un masque facial avec collerette pour favoriser une meilleure étanchéité et une meilleure adhésion de la face.
 - Si non, vérifier s'il n'y a pas de sécrétions épaisses, repositionner la tête et le masque et essayer encore.
- Les toutes premières ventilations peuvent exiger une plus grande pression que les suivantes. Si la ventilation doit durer plus de 2 minutes, enlever l'excès d'air de l'estomac en exerçant une pression douce sur l'estomac ou si possible en posant une sonde orogastrique.

4. Assurez la circulation

- vérifiez le rythme cardiaque. Si le rythme cardiaque est au-dessous de 100/minute, continuer la ventilation jusqu'à l'établissement d'une respiration autonome.
- **Si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 battements /minute, le massage cardiaque externe s'impose tout en maintenant la ventilation.** Deux méthodes possibles sont indiquées dans les images ci-dessous.

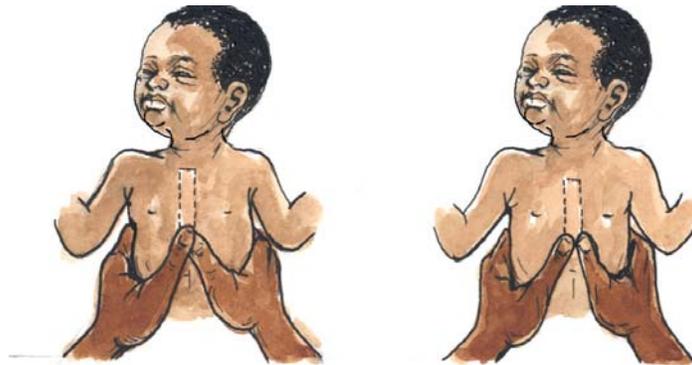


IMAGE F
Massage cardiaque externe – méthode 1



IMAGE G
Massage cardiaque externe –méthode 2

- Lorsque une deuxième personne est disponible pour aider à la réanimation, la meilleure méthode consiste à empaumer le thorax du nouveau-né avec ses mains, les deux pouces placés sur la partie inférieure du sternum, les autres doigts sous le dos du nouveau-né, et à

effectuer des pressions sternales avec les pouces, environ quatre fois pour chaque insufflation donnée par l'assistant avec le ballon. Ne déprimez pas la poitrine plus de 1,5 cm à chaque pression

- La seconde méthode consiste à insuffler les poumons le ballon dans une main, pendant que l'autre main fait le massage cardiaque : placer l'index et le majeur d'une main sur la partie inférieure du sternum et de presser de façon rythmique, toujours en alternant quatre compressions cardiaques rapides avec une insufflation des poumons. Le nouveau-né doit être posé sur un plan dur. Cette méthode est plus difficile, mais est faisable avec un peu de pratique.
- Fréquence cardiaque supérieure à 60 battements, arrêter le massage cardiaque et poursuivre la ventilation jusqu'à respiration spontanée et coloration normales
 - Fréquence cardiaque toujours inférieure à 60 après 30 secondes de massage cardiaque et de ventilation, administrer l'adrénaline

On peut réussir la plupart des réanimations sans oxygène.

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

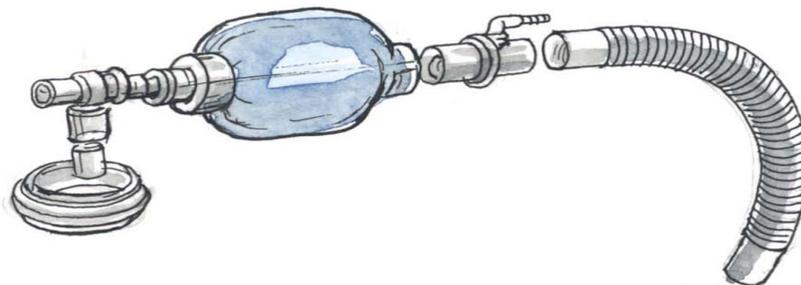


IMAGE H

Ballon de ventilation avec tube d'oxygène attaché à sa canule

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

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



IMAGES I

Une tube d'oxygène entre les mains du réanimateur
en cornet autour du visage du bébé

5. Utilisation des médicaments

Ne se fait qu'au niveau des structures de santé de référence. Il faut se rappeler que les médicaments sont utiles pour traiter des problèmes spécifiques mais qu'une utilisation inutile et inappropriée peut être nuisible au nouveau-né. *La plupart des réanimations devraient pouvoir se faire sans administration de médicaments.*

Le médicament usuellement employé dans la réanimation d'un nouveau-né présentant une asphyxie sévère est **l'Adrénaline**.

Ainsi, seule l'adrénaline est utilisée en routine. Il n'est plus recommandé d'administrer du bicarbonate de sodium dans la période postnatale immédiate si aucune acidose métabolique n'est documentée. Il ne faut donc pas en administrer systématiquement aux nouveau-nés qui ne respirent pas.

- **Adrénaline** (1 :10.000 solution, 0,1ml/kg à travers la veine ombilicale) est indiqué, en même temps que le massage cardiaque, quand il y a une bradycardie sévère ou un arrêt cardiaque. Comme l'adrénaline est généralement seulement disponible en solution de 1 :1000, la dilution exacte est extrêmement importante
- **Serum glucosé 10% : 2- 3ml/kg IV** (traitement de l'hypoglycémie)
- **Vitamine K1**: 1mg pour nouveau-né de poids normal, 0,5 mg pour nouveau-né de faible poids ; Ampoule de 1 ml
- **Autres médicaments**: la Naloxone n'est pas indiqué dans la plupart des cas. C'est l'antidote seulement pour la morphine ou ses dérivées. Il ne joue pas de rôle d'antidote pour le nouveau-né qui est déprimé par l'anesthésie, ni pour le nouveau-né avec souffrance due à un accouchement difficile ou prolongé.

Bicarbonate de sodium. A utiliser seulement en cas d'acidose confirmée.
Souvent disponible en ampoules de 10 ml de solution semi molaire de 4,2 % (1 ml = 0,5 mmol).

S'il est donné sans ventilation, il fera monter le taux de gaz carbonique du sang.

La dose est de 2 meq/kg, c'est à dire 4 ml/kg i.v. Pour un nouveau-né normal à terme (poids normal, 3 kg), 10 –12 ml de la solution semi-molaire peut être administrée. Le mieux est de le mélanger avec du glucosé (de 5 %) pour en faire une solution M/6. (C'est à dire, diluer le dose de Bicarbonate avec une quantité de glucosé pour en faire 3 fois le volume.) Par exemple, avec une dose de 10 ml de bicarbonate de sodium semi-molaire, ajouter 20 ml de glucosé pour augmenter le volume total à donner jusqu'à 30 ml. Administrez cette solution en perfusion lente (durant 4 – 6 heures) en intraveineuse avec un micro perfuseur pédiatrique , si disponible.

- Dans un cas d'urgence extrême et quand on ne dispose pas de matériel de perfusion, on peut donner le bicarbonate de sodium dans la veine ombilicale de la manière suivante : prenez 10 ml de bicarbonate à 4,2% dans une seringue de 10 ml . Injectez alors ces 10 ml de solution très lentement (pendant deux minutes) dans la veine ombilicale.

S'il n'y a pas de respiration après 20 minutes ou s'il n'y a que quelques gaps après 30 minutes, arrêtez la ventilation étant donné que le cerveau du nouveau-né a probablement été endommagé : il est considéré comme mort.

6.4- SOINS A PRODIGUER AU NOUVEAU-NE APRES LA REANIMATION ET CRITERES DE REFERENCE

Tout nouveau-né réanimé doit faire l'objet d'une surveillance rigoureuse et régulière toutes les 15 minutes pendant 4 heures.

6.4.1 Soins du nouveau-né après la réanimation

- **Eléments de surveillance du nouveau-né réanimé**
 - Respiration
 - Fréquence cardiaque
 - Température
 - Tétée
- Vérifier fréquemment que la respiration est adéquate (30 à 60 battements /mn).
- Maintenir la température du nouveau-né. Différer le bain du nouveau-né jusqu'au lendemain. Garder le nouveau-né avec sa mère, de préférence en contact peau à peau direct. Utiliser des couvertures propres pour bien couvrir ensemble les deux.

- Allaitement maternel dès la stabilisation
- Procéder aux soins de base du nouveau-né (soins du cordon, soins des yeux ..etc)
- Rechercher les autres signes de danger
- Si la réanimation est simple et rapide, si le nouveau-né tète bien et ne présente aucun signe de danger et si le centre de référence est très loin, on peut le prendre en charge au centre de santé.
- Après la réanimation, soigner la mère (délivrance du placenta, toilette vulvaire, contrôle de la TA, suture de déchirures, etc.) et explique-lui ce qui c'est passé avec la réanimation du nouveau-né.
- Après avoir soigné la mère, ré-examiner le nouveau-né . Vérifier s'il maintient sa température, respire normalement sans geignement, ni battement des aile du nez, ou tirage intercostale. Si le nouveau-né ne maintient pas sa température, le référer ; il devrait rester en contact direct avec la mère, couvert d'une couverture additionnelle pendant l'évacuation au centre de référence (cf. mesures de protection thermiques)
- Toujours appliquer les principes de la prévention des infections.
- Enregistrer les gestes effectués, la durée et les résultats de la réanimation
- Après chaque réanimation, le matériel doit être décontaminé, nettoyé, désinfecté/stérilisé pour attendre la prochaine réanimation

6.4.2 Critères de référence

- Tous les nouveau-nés réanimés de préférence devraient être évacués au centre de référence pour observation pendant les premières 48 heures
- Les nouveau-nés dont la réanimation a été longue et difficile doivent être référés au niveau de la structure de référence (hôpital) pour un suivi médical
- Les nouveau-nés réanimés qui présentent un signe de danger tel que la léthargie, difficultés respiratoires, convulsions, difficulté ou refus de téter doivent également être référés au niveau de la structure de référence pour un suivi médical
- Respecter les conditions de référence. La mère doit l'accompagner. Le nouveau-né devrait rester en contact direct avec la mère, couvert d'une couverture additionnelle pendant l'évacuation au centre de référence.

Réanimation quand il n'y a pas d'équipements

- Maintenir la température
- Placer le nouveau-né de côté, avec la tête et les épaules en position déclive pour faire sortir une partie des sécrétions
- Noter que la pratique d'enrouler la compresse stérile sur le doigt pour enlever les sécrétions n'est pas toujours efficace, mais peut être d'un grand secours. Il faut la pratiquer doucement, car elle peut blesser la muqueuse buccale du nouveau-né
- La stimulation tactile peut être pratiquée :
 - En lui frottant le dos
 - En tapotant les plantes des pieds

Gestes nuisibles à éviter :

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

POINTS-CLEFS

- 1. La réanimation du nouveau-né est l'ensemble des procédures utilisées pour restaurer les fonctions vitales du nouveau-né**
- 2. L'anticipation des problèmes, une planification et une préparation adéquate du personnel et du matériel sont les conditions indispensables pour réussir une bonne réanimation**
- 3. La ventilation demeure l'étape clé de la réanimation**
- 4. Tout nouveau-né dont la réanimation a été longue, difficile et qui présente un signe de danger doit être référé au centre de référence pour un suivi médical**
- 5. Après 20 minutes de réanimation, si le nouveau-né ne respire pas, il faut arrêter la réanimation**
- 6. Communiquer avec les parents afin de leur expliquer la situation**
- 7. Enregistrer les gestes effectués, la durée et les résultats de la réanimation**
- 8. Après chaque réanimation, le matériel doit être décontaminé, nettoyé, désinfecté/stérilisé pour attendre la prochaine réanimation**

Chapitre 7

Allaitement maternel pendant la période néonatale

- **Bonnes pratiques et avantages de l'allaitement maternel**
- **Bonnes positions de la mère et du nouveau-né, bonnes prises du sein**
- **Quelques problèmes courants de l'allaitement maternel et la CAT**
- **Techniques d'extraction manuelle du lait maternel**

L' ALLAITEMENT MATERNEL PENDANT LA PERIODE NEONATALE

L'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation du nouveau né. **Le personnel de santé** joue un rôle essentiel lors des **premières tétées** en **assistant** la mère et en lui prodiguant des conseils. Il est toujours plus facile et plus efficace de prévenir les problèmes que de les traiter. Certaines femmes auront besoin d'encouragement et d'assistance pour allaiter, surtout si c'est la première fois.

7-1 AVANTAGES ET RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

7-1-1 AVANTAGES

Avec sa composition, le lait maternel assure une alimentation adaptée à l'âge du nouveau né du point de vue nutritionnel, anti-infectieux, physiologique, du développement, et l'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation pour la mère du point de vue pratique, financier, et contraceptif.

7-1-2 RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

7-1-2-1 Mise au sein précoce

Il est très important d'initier l'allaitement maternel exclusif le plus tôt possible après l'accouchement, de préférence dans les 30 minutes qui le suivent. Observez cette première tétée pour voir si tout va bien, notamment pour évaluer la prise du sein et la position d'allaitement, et pour donner des conseils au besoin.

- Le bébé qui commence à téter immédiatement après la naissance bénéficiera des avantages du **colostrum**, qui est le premier lait, de couleur jaunâtre, et aura une meilleure adaptation à la vie extra-utérine.
Le colostrum est extrêmement riche en anticorps et contient assez de calories, donc très important pour la protection du bébé contre les infections et d'autres complications néonatales telles que l'hypoglycémie. On dit que le colostrum constitue le premier vaccin du bébé.
- Une autre raison de l'importance de la première tétée réside dans **l'accélération de la montée laiteuse** (stimulation de la production du lait maternel). La mère produit du lait en réaction à la stimulation de la succion du bébé. C'est une relation symbiotique: la mère aura du lait en abondance pour le bébé qui tète fréquemment, à la demande.
- **Les réflexes du nouveau-né pour téter** : Dans les 30 minutes immédiatement après la naissance, le bébé normal est éveillé et, avec les yeux ouverts. Si on le met au sein pendant cette période, il réagira en l'explorant, d'abord avec sa

langue, et finalement, lorsque le bout du sein chatouille ses lèvres ou sa joue, il tournera la tête vers la source du chatouillement et ouvrira sa bouche par réflexe pour saisir le mamelon et ensuite pour le sucer. En raison de ce réflexe, on ne devrait pas presser la joue opposée, cela risquant d'amener le bébé à se détourner du sein. Cette exploration initiale prenant parfois du temps, il faut être patient pendant que le bébé apprend à téter.

7-1-2-2 Téter à la demande, de jour comme de nuit.

- **Fréquence des tétées :** L'allaitement à la demande du bébé est préférable, surtout dans les premières semaines. La fréquence de la demande peut-être très variable. Dans les deux premières semaines un bébé peut chercher à téter 15 fois ou plus par 24 heures. Cela est normal et n'indique pas que le lait est inadéquat. Cela en fait permet d'augmenter la production de lait, de prévenir l'engorgement des seins, et favorise l'involution de l'utérus.
- **Tétées nocturnes :** L'allaitement à la demande du bébé se fait de nuit comme de jour. Pendant les premières semaines beaucoup d'enfants tètent plus la nuit que le jour. Ne séparez pas le nouveau-né de sa mère, surtout pas pendant la nuit. Pour la mère, les tétés nocturnes peuvent être plus faciles si le bébé partage son lit. Il n'y a pas d'inconvénient à cela.
Les tétées nocturnes favorisent la montée laiteuse.

7-1-2-3 Allaitement maternel exclusif

- L'allaitement maternel exclusif consiste à ne donner au nouveau né que du lait maternel de la naissance à l'âge de 6 mois, sans aucun autre aliment.
- Les bébés nourris exclusivement au sein n'ont pas besoin d'eau ou d'autres suppléments. L'eau comporte par ailleurs un très haut risque de contamination et peut entraîner une diarrhée : **il ne faut donc donner au nouveau-né que le lait maternel.**
- L'introduction du biberon est absolument déconseillée pendant la période néonatale. Les tétines ne doivent pas être utilisées non plus.

7-2 EVALUATION DE LA TETEE

Lors de cette première tétée, il est important d'observer que le bébé saisit bien non seulement le mamelon, mais aussi l'aréole (la partie brune de la peau autour du mamelon) La manière dont le bébé saisit le mamelon est importante pour prévenir des problèmes tels que les mamelons douloureux, les fissures, ou la mastite. Quand le bébé ouvre très grand la bouche, la mère devrait prendre soin à introduire le mieux possible l'aréole dans la bouche. Téter tout juste le mamelon anatomique est non seulement insatisfaisant pour le bébé, mais aussi douloureux pour la mère.

7-2-1 Signes d'une bonne prise du sein par la bouche du bébé :

- La bouche du bébé est grande ouverte.
- Le mamelon et une grande partie de l'aréole sont dans la bouche, surtout la partie de l'aréole qui est en bas (aréole mammaire plus visible en haut qu'en bas).
- Le menton du bébé touche ou touche presque le sein.
- La lèvre inférieure du bébé est éversée vers l'extérieur.
- La mère ne devrait sentir aucune douleur au mamelon pendant la tétée -- quelques petits pincements internes douloureux à l'intérieur du sein ou dans le bas-ventre sont normaux.

IMAGE J



Prise correcte du sein

IMAGE K



Mauvaise prise du sein

7-2-2 Positions de la mère et du bébé :

La femme peut adopter toute position qu'elle juge confortable. Elle devrait tenir le bébé dans une position où il est en face du sein afin qu'il ne soit pas forcé de trop tourner le cou, dans sa tentative de saisir le bout du sein. Plusieurs positions sont possibles. (Voir images ci-dessous.)

IMAGE L



Bonne Position

IMAGE M



Mauvaise position

7-2-3 Evaluation de la qualité de la succion :

Quand le bébé tète bien, on peut voir qu'il suce lentement (avec des pauses) et entendre le bruit du lait dégluti quand il avale des gorgées de lait.

7-3 METHODE ALLAITEMENT MATERNEL AMENORRHEE (MAMA)

➤ Avantages contraceptifs

- Efficace (1 à 2 grossesses pour 100 femmes au cours des premiers 6 mois d'utilisation)
- Efficace immédiatement
- N'interfère pas avec le rapport sexuel
- Pas d'effets secondaires systémiques
- Pas besoin de supervision médicale
- Pas besoin de fournitures
- Aucun coût

➤ Mécanismes

- La fréquence de tétées intenses perturbe la sécrétion de l'hormone gonadotrophine (GnRH)
- La sécrétion irrégulière de GnRH interfère avec la libération de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH)
- La diminution de la FSH et de la LH perturbe le développement folliculaire dans l'ovaire pour supprimer l'ovulation

Bien que les bienfaits de l'allaitement au sein soient reconnus universellement, beaucoup de gens sont encore sceptiques quant à son utilité comme méthode de planification familiale.

Suite à la réunion d'un groupe international de scientifiques (Août 1988 à Bellagio en Italie) (ref), un consensus a été trouvé concernant les conditions dans lesquelles l'allaitement peut être considéré comme méthode de planification familiale sûre et efficace.

Le consensus était que : l'Allaitement Maternel à un effet contraceptif maximum chez la femme qui allaite complètement (AME avec des tétées fréquentes à la demande de jour comme de nuit) ou presque son enfant et qui reste en aménorrhées (saignement du 56e jour du post partum étant ignoré). Si ces deux conditions sont remplies, l'allaitement offre une protection d'au moins 98% contre la grossesse pendant les 6 premiers mois après l'accouchement.

Pour son adoption comme méthode de contraception, un certain nombre de questions devrait être posées à la femme . Si la réponse à ses questions est « oui », le risque de grossesse n'est que de 2%. En ce moment la mère n'a pas besoin d'une méthode complémentaire de PF.

Questions :

- 1) votre enfant a-t-il moins de 6 mois ?
- 2) l'aménorrhée persiste-t-elle (pas de flux menstruel après le 56e jour suivant l'accouchement) ?
- 3) alimentez-vous complètement (AME) ou presque votre enfant au sein ?

Lorsque la réponse à importe laquelle de ces questions devient négative que le risque de grossesse sont accrus il convient qu'il utilise une autre méthode de PF mais doit continuer à allaiter pour la santé de son enfant .

7-4- PREVENTION ET TRAITEMENT DES PROBLEMES COURANTS

7-4-1 Mamelons douloureux

- **Prévention et traitement**

- **-prise correcte**

La douleur des mamelons peut être évitée par une prise correcte du sein par la bouche du bébé. C'est la raison pour laquelle il faut bien observer les premières tétées, afin de corriger les problèmes éventuels au début. Si la mère se plaint des tétées douloureuses, une fois qu'on lui montre comment corriger la prise du sein par le bébé , elle constatera sur-le-champ la diminution nette, ou même la disparition totale, de la douleur. L'intervention la plus importante dans la prévention et le traitement des problèmes des seins est la prise correcte du sein par le bébé lors des tétées.

- **-technique de retrait du mamelon :** Si l'enfant s'endort au cours de la tétée, le bout du sein ne doit pas être arraché de sa bouche (pour ne pas blesser le mamelon). On devrait

plutôt presser la mâchoire inférieure de l'enfant pour ouvrir la bouche avant de retirer le sein.

- **application de lait maternel** : La mère ne doit rien mettre sur les mamelons ; excepté un peu de son propre lait à la fin de la tétée. Elle doit toujours laisser les mamelons sécher à l'air après les tétées.

- **Fissures des mamelons**

La mère ne doit pas se laver les seins avant ou après chaque tétée, parce que ça peut assécher la peau et provoquer des fissures des mamelons. Les sécrétions des tubercules de Montgomery (les glandes situées dans la peau de l'aréole) ont des propriétés anti-infectieuses et protectrices. La plupart des fissures du mamelon guérissent vite une fois qu'on montre à la mère comment aider son bébé à bien prendre le sein pour téter. L'hygiène corporelle joue aussi un rôle dans la prévention. La mère doit se laver avec de l'eau et du savon chaque jour et porter des vêtements propres. S'il y a une fissure saignante, ce n'est pas une indication pour interrompre les tétées, mais si cela s'avère nécessaire, il faut prendre soin d'exprimer le lait régulièrement pour le donner au nouveau-né.

- **Muguet**

Le muguet peut être une cause de mamelons douloureux. Si l'enfant a un muguet (signalé par une rougeur et des taches blanches adhérentes dans la bouche), on peut traiter le bébé avec la Nystatine (Mycostatine), ou appliquer une solution de violet de gentiane (1%) sur les mamelons de la mère et dans la bouche du bébé pendant cinq jours.

- **Engorgement des seins**

L'engorgement des seins est une situation douloureuse qui se présente souvent au moment de la montée laiteuse, ou plus tard quand le bébé commence à dormir pendant une période prolongée la nuit. On peut facilement prévenir ce problème par l'initiation précoce de l'allaitement (dans les 30 minutes qui suivent la naissance), les tétées fréquentes (de nuit comme de jour) à la demande sur les deux seins, en vidant un sein avant de passer à l'autre, et la prise correcte du sein.

- **La montée laiteuse** se déroule pendant les deux ou trois premiers jours après l'accouchement. Parfois la femme fait une fièvre transitoire (durant moins de 24 heures) au moment de la montée laiteuse mais celle-ci n'a pas d'importance. Avant la montée laiteuse, beaucoup de femmes n'initient pas tout de suite les tétées, ou ne font pas de tétées rapprochées, pensant à tort qu'il n'y a pas de sécrétion de lait tout simplement parce que leurs seins sont trop 'légers' : il s'en suit un engorgement.
- **Traitement** : Quand l'engorgement commence, le sein et l'aréole s'enflent, distendus de lait, deviennent chauds et douloureux, et ainsi l'enfant n'est pas en mesure d'avoir une prise correcte sur l'aréole pour téter. Donc en cas d'engorgement, la mère devrait exprimer un peu de lait de chaque sein avant chaque tétée, pour dégonfler l'aréole et faciliter la prise correcte du sein. Ceci est d'autant plus important que le bébé est de

petit poids de naissance, à cause de la petite taille de sa bouche. Si l'engorgement est excessif, des compresses chaudes ou froides peuvent soulager la douleur, avant de faire l'expression manuelle d'un peu de lait avant la tétée.

- **Mastite**

La prise correcte du sein, l'hygiène corporelle, la prévention et le traitement précoce de seins engorgés peuvent prévenir l'infection du sein.

En cas de mastite déclarée, la mère devrait continuer de donner le sein au bébé. Arrêter les tétées ne fait qu'aggraver le problème, et la poursuite de l'allaitement ne comporte pas de risque pour le bébé. Un traitement antibiotique approprié est indiqué pour la mère (Flucloxacillin 250 mg p.o. toutes les 6 heures pendant 7 – 10 jours, ou Erythromycine 250 – 500 mg toutes les 6 heures pendant 7 – 10 jours) .

- **Abcès du sein**

Donner des antibiotiques (voir ci-dessus) et inciser l'abcès. Alors qu'en théorie la mère peut bien continuer d'allaiter, en cas d'abcès, il est parfois difficile de le faire parce que les antibiotiques ou l'infection peuvent changer le goût du lait; et en plus quand on incise

l'abcès, la douleur, l'écoulement de pus et la présence d'un pansement entravent l'allaitement. En présence de pus dans le lait, bien que ce ne soit pas obligatoire, on peut arrêter de donner le lait du sein infecté au bébé pendant les premières 24 heures du traitement antibiotique. Cependant la mère devrait extraire fréquemment le lait de ce sein jusqu'à ce que le bébé recommence à téter des deux côtés.

7-4-2 Difficulté ou refus de téter

Le nouveau-né normal passe une grande partie de son temps à téter, avec plaisir. Mais il arrive parfois qu'un nourrisson refuse de sucer le sein. Ce problème peut survenir si on a donné un biberon à l'enfant ; il est différent du refus de téter observé en cas de maladie ou de la difficulté de téter des nouveau-nés de faible poids.

Conduite à tenir : Une attitude calme et confiante de la part du personnel médical, de la maman ou des autres membres de la famille est fondamentale. En essayant de le forcer, on le fera crier davantage et on risque aussi de provoquer de fausses routes. Si on recourt à donner des biberons, on ne fera qu'aggraver le problème. On doit calmer gentiment le bébé en le mettant à l'épaule. Une fois les cris arrêtés, la mère peut essayer de nouveau de donner le sein. Avec patience, après quelques essais, le bébé acceptera le sein s'il a assez faim. Parfois le bébé acceptera plus facilement le sein si la mère extrait un peu de lait juste avant d'offrir le sein au bébé. Ainsi le bébé sentira l'odeur du lait en présence du sein, et en plus le lait coulera plus facilement dans sa bouche quand il se met à sucer. Il est indispensable que tous ceux qui sont concernés restent calmes avec une détermination de réussir l'allaitement maternel. A la longue, cela s'avèrera meilleur que de donner un biberon à la hâte.

7-4-3 *Quantité insuffisante de lait*

Les mères, les parents, et le personnel médical ont fréquemment des doutes sur la suffisance du lait maternel quand le nouveau-né réclame fréquemment des tétées. La quantité de lait est suffisante si l'enfant mouille ses couches au moins 6 fois par jour, se porte bien, et prend du poids. Une insuffisance biologique réelle est rare. La taille du sein n'a aucune relation avec sa capacité de production de lait. Le sein volumineux contient plus de graisse, pas plus de glandes lactifères. La femme bien nourrie et motivée est bien capable d'allaiter des jumeaux, même des triplés, exclusivement au sein.

Causes et prévention d'une insuffisance réelle

Malheureusement, une insuffisance secondaire est parfois causée par des facteurs évitables. La cause principale est la succion inadéquate du bébé ou une mauvaise prise du sein, causant des problèmes secondaires. Les facteurs chez le nouveau-né comprennent la succion faible due à un faible poids de naissance, la naissance prématurée, l'asphyxie, une maladie grave, des malformations locales telles que le palais fendu ou une période de croissance accélérée. Les causes maternelles comprennent : une faible motivation, un mauvais emplacement de la bouche de l'enfant dû à l'ignorance, une maladie maternelle, un excès d'anxiété, une fatigue excessive, la sédation (aussi influence le bébé), des problèmes locaux du sein tels que des mamelons douloureux, et des médicaments tels que les contraceptifs oraux. Parmi les problèmes environnementaux, la séparation de la mère et du bébé pendant la période néonatale, une

mauvaise assistance du personnel de la santé, des membres de la famille et de l'entourage, et une introduction précoce d'autres laits ou du biberon.

- **Conduite à tenir :**

Les étapes principales du traitement sont :

- Une assistance à, et motivation de, la mère à continuer l'allaitement maternel.
- Des tétées fréquentes, 10 fois par jour ou plus et prolongées sur les deux seins, de jour comme de nuit, avec une bonne prise du sein.
- Des conseils pour un régime alimentaire équilibré avec des fluides abondants, du repos pour la mère.
- Interdiction de donner le biberon ou les tétines

7-5 EXTRACTION MANUELLE DU LAIT MATERNEL

Nécessité et technique d'extraction

L'extraction du lait est parfois nécessaire, par exemple en cas d'engorgement des seins ou quand le bébé n'est pas capable de sucer. L'extraction manuelle est plus sûre et comporte un moindre risque d'infection que l'extraction par pompe.

Enseignez la **méthode d'extraction manuelle** à la mère :

1. Si le lait extrait doit être donné au bébé, recueillez-le dans une tasse stérilisée par l'ébullition, préalablement lavée avec de l'eau chaude et du savon, et rincer juste avant l'extraction avec de l'eau bouillante.
2. Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon à chaque extraction.
3. Placez le pouce d'une main au-dessus du mamelon sur la marge de l'aréole et les autres doigts sur la marge de l'aréole sous le sein. Tenez la tasse dans l'autre main en position pour recevoir le lait. Presser en direction de la paroi thoracique.
4. Tirez doucement le bord de l'aréole vers l'arrière ; puis pincez doucement l'aréole entre le pouce et l'index. Ne pas tirer ni pincer sur le mamelon. La pression des doigts ne doit pas être douloureuse pour la mère. Maintenez cette pression pendant quelques secondes pendant que des gouttes ou un jet de lait s'écoule.
5. Lâchez la pression ; puis reprendre et répéter l'étape précédente. Lâchez ; pressez. Lâchez ; pressez, ainsi de suite.
6. Répéter la technique sur l'autre sein.



IMAGE N
Technique d'expression du lait maternel

- **Temps requis**

Quand on recueille du lait pour le donner au bébé, il faut vider le sein le plus complètement possible ; ceci stimule la production de lait, et en plus, le dernier lait est plus riche en matières grasses et est bon pour le bébé. L'extraction du lait devrait prendre environ 20 – 30 minutes au total (environ 15 minutes de chaque côté), 6 à 8 fois par jour. Faites 5 –10 minutes d'un côté jusqu'à ce que l'écoulement diminue, puis changez de côté et faites la même chose. Ensuite répétez des deux côtés.

- **Conservation du lait maternel**

Le lait maternel peut être conservé à l'ombre à la température ambiante pendant 6 heures, ou dans un réfrigérateur pendant 24 heures. Cependant, là où il y a un réfrigérateur, conservez-le dedans, dans un récipient couvert. Le lait peut-être réchauffé avant de le donner au bébé en mettant le récipient dans un bol d'eau chaude (mais pas bouillante). Ne jamais trop chauffer le lait pour ne pas détruire ses facteurs immunologiques.

- **Importance de laisser le bébé sucer le sein**

Quand la condition du bébé le permet, il devrait sucer le sein vide après l'extraction, avant de lui donner le lait extrait par sonde nasogastrique. Cela stimulera le réflexe de succion du nourrisson et favorisera la production de lait chez la maman. Toute petite quantité de lait avalée sera le dernier lait le plus riche (« le lait de fin de tétée »).

- **Extraction du lait pour réaliser l'allaitement :**

Si la condition du nouveau-né empêche qu'il tète le sein dès la naissance, il faut enseigner et aider la mère à commencer l'extraction manuelle le plus tôt possible après l'accouchement (dès les premières douze heures) pour établir l'allaitement. Pour stimuler une bonne production de lait, il faut vider les seins entre 6 – 8 fois par jour. Commencez l'allaitement maternel direct sur demande dès que le bébé est capable de le faire.

7-6 CAS PARTICULIERS

La pratique de l'allaitement maternel se discute parfois lorsque le nouveau-né naît d'une mère atteinte de certaines pathologies spécifiques : VIH/Sida , hépatite B, Tuberculose, syphilis. En présence de VIH Sida, il faut éclairer la mère et lui laisser le choix. Pour les trois autres pathologies, il n'y a pas de contre indication absolue (voir chapitre 8 pour de plus amples informations)

POINTS-CLEFS

- 1) **L'allaitement maternel est une nécessité pour les nouveau-nés et devrait débuter le plutôt possible après la naissance, de préférence dans les 30 minutes après l'accouchement.**
- 2) **La mère devrait donner des tétées fréquentes à la demande de jour comme de nuit. La mère et le nouveau-né ne doivent pas être séparés.**
- 3) **Tout le personnel de santé devrait savoir comment aider la mère lors des premières tétées, surtout comment conseiller la mère sur l'attachement correct du bébé au sein.**
- 4) **Le nouveau-né nourri exclusivement au lait maternel sur demande n'a pas besoin d'eau, ou d'autres liquides ni d'autre nourriture pendant les premiers six mois.**

Chapitre 8

Nouveau-né de Petit Poids de naissance

- **Identification du nouveau-né de faible poids de naissance et la prématurité**
- **Prise en charge du nouveau-né de faible poids de naissance**
- **Methode mère Kangourou**
- **Suivi du Petit Poids de Naissance (PPN) en période post natale**

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

Le faible poids à la naissance (**poids est <2500 grammes**) constitue l'un des plus grands facteurs de risque de mortalité néonatale et de problèmes à court et à long terme. Les nouveau-nés peuvent naître petits soit parce qu'ils sont prématurés (nés avant 37 semaines de gestation), soit parce qu'ils ont un retard de croissance. Plusieurs facteurs peuvent être en cause : chez la mère, il y a l'anémie, la malnutrition, certaines infections, l'hypertension gravidique, le travail physique excessif, le manque de repos pendant la grossesse etc. Au Sénégal, le paludisme en constitue aussi une des causes principales.

On peut prévenir certains facteurs favorisant du faible poids par une bonne prise en charge anténatale, la motivation de la communauté à assurer une alimentation équilibrée et adéquate aux jeunes filles et aux femmes enceintes, du repos approprié pendant la grossesse, le traitement pendant la grossesse de certaines pathologies, tel que le paludisme.

8-1 IDENTIFICATION

- **Identification du faible poids de naissance**

On identifie le poids à la naissance par la pesée. Un poids de naissance de moins de 2,5 kilos est un poids faible.

- **Identification du nouveau-né prématuré**

Le degré de maturité est plus difficile à établir, mais en pratique il n'est pas nécessaire de déterminer l'âge gestationnel exact. Il est plus important d'identifier un point-seuil à 37 semaines pour classer le nouveau-né comme prématuré ou à terme, et un autre à 34 semaines pour mieux préciser le degré de prématurité. Avant l'âge de 34 semaines, le risque de maladie et de décès néonatal augmente d'une manière vertigineuse et il faudra des soins plus intenses, généralement en milieu hospitalier, pour que le nouveau-né survive.

- **Détermination de l'âge gestationnel**

Si la mère a eu des règles régulières et se rappelle la date de sa dernière période de menstruation, on peut faire le calcul à partir de la date du premier jour de ses dernières règles. (la durée d'une grossesse normale est de 37 à 42 semaines).

- **Estimation de l'âge d'après la taille du nodule du sein**

Si les dates ne sont pas sûres, on peut estimer l'âge gestationnel en mesurant le nodule du sein qui est le nodule solide que l'on palpe sous la peau du mamelon du nouveau-né.

IMAGES O

Evaluation du nodule du sein



IMAGES P

Evaluation des plis de la plante du pied



On palpe et on mesure le nodule à l'aide d'une simple règle graduée. Généralement, la taille du nodule dépasse 5 mm chez le nouveau-né à terme ; il atteint souvent 10 mm ou plus. Si **la taille du nodule est inférieure à 5 mm**, soit le bébé est prématuré (moins de 37 semaines), soit il a un retard de croissance.

Absence de nodule palpable : Si on ne sent pas du tout le nodule du sein chez un nouveau-né de faible poids à la naissance, il est soit très prématuré (moins de 34 semaines) ou a un retard de croissance grave. Quelque soit l'étiologie, le nouveau-né sans nodule palpable exige une hospitalisation urgente où il peut être pris en charge dans une structure appropriée.

- **Les plis de la plante du pied**

Si le nodule du sein n'atteint pas le seuil de 5 mm, il faut regarder les plis de la plante du pied pour savoir s'il s'agit de prématurité ou d'un retard de croissance. Chez les prématurés on ne peut voir qu'une ou deux petites lignes traversant la plante. Chez les nouveau-nés à terme qui souffrent de retard de croissance, les plis peuvent être saillants. Tous les deux groupes de nouveau-né sont à haut risque, mais la prématurité comporte beaucoup plus de problèmes.

S'il y a des difficultés à évaluer les plis de la plante du pied, assurez-vous tout juste que tous les nouveau-nés dont le nodule de sein est au-dessous de 5 mm soient examinés par une personne plus expérimentée.

8-2 PRISE EN CHARGE DU FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

- **Problèmes particuliers des enfants de faible poids de naissance**

Les tout-petits enfants ont très souvent des difficultés avec l'alimentation, le maintien de la température, et le manque de résistance aux infections.

- **Prématuré :** asphyxie à la naissance , immaturité des grandes fonctions, maladies des membranes hyalines, hémorragies, ictère, hypoglycémie, acidose métabolique, difficultés d'alimentation, infections et anémie
- **Hypotrophe :** asphyxie, hypothermie, hypocalcémie, inhalation méconiale, infection, hypoglycémie

- **Prise en charge en milieu hospitalier**

Comme les nouveau-nés de faible poids de naissance ont une plus grande probabilité de problèmes pendant la période néonatale, on doit les surveiller de près. Si le nouveau-né pèse moins de 1800 grammes, même s'il n'a pas de problème apparent en général, il faudra l'envoyer dans une structure appropriée dès la naissance, parce que c'est certain qu'il aura besoin d'une surveillance spécifique.

- **Prise en charge dans la communauté**

Si le nouveau-né pèse entre 1800 et 2500 grammes, et s'il n'a pas de problèmes d'alimentation, de température ou d'infection, on peut le prendre en charge au lieu de naissance. Pour la prise en charge communautaire du nouveau-né de faible poids de naissance, il est préférable, si possible qu'il soit vu par un prestataire de santé pour des contrôles de routine fréquents, de préférence deux fois par semaine, jusqu'au moment où son poids dépasse 2,5 kilos, qu'il tète bien et gagne régulièrement du poids, et qu'il maintient sa température sans support extraordinaire.

8-3 MAINTIEN DE LA TEMPERATURE, METHODE DE LA MERE KANGOUROU

- **Support pour le maintien de la température**

Les nouveau-nés de faible poids et les prématurés ont beaucoup de difficulté à maintenir leur température corporelle stable. Très souvent, les moyens qu'on utilise pour protéger le nouveau-né contre le refroidissement ne suffisent pas pour le faible poids. Si le nouveau-né qui est bien habillé et couvert jusqu'à la tête et gardé auprès de sa mère n'arrive pas à maintenir une température normale, il a besoin de support.

- **Méthodes pour aider le nouveau-né à maintenir sa température**

Si le nouveau-né de faible poids a besoin de support thermique, il faut ou bien le donner à sa mère pour être soigné comme « bébé kangourou », ou placer des bouillottes d'eau chaude (mais pas très chaude, et enrobées de tissu pour protéger le nouveau-né contre les brûlures) à côté du bébé, et les remplacer fréquemment. La méthode avec les bouillottes comporte un grand risque de brûlures, et n'est pas la méthode idéale. La méthode de « mère kangourou » est celle qu'on doit utiliser pour la prise en charge du nouveau-né de poids faible dans la communauté, à domicile, au poste ou centre de santé.

IMAGES Q



La mère kangourou

- **La méthode de soins de la « mère kangourou »:**

C'est une façon très simple, efficace et sans frais de fournir un soutien au maintien de la température des bébés de faible poids de naissance et des prématurés. La méthode consiste à garder le bébé en contact continu peau à peau avec sa mère pour le garder au chaud. Le bébé ne porte qu'une couche et une casquette ou un bonnet. Le reste de son corps est nu. L'enfant est placé en contact direct, peau à peau, sur la poitrine de la mère, enveloppé, enroulé et attaché à son corps avec une bande de tissu sous les habits de la mère, pour s'assurer qu'il ne risque pas de tomber quand la femme se tient debout. S'il fait froid, on peut couvrir le bébé de couches additionnelles d'habits ou d'une écharpe pour s'assurer qu'il reste bien au chaud. Ainsi on s'assure que le bébé reste dans un milieu thermique idéal et stable.

Les tétées : Bien enveloppé et soutenu entre les seins de sa mère, le bébé kangourou peut téter à n'importe quel moment. Les tétées rapprochées, chacune de courte durée, sont facilitées. Cette forme d'allaitement est idéale pour les prématurés qui se fatiguent vite en tétant à cause de leurs tout petits estomacs et leur tendance à l'hypoglycémie.

Autres avantages de la méthode de la « mère kangourou » : Les recherches ont démontré que le nouveau-né de petit poids de naissance qui est porté comme « kangourou » a un rythme cardiaque plus régulier, des respirations plus profondes et régulières (moins d'apnée), une température corporelle plus stable, une meilleure prise de poids, et un moindre risque d'infections. C'est à dire, en somme, qu'il est en meilleur état de santé général que le bébé soigné en incubateur. Ceci est vrai même pour les tout petits enfants (moins de 1800 grammes).

« Mères kangourous » substituts : Le nouveau-né doit rester en contact avec la mère le plus possible. Quand la mère n'est pas disponible (par exemple quand elle prend son bain), d'autres personnes peuvent se substituer pour faire le porteur kangourou du nouveau-né. Cependant, on devrait limiter le nombre de personnes qui jouent ce rôle

pour ne pas trop exposer le bébé aux germes. On pourrait se limiter à une grand-mère et une co-épouse, par exemple.

Support pour la mère kangourou : cette méthode demande un support pour la mère, car elle doit se dévouer entièrement à la tâche, parfois pendant plusieurs semaines. Elle aura besoin de beaucoup de support du personnel médical et des membres de sa famille. Il faut bien expliquer l'importance des soins de la mère kangourou au mari et aux autres membres de la famille. Tout l'entourage de la mère devra lui apporter son support. Le rôle du personnel de santé est de faire le plaidoyer nécessaire pour qu'ils comprennent l'importance des soins de la mère.

8-4 SUIVI DU FAIBLE POIDS DE NAISSANCE EN PERIODE POST NATALE

8-4-1 ALIMENTATION

- **Les difficultés d'alimentation des nouveau-nés de faible poids**

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

- **Importance du lait maternel**

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

- **L'hypoglycémie et l'allaitement actif**

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

- **Utilisation du lait maternel exprimé**

Quand le tout-petit nouveau-né n'a pas assez de force pour bien sucer, il est incapable de s'alimenter sans assistance. Si ses tétées sont inadéquates, il faut les compléter en donnant du lait maternel exprimé, de préférence avec une cuillère et/ou une tasse. (Voir chapitre 7 pour la technique d'extraction manuelle du lait maternel.)

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

- ✓ Si âge > 34 semaines d'aménorrhée et poids > à 1800g, mise au sein dès que le nouveau-né peut sucer.

8-4-2 PREVENTION DES INFECTIONS

- **Lavage des mains**

Il est essentiel d'insister sur le lavage scrupuleux des mains avec de l'eau et du savon avant et après chaque contact avec un nouveau-né de petit poids . Le lavage scrupuleux des mains doit se faire dans la communauté comme à l'hôpital, n'importe où le nouveau-né se trouve.

- **Un seul nouveau-né dans l'incubateur**

Si vous disposez d'incubateur(s), ne mettez jamais deux ou trois nouveau-nés dans le même incubateur, à cause du risque élevé d'infection. S'il n'y a pas assez d'incubateurs, il vaut mieux élever les enfants avec la méthode de mère kangourou que de mettre deux ou trois enfants ensemble dans un seul incubateur.

- **Limiter le nombre de personnes qui soignent le nouveau-né**

Au niveau de la structure de santé, le nouveau-né sera exposé à un moindre risque d'infections si on limite le nombre de personnes qui le soignent. Il faut éviter le roulement d'une grande équipe de personnel dans la salle où on soigne les prématurés. Le nombre de personnes qui travaille dans cette salle doit être minimal pour assurer la bonne qualité des soins.

- **Limiter l'accès à la salle des prématurés**

Au niveau de la structure de santé, le nouveau-né sera exposé à un moindre risque d'infections si on limite le nombre de personnes admises à la salle où il est logé. La salle des prématurés devrait être placée dans un endroit éloigné de la circulation générale. A part la mère et le père, les visiteurs ne devraient pas être admis, sauf s'il s'agit d'une personne appelée à aider la mère pour les soins du bébé à domicile : par exemple, la coépouse ou la belle-mère d'une femme césarisée .

- **Allaitement maternel exclusif**

Le colostrum et le lait maternel apportent des anticorps importants au système d'immunité immature du nouveau-né ; le prématuré en a d'autant plus besoin. En plus, il faut éviter de donner tout autre aliment , eau , décoction quelconque au bébé de faible poids, parce que ces substances apportent souvent un grand risque d'infection avec eux. Plus le bébé est petit plus il est susceptible à ces infections, qui peuvent entraîner rapidement une infection mortelle.

- **Utilisation de matériel stérile**

Autant que faire se peut, utiliser du matériel jetable stérile ou stérilisé par autoclave ou bouillie. Plus on respecte l'asepsie, plus grandes sont les chances de survie du nouveau-né.

- **Eviter les contact avec les personnes malades ou infectées**

On peut diminuer le risque d'infection si le nouveau-né n'est pas exposé aux germes. Pour cette raison Il est ainsi préférable de garder et soigner le bébé de petit poids à la naissance dans un endroit où il n'aura pas de contact avec des personnes malades ou infectées. A l'hôpital, la salle des prématurés doit être située loin des salles d'enfants ou d'adultes malades. Les personnes malades ne doivent pas circuler dans le voisinage du lieu où on soigne les prématurés. Les bébés infectés doivent être en isolation pour ne pas infecter les autres. L'entrée à la salle des prématurés devrait être limitée aux mères et au personnel soignant. Tous doivent se laver les mains et porter des habits propres. A domicile, la famille devrait garder le bébé et la mère isolés hors du contact de personnes malades pendant les premières semaines.

- **Eduquer la mère et les parents**

Eduquez la mère et la famille sur l'importance de toujours se laver les mains avant et après chaque contact avec le nouveau-né, de ne rien donner au nouveau-né sauf le colostrum et le lait maternel, et d'isoler le nouveau-né hors du contact des personnes malades ou infectées.

8-4-3 PREVENTION DE L'ANEMIE CARENTIELLE

Prise de fer à j 42 : 3mg /kg

8-4-4 CRITERES DE REFERENCE

- Difficultés ou impossibilité de s'alimenter
- Difficultés de maintenir constante la température corporelle avec les moyens simples
- Présence d'autres signes de danger
- Poids inférieur à 1800 gr si la structure de référence est proche même si l'enfant n'a aucun problème particulier

Respect des conditions de référence avec les chaînes du chaud, du glucose, de l'oxygène, de l'asepsie et de la communication.

8-4-5 SUIVI DU FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

- Revoir le faible poids de naissance chaque semaine pour évaluer la croissance et voir s'il n'a pas de problèmes
- Continuer le suivi hebdomadaire jusqu'à ce que le nouveau-né ait 2500g
- Quand le nouveau-né atteint 2500g, diminuer graduellement le temps de contact peau à peau avec la mère

(cf. algorithme de prise en charge du faible de naissance)

Soins à prodiguer au Petit poids à la naissance

poids < 2.500 g

PREMATURE OU RETARD DE CROISSANCE INTRA UTERIN

- Se laver les mains avant tout contact avec le nouveau né
- Sécher, envelopper, différer le bain d'au moins 24 h
- Maintenir la température
 - Habillement / enveloppement chaud
 - Méthode mère kangourou
- Mise au sein précoce, dès que le bébé est stable
- Administrer la vitamine K (0,5 mg en IM)

EVALUER

- Bonne succion
- Température maintenue avec des moyens simples
- Pas de signes de danger
- Poids $\geq 1800g$

Oui

- Garder dans la structure, avec une surveillance rapprochée (toutes les 2 ou 3 h)
- Allaiter fréquemment (toutes les 2 ou 3 h)

Bonne évolution

Oui

- Sortie au bout de 48 à 72 h
- Surveillance une fois par semaine
- Revenir si apparition de signes de danger

Non

Référer à l'hôpital



Chapitre 9

Nouveau-né malade

- **Particularités de la pathologie néonatale et facteurs favorisant le risque infectieux chez le nouveau-né**
- **Signes de danger du nouveau-né malade**
- **Prise en charge des affections néonatales courantes**
- **Etapas de la référence du nouveau-né malade**
- **Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né**

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE MALADE

9-1 PARTICULARITES DE LA PATHOLOGIE NEONATALE ET LES FACTEURS FAVORISANT LE RISQUE INFECTIEUX

La pathologie du nouveau-né comporte quelques particularités par rapport au nourrisson, au grand enfant et à l'adulte. Il faut noter entre autres :

- **Absence de spécificité des signes pour une pathologie donnée**

le nouveau né réagit de manière globale, c'est à dire avec tout son corps, ce qui explique la grande variabilité des symptômes, parce que tous les systèmes et les organes sont affectés.

- **Immaturité du système immunitaire du nouveau né,**

avec une très grande susceptibilité aux infections, et une capacité limitée à localiser une infection. Leur petite taille et résistance font qu'une infection mineure peut se transformer en quelques heures en septicémie sévère . C'est ce qui explique la fréquence et la gravité de l'infection néonatale, qui constitue une des plus grandes causes de mortalité néonatale(méningites, septicémies, pneumopathies.....) .

- **Facteurs de risque d'infection:**

Le nouveau-né a un risque élevé d'infection s'il a eu un travail prolongé (plus de 24 heures) et difficile, une rupture prématurée des membranes (plus de 24 heures avant la naissance), un accouchement dystocique, infection ou fièvre maternelle lors de l'accouchement, liquide amniotique teinté de méconium ou petit poids à la naissance. De même, les manipulations intempestives, sans asepsie, constituent un grand facteur de risque d'infection, d'où l' obligation , pour le personnel de santé ,de se laver les mains chaque fois après un contact avec un nouveau-né suspect d'infection pour ne pas être le vecteur d'infection d'autres enfants (**appliquer les « 5 propres »**). **Traiter les infections uro-génitales au cours de la grossesse et instituer une antibio prophylaxie au cours de l'accouchement en cas de Rupture Prématurée des Membranes (RPM).**

- **En l'absence de prise en charge précoce,**

Toute pathologie néonatale peut entraîner précocement la mort ou à distance, l'installation de séquelles définitives.

Tout ceci explique qu'on ne doit pas attendre un diagnostic précis avant de traiter le nouveau né (surtout que les examens de laboratoire font souvent défaut). Au contraire, il faut avoir une approche **holistique**, basée sur les signes et les symptômes.

9-2 SIGNES DE DANGER

Il est urgent d'identifier très vite **les signes de danger**, de les prendre en charge, par un traitement stabilisateur si possible, et par un transfert rapide du nouveau-né dans une structure mieux appropriée.

- Difficulté ou refus de téter, succion faible
- Inactivité, léthargie (difficile de se réveiller)
- Respiration rapide (>60 mouvements respiratoires /mn) ou lente (<30 mouvements respiratoires/mn) ou s'accompagnant de geignement ou de tirage intercostal.
- Hypothermie ou fièvre
- Base du cordon rouge, enflée, dégageant du pus ou sentant très mauvais.
- Vomissements persistants avec distension abdominale.
- Convulsions

Chacun de ces signes peut être un signe d'appel **d'une infection néonatale**

Parmi ceux-ci, les quatre premiers sont les plus importants, surtout la difficulté ou le refus de téter.

9-3 REFERENCE D'UN NOUVEAU NE MALADE

Le nouveau-né présentant un signe de danger devrait être envoyé le plus vite possible au niveau de la structure de référence (l'hôpital) pour une prise en charge par le Pédiatre. Sa condition peut se détériorer très vite, donc il est préférable qu'il aille directement à l'hôpital au lieu de passer d'abord au poste ou centre de santé le plus proche. La mère devrait l'accompagner pour continuer l'allaitement maternel et le réchauffer au besoin.

Initier les antibiotiques : Si le transfert à l'hôpital prend plus de deux heures avant que le nouveau-né ne soit vu par le Pédiatre , il faut donner une première dose d'antibiotiques avant le transfert d'un nouveau-né .

Ampicilline ou Amoxicilline : 100mg/kg :en 2 fois

Gentamicine : 3-5 mg/kg/en 1 ou 2 fois

Pour un nouveau-né de trois kilos, on pourra donner par exemple 150 mg d'Ampicilline i.m. associé à 7,5 mg de Gentamycine i.m. (voir tableau des médicaments en annexes)

Autres antibiotiques couramment utilisés en milieu hospitalier pour le traitement des infections sont : Claforan :100mg/kg/j en 2 fois ; Rocéphine ou Mespurin 75 - 100mg/kg/jour en 1 fois

Attention aux injections ! Chez les nouveau-nés, on devrait faire les injections dans les régions antérolatérales des cuisses, et pas dans les fesses. A cause du poids relativement petit du nouveau-né, il y a un risque très élevé de blesser le nerf sciatique si on lui fait des injections dans les fesses. Utiliser des aiguilles de calibre approprié pour éviter des risques hémorragiques.

MODALITES DE TRANSPORT D'UN NOUVEAU-NE MALADE

- **Le transport prénatal**

Au cas où on peut détecter un risque élevé d'avoir un problème néonatal avant la naissance, il est toujours mieux d'évacuer une mère à haut risque vers la structure de santé de référence (l'hôpital)avant l'accouchement. Cependant, ce n'est pas toujours

pratique si l'accouchement est imminent (dans la phase d'expulsion). Prise de contact avec structures d'accueil et préparer l'accueil du nouveau-né.

- **Le moyen de transport**

Tenir compte de la logistique du système de santé et organiser un transfert accessible. Utiliser le moyen de transport le plus rapide et disponible. Garder une réserve de carburant et des fonds pour les cas urgents et imprévus. Toute personne responsable des gardes de nuit devrait avoir accès à cette réserve en cas d'urgence.

- **La mère doit accompagner le nouveau-né**

Il est indispensable d'envoyer la mère avec le nouveau-né. Dire à la mère d'allaiter le nouveau-né pendant le transport si l'enfant accepte, au sein ou avec une tasse, afin **d'empêcher la chute du taux de glycémie** pendant le voyage. Cependant, expliquer à la mère de ne pas forcer le lait dans la bouche du nouveau-né car il pourrait l'inhaler.

- **Le maintien de la température pendant le transport**

Les nouveau-nés malades ont besoin d'une chaleur supplémentaire pendant le transport, sauf s'ils ont de la fièvre. **Utiliser la méthode kangourou pour le transport.** C'est la méthode la plus simple, sûre et efficace dans cette situation. Envelopper bien le nouveau-né et la mère ensemble. (chaîne de thermorégulation)

- **Renseignements à envoyer avec le nouveau-né**

Envoyez une fiche de référence avec le nouveau-né. Inclure le nom de la mère, et celui du père, la date et l'heure de la naissance, les détails de la naissance s'ils sont connus, une liste des problèmes du nouveau-né, et une liste des médicaments déjà donnés à l'enfant et à la mère. Appeler avant d'effectuer le transfert

- **Orienter les membres de la famille**

Donner aux membres de la famille une explication du problème du nouveau-né et une idée générale de ce qu'ils vont trouver au niveau du centre de référence. Leur expliquer le risque couru pendant le transfert, car il est possible qu'un nouveau-né gravement malade meurt pendant le transfert. Leur expliquer aussi que nouveau-né gravement malade ne peut pas être traité dans les centres périphériques ou dans la communauté.

TABLEAU DES SIGNES DE DANGER

SIGNES DE DANGER	IDENTIFICATION	PRISE EN CHARGE
1. Difficultés respiratoires	Respiration > 60 mouvements/mn battement des ailes du nez, geignement, tirage intercostal	- donner la première dose d'antibiotique - donner la vitamine K1 chez les FPN ou bébé réanimé si non fait à la naissance - Référer l'enfant <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller la famille • Expliquer les raisons de la référence • Appliquer l'allaitement maternel exclusif si possible • Maintenir la température (Méthode mère Kangourou) • Expliquer l'importance d'accompagner le nouveau-né par la mère, et ou un membre de la famille, un agent de santé communautaire • Contacter la structure de référence si possible avant que le malade ne quitte le centre ou le poste de santé. - rédiger une note sur l'état du nouveau-né <ul style="list-style-type: none"> • Etat civil des parents • Date, heure et lieu de naissance • Antécédents pré natal : asphyxie ou autres problèmes problèmes pour lesquels le bébé est référé traitement déjà reçu
2. Tête peu ou pas du tout	Ne tête pas du tout Tête moins Ne réclame pas N'ouvre pas la bouche	
3. Convulsions	Regard fixe, plafonnement des yeux, chocnement, mouvements cloniques des extensions des membres.	
4. Léthargie/inactivité	Adynamie, dort trop, flasque, trop sage	
5. hypothermie ou fièvre	Froid ou chaud au toucher (Extrémités abdomen) température normale 36.500 - hypothermie si < 36° c - hyperthermie si > 38° c	

9-4 AFFECTIONS MINEURES

Les problèmes à prendre en charge au poste ou centre de santé : A côté des problèmes majeurs, il existe des problèmes moins compliqués, pouvant être pris en charge au poste ou centre de santé. Parmi ces problèmes mineurs on peut compter :

- Infection localisée du cordon ombilical
- Conjonctivite
- Infections localisées de la peau ; furoncle
- Muguet
- Diarrhée, vomissements
- Ictère physiologique du nouveau-né

- **Infection localisée du cordon ombilical**

Les signes d'infection sont : mauvaise odeur, présence de pus à la base du cordon ou dans le nombril après la chute du cordon, rougeur et enflure de la peau alentour.

En cas d'infection, appliquez un antiseptique local (violet de gentiane, iode, mercurochrome, poudre antibactérienne). Montrez à la mère comment le faire, en prenant soin de soulever le cordon pour appliquer le médicament à la base du cordon et puis sur tout le cordon. Après la chute du cordon, nettoyez la plaie et appliquez l'antiseptique ou la poudre antibactérien là-dessus. Apprenez à la mère comment nettoyer le cordon / nombril. Rappelez-lui de se laver les mains avant et après les soins

du cordon ombilical. Expliquez à la mère que les infections ombilicales peuvent entraîner de sérieux problèmes s'ils ne sont pas bien traitées.

Re-examinez le bébé le lendemain. S'il n'y a pas d'amélioration ou s'il y a rougeur sur la peau tout autour, le bébé doit être traité aux antibiotiques. Référez l'enfant à l'hôpital après avoir donné une première dose d'ampicilline orale.

- **Conjonctivite**

Signes d'infection des yeux sont : écoulement de pus (parfois épais) d'un œil ou des deux yeux. Il peut y avoir une enflure des paupières, et les yeux sont parfois collés de pus jusqu'au point que le bébé n'arrive pas à les ouvrir. Si les yeux du bébé ont été soignés avec le nitrate d'argent à la naissance, le produit cause parfois une irritation chimique des conjonctives et inflammation des yeux le lendemain. Dans ce cas les yeux sont rouge, et les paupières peuvent être enflées, mais il n'y a pas de pus.

En cas d'infection, il faut traiter les yeux du bébé avec des gouttes d'une antibiotique ophthalmique, par exemple de gentamycine 4 – 5 fois par jour, ou une pommade ophthalmique comme la tétracycline 1% 2 –3 fois par jour. Continuer le traitement pendant une semaine à 15 jours.

En cas d'écoulement important de pus très épais pendant les 3 – 4 premiers jours après la naissance, il faut évoquer une infection par le Neisseria gonorrhoea, par contamination du bébé par sa mère au cours de l'accouchement. Dans ce cas il faut aussi songer traiter la mère et son partenaire.

Enseigner à la mère comment administrer le traitement aux yeux du bébé. Elle doit d'abord faire bouillir quelques compresses ou morceaux de tissu propres pendant 10 minutes, ensuite se laver les mains avec de l'eau et du savon, et puis prendre une des compresses, presser la plus grande partie de l'eau, et nettoyer l'oeil. Ensuite répéter pour l'autre œil avec une autre compresse. Elle devrait alors appliquer le produit antibiotique dans les yeux, faisant toujours attention de ne rien toucher avec le compte-gouttes ou le bout de la tube. Après les soins, se laver de nouveau les mains. **On ne doit jamais toucher les yeux du bébé avec des mains sales.**

Les membres de la famille ne doivent pas utiliser la même serviette que le nouveau-né car l'infection peut facilement se répandre. S'il n'y a pas d'amélioration après un ou deux jours de traitement, envoyer le nouveau-né à l'hôpital.

- **Infections localisées de la peau, furoncles (Pyodermite)**

Généralement, les infections de la peau chez le nouveau-né apparaissent sous forme de furoncles dans les plis de la peau tels que : le cou, l'aisselle, l'aîne, derrière les genoux, ou sur le dos et les fesses. Elles peuvent donc se répandre, les furoncles peuvent grossir, la peau peut même se détacher (desquamation), et il peut y avoir des abcès. Séparer les plis de la peau pour voir s'il y a des pustules cachées là-dedans.

Les infections légères doivent être nettoyées (en ouvrant bien les plis) et traitées quatre fois par jour avec un antiseptique local (polyvidone iodée, violet de gentiane, mercurochrome, etc.) jusqu'à la disparition de l'éruption. Il faut aussi donner des conseils sur l'hygiène à la mère. Quant aux infections plus sérieuses, en plus des soins locaux, elles nécessitent des antibiotiques oraux : l'ampicilline, Amoxicilline, Erythromycine, si le nouveau-né a moins d'une semaine. Le cotrimoxazole peut être donné si l'ampicilline n'est pas disponible.

<i>Erythromycine</i>	<i>Cloxacilline</i>	<i>Ampicilline /Amoxycilline Sirop de 125 mg par 5 ml</i>	<i>Cotrimoxazole (40 mg trimethoprim + 200 mg sulfamethoxazole par 5 ml)</i>
<i>62,5 mg quatre fois par jour pendant 5 jours</i>	<i>62,5 mg (¼ d'une capsule de 250 mg) quatre fois par jour pendant 5 jours</i>	<i>1,25 ml trois fois par jour pendant 5 jours</i>	<i>1,25 ml deux fois par jour pendant 5 jours</i>

Si les furoncles sont excessifs ou si le nouveau-né a des signes d'infection (fièvre ou hypothermie, refus de téter, etc.) envoyer tout de suite l'enfant au niveau de la structure de référence pour un traitement par antibiothérapie parentérale.

- **Muguet**

Le muguet se manifeste comme des taches blanches adhérentes dans la bouche du nouveau-né, parfois avec rougeur des muqueuses. Dans les premières semaines après la naissance, le nouveau-né bébé normal peut avoir une légère couche blanche au milieu de la langue : cela n'a pas besoin de traitement. Dans le muguet, les tâches sont blanches et adhérentes, et peuvent couvrir toute la langue, y compris les cotés, le palais et les gencives. Le muguet est plus fréquent chez le nouveau-né allaités au biberon mais peut aussi arriver chez ceux allaités au sein, si l'hygiène maternelle n'est pas bonne.

Le traitement du muguet consiste à donner la Nystatine par voie orale au bébé. Dosage pour un enfant à terme : 1 ml [100.000 unités] dans la bouche quatre fois par jour ; pour un enfant prématuré : 0,5 ml [50.000 unités] dans la bouche quatre fois par jour. Il faut parfois traiter aussi la mère avec application d'une pommade de Nystatine (ou Mycostatine) aux mamelons trois fois par jour après les tétées. Dans les cas sévères, traiter aussi son infection vaginale (Candidose) avec des ovules vaginaux de Nystatine (ou Mycostatine) une fois par jour (au coucher) pendant 7 – 10 jours.

On peut aussi traiter le muguet en appliquant une solution du violet de gentiane (1%) sur les mamelons de la mère et dans la bouche du nouveau-né 4 –5 fois par jour pendant au moins cinq jours. Continuer l'application pendant 2 –3 jours après la disparition des taches de la bouche du nouveau-né. Le traitement de l'infection avec la Nystatine est plus coûteux qu'avec le violet de gentiane, mais tous les deux remèdes sont efficaces.

Ne pas essayer d'enlever les taches en les frottant – cela risque de blesser les muqueuses délicates. Conseiller à la mère de laver les seins une fois par jour avec de l'eau et du savon, de les laisser sécher à l'air libre, et de porter des vêtements propres.

- **Diarrhée, vomissements**

Il faut se rappeler qu'en certaines caractéristiques, le nouveau-né est différent du nourrisson plus âgé. Pendant le premier mois, surtout pendant les deux premières semaines, les nouveau-nés allaités exclusivement au sein ont tendance à avoir des selles jaunes, liquides, et fréquentes. Ce n'est pas de la diarrhée et ne nécessite pas de SRO. Le nouveau-né normal renvoie très souvent une partie du lait qu'il a pris. Ces renvois arrivent parfois quand il fait son rot, mais parfois aussi sans cause apparente. La plupart du temps, ce n'est pas une cause d'alarme. Il faut seulement rassurer la mère surtout si la croissance pondérale est bonne et lui demander de faire dormir le nouveau-né sur le côté pour prévenir les inhalations.

Evaluer l'état d'hydratation du nouveau-né en observant l'élasticité d'un pli de la peau de l'abdomen et en palpant la fontanelle pour vous assurer qu'elle n'est pas déprimée. Observer une tétée et la manière dont la mère fait faire le rot du bébé. Observer pour voir si le vomissement n'est pas violent. Regarder la couleur et la qualité des selles dans les couches.

Le nouveau-né fera souvent la diarrhée si on lui donne de l'eau ou des biberons ou d'autres produits. Un changement abrupte dans le caractère des selles peut aider dans le diagnostic.

En cas de vraie diarrhée ou des vomissements sévères, conseiller la mère de donner des tétées fréquentes sur la demande du nouveau-né, de jour comme de nuit, et de ne rien donner sauf le lait maternel, et au cas où que vous détermineriez qu'il en a besoin, le SRO. En cas de besoin, réviser la méthode de préparation de SRO avec la mère. Revoir le nouveau-né le lendemain.

Dans le cas où le nouveau-né a besoin de SRO, parce que les reins sont moins murs, il a aussi besoin d'eau supplémentaire entre les prises de SRO pour prévenir une accumulation excessive de sodium.

- **Ictère physiologique du nouveau-né**

Pour déterminer si le nouveau-né est ictérique : observer le nouveau-né sous une bonne lumière naturelle mais pas sous la lumière solaire directe. Regarder le visage de l'enfant. Dans les 7-10 premiers jours, on voit mieux l'ictère sur la peau que dans les yeux. Pincer doucement le bout du nez ou le front et relâcher la pression, puis observer la couleur de la peau. Normalement la peau pincée et relâchée est presque blanche, mais elle devient jaune quand il y a l'ictère. Devant tout ictère, demander l'aspect des urines et des selles. S'il y a des signes d'ictère sur le visage, vérifier la plante de pied par la même méthode de pincement. Si la peau de la plante de pied pincée devient même un petit peu jaune, envoyer l'enfant au niveau de la structure de référence. L'ictère de la plante de pied du nouveau-né veut dire que l'ictère est pathologique et que le nouveau-né a probablement besoin de photothérapie. La « thérapie solaire » est déconseillée parce qu'elle est peu efficace et parce qu'elle risque trop de refroidir le bébé.

L'ictère léger est normal ou « physiologique » et n'a pas besoin du moindre traitement. Conseiller seulement à la mère de donner des tétées plus fréquents. Ne pas arrêter surtout l'allaitement maternel chez le nouveau-né atteint de jaunisse.

Affections mineures

AFFECTIONS	IDENTIFICATION	PRISE EN CHARGE
1. Infections ombilicales localisées	Ombilic rouge ou suintant de pus	Nettoyer et appliquer l'éosine ou mercurochrome, violet de gentiane
2. Muguet	Tâches blanchâtre dans la bouche (langue et muqueuses difficultés de téter	Nystatine (nouveau né à terme 1 dose (1ml) 4/jour) (nouveau né prématuré (1/2 dose 3/jour) ou violet de gentiane
3. Conjonctivite	Secrétions, larmes, yeux collés et rouges.	Auréomycine (pommade ophtalmique) tétracycline (pommade ophtalmique) deux fois par jour
4. Infections de la peau	Pustules ou dermites des plis	Nettoyer à l'eau et au savon 2 fois par jour Appliquer l'éosine deux fois par jour, donner amoxicilline 2fois/j Antibiotique per os appropriée cloxaciline ou amoxiciline pendant/7 à 10 jours
5. Ictère	Coloration jaune de la peau (à regarder à la lumière de soins de référence)	Référence rapide si les paumes et les plantes des pieds sont jaunes ou si le bébé est prématuré

Organisation du suivi en cas d'affection mineure :

- ✓ surveiller le nouveau -né
- ✓ donner un rendez-vous dans 2 jours
- ✓ conseiller la mère de revenir plus tôt en cas de signes de danger
- ✓ *conseiller la mère sur l 'hygiène, l allaitement maternel exclusif, le maintien de la température les premiers vaccins si possible[BCG, polio orale]*

9-5 APPROCHE INTEGREE DE LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

• Définition

La prise en charge du nouveau-né doit toujours obéir à une approche intégrée . Cela veut dire qu'il faut toujours ***traiter le nouveau-né globalement, dans le contexte de son milieu familial.*** La santé du nouveau-né ne peut pas être considérée en dehors de sa mère ; c'est ainsi que quand la mère amène le bébé pour une maladie, une vaccination ou pour tout autre problème, ne pas traiter seulement ce problème particulier, mais considérer chaque contact avec le nouveau-né comme une opportunité pour promouvoir sa santé, sa croissance, et son développement harmonieux .

- **Demander, écouter, et féliciter**

En utilisant les techniques de communication interpersonnelle (voir chapitre 11) L'échange avec la mère est extrêmement important. Déterminer d'abord s'il s'agit d'une première visite ou d'une visite de suivi. Demander à la mère si elle a remarqué un problème chez le nouveau-né, puis l'écouter attentivement sans l'interrompre. Essayer toujours de trouver en elle quelque chose à encourager. Vérifier les ATCD obstétricaux à l'interrogatoire.

Questions particulières à poser, sur l'alimentation du nouveau-né : L'enfant est-il allaité exclusivement au sein ? A-t-il reçu un autre lait, nourriture, ou produit médicamenteux ou traditionnel à part le lait maternel ? Combien de tétées l'enfant a-t-il prises pendant les dernières 24 heures ?

- **Faire toujours un examen du nouveau-né**

Faire déshabiller le nouveau-né pour bien voir s'il n'y a pas de problème. Ne pas baser l'intervention uniquement sur l'histoire de la mère. L'évaluation professionnelle du nouveau-né par le prestataire peut être différente de celle de la mère, même s'il faut toujours traiter les observations de la mère avec respect.

- Contrôler le poids du bébé.
- Toucher le ventre, les mains et les pieds et vérifier qu'ils sont bien chauds. Si un thermomètre est disponible, le nettoyer et prendre la température axillaire qui devrait être 36,5° C.
- Vérifier si le nouveau-né est actif, demande à téter et tète bien.
- Regarder les plis de la peau tels que le cou, les aisselles et l'aîne pour les furoncles. Demander spécialement à la mère s'il y en a dans une autre partie des corps.
- Examiner le cordon ombilical / nombril. Rappeler à la mère comment le nettoyer et de ne rien appliquer là-dessus sauf s'il y a une infection.
- Observer la tétée
- **Vérification de l'état de propreté vestimentaire et corporelle du nouveau-né**

- **Evaluer :**

- Rechercher les signes de danger (possibilité d'infections bactériennes sévères) :
 - Difficulté respiratoire
 - Refus de téter
 - Convulsions
 - Léthargie
 - Hypothermie ou fièvre
 - Ballonnement abdominal/vomissements persistants
 - Infection ombilicale sévère
- Rechercher des affections mineures :
 - infection ombilicale localisée
- muguet

- conjonctivite
- infection de la peau
- ictère.

- **Identifier le traitement adéquat.**

- Si le nouveau-né présente un signe de danger, référer le nouveau-né d'urgence en respectant les conditions de référence. Expliquer le danger à la mère et aux membres de la famille ; compte tenu de la fréquence des infections chez le nouveau-né, donner avant le transport la première dose d'antibiotique et la vitamine K1 ; éviter pendant le transfert des nouveau-nés très malades de les forcer à s'alimenter s'ils ne peuvent pas se nourrir.
- S'il présente une affection mineure :
 - traiter et conseiller la mère (cf CAT affections mineures)
- S'il n'y a pas de problèmes, si le nouveau-né se trouve au niveau de la structure de santé, lui administrer les vaccins recommandés s'il n'est pas vacciné (polio orale dans les 15 premiers jours sinon attendre la 6^{ème} semaine, BCG, Hépatite B)

- **conseiller la mère**

- Vérifier le carnet de Santé et conseiller la mère sur les problèmes d'hygiène, le maintien de la température, la vaccination.
- Conseiller la mère sur les soins du cordon
- Conseiller la mère sur comment administrer les médicaments prescrits à domicile
- Conseiller la mère sur l'allaitement maternel exclusif : conseiller sur comment positionner le nouveau-né et assurer une bonne prise au sein
- Dire à la mère quand revenir pour le suivi :
 - Revenir avant rendez-vous si apparition de signes de danger
 - Orienter les membres de la famille en cas de transfert
 - S'il n'y a aucun problème, conseillez-lui de revenir le plus tôt possible après la naissance, ou au prochain jour de vaccination

-Espacement des naissances : C'est pendant la période néonatale qu'il faudra donner des conseils à la mère (et au père) sur l'importance et la disponibilité des méthodes d'espacement des naissances. Un intervalle de plus de deux ans entre les grossesses est nécessaire pour l'allaitement prolongé, et contribue à la survie de l'enfant et à la santé de la mère. L'allaitement lui-même n'est une méthode fiable que pendant les six premiers mois quand il est exclusif (aucun supplément donné), et à la demande libre du nouveau-né de jour comme de nuit, et si la mère n'a pas eu ses règles.

-Vaccination: S'il n'y a aucun problème, et si les vaccins sont disponibles, vacciner le du nouveau-né. Dès la naissance on peut donner la dose de naissance de Polio orale (PO), le BCG, et l'hépatite B. Donner un, deux ou tous ces trois vaccins si disponibles. Si pas de vaccination disponible le jour même, appeler la mère au prochain jour de vaccination.

- **Rappel** : S'il n'y a aucun problème, conseiller la mère de revenir
 - une semaine après la naissance
 - au prochain jour de vaccination
- **Nécessité d'élaborer un algorithme de prise en charge du nouveau-né de 0 à 7 jours**

Les algorithmes de la PCIME sont des guides pour la prise en charge des problèmes des enfants d'une semaine à deux mois, et de deux mois à cinq ans. Parfois, la prise en charge peut être appliquée également aux nouveau-nés plus jeunes, **mais souvent les recommandations doivent être modifiées pour les nouveau-nés en tenant compte de leurs spécificités**. Les nouveau-nés ont des caractéristiques particulières qu'il faut prendre en considération, telles que:

- Pendant le premier mois, surtout pendant les deux premières semaines, les nouveau-nés nourris exclusivement au sein font des selles jaunes, aqueuses, et fréquentes. Ce n'est pas de la diarrhée et ne nécessite pas de TRO/SRO.
- La diarrhée est plus fréquente si le nouveau-né reçoit de l'eau, du lait artificiel ou un autre produit que le lait maternel. Un changement brutal de la qualité des selles peut vous aider à faire le diagnostic : en cas de vraie diarrhée, le nouveau-né aura besoin de TRO/SRO, mais puisque ses reins sont très immatures, il faudra lui donner aussi de l'eau supplémentaire entre les prises de SRO pour éviter une accumulation excessive de sodium.
- Le nouveau-né normal perd un peu de poids dans les 2 – 3 premiers jours après la naissance. La perte totale ne devrait pas dépasser 10% de son poids de naissance. Après la petite perte initiale, le nouveau-né normal se met à prendre régulièrement du poids. Il doit regagner son poids de naissance avant le dixième jour.
- Un nouveau-né normal renvoie souvent du lait quand il fait son rot, ou parfois sans cause apparente. Cela est tout à fait normal, mais il faut distinguer ces renvois des vomissements sévères avec ballonnement abdominal.
- Parfois un nouveau-né très malade ne peut pas accepter les tétées et risque de vomir et d'aspirer le lait si on le force . En général, il est bon de donner des tétées fréquentes pour éviter l'hypoglycémie, mais si le bébé ne tolère pas les tétées, en cas de référence il vaut mieux ne pas forcer les tétées pendant le transport.
- Le maintien de la température est extrêmement important pendant la période néonatale, surtout pour les nouveau-nés malades et de petit poids de naissance. La méthode de la mère kangourou est simple, sûre, n'exige pas d'équipement spécial, et n'a pas de risque de brûlures comme avec l'emploi des bouillottes.

- Les infections sont de loin la cause la plus importante de maladie pendant la période néonatale. C'est pour cette raison qu'il faudra donner la première dose d'antibiotiques avant le transport. En cas d'infection, il faudra donner de l'Ampicilline ou de l'Amoxicilline orale et de la Gentamycine en intramusculaire.
Les injections intramusculaires doivent se faire dans la région antérolatérale des cuisses du nouveau-né, et pas dans les fesses. L'injection dans la fesse comporte un risque très élevé d'endommager le nerf sciatique.
- Comme les conditions d'un nouveau-né peuvent se détériorer très rapidement, il faudra référer le nouveau-né malade directement à un centre de référence(généralement à l'hôpital) où il y a les ressources pédiatriques pour prendre vite son problème en charge. Le nouveau-né malade ne devrait pas être envoyé de manière hiérarchique à la structure la plus proche pour être ensuite référé au niveau suivant.
- Si le prestataire a une expérience avec les nouveau-nés malades, il faut évaluer le pronostic avant de référer un nouveau-né. Le nouveau-né gravement atteint peut bien mourir en route ou juste après l'arrivée à la structure. Il faut être ouvert avec les parents et leurs permettre de prendre eux-mêmes leur propre décision.

Points clés :

- 1. Le personnel de santé devrait savoir distinguer entre les problèmes mineurs et les urgences : les nouveau-nés à risque ou avec des signes de danger**
- 2. En cas de maladie ou signe de danger chez un nouveau-né, l'évacuation rapide est importante.**
- 3. Devant tout signe de danger, il faut référer le nouveau-né en respecter les conditions de référence notamment, l'utilisation de la méthode de mère kangourou pour maintenir la température du bébé, de continuer l'allaitement maternel si possible pour prévenir l'hypoglycémie**
- 4. Nécessité d'élaborer un algorithme de prise en charge du nouveau-né en tenant compte des particularités de la période néonatale précoce**
- 5. Apprendre aux mères et aux familles à reconnaître les signes de danger du nouveau-né et à rechercher des soins précoces au niveau des structures de santé appropriées**

Chapitre 10

Nouveau-nés de mères atteintes de pathologies spécifiques

- **Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de syphilis**
- **Prise en charge du nouveau-né de mère VIH séropositive**
- **Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de tuberculose**
- **Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte d'hépatite B**
- **Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de Diabète**

NOUVEAU- NES DE MERES ATTEINTES DE PATHOLOGIES SPECIFIQUES.

Certaines pathologies spécifiques de la mère peuvent affecter le nouveau-né. Il est possible de les détecter pendant la grossesse lors des consultations prénatales, ou durant le travail à partir du dossier obstétrical de la mère.

10- 1 NOUVEAU-NE DE MERE ATTEINTE DE SYPHILIS

Si le nouveau-né présente des signes d'infection de syphilis (oedème généralisé, éruption cutanée, des bulles sur les paumes ou sur les plantes de pied, une rhinite, un condylome anal, une paralysie d'un membre ,un ictère, une pâleur, ou des spirochètes identifiées par un examen darkfield portant sur des sécrétions d'une lésion, d'un liquide biologique, ou de liquide cérébro-rachidien), il faut le transférer à l'hôpital pour une surveillance Pédiatrique.

Si la mère présente une sérologie positive pour la syphilis, ou si elle présente des symptômes de syphilis, alors que le nouveau-né est asymptomatique, il faut donner 50 000 unités/ kg de pénicilline benzathine en dose unique, en intramusculaire au nouveau-né, même si la mère a reçu un traitement pendant la grossesse. Bien sûr, il faut aussi s'occuper de la mère et de son partenaire (s).

10-2 NOUVEAU-NE DE MERE VIH/ SEROPOSITIVE

La prise en charge de l'enfant d'une mère VIH + suppose que l'infection de la mère a été diagnostiquée pendant la période prénatale. Le test de dépistage doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes lors des CPN dans toutes les structures de santé. Le test devra être précédé d'un conseil pré-test et du consentement libre éclairé de la femme.

Des mesures préventives doivent couvrir les périodes avant, pendant et après l'accouchement.

- **Avant l'accouchement:** faciliter l'observance de l'ARV à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, discuter du choix du mode d'alimentation du nouveau-né
- **Pendant l'accouchement,** si le statut VIH + de la mère a été diagnostiqué avant l'accouchement, on doit aussi avoir certains gestes pour réduire le risque de transmission du VIH au nouveau-né. Administration d'AZT 300mg per os au cours du travail toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon ombilical (en cas d'impossibilité de la voie orale : vomissements, césarienne, l'AZT sera donnée en perfusion) et Névirapine : 1 comprimé de 200mg en dose unique en tout début de travail.
A l'expulsion , éviter les épisiotomies ; ne pas traire le cordon

- **Suivi du nouveau-né dans la période néonatale précoce : j1 et j 7**
 - Effectuer tous les soins essentiels de base visant à minimiser le transfert du virus au nouveau-né: maintien de la température, soins du cordon, soins des yeux
 - Prophylaxie ARV : le nouveau-né sera mis sous ARV dès la naissance :
 - AZT sirop : 2 mg /kg/j (ou 0,2 ml/kg/j) toutes les 6 heures pendant 7 jours
ou AZT IV : 1,5 mg /kg toutes les 6 heures en cas d'impossibilité de la voie orale
 - Et Névirapine sirop : 2 mg /kg en dose unique dans les 72 premières heures de vie
 - Examen systématique du nouveau-né
 - Confirmation du choix et initiation de l'alimentation dans la ½ heure qui suit la naissance
 - Bilan biologique si possible à J6 NFS , Plaquettes, Transaminases (SGOT, SGPT)
 - Référer si présence d'un signe de danger (cf. signes de danger du nouveau-né malade), faible poids de naissance, malformation
 - Conseils et soutien
- **Suivi ultérieur du nouveau-né : 9 jours – 24 mois**
 - Suivi clinique, Périodicité: systématique et rapprochée jusqu'à 6mois
 - Examen général: statut nutritionnel
 - Examen des appareils: recherche de signes d'appel d'une infection précoce à VIH
 - Vaccinations dans le cadre du PEV: Fièvre jaune et BCG contre indiqués chez le nourrisson symptomatique. BCG différé si mère porteuse d'une tuberculose active : donner au nourrisson de l'INH : 5 mg/ Kg/ Jour pendant 6 mois suivi du BCG
- **Alimentation et nutrition**
 - Risque de transmission / lait maternel: 5 à 20%
 - Risque non négligeable de morbidité, lié à une alimentation artificielle mal conduite
 - ***Alimentation artificielle seulement si acceptable, faisable, abordable, durable et sûre***
 - Choix éclairé : respecter le choix de la mère donner des informations claires à la mère. Débuter l'alimentation 30 mn après la naissance
 - Éviter toute stigmatisation ou blâme par les agents de santé
 - Avantages, inconvénients et conduite des 2 modes d'alimentation proposés :
 - alimentation artificielle (AA) ou allaitement maternel exclusif (AME) avec sevrage précoce.** En cas d'allaitement maternel, conseiller la mère sur la manière de diminuer les risques de transmission (traitement des mastites et autres lésions du sein), démontrer les techniques de mise au sein; En cas d'alimentation artificielle : déculpabiliser la mère, fournir le lait si disponible, conseiller sur l'hygiène alimentaire et démontrer les bonnes techniques d'alimentation
 - Assurer le suivi du couple mère – enfant
 - Diversification: à 4 / 6mois

- Conduite de l'alimentation artificielle:
 - premiers jours: alimentation à la demande entre 2 et 5 heures d'intervalle entre les repas. Quantités: de 100 à 200 ml par 24 heures jusqu'à 150ml /kg/ 24heures
 - Utilisation de la tasse plus facile pour l'enfant et pour la mère
 - Avant 4 mois: lait infantile 1er âge ; lait spécial pour nouveau-né de faible poids, enrichi en protides et en sodium, jusqu'à l'obtention d'un poids de 3 kg
- Recommandations: éviter l'examen routinier et superficiel. Ne pas négliger l'encadrement de l'alimentation. Référer un enfant qui en présente l'indication
- Avant 18 mois une sérologie positive ne veut pas toujours dire que l'enfant est infecté.

(cf. manuel de référence PTME)

10- 3 NOUVEAU-NE DE MERE ATTEINTE DE TUBERCULEUSE

Si la mère tuberculeuse a complété le traitement approprié et ne montre pas de signes actifs de la maladie, on peut donner tôt le BCG au nouveau-né et le surveiller. Il n'y a aucune raison d'arrêter l'allaitement maternel. Si la mère n'a pas fait de test de VIH, envoyer-la pour le faire.

Si la maman a été récemment diagnostiquée comme tuberculeuse, continuer son traitement et donner de l'isoniazide aussi au nouveau-né, mais ne faites pas le BCG pendant la période néonatale. Examiner le nouveau-né après 6 à 8 semaines pour l'évaluer et lui faire une intradermoréaction à la tuberculine(test de Mantoux) et une radiographie pulmonaire. Si le nouveau-né est bien portant, gagne bien du poids, n'a aucun signe de la maladie (test de Mantoux et radiographie pulmonaire négatif), lui donner de l'isoniazide (5 mg/Kg per os) pendant une période de 6 mois, suivi du BCG. On ne doit pas donner le BCG en même temps que l'isoniazide. Le nouveau-né devrait toujours être nourri au sein.

10- 4 NOUVEAU-NE DE MERE ATTEINTE D'HEPATITE B

Dans ce cas, le nouveau-né doit recevoir dans les 12 premières heures après la naissance 0,5 ml de vaccin anti-hépatite B en injection intramusculaire, et en même temps dans un site séparé , 200 unités internationales de sérum d'immunoglobuline spécifique (en injection intramusculaire également)quand c'est disponible. Si vous ne disposez pas de sérum, faites quand même vacciner le nouveau-né.

L'allaitement maternel n'est pas contre indiqué en cas d'hépatite B, sauf si la mère a une plaie ou une fissure saignante sur le mamelon. Prévenez cette éventualité en observant bien les premières tétées et en aidant la mère, au besoin, avec la prise correcte du sein par son nouveau-né, et en conseillant la mère à faire l'allaitement maternel exclusif à la demande du nouveau-né, de jour comme de nuit.

Un programme national est prévu pour vacciner systématiquement tous les enfants avec trois doses de vaccin contre l'hépatite B. La première dose peut être donnée dans la période néonatale ; la seconde dose doit être donnée 4 semaines après la première, et la troisième dose suit 6 à 12 mois plus tard.

10- 5 NOUVEAU-NE DE MERE ATTEINTE DE DIABETE

La Prise en charge du nouveau-né de mère diabétique est urgente, de même que la surveillance des complications métaboliques aiguës : surveillance cardiaque (échocardiographie), équilibre périconceptionnel du diabète, dépistage du diabète gestationnel avec une approche multidisciplinaire

Conséquences foetales

- Mort in utero
- Malformations congénitales : 7 – 13%. Les malformations congénitales chez les nouveau-nés de mères présentant un Diabète InsulinoDépendant (DID) sont : les malformations du Système nerveux : Anencéphalie + spina bifida, hydrocéphalie ; les malformations cardiovasculaires : Spina bifida, Transposition des gros vaisseaux, CIV, Dextrocardie, PCA, Atrésie pulmonaire
- Hyperglycémie; hypoglycémie; corps cétoniques; déficit en zinc; déficit en acide arachidonique; facteur inhibiteur de la somatomédine
- Macrosomie: P> 90P – hyperinsulinisme
- Hypotrophie: P< 10P -Lésions vasculaires

Complications néonatales

- ✓ Métaboliques : hypoglycémie, hypocalcémie , hypomagnésémie
- ✓ Respiratoires : détresse respiratoire (MMH)
- ✓ Cardiaques : myocardopathie hypertrophique
- ✓ Hématologiques : polyglobulie

Exemple : Hypoglycémie néonatale

- Définition: glycémie < 0,3 g/l ; glycémie de sécurité > 0,4g/l ;
glycémie < 0,25g/l = urgence
- Dépistage systématique : Dextro ; sang total ; M30-H1-H2-H4
- Hypoglycémie = lésions cérébrales
- Prise en charge :
 - Asymptomatique:
 - SG10% en gavage: 2-3ml/kg par SNG
 - Alimentation précoce : 8repas+ TCM
 - Symptomatique ou glycémie < 0,25g/l
 - SG10% en IV par KTVO: 2-3ml/Kg
 - Perfusion continue de SG10%

Alimentation du nouveau-né à risque d'hypoglycémie

- Lait maternel +dextrine-maltose ou TCM
- Hydrolysats de protéines +TCM
- Prégestimil (55% de TCM)
- Lait pour prématuré (40 – 50% de TC)

L'association Diabète et grossesse peut avoir une incidence grave sur le fœtus ou le nouveau-né. D'où les mesures de prévention à préconiser devant les deux situations couramment rencontrées :

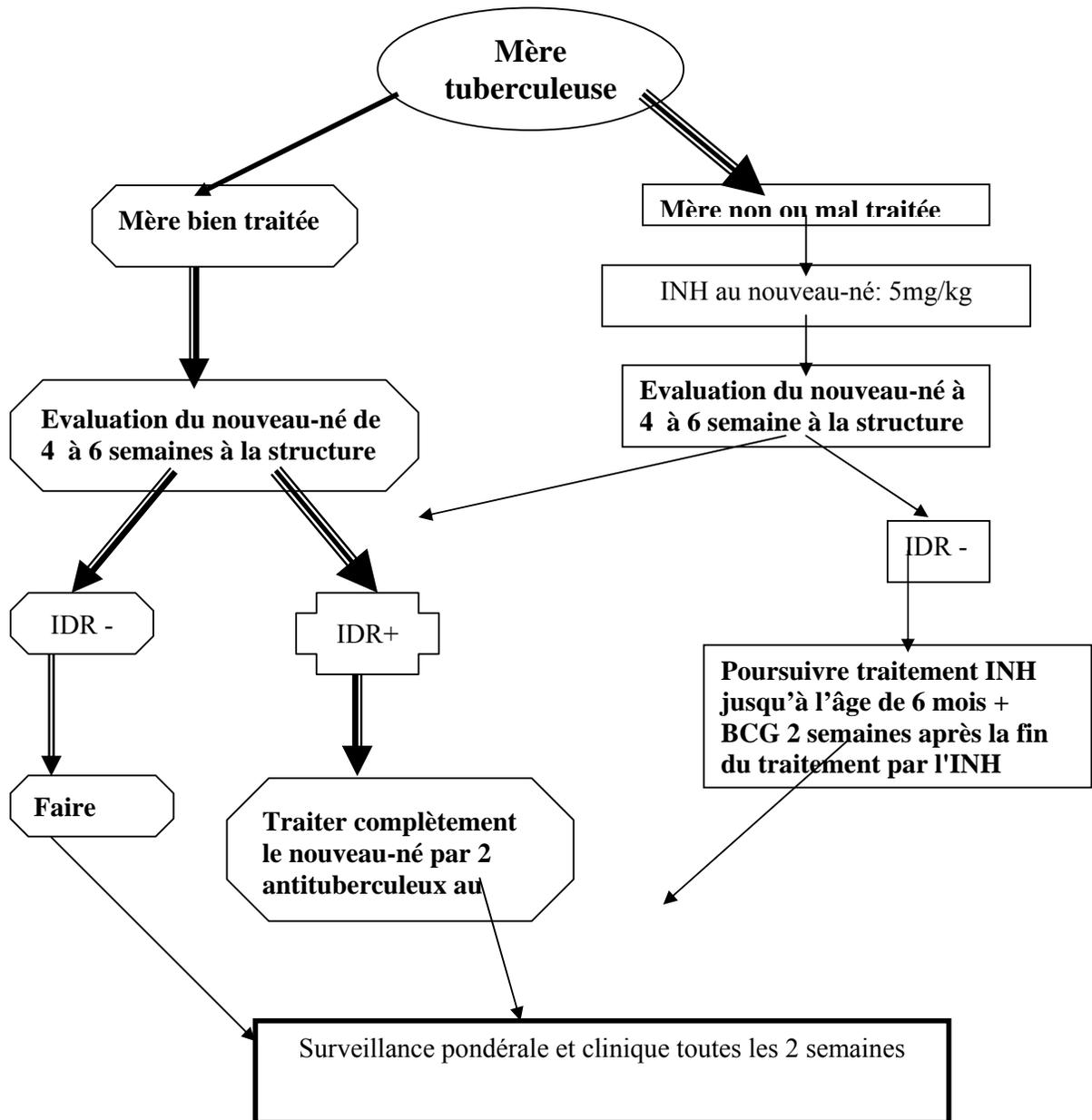
Grossesse sur diabète connu: prise en charge pré-conceptionnelle

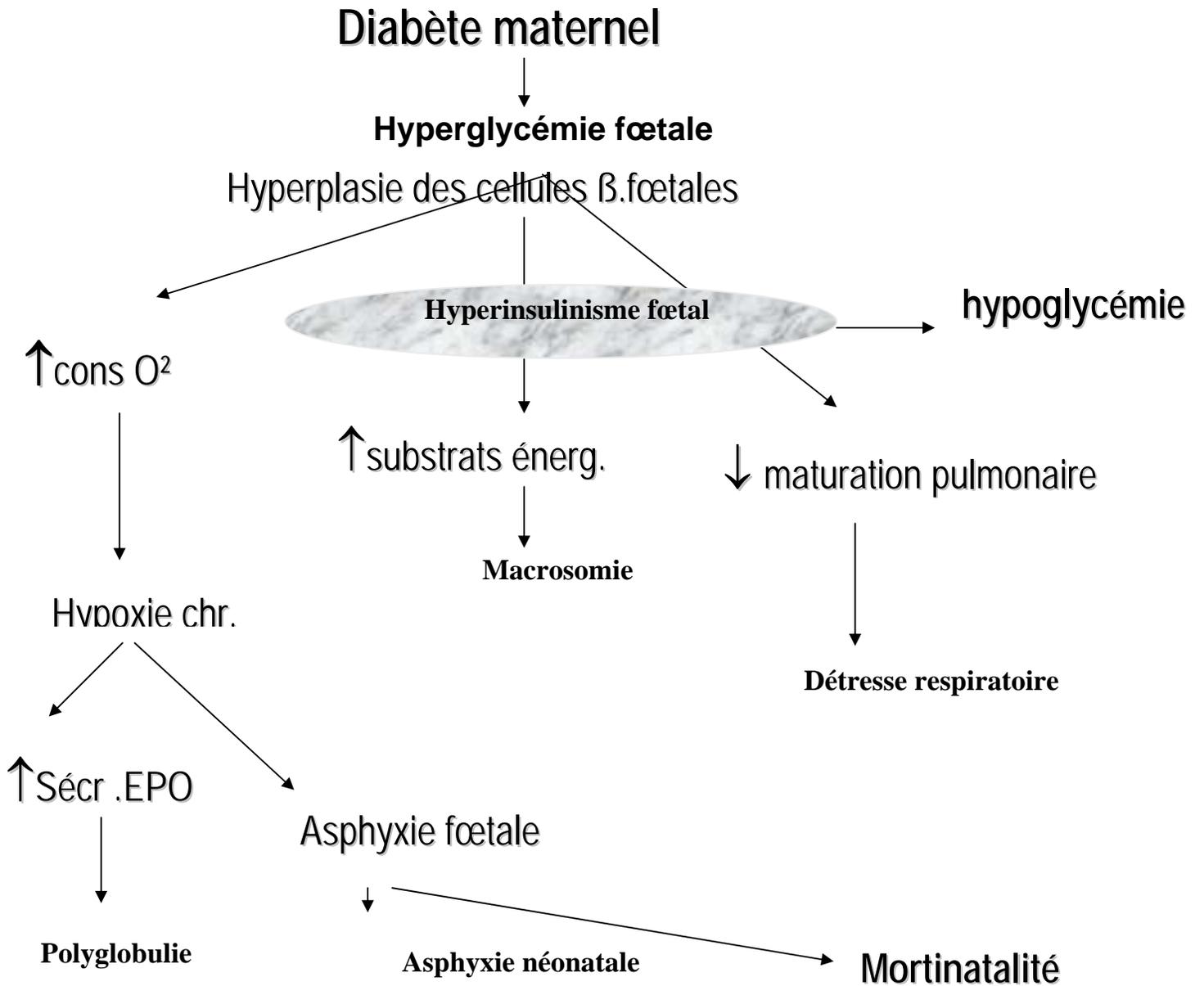
Diabète gestationnel : problème du dépistage

Rechercher les facteurs de risque du diabète gestationnel : ATCD familiaux de diabète, ATCD de diabète gestationnel, Obésité (IMC>27kg/m²), âge³ 35 ans, ATCD: IU répétées; macrosomie; mort in-utero ou néonatale; malformations; >2 avortements; hydramnios inexplicé

Points clés

- 1. La prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de pathologies spécifiques doit être urgente et recueillir une attention particulière. D'où les mesures de prévention à préconiser**
- 2. Le personnel sanitaire devrait éduquer la mère VIH + sur ses options pour qu'elle puisse prendre sa propre décision (éclairée)**
- 3. Pour le nouveau-né de mère VIH +, *Alimentation artificielle seulement si acceptable, faisable, abordable, durable et sûre* ; respecter le choix de la mère donner des informations claires à la mère**





Chapitre 11

Communication

- **Les types de communication**
- **Les Techniques de communication**
- **Les supports audio-visuels en santé néonatale**

COMMUNICATION

I. Généralités sur la communication :

Compte tenu de l'importante implication de la communauté dans les soins aux nouveau-nés, les prestataires doivent communiquer régulièrement avec les mères, les familles, ainsi que les autres membres de la communauté.

Le rôle de la communication est déterminant dans l'accès de la population à l'information en vue d'une prise de conscience et d'un engagement positif pouvant conduire à un changement de comportement approprié.

Dans ce cadre, la communication interpersonnelle devient une composante essentielle pour une bonne transmission des messages.

II. LES TYPES DE COMMUNICATION :

2.1 la communication interpersonnelle

C'est un échange d'informations verbale et/ou non verbale entre 02 où plusieurs personnes qui sont en face à face. elle peut être enrichie par des médias ou matériels de supports IEC.

La CIP peut s'avérer efficace pour entraîner des changements de comportements.

En effet, c'est un moment privilégié entre le prestataire et la mère pour évaluer ses connaissances sur le problème identifié, susciter une prise de conscience et son implication personnelle dans la résolution du problème.

Le prestataire pourra également négocier avec la mère pour motiver un changement de comportement en faveur de la santé du nouveau-né.

2.1.1 Les principes d'une bonne communication interpersonnelle :

Pour créer une ambiance favorable à une bonne communication le Prestataire doit tout d'abord bien accueillir la mère et la mettre en confiance.

L'accueil est très important dans les stratégies de contact en communication. L'environnement devra aussi être discret et confortable pour faciliter la confidentialité.

Créez une atmosphère qui met la mère à l'aise. Asseyez-vous à son niveau et près d'elle pendant l'entretien. Encouragez la mère à parler de ce qu'elle ressent ; montrez par votre voix et vos gestes que vous êtes intéressé. Observez ses gestes (le langage de son corps) et réagissez en conséquence. Evitez les mots qui dénotent un jugement ou échec.

Obtenez des informations de la mère. Qu'est-ce qu'elle a observé ? Qu'est-ce qu'elle a fait ? Recueillez des impressions et des faits. Encouragez-la à parler : répétez ce qu'elle vient de dire ; paraphrasez ; aidez-la à exprimer ce qu'elle ressent ; posez des questions qui n'appellent pas de réponses déterminées à l'avance ; ne posez pas trop de questions directes ; écoutez plus que vous ne parlez ; et veillez à montrer à la mère que vous la trouvez sympathique et que vous l'approuvez.

Donnez des informations à la mère. Déterminez les informations dont elle a besoin. Répondez à ses questions. Ne la submergez pas de renseignements, ne lui donnez pas plus de deux ou trois suggestions à la fois. Présentez-lui plusieurs solutions et laissez-la choisir celle qui lui convient.

Assurez le suivi de la mère. Essayez de savoir si elle peut obtenir l'aide des membres de sa famille ou d'amies. Fixez-lui la date du prochain rendez-vous. Recommandez-lui vivement de vous voir ou de consulter une autre personne qualifiée pour demander de l'aide si elle a des doutes ou des questions.

2.1.2 Obstacles à une bonne communication interpersonnelle:

La communication interpersonnelle peut être altérée par plusieurs facteurs pouvant être reliés soit à la source (émetteur), soit au message, soit au canal de transmission, soit au groupe cible (récepteur) ou soit à des variables environnementales, c'est à dire tout ce qui peut dévier le sens de la communication ou tout ce qui peut nuire à une bonne compréhension du message.

Obstacles liés à la source :

- L'accueil
- Manque de crédibilité, d'assurance et de clarté de l'émetteur
- Non maîtrise du thème et du groupe cible
- Mauvais contact visuel
- Langage intelligible et inapproprié pour l'auditoire

Obstacles liés au message :

- Surcharge du message
- mauvaise formulation
- Message non adapté à la cible (contexte social, statut social, niveau d'instruction de la cible..)

Obstacles liés au canal de transmission :

- ❖ Canal non adapté à la cible
- ❖ Fonctionnalité du canal
- ❖ Mauvaise utilisation du canal
- ❖ Interaction entre plusieurs canal

Obstacles liés au groupe cible :

- Disposition des participants
- Le manque d'homogénéité du groupe (taille du groupe)
- Absence de feed back

2.2 La communication de masse :

La communication de masse peut être définie comme étant l'action de transmettre le message, l'information par le biais des médias de masse telles que la télévision, la radio, la presse écrite, le cinéma, les affiches.

Sa spécificité est de couvrir un espace géographique important et de toucher un public large.

Elle peut être très utile pour faire passer des informations surtout auprès d'une cible dispersée, les médias de masse néanmoins, ne favorisent pas le feedback sauf si l'émission est interactive, élément nécessaire pour permettre un ajustement de la perception, de l'opinion, de l'attitude par ex.

Par ailleurs, plus la capacité de dissémination du médium est grande, moins il est possible de personnaliser le processus de communication.

Le contenu du message reste dans le général, mais ne peut pas refléter les préoccupations personnelles du public, les actions des médias de masse doivent être renforcées par des activités de Communication Interpersonnelle (CIP).

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet communication/ mobilisation sociale de l'intervention SPNN, le principe de l'utilisation d'une radio émettrice itinérante a été retenu. Cette option va permettre d'assurer une couverture effective des zones d'intervention.

Par ailleurs ce format de radio communautaire itinérante favorise une appropriation par les communautés de l'intervention (émission en directe, participation en directe)². En effet le programme d'une radio communautaire est toujours alimentée par les activités qui rythment la vie des membres de la communauté.

2.2.1 Le cinébus et le radiobus

Dans le cadre de l'exécution du plan de mobilisation sociale élaboré par le programme santé périnatale et néonatale, des activités de communication de masse à travers des projections de film ont été programmés dans les sites de l'intervention.

L'objectif général c'est d'atteindre et sensibiliser un grand nombre de personnes de la zone d'intervention par le moyen des films élaborés dans le cadre de l'intervention en SPNN en vue d'un changement de comportements durable au niveau des ménages et des communautés.

D'une manière spécifique, ces activités de communication vont permettre de :
Exposer les mères et les leaders communautaires aux messages clés du programme de santé périnatale et santé néonatale par le biais des films
Rencontrer les imams, chefs de village et présidentes des groupements de femmes pour consolider leurs actions au niveau de leurs villages.
obtenir un auditoire pour un plaidoyer en faveur d'une meilleure prise en charge des nouveau-nés.
susciter la réflexion critique au niveau communautaire sur la gestion des grossesses et des accouchements
consolider les caisses de solidarité pour le transport en urgence et l'achat des médicaments

Les projections vont se passer dans les villages choisis par la communauté selon leur taille, l'existence de structures de santé et l'engagement des présidentes de GPF à sensibiliser et mobiliser ses membres .

A la fin de chaque projection des questions sont posées, des précisions apportées par les relais et matrones.

III. LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE :

On peut avoir plusieurs méthodes et techniques de communication interpersonnelle, mais les plus couramment utilisées surtout dans le cadre de l'intervention en SPNN sont :

L' Entretien individuel/ Visite à domicile intégrée

La Causerie éducative

La démonstration

3.1 L' Entretien individuel :

L'entretien individuel est un contact personnel, un processus par lequel une personne est aidée à exprimer ses problèmes, à identifier les solutions possibles et les conséquences de la décision qu'elle va prendre.

L'entretien ne consiste pas seulement à donner des informations, mais il doit y avoir un dialogue, un échange, une mise en commun qui s'établit entre le prestataire et la mère.

La discussion avec la mère est essentielle pour compléter les informations recueillies.

Pour que les conseils donnés à la mère aient des chances d'être acceptés et suivis par les mères, il est nécessaire d'utiliser des stratégies qui permettent de recueillir suffisamment d'informations pour donner des conseils plus adaptés aux réalités que vit la mère.

03 éléments sont importants dans ce processus :

L'accueil de la mère

L'interrogatoire (où question/réponses),

Les conseils proprement dits.

L'entretien individuel peut aussi se faire sous forme de dialogue confidentiel par exemple dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère Enfant où la mère pourra évaluer le risque de transmission du VIH.

Cet échange lui permettra de surmonter les problèmes et de prendre des décisions personnelles par rapport à sa grossesse, son accouchement et même au type d'allaitement quel devra donner à son enfant.

Après avoir fait le test de dépistage volontaire, la mère sentira le besoin d'être aidé, orienté et surtout mise en confiance ; d'où l'importance de faire un bon counseling pré et post test.

Le conseiller impartial devra être en mesure de l'écouter, le soutenir et le guider dans ces choix et décisions.

En matière de VIH/SIDA, le counseling se fait selon 4 étapes :

établissement d'une relation de confiance (mise en confiance, liberté d'expression ;)
exploration (utiliser des questions ouvertes, langage simple et clair, aider le patient à devenir plus conscient de ses propres sentiments et ses propres comportements qui le mettent à risque) ;
compréhension (vérifier la compréhension du problème, orienter la discussion sur les problèmes prioritaires, bien expliciter le problème) ;
plan d'action (aider le client à connaître et comprendre ses choix ; l'aider à prendre une décision face à un problème, le guider dans le processus de changement de comportement).

3.2 La visite à domicile intégré :

La visite à domicile est une approche de proximité qui permet non seulement un contact direct avec la cible mais aussi de connaître son environnement naturel, son mode de vie, ses préoccupations.

Elle permet aussi le suivi des conseils donnés à la mère et la présence du prestataire à son domicile peut être vue comme preuve d'engagement et d'intérêt. La confiance ne pourra que mieux s'établir.

Cependant, en matière de VIH/SIDA elle peut comporter certains risques liés notamment à la non confidentialité de la discussion et aux rumeurs que peuvent susciter cette visite.

Les visites à domicile peuvent être une continuation du counseling dans la mesure où elles peuvent servir de complément d'information ou de meilleure compréhension du client et de ses problèmes qui peuvent découler de son environnement.

La visite à domicile intégrée peut se faire d'une manière régulière où périodique au

domicile de la mère. Elle vise à :

Renforcer les connaissances acquises par les mères

Vérifier l'application des conseils donnés

Identifier les problèmes de santé en rapport avec la mère et/ou l'enfant

Suivre la femme enceinte pour le respect des CPN et le suivi adéquat du nouveau-né.

La visite à domicile doit être planifiée en fonction du thème et des objectifs de la visite, mais surtout en tenant compte aussi de la disponibilité des mères.

3.3 La causerie éducative :

La causerie éducative est un échange interactif entre un prestataire et un groupe de participants sur un sujet donné en vue d'une meilleure information, éducation et sensibilisation des populations cibles sur un problème de santé.

Elles consistent en une réunion de participants pour parler d'un sujet donné, d'un problème ou échanger des opinions et des expériences personnelles.

Les avantages d'une causerie éducative c'est qu'en plus de donner des informations sur un thème précis, il permet d'aider les cibles ayant le même problème de partager leurs expériences et de se soutenir mutuellement dans leur prise de décision.

La causerie éducative doit permettre :

- La participation active des membres du groupe
- La confrontation active des points de vue et les remises en question personnelle
- La participation de chacun à la recherche de solutions par rapport au problème
- La conformité morale des solutions choisies et qui permettent de consolider les nouvelles attitudes.

L'on distingue généralement 04 étapes chronologiques d'une bonne causerie :

- Le choix du thème
- La préparation de la causerie
- La causerie proprement dite
- L'évaluation de la causerie

Pour mener une bonne causerie, le prestataire doit :

- Respecter la taille du groupe (12 à 20 personnes)
- Limiter la durée de la causerie (15 à 20 mn)
- Utiliser des aides visuelles appropriés pour une meilleure compréhension des messages.
- Veiller à l'homogénéité de la cible

Pour un bon déroulement de la séance, le prestataire doit :

- Bien accueillir et saluer les participants
- Bien introduire le thème de la causerie

- Identifier les problèmes relatifs au sujet
- Rechercher avec les participants les causes du problème
- Demander aux participants les solutions possibles
- Compléter les informations en utilisant les aides visuelles
- Eveiller l'intérêt et l'attention des mères
- Encourager les participants à poser des questions
- Poser des questions pour tester la compréhension des participants
- Récapituler les points essentiels retenus
- Adapter le message par rapport à la situation
- Remercier les mères et donner des informations sur la prochaine causerie (lieu, date, thème, heure).

3.4 La démonstration :

La démonstration est un moyen de communication très important, elle permet de montrer et d'expliquer les bons gestes pour une prise en charge adéquate des soins du nouveau-né.

Les participants apprennent en pratiquant par des jeux de rôles, des simulations, l'objectif final c'est de permettre à la mère de maîtriser le paquet de soins essentiels du nouveau-né.

La démonstration exige une bonne préparation, le prestataire doit faire une démonstration à l'avance en vue de permettre aux participants de mieux comprendre l'intérêt d'une bonne pratique.

Le prestataire devra aussi veiller aux facteurs extérieurs qui peuvent affecter l'activité.

Dans le cadre de l'intervention en SPNN, la démonstration consiste à montrer aux mères comment mener les soins du cordon, la bonne position pour allaiter...

Les principes à suivre pour une bonne démonstration :

- Bien installer les mères de manière à ce que chacune puisse observer
- Expliquer aux mères les buts et objectifs de la démonstration
- Permettre aux mères d'être actifs et participatifs
- Faire des jeux de rôle et des simulations

IV. LES SUPPORTS AUDIO-VISUELS :

Les supports audio-visuels sont un ensemble de moyens qui utilisent le son, l'image et parfois le toucher pour illustrer, renforcer ou concrétiser ce qui est dit « par la parole ». Ils permettent d'améliorer la communication en renforçant les messages verbaux par une illustration.

Plusieurs types de supports audiovisuels sont utilisés, ils sont variables selon le thème, la population cible et les possibilités techniques de leur utilisation en fonction du milieu.

Ainsi selon le contexte, les moyens audiovisuels utilisés en IEC vont des affiches

imaginées, graphiques ou portant des slogans jusqu'aux vidéo cassettes en passant par les diapositives.

Toutefois, dans le cadre de l'intervention en SPNN, les moyens les plus utilisés sont :

Des cartes conseils

Des affiches imaginées

Des brochures et dépliants illustrés sur divers thèmes

Des cassettes audio et vidéo

4.1 La carte conseil :

La carte conseil est un support qui facilite la communication interpersonnelle (face à face avec une personne ou un groupe restreint).

Elle sert :

- à renforcer un message verbal avec une image d'une personne en train de faire une activité (de santé à promouvoir)
- à renforcer un message verbal avec une situation habituellement correcte ou incorrecte dans divers domaines.
- Aider à guider les conseils en tête-à-tête ou en groupe en très peu de temps

Avantages de la carte conseil :

La carte conseil est une manière, une possibilité interactive de promouvoir de petites actions réalisables

Chaque carte conseil développe une action spécifique. Les messages et les informations complémentaires se trouvent au dos des cartes pour aider à engager les discussions.

Maniabilité et facilité des cartes ; les cartes conseils sont faciles d'utilisation ; elles sont individualisées : séparées les unes des autres, constituent des blocs autonomes ; elles peuvent être combinées selon les thèmes à aborder par les utilisateurs.

Conseils pour une bonne utilisation des cartes conseils :

- Bien connaître la cible à laquelle on s'adresse
 - Bien connaître les besoins de la cible en informations (dans le domaine considéré)
 - Bien connaître et bien maîtriser le contenu des cartes conseils(ceci exige une bonne préparation)
 - Sélectionner la ou les cartes qui répondent aux besoins de la cible
 - Bien installer la ou les cibles
 - S'assurer que la carte est visible par tous
 - Faire face à la cible (une ou deux personnes) ou s'installer dans un cercle (petit groupe, moins de 10 personnes)
 - Faire son introduction par l'image et/ou la parole
- Développer chaque thème en montrant carte par carte et en racontant dans vos propres mots l'histoire indiquée sur le verso de la carte.
- En utilisant le guide au verso, inciter les discussions en posant des questions sur l'histoire en relation avec les réalités de la cible.

Proposer/suggérer à la cible d'élaborer un ou deux conseils pour des mères dans les mêmes situations (en se référant aux messages-clés au verso de la carte).
Vérifier la compréhension du groupe en posant des questions sur le contenu du thème exposé.

Durée de la discussion :

15 minutes pour une session de conseils individuels sur un seul thème

15 à 30 minutes pour un Les mettre dans les lieux publics, par exemple les bureaux, les centres de santé, les marchés, etc groupe sur un seul thème.

4.2. Les affiches imagées :

Tenir compte parfois des endroits autorisés pour affichage,

Bien fixer l'affiche qui ne doit pas être déchirée, ni flotter dans le vent

L'affiche utilisée pour stimuler une discussion de groupe doit être bien visible

4.3. Les cassettes audio et vidéo :

Les cassettes audio et vidéo sont des supports sonores et visuels sur lequel on peut enregistrer un ou des messages que l'on peut écouter et réécouter à volonté.

Les cassettes audio et vidéo sont destinées à être écoutées ou diffusées :

Avant ou après une causerie

Lors de journée de mobilisation sociale pendant les radios crochets

Dans les structures sanitaires

La durée des cassettes est variable. Cependant celles qui sont destinées aux messages éducatifs dépassent rarement 30 minutes.

Elles servent à :

Écouter et mieux comprendre un ou des messages, chansons ou autres sons pouvant porter sur une activité de santé à promouvoir.

Donner ou renforcer un ou plusieurs messages avec un son/ voix d'une personne qui fait une activité de santé à promouvoir pour un changement de comportement.

Renforcer un message verbal en relation avec une situation habituellement correcte ou incorrecte dans divers domaines.

Aider à guider les conseils en face à face ou en groupe restreint.

Chapitre 12

Systeme d'information en santé périnatale et néonatale

- **Les indicateurs en santé périnatale et néonatale**
- **La collecte de l'information en santé périnatale et néonatale**

LE SYSTEME D'INFORMATION EN SANTE PERINATALE ET NEONATALE

12.1 GENERALITES SUR LE SYSTEME D'INFORMATION

1.1 Définition du système d'information

Le système d'information est un processus permettant de recueillir toutes les informations relatives au programme au niveau de chaque composante du système et les analyser avant de les envoyer à l'échelon supérieur.

1.2 Importance du système d'information

C'est un système qui a pour objet de collecter et rapporter l'information sur l'ensemble du programme et permettant aux différents acteurs de planifier, contrôler et d'évaluer les opérations et performances de l'ensemble du programme. L'importance d'un système réside au fait qu'il permet de suivre toutes les activités menées dans le cadre du programme, de les interpréter et de prendre une décision.

1.3 Les composantes du système d'information

Ce système comporte :

Le niveau communautaire

Ce niveau est constitué par les familles ou l'ensembles des activités réalisées par les membres de la famille, par les notables dont les chefs de villages, par les accoucheuses traditionnelles et par les matrones et relais de la case de santé. Chaque case de santé doit organiser une réunion de consensus afin de déterminer la meilleure stratégie de documentation des activités réalisées à ce niveau. En d'autres termes, il doit exister un lien entre ces différents acteurs de manière à faire parvenir l'ensemble des informations au niveau de la case de santé

Le poste de santé

Ce niveau doit recevoir l'ensemble des informations provenant des cases de santé de façon mensuelle. Il doit faire la synthèse de ces données et celles recueillies au niveau de la zone couverte par le poste.

Le centre de santé

A ce niveau se fera la synthèse des données provenant des postes de santé et celles du centre de santé.

Le niveau régional

Le niveau national

12.2 LES INDICATEURS EN SANTE PERINATALE ET NEONATALE

- Nombre d'accouchements effectués par un personnel qualifié
- Nombre d'accouchements effectués par les matrones
- Nombre d'accouchements effectués au niveau des structures de santé
- Nombre de morts - nés frais
- Nombre de morts -nés macérés
- Nombre de décès de 0 à 7 jours au niveau des structures de santé
- Nombre de décès de 8 à 28 jours au niveau des structures de santé
- Nombre de nouveau nés de poids faible
- Nombre de nouveau -nés référés
- Nombre de nouveau –nés asphyxiés (absence de cri) à la naissance
- Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié au mois une visite dans la 1ère semaine de vie par un personnel qualifié

12.3 LA COLLECTE DE L'INFORMATION EN SANTE PERINATALE ET NEONATALE

3.1 Méthodologie et outils de collecte

3.1.1 Recueil des données au niveau des structures de santé

Le recueil des données se fera à tous les niveaux à la fin de chaque mois sous forme de rapports et transmises à l'échelon supérieur. Ce rapport devra comporter l'ensemble des indicateurs de processus et de résultat du programme en santé périnatale et néonatale. Il est important d'ajouter les modifications nécessaires pour documenter les informations au niveau des supports de collecte existants (cf. annexes).

Pour le Centre de santé et poste de santé

- Registre accouchement
- Registre CPN
- Cahier d'évacuation ou de référence
- Registre post- natale
- Rapport supervision district
- Rapport supervision

Pour la Case de santé

- Registre ou cahier accouchement
- Cahier d'évacuation ou de référence
- Registre de décès incluant les morts nés

Les indicateurs collectés sont les suivants : nombre de grossesses référées, nombre d'accouchements effectués, nombre d'accouchements référés, nombre de nouveau-nés référés, nombre de décès 1-7 jours, nombre de décès 8 jours- 1 mois, nombre de nouveau-nés vivants, nombre de nouveau-nés de faible poids de naissance (FPN).

3.1.2 Enquêtes d'évaluation rapide

Ces enquêtes d'évaluation rapide devront déterminer les résultats de l'intervention au niveau des populations. Les indicateurs suivants seront documentés :

➤ Connaissance des mères

- Signes de danger de la grossesse
- Les manières de planifier l'accouchement (identification du lieu d'accouchement avec le prestataire, préparation des 5 pagnes propres, garder de l'argent pour faire face aux urgences)
- Signes de danger du nouveau-né
- Maintien de la température
- Les soins du cordon
- Mise au sein précoce et allaitement maternel exclusif

➤ Pratiques des mères

- Lieu d'accouchement
- Préparations pour l'accouchement (garder l'argent, 5 pagnes, savon, identification d'un moyen de transport)
- Soins du cordon : garder le cordon propre et sec jusqu'à cicatrisation
- La manière d'allaiter : Mise au sein précoce et allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
- Recours aux soins en cas de signes de danger

Chapitre 13

Supervision en santé périnatale et néonatale

- **Généralités sur la supervision**
- **Les outils de supervision en SPNN**

LA SUPERVISION EN SANTE PERINATALE ET NEONATALE

13.1 GENERALITES SUR LA SUPERVISION

La réduction de la mortalité néonatale passe par un travail d'équipe impliquant aussi bien les prestataires de santé que les membres de la communauté : en effet, nous avons vu que la plupart des accouchements se font à domicile ainsi que la plupart des soins aux nouveau-nés. Le personnel de santé doit donc former une équipe solidaire et polyvalente et le prestataire ne devrait pas se limiter à la supervision du personnel de la structure de santé, mais aussi, par extension, surveiller les activités des matrones des cases, des relais, et même des autres membres des familles et de la communauté. Un suivi permanent des activités est nécessaire pour garantir la qualité des services offerts aux nouveau-nés.

- **OBJECTIFS**

- **L'auto évaluation de la qualité des services offerts**

- L'identification des problèmes
 - L'établissement des priorités parmi les problèmes
 - L'élaboration des plans d'action comprenant les problèmes identifiés, les solutions envisagées, et les personnes chargées du suivi
 - La mise en œuvre des solutions préconisées
 - L'évaluation des résultats.

- **La facilitation des personnes supervisées**

- . Elle aura comme objectifs au moins :

- La formation et le recyclage continues du personnel suivant les niveaux de compétences constatés
 - L'amélioration des conditions de travail
 - La motivation, l'encouragement, et le soutien des prestataires.

- **BASES DE LA SUPERVISION**

La supervision devrait se baser sur :

- Une bonne communication interpersonnelle entre le superviseur et les personnes qu'il supervise
- La familiarité du superviseur avec les conditions du travail et les tâches des personnes qu'il supervise
- La familiarité du superviseur avec les ressources disponibles pour résoudre les problèmes

- **METHODES**

La supervision sera à la fois directe et indirecte.

- **La supervision directe**

La supervision directe se fait quand le superviseur se déplace pour visiter les personnes qu'il supervise ou quand ces personnes viennent le voir. Cela peut être par exemple quand l'ICP fait la visite quotidienne de la salle d'accouchement, de la salle des accouchées et des nouveau-nés ou de la pédiatrie ou les nouveau-nés malades sont hospitalisés. Cela peut être aussi quand l'ICP rencontre les matrones communautaires, les accoucheuses traditionnelles, et les autres agents communautaires au cours de la Stratégie Avancée.

Au niveau de la communauté, la supervision se fait aussi pendant les entretiens avec les parents quand l'ICP interroge, écoute, encourage, et donne des conseils aux mères et aux autres membres des familles qui soignent les nouveau-nés dans les foyers.

- **La supervision indirecte**

La supervision indirecte se fait par l'exploitation des rapports, des résumés du système d'information sanitaire, et dans les réunions régulières de coordination. Au cours de la supervision indirecte, le superviseur pourra identifier les problèmes et les accomplissements de son équipe.

- **CALENDRIER DES VISITES DE SUPERVISION**

Le Ministère de la Santé a établi ce calendrier pour la périodicité des visites de supervision du personnel sanitaire :

Niveau	Case de Santé	Poste de Santé	District	Région
Périodicité de la Supervision	Tous les mois	Au moins tous les 2 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
Superviseurs	ICP	Equipe cadre de district	Equipe cadre régionale	Equipe nationale

2 - LES OUTILS DE SUPERVISION

Le superviseur devrait utiliser les outils suivants :

- Des grilles de supervision pour les conditions du travail, les connaissances et aptitudes du personnel
- La description des postes des différentes catégories du personnel supervisé
- Les standards et procédures des services.

ANNEXES

ANNEXE A- PAQUET DE SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NE

Avant conception
<ul style="list-style-type: none">▪ Soins appropriés aux jeunes femmes, y compris l'alimentation, l'éducation et les soins de santé.▪ Vaccination, y compris le vaccin anti-tétanique.▪ Supplémentation en acide folique au besoin▪ Espacement des naissances▪ Prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST)▪ Lutte contre l'abus de substances, y compris lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
Période prénatale (pendant la grossesse)
<ul style="list-style-type: none">▪ Au moins quatre visites prénatales, avec l'accent mis sur des soins prénatals ciblés ou focalisés▪ Vaccination anti-tétanique▪ Fer et acide folique▪ Régime alimentaire adéquat et repos supplémentaire▪ Consommation de sel iodé par la famille▪ Prévention du paludisme<ul style="list-style-type: none">○ la mère suit une thérapie préventive intermittente contre le palu○ Détection et traitement des MST telles que la syphilis et la gonococcie▪ Interventions VIH/SIDA, y compris conseils et tests volontaires▪ Préparation à la naissance :<ul style="list-style-type: none">○ Détermination du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé○ Matériels clés pour un accouchement propre : 5 linges propres ,savon○ Garder de l'argent pour soins et urgences○ Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence○ Détection précoce des problèmes ou des cas urgents pour la mère et recherche de soins appropriés vers un centre adapté (référence)
Lors de la naissance et immédiatement après (jusqu'à 6 heures)
<ul style="list-style-type: none">▪ Accoucheur/se qualifié(e) respectant les pratiques d'accouchement propre , dans un environnement favorable (compétences, équipements, matériels et structures de référence adaptées)▪ Mise en œuvre des principes de la stratégie de prévention de la transmission mère à enfant (PTME) du VIH/SIDA pour le nourrisson et le prestataire de soins▪ Détection des problèmes et des situations d'urgence pour la mère et référence et recherche de soins adaptées▪ Soins essentiels du nouveau-né:<ul style="list-style-type: none">○ Soins préventifs :propreté et prévention des infections mise au sein précoce dans la demi heure , maintien de la température (assurer les mesures de protection thermique), soins du cordon ombilical, soins des yeux. Réanimation des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance○ Soins complémentaires pour les nouveau-nés de faible poids○ Vitamine K oral systématique surtout chez le FPN et nouveau-né asphyxie▪ Détection, référence et recherche de soins pour les nourrissons présentant des signes de danger

Période postnatale

- Consultations de la mère et de l'enfant au cours de la première semaine, et suivi selon besoins
- Soins essentiels préventifs continus aux nouveau-nés , y compris assistance à l'allaitement exclusif à la demande, maintien de la température, soins du cordon ombilical, Vaccinations etc.
- Application continue des activités de prévention de transmission de la mère à l'enfant (PTME), y compris l'alimentation et autres assistances telles que la thérapie antirétrovirale, le conseil et l'alimentation
- **Conseils en planning familial** et prévention et traitement des MST telles que la syphilis et la gonococcie
- Conseils en alimentation , Vitamine A postnatale pour la mère et utilisation continue de fer et d'acide folique pendant 2 mois , utilisation de moustiquaires imprégnées
- Détection de signes de danger et référence et recherche de soins adéquats
- Détection de problèmes mineurs, traitement local si nécessaire, et suivi et référence pour :
 - conjonctivite
 - infection ombilicale mineure
 - pyodermite ou infection cutanée
 - muguet
 - ictère
 - malformations
- nouveau-nés à problèmes (VIH, Tuberculose, Syphilis)

ANNEXE B

LISTE DU MATERIEL POUR LES SOINS DU NOUVEAU -NE A L'ACCOUCHEMENT

Vérifier la disponibilité et ou la fonctionnalité de ce matériel chaque matin

SALLE D'ACCOUCHEMENT	
MATERIEL POUR PI	<ul style="list-style-type: none">• Savon• Eau propre• Serviette propre pour les mains• Désinfectants: hypochlorite de sodium, eau de javel• Sceaux de décontamination avec une me surette/ tasse• Equipement pour stérilisation ou DHN: autoclave ou poupinel• bonbonne de gaz et cocotte ou marmite réservée à cet effet• Solution de décontamination• Boîte a tranchants,• Poubelle à pédale couverte de sachet plastique propre
Table/rayon	<ul style="list-style-type: none">• Tensiomètre• Stéthoscope médical• Stéthoscope obstétrical• Thermomètre adulte• Ruban Métrique• Registre d'accouchement• Cahier de garde• Partographes• Cartes conseils
Matériel stérile	<ul style="list-style-type: none">• Boîtes d'accouchement stériles avec• Pincés stériles• Ciseaux stériles• Clamp de bar stérile• Lames de bistouri stériles• Gants stériles

Matériel propre	<ul style="list-style-type: none"> • Argyrol collyre ou Antibiotique (Gentamicine collyre ou tétracycline1% ou auréomycine 1% ou érythromycine 0,5%.) • Alcool • Bétadine gynécologique • Thermomètre • Gants propres / Gants stériles • Doigtiers • Brassard d'identification du nouveau-né
Coin de Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Table chauffante • Sondes d'aspiration (# 8 et #10) • Aspirateur manuel ou électrique • Ballon de ventilation auto-gonflable (tester le ballon) • Masques faciaux n° 00 pour nouveau-né de faible poids, n° 01 pour nouveau-né normal • Serviettes propres au moins 3 <ul style="list-style-type: none"> • Pèse-bébé,
Placard de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamine K • Gentamicine IV • Ampicilline IV • Eau distillée pour injection • Seringues 1 ml, 2 ml, 5 ml
Sur le mur	<ul style="list-style-type: none"> • Horloge avec trotteuse • Liste des équipements • Horaire/Liste de garde • Liste des numéros de téléphone du personnel • Affiche petits poids a la naissance • Affiche réanimation • Affiche prévention contre infections
<i>Articles divers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Lampe à pétrole/ torche/ bougies/Allumettes

ANNEXE C- LISTE DES INDICATEURS DE PROCESSUS EN SANTE PERINATALE ET NEONATALE

Indicateurs	<i>Modifications nécessaires</i>	<i>Sources de données</i>
1. Pourcentage accouchements assistés par les personnes qualifiées (Médecin, Sage-femme, Infirmier) <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé 	Initiaux de l' accoucheur après colonne observations au niveau du registre des acchmnts intégrer données dans support rapport district	Registre accouchement
2. Pourcentage d'accouchements effectués par les matrones <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé • Cases de santé 		Registre accouchement Rapport des postes Rapport des cases
3. Pourcentage accouchement effectués dans les structures <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé • Cases de santé 	Documentation du nombre attendu au niveau de la zone de couverture du poste et du centre de santé	Registre accouchement Rapport des postes Rapport des cases
4. nombre de nouveau- nés référés <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé • Cases de santé 	Effort de documentation des références des nouveau- nés malades	Registre CPC/ PCIME Cahier d' évacuation
5. Pourcentage de nouveau - nés ayant bénéficié au moins d'un suivi dans la 1ère semaine	Documentation par l'ICP et Sage-femme Ajouter la date de consultation	Registre post- natale Registre CPC/PCIME

6. Nombre morts- nés frais	Insister pendant la formation sur la collecte	Registre accouchement
7. Nombre morts- nés macérés	Insister pendant la formation sur la collecte	Registre accouchement
8. Nombre décès 0 - 7 jours au niveau structures <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé • Cases de santé 	Ajouter 1 colonne décès 1- 7 j (observations) Le baptême peut être considéré comme repère	Registre accouchement Registre des décès
9. Nombre décès 8 jours- 28 jours au niveau structures <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé • Cases de santé 		Registre de consultation post-natal Registre des décès
10. Nombre de nouveau- nés de poids faible <ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Postes de santé • Cases de santé 	Insister sur la pesée à la naissance et documenter en rouge les faibles poids	Registre accouchement

Exemple Mode de calcul de certains indicateurs

Indicateurs	Numérateurs	Dénominateurs
Pourcentage accouchements assistés / personnes qualifiées	Nombre accouchements assistés / personnes qualifiées	Nombre total accouchements
Pourcentage d'accouchements effectués par les matrones	Nombre d'accouchements effectués par les matrones	Nombre total accouchements
Pourcentage accouchement effectués dans les structures	Nombre accouchement effectués dans les structures	Nombre total d'accouchements prévu
Pourcentage de nouveau – nés ayant bénéficié au moins d'une visite dans la 1ère semaine	Nombre de nouveau – nés ayant bénéficié au moins d'un examen dans la 1ère semaine	Nombre de naissances vivantes

ANNEXE D : LISTE MEDICAMENTS UTILISES CHEZ LE NOUVEAU-NE

N°	MEDICAMENTS	PRESENTATION	VOIE D'ADMINISTRATION	DOSE/mg/j	Dose moyenne par prise pour un bébé normal	Nbre de prise/j
1	Amoxicilline 125 mg	Sirop 125mg/5ml	oral	50mg/kg	3ml	2
2	Amoxicilline 250 mg	Sirop 250mg/5ml	oral	50mg/kg	1,5ml	2
3.	Cloxacilline 125mg	Sirop 125mg/5ml	oral	50mg/kg	3ml	2
4	Oxacilline 250mg	Sirop 250mg/5ml	oral	50mg/kg	1,5ml	2
5	cotrimoxazole	Sirop 40mg trimeto prime + 200mg de sulfametoxazole/5ml	oral	40mg de sulfametoxa/kg	1,25ml	2
6	ampicilline 0.5et1g	Flacon de 0.5g ajouter 2ml d'eau stérile[0.1 ml / 25mg Flacon de 1g ajouter 4 ml d'eau stérile[0.1ml/25mg]	IM	100mg/kg	150mg	2
7	Gentalline 10 et 80mg	10mg/ml 80mg/2ml[ajouter 6ml d'eau distillée = 10mg/ml]	IM	2,5mg/kg	0,4ml	2
8	Mycostatine	Flacon de 24ml 1ml=100.000ui	oral		1-2gouttes dans la bouche Si infection sévère donner par voie orale Pour bébé a terme 100000ui 4 fois par jour Pour le prématuré 50.000ui[0.5ml]4fois/jour	
9	Auréomycine 1% Tétracycline 1%	Tube 5g	oculaire		Appliquer x 2 à 3 fois pendant 1 semaine	2 à3 fois
10	Argyrol 1%	Gouttes oculaires	oculaire		Prophylactique 1 goutte dans chaque œil dans l'heure qui suit l'accouchement.	unique

11	Adrénaline ¹	Ampoule de 1ml	Iv[préparer la dilution 1/10000]	0.1-0.3ml/kg	Prendre 0.5ml. dans une seringue de 5ml ajouter 4.5ml d'eau distillée	Dose unique
12	Bicarbonate de sodium 4.2% ²	0,5meq/ml ampoule10-20ml	iv		10ml+10ml eau distillée ou SGI5%.Injecter en2minutes lentement dans la veine ombilicale	Dose unique
13	Vitamine k1	1 ampoule 10mg/1ml	IM		1 mg pour bébé normal 0,5mg pour bébé de faible poids	Dose unique

NB ;dans les 2 premières semaines les antibiotiques sont administrés 2fois/jours. Après les 15 jours le nombre de prises selon le médicament est de 3-4fois /jour.

¹ Utilise en même temps que le massage cardiaque en cas de bradycardie sévère ou arrêt cardiaque

² administre seulement en cas d'acidose confirmée.

ANNEXE E : Les Comportements familiaux importants en santé périnatale et néonatale

- 1- La femme enceinte reçoit les doses appropriées de vaccin anti- tétanique.
- 2- La femme enceinte trouve un relais ou un autre agent de santé dès le début de la grossesse pour se procurer du fer et de l'acide folique qu'elle doit consommer pendant sa grossesse et jusqu'à 2 mois après l'accouchement.
- 3- La femme enceinte trouve un autre agent de santé à partir du 4^{ème} mois pour la première dose de SP en traitement directement observable pour la prévention contre le paludisme.
- 4- La mère dort sous une moustiquaire imprégnée pendant la grossesse et après la naissance avec le bébé se protéger contre le paludisme.
- 5- La mère/famille utilise du sel iodé dans la préparation des repas familiaux.
- 6- Pendant la grossesse, la mère/ la famille identifie, avec l'agent de santé le lieu pour son accouchement.
- 7- La femme enceinte qui a un facteur morbide identifié par l'agent de santé planifie son accouchement au centre de santé ou au niveau du centre de référence du niveau supérieur (Hôpital) approprié.
- 8- La mère/famille prépare le matériel pour l'accouchement :
 - o Du savon
 - o Au moins cinq linges propres lavés et séchés au soleil
- 9- La mère/famille planifie les ressources pour les urgences et le transport.
- 10- A la naissance et après la naissance, la mère/ famille assure que la température du nouveau-né est maintenue de la façon suivante :
 - Sécher le bébé avec un linge propre aussitôt après la naissance.
 - Couvrir le bébé, y compris la tête, avec des linges propres et secs.
 - Placer le bébé à côté de la mère.
 - Retarder le premier bain du bébé au moins de 6 heures.
 - Vérifier que l'enfant maintient effectivement la température en cherchant si le ventre, les mains et les pieds ont une chaleur normale.
- 11- La mère allaite son nouveau-né dans la demi-heure après la naissance sans lui donner aucun autre liquide.
- 12- La mère allaite l'enfant exclusivement au sein, à sa demande, de jour comme de nuit, au moins 10 fois par jour (24 h)
- 13- La mère/famille garde le cordon propre et sec sans y appliquer de l'argile ou aucun autre produit similaire jusqu'à cicatrisation.
- 14- La mère/famille prodigue les soins par l'agent de santé pour le bébé de faible poids à la naissance tels que le garder plus au chaud par le contact de la peau si nécessaire, et l'allaiter le plus fréquemment possible.
- 15- La mère/famille fait vacciner son enfant à la naissance contre les maladies cibles suivant le calendrier vaccinal.
- 16- La mère prend la dose nécessaire de vitamine A dans les 42 jours suivant l'accouchement
- 17- La mère/famille emmène le nouveau-né à la structure de santé appropriée dès l'apparition d'un seul des signes de danger suivants :

- Le nouveau-né tète peu ou ne tète pas ;
- Inactivité ;
- La respiration est rapide, s'accompagne d'un tirage intercostal ou geignement ;
- Le corps est excessivement froid ou chaud.
- La base du cordon ombilical est rouge, enflée, a un écoulement de pus ou une odeur fétide ;
- Vomissements persistants/ventre gonflé
- Convulsions

Remarque : Au cas où il serait difficile d'identifier autant de signes de danger, considérez les cinq premiers comme prioritaires.

BIBLIOGRAPHIE

Mother-Baby package : Implementing Safe Motherhood in Countries, World Health Organization, Geneva, 1994.

Buffington, Sandra, Life-Saving Skills Manual for Midwives (third edition), American College of Nurse-Midwives, Washington, D.C., 1999.

Chalmers, Beverley, Peat, A., Porter, R., Sherratt, D., and Tucker, C., Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999

Department of Reproductive Health and Research, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Strategy, World Health Organization Project, World Health Organization, Geneva, 2000.

Department of Reproductive Health and Research, Thermal Protection of the Newborn : a practical guide, World health Organization, Geneva, 1997.

Division Santé SIDA/IST, Document de référence de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME), Direction de la Santé, Ministère de la Santé, Dakar, Avril 2005.
Lawn, Joy, McCarthy, B.J., and Ross, S.R., The Halthy Newborn, A Reference manual for Program Managers, CARE and CDC, Atlanta, GA, 2001(?)

Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Basic Newborn Resuscitation : a practical guide, World Health Organization Division of Reproductive Health, Geneva, 1998.

Narayanan, Indira, « Assessment of Maturity of Newborn Infants in the Community », Annals of Tropical Paediatrics, 1990, 10, 227-228.

Ross, Susan Rae, Training Guide (draft), CARE, Atlanta, GA, 2002.

Service National de la Santé de la Reproduction, Politique et normes des services de santé de la reproduction, Direction de la Santé, Ministère de la Santé, Dakar, 2000.

Service National de la Santé de la Réprocuton, Protocoles des services de santé de la reproduction, Direction de la Santé, Ministère de la Santé, Dakar, 2000.

WHO Collaborating Center for Maternal and Child Health, Trieste, Essential Newborn Care and Breastfeeding, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.

WHO Collaborating Center for Maternal and Child Health, Trieste, Essential Newborn Care and Breastfeeding Annexes, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.

FHI FAMILY HEALTH INTERNATIONAL: Allaitement maternel comme méthode de planification familiale. Lancet 2 (8621 :1204 ,1998 .

*Research Triangle Parck , NC 27709 USA

