

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA

Tanindrazana – Fahafahana – Fandrosoana

SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU - NE

Manuel de référence

Année 2008



REMERCIEMENTS

Madagascar par le biais du Ministère de la Santé remercie les auteurs des différents documents qui ont été utilisés pour adapter ce manuel sur les soins essentiels au nouveau – né :

- Les documents génériques de BASICS
- Les documents de Mali
- Les documents de Sénégal
- Les documents de l’OMS
- Les normes et standards en Maternité Sans Risque de Madagascar

CONTRIBUTEURS

A. MINISTERE DE LA SANTE ET DU PLANNING FAMILIAL

1. Andrianarivony Osé
2. Vony soa Hanitra Harimanana
3. Raharintsoa Toandromalala Jeaninne
4. Ramahavonjy Voahangy
5. Rasamiarisoa Francine
6. Raminosoa
7. Raharimalala Albertine
8. Randriamanana Clarisse

B. USAID/BASICS:

1. Indira Narayanan
Sr. Technical Advisor, Newborn Health
2. Goldy Mazia
Technical Officer, Newborn Health
3. Rakotovao Jean Pierre
Madagascar Coordinator, Newborn Health

C. PARTENAIRES

1. Rakotondrafara Norolalao
Unicef Madagascar
2. Razafimanantsoa Nelson
MCDI
3. Rakotomalala Jean Claude
ASOS
4. Ratsimandresy Rova - Randriamanga René
PSI

SOMMAIRE

I.	LA SURVIE DU NOUVEAU – NE	10
A.	Contexte	10
B.	Les composantes du paquet de soins essentiels du nouveau-né.....	11
II.	INTERVENTIONS CHEZ LA MÈRE QUI AMÉLIORENT LA SURVIE DE L'ENFANT	13
A.	PENDANT LA GROSSESSE	13
B.	PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT.....	16
III.	PRÉVENTION DES INFECTIONS	20
A.	Définitions	20
B.	La prévention des infections	21
C.	Lavage des mains.....	21
D.	Utilisation des Gants.....	22
E.	Équipements de protection (EP)	24
F.	Manipulation d'instruments piquants ou tranchants et d'aiguilles	25
G.	Prévention des éclaboussures de sang ou de liquide corporel	27
H.	Élimination des déchets.....	27
I.	Traitement des instruments	28
IV.	SOINS NEONATALS A DISPENSER IMMEDIATEMENT APRES LA NAISSANCE	33
A.	INTRODUCTION	33
B.	PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE	33
V.	SOINS AU NOUVEAU-NÉ A LA NAISSANCE	34
A.	En général.....	34
B.	Si la mère est séropositive.....	35
VI.	SOINS CONTINUS AU NOUVEAU-NÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE DANS LA SALLE D'ACCOUCHEMENT / DURANT LA PREMIÈRE HEURE APRÈS LA NAISSANCE	35
A.	Examiner le nouveau - né	35
B.	Soins usuels pour le nouveau - né (si cela n'a pas été fait plus tôt).....	36
C.	Conseiller la mère en ce qui concerne le nouveau - né.....	38
D.	Consultation additionnelle si la mère est séropositive :	40
VII.	RÉANIMATION NÉONATALE	40
A.	Généralités	40
B.	Causes de l'asphyxie à la naissance.....	41
C.	Préparation pour la réanimation.....	41
D.	Évaluation du bébé présentant une asphyxie à la naissance	42

E.	Étapes de la réanimation.....	42
VIII.	EXAMEN SYSTÉMATIQUE DU NOUVEAU –NE	47
A.	Moment de l'évaluation	47
B.	Préparation.....	47
C.	Interrogez la mère/ la famille sur :	47
D.	Évaluez la présence de signes de danger	47
E.	Pesez le bébé.....	48
F.	En général, on examine les nouveaux nés de la tête aux pieds et d'avant en arrière	48
G.	Conseiller la mère/ la famille.....	51
IX.	ALLAITEMENT MATERNEL	52
A.	Avantages de l'allaitement maternel	52
B.	Aider la mère à donner le sein	52
C.	Conseiller la mère sur les points suivants	54
D.	Problèmes d'allaitement maternel.....	55
E.	Allaitement maternel dans le cas de jumeaux	58
F.	Expression du Lait maternel	58
X.	SOINS A LA VISITE DU POST PARTUM OU POST NATALE	60
A.	Informations générales.....	60
B.	Équipement et fournitures pour la première consultation.....	60
C.	Évaluation du nouveau-né.....	61
D.	Soins à donner	62
E.	Conseils pour la mère/la famille.....	62
F.	Si l'on sait que la mère est séropositive	63
XI.	PROBLÈMES DU NOUVEAU – NE	64
A.	Généralités	64
B.	Moment où les infections se produisent.....	64
C.	Types d'infection	65
D.	Problèmes et défis.....	65
E.	SEPSIS	66
F.	Infections mineures.....	68
G.	Soins de suivi	70
H.	Référence et transport des nouveau-nés malades	71
XII.	PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU - NE DE PPN/MÉTHODE KANGOUROU.....	72
A.	Identification des nouveau-nés de petit poids de naissance	72

B.	Caractéristiques de la prématurité.....	72
C.	Caractéristiques du retard de croissance intra-utérine (RCIU) chez les bébés matures.....	73
D.	Problèmes avec les nouveau – nés PPN	73
E.	Évaluation des nouveau-nés de PPN et prise de décision	73
F.	Soins immédiats après la naissance	74
G.	Algorithme du soin au PPN.....	76
H.	Soins Mère Kangourou	76
XIII.	LA CARTE CONSEIL	80
A.	Raisons pour lesquelles on utilise les cartes conseils :.....	80
B.	Utilités	80
C.	Avantages de la carte conseil :	80
D.	Conseils pour une bonne utilisation des cartes conseils :	81
E.	Durée de la discussion :	82
XIV.	SYSTÈME DE GESTION DES INFORMATIONS EN SANTE NÉONATALE.....	82
A.	GÉNÉRALITÉS SUR LE SYSTÈME D’INFORMATION	82
B.	Les composantes du système d’information.....	82
C.	LE CIRCUIT D’INFORMATION DANS LE SYSTÈME DE SANTE	83
D.	LES DONNES EN SANTE NÉONATALE	83
E.	LA COLLECTE DE L’INFORMATION EN SANTE NÉONATALE	84
F.	LISTE DES INDICATEURS EN SANTE NEONATALE	85
G.	FICHES DE COLLECTE DES DONNÉES	86
XV.	ANNEXE.....	91
A.	PAQUET DE SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NÉ.....	91
B.	Différentes températures.....	92
C.	Table recapitulatif de soins	93
D.	Table de visite postnatale.....	94

ABREVIATIONS

°C	Degré Celsius
°F	Degré Fahrenheit
AME	Allaitement maternel exclusif
ARV	Antirétroviral
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CHD	Centre Hospitalier de District
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
Cm	Centimètre
CPN	Consultation Pré Natale
CSB	Centre de Santé de Base
DDR	Date des dernières règles
DHN	Désinfection de haut niveau
DRS	Direction régional de la Santé
DTCHb	Diptérie Tétanos Coqueluche et Hépatite B
ECG	Electrocardiogramme
EDS	Enquêtes Démographique et de Santé
EMAD	Equipe de management du district
EMAR	Equipe de management de la région
EP	Equipement de Protection
g/l	Gramme par litre
GATPA	Gestion active du troisième période de l'accouchement
H	Heure
HD	Hautement désinfecté
HTA	Hypertension Artérielle
HU	Hauteur Utérine
IM	Intra musculaire

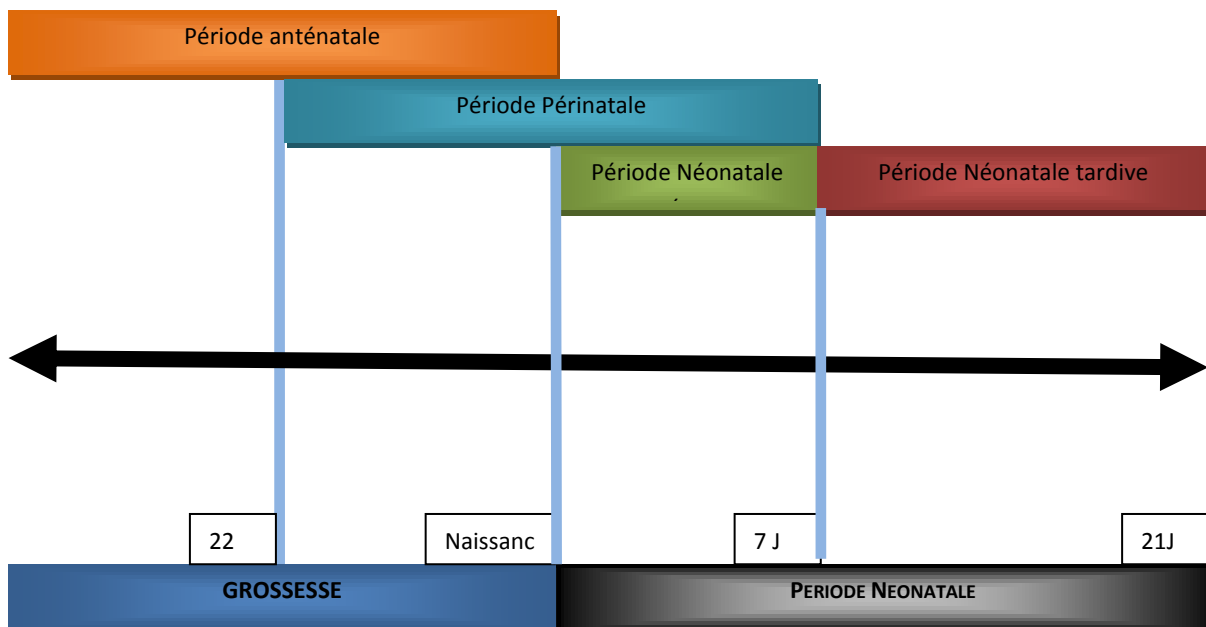
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
mg	Milligramme
MID	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à effet Durable
ml	Millilitre
Mm Hg	Millimètre de Mercure
MST	Maladie sexuellement transmise
N°	Numéro
NaDCC	Comprimés de dichloroisocyanurate
PCD	Plan Communal de développement
PCIMEC	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à base communautaire
PDD	Plan de développement du district
PF	Planification familiale
PI	Prévention des infections
PNS	Politique National de Santé
PO	Poliomyélite
PPN	Petit poids à la naissance
PRD	Plan régional de développement
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH
RMA	Rapport Mensuel d'activités
RPM	Rupture Préaturée des Membranes
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience Acquise
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
TB	Tuberculose
VAT	Vaccin Antitétanique
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

GLOSSAIRE

PERIODE PERINATALE : va de la 22^{ème} semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale

PERIODE NEONATALE : va du premier jour au 28^{ème} jour de vie et est divisée en deux parties :

- *la période néonatale précoce* : **les sept premiers jours de la vie**
- *la période néonatale tardive* : **du 8^{ème} jour jusqu'à la fin du 28^{ème} jour**



NAISSANCE VIVANTE : bébé qui naît vivant, présentant à la naissance un ou plusieurs signes de vie : cri, respiration, mouvements, battements cardiaques ou pulsations du cordon.

MORT-NE : bébé sans aucun signe de vie. Il y a deux types de mort-né :

- *Mort-né macéré* : Le corps du bébé peut être déformé, mou, souvent plus petit que le normal et la peau est décolorée et desquamée.
- *Mort-né frais* : Le corps du bébé apparaît normal, à moins d'une malformation associée, et la peau apparaît normale dans sa texture et sa consistance, bien qu'elle puisse être pâle. Ici, le décès est survenu peu de temps avant la naissance, suite à un problème durant le travail d'accouchement.

Il est utile de différencier les mort-nés macérés des mort-nés frais dans l'enregistrement et le rapportage.

Dans certains cas, une naissance vivante avec signes de vie très faibles, par exemple quelques faibles battements du cordon ou un faible mouvement respiratoire, peut être prise par erreur pour mort-né.

TAUX DE MORTALITE NEONATALE : Nombre de décès néonatal pendant les 28 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes.

- *Taux de mortalité néonatale précoce* : Nombre de décès pendant les 7 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes

- *Taux de mortalité néonatale tardive* : Nombre de décès survenant entre le 8ème et 28ème jour de vie pour 1000 naissances vivantes

TAUX DE MORTALITE PERINATALE : nombre de décès entre 22 semaines de grossesse jusqu'à la fin du 7ème jour après la naissance pour 1000 enfants mort-nés et nés vivants. Il englobe la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce.

TAUX DE MORTALITE INFANTILE : nombre de décès infantile pendant la première année de vie pour 1000 naissances vivantes

NOUVEAU-NE A TERME : bébé né d'une grossesse âgée de 37 – 42 semaines.

NOUVEAU-NE PREMATURE : bébé né avant 37 semaines de grossesse.

NOUVEAU-NE DE PETIT POIDS DE NAISSANCE : nouveau-né pesant moins de 2500 gr à la naissance. Un nouveau-né de petit poids de naissance peut être prématuré ou à terme mais avec un retard de croissance intra utérin.

RETARD DE LA CROISSANCE INTRA-UTERINE: la croissance du fœtus est entravée par des troubles fœtaux, des affections maternelles (HTA, malnutrition maternelle,...) ou une insuffisance placentaire

NAISSANCE POST-TERME: accouchement intervenant après la 42ème semaine d'âge gestationnel

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

I. LA SURVIE DU NOUVEAU – NE

A. Contexte

La mortalité infantile et néonatale demeure une préoccupation constante dans les pays en voie de développement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 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.

Parmi ces nouveau-nés, 2 millions meurent au cours de la première semaine de vie et particulièrement pendant le premier jour.

L'Afrique a le taux de mortalité néonatale le plus élevé estimé à 45 décès par 1.000 naissances vivantes comparé à 34 en Asie, 17 en Amérique Latine et 5 dans les pays développés.

Bien que la mortalité infantile ait chuté pendant les trente dernières années, la mortalité néonatale est restée relativement stable et représente actuellement 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.

La plupart du décès néonatal survient au cours de la phase critique que constitue la première semaine de vie. La plupart de ces décès sont la conséquence de la mauvaise santé et de l'état nutritionnel déficient de la mère, se conjuguant avec des soins insuffisants avant, pendant et après l'accouchement.

Malheureusement, ce problème reste méconnu - ou pire - considéré comme inévitable dans de nombreuses sociétés, en grande partie parce qu'il est très courant.

Reconnaissant le lourd fardeau que fait peser la mauvaise santé maternelle et néonatale sur la capacité de développement des individus, des communautés et des sociétés, les dirigeants du monde ont réaffirmé leur engagement en faveur des mères et des enfants en adoptant des objectifs et des cibles spécifiques visant à réduire la mortalité maternelle et infantile dans le cadre de la Déclaration du Millénaire.

Une idée reçue et très courante mais fautive, veut que pour améliorer la santé des nouveau-nés, des technologies de pointe et un personnel hautement spécialisé soient nécessaires. En réalité, de nombreuses affections entraînant un décès périnatal peuvent être évitées ou traitées sans avoir recours à des moyens techniques de pointe coûteux.

Ce dont on a besoin, ce sont des soins essentiels au cours de la grossesse, de l'aide d'une personne ayant des compétences en soins obstétricaux au moment de la naissance et du post-partum immédiat ainsi que de quelques interventions essentielles pour le nouveau-né au cours des premiers jours de sa vie.

Les principales causes de maladie et de décès du nouveau-né sont :

- Infections (sepsis/tétanos néonatal)
- Anomalie de la respiration à la naissance
- Petit poids de naissance
- Malformations congénitales
- Traumatisme ou blessure à la naissance
- Diarrhée.

Beaucoup de femmes et de nouveau-nés ne reçoivent pas d'assistance médicale qualifiée pendant ou après l'accouchement. Dans les pays en voie de développement, 2/3 des nouveau-nés naissent à domicile et très peu de ces accouchements sont assistés par des prestataires

qualifiés. Par ailleurs, les nouveau-nés qui naissent dans les structures de santé sont ramenés très tôt à la maison après l'accouchement. C'est le retard dans la reconnaissance des problèmes de santé des nouveau-nés et le retard à l'accès à des soins de qualité qui contribuent à un nombre élevé de décès de nouveau-nés.

Le mauvais état de santé et l'absence de soins de la mère qui peuvent entraîner son décès au cours de la grossesse et de l'accouchement compromettent aussi la santé et la survie de son nourrisson ou de ses enfants.

A Madagascar, la mortalité néonatale n'a pas diminué au même rythme que la mortalité infantile et infanto juvénile selon les Enquêtes Démographique et de Santé (EDS) successives. Elle est passée de 40‰ en 1992 à 37‰ en 1997 et à 32‰ naissances vivantes en 2004.

Dans le document de la Politique Nationale de la Santé de l'Enfant, Madagascar a posé comme objectifs, d'ici 2010 de:

- réduire de moitié la mortalité néonatale de 40‰ de 1997,
- réduire le taux de mortalité infanto juvénile (94 à 73‰ naissances vivantes) et infantile (58 à 45‰ naissances vivantes) et
- contribuer à promouvoir un environnement propice pour le développement et la survie de l'enfant.

Concernant le volet santé maternelle et néonatale, les objectifs sont de :

- Augmenter la prévalence contraceptive pour l'ensemble des méthodes de 27,1% à 37% ;
- Augmenter le taux d'utilisation de la (4CPN) de 20,9% à 50%;
- Diminuer l'incidence de l'anémie ferriprive de la femme enceinte de 50% à 25% ;
- Augmenter le taux d'utilisation des Stéroïdes Anténataux de 20% à 50% dans les menaces d'accouchement prématuré ;
- Augmenter le taux d'utilisation des antibiotiques dans les cas de Rupture Prématurée des Membranes (RPM) de 40% à 60%;
- Améliorer la prise en charge des cas d'éclampsie de 15,9% à 100%;
- Augmenter le taux d'accouchement assisté par personnel qualifié de 51% à 70% ;
- Augmenter le taux de prise en charge des cas d'urgences néonatales de 30,5% à 50% dans les formations sanitaires ;
- Assurer les soins intensifs néonataux de 1% jusqu'à 25%;
- Effectuer le dépistage des malformations à la naissance dans 100% des CSB et CHD;
- Augmenter le taux de consultation post natale de 19,1% à 50% ;
- Améliorer le taux de prise en charge des petits poids de naissance à domicile par la méthode Kangourou de 0% à 30% ;
- Augmenter le taux des formations sanitaires qui offrent des SONUB de 1,8% à 50%;
- Augmenter le taux des formations sanitaires qui offrent des SONUC de 9% à 50%;
- Augmenter le taux de suivi du Nourrisson au niveau communautaire jusqu'à 25% et
- Augmenter l'utilisation du système de référence au CHD, CHR, CHU.

B. 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 (niveau communautaire), centre de santé, hôpital régional, hôpital national, secteur privé et public.

1. Avant la conception :

- a) Soins appropriés aux jeunes femmes y compris l'alimentation,
- b) L'éducation et
- c) Les soins de santé

2. Avant l'accouchement :

- a) Activités anténatales préventives et plan d'accouchement,
- b) Identification des signes de dangers de la grossesse et recherche précoce de soins appropriés au niveau des structures de santé de référence

3. A l'accouchement :

- a) Prévention des infections,
- b) Accouchement propre et sain,
- c) Soins de base à la naissance,
- d) Prise en charge des nouveau-nés vulnérables : asphyxiés, infectés, de faible poids de naissance, de mère séropositive
- e) Identification des signes de danger et recherche précoce de soins appropriés

4. Après l'accouchement :

- a) Suivis post natal de la mère et de l'enfant,
- b) Identification des signes de danger et affections mineures,
- c) Recherche précoce de soins adéquats,
- d) Vaccinations,
- e) Administration de la vitamine A à la mère,
- f) Prévention de la transmission mère enfant du VIH,
- g) Conseils sur la Planification Familiale, l'alimentation, la prise continue de fer et d'acide folique, l'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides.

II. INTERVENTIONS CHEZ LA MÈRE QUI AMÉLIORENT LA SURVIE DE L'ENFANT

A. PENDANT LA GROSSESSE

La surveillance de la grossesse comporte trois entités :

- Activités anténatales préventives:
 - prévention du tétanos néonatal par l'administration de doses adéquates de vaccin antitétanique (VAT)
 - administration de fer
 - chimio prophylaxie contre le paludisme
 - consommation de sel iodé par la mère
 - déparasitage dès l'apparition des mouvements fœtaux
 - dépistage volontaire de l'infection à VIH et prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- Élaboration 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. Il est recommandé au moins 4 consultations prénatales :

- la 1ère : 12-16ème semaine d'aménorrhée ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte
- la 2ème : 20 - 24^{ème} semaines d'aménorrhée
- la 3ème : 28 - 32^{ème} semaines d'aménorrhée
- la 4^{ème} : 37^{ème} semaine d'aménorrhée

En dehors de cette périodicité, le prestataire de service doit encourager la gestante à revenir à la structure sanitaire chaque fois qu'elle en ressent le besoin.

1. Les activités préventives

a) Vaccination antitétanique :

Le tétanos néonatal reste très mortel mais il est facile de le prévenir.

Le programme national de vaccination recommande la vaccination de toutes les femmes enceintes. L'idéal serait d'immuniser toutes les adolescentes et les femmes en âge de procréer avant la grossesse. Le nombre de doses recommandé de vaccination avec la toxine antitétanique (VAT) est de 5 :

- VAT-1 au premier contact
- VAT-2 : 4 semaines après VAT1
- VAT-3 : 6 mois après VAT2
- VAT-4 : 1 an après VAT3 ou à la prochaine grossesse
- VAT-5 : 1 an après VAT4 ou à la prochaine grossesse

5 VAT pendant l'âge de procréation donne une protection complète.

Chaque dose équivaut à 0,5 ml et s'administre par voie intramusculaire.

Si la femme enceinte n'a jamais eu de VAT, lui donner au moins deux doses pendant la grossesse.

L'autre élément clé de la prévention du tétanos maternel et néonatal passe par un accouchement propre avec section et soins aseptiques du cordon ombilical. Il ne faut rien appliquer sur l'ombilic après les premiers soins jusqu'à cicatrisation complète.

b) Prévention de l'anémie :

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

La **Supplémentation en fer/acide folique** : Toute femme enceinte doit recevoir un comprimé de fer/acide folique par jour en supplément pendant 6 mois. Conseiller aux femmes de toujours prendre les comprimés de fer/acide folique au milieu d'un repas, afin d'éviter des problèmes gastro-intestinaux.

c) Le traitement préventif 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 préventif intermittent de lutte contre le paludisme devrait se faire de manière systématique pour toute femme enceinte, dans les zones de paludisme stable :
 - Une première dose de sulfadoxine pyriméthamine à raison de 3 comprimés en prise supervisée (si âge gestationnel >16 SA ou quand le fœtus commence à bouger)
 - Une dose un mois plus tard
 - Chez la femme séropositive au VIH, une troisième dose peut être nécessaire
- Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à effet Durable (MID). Après la naissance, le nouveau-né et la mère devraient dormir ensemble sous moustiquaire imprégnée d'insecticides.
- En plus, il faudra promouvoir l'hygiène du milieu pour éliminer les moustiques

d) 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 pour les femmes enceintes (avortements répétés, accouchements répétés). La déficience en iode peut causer un crétinisme ou un retard mental modéré.

e) Déparasitage systématique :

Le déparasitage s'effectue avec 1cp de 500 mg de mébendazole ou 5 cp de 100 mg.

f) Conseils nutritionnels :

Conseiller aux femmes de toujours enrichir leurs repas : lait caillé, œufs, arachide, protéines, fruits et légumes, surtout pendant le dernier trimestre de la grossesse.

g) **Exclusion des travaux pénibles : domestiques, champêtres, dans les usines, ...**

h) **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 nouveau-né selon les protocoles en vigueur. Pour les femmes séronégatives, des conseils appropriés leur seront fournis pour le maintien de leur séronégativité.

2. **Élaboration d'un plan d'accouchement**

L'élaboration d'un plan d'accouchement est effectuée avec la femme, la famille. Il est initié dès le premier contact et peut être modifié selon les circonstances. Il comporte :

- La détermination du lieu de l'accouchement,
- L'identification du personnel qualifié de recours,
- L'identification du moyen de transport et les arrangements nécessaires,
- La disponibilité des fonds nécessaires pour les frais divers
- la prise de décision et le soutien,
- l'identification des donneurs de sang,
- la disponibilité des articles nécessaires pour un accouchement propre et sûr.

La famille se prépare pour une prise rapide de décision en cas de danger. Il est extrêmement important de référer rapidement les femmes et/ou nouveau-né présentant des signes de danger à la formation sanitaire, 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.

3. **Identification des signes de danger**

Toute femme enceinte 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. Dans les 15% des cas, la grossesse peut se compliquer malgré le respect des consultations prénatales et l'absence de facteurs de risque. Il est donc nécessaire d'identifier rapidement les signes de danger afin de réagir rapidement. Il s'agit de :

- Hémorragies
- Convulsions
- Maux de tête sévères
- Vision trouble
- Œdèmes des mains et du visage
- Écoulements liquidiens
- Fièvre
- Anémie sévère
- Pertes malodorantes non traitées
- Absence ou réduction des mouvements du fœtus

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 appropriée celles qui présentent certains **facteurs de risque** 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 de risque** devront elles 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. primipare moins de 18 ans ou plus de 35 ans
5. jeune âge (< à 18 ans)
6. bassin rétréci
7. antécédent d'accouchement prématuré
8. femme diabétique
9. Hypertension artérielle, antécédent d'éclampsie
10. Grande multipare
11. Intervalle inter génésique moins de 3 ans ou plus de 5 ans

Au cours de la consultation prénatale, le personnel 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 de risque 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 ayant un personnel qualifié.**

B. PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

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

1. PRÉPARATION 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.

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 d'absence de source d'électricité, les soins au nouveau-né peuvent se faire en le posant sur l'abdomen de sa mère : la chaleur corporelle servira à stabiliser la température du bébé.

- **Linge.**

Utiliser du linge stérile si possible ou propre tout au moins, lavé, séché au soleil et repassés. Si possible, pré-chauffez le linge sous le radiateur.

Conseiller aux mères de préparer 5 linges propres pour l'accouchement. Trois d'entre eux serviront à recevoir et sécher le bébé.

- **Équipement de contrôle de la température.**

Il faut avoir deux thermomètres :

- Un pour le nouveau-né. 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.

Toute température néonatale axillaire au-dessous de 36 °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 25 – 28 °C) et sans courant 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. La température au coin du nouveau-né doit être plus élevée, aux environs de 30 – 32 °C.

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

- Pincettes, ciseaux stériles
- Clamp de bar ou fils stériles
- Compresses et gaze stériles

- Gants stériles
- **Matériel pour la prévention de l'infection**
 - Savon
 - Eau potable, de préférence, d'une source d'eau courante
 - Équipement de stérilisation : autoclave ou poupinel ou réchaud à gaz (pour désinfection à haut niveau)
 - Solutions de désinfection telles que l'alcool, l'iode polyvidone
 - Solution de décontamination (solution chlorée à 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
 - Torche, Lampe à pétrole, bougie et allumettes.
 - Seringues stériles de 10 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**
 - Équipement d'aspiration des sécrétions oro-pharyngiennes : sondes d'aspiration stériles n° 8 et 10, aspirateurs manuel et électrique.
 - Équipement 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)
- **Médicaments**
 - **Pour les soins des yeux** : pommade ophtalmique de Tétracycline (1%) ou collyre d'Erythromycine (0,5%).
 - **Vitamine K1** : une seule injection de 1 à 2mg.
- **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.

2. ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE DU TRAVAIL

Le personnel des postes et centres de santé doit être capable de reconnaître les signes des complications 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.

a) **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.

b) **La surveillance des BDCF** pendant le travail est extrêmement importante : l'absence ou l'anomalie des bruits du cœur fœtal (BDCF) 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 BDCF.
- Si l'anomalie persiste, évacuez vite la femme à la structure de référence (Hôpital).

c) **Identification des signes de danger**

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 (primipare >12 h ; multipare >8 h) ou stationnaire.
- Procidence du cordon, des jambes ou des mains
- La tension artérielle diastolique au-delà de 90 et/ou maux de tête sévères, vision trouble, œdème des mains ou du visage.
- La fièvre.
- Présence d'un facteur de haut risque : mauvaises présentations, jumeaux, ancienne césarienne, HU > 36cm.
- Le rythme cardiaque du fœtus inférieur à 120 ou supérieur à 160.

Au cours de la consultation prénatale, l'agent de santé qualifié devra insister auprès des mères et de leurs familles 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.

III. PRÉVENTION DES INFECTIONS

A. Définitions

Prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections.

Décontamination : La première étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres matériels utilisés permettant une manipulation **plus sûre** des instruments par le personnel **avant** le nettoyage. Cette étape inactive rapidement le VHB et le VIH.

Désinfectant : Un produit chimique qui ne tue pas obligatoirement tous les micro-organismes, mais en réduit la présence jusqu'à un niveau suffisamment bas pour garantir la santé.

Désinfection de haut niveau (DHN) : Destruction de tous les micro-organismes y compris le VHB et le VIH, sans tuer efficacement toutes les endospores bactériennes. La DHN est la seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible. Exemples : Ébullition, désinfection par vapeur, désinfection chimique.

Nettoyage : La deuxième étape dans le processus pour traiter les instruments servant à réduire mécaniquement le nombre d'endospores. Pendant cette étape, les instruments sont lavés avec de l'eau et du détergent puis rincés soigneusement avec de l'eau propre. Cette étape enlève les matières organiques qui protègent les micro-organismes contre la stérilisation et la DHN et peuvent inactiver les désinfectants.

Stérilisation : Élimination complète de toute forme de vie microbienne. La stérilisation est utilisée pour les instruments, gants, et autres articles venant en contact direct avec la voie sanguine ou les tissus sous-cutanés. Exemples : Stérilisation à la vapeur (autoclave), chaleur sèche (poupinel), stérilisation chimique.

Déchets contaminés : Tout déchet contaminé par le sang ou le liquide organique. Ces déchets posent de risques infectieux énormes et leur manipulation correcte est nécessaire pour minimiser la transmission des infections au personnel clinique et à la communauté locale.

Déchets non contaminés : Tout déchet non contaminé par le sang ou le liquide organique (par exemple, le papier provenant des bureaux, boîtes). Ces déchets ne posent pas de risques infectieux et l'on peut s'en débarrasser selon les directives locales.

B. La prévention des infections¹

1. La prévention des infections (PI) répond à deux objectifs principaux :

- prévenir les infections graves dans la prestation de services de santé ;
- réduire le risque de transmission de maladies graves telles que l'hépatite B et le VIH/SIDA à la patiente, aux prestataires de soins et au personnel en général, y compris le personnel d'entretien.

2. Les pratiques recommandées pour la PI reposent sur les principes suivants :

- toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection ;
- la méthode la plus sûre pour éviter la contamination croisée est de se laver les mains ;
- mettre des gants avant de toucher quoi que ce soit de mouillé – plaies ouvertes, muqueuses, sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions) ;
- utiliser des protections (lunettes de protection, masque, bottes, bonnet et tablier) si des liquides organiques (sécrétions ou excréctions) risquent de jaillir ou de se répandre ;
- ne recourir qu'à des pratiques sans danger – ne pas récapuchonner ou plier les aiguilles, traiter les instruments et éliminer les déchets comme il convient. Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre sec et individuel ou avec du papier cellulose.

C. Lavage des mains

1. Quand se laver les mains ?

- Immédiatement quand on arrive où on va travailler ;
- Avant et après chaque examen (ou contact direct avec la patiente) ;
- Chaque fois que les mains entrent en contact avec des matières organiques (selles, urines, liquide amniotique, sang, vomissures, etc.....), même si l'on portait des gants ;
- Avant de porter et après avoir retiré les gants (gants d'examen, gants chirurgicaux ou gants de ménage) ;
- Après être allé aux toilettes ;
- Après la toilette de la femme et du bébé ;
- Après l'élimination des déchets ;
- Avant de partir à la maison.

¹ Adapté de:

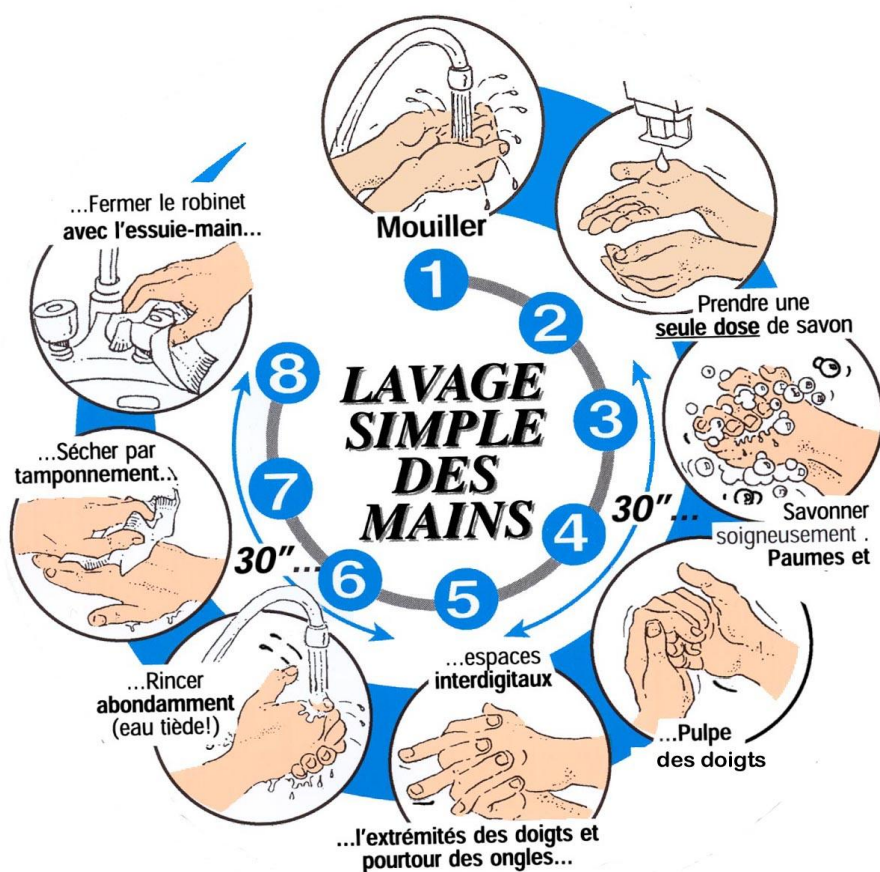
1) OMS. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève, OMS, 2002.

2) JHPIEGO. Les précautions universelles. CD-ROM.

3) EngenderHealth. Cours sur ligne : La prévention des infections. www.engenderhealth.org Accédé le 16 août 2006.

2. Comment se laver les mains ?

- S'aider d'une autre personne si nécessaire
- Prendre un seau d'eau et un gobelet.
- Enlever les bijoux des mains et des avant-bras.
- Demander à l'aide de verser l'eau sur les deux mains qui tiennent un savon, et sur les avant-bras.
- Frotter les deux mains vigoureusement l'une sur l'autre en faisant mousser le savon pendant 15 à 30 secondes.
- Ne pas utiliser une brosse.
- Demander à l'aide de verser de l'eau jusqu'à ce que le savon disparaisse



Source : Document de prévention des infections de Madagascar

D. Utilisation des Gants

1. Quand mettre les gants ? :

- pour pratiquer une intervention;
- pour manipuler des instruments, gants ou autres objets sales ;
- pour jeter des déchets contaminés (coton, gaze ou pansements).

2. Quels principes de base à respecter ?

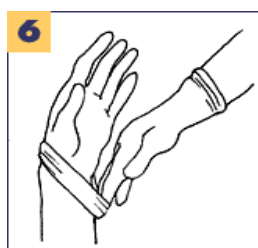
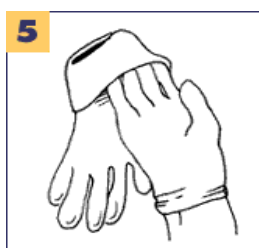
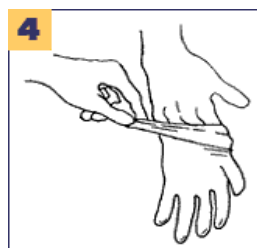
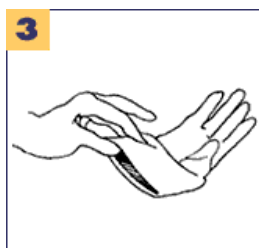
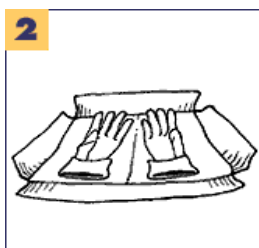
- Utiliser une paire de gants différente pour chaque patiente afin d'éviter la contamination croisée.
- Préférer les gants à Usage Unique. Si l'établissement dispose de ressources limitées, il est possible de réutiliser les gants chirurgicaux après les avoir :
 - décontaminés par trempage dans une solution de chlore à 0,5 % pendant 10 minutes ;
 - lavés puis rincés ;
 - stérilisés à l'autoclave (ce qui élimine tous les micro-organismes) ou soumis à une désinfection poussée à la vapeur ou à l'eau bouillante (ce qui élimine tous les micro-organismes à l'exception de certaines endospores de bactéries).

Note : Les gants chirurgicaux jetables ne doivent pas être réutilisés plus de **trois fois** car de petits trous invisibles risqueraient de se former.

Ne pas utiliser de gants craquelés, écaillés ou visiblement troués ou déchirés.

3. Comment mettre les gants ?

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre sec et individuel
- Plier les manches des gants
- Placer les gants sur un endroit propre avec les paumes vers le haut
- Prendre le premier gant par le bord plié
- Tenir le bord avec une main et mettre l'autre main dans le gant
- Si le gant n'est pas bien mis, attendre à ce que les deux gants soient portés avant de faire l'ajustement
- Prendre le deuxième gant par le bord plié
- Tenir le bord avec la main gantée et mettre l'autre main dans le gant
- Faire l'ajustement afin que les deux gants soient bien portés



4. Comment enlever les gants ?

- Rincer les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Saisir un des gants vers le bord et tirer le jusqu'au bord des doigts sans l'enlever
- Saisir le deuxième gant vers le bord par la main demi gantée. Tirer le gant en le retournant.
- Enlever les deux gants en même temps, en prenant soins de ne pas toucher à l'intérieur du gant contaminé.
- Laisser les gants dans la solution de décontamination.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre sec et individuel



E. Équipements de protection (EP)

1. Gants chirurgicaux:

- Protègent le client contre les micro-organismes présents sur les mains du prestataire.
- Protègent les mains du prestataire de tout contact avec le sang ou d'autres liquides et tissus.

2. Masque:

- Protègent les clients contre les micro-organismes rejetés en parlant, toussant et respirant.
- Protègent le nez et la bouche du prestataire contre les éclaboussures de sang et autres liquides.

3. Blouses et tabliers imperméables:

- Protègent les clients contre les micro-organismes.
- Protègent la peau et les vêtements du prestataire de tout contact avec le sang et d'autres liquides.

4. Bonnets/Calot :

- Protègent les clients contre les micro-organismes présents dans les cheveux et dans les desquamations provenant de la tête du prestataire.
- N'assurent aucune protection documentée aux prestataires.

5. Protège œil/ Visière faciale/Lunette:

- N'assure aucune protection documentée aux clients.
- Protègent les yeux du prestataire contre les éclaboussures de sang et autres liquides.

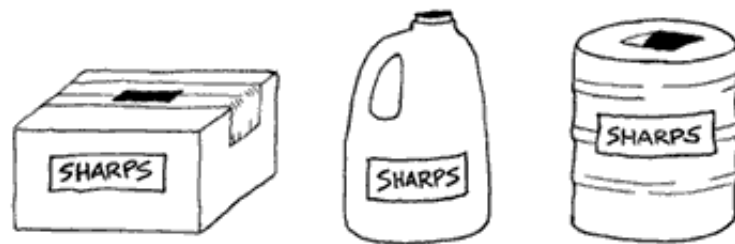
F. Manipulation d'instruments piquants ou tranchants et d'aiguilles

- Ne laisser ni instruments piquants ou tranchants, ni aiguilles ailleurs que dans des « zones de sécurité »
- Prévenir les autres employés avant de leur faire passer des instruments piquants ou tranchants.
- Utilisez la technique des “mains libres” lorsque l'on utilise des objets tranchants pendant les procédures cliniques, afin d'éviter de passer directement un objet tranchant d'une personne à une autre. Pour passer un objet tranchant d'une Personne 1 à une Personne 2:
 - La Personne 1 place l'instrument tranchant dans un plateau stérile ou dans une « zone sûre » désignée dans le champ stérile et indique à la Personne 2 l'emplacement de l'instrument.
 - La Personne 2 prend l'instrument, l'utilise et le remet dans l'assiette stérile ou dans la zone sûre.

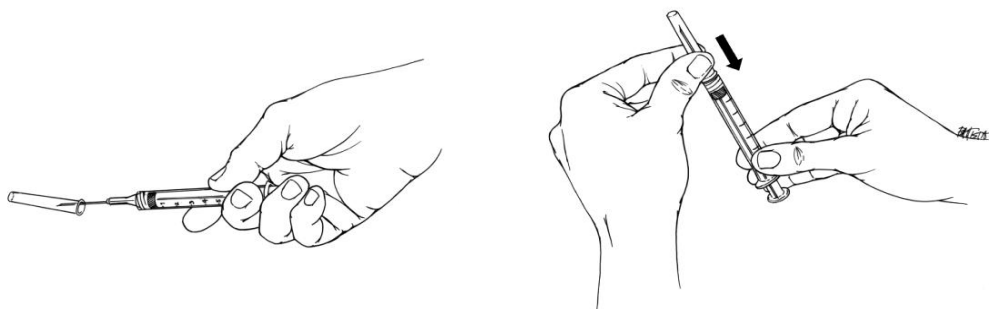


- Aiguilles et seringues hypodermiques
 - Prévenir toujours votre client lorsque vous allez lui administrer une injection, afin de diminuer la possibilité d'un mouvement soudain et imprévu que peuvent causer les piqûres d'aiguilles.
 - Manipuler les aiguilles hypodermiques et autres objets tranchants de manière minimale après utilisation et avec un soin extrême.
 - N'utiliser chaque seringue ou aiguille qu'une seule fois.
 - Ne pas désolidariser l'aiguille de la seringue après utilisation.

- Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles. Ne pas les plier ou les casser avant de les jeter.
- Rincer à l'eau javellisée avant de les mettre dans les boites
- Jeter les aiguilles et seringues dans un récipient qui ne risque pas d'être perforé.



- Brûler les aiguilles hypodermiques pour les rendre inutilisables.
- Lorsque des aiguilles à usage unique ne sont pas disponibles et que l'on doit remettre le capuchon, utiliser la méthode "à une main" pour remettre le capuchon²
 - Étape 1: D'abord, placer le capuchon sur une surface dure, plate; puis retirer votre main.
 - Étape 2: Ensuite, avec une seule main, tenir la seringue et utiliser l'aiguille pour ramasser le capuchon
 - Étape 3: Enfin, lorsque le capuchon recouvre complètement l'aiguille, tenir l'aiguille à la base près de la garde et utiliser l'autre main pour fixer le capuchon sur l'aiguille.



² Graphics from World Health Organization and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention in partnership with the Francois-Xavier Bagnoud Center at the University of Medicine & Dentistry of New Jersey (UMDNJ) and JHPIEGO at Johns Hopkins University . Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection Generic Training Package. February 2005. Accessed <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=pi-60-00> on 4/12/2007

G. Prévention des éclaboussures de sang ou de liquide corporel

- Éviter de laisser les gants claquer lorsque vous les enlevez, car ceci peut faire que des vecteurs de contamination soient éclaboussés dans vos yeux ou votre bouche ou sur votre peau ou sur d'autres personnes alentour.
- Maintenir les instruments et autres articles sous la surface de l'eau lorsque vous les frottez et nettoyez, afin d'éviter les éclabousses.
- Mettre les objets dans le seau de décontamination sans faire éclabousser la solution.
- Éviter de rompre les membranes pendant les contractions.
- Se tenir de côté lorsque vous faites la rupture artificielle des membranes pour éviter que le liquide amniotique ne vous éclabousse directement.
- Sectionner le cordon à l'aide de ciseaux stériles en le couvrant d'une compresse de gaze pour éviter au sang de jaillir.
- Manipuler le placenta soigneusement
 - Toujours porter des gants en manipulant un placenta.
 - Garder le placenta dans un sac plastique ou autre récipient jusqu'à ce qu'il puisse être traité par incinération ou enfouissement. Le placenta ne doit pas être jeté dans une rivière ou dans une décharge ouverte.

Avertissement: Si du sang ou des liquides corporels entrent dans votre bouche ou touchent votre peau, lavez la partie concernée abondamment avec de l'eau et du savon aussitôt que possible et dès que les conditions de sécurité pour la femme et le bébé sont remplies. Si le sang ou les liquides corporels atteignent vos yeux, il faut les irriguer abondamment avec de l'eau.

H. Élimination des déchets

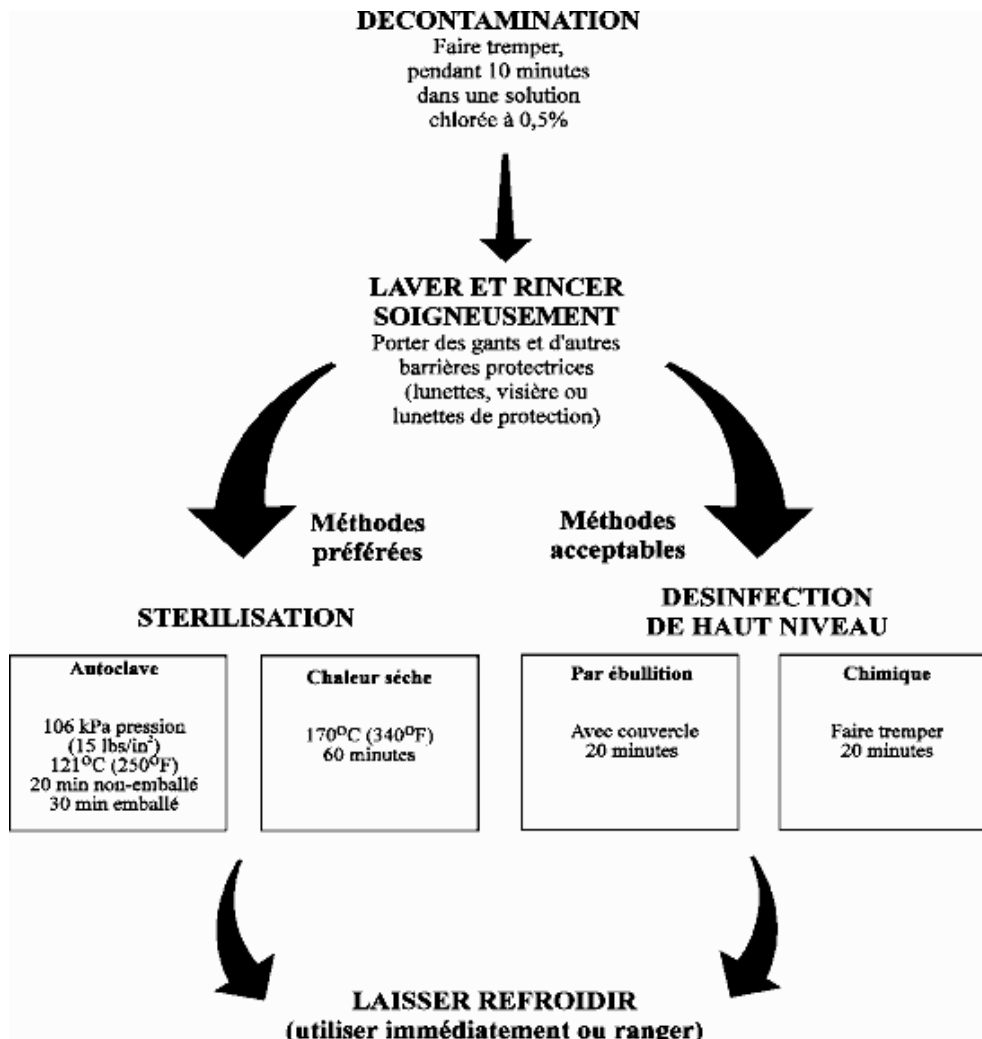
- L'élimination des déchets a pour objet de :
 - prévenir la propagation des infections au personnel hospitalier qui manipule les déchets ;
 - prévenir la propagation des infections à la communauté locale ;
 - protéger les personnes qui manipulent ces déchets de blessures accidentelles.
- Les déchets non contaminés (le papier utilisé dans les bureaux, les boîtes) ne comportent aucun risque d'infection. On peut les jeter conformément aux habitudes locales.
- Il est nécessaire de manipuler convenablement les déchets contaminés (objets ou matériaux souillés de sang – ou d'autres liquides organiques) pour minimiser la propagation des infections au sein des agents de santé et d'autre personnel et de la communauté. Manipuler ces déchets convenablement signifie :
 - porter des gants d'entretien ;
 - transporter les déchets solides contaminés jusqu'au lieu d'enlèvement dans des récipients fermés ;
 - jeter tous les objets piquants ou tranchants dans des récipients qui ne risquent pas de se percer ;

- verser avec précaution les déchets liquides dans des toilettes équipées de canalisations sanitaires ou de chasses d'eau ;
- brûler ou enterrer profondément les déchets solides contaminés ;
- se laver les mains, laver les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

I. Traitement des instruments

Source: JHPIEGO. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. JHPIEGO: Baltimore, 2003.

Tableau. Étapes clés du traitement des instruments et d'autres articles après usage



Étape 1 : La décontamination

La **décontamination** permet une manutention **plus sûre** des instruments par le personnel **avant** le nettoyage. C'est la première étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres articles utilisés.

- Immédiatement après l'utilisation, placez pendant 10 minutes les instruments et autres articles dans une solution chlorée à 0,5%. Cette étape inactive rapidement le VHB et le VIH.
- Après la décontamination, les instruments devraient être rincés immédiatement avec de l'eau froide pour éviter la corrosion et pour enlever le matériel organique visible avant d'être soigneusement nettoyés.
- Les surfaces (surtout les tables d'examen) qui ont pu entrer en contact avec les liquides organiques doivent également être décontaminées. Une manière facile et peu chère de décontaminer les grandes surfaces est de passer un désinfectant adéquat tel qu'une solution chlorée à 0,5% avant la réutilisation, lorsque les surfaces sont visiblement contaminées, ou du moins une fois par jour.

Instructions pour la préparation de solution chlorée diluée

a. Formule pour préparer une solution diluée à partir d'un concentré

- **Nombre de parts d'eau = (% concentré/ % dilué) – 1**

Exemple: Préparer une solution diluée (0,1%) à partir d'une solution concentrée à 5%.

- **Calculez la part d'eau = (5,0%/0,1%) – 1 = 50 – 1 = 49**

- **Solution :** Si vous avez une solution du chlore concentrée à 5%, pour préparer une solution diluée (0,1%) : Prenez **1 part de la solution concentrée** et ajoutez à **49 parts d'eau propre** (filtrée si nécessaire).

b. Formule pour préparer des solutions libérant du chlore à partir de poudres sèches

- **Grammes/litre = (% Dilué/ % concentré) * 1000**

Exemple: Préparer une solution diluée libérant du chlore (0,5%) à partir d'une poudre concentrée (35%).

- **Grammes/litre = (0,5%/35 %) * 1000 = 14,2 g/l**

- **Solution :** Ajoutez **14,2 grammes** (≈14 g) à **1 litre d'eau**.

Le tableau suivant donne des recommandations pour la proportion d'eau et de chlore nécessaire pour avoir une solution de décontamination.

Tableau : Comment préparer la solution de décontamination (solution chlorée diluée à 0,5%)³		
Type ou Marque (par pays)	% ou grammes de chlore	Proportion eau : Chlore = Solution à 0,5%
Chlore liquide (Solution : Hypochlorite de Sodium)		
8 ° Chlorum *	2.4%	Chlore: 10 ml + Eau: 40 ml 1 part de chlore + 4 parts d'eau
JIK (Kenya, Zambie), Robin Bleach (Népal)	3.5%	Chlore: 10 ml + Eau: 60 ml 1 part de chlore + 6 parts d'eau
12 ° Chlorum	3.6%	Chlore: 10 ml + Eau: 60 ml 1 part de chlore + 6 parts d'eau
Household Bleach (Indonesie, USA), ACE (Turquie), Eau de Javel (France)	5%	Chlore: 10 ml + Eau: 90 ml 1 part de chlore + 9 parts d'eau
15 ° Chlorum, Lejia (Pérou), Blanquedor, Cloro (Mexico)	6%	Chlore: 10 ml + Eau: 110 ml 1 part de chlore + 11 parts d'eau
Lavandina (Bolivie)	8%	Chlore: 10 ml + Eau: 150 ml 1 part de chlore + 15 parts d'eau
Chloros (Royaume Uni - UK)	10%	Chlore: 10 ml + Eau: 190 ml 1 part de chlore + 19 parts d'eau
Chloros (UK), Extrait de Javel (France), 48 ° Chlorum	15%	Chlore: 10 ml + Eau: 290 ml 1 part de chlore + 29 parts d'eau
Poudres secs		
Hypochlorite de calcium	70%	7.1 grammes par litre
Hypochlorite de calcium	35%	14.2 grammes par litre
Dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC)	60%	8.3 grammes par litre
Comprimés		
Comprimés de chloramine *	1 gramme de chlore par comprimé	20 grammes par litre (20 comprimés par litre)
Comprimés de dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC)	1,5 grammes de chlore par comprimé	4 comprimés par litre

*La chloramine relâche la chlore beaucoup plus lentement que le hypochlorite. Le comprimé de chloramine devrait alors être complétement dissous avant de s'en servir.

En général : 1° est égal à 0,3%

Étape 2 : Le nettoyage des instruments et autres articles

Le **nettoyage** est la deuxième étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres articles utilisés. Il est important car:

³ JHPIEGO. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. JHPIEGO: Baltimore, 2003.

- C'est la manière la plus efficace de diminuer le nombre de micro-organismes sur les instruments et le matériel salis. (Cela réduit jusqu'à 80% de micro-organismes contaminant.)
- Ni les procédures de stérilisation ni la désinfection de haut niveau ne sont efficaces sans nettoyage préalable.

Le nettoyage est également la meilleure manière de diminuer le nombre d'endospores qui causent le tétanos et la gangrène. Si le matériel de stérilisation n'est pas disponible, un nettoyage soigné est la **seule** manière de diminuer efficacement le nombre d'endospores.

Étape 3 : La stérilisation ou la désinfection de haut niveau des instruments et autres articles

La classification des instruments en diverses catégories de risque facilite le choix des moyens en matière de désinfection des instruments. Cette classification se base sur la connaissance de la pathogenèse des infections transmises par les instruments. Lorsque des instruments contaminés entrent en contact avec des tissus ou des cavités normalement stériles, le risque d'infection est élevé. Par contre, lorsque le même instrument contaminé entre en contact avec une peau intacte, le risque est pratiquement nul. Cette différence dans le risque infectieux selon le domaine d'utilisation de l'instrument a conduit à classer les instruments en catégories de risque. Ces catégories ainsi que les exigences correspondantes en terme de désinfection sont décrites dans le tableau ci dessous. Les instruments "critiques" doivent être stérilisés. Les exceptions à cette règle doivent être très rares et nécessitent l'utilisation de moyens de désinfection de haut niveau.

Tableau : Classification des instruments en catégorie de risque

Catégorie	Description	Exigences de désinfection/stérilisation
Instruments critiques	Risque élevé d'infection par des instruments contaminés. Utilisation des instruments dans des sites anatomiques normalement stériles (organes, cavités, système vasculaire). Exemple : aiguilles, scalpels, implants, ciseaux, pinces	Stérilisation (peu d'exceptions : désinfection de haut niveau)
Instruments semi-critiques	Risque moins élevé d'infection. Instruments entrant en contact avec les muqueuses ou de la peau non intacte. Exemple : endoscope, tube endotrachéal, spéculum	Désinfection de haut niveau ; pour certains instruments, la stérilisation est plus simple
Instruments non critiques	Risque d'infection réduit. Contact direct avec de la peau intacte. Exemple : masques, manchettes à pression, électrodes d'ECG	Nettoyage (eau, détergent). Désinfection de bas niveau lors de contamination par des liquides biologiques

La stérilisation est une opération permettant d'éliminer, de tuer ou d'inactiver les micro-organismes, les endospores bactériennes, et les virus portés par les milieux inertes contaminés (ex: les instruments). Le résultat de l'opération est durable avec la matière traitée conditionnée jusqu'à l'ouverture du conditionnement. Il existe divers procédés de stérilisation, en voici quelques exemples :

- Stérilisation à la vapeur pressurisée (autoclave)
- Stérilisation à la chaleur sèche (four)
- Stérilisation chimique

La désinfection de haut niveau est une opération permettant de détruire tous les micro-organismes y compris le VHB et le VIH, sans tuer efficacement toutes les endospores bactériennes. La DHN est la seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible. Elle est utilisée en cas d'impossibilité d'appliquer un procédé de stérilisation et s'il n'existe pas de dispositif à usage unique stérile. Il existe divers procédés de désinfection de haut niveau, en voici quelques exemples :

- Désinfection de haut niveau en faisant bouillir
- Désinfection de haut niveau à la vapeur
- Désinfection chimique de haut niveau

IV. SOINS NEONATALS A DISPENSER IMMEDIATEMENT APRES LA NAISSANCE

A. INTRODUCTION

L'idéal serait d'avoir deux personnes qualifiées pour suivre l'accouchement, de manière à ce que la mère et l'enfant puissent recevoir les soins appropriés. Ceci est particulièrement utile au cas où l'un ou l'autre ou les deux développent des problèmes qui requièrent des soins. Cependant, ceci n'est pas toujours possible. On pourrait également étudier la possibilité de former une autre personne qui n'est pas nécessairement qualifiée pour aider l'accoucheur(se) qualifié(e), afin d'appuyer ce/cette dernier/ère dans la prise en charge des problèmes essentiels.

B. PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE

1. Préparer la salle

- Assurer l'intimité (rideaux, portes qui se ferment, etc.); si autorisé, permettre la présence d'un accompagnateur du choix de la femme pendant l'accouchement
- S'assurer que la température ambiante est chaude (25⁰C – 28°C) et sans courants d'air (provenant des fenêtres ouvertes, des ventilateurs, d'un climatiseur), surtout à l'endroit où le nouveau - né doit recevoir des soins spéciaux comme la réanimation
- S'assurer que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé et la femme entrent en contact soient propres, chaudes et sèches. L'endroit réservé à la prise en charge du nouveau - né devrait être loin des courants d'air de préférence.
- S'assurer que la salle soit suffisamment éclairée.
- Allumer le chauffage en cas de besoin, pour réchauffer l'endroit où l'on doit donner des soins particuliers au nouveau - né (comme la réanimation), car il faut du temps pour réchauffer l'espace.
- Vérifier la disponibilité, la propreté/stérilité et la fonctionnalité de tous les matériels et consommables nécessaires y compris pour la réanimation d'un nouveau - né asphyxié.

2. Préparer et étudier les dossiers/ formulaires selon les recommandations du Ministère de la Santé

- Dossier sur les soins prénatals, le travail et l'accouchement de la femme (Rechercher particulièrement le code VIH, l'administration des médicaments ARV à la mère et au nouveau - né)
- Partogramme
- Fiche d'enregistrement du nouveau-né
- Carnet de surveillance postnatale/ de vaccination

3. Entretenir la propreté de la femme et de son environnement:

- Encourager la femme à se laver ou à prendre un bain ou une douche au début du travail;
- Laver les régions périnéales et la vulve avant chaque examen;
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau avant et après chaque examen, et les sécher (soit à l'air libre soit avec un essuie-main propre/soit du papier cellulose);
- Assurer la propreté de(s) espace(s) de travail et d'accouchement;
- Mettre une blouse en plastique ou en caoutchouc et des bottes en caoutchouc/chaussures fermées
- Porter un masque facial;
- Porter des lunettes protectrices;
- Porter des gants stériles ou hautement désinfectés (HD).

V. SOINS AU NOUVEAU-NÉ A LA NAISSANCE

A. En général

- Dès que le nouveau – né sort, s’assurer de son sexe, le dire à haute voix à la mère ainsi que l’heure de naissance,
- Le mettre en position déclive par rapport à la mère pour favoriser la transfusion vers le bébé, plutôt que sur le ventre de la mère comme cela se fait par habitude,
- Sécher le nouveau - né immédiatement et complètement, et se débarrasser du linge mouillé. Tout en le séchant, vérifier la respiration et la coloration du nouveau - né et décider s’il est nécessaire de le réanimer,
- Essuyer le méconium et le sang sur la peau mais ne pas enlever le vernix. Essuyer les sécrétions sur le visage, la bouche et le nez, si nécessaire avec un tissu ou une compresse de gaze stérile,
- Envelopper le corps et la tête du nouveau - né, mais pas son visage, avec un linge sec et propre,
- **Ne pas aspirer systématiquement la bouche et le nez.** Le faire seulement s'ils contiennent du méconium, du mucus épais ou du sang. Aspirer d’abord la bouche avant d’aspirer le nez. Si le nez est aspiré en premier, cela peut stimuler la respiration du nouveau - né et peut entraîner son aspiration de toute particule déjà présente dans la gorge. Ne pas introduire le tube au-delà de 5 centimètres dans la bouche et de 3 cm dans le nez. Dans le meilleur des cas, durant l’aspiration, la pression négative devrait commencer après que le tube ait été introduit, et pendant son retrait. Pour ce faire à l'aide d'un aspirateur, il convient de pincer ou de plier le tube pendant son introduction et de le relâcher durant son retrait. Faire attention lors de l’utilisation de l’aspirateur, à ce que la pression utilisée n'excède pas les 100 mm Hg ou 130 cm d’eau,
- Si le nouveau - né n’a pas besoin de réanimation et que la Prise en Charge Active du Troisième Stade de l’Accouchement est en cours pour prévenir les risques d’hémorragie post-partum, attendre 2 à 3 minutes, jusqu'à l'arrêt des pulsations du cordon avant de le couper et d’exécuter la traction contrôlée du cordon ombilical. Ne pas traire le cordon vers le nouveau – né, ni vers la mère,
- Pour éviter les éclaboussures de sang lors de la section du cordon:
 - Placer un clamp à 10 centimètres de l’abdomen du nouveau - né.
 - Avant de clamber avec la deuxième pince, pincer doucement le cordon et glisser vers la mère afin d’empêcher le sang de gicler quand on fait la section.
 - Placer un deuxième clamp sur le cordon à environ 2 cm du premier clamp. Sectionner le cordon à l’aide d’une paire de ciseaux stérilisée sous couverte d’une compresse ou de gaze pour empêcher le sang de gicler. Utiliser une autre paire de ciseaux que celle utilisée lors de l’épisiotomie.
 - Nouer le cordon lorsque la mère et le nouveau - né ont été pris en charge en toute sécurité.
- En nouant le cordon, s'assurer qu'il est bien ligaturé avec 2 ou 3 nœuds, environ à deux doigts (2 à 3 cm/ 3 – 5 cm) de l’abdomen du nouveau - né et, si une pince n'a pas été appliquée un peu plus loin sur le cordon, faire une deuxième ligature un peu plus loin (au moins à 4 à 5 doigts du premier), de sorte que le cordon puisse être coupé à environ 3 à 4 doigts de l’abdomen du nouveau - né. Vérifier la présence de saignement / suintement et rattacher le cordon si nécessaire. Le cordon peut être ligaturé avec un fils de suture stérile ou des clamps stérilisés à usage unique (clamp de Bar),
- Placer une étiquette d'identification au poignet et à la cheville du nouveau – né,
- Ne pas appliquer de pansement ou de substances sur le moignon du cordon,

- Garder la mère et le nouveau - né ensemble. Si aucun soin d'urgence n'est requis, garder le nouveau - né au chaud en le mettant en contact peau à peau à la poitrine de la mère, et en couvrant les deux d'un drap et d'une couverture propres, selon les besoins.
- Si le nouveau - né ne peut pas être en contact peau à peau avec sa mère (césarienne, mère malade, nouveau - né malade, etc.), l'envelopper d'un drap et d'une couverture propre et sec, selon les besoins, en prenant soin de lui couvrir la tête et de le garder loin des courants d'air.
- Nettoyer les yeux du nouveau - né, en tamponnant chaque œil séparément avec une compresse propre imbibée d'eau propre et appliquer des gouttes de collyre ou de la pommade comme suit:
 - Se laver les mains avec du savon et de l'eau
 - Tenir un œil ouvert ou baisser la paupière inférieure, verser une goutte de collyre dans l'œil. Pour les pommades, mettre un filon de pommade le long de l'intérieur de la paupière inférieure. Reprendre la même démarche pour l'autre œil.
 - S'assurer que le compte-goutte ou le bout du tube ne touche pas les yeux du nouveau - né ou d'autres objets.
- Ne jamais laisser la mère et le nouveau-né seuls peu après l'accouchement.

B. Si la mère est séropositive

- Nouer et sectionner immédiatement le cordon sans attendre l'arrêt des battements
- Faire surtout attention à ne pas aspirer la bouche et le nez, sauf en cas de nécessité absolue
- Penser à nettoyer tout le corps du nouveau - né avec des tampons/compresses de Chlorhexidine ou selon les recommandations du Ministère
- Administrer une prophylaxie ARV (Nivérapine ou autres selon recommandations du Ministère de la Santé.)

VI. SOINS CONTINUS AU NOUVEAU-NÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE DANS LA SALLE D'ACCOUCHEMENT / DURANT LA PREMIÈRE HEURE APRÈS LA NAISSANCE

A. Examiner le nouveau - né

- **Surveiller** le nouveau - né pendant la période de la prise en charge active du troisième stade de l'accouchement. Continuer la surveillance :
 - Toutes les 15 minutes durant les deux premières heures après l'accouchement,
 - Toutes les 30 minutes durant la troisième heure après l'accouchement, et
 - Toutes les heures durant la quatrième, la cinquième et la sixième heure après l'accouchement.
- **Rechercher les signes de danger:**
 - Il refuse la tétée, suce mal, ne réclame pas la tétée
 - Il bouge moins, inactif, léthargique ou a les membres flasques
 - Il est trop chaud ou trop froid
 - Il respire rapidement ou difficilement, a un tirage sous costal sévère, a des geignements ou de battement des ailes du nez
 - Il a des convulsions
 - Il a le ventre gonflé/distendu ou vomit tout ou la plupart de ce qu'il avale
 - Il a la base du cordon ombilical rouge ou tuméfié, sent mauvais et il y a une suppuration

Bien que tous les signes de danger communs soient énumérés ici pour des raisons d'exhaustivité, les trois derniers se présentent plus généralement plus tard durant la période postnatale.

- **Respiration:** S'assurer que le nouveau - né respire régulièrement (30 à 60/min) et sans effort (absence de battement des ailes du nez, de geignement, de tirage sous costal sévère). Montrer à la mère la respiration normale de son bébé.
- **Coloration:** Vérifier la coloration du nouveau - né. La bouche et la langue, ainsi que les paumes des mains et les plantes des pieds devraient être roses. Si les paumes des mains et les plantes des pieds sont bleues, même si la langue est rose chez un nouveau - né par ailleurs normal, cela suggère que le nouveau - né n'est pas suffisamment chaud et requiert une protection thermique supplémentaire.
- **Température:** Vérifier la température axillaire du nouveau - né avec un thermomètre (température normale: 36,5 à 37,5⁰C), ou en touchant l'abdomen, les mains et les pieds du nouveau - né (toutes ces parties devraient être chaudes). Si les paumes des mains et les plantes des pieds sont froides ou bleuâtres, cela suggère que le nouveau - né peut ne pas être suffisamment chaud et maintient en réalité sa température de façon stressante par la vasoconstriction des vaisseaux périphériques. Si l'abdomen est froid, on a affaire à une hypothermie modérée ou sévère et le nouveau - né a besoin de soins d'urgence. Envelopper le nouveau - né avec des draps supplémentaires ou le mettre en contact peau à peau avec la mère.
- **Cordon ombilical:** Rechercher tout saignement ou suintement au niveau du cordon. Renouer le cordon s'il y a suintement.
- **Rechercher toute anomalie majeure** qui nécessite une prise en charge spéciale à la naissance, si cela n'a pas été fait plus tôt:
 - Fente labio - palatine (Bec-de-lièvre): nécessite un appui supplémentaire pour l'alimentation et requiert une alimentation au lait maternel extrait à l'aide d'une cuillère/tasse.
 - Atrésie de l'œsophage (habituellement suspectée par une sécrétion excessive de la salive)
 - Anomalie de la colonne vertébrale : spina bifida
 - Imperforation anale

Les quatre derniers cas nécessitent un transfert d'urgence à des centres hospitaliers appropriés pour des interventions chirurgicales.

Pour les autres malformations comme l'ambiguïté sexuelle, il faut conseiller de venir dans un centre hospitalier dès que possible.

B. Soins usuels pour le nouveau - né (si cela n'a pas été fait plus tôt)

- Si aucun soin d'urgence n'est requis, garder le nouveau - né au chaud en le mettant en contact peau à peau avec la mère et en couvrant les deux d'un drap et d'une couverture propre, selon les besoins.
- Si le nouveau - né ne peut pas être en contact peau à peau avec sa mère (césarienne, mère malade, etc.), l'envelopper d'un drap et d'une couverture propre et sèche, selon les besoins, en prenant soin de lui couvrir la tête.

- Aider la mère à allaiter le nouveau - né dans la première heure de la naissance avant de les transférer hors de la salle d'accouchement. Aider la mère à trouver une position confortable autant que possible.

Certaines des étapes mentionnées ci-dessous peuvent être modifiées suivant le type de table disponible dans la salle d'accouchement. S'assurer que :

- Le nouveau - né est bien attaché et positionné correctement. Tout le corps du nouveau - né devrait être soutenu et tenu fermement au niveau du sein, le visage tourné vers la mère,
 - La bouche et le menton du nouveau - né sont près du sein,
 - La mère, si possible, tient le sein avec le pouce au-dessus du mamelon et les autres doigts sous le sein sans toucher le mamelon,
 - Quand le nouveau - né ouvre grand sa bouche, le mamelon et la majeure partie de l'aréole sont introduits dans la bouche. La lèvre inférieure du nouveau - né est retroussée,
 - Le nez du nouveau - né n'est pas bloqué par le tissu mammaire,
 - La mère ne doit pas ressentir de douleur au mamelon, quand le nouveau - né suce. Si c'est le cas, lui montrer comment libérer le mamelon de la bouche du nouveau - né (en abaissant doucement le menton du nouveau - né) ; reprendre la tétée après l'apaisement de la douleur,
 - La tétée prend tout le temps qu'il faut, sans restriction.
- Peser le nouveau - né et enregistrer le poids
 - Placer un linge ou un papier propre sur le plateau/cuvette de la balance
 - Ajuster le poids pour afficher « zéro » avec le papier/ linge dessus
 - Placer le nouveau - né sur le linge qu'il faut replier pour couvrir le corps du nouveau - né
 - Noter le poids lorsque le nouveau - né et le plateau/cuvette ne bougent pas
 - Ne JAMAIS laisser le nouveau - né sans surveillance sur la balance
 - Noter le poids du nouveau - né dans les dossiers/registres de la mère/du nouveau - né et de la salle.
 - Remettre le nouveau - né en contact peau à peau avec sa mère
- Administrer de la Vitamine K1 en une seule injection intramusculaire (1 à 2 mg pour le nouveau - né à terme et 0,5 à 1mg pour les moins de 1500g).

Technique d'administration d'une injection intramusculaire au nouveau-né

- Expliquer les procédures à la mère
- Rassembler le matériel nécessaire: seringue jetable, aiguille, médicament, eau distillée pour la dilution (seulement si nécessaire), alcool/solution antiseptique, et compresse/coton propre et de préférence stérile.
- Examiner soigneusement l'étiquette du médicament pour vérifier le nom, la date de péremption, les instructions pour la dilution ou toutes autres indications particulières.
- Calculer la quantité à administrer
- Se laver les mains complètement avec du savon et de l'eau, les sécher à l'air ou avec des serviettes en papier (utiliser des gants dans les zones de prévalence de VIH)
- Prélever le médicament :
 - nettoyer la partie étranglée de l'ampoule avec un tampon alcoolisé,
 - casser à l'endroit de la partie étranglée,
 - introduire l'aiguille dans l'ampoule,
 - prélever la quantité calculée et retirer l'aiguille,

- chasser la bulle d'air tout en tenant la seringue avec l'aiguille pointée vers le haut et en poussant le piston de la seringue.
 - Exposer la cuisse du nouveau - né et tenir doucement le genou pour l'empêcher de donner des coups de pied
 - Saisir le muscle de la partie supérieure de la face antérolatérale de la cuisse, nettoyer la peau avec de l'antiseptique et laisser sécher pendant quelques secondes
 - D'un mouvement rapide, enfoncer l'aiguille dans le muscle, retirer un petit peu le piston pour s'assurer que le bout de l'aiguille ne se trouve pas dans un vaisseau sanguin
 - S'il y a du sang dans la seringue, retirer l'aiguille et l'introduire à un nouvel endroit tout près du précédent
 - Injecter lentement le médicament, retirer l'aiguille et appuyer doucement pendant un moment avec le tampon alcoolisé et s'assurer qu'il n'y a aucun écoulement de sang après retrait du tampon.
 - Se débarrasser immédiatement de l'aiguille et de la seringue dans une boîte de sécurité pour objets tranchants.
- Administrer les premiers vaccins: BCG, PO, Hépatite B
 - Enregistrer les constatations principales et les soins dans:
 - Le registre de la salle de travail
 - La fiche de la mère/du nouveau - né

Faire **un examen physique complet** du nouveau - né à un moment convenable, une fois dans les premières 24 heures, une fois par jour pendant le séjour du nouveau - né au Centre, et encore une fois juste avant la sortie.

C. Conseiller la mère en ce qui concerne le nouveau - né

1. Allaitement maternel exclusif

- Informer la mère de l'importance du colostrum et l'encourager à le donner au nouveau - né, grâce au démarrage précoce de l'allaitement maternel, sans recours à d'autres boissons
- Dire à la mère d'allaiter le nouveau - né au sein fréquemment et à la demande, jour et nuit (environ 8 à 10 fois par 24 heures)
- Conseiller à la mère d'éviter toute alimentation autre que le lait maternel pour le nouveau - né.
- Conseiller à la mère d'éviter de donner au nouveau - né des aliments ou boissons, des biberons et tétines
- Informer la mère que si l'allaitement au sein est exclusif, fréquent, et à la demande, et que si la femme n'a pas encore de retour de couche, il peut également empêcher la grossesse pendant les 6 premiers mois après l'accouchement (MAMA)

2. Soins du cordon

- Conseiller à la mère de ne pas couvrir le cordon de la couche/serviette
- Recommander à la mère de garder le cordon propre et sec, de le nettoyer avec du savon et de l'eau s'il est souillé, de le sécher,
- Apprendre à la mère la manière de déceler un saignement/suintement du cordon, surtout durant le premier jour.

- Pendant le bain et si le cordon est souillé, nettoyer le moignon avec de l'eau et du savon et le sécher avec un tissu/ une serviette propre
- Recommander à la mère de ne pas y appliquer des substances telles que la cendre, la boue, l'argile et les décoctions d'herbe.

3. **Maintien de la température/Protection thermique**

- Apprendre à la mère comment garder le nouveau - né au chaud. Lui demander de:
 - Maintenir le nouveau - né au chaud mais pas surchauffé: la salle où le nouveau - né se trouve devrait être à la température de 25° - 28° et sans courant d'air; pendant la saison froide, le nouveau - né devrait porter des vêtements chauds avec un bonnet/linge sur la tête ; pendant la saison chaude, si la température ambiante est trop élevée, adapter l'habillement du nouveau-né; s'assurer que les couches humides sont changées rapidement.
 - Maintenir le nouveau - né au chaud pendant le bain; lui conseiller de baigner le nouveau - né dans une pièce chaude sans courant d'air; tout préparer avant le bain ; s'assurer que l'eau est à la bonne température, en le vérifiant avec sa main/coude; laver la tête du nouveau - né en dernier; sécher le nouveau - né rapidement avec un linge/serviette ; l'habiller et le couvrir de linge/couverture selon le temps.
 - Surveiller périodiquement la température du nouveau - né, par exemple aux heures de tétée, en touchant les pieds/mains et l'abdomen. Toutes ces parties devraient être chaudes. Si les paumes des mains et les plantes des pieds sont froides ou bleuâtres, cela indique que le bébé n'est peut-être pas assez chaud et maintient en réalité sa température d'une façon stressante, par la vasoconstriction des vaisseaux périphériques. Si l'abdomen est froid, il s'agit d'une hypothermie modérée ou sévère et le bébé a besoin de soins urgents. Demander à la mère de garder le bébé en contact peau à peau si le corps de ce dernier est froid au toucher, car c'est un excellent moyen de réchauffer le bébé. Couvrir le bébé, y compris la tête, sur la poitrine de la mère, avec un linge additionnel, selon les besoins. **Si le bébé reste toujours froid, ceci peut être un signe de danger qui doit être présenté à un agent de santé qualifié.**

4. **Prévention du paludisme :** Encourager la mère à dormir avec le nouveau-né sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à effet durable

5. **Pratiques saines :** Dire à la mère de les adopter.

- toujours se laver les mains avant de toucher le bébé après lui avoir changé la couche, après avoir utilisé les toilettes et après avoir fait le ménage
- baigner le bébé selon les besoins, le garder couvert/habillé de linges propres
- se doucher chaque jour avec de l'eau et du savon
- changer les garnitures (couche/serviette) dès que celles-ci sont mouillées/souillées, laver le périnée du bébé avec de l'eau et du savon, selon les besoins.

6. **Signe de Danger :** Enseigner à la mère comment les rechercher.

- Respiration rapide/difficile
- Suction faible ou absence de suction
- Léthargie/inactivité (moins ou pas de mouvement)
- Hyperthermie ou hypothermie

- Vomissement de tout ce qu'il consomme ou la plupart de ce qu'il avale /distension abdominale
- Convulsions
- Infection ombilicale sévère : rougeur étendue et tuméfaction autour de l'ombilic et/ou mauvaise odeur.
-

D. Consultation additionnelle si la mère est séropositive :

- Discuter des options d'alimentation selon le niveau d'instruction, de compréhension, et des ressources familiales disponibles. Si les ressources de la mère ne le permettent pas, si elle est illettrée et risque de ne pas bien maîtriser l'utilisation de l'alimentation alternative telle que recommandée :
 - Allaitement maternel **exclusif** à la demande pendant les 6 premiers mois
 - Soins préventifs des seins pour éviter l'irritation des mamelons, l'engorgement de sein, et la mastite
 - Changement rapide vers une alimentation complémentaire à 6 mois d'âge
 Si la mère veut utiliser du lait maternisé et est capable de les utiliser *en toute sécurité*, lui montrer comment préparer le lait maternisé et stériliser les ustensiles.
- Prendre particulièrement soin de conseiller la mère/famille sur les risques de l'alimentation mixte.
- L'informer que le bébé a besoin de prophylaxie de cotrimoxazole pour prévenir les risques d'infection entre l'âge de 4 à 6 semaines.

VII. RÉANIMATION NÉONATALE

A. Généralités

- L'asphyxie à la naissance est la deuxième grande cause de mortalité durant la période néonatale : elle représente 23% des décès durant les quatre premières semaines de vie.
- Un bébé normal à la naissance pleure bien, continue à bien respirer et réagit bien ; sa langue, ses lèvres, la paume des mains et la plante des pieds sont roses, ses muscles ont une bonne tonicité et ses membres sont fléchis.
- Dix pour cent des nouveau-nés ne respirent pas immédiatement et spontanément à la naissance.
- Le terme « asphyxie à la naissance » correspond à l'incapacité à démarrer et à maintenir la respiration à la naissance.
- Il est mieux d'avoir deux personnes pour la réanimation sans qu'il soit nécessaire que ces deux personnes aient le même niveau de compétence. Les formations sanitaires devraient former des personnes pour aider les personnes qualifiées qui exécutent les actes de réanimation pour que cette action soit plus efficace.
- Chacune des mesures est essentielle au succès de la réanimation : anticipation, préparation adéquate, reconnaissance à temps de l'asphyxie et mesures correctives prises rapidement.
- Plus de 80% des nouveau-nés présentant une asphyxie à la naissance peuvent être réanimés par une simple ventilation sans massage cardiaque. De ce fait, la formation du personnel dans les centres de santé périphériques va se concentrer sur la ventilation à l'aide d'un ballon et d'un masque et ne traitera pas du massage cardiaque, de l'intubation ou de l'utilisation de médicaments.

B. Causes de l'asphyxie à la naissance

Quelques causes de l'asphyxie à la naissance sont énumérées ci-après. Cependant, près de la moitié des nouveau-nés exigeant une réanimation ne présente pas de facteurs de risques identifiables avant la naissance. Aussi, les personnes qui assistent les accouchements doivent-elles être toujours prêtes et préparées à la réanimation.

1. Les causes d'asphyxie à la naissance liées à la mère sont :

- Éclampsie
- Saignement
- Fièvre
- Sédation ou anesthésie
- Présentations anormales
- Travail prolongé plus de 12 heures
- Infections ou rupture de la poche des eaux plus de 12 heures.

2. Les causes liées au bébé sont :

- Procidence du cordon
- Méconium épais dans le liquide (à cause de la détresse foetale)
- Prématurité ou postmaturité
- Naissance multiple
- Malformations congénitales

C. Préparation pour la réanimation

Assurez-vous que la pièce est chaude (25°C à 28°C) et sans courant d'air. Les fenêtres doivent être fermées. Avant chaque accouchement, vérifiez la zone ou le coin pour les soins du nouveau-né, notamment les points suivants :

- L'équipement et les fournitures pour la réanimation et les soins du bébé sont disponibles.
- L'équipement et les fournitures sont en bon état de marche
- L'équipement et les fournitures sont propres ou stériles selon le besoin.

1. Articles à tenir prêts pour la réanimation

- Source de chaleur
- Une surface ou une table de soins
- Trois à cinq linges pour sécher et envelopper le bébé (bonnet si disponible et couverture là où c'est requis)
- Compresse stérile ou morceaux de linge stérile
- Gants à jeter/ stériles
- Équipement d'aspiration – extracteur de mucus DeLee ou cathéters d'aspiration 8F et 10F avec l'aspirateur (électrique ou à pédales)
- Ballon de réanimation du nouveau-né (250-500ml) avec masque facial pour bébé (n°1 pour les bébés normaux, n°0 pour les bébés avec un petit poids à la naissance). Si les ressources sont limitées, il vaut mieux avoir le ballon de 500ml parce qu'il peut être utilisé pour les bébés de poids normal et une grande partie des nouveau-nés avec un petit poids à la naissance.

- Source d'oxygène, si possible. Si vous utilisez des obus, vérifiez qu'ils ont suffisamment d'oxygène. Cependant, l'oxygène n'est pas requis dans la plupart des cas.
- Horloge murale avec trotteuse.
- Thermomètre pour la température ambiante
- Thermomètre pour la température axillaire
- Stéthoscope.

D. Évaluation du bébé présentant une asphyxie à la naissance

Le bébé peut présenter les caractéristiques suivantes :

- Il ne pleure pas à la naissance
- Il ne respire pas, respire très lentement ou halète.
- Il est bleu
- Il est mou et ne bouge pas ou ne réagit pas suffisamment aux stimulations
- Si l'on compte les battements du cœur, on constate qu'il y a moins de 100 par minute ou qu'il n'y a pas de battement.

L'indice d'Apgar est utilisé dans les hôpitaux pour évaluer l'état du bébé en rapport avec la respiration, le rythme cardiaque, la couleur, la tonicité musculaire et la réaction réflexe à la stimulation 1 minute, 5 minutes et 10 minutes après la naissance et est d'une grande utilité pour l'évaluation du bébé. Des indices faibles à 5 et 10 minutes ont des corrélations avec l'état de santé à long terme. Dans la plupart des centres périphériques, le calcul de l'indice est effectué de manière erronée ou inappropriée.

L'INDICE D'APGAR N'EST PAS REQUIS ET NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR DÉCIDER A PROCÉDER A LA RÉANIMATION OU NON.

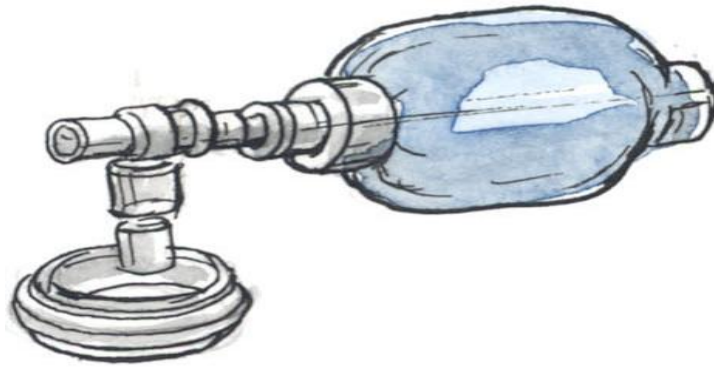
E. Étapes de la réanimation

- Mettez en marche la source de chaleur avant l'accouchement afin de réchauffer l'espace ou le coin de soins du bébé. Veillez attentivement à maintenir la température du corps du bébé durant la réanimation.
- Lavez-vous bien les mains et mettez des gants stériles
- Une fois que le bébé est né, séchez-le rapidement et ce faisant, vérifiez s'il pleure ou non. S'il ne pleure pas, vérifiez s'il respire ou non. S'il ne respire pas, clampez et coupez le cordon rapidement et placez le bébé sur la table de soins.
- Placez le bébé sur le dos sur la surface bien réchauffée et bien éclairée, la tête placée près de vous.
- Enlevez le tissu mouillé.
- Enveloppez le corps et la tête du bébé avec un linge propre et sec, en laissant la poitrine exposée. Vérifiez à nouveau si le bébé respire.

Les étapes ci-dessus doivent être effectuées rapidement – elles devraient prendre environ 30 secondes.

- Si le bébé ne respire toujours pas, dégagez les voies respiratoires par aspiration (en premier la bouche puis le nez) à l'aide :
 - L'extracteur de mucus de De Lee, OU
 - Un tube d'aspiration relié à un appareil d'aspiration mécanique (pression n'excédant pas les 130cm d'eau ou 100mm de Hg).
- Assurez-vous que :

- Le tube d'aspiration est suffisamment enfoncé pour créer une aspiration suffisante, mais pas plus de 5cm dans la bouche et 3cm dans les narines. Aspirez la bouche avant les narines parce si vous commencez par le nez, cela peut stimuler le bébé à respirer et au cas il y aurait du mucus épais dans la bouche/la gorge, le bébé peut l'inhaler ou l'aspirer.
 - L'aspiration est faite doucement, uniquement lorsqu'on retire le tube et non lorsqu'on l'introduit.
- Si le bébé ne respire toujours pas ou gaspe seulement, commencez à le ventiler avec le ballon autogonflant de ventilation pour nouveau-né, illustré ci-après.



Ballon et masque

- Tendez légèrement la nuque du bébé soit en tirant un peu sur la tête soit en plaçant un petit linge enroulé sous ses épaules en fonction de ce qui vous convient.
- Utilisez un masque de taille appropriée
 - N°1 pour des bébés de poids normal, n°0 pour les bébés avec un petit poids à la naissance
 - Assurez-vous que le masque couvre le menton du bébé, sa bouche et son nez mais ne va pas jusqu'aux yeux.

Mise en place et adhérence du masque sur le visage



Bien faire adhérer le masque au visage



Correct



Incorrect

- Placez le masque de sorte qu'il adhère bien au visage pour que l'air ne s'échappe pas pendant la ventilation.
- Commencez la ventilation à raison de 40 par minutes environs. Très simplement, vous comptez « un – deux – insuffler » et vous pressez le ballon à chaque fois que vous dites « insuffler ».
- Assurez-vous que la poitrine du bébé se soulève et que la valve du ballon autogonflant se déplace à chaque inflation.
- Réévaluez la respiration du bébé après 1 minute.
- Continuez la ventilation jusqu'à ce que le bébé respire ou pleure bien.
- Si le bébé est bleu, en particulier au niveau de la bouche et de la langue, donnez de l'oxygène si vous en disposez. **Rappelez-vous que la plupart des bébés n'ont pas besoin d'oxygène pour être réanimés.** S'il faut administrer de l'oxygène, cela peut se faire en même temps que la ventilation avec le ballon et le masque. Reliez le tube d'oxygène avec le ballon de ventilation au bout du tuyau d'entrée de l'oxygène. Rappelez-vous que si vous utilisez un ballon de ventilation, l'oxygène ne parviendra au bébé que si le ballon est pressé de manière rythmique comme lors de la ventilation. Vous pouvez donner de l'oxygène à un bébé qui respire déjà mais est bleu en tenant le masque **au-dessus** du visage et en pressant le ballon de manière rythmique. Les images ci-après illustrent les autres méthodes d'administration d'oxygène au bébé qui respire déjà. Il s'agit de tenir le tube à oxygène avec l'oxygène en marche avec la main en coupe ou non ou à travers un masque facial. En général, un débit d'oxygène de 1 à 2 litres par minute devrait suffire.



Méthodes d'administration de l'oxygène

- Si le bébé ne respire toujours pas, évaluer la fréquence cardiaque :
 - o si plus de 100/mn : continue à ventiler
 - o si moins de 100/mn: vérifie les voies aériennes et l'extension du cou, repositionne le masque et recommencer la ventilation
- S'il n'y a pas de respiration spontanée après 20 minutes, arrêter la ventilation; informer, réconforter et conseiller les parents
- S'il y a du méconium dans le liquide, en particulier si le méconium est épais :

- Aspirez la bouche et le nez du bébé immédiatement après la naissance avant le séchage,
- Après la naissance, si le bébé ne respire pas, aspirez la bouche et le nez avant de sécher le bébé et de le stimuler,
- Il ne faut pas aspirer un bébé qui pleure/crie déjà.

NE PAS FAIRE

- ***Ne frappez ni ne stimulez le bébé de manière répétée***
- ***Ne tenez pas le bébé la tête vers le bas et les pieds vers le haut***
- ***Ne jetez pas de l'eau froide sur le bébé et ne le trempez pas dans de l'eau froide***

- Si le bébé ne pleure ou ne respire toujours pas après 20 minutes, interrompez la ventilation.
- Après réanimation, réévaluez le bébé toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 4 heures en notant la respiration, la couleur et l'activité.
- Commencez l'allaitement une fois que l'état du bébé est stabilisé et qu'il est capable de téter sauf en cas de longue réanimation.
- Continuez à évaluer le bébé pendant les prochaines 48 à 72 heures, y compris son alimentation.
- Quelques critères pour référer les bébés présentant une asphyxie à la naissance :
 - L'idéal serait de référer à l'hôpital tout bébé qui avait besoin de réanimation à moins que la respiration soit établie très rapidement.
 - Les bébés qui ont un ou plusieurs signes de danger (voir le chapitre sur les signes de danger – avec un sepsis majeur)
 - Il **ne faut pas** envoyer un bébé qui ne respire pas bien à un centre de plus haut niveau à moins que vous ayez des moyens appropriés pour assurer la ventilation durant le transport. Sinon, le bébé court de grands risques de mourir en route ou de survivre mais avec de grands risques d'handicaps.
 - Suivez les recommandations sur la référence (transport/référence) du bébé malade.
- Si l'état du bébé s'améliore, commencez les soins de routine
 - Tenez-le au sec et au chaud, et si faisable, en contact peau à peau avec sa mère
 - Administrez de la vitamine K1 (1 à 2mg en IM) au bébé
 - Démarrez l'allaitement maternel aussitôt que l'état du bébé est stable et qu'il est prêt à téter
 - Reportez le premier bain à 24 heures après que l'état du bébé se soit nettement stabilisé, que le bébé soit bien au chaud et qu'il respire normalement.
 - Donnez tous les soins et les conseils prescrits sur les soins du bébé immédiatement à la naissance.
 - Veillez à décontaminer, nettoyer et stériliser tous les équipements. Les consommables devront être remplacés et tenus prêts pour l'accouchement suivant.
 - Notez toutes les observations et les traitements donnés dans le cadre de la réanimation suite à une asphyxie à la naissance dans le dossier de la mère/ du bébé et dans le registre des accouchements.
 - Expliquez à la mère/ la famille ce qui a été fait au bébé et pourquoi le bébé a besoin de soins supplémentaires dans la formation sanitaire et à domicile par la suite.

ALGORITHME POUR LA RÉANIMATION EN SALLE DE NAISSANCE

ALGORYTHME DE REANIMATION

- Bien essayer le nouveau-né,
- Remplacer le linge mouillé par un autre sec
- Regarder si le nouveau-né respire en même temps

Apnée ou gasp ou fréquence respiratoire très lente (< 20 / min.)

- Libérer les voies aériennes (surtout en cas de présence de méconium)
 - Repositionnement (neutre ou légère extension)
 - Aspiration
 - Stimulation tactile (10 secondes) ?

Bébé ne respire pas ou respire mal

Ventiler avec masque et ballon (en raison de 40/min)
compter : "un-deux-insuffler" - évaluer au bout d'1 min.

Bébé ne respire pas ou respire mal

Évaluer la fréquence cardiaque – Si >100/mn : continue à ventiler; Si <100/min: vérifie les voies aériennes et l'extension du cou, repositionne le masque et recommencer la ventilation

Si pas de respiration spontanée après 20 minutes, arrêter la ventilation; informer, réconforter et conseiller les parents

Bébé respire bien et ou crie: continuer avec les autres composantes de soins essentiels du nouveau-né

Tous les bébés réanimés ont besoin de suivi et de soins complémentaires

Référer les bébés qui :

- ont de difficulté de réanimation après stabilisation
- Développent de signes de danger

VIII. EXAMEN SYSTÉMATIQUE DU NOUVEAU –NE

A. Moment de l'évaluation

- Aussitôt que faisable après la naissance
- Au moins une fois par jour tant que le bébé est dans la formation sanitaire
- Avant la sortie de la formation sanitaire. Il est extrêmement important de détecter tout facteur de risque ou tout signe de danger très tôt. Ceux-ci peuvent exiger de garder le bébé plus longtemps au centre de santé, le lancement d'un traitement, la référence à l'hôpital ou la recommandation d'avancer la consultation de contrôle. Le début de la période post partum est très important. Soixante-quinze pour cent (75%) des décès de bébés se produisent dans la semaine qui suit la naissance.
- Lors de la première consultation et lors des consultations de contrôle de la période post partum.

B. Préparation

- Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon
- Saluez la mère/le responsable de l'enfant, mettez-les à l'aise dans un endroit sans courant d'air et expliquez ce que vous allez faire.

C. Interrogez la mère/ la famille sur :

- Tout problème qu'ils ont remarqué avec le bébé
- L'alimentation du bébé
- Les tétées, les selles et les urines (nombre, qualité, etc.)
- La présence de signes de danger particuliers, notamment :
 - o Difficultés à téter
 - o Léthargie ou réduction de l'activité (moins ou pas de mouvement)
 - o Fièvre ou corps trop froid au toucher
 - o Difficulté à respirer
 - o Vomissements répétés/distension abdominale
 - o Convulsions
 - o Signes en rapport avec l'ombilic (écoulement de pus, rougeur étendue, tuméfaction, mauvaise odeur)

D. Évaluez la présence de signes de danger

1. Évaluez dans quelle mesure l'enfant est alerte et actif dans son ensemble. Observez l'activité du bébé. Sauf s'ils dorment profondément, les bébés bougent fréquemment soit spontanément soit lorsqu'on les stimule. Les bras et les jambes sont légèrement repliés. Si l'un des membres reste toujours tendu, évaluez pour voir s'il n'y a pas paralysie ou fracture. Notez également si les membres sont très mous ou flasques.

2. Évaluez la température :

- o Évaluez la température corporelle en touchant au moins l'abdomen, les mains et les pieds du bébé, vous assurant qu'ils sont chauds.
- o Si possible, prenez la température axillaire en laissant le thermomètre en place pendant 5 minutes. La température normale se situe entre 36°5C et 37°5 C (le thermomètre doit être propre et doit être essuyé au moins avec une ouate de coton pour éviter les infections croisées.

Le trempage dans une solution antiseptique ne sera pratiqué que si l'on peut changer fréquemment la solution, sinon il y a risque d'infection au Pseudomonas.

Il n'est pas recommandé de prendre la température rectale dans le cadre de visites de routine parce que cela présente plus de risque d'infection et de traumatisme).

- Chez le nouveau-né, la fièvre et une température qui se trouve en dehors de la fourchette des 36°5C – 37°5C, constituent tous deux un signe de danger.

3. Évaluez la respiration :

Le rythme respiratoire normal est de 30 à 60 respirations par minute. Lors de la respiration, il ne devrait pas y avoir de :

- Battement des ailes du nez
- Geignement
- Augmentation du rythme respiratoire au-dessus de 60 respirations par minute
- Tirage sous-costal sévère

Même si la respiration peut être irrégulière et s'accompagner de courtes pauses, il ne devrait pas y avoir d'*apnée*, c'est-à-dire un arrêt de la respiration pour plus de 20 secondes ou pour une durée plus courte ou accompagné de cyanose, de pâleur ou de bradycardie avec un rythme cardiaque de moins de 110 par minute. Le rythme cardiaque normal varie de 120 à 160 battements par minute, le rythme étant dans la marge inférieure quand le bébé dort et dans la marge supérieure quand il est actif ou pleure.

4. Recherchez une distension abdominale

5. Examinez le cordon ombilical en prenant le soin de le soulever pour voir la base/l'ombilic. Vérifiez s'il n'y a pas d'écoulement de pus, de rougeur, d'enflure ou mauvaise odeur.

E. Pesez le bébé

- Placez un tissu ou un papier propre sur le plateau du pèse-bébé.
- Ajustez le poids à zéro avec le papier ou le tissu dessus.
- Placez le bébé sur le tissu et repliez le tissu de manière à couvrir le bébé.
- Prenez le poids quand l'enfant et la balance ne bougent pas.
- NE LAISSEZ JAMAIS sans surveillance un bébé sur le pèse-bébé.
- Inscrivez le poids du bébé sur la fiche de la mère/du bébé et dans les registres du service.
- Un poids normal se situe entre 2500g et 4000g. On parle de petit poids de naissance en dessous de 2500g.

F. En général, on examine les nouveaux nés de la tête aux pieds et d'avant en arrière

1. Tête

- Notez la forme de la tête et inspectez la chevelure et la peau pour voir s'il n'y a pas des blessures ou des contusions dues à l'utilisation de forceps ou d'aspirateur. Une forme allongée ou asymétrique peut être secondaire à la naissance.
- Palpez la fontanelle antérieure pour voir s'il n'y a pas de bombement.
- La bosse sérosanguine est une légère enflure sur la partie de la tête qui s'est présentée en premier. Il devrait disparaître en 48 heures.
- Un céphalématome est une hémorragie sous le périoste qui se présente comme une tuméfaction. Il ne s'étend jamais au-delà de la ligne de suture. La plupart se résorbent en quelques semaines et ne nécessitent pas de traitement.

2. Yeux

- Il est commun qu'on trouve une hémorragie sous conjonctivale chez le nouveau-né. Elle est sans gravité.
- Recherchez une conjonctivite qui se manifeste par une rougeur et/ou un écoulement.

3. Peau et muqueuses

- Les lèvres, la bouche, la langue, la paume des mains et la plante des pieds devraient être roses. Si la paume des mains et la plante de pieds sont bleuâtres, cela indique que le bébé n'a pas suffisamment chaud et qu'il est en train d'essayer de maintenir sa température par la vasoconstriction des vaisseaux périphériques, ce qui constitue un stress supplémentaire pour lui.
- La peau peut également présenter d'autres caractéristiques qui sont normales à cet âge et qui finissent par disparaître au bout de plusieurs jours ou semaines, telles que :
 - de petites tâches surélevées de couleur blanche ou jaune pâle sur la figure (miliun)
 - des réseaux de microvaisseaux capillaires sur le visage, le front, et la lèvre supérieure (Télangiectasie)
 - des zones bleuâtres dans le dos et sur les membres (tâches mongoliennes)
 - des tâches ou traces rougeâtres sur la peau (érythème toxique)

4. Recherchez la jaunisse (ictère)

- Contrairement à ce que l'on observe chez les nouveaux-nés plus âgés, il est difficile de détecter la jaunisse/ictère au niveau des yeux chez le nouveau-né. La jaunisse se détecte le mieux sur la peau. La jaunisse commence au niveau du visage et s'étend vers les mains et les pieds. Pressez doucement le bout du nez du bébé et relâchez. Voyez si la partie qui a pâli comporte une teinte jaune. Cela peut également se voir sur les plis de la peau lorsque le bébé fronce le visage ou pleure.
- C'est la seule période de la vie où un peu de jaunisse est normale. Elle est appelée jaunisse (ictère) physiologique du nouveau-né. Elle commence après les premières 24 heures au niveau du visage et ne s'étend ni à la paume des mains ni à la plante des pieds. Elle disparaît au bout de deux semaines.
- Lorsque la couleur jaune atteint la paume des mains ou la plante des pieds, cela est lié à une bilirubine sérique d'environ 15mg/100ml (soit 256,5µmol/L). Il faut référer le bébé pour évaluation et traitement dans ce cas.
- Ces directives ne concernent que les bébés d'un poids normal et nés à terme. Les bébés nés avant terme ou avec un petit poids à la naissance doivent être traités dès qu'ils sont jaunes. A la moindre présence de jaunisse, ces bébés doivent être référés à un personnel ou un centre compétent pour évaluation et traitement. Il ne faut pas considérer la jaunisse comme physiologique dans leur cas.

5. Bouche

- Regardez si le bébé n'a pas une fente labiopalatine (bec de lièvre) et regardez à l'intérieur de la bouche s'il n'a pas le palais fissuré. Profitez du cri ou de l'ouverture de la bouche pour regarder et éviter de mettre le doigt dans la bouche du nouveau-né.

- Examinez la langue et les parois internes de la bouche pour voir si le nouveau né ne présente pas de muguet se manifestant par de petites tâches ou plaques blanchâtres irrégulières sur la langue et sur les parois internes des joues. Le muguet est différent de la plaque blanche et lisse que l'on voit au milieu de la langue de certains bébés et qui est normale. Dans le doute, il faut traiter comme un muguet.

6. Membres

Regarder les membres supérieurs et inférieurs :

- vérifier leur flexion et leur symétrie (penser à une fracture ou une paralysie)
- vérifier s'il n'y a pas douleur à l'examen
- vérifier la présence de malformation

7. Thorax

- Vérifiez la symétrie et les mouvements durant la respiration.
- Les seins, tant chez les garçons que chez les filles, peuvent être engorgés et sécréter une petite quantité de lait. Il **ne faut pas** exprimer le lait parce que cela peut causer des traumatismes et une infection.
- Écoutez le bruit du cœur à l'aide d'un stéthoscope. Le rythme cardiaque est plus rapide chez le nouveau-né et se situe entre 120 à 160 battements par minute.
- De petits murmures vésiculaires peuvent être normaux dans la période qui suit la naissance.

8. Abdomen

- L'abdomen devrait être arrondi et souple.
- Recherchez sur le cordon ombilical :
 - un suintement de sang. Si c'est le cas, il faut nouer à nouveau le cordon.
 - des signes d'infection : un écoulement de pus à partir de l'ombilic ou à la base du cordon (soulevez le cordon pour voir la base), une rougeur sur la peau autour de l'ombilic et/ou une odeur nauséabonde.
- Plus tard, lorsque l'ombilic est bien guéri, une petite hernie ombilicale peut se former chez certains bébés mais elle devrait se résorber spontanément. Il ne faut pas presser une pièce d'argent ou placer des bandes contre l'hernie.
- Palpez doucement l'abdomen à la recherche de masses. Vous devez pouvoir sentir le foie et la rate.

9. Anus

- Notez quand le bébé a ses selles (habituellement à la naissance ou dans les 24 à 48 heures qui suivent la naissance)
- A la naissance ou lors de la première visite quelques jours après la naissance, vérifiez la position de l'anus et voyez si l'orifice anal est perméable. En cas de doute, référer.

10. Organes génitaux mâles

- Vérifiez que le méat urinaire est à l'extrémité du gland. Le méat urinaire peut anormalement se situer à la face ventrale ou dorsale du pénis. Devant toute anomalie, il faut référer.
- N'essayez pas de rétracter le prépuce parce qu'il est souvent adhérent à ce stade.
- Vous devez palper un ou deux testicules dans le scrotum d'un bébé né à terme mais les testicules peuvent ne pas être descendus chez les enfants nés avant terme.
- Si le bébé a été circoncis, recherchez tout signe de saignement ou d'infection.

- Recherchez des signes de hernies ou d'hydrocèles sur l'aine et le scrotum. Comme les hernies peuvent constituer des urgences, il faut référer.

11. Organes génitaux féminins

- Examinez les lèvres et le clitoris, assurez-vous qu'il n'y a pas fusion des grandes lèvres. En cas d'anomalie, il faut référer le plus tôt possible.
- L'hymen est souvent proéminent et peut ressortir comme une « protubérance hyménale », ce qui est normal.
- Un écoulement blanchâtre accompagné de sang ou non est normale dans les premières semaines de vie. Il n'y a lieu de référer que si le saignement est excessif. Le bébé recevra de la vitamine K1 (1mg) avant d'être référé.

12. Colonne vertébrale

Retourner le bébé pour examiner la région dorsale à la recherche d'une tuméfaction molle ou une ouverture éventuelle de la colonne vertébrale (spina bifida).

13. Évaluation de l'alimentation

Ceci peut se faire à tout moment voulu une fois que l'on a exclu les signes de danger tels que l'incapacité à téter, qui appellent à des soins immédiats. Si le bébé tète bien, évaluez la prise de sein. Voyez si :

- Le menton du bébé touche (ou presque) le sein
- La bouche est grande ouverte
- La lèvre inférieure est éversée
- Une grande partie de l'aréole se trouve à l'intérieur de la bouche du bébé, en particulier la partie inférieure. Il devrait y avoir une plus grande part de l'aréole qui apparaît au-dessus de la bouche qu'en dessous.
- Le bébé tète lentement et profondément et l'on entend quand il avale.

G. Conseiller la mère/ la famille

Conseillez la mère sur les points suivants :

- Allaiter fréquemment et à volonté jour et nuit
- Garder le bébé au chaud
- Se laver les mains avant de toucher le bébé après avoir été aux toilettes et après avoir changé les couches
- Manger un repas supplémentaire et boire plus que d'habitude
- Détecter les signes de danger à chez elle et chez le bébé
- Rappeler quand revenir pour une visite de contrôle et pour la vaccination.

IX. ALLAITEMENT MATERNEL

A. Avantages de l'allaitement maternel

1. Pour la mère :

- L'allaitement maternel aide à l'involution de l'utérus, c'est-à-dire le retour à une taille normale.
- Il évite les dépenses qu'occasionneraient l'utilisation de lait artificiel ou le traitement de maladies telles que la diarrhée ou la pneumonie qui sont plus fréquentes chez les enfants nourris au biberon et au lait artificiel.
- Il peut prévenir les grossesses pendant les six mois qui suivent l'accouchement s'il est exclusif, si le bébé tète fréquemment et à volonté et si les règles de la femme ne sont pas encore revenues.
- Il renforce le lien affectif entre la mère et l'enfant.

2. Pour le bébé :

- Il lui donne les nutriments dont il a besoin.
- Il protège le bébé des infections grâce aux facteurs d'immunité qu'il apporte et la réduction de la charge microbienne.
- Il aide les bébés malades à guérir plus vite.
- Il contribue au développement du corps et du cerveau.
- Il contribue à un meilleur développement de la bouche, des dents et de la mâchoire.

3. Pour la famille et la communauté :

- Il permet d'économiser
- Il contribue à la promotion de la Planification Familiale
- Il diminue les causes d'hospitalisation du nouveau-né (charge en dépenses)
- Il contribue à la survie du nouveau-né

B. Aider la mère à donner le sein

1. Position de la mère

- Donnez le nouveau-né à la mère peu après la naissance.
- Aidez la mère à démarrer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement.
- Aidez la mère à trouver une position confortable pour elle. L'agent de santé devrait l'aider à soutenir le bébé, en particulier lorsque la première tétée a lieu sur la table d'accouchement qui est étroite. C'est plus facile lorsque la mère est déjà sur un lit du service de maternité. La mère peut donner le sein alors que :
 - Elle est couchée sur le dos



- Elle est couchée sur le côté (habituellement, après une césarienne)



- Elle est assise.



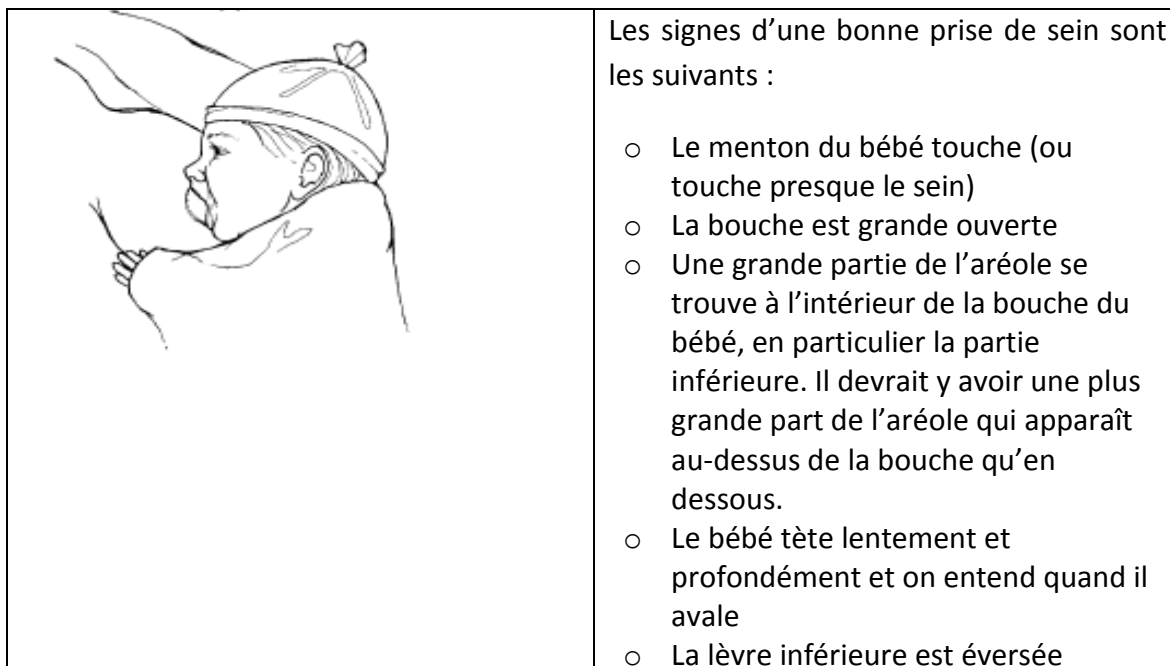
2. Position du bébé

- Tenez le bébé en tournant son visage vers le sein.
- La bouche devrait être en face du mamelon.
- Soutenez le bébé de sorte qu'il soit à la hauteur du sein (au besoin la mère peut utiliser un oreiller ou une couverture pliée).

3. Prise du sein par le bébé

- Tenez le sein en formant un C avec vos doigts : le pouce est placé au dessus du mamelon sur le long de la limite externe de l'aréole et les autres doigts sont placés sous le sein.

- Touchez les lèvres du bébé avec le mamelon de manière à l'inciter à se tourner vers le sein, à ouvrir la bouche et à prendre le sein (réflexe de prise de sein).
- Vérifiez que le bébé a bien pris le sein tel que le montre la figure ci-dessous.



(Source : OMS/Genève 2003. Prise en charge des problèmes du nouveau-né : guide pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes)

C. Conseiller la mère sur les points suivants

- Donnez le sein au bébé à volonté, jour et nuit (au moins 8 à 10 fois en 24 heures) sans limiter la durée des tétées ;
- Donnez les deux seins au bébé. Ne donnez l'autre sein que lorsque le bébé a vidé le premier de sorte qu'il reçoive le « dernier » lait qui est riche en graisses. Lorsque vous reprenez une tétée, offrez d'abord le sein qu'il n'a pas pris lors de la dernière tétée.
- Ne donnez pas de tétines à votre bébé parce qu'elles peuvent causer une infection.
- Ne donnez pas d'autres liquides ou des aliments à votre bébé avant six mois.
- Ayez un régime alimentaire nourrissant et buvez suffisamment.
- Reposez-vous autant que possible.

D. Problèmes d'allaitement maternel

1. Mamelon douloureux ou avec crevasses

a) Prévention des mamelons douloureux

- Vérifiez que le bébé a une bonne prise de sein.
- Conseillez à la mère de tenir ses mamelons propres et secs et de n'utiliser de savon qu'une fois par jour durant le bain ou la douche. Si elle utilise le savon plus souvent, elle peut avoir des crevasses sur les mamelons.
- Certaines mères peuvent trouver les positions qui suivent plus confortables (tenir le bébé sur l'avant bras, couchée sur le côté, football américain)



Très petit bébé : Bébé sur l'avant bras



Bébés malades : La mère couchée sur le côté

(Source : OMS 1993. Counseling sur l'allaitement maternel : cours de formation)

Position de football Américain:

- jumeaux
- canal galactophore bloqué,
- difficulté de l'attachement



b) Traitement des mamelons douloureux

- Conseillez à la mère d'exprimer le dernier lait riche en matière grasse et d'en frotter sur les mamelons après chaque tétée.
- La mère peut exposer ses seins à l'air pendant de courtes périodes répétées.
- La mère peut continuer à donner le sein qui est le moins douloureux.
- Si le mamelon est très douloureux, la mère peut interrompre l'allaitement avec ce sein pendant un certain temps mais elle doit exprimer le lait toutes les trois heures comme indiqué ci-après et donner le lait exprimé d'une autre manière (tasse, ou autres dispositifs traditionnels tels que « paladai » qui puissent être nettoyés facilement).



A l'aide d'une tasse



A l'aide d'un paladai

(Source : OMS/Genève 2003 : Prise en charge des problèmes du nouveau-né : guide pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes).

2. Seins engorgés

a) Prévention de l'engorgement :

- Tétées fréquentes et à volonté ; expression du lait maternel après la tétée si les seins sont encore pleins.

b) Traitement des seins engorgés :

- Avant de donner le sein, appliquez des compresses chaudes ou une bouillotte sur les seins pendant 5 minutes et massez les seins allant des quadrants extérieurs vers les mamelons.
- Exprimez un peu de lait avant de donner le sein pour ramollir les mamelons afin que le bébé puisse avoir une prise correcte de sein.
- Appliquez des compresses froides sur les seins après la tétée (si vous arrivez à le supporter et si cela est acceptable dans votre culture).
- Évitez de porter des soutiens-gorge serrés.
- Examinez le sein pour y rechercher tout signe d'infection tels qu'une rougeur, une chaleur excessive, une grosseur douloureuse dans le sein. Voyez également si vous n'avez pas la fièvre ou des frissons.

3. Mastite

Il s'agit d'une infection du sein associée à une douleur, une rougeur, une tuméfaction, une fièvre et des frissons.

a) **Conseil et traitement pour la mère**

- Conseillez à la mère de :
 1. Appliquer des compresses chaudes sur le sein pendant 5 à 10 minutes avant la tétée
 2. Masser le sein sur la partie infectée à partir de l'extérieur vers le mamelon.
 3. Donner le sein fréquemment, toutes les deux heures et laisser le bébé plus longtemps sur le sein infecté.
 4. Se reposer au lit, boire beaucoup d'eau (au moins 4 litres par jour)
 5. Prendre un analgésique ou un antipyrétique (paracétamol 500mg).
 6. Prendre un antibiotique pendant 10 jours. Cela pourrait être de la cloxacilline (500mg toutes les six heures), de l'érythromycine (500mg toutes les huit heures) ou de l'amoxicilline (500mg toutes les huit heures).
- S'il n'y a aucune amélioration au bout de deux jours, référer la mère à une formation sanitaire de plus haut niveau.

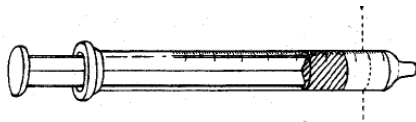
4. Mamelons enfoncés

(Normalement, ce problème aurait dû être détecté pendant la période prénatale et le traitement aurait alors commencé).

- Enseignez à la mère à étirer et à faire ressortir le mamelon plusieurs fois par jour.
- Vous pouvez également utiliser une seringue pour aspirer le sein vers l'extérieur comme montré sur l'image ci-après.

Préparer et utiliser une seringue pour le traitement de mamelons enfoncés

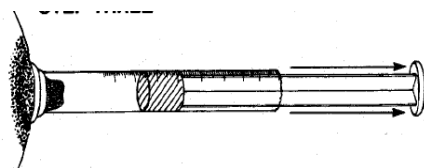
Étape 1 : coupez le long de la ligne à l'aide d'une lame.



Étape 2 : insérez le piston à partir du bout découpé.



Étape 3 : placez le bout ouvert de la seringue contre le sein au niveau du mamelon et demandez à la mère de tirer doucement sur le piston pour sortir le mamelon. Il faut le faire plusieurs fois. Ensuite, elle doit tout de suite donner le sein au bébé. Il se peut qu'elle ait à reprendre plusieurs fois la procédure.



(Source : OMS 1993. Counseling sur l'allaitement maternel : cours de formation. Guide du formateur)

E. Allaitement maternel dans le cas de jumeaux

- Suivez les étapes décrites ci-dessus.
- Les jumeaux peuvent avoir un petit poids à la naissance et exiger plus de soins.
- Au début, donnez le sein aux jumeaux l'un après l'autre.
- Par la suite, vous pouvez leur donner le sein simultanément sur les deux seins.
- Alternez le sein donné à chaque jumeau.

F. Expression du Lait maternel

Il est important que la mère qui ne peut donner le sein à son bébé pour diverses raisons (bébé trop petit ou trop malade pour téter) exprime son lait. Cela est également important lorsque c'est la mère elle-même qui a des problèmes qui l'empêchent de donner le sein momentanément. L'expression manuelle est la plus utilisée dans les pays en développement. Les tire-lait coûtent cher en particulier ceux qui sont électriques et présentent plus de risques de contamination, en particulier si les différentes parties ne sont pas bien nettoyées et stérilisées.

1. Comment exprimer le lait maternel

- Lavez bien les tasses, les récipients et les cuillères à utiliser avec de l'eau et du savon.
- L'amélioration de la qualité des soins durant le travail, une meilleure reconnaissance des cas et un bon rapportage reconnaissance amèneraient à une réduction du nombre de mort-nés frais.
- Faites bouillir les cuillères et les tasses dans une marmite couverte pendant 20 minutes.
- Découvrez partiellement la marmite en poussant le couvercle sur le côté, jetez l'eau et laissez les tasses dans la marmite jusqu'au moment de les utiliser.
- Lavez-vous les mains et les seins avec de l'eau et du savon. Si la peau se dessèche, utilisez de la crème ou de l'huile entre les expressions.
- Penchez-vous légèrement en avant de sorte que le lait tombe dans le récipient.
- Massez doucement tout le tissu du sein.
- Tenez le sein en mettant vos doigts en forme de C, plaçant le pouce au-dessus du mamelon le long de la limite externe de l'aréole et les autres doigts sous le sein. Il faut faire attention à ne pas toucher le mamelon.
- Pressez l'aréole entre le pouce et l'index tout en repoussant le sein contre la paroi du thorax. Pressez puis relâchez plusieurs fois de suite en imitant le bébé qui tète.
- Changez la position des doigts en faisant passer le pouce et les autres doigts sur toutes les parties respectivement au-dessus et en dessous de l'aréole de sorte à presser tous conduits et à vider le sein.
- Exprimer autant de lait que possible afin d'obtenir le dernier lait.
- Pour maintenir l'écoulement du lait, commencez par exprimer un sein pendant 3 à 5 minutes jusqu'à ce que l'écoulement se réduise puis passez à l'autre sein. Reprenez ensuite avec l'autre sein. Chaque sein devrait être exprimé pendant environ 10 minutes. Exprimez le lait 7 ou 10 fois par 24 heures.

2. Comment nourrir le bébé à l'aide d'une tasse (ou d'une tasse et d'une cuillère)

- Versez un peu de lait dans une petite tasse propre stérilisée par ébullition pendant 20 minutes.
- Tenez le bébé sur vos genoux dans une position à moitié relevée.
- Tenez la tasse à moitié remplie de lait près des lèvres du bébé.
- Penchez légèrement la tasse pour que le lait arrive juste aux lèvres du bébé.

- La tasse devrait s'appuyer légèrement sur la lèvre inférieure du bébé et le bord devrait toucher les bords de la lèvre supérieure du bébé vers la commissure des lèvres (un bébé prématuré prendra le lait avec la langue alors qu'un bébé né à terme tète ou aspire le lait, en renversant une partie.)
- Penchez la tasse pour que le lait aille sur les lèvres du bébé et maintenez-la dans cette position. Il ne faut pas verser le lait dans la bouche du bébé. Remplissez la tasse au fur et à mesure que le bébé termine le lait.
- Continuez à donner du lait au bébé jusqu'à ce qu'il ferme la bouche et refuse d'en prendre plus.
- Si vous utilisez une cuillère :
 - Touchez près de la commissure des lèvres avec la cuillère.
 - Une fois que le bébé ouvre la bouche, versez le lait doucement dans sa bouche ;
 - Donnez-lui le temps d'avaler avant d'offrir la cuillerée suivante.
- Le bébé ferme la bouche quand il est rassasié.
- Conseillez à la mère de prendre le bébé, de le mettre contre sa poitrine et de frotter son dos pour l'aider à roter.

3. Comment conserver du lait exprimé

- Conserver le lait dans un endroit aussi frais que possible.
- Le lait maternel peut être conservé :
 - A la température ambiante :
 - De 19 à 22°C jusqu'à 10 heures
 - A 26°C jusqu'à six heures
 - A plus de 26°C pour une ou deux heures seulement
 - Dans un réfrigérateur :
 - De 0 à 4°C de 24 à 48 heures
 - Dans un congélateur
 - Dans le congélateur du réfrigérateur, jusqu'à 2 semaines
 - Dans un congélateur à très basse température, jusqu'à 3 mois.

Remarque : Si le courant n'est pas stable ou s'il y a des coupures de courant, le lait maternel ne peut être conservé dans le réfrigérateur que pour une période très courte.

- Avant de donner le lait au bébé, il faut le réchauffer dans un bol d'eau tiède (non chaude). Il faut ensuite le donner immédiatement.

X. SOINS A LA VISITE DU POST PARTUM OU POST NATALE

A. Informations générales

La période postnatale est la période qui a été la plus négligée à ce jour.

Des soins appropriés à la naissance et durant le séjour dans la formation sanitaire et une évaluation attentive accompagnée de counseling sur les soins préventifs à domicile, l'identification des signes de danger et la recherche de soins sont extrêmement importants.

Tout facteur de risque identifié appellerait à prolonger le séjour dans la formation sanitaire, à donner des conseils particuliers et à avancer la date de la visite de suivi.

Le counseling sur les soins à domicile, l'identification des signes de danger et la recherche de soins appropriés, a une extrême importance au moment de la sortie de la formation sanitaire.

Cependant, l'état d'un nouveau-né peut s'aggraver très rapidement et comme la plupart des mères n'ont pas toute la formation nécessaire pour faire face à de telles situations, elles ont besoin de soutien supplémentaire. Ce soutien supplémentaire pourrait être fourni par des agents communautaires formés. Ceux-ci visiteront les mères dans les trois jours qui suivent la naissance ou la sortie de la formation sanitaire et leur offriront un counseling approprié et un soutien dans la reconnaissance des problèmes ou signes de danger et dans la référence.

La seule information dont on dispose est que 50% des décès de nouveau-nés se produisent dans le premier jour de vie et 75% dans la première semaine. De ce fait, nos stratégies chercheront à offrir des soins appropriés à la naissance et à couvrir la première semaine de vie avec des interventions telles que :

- une évaluation attentive avant de quitter la mère qui a accouché à domicile ou avant la sortie de la formation sanitaire,
- la mise en relation immédiate avec des agents communautaires formés,
- une visite auprès d'un agent de santé compétent dans les trois premiers jours,
- le counseling de la mère et de la famille sur les soins préventifs, l'identification précoce des signes de danger et la recherche à temps de soins appropriés.

La compétence de l'agent communautaire, la capacité de la mère à reconnaître les principaux problèmes et la recherche à temps de soins appropriés auprès d'un centre doté de personnel compétent amélioreront de toute évidence les résultats en matière de survie et de santé du nouveau-né.

De nouvelles consultations postnatales devraient être prévues au besoin, de préférence dans la deuxième semaine puis dans la quatrième à la sixième semaine. Les bébés avec un petit poids à la naissance ont besoin de contrôles **hebdomadaires** jusqu'à ce qu'ils prennent vraiment du poids.

B. Équipement et fournitures pour la première consultation

- Eau, savon et une serviette propre (tissu ou papier)
- Solution hydro alcoolique pour les mains (2 ml glycérine + 100 ml alcool)
- Table d'examen propre
- Thermomètre
- Stéthoscope
- Pèse-bébé
- Mètre ruban

- Seringues stériles, coton et alcool
- Vitamine K1 (si non fait à la naissance)
- Vitamine A pour la mère
- Solutions antiseptiques
- Vaccins si non fait à la naissance (BCG, polio oral)

Assurez-vous que le lieu de consultation soit propre, sans courant d'air et bien éclairé

C. Évaluation du nouveau-né

- Saluez poliment la mère ;
- Demandez-lui s'il y a un ou des problèmes qui doivent être rapidement évalués ou traités. Prenez en soin d'abord ;
- Expliquez à la mère ce que vous allez faire ;
- Lui demander les dossiers de santé (fiche, carnet de la mère et/ou du nouveau – né)
- Lavez-vous les mains à l'eau et au savon ;
- Si le bébé pleure ou bouge beaucoup alors que vous allez l'examiner, demandez à la mère de lui donner le sein d'abord ;
- Demandez à la mère comment elle voit le bébé, comment le bébé tète, si elle se fait du souci en la matière, si le bébé a ses selles, combien de fois le bébé urine en un jour (si le bébé urine 6 fois ou plus par jour, cela veut dire qu'il reçoit suffisamment de lait maternel) ;
- Demandez à la mère de dévêtir le nouveau-né mais de le couvrir avec un linge pour qu'il n'attrape pas froid. Recherchez d'abord tout signe de danger ou problème (si vous trouvez l'un des signes, prenez les mesures pour la référence telles qu'expliquées sur le chapitre sur les principales infections/sepsis avec les signes de danger, sur la référence et le transport) :
 - Tête mal ou pas du tout
 - Inactivité ou léthargie (moins ou pas de mouvement)
 - Fièvre ou hypothermie
 - Détresse respiratoire
 - Convulsions
 - Vomissements répétés /distension abdominale
 - Rougeur étendue et/ou tuméfaction de la base de l'ombilic ou mauvaise odeur
- Demandez à la mère s'il y a des problèmes avec l'allaitement maternel. Vérifiez la position et la prise du sein. Examinez le sein pour voir s'il y a des problèmes. Enseignez à la mère comment prévenir et traiter les problèmes du sein qui peuvent perturber l'allaitement maternel, notamment les mamelons douloureux et l'engorgement (voir le chapitre sur l'allaitement maternel) ;
- Vérifiez le poids du bébé (le bébé perd 5 à 10% de son poids dans les premiers jours de vie ; par exemple, un bébé de 3kg peut perdre jusqu'à 300g) ;
- Prenez la température du bébé (la température axillaire normale varie de 36°5C à 37°5C), vérifiez les rythmes cardiaque et respiratoire et la couleur de la peau (pâleur, cyanose, jaunisse) ;
- Recherchez la jaunisse/ictère qui nécessite un traitement et un suivi attentif dans les cas suivants :
 - La paume des mains et la plante des pieds sont jaunes chez le bébé né à terme
 - Il y a le moindre signe de jaunisse chez le bébé né avant terme ou ayant un petit poids à la naissance
 - La jaunisse persiste au-delà de la deuxième semaine
 - La jaunisse coexiste avec un autre signe de danger

- Vérifiez que le bébé a reçu les premières vaccinations en conformité avec le calendrier vaccinal si non, administrez les vaccins requis ;
- Informez la mère de la date de la consultation suivante ;
- Faites revenir le bébé dans les cas suivants :
 - avec un ou plusieurs signes d'infection locale/mineure : après 2 jours
 - avec un petit poids à la naissance : chaque semaine

D. Soins à donner

- Si le bébé présente un signe de danger, référez – le immédiatement à un hôpital de référence après avoir administré la première dose d'antibiotiques (voir le chapitre sur la référence)
- Administrez tous les vaccins qui auraient déjà dû être donnés après la naissance : contre la tuberculose et la poliomyélite (selon le PEV)
- Donnez de la vitamine A à la mère si elle n'en a pas reçu après l'accouchement.
- Traitez les infections mineures et les problèmes, le cas échéant (voir chapitre sur les infections/problèmes du nouveau-né)

E. Conseils pour la mère/la famille

- Demandez à la mère de poursuivre l'allaitement maternel exclusif, à volonté, jour et nuit jusqu'à six mois ;
- Dites à la mère, que l'allaitement maternel exclusif, fréquent et à volonté, sans retour des règles, peut la protéger d'une éventuelle grossesse pendant les premiers six mois. Si les règles reviennent, lui conseiller de revenir au centre en vue de l'adoption d'une planification familiale ;
- Enseignez à la mère comment tenir le bébé au chaud :
 - Contrôler la température du bébé : toucher les pieds, les mains et l'abdomen (si l'abdomen est froid, il y a hypothermie modérée à sévère)
 - La pièce où le bébé se trouve devrait être chaude (25° à 28°) et sans courant d'air. Quand il fait froid, le bébé devrait porter des vêtements chauds et il faudrait couvrir sa tête avec un bonnet ou un linge. Les couches doivent être rapidement changées dès qu'elles sont mouillées. Le bébé devrait dormir dans le même lit que sa mère et sous la même moustiquaire.
 - Le contact peau à peau est la meilleure façon de réchauffer le bébé à la maison s'il souffre d'hypothermie (en particulier s'il s'agit d'un bébé avec un petit poids à la naissance) (voir la méthode sur les soins Mère Kangourou)
 - Enseignez à la mère/ la famille comment maintenir le bébé au chaud et comment effectuer le bain :
 - Toujours se laver les mains avec du savon et de l'eau avant de toucher le nouveau-né,
 - Reporter le premier bain à au moins 24 heures après l'accouchement,
 - Tenir prêt tout ce qu'on a besoin pour le bain,
 - Baigner le bébé dans une pièce chaude et sans courant d'air,
 - S'assurer que l'eau est à la bonne température (en la touchant avec une main ou un coude propre),
 - Bien exposer et nettoyer tous les plis cutanés,
 - Laver les cheveux du bébé en dernier, sécher rapidement le bébé à l'aide d'un linge chaud ou d'une serviette,
 - Mettre le bébé en contact peau à peau avec la mère après le bain, si nécessaire.

- Enseignez à la mère les soins à donner au cordon :
 - Préserver le cordon propre et sec
 - Plier la couche en dessous du cordon pour qu'elle ne le touche pas
 - Ne pas appliquer des substances sur le cordon (par exemple, de la cendre, de la boue ou de l'argile)
- Enseignez à la mère les précautions d'hygiène du bébé :
 - Toujours se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de toucher le bébé en particulier après avoir changé les couches, après avoir été aux toilettes et après effectué le ménage.
 - Nettoyer le bébé chaque jour en prenant soin d'exposer et de bien nettoyer et sécher les plis cutanés.
- En cas de jaunisse/ictère simple:
 - Rassurez la mère en lui expliquant que le bébé est normal et que la couleur jaune va disparaître
 - Dites-lui de revenir immédiatement si la jaunisse s'étend à la paume de la main et à la plante des pieds du nouveau - né
 - Conseillez-lui de pratiquer l'allaitement maternel exclusif et de donner fréquemment le sein
 - Conseillez-lui de boire beaucoup
 - Dites-lui de veiller sur le bébé pour voir s'il n'y a pas d'autres signes de danger
- Conseillez à la famille de revenir pour des soins de suivi dans la deuxième semaine puis dans la quatrième à la sixième semaine, à moins d'indication contraire. Les bébés avec un petit poids à la naissance doivent être suivis chaque semaine. Les bébés avec une infection mineure et des problèmes doivent être vus en contrôle après 2 jours.

F. Si l'on sait que la mère est séropositive

1. Pour le bébé

- Posez les questions suivantes :
 - Est-ce que le bébé a bénéficié de prophylaxie antirétrovirale à la naissance ou dans les trois jours qui ont suivi la naissance ? Si possible, vérifiez dans son dossier.
 - Est-ce que le bébé continue à prendre une prophylaxie antirétrovirale à présent ?
- Vérifiez les options d'alimentation du bébé
 - Soutenez la famille pour l'option d'alimentation qu'elle a choisie pour le nouveau - né
 - Si le bébé est nourri au sein :
 - Renforcez le message sur les soins du sein
 - Répondez à toute question ou préoccupation sur l'allaitement maternel

2. Pour la mère

- Si la mère a pu bénéficier d'un suivi auprès d'un médecin référent, l'encourager ;
- Dans le cas contraire, référer la mère pour une évaluation clinique et pour une évaluation de la nécessité d'un traitement antirétroviral,
- Donner à la mère du cotrimoxazole à titre prophylactique si elle est séropositive
- Conseillez la mère sur les avantages de l'espacement de naissances si elle n'utilise pas encore de contraceptifs :
 - Insistez sur l'importance particulière de la planification familiale
 - Informez-la sur les méthodes disponibles

- Soutenez-la dans son choix d'une méthode de planification familiale, y compris la MAMA
- Faites les arrangements nécessaires pour qu'elle bénéficie de suivi en matière de counseling et de soutien pour la méthode qu'elle a choisie
- Faites la promotion du maintien de pratiques sexuelles à moindre risque
- Conseillez-la sur les symptômes d'infections opportunistes tels que la fièvre, la toux, des sueurs nocturnes, la perte de poids et le muguet.
- Offrez-lui un soutien psychologique et mettez-la en relation avec des services de soin du VIH et de soutien communautaire
- Confirmez les dates des prochaines consultations pour les soins en matière de VIH en conformité avec les directives nationales.

XI. PROBLÈMES DU NOUVEAU – NE

A. Généralités

- Les infections sont la principale cause de décès durant la période néonatale. Elles sont responsables de 36% des décès dans les quatre premiers mois de vie.
- Les nouveau-nés sont particulièrement sensibles aux infections parce que :
 - o leur système immunitaire n'est pas encore pleinement développé,
 - o ils sont plus exposés aux microbes.
- Les nouveaux - nés avec un petit poids à la naissance ou né avant terme courent plus de risques d'infection.
- Les nouveau-nés sont sensibles aux microbes qui normalement ne causent pas d'infection majeure chez leurs aînés. Les agents pathogènes les plus courants sont *E. coli*, *Klebsiella sps*, les staphylocoques et les streptocoques de groupe B. Les agents pathogènes varient selon les régions, le temps et avec l'utilisation à long terme d'antibiotiques. Les streptocoques du groupe B sont plus fréquents dans les pays développés, dans certaines parties de l'Amérique latine et certaines parties de l'Afrique.
- La plupart des infections graves chez le nouveau-né requièrent l'administration d'antibiotiques injectables tels que la gentamicine.
- Il est très courant de voir la maladie se répandre et progresser rapidement.
- Le sepsis chez les nouveau-nés a un taux de létalité élevé.

B. Moment où les infections se produisent

- Lorsqu'elles se produisent tôt, les infections résultent de facteurs de risques de la mère et lors de l'accouchement, notamment :
 - o Fièvre chez la mère
 - o Rupture prématurée des poches des eaux
 - o Pratiques septiques de l'accouchement
 - o Mauvais soins du cordon ombilical
- Lorsqu'elles se produisent plus tard (4 à 30 jours), les infections proviennent habituellement de l'environnement (à la maison ou dans la formation sanitaire – infection nosocomiale) à cause de facteurs tels que :
 - o des mauvaises pratiques d'hygiène lorsque l'on prend soin du nouveau-né (ne pas bien se laver les mains ou utiliser des consommables souillés et de matériels mal nettoyés/mal stérilisés).
 - o Le recours excessif à des procédures invasives (cathétérisme veino artériel,...)

C. Types d'infection

1. Infections graves

- Les maladies spécifiques telles que la pneumonie, la diarrhée, la septicémie et la méningite sont difficiles à diagnostiquer chez le nouveau-né. Ainsi, on préfère utiliser le terme générique de « sepsis » en santé publique.
- Elles sont identifiées à travers la présence d'un ou de plusieurs signes de danger présentés dans le tableau ci-après. Ce tableau offre les directives pratiques pour l'identification et le traitement des infections graves dans les centres de santé périphériques.

2. Infections locales :

- Muguet
- Conjonctivite
- Infection cutanée
- Infection localisée à l'ombilic

3. **Infections spécifiques** telles que la syphilis, le VIH/SIDA, l'hépatite B, le tétanos et le paludisme.

D. Problèmes et défis

1. Facteurs retardant la recherche de soins/ la référence :

a) Facteurs socioculturels :

- Les bébés sont tenus dans des pièces mal éclairées
- On ne sort pas les bébés hors de la maison avant plusieurs semaines
- Les signes de danger sont attribués à des causes surnaturelles, ce qui fait que l'on ne perçoit pas la nécessité de soins médicaux
- Manque de confiance vis-à-vis du système de santé ou mauvaise perception du système
- Les femmes n'ont pas suffisamment de pouvoir de décision

b) Difficulté financière

c) Inaccessibilité géographique : difficulté de transport

d) Retard de reconnaissance des signes de danger par la famille, la communauté et les agents de santé des centres de santé périphériques

2. **Qualité des services non conformes aux normes** dans les formations sanitaires.

3. **Propagation rapide de la maladie et fin précoce de l'allaitement**, ce qui rend nécessaires les liquides en intraveineuse disponibles uniquement dans les formations sanitaires de niveau plus élevé

4. Politiques de l'État et logistique des matériels et fournitures :

- Disponibilité non permanente des médicaments, fournitures et d'équipement en état de marche, de force et de taille adéquates
- Politiques sur l'administration d'antibiotiques par des agents de santé à faible niveau de qualification

E. SEPSIS

1. Identification

Les premiers signes sont vagues et sont parfois difficiles à reconnaître mais il faut pouvoir les détecter assez tôt.

Les premiers signes peuvent être aussi vagues qu'une simple impression visuelle : le nouveau-né ne se porte pas bien, parfois décrite comme « une grimace ». Cependant, il est possible de détecter ces premiers signes par une observation attentive du bébé chaque jour. Il faudrait encourager les mères et les familles à observer leurs bébés dans un lieu suffisamment éclairé, au moins une fois par jour, en particulier durant la première ou les deux premières semaines de vie.

Il existe des signes cliniques plus conventionnels que l'on appelle « signe de danger » et qui permettent d'identifier le sepsis chez le nouveau-né :

- Difficultés à téter
- Léthargie ou réduction de l'activité (moins ou pas de mouvement)
- Fièvre ou corps trop froid au toucher
- Difficulté à respirer
- Vomissements répétés/distension abdominale
- Convulsions
- Signes en rapport avec l'ombilic (écoulement de pus, rougeur étendue, tuméfaction, mauvaise odeur)

Le tableau ci-après donne plus d'informations sur l'identification et la prise en charge des signes de danger au niveau des formations sanitaires périphériques.

Directives pratiques pour l'identification et le traitement des infections graves dans les centres de santé périphériques		
Signes de danger (demandez/recherchez)	Identification (recherchez/vérifiez)	Prise en charge
Difficultés à téter (Tête moins ou ne tête pas du tout)	Ne tète pas du tout, tête moins que d'habitude, n'ouvre pas la bouche quand on veut le nourrir, ne demande pas à téter	<ul style="list-style-type: none">• Administrez (a) les premières doses de deux antibiotiques : ampicilline et gentamycine, (b) de la vitamine K1 1mg, si cela n'a pas été fait à la naissance.• Référez le bébé à un hôpital de référence• Expliquez à la mère pourquoi le bébé doit être référé et conseillez-lui d'aller au centre de référence avec une autre personne• Conseillez-lui sur les soins à donner au bébé pendant le transport<ul style="list-style-type: none">○ Tenir le bébé au chaud par de contact peau à peau○ Afin de prévenir l'hypoglycémie, si le bébé arrive à téter, lui donner le sein ou lui donner du lait maternel exprimé à l'aide d'une tasse. Ne pas essayer de nourrir un bébé qui n'arrive pas à avaler○ Observer fréquemment le bébé pour voir s'il n'y a pas d'autres problèmes• Contactez le centre de référence et informez le
Léthargie/ inactivité (Moins ou pas de mouvement)	N'est pas aussi actif que d'habitude, dort trop longtemps, a du mal à s'éveiller, ne se réveille pas pour les tétées, a l'air tout mou, membres mous, trop calme	
Fièvre/ température corporelle trop basse	Fièvre : corps chaud au toucher, la mère indique que la bouche semblait trop chaude durant l'allaitement, la température dépasse les 37°C Hypothermie : le corps est plus froid que la normale au toucher, la température est moins de 36°C	

Difficulté respiratoire/respiration rapide	Rythme respiratoire de plus de 60 respirations par minute, battement des ailes du nez, geignements, tirage sous-costal grave	personnel <ul style="list-style-type: none"> • Donnez un billet de référence à la mère précisant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le nom et l'adresse de la mère ○ La date et l'heure de la naissance ○ Les problèmes à la naissance, le cas échéant ○ Les raisons de la référence ○ Les traitements administrés ○ Les conseils donnés
Vomissements persistants avec ou sans distension de l'abdomen	Les vomissements occasionnels sont une chose courante mais les vomissements persistants sont anormaux de même que la distension abdominale	
Convulsions	Les convulsions se présentent souvent de manière atypique chez le nouveau-né, notamment un regard fixe, le clignement de paupières, des trémulations des lèvres, des mouvements cloniques ou toniques des membres	
Infection étendue de l'ombilic	Rougeur étendue ou tuméfaction autour de l'ombilic accompagnée ou non de mauvaise odeur	

2. Antibiothérapie

L'idéal serait de choisir les antibiotiques en fonction de la nature des agents pathogènes et de leur sensibilité dans le pays et dans la région en particulier. Cependant, lorsqu'on ne dispose pas de telles informations au niveau local, le choix se basera sur les informations disponibles à l'échelle de toute une région. La prise en charge dépendra également du niveau du système de santé où le traitement est administré. Dans les centres de santé en zone très périphériques, il se peut que les seuls antibiotiques que l'on puisse donner avant référence à une formation sanitaire de plus haut niveau soit une dose d'antibiotique tel que l'amoxicilline et une dose d'antibiotique injectable tel que la gentamycine.

	GENTAMICINE Dose: 2.5 mg par kg	AMPICILLINE Dose: 100 mg par Kg
POIDS	Flacon non dilué, de 2 ml contenant 20 mg = 2 ml à 10 mg/ml Ajouter 6 ml d'eau stérilisée à un flacon de 2 ml contenant 80 mg* = 8 ml à 10 mg/ml	Ajouter 2 ml d'eau stérile à 1 flacon de 500 mg = 2,1 ml à 25 mg/0,1 ml
1 kg	0.25 ml*	0.4ml
2 kg	0.50 ml*	0.8 ml
3 kg	0.75 ml*	1,2 ml
4 kg	1.00 ml*	1,6 ml
5 kg	1,25 ml*	2 ml

* Ne pas utiliser de gentamicine 40 mg/ml non diluée. La dose est ¼ de celle mentionnée ci-dessus

Il est préférable de référer le nouveau-né classé POSSIBILITÉ de MALADIE GRAVE ou INFECTION BACTÉRIENNE GRAVE mais si la référence n'est pas possible, donner de l'ampicilline et de la gentamicine pendant 10 jours, 5 jours au moins. Donner l'ampicilline toutes les 8 heures plus de la gentamicine toutes les 12 – 24 heures.

F. Infections mineures

Les infections mineures qui se produisent couramment durant la période néonatale sont les suivantes :

- 1) la conjonctivite
- 2) l'infection de l'ombilic
- 3) les infections cutanées
- 4) le muguet

1. Conjonctivite/ infections oculaires

Les infections gonococciques sont graves et peuvent causer la cécité.

a) Considérez tout écoulement oculaire visible de pus comme une infection gonococcique et la traitez en tant que telle dans la première semaine de vie qu'il y ait enflure ou non.

- Donnez de la ceftriaxone en IM à raison de 50mg/kg en une dose unique.
- Mettez des gants puis nettoyez les paupières avec une compresse imbibée de solution saline normale ou de l'eau bouillie avant de verser des gouttes oculaires. Montrez à la mère comment le faire et recommandez de le répéter 4 fois par jour.
- Si la mère et le bébé habitent près de la formation sanitaire, traitez le bébé à titre ambulatoire; sinon, il faut le faire hospitaliser.
- Traitez la mère et le partenaire si cela n'a pas encore été fait : ceftriaxone 250mg en IM en une dose unique pour la mère et ciprofloxacine 500mg PO en dose unique pour le partenaire.
- Si ces médicaments ne sont pas disponibles, référez-les à un hôpital de référence.

b) Si les yeux sont rouges et les paupières collantes mais qu'il n'y a pas de pus :

- Continuez à nettoyer les yeux et appliquez un pommade ophtalmique à base de cycline à 1% aux yeux, 3 ou 4 fois par jour jusqu'à disparition des symptômes.
- S'il n'y a pas d'amélioration ou si du pus apparaît après 2 jours de prise en charge correcte, il faut référer.
- Si la référence est impossible, il faut donner de l'érythromycine par voie orale à raison de 12,5mg/kg toutes les 6 à 8 heures pendant 14 jours.
- Comme la chlamydia peut être la cause de l'infection, traitez la mère et le partenaire si cela n'a pas été déjà fait. Pour la mère, donnez de l'érythromycine 500mg par voie orale 4 fois par jour et pour le partenaire, de la tétracycline 500mg par voie orale pendant 7 jours ou de la doxycycline 100mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours.

2. Infection locale de l'ombilic

Une infection locale de l'ombilic peut être accompagnée de présence de matière collante ou d'écoulement de pus à la base du cordon ou à partir de l'ombilic une fois que le cordon est tombé. La peau autour de l'ombilic ne présente ni rougeur ni tuméfaction ou très peu s'il y en a.

Traitez comme suit :

- Mettez des gants et nettoyez la zone avec une solution antiseptique à base d'alcool à 60 à 90° ou 2,5% de teinture d'iode polyvidone ou 4% de gluconate de chlorhexidine, 3 à 4 fois par jour.

- Prenez le soin de soulever le cordon et d'appliquer la solution à la base du cordon ou bien à l'intérieur de l'ombilic si le cordon est tombé.
- Montrez à la mère comment faire.
- Demandez à la mère de revenir pour un contrôle deux jours après.
- Si la rougeur ou si la tuméfaction autour de l'ombilic augmente ou s'il y a une odeur nauséabonde, ceci veut dire que l'infection est plus grave et qu'il faut traiter en tant que sepsis.

3. Infections cutanées

La gravité d'une infection cutanée est classée en fonction du nombre et de la taille des lésions et des signes de sepsis comme indiqué ci-après :

a) *Moins de 10 pustules ou moins de la moitié du corps couvert, sans signe de sepsis :*

- Lavez les parties atteintes avec un antiseptique.
- Frottez les pustules avec du violet de gentiane 4 fois par jour jusqu'à guérison.
- Demandez à la mère de revenir pour un contrôle après deux jours.
- Si les lésions ne disparaissent pas mais qu'il n'y a pas de signes de danger, donnez de la cloxacilline par voie orale pendant 5 jours (50mg/kg toutes les 8 heures). Si ce médicament n'est pas disponible, essayez l'amoxicilline par voie orale.

b) *Plus de 10 pustules sans signe de sepsis :*

- Continuez le traitement local comme indiqué plus haut.
- Donnez de la cloxacilline en IM à raison de 50mg/kg toutes les 8 heures. S'il n'est pas disponible donner de l'amoxicilline.
- Demandez à la mère de revenir pour un contrôle le lendemain ou à défaut après deux jours.
- S'il n'y a pas d'amélioration, il faut référer.

c) *Cellulite/abcès :*

- S'il y a une tuméfaction fluctuante, incisez-la et drainez l'abcès. Si cela n'est pas faisable dans votre centre de santé, référer au niveau supérieur après avoir donné une première dose d'antibiotique. Donnez de la cloxacilline en IM si vous en disposez. Sinon, donnez de la cloxacilline par voie orale avec de la gentamycine injectable.
- Si le bébé a été admis en interne, évaluez-le chaque jour.
- Si l'état du bébé s'améliore, continuez le traitement jusqu'à 10 jours
- S'il n'y a pas d'amélioration, référer-le à un centre approprié

4. Muguet

Le muguet est une infection fongique due à *Candida* sps. , habituellement localisée dans la bouche ou la zone en contact avec les couches.

a) *Muguet dans la bouche :*

- Il se manifeste par des tâches ou plaques blanches et irrégulières sur la langue et sur l'intérieur des joues
- Il est différent de la plaque blanche et lisse que l'on voit au milieu de la langue de certains bébés. En cas de doute, traitez en tant que muguet.
- Frottez l'intérieur de la bouche avec une ouate imbibée de solution orale de nystatine ou du violet de gentiane à 0,5%, 4 fois par jour après les tétées, continuez pendant deux jours après la disparition des lésions.
- Demandez à la mère de mettre de la pommade de nystatine ou du violet de gentiane à 0,5% sur ses seins après les tétées pendant toute la durée de traitement du bébé.
- Il faut conseiller aux mères de se nettoyer les seins avec de l'eau et du savon une fois par jour durant le bain ou la douche.

b) *Muguet dans les zones en contact avec les couches :*

- Appliquez de la pommade de nystatine ou du violet de gentiane à 0,5% chaque fois que l'on change les couches du bébé. Continuez trois jours après que les lésions ont guéri.
- Veillez à ce que les couches soient rapidement changées dès qu'elles sont souillées.

Tableau : Récapitulatif du traitement des infections mineures/locales		
Problèmes	Identification	Traitement
Infection mineure de l'ombilic	Écoulement de pus à partir de l'ombilic ou de la base du cordon	Découvrir et bien nettoyer l'ombilic avec de l'alcool et appliquer de l'antiseptique (tels que chlorhexidine ou violet de gentiane)
Muguet	Plaques blanchâtres sur la langue, les parois intérieures des joues et le palais	Appliquer localement de la nystatine ou du violet de gentiane – une goutte dans la bouche 4 fois par jour. Si le muguet persiste, il faut donner de la nystatine par voie orale
Conjonctivite	Écoulement de pus des yeux avec ou sans rougeur	Traiter comme infection gonococcique comme indiqué plus haut
Infections cutanées	Pustules ou desquamations	Nettoyer la peau avec de l'eau et du savon. Si moins de 10, appliquer du violet de gentiane deux fois par jour. Si plus de 10, donner des antibiotiques par voie orale deux fois par jour (amoxicilline) pendant 7 à 10 jours. S'il n'y a pas d'améliorations au bout de 2 jours, référer vers le niveau supérieur

Érythromycine	Amoxicilline
Sirap (125 mg/ 5 ml)	Sirap (125 mg/ 5 ml)
2,5 ml (1/2 cc) deux fois (1ère semaine) à trois fois par jour (après une semaine) pendant 5 jours.	2,5 ml (1/2 cc) deux fois par jour (1ère semaine) à trois fois par jour (après 1 semaine) pendant 5 jours

G. Soins de suivi

- Demandez à la mère de ramener l'enfant pour un contrôle après deux jours.
- Conseillez la mère sur l'identification des signes de danger. Conseillez-lui de revenir immédiatement même si le signe n'est pas évident.
- Conseillez la mère sur les soins préventifs de base à donner au nouveau-né, notamment l'allaitement maternel, les soins du cordon et le maintien de la température
- Donnez un rendez-vous pour les vaccinations aux moments indiqués.

H. Référence et transport des nouveau-nés malades

1. Points essentiels à retenir :

- Administrez les traitements d'urgence nécessaires pour stabiliser l'état du bébé avant de le transférer
- Comme l'état d'un nouveau - né peut se dégrader rapidement, prévoyez à l'avance votre choix d'un centre de référence approprié, c'est-à-dire un centre où le nouveau-né ou le bébé peut recevoir des soins adéquats. Il ne s'agit pas forcément du centre le plus proche.
- Planifiez à l'avance avec le centre de référence les soins et les mesures à prendre avant et pendant le transfert.
- Parlez à la mère et au membre de la famille. Répondez patiemment à leurs questions.
 - Expliquez-leur la raison de la référence.
 - Expliquez que même si le bébé est malade et qu'il y a des risques durant le transfert, le bébé a besoin d'un traitement qui ne peut être dispensé ni par un centre périphérique ni à domicile.
 - Donnez-leur une idée de ce à quoi ils doivent s'attendre dans le centre de référence.
 - Conseillez-les sur ce qu'ils doivent faire pendant le transport.

2. Moyens de transport

- Faites les arrangements nécessaires pour le transport :
 - Utilisez le moyen de transport le plus rapide qui soit disponible. Assurez-vous que le véhicule a suffisamment de carburant.
 - Envoyez ensemble la mère et le bébé.
 - Si possible, informez le centre de référence du cas qui leur est envoyé, de l'état du bébé et au sujet de la mère qui accompagne le bébé.
 - Veillez à ce qu'un membre de la famille ou un ami accompagne la mère et le bébé.
 - Si possible, l'agent de santé devrait accompagner la mère et le nouveau - né.

3. Préparation au transfert du nouveau-né :

- Administrez les traitements d'urgence nécessaires pour stabiliser l'état du bébé avant de le transférer.
- Donnez la première dose d'antibiotique si vous suspectez une infection.
- Conseillez à la mère de tenir le bébé au chaud et aidez-la à le placer en contact peau à peau avec elle.
- Notez la référence dans le registre de la formation sanitaire et notez les informations suivantes sur le billet de référence à l'intention du centre de référence :
 - Nom du bébé
 - Raisons de la référence
 - Principales observations
 - Tous les traitements donnés, y compris la dose et l'heure à laquelle elle a été administrée
 - Votre nom, la date et l'heure
 - Toute information disponible et pertinente sur la grossesse, le travail, l'accouchement, la période postnatale et des informations supplémentaires sur le bébé

4. Soins du nouveau-né durant le transport.

- Conseillez à la mère/ famille de :
 - Tenir le bébé au chaud pendant le transport en le mettant en contact peau à peau avec la mère/accompagnante et en couvrant les deux autant que nécessaire, en fonction du temps qu'il fait
 - Protéger le bébé du vent, de la poussière, du soleil et des insectes (moustiques et mouches)

- Encouragez la mère à donner du lait maternel au nouveau - né. Si le bébé peut téter, conseillez à la mère de donner du lait maternel exprimé. Précisez bien qu'ils ne doivent pas forcer l'enfant à prendre du lait s'il a du mal à avaler.

5. Si la référence est retardée ou n'est pas possible,

- Continuez à soutenir la famille
- Poursuivez le traitement, y compris les antibiotiques

XII. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU - NE DE PPN/MÉTHODE KANGOUROU

Les nouveau- nés de petits de poids de naissance (PPN) peuvent être :

- des nouveau-nés prématurés et/ou
- des nouveau-nés petits par rapport à leur âge gestationnel.

En plus des mêmes éléments de soins que les nouveau-nés normaux, ils doivent bénéficier de soins supplémentaires et plus d'assistance à cause de leur vulnérabilité. Le PPN représente une cause importante de mortalité néonatale.

Principaux points à retenir :

- La chaleur, la nutrition, la prévention de l'infection et un suivi attentif sont essentiels.
- Il faut rechercher les complications qui exigent une référence vers un hôpital, telles que les infections, la détresse respiratoire et l'apnée.
- Les soins Mère Kangourou sont un moyen simple et efficace de prise en charge de ces bébés.

A. Identification des nouveau-nés de petit poids de naissance

Les nouveau- nés à terme arrivent au monde après 37 à 42 semaines de gestation.

Les nouveau- nés peuvent avoir un petit poids de naissance pour les causes suivantes :

- Ils sont nés trop tôt (avant terme ou prématurés) c'est-à-dire avant les 37 semaines de gestation ;
- Ils ont souffert de malnutrition intra-utérine et par conséquent de retard de croissance intra-utérine, ce qui fait qu'ils sont petits pour leur âge ;
- Ils souffrent des deux problèmes décrits ci-dessus.

B. Caractéristiques de la prématurité

En général, les bébés nés avant terme présentent les caractéristiques suivantes qui sont d'autant plus prononcées que l'enfant est né tôt :

- Le bébé pèse en général moins de 2 500g. Il existe cependant des cas, même prématuré, le nouveau - né a le poids d'un bébé né à terme comme chez la mère diabétique.
- Le bébé a une moindre tonicité musculaire ce qui fait que ses membres sont mous ou flasques et ont tendance à être complètement allongés alors que les bébés normaux les tiennent quelque peu fléchis.
- Les bébés de teint clair, nés avant terme, ont tendance à paraître plus rose.
- La peau est plus mince et a une consistance gélatineuse chez les bébés qui ont un poids inférieur ou égal à 1 500g
- La tête penche sur le côté et peut paraître plus plate.
- Les cheveux sont plus frisottants (fins et ondulants).
- Les oreilles sont plus molles. Le cartilage est moins ferme, ce qui fait que les oreilles peuvent être repliées plus facilement.
- La poitrine est plus plate et les côtes sont plus visibles.

- Le nodule du sein (sous le mamelon) est plus petit et peut être absent chez les grands prématurés de moins de 34 semaines de gestation.
- Les organes génitaux ont un aspect différent :
 - Chez les bébés de sexe masculin, les bourses sont plus petites, les stries sont moins proéminentes et les testicules peuvent ne pas être descendus.
 - Chez les bébés de sexe féminin, les grandes lèvres sont plus plates alors que les petites lèvres et le clitoris sont plus proéminents.
- La plante des pieds est plus douce au toucher, elle a moins de plis. Ceux-ci se limitent au tiers supérieur chez les bébés nés avant 34 semaines. Il peut n'y avoir qu'un seul pli, des marques à peine visibles ou aucun pli chez les bébés les moins matures.

C. Caractéristiques du retard de croissance intra-utérine (RCIU) chez les bébés matures

- Les nouveau-nés ayant souffert de retard de croissance intra-utérine ont un poids faible à la naissance comme les bébés prématurés (moins de 2 500g).
- La tonicité musculaire peut être moindre, en particulier si le nouveau-né victime de retard de croissance intra-utérine est aussi prématuré.
- La peau a une apparence sèche et ridée et ressemble à un parchemin. Elle se desquame après quelques jours et devient normale à mesure que le bébé grandit.
- Le visage semble être ratatiné et présente des rides comme chez une vieille personne.
- Dans la plupart des cas, le cartilage des oreilles est plus ferme mais il est plus mou chez les bébés chez qui le retard de croissance intra-utérine est plus prononcé.
- Le thorax est plus petit et plus plat, les côtes semblent plus proéminentes.
- Le développement du nodule du sein (en dessous du mamelon) est généralement en fonction de la maturité du nouveau-né. Il peut être plus petit chez les bébés dont le retard de croissance intra-utérine est plus prononcé.
- Les plis de la plante de pieds sont plus nombreux et plus proéminents comme chez le bébé né à terme.

D. Problèmes avec les nouveau-nés PPN

Si tous les bébés avec un PPN ont des problèmes plus ou moins semblables à cause de la **faiblesse de leur système immunitaire, de risques élevés d'infection et de la difficulté à maintenir leur température**, les bébés nés avant terme ont en général plus de difficultés dans la période qui suit la naissance, notamment le syndrome de détresse respiratoire dû à l'immaturation des poumons, des difficultés à s'alimenter et des risques d'hémorragies cérébrales. Cependant, une fois qu'ils ont survécu à cette période critique, leurs chances à long terme sont plutôt meilleures.

Les bébés matures souffrant de retard de croissance intra-utérine se portent relativement mieux durant la période qui suit la naissance du fait qu'ils sont plus actifs et s'alimentent plus volontiers, mais les complications ont tendance à survenir à long terme chez eux. Cependant si le retard de croissance intra-utérine et la prématurité sont plus prononcés, les problèmes à court et à long terme sont plus courants et sont très semblables chez les deux groupes.

E. Évaluation des nouveau-nés de PPN et prise de décision

En général, les bébés de plus de 1 800g sans problèmes ni signes de danger s'en sortent plutôt bien et peuvent être pris en charge dans un centre périphérique doté de personnel formé et à domicile à partir du moment où la mère et les membres de la famille ont reçu un counseling et un soutien suffisants.

L'âge gestationnel de l'enfant à la naissance est calculé en comptant le nombre de semaines écoulées depuis les dernières règles jusqu'à la date de la naissance. Cependant, il est difficile de connaître l'âge gestationnel exact quand la date des dernières règles n'est pas connue.

Il faut une formation particulière pour faire une évaluation physique de l'âge gestationnel. Cependant, connaître l'âge gestationnel exact n'est pas d'une grande utilité dans les centres périphériques où l'on ne peut dispenser que des soins élémentaires.

Sur le plan pratique, il importe surtout de déterminer l'état de chaque bébé afin de savoir la conduite à tenir. Ainsi, l'agent de santé vérifie si le bébé :

- Arrive à maintenir sa température avec une aide minimale telle que des vêtements supplémentaires ou un contact peau à peau
- Arrive à prendre fréquemment du lait maternel soit en tétant directement soit en buvant le lait maternel administré à l'aide de moyens alternatifs tels qu'une tasse, une cuillère.
- Ne présente ni problème ni signe de danger.

En dehors de ces cas, les autres doivent être référés vers des formations appropriées qui ont la compétence, l'équipement et les fournitures nécessaires pour les prendre en charge. On veillera à suivre les recommandations données dans la section référence sur le transport des bébés.

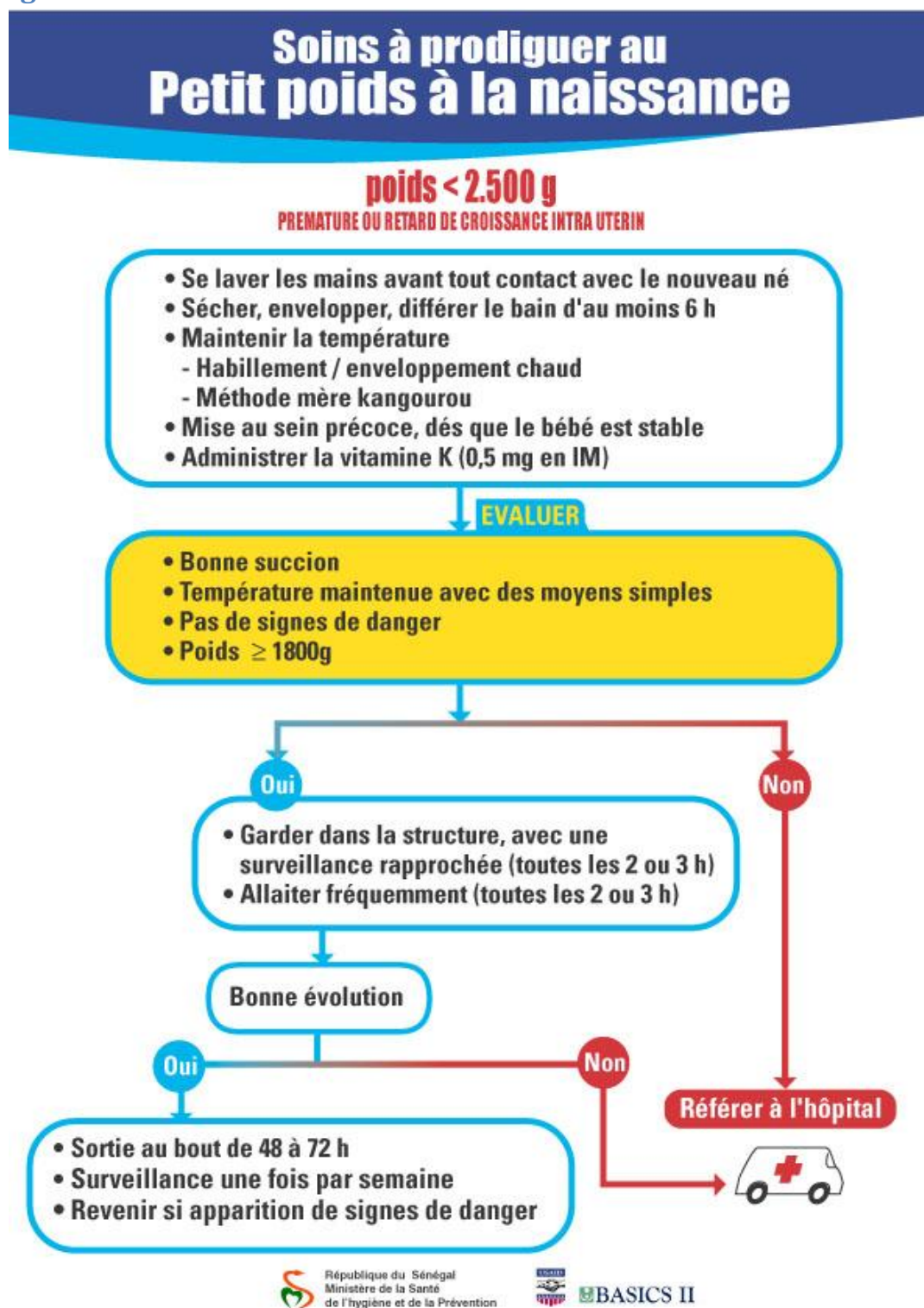
F. Soins immédiats après la naissance

- Dispensez des soins particuliers à ces bébés vulnérables. Si de manière générale, vous avez à dispenser les mêmes soins essentiels qu'aux nouveau-nés normaux après la naissance, il faut tout de même accorder une attention particulière à certains points quand il s'agit d'un nouveau-né de petit poids de naissance:
 - **Maintien de la température/protection thermique:** les bébés peuvent avoir besoin de plus de vêtements ou de couverture ou il faut prolonger le contact peau à peau.
 - **Initiation précoce de l'allaitement maternel et des tétées plus fréquentes :** les bébés peuvent avoir besoin de plus d'assistance pour s'alimenter, ce qui peut inclure l'administration du lait maternel exprimé à l'aide d'une tasse, d'une cuillère.
 - **Prévention des infections :** Comme ces bébés attrapent facilement une infection, il faut faire très attention à la prévenir, notamment :
 - En se lavant les mains avant de toucher ou tenir le bébé
 - En donnant du lait maternel et en évitant tout autre aliment et liquide
 - En évitant d'avoir des visites non nécessaires et de toucher ou de prendre l'enfant plus que nécessaires
- Pesez le bébé à la naissance.
- Vérifiez fréquemment la respiration et la température des bébés au rythme de toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, toutes les 30 minutes durant la troisième heure et toutes les heures jusqu'à 6 heures. Les bébés très petits ont tendance à arrêter de respirer périodiquement (apnée). Il faut les stimuler en frottant le dos d'un des pieds et les amener dans un hôpital de référence.
- Si le bébé n'a aucun problème respiratoire et s'il tète bien :
 - Maintenez le bébé en contact peau à peau avec sa mère en permanence (voir Soins Mère Kangourou)
 - Couvrez la tête du bébé avec un bonnet ou un linge
 - Si le nouveau-né à PPN a besoin de soins supplémentaires tels que la réanimation, gardez le sous la source de chaleur.
 - Reportez le premier bain du bébé à une semaine après la naissance. Nettoyez les parties sales telles que la figure, l'aîne ou les plis cutanés avec un tissu humide ou à l'aide d'une éponge et du savon à

pH neutre au besoin, en exposant uniquement des petites parties du corps à la fois. Séchez rapidement le bébé et maintenez sa température comme indiqué ci-dessus.

- A la naissance, donnez une dose unique de 1mg de vitamine K1 en IM (0,5mg si le bébé pèse moins de 1 500g).
 - Référez vers une formation sanitaire d'un niveau supérieur les bébés de moins de 1800g et ceux ayant des problèmes indépendamment de leur poids. Veillez à ce qu'ils restent en contact peau à peau durant le transport et qu'ils tètent ou reçoivent du lait maternel à l'aide d'une cuillère, d'une tasse s'ils sont capables d'avaler.
 - Avant le transfert, veillez à administrer les traitements d'urgence nécessaires pour stabiliser l'état du bébé dont la première dose d'antibiotique si le bébé présente un signe de danger et/ou si la mère a de la fièvre ou des signes d'infection ou une perte de liquide amniotique depuis plus de 24 heures.

G. Algorithme du soin au PPN



H. Soins Mère Kangourou

Les Soins Mère Kangourou constituent une méthode simple pour favoriser la santé et le bien-être de nouveau-nés de PPN ou nés avant terme. Il s'agit de les mettre en contact peau à peau avec leur mère ou une autre personne, sur la poitrine (entre les deux seins), de maintenir leur température corporelle et d'encourager l'allaitement maternel exclusif.

1. Avantage des Soins Mère Kangourou

a) Pour le bébé :

- Tient le bébé au chaud
- Protège le nouveau-né du monde extérieur et aide à le protéger des infections
- Aide le bébé à avoir une respiration plus régulière avec moins d'épisodes d'apnée.

b) Pour la mère :

- Renforce le lien affectif entre la mère et le bébé
- Stimule le réflexe de la montée laiteuse
- Contribue à la réussite de l'allaitement maternel parce que le bébé a constamment les seins près de lui pour un allaitement maternel à volonté.

2. Préparation pour les Soins Mère Kangourou

- Une pièce bien au chaud (25° à 28° C) sans courant d'air
- Des vêtements amples et légers pour la mère
- Un linge pour envelopper ensemble le nouveau-né et la mère (tissu lycra)
- Le bébé devrait être nu et ne porte qu'un bonnet, des chaussettes et une couche
- Une chaise longue à dossier incliné ou un lit relevé de 15 à 30 degrés pour la mère

3. Technique des Soins Mère Kangourou

- Conseillez à la mère de maintenir une bonne hygiène, notamment de prendre une douche quotidienne, de changer de vêtements, de se laver fréquemment les mains et de garder ses ongles courts et propres.



(OMS 2003. Soins Mère Kangourou : un guide pratique)

- Placez le bébé, sa poitrine entre les seins de la mère, les pieds sous les seins et les mains au-dessus. Les hanches du bébé seront dans la position d'une grenouille et ses bras seront repliés.
- Tirez doucement la tête et tournez-la sur un côté. Alternez les côtés où la tête est tournée au cours de la journée.
- Les voies respiratoires doivent rester dégagées et la mère et l'enfant peuvent avoir des contacts visuels dans cette position. Soutenez le bébé en tirant le linge sous l'oreille du bébé.
- Évitez que la tête se replie ou soit trop tendue.
- Maintenez le bébé à l'aide du linge.
- Enveloppez la mère et le bébé dans le linge, **sans trop serrer** pour permettre les mouvements respiratoires ni **trop lâche** pour ne pas laisser tomber le bébé, lorsque la mère se lève.
- Supervisez et pratiquez avec la mère jusqu'à ce qu'elle se sente parfaitement à l'aise avec la méthode.

4. Allaitement maternel du bébé en Soins Mère Kangourou

- Expliquez à la mère les avantages du lait maternel, en particulier pour les petits bébés
- Le bébé indique qu'il est prêt à téter lorsqu'il commence à bouger la langue et la bouche et manifeste de l'intérêt à sucer ses doigts ou la peau de la mère.
- Demandez à la mère de commencer l'allaitement maternel une fois que le bébé est réveillé. Comme son rythme normal est dominé par le sommeil, la mère doit essayer de le réveiller à l'heure de la tétée. Encouragez la mère à allaiter fréquemment (toutes les 2 à 3 heures)
- Aidez la mère à se mettre dans une position confortable sur une chaise ou un fauteuil sans bras, dans un endroit calme, si possible.
- Avant que la mère commence à donner le sein, relâchez le linge enroulé autour du bébé.
- Le bébé restant en contact peau à peau, suivez les mêmes étapes que pour un bébé de taille normale pour la prise de sein et la position (voir chapitre « Allaitement maternel »).
- Comme il est petit, le bébé a besoin de pauses plus fréquentes et plus longues pendant la tétée. Il faut le laisser au sein tant qu'il semble vouloir téter.
- Si le bébé s'étouffe, tousse ou crache, apprenez à la mère comment le retirer du sein et du linge qui l'enveloppe puis à le tenir couvert contre sa poitrine jusqu'à ce qu'il se calme et respire normalement avant d'essayer de l'allaiter de nouveau.
- Si les seins de la mère sont engorgés, exprimez suffisamment de lait maternel pour que l'aréole devienne suffisamment molle, ce qui facilitera la succion.
- Si le bébé n'arrive pas à téter au sein :
 - Attendez qu'il soit réveillé ;
 - Relâchez le linge autour du bébé ;
 - Tenez le bébé, la bouche près du mamelon ;
 - Exprimez quelques gouttes de lait maternel ;
 - Laissez le bébé sentir le lait, lécher le mamelon et ouvrir la bouche ;
 - Exprimez le lait dans la bouche ouverte ;
 - Attendez que le bébé avale le lait exprimé.
 - Reprenez la procédure jusqu'à ce que le bébé ferme la bouche et refuse de prendre du lait même quand on le stimule.
 - Une autre alternative consiste à exprimer le lait maternel dans un récipient propre et stérilisé par ébullition durant 10 minutes. Le lait est ensuite donné au bébé à l'aide d'une tasse, d'une cuillère.

5. Conseiller la mère sur les Soins Mère Kangourou

- Parler à la mère et la famille des avantages des Soins Mère Kangourou
- Conseillez à la mère de placer un linge supplémentaire ou une serviette sous le derrière du bébé pour ne pas souiller ses vêtements et de changer fréquemment les couches. Il faut toujours utiliser un linge propre et bien sec pour les couches du bébé.
- Demandez à la mère de n'enlever le bébé du contact peau à peau que pour changer les couches, pour des besoins d'hygiène et pour les soins du cordon. Un bébé de petit poids de naissance n'a pas besoin d'être baigné quotidiennement. Les parties sales, notamment les plis de la peau, peuvent être nettoyées à l'aide d'une éponge. Lorsque vous baignez le bébé, il est important que la pièce soit chaude et sans courant d'air, que l'eau utilisée soit chaude, de procéder le plus rapidement possible et de bien sécher le bébé avant de reprendre rapidement le contact peau à peau.
- Conseillez à la mère de maintenir les Soins Mère Kangourou 24 heures sur 24 jusqu'à ce que le bébé prenne du poids. Un autre membre de la famille peut remplacer la mère pendant de courtes périodes.

6. Sortie de la formation sanitaire pour le nouveau-né de PPN

a) *Le bébé est prêt à quitter la formation sanitaire si (toutes conditions ci – après respectées) :*

- Sa santé est bonne en général
- Il ne présente aucun signe d'infection et aucun signe de danger
- Il tète bien
- Il prend du poids ou au moins son poids est stable sur trois jours de suite
- Le bébé arrive à bien maintenir sa température pendant trois jours de suite quand il est suffisamment vêtu ou lorsqu'il se trouve en Soins Mère Kangourou
- La famille estime être capable de bien prendre soin du bébé.

b) *Conseillez la mère*

Conseillez la mère/la famille de :

- Poursuivre les Soins Mère Kangourou
- Donner fréquemment le sein au bébé
- Utiliser du lait exprimé, donné à l'aide d'une tasse ou d'une cuiller si le bébé avec un petit poids à la naissance n'arrive pas à bien téter ou se fatigue rapidement quand il tète.
- Rechercher des soins auprès d'un agent de santé ou d'un centre de santé si le bébé présente l'un des signes de danger suivants :
 - Difficulté à téter : le bébé ne se réveille plus pour les tétées ou cesse de téter
 - Léthargie, inactivité (moins ou pas de mouvement), sommeil trop prolongé avec moins de mouvements spontanés quand il est éveillé
 - Le bébé est froid au toucher, sa température reste inférieure à la normale même quand on essaie de le réchauffer à l'aide de vêtements supplémentaires ou par le contact peau à peau.
 - Difficultés respiratoires telles qu'une respiration rapide, un tirage sous-costal grave, des geignements ou des battements des ailes du nez ou des arrêts périodiques de la respiration
 - Vomissements persistants ou distension abdominale
 - Convulsions
 - Diarrhée (remarque : les bébés nourris au sein ont des selles molles mais un changement soudain dans l'aspect des selles – très liquides et plus fréquentes- peut indiquer une diarrhée. Les risques sont particulièrement élevés si le bébé reçoit d'autres aliments ou liquides).
 - Écoulement de pus à partir de l'ombilic, rougeur étendue ou tuméfaction sur la peau autour de l'ombilic et/ou mauvaise odeur
 - Jaunisse/ictère – chez le bébé avec un petit poids à la naissance, une coloration jaunâtre sur la peau du visage nécessite une référence
- Revenir pour des soins de suivi systématique
 - Fixez le premier rendez-vous de suivi à une semaine après la sortie de la formation sanitaire (ou plus tôt pour les cas qui nécessitent un suivi attentif et quand la mère habite suffisamment près pour pouvoir le faire)
 - Le bébé devrait être suivi chaque semaine jusqu'à ce qu'il se porte bien et de préférence jusqu'à ce que son poids atteigne les 2 000 grs.
 - L'idéal serait que le suivi soit effectué par des agents de santé compétents mais s'il n'y en a pas suffisamment, on peut apporter un appui supplémentaire par l'intermédiaire d'agents communautaires. S'il en existe, mettez la famille en relation avec un agent communautaire pour un suivi supplémentaire.

7. Soins du nouveau-né de PPN (moins de 2 500g)

- Lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon chaque fois que vous allez toucher le bébé,
- Séchez rapidement le bébé à la naissance. Enveloppez son corps dans un linge propre et sec, y compris la tête,
- Ne baignez pas le bébé pendant la première semaine ou jusqu'à ce que son état soit stabilisé,
- Quand vous baignez le bébé, utilisez de l'eau chaude, séchez rapidement le bébé et réchauffez-le par contact peau à peau,
- Tenez le bébé au chaud en lui mettant suffisamment de vêtements ou en l'enveloppant mais de préférence par contact peau à peau,
- Donnez le sein le plus tôt possible, fréquemment et à volonté.

XIII. LA CARTE CONSEIL

Une carte conseil est un « support » visuel utilisé par le personnel sanitaire lors des séances de counseling pour faciliter la communication avec les femmes, les membres de la famille et de la communauté.

Les cartes conseils contiennent des images qui décrivent et mettent en exergue le comportement requis ainsi que quelques messages ou mots clés bien ciblés.

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

A. Raisons pour lesquelles on utilise les cartes conseils :

- 1.) Les cartes conseils sont d'apparence agréable. Elles sont visuelles et amusantes. Les femmes, leurs familles et les autres membres de la communauté s'intéressent d'habitude aux conversations ou aux séances qui incluent de tels supports.
- 2.) Elles donnent une crédibilité et reconnaissance aux agents, et peuvent les aider à accéder aux domiciles.
- 3.) Elles aident les agents à organiser le sujet dont ils veulent discuter avec les femmes/mères et familles, et à prioriser et focaliser sur un seul message ou un ensemble de messages corrélatifs à la fois.
- 4.) Elles rappellent aux agents l'objet de la discussion. Avec de l'expérience et une utilisation répétée, même les agents illettrés ou peu instruits peuvent commencer à utiliser les points importants au dos des cartes conseils, afin qu'ils se rappellent des points clés à aborder, surtout s'il y a des petites images appropriées près des puces.
- 5.) La/les personne(s) qui voient les images peuvent s'identifier aux personnes sur la carte et se dire : « Cette personne est comme moi ». Alors elle peut penser: « Je peux moi-aussi essayer cette pratique ».

B. Utilités

- à renforcer un message verbal avec une image d'une personne en train de faire une activité spécifique : exemple MMK
- à aider la cible à s'identifier avec le personnage sur la carte et à s'appropriier le comportement souhaité
- à renforcer un message verbal avec une situation habituellement correcte ou à rectifier une situation incorrecte dans divers domaines et à agir en conséquence
- à aider dans la conduite du conseil

C. Avantages de la carte conseil :

- Facilite une interaction pour promouvoir de petites pratiques réalisables.
- Fait gagner du temps par rapport à une simple conversation
- Développe une action spécifique. Les messages et les informations complémentaires se trouvent au dos des cartes pour aider à engager les discussions.

- Offre une maniabilité et facilité 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.

D. 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
- 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
- S'assurer que la carte est visible par tous et que l'image soit dans la bonne position
- Faire circuler la carte dans le cas de conseils pour un petit groupe
- Donner un peu de temps de réflexion à la cible pour s'imprégner de l'image/photo sur la carte en vue d'une meilleure participation
- Développer un thème en montrant la carte correspondante et en racontant dans vos propres mots l'histoire indiquée sur le verso de la carte
- Inciter les discussions en posant des questions ouvertes sur l'histoire en relation avec les réalités de la cible, en utilisant le guide au verso.
- 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 de la personne ou du groupe en posant des questions ouvertes sur le contenu du thème exposé.

DIRECTIVES POUR L'UTILISATION DES CARTES CONSEILS

(Lors d'une visite à domicile ou des séances communautaires)

Montrez la carte conseil

- Demandez aux participants/clients de décrire ce que les images sur la carte signifient pour eux. Que font les personnages sur la carte ? Quel est le message véhiculé ?
- Après qu'ils aient répondu aux questions ci-dessus, décrivez la carte conseil en vos propres termes, pour présenter :
 - (a) Le comportement spécifique à promouvoir
 - (b) Le message clé
 - (c) Tout problème spécifique relatif au message
 - (d) Les points à conseiller
 - (e) Les croyances et pratiques qui peuvent influencer l'adoption du comportement recommandé (favorables et défavorables)
 - (f) Les directives/suggestions pour la négociation du comportement recommandé
- Ayez un dialogue interactif avec la famille et donnez des conseils sur la façon dont les membres de cette famille peuvent
 - (a) accepter et adopter le comportement sain recommandé tout en restant autant que possible dans leurs cadres et normes culturelles
 - (b) faire des adaptations raisonnables, si besoin est
 - (c) penser à essayer au moins certaines des options suggérées en cas de résistance à l'adoption du comportement recommandé
- Gardez des dossiers sur les visites/séances de counseling suivant les recommandations du superviseur

E. Durée de la discussion :

- 15 minutes pour une session de conseils individuels sur un seul thème
- 15 à 30 minutes pour un IEC de groupe (lieux publics, par exemple les bureaux, les centres de santé, les marchés) sur un seul thème.

XIV. SYSTÈME DE GESTION DES INFORMATIONS EN SANTE NÉONATALE

A. GÉNÉRALITÉS SUR LE SYSTÈME D'INFORMATION

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.

Les informations peuvent être de :

- **Données** : Les données sont constituées essentiellement par des chiffres et/ou des constats d'une situation. Elles peuvent être *qualitatives ou quantitatives*.

Exemple : les chiffres du rapport mensuel d'activités (RMA) ou constats relevés dans une grille de supervision.

- **Indicateur** : L'indicateur est la traduction de données quelconques par rapport à la population de référence de ces données. Pour devenir un indicateur, les données sont traitées (manuel, ou informatique). C'est la traduction chiffrée d'une situation donnée, à un moment donné et dans un lieu précis.

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.

B. Les composantes du système d'information

Ce système comporte :

1. Le niveau communautaire

Ce niveau est constitué par les familles ou l'ensemble 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

2. Le niveau formation sanitaire : CSB

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. Il traite les données et réagit par rapport au résultat. Il envoie les données au niveau du district.

3. Le niveau district

Ce niveau doit recevoir l'ensemble des informations provenant des CSB de façon mensuelle. Il doit faire la synthèse de ces données et celles recueillies au niveau de sa zone de couverture. Il traite les données et réagit par rapport au résultat. Il envoie les données au niveau régional.

4. Le niveau régional

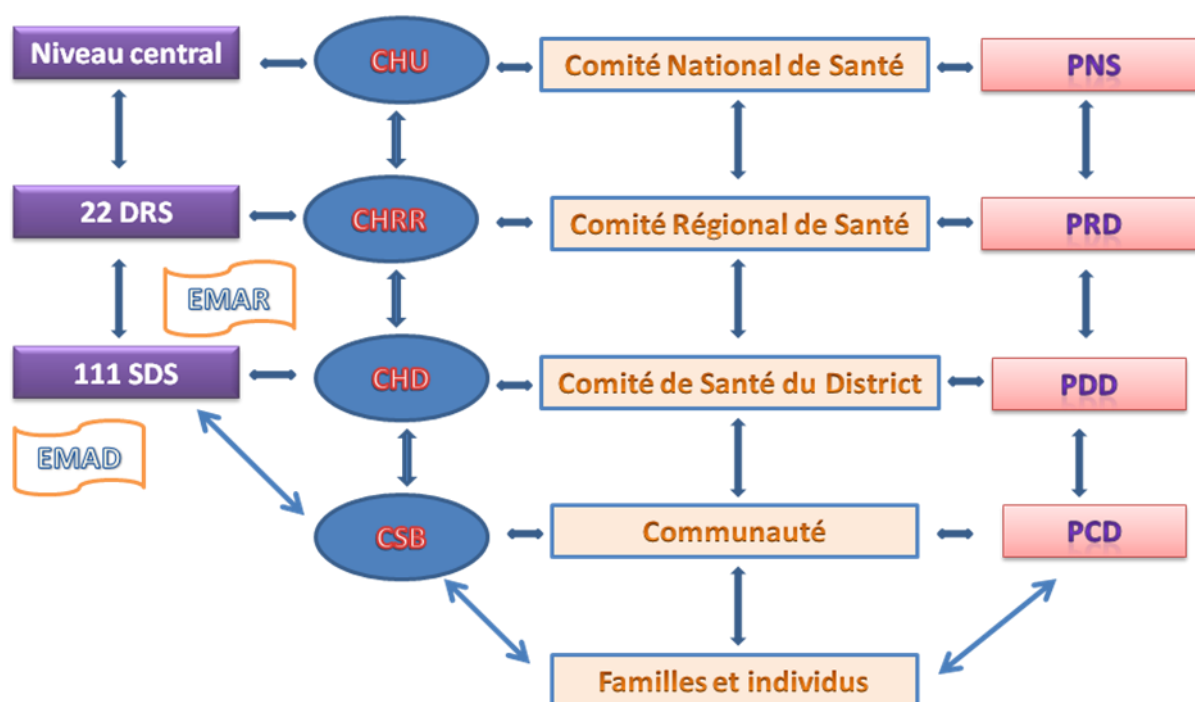
Ce niveau doit recevoir l'ensemble des informations provenant des districts de façon mensuelle. Il doit faire la synthèse de ces données et celles recueillies au niveau de sa zone de couverture. Il traite les données et réagit par rapport au résultat. Il envoie les données au niveau national.

5. Le niveau national

Ce niveau doit recevoir l'ensemble des informations provenant des régions de façon mensuelle. Il doit faire la synthèse de ces données, les traite et réagit par rapport au résultat.

C. LE CIRCUIT D'INFORMATION DANS LE SYSTÈME DE SANTE

Le système de santé



D. LES DONNES EN SANTE NÉONATALE

- 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 petit poids de naissance
- Nombre de nouveau -nés référés
- Nombre de nouveau –nés asphyxiés (absence de cri) à la naissance
- Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié au moins d’une visite dans la 1ère semaine de vie par un personnel qualifié

Les données collectées sont les suivantes :

- 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 petit poids de naissance (PPN).

E. LA COLLECTE DE L’INFORMATION EN SANTE NÉONATALE

1. Méthodologie et outils de collecte

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 néonatale

a) Pour les CSB et les Maternités

- Registre de CPN
- Registre d’accouchement
- Cahier d’évacuation ou de référence
- Registre de consultation post- natal/Fiche
- Rapport de supervision
- Registre de décès incluant les morts nés

b) Pour la Case de santé

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

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 :

a) Connaissance des mères

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

b) Pratiques des mères

- Lieu d'accouchement
- Préparations pour l'accouchement (garder l'argent, 5 linges, 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

F. LISTE DES INDICATEURS EN SANTE NEONATALE

Indicateurs	Lieu	Sources de données
1. Pourcentage accouchements assistés par les personnes qualifiées (Médecin, Sage-femme, Infirmier)	Hôpital Centre de santé Domicile	Registre accouchement
2. Pourcentage d'accouchements effectués par les matrones	Cases de santé/domicile	Registre accouchement Rapport des cases de santé
3. Pourcentage accouchement effectué dans les formations sanitaires	Hôpital Centre de santé	Registre accouchement
4. Pourcentage de morts- nés frais	Maternité Centre de santé de base Domicile	Registre accouchement
5. Pourcentage de morts- nés macérés	Maternité Centre de santé de base Domicile	Registre accouchement
6. Pourcentage de décès 0- 7 jours au niveau structure	Maternité Centre de santé de base	Registre accouchement Registre consultation post natale Registre des décès
7. Pourcentage de décès de 8 jours- 28 jours	Hôpital Centre de santé Communauté/domicile	Registre de consultation post-natal Registre des décès
8. Pourcentage de nouveau- nés de faible poids	Maternité Centre de santé de base Domicile/communauté	Registre accouchement
9. Pourcentage de nouveau - nés ayant bénéficié au moins d'un suivi dans la 1ère semaine	Maternité Centre de santé de base Domicile/communauté	Registre post- natale Registre PCIMEC
10. Pourcentage de nouveau- nés référés	Maternité/hôpital Centre de santé de base Domicile/communauté	Registre post- natale Registre PCIMEC Cahier d'évacuation
11. Pourcentage de nouveau- nés mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	Maternité Centre de santé de base Domicile/communauté	Registre accouchement
12. Pourcentage de nouveau- nés réanimés à la naissance	Maternité Centre de santé de base Domicile/communauté	Registre accouchement

G. FICHES DE COLLECTE DES DONNÉES

FICHE DE RAPPORT MENSUEL

Région District Formation Sanitaire :

Indicateurs	Total
1. Nombre de grossesses référées vers une structure de référence	
2. Nombre de grossesses référées reçues au centre	
3. Nombre d'accouchements effectués par un personnel qualifié	
4. Nombre d'accouchements effectués au niveau des structures de santé	
5. Nombre de Naissance Vivante	
6. Nombre de nouveau-nés asphyxiés (absence de cri) à la naissance	
7. Nombre de nouveau-né réanimé	
8. Nombre de nouveau-nés de petit poids de naissance	
9. Nombre de morts - nés frais	
10. Nombre de morts -nés macérés	
11. Nombre de décès de 0 à 3 jours au niveau des structures de santé	
12. Nombre de décès de 4 à 7 jours au niveau des structures de santé	
13. Nombre de décès de 8 à 28 jours au niveau des structures de santé	
14. Nombre de nouveau-né ayant bénéficié de la protection thermique	
15. Nombre de nouveau-né ayant bénéficié de l'allaitement précoce	
16. Nombre de nouveau-né ayant bénéficié de la méthode Mère Kangourou	
17. Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié au moins une visite dans la 1ère semaine de vie par un personnel qualifié	
18. Nombre de nouveau-nés référés pour signe de danger :	
a. Pas de tétée/tétée insuffisante,	
b. Inactif/Léthargie	
c. Fièvre	
d. Hypothermie	
e. Respiration difficile	
f. Convulsions	
g. Vomissements	
h. Distension abdominale	
i. Infection ombilicale	
19. Nombre de nouveau-né dépisté pour sepsis	
20. Nombre de nouveau-né dépisté pour infection mineure	
21. IEC/conseils sur :	
a. Le plan d'accouchement	
b. Les signes de danger lors de la grossesse	
c. Le maintien de la température du nouveau-né	
d. La prise en charge du petit poids de naissance	
e. Les soins du cordon	
f. L'allaitement	
g. Les signes de danger du post partum	
h. Les soins auto administrés	
i. Les soins du post partum	
j. La planification familiale	
k. La déclaration de naissance	
l. Les signes de danger chez le nouveau-né	
m. Le Sepsis	
n. Les infections mineures	
22. Supervision reçue	
23. Supervision des AC	

Observations (problèmes, commentaires...) :

DOSSIER MÉDICAL : FICHES

FICHE DE CONSULTATION POST NATALE : Bébés Malade

RégionDistrict

Formation Sanitaire :.....

Nom :

Age du patient : /_/_/_/_/

Adresse :

Lieu d'accouchement: Domicile /_/_/ Formation Sanitaire /_/_/.....

Poids à la naissance : /_/_/_/_/_/ grs Allaitement : AME /_/_/ Autres : /_/_/ Nature.....

Principaux constats:

Signes de danger: Pas de tétée/tétée insuffisante /_/_/ Inactif/léthargie /_/_/ Fièvre /_/_/

Hypothermie /_/_/ Respiration difficile /_/_/ Convulsions /_/_/ Vomissement /_/_/

Distension Abdominale /_/_/ Infection ombilicale majeure /_/_/

Prise en Charge

- Examen complémentaire :
 - Traitement donné : 1^{ère} dose AB + Référence /_/_/ AB orale + renvoi à domicile /_/_/
- Autres :

Conseils

- Dépistage des signes de danger /_/_/ AME /_/_/ Protection thermique /_/_/
- Hygiène et PI /_/_/ Soins de l'ombilic /_/_/
- Vaccination /_/_/ Déclaration de Naissance /_/_/

RégionDistrict

Formation Sanitaire :.....

- **Nom et Prénom du bébé :** **Age du bébé :**
- **Adresse :**
- Date d'accouchement :
- Etat du bébé à la naissance : cri aussitôt /_/ cri après un moment /_/ réanimé /_/
- Poids du bébé à la naissance /_/ /_/ /_/ Poids du bébé lors de la visite postnatale /_/ /_/ /_/
- Lieu d'accouchement : Etablissement sanitaire /_/ Domicile /_/
- Mode d'accouchement : Normal /_/ ventouse obstétricale /_/ Forceps /_/ Césarienne /_/
- Alimentation : Allaitement maternel /_/ Aliment de substitution /_/ Mixte /_/
- Cordon ombilical : Cicatrisé /_/ infecté /_/ Sanguinolent /_/
- Température du bébé (en °C) : /_/ /_/
- **Signes de danger :** Pas de tétée/tétée insuffisante /_/ Inactif/léthargie /_/ Fièvre /_/
 Hypothermie /_/ Respiration difficile /_/ Convulsions /_/
 Vomissement /_/ Distension Abdominale /_/
 Saignement de l'ombilic /_/ Ombilic infecté /_/
- **Infections mineures :** Conjonctivites /_/ Muguet /_/ Pustules /_/
- Autres problèmes: Ictère /_/ autres /_/ :.....
- Transfert du bébé à un service spécialisé (indiquer la raison) :
- Traitement: 1ère dose d'antibiotiques /_/ Prophylaxie ARV /_/ Prophylaxie cotrimoxazole /_/
 Autres (préciser)_____
- Vaccination du bébé : Préciser les vaccins administrés jusqu'à ce jour :
 Polio 0: /_/ 1 /_/ 2 /_/ 3 /_/ BCG : /_/ ,
 DTCHb : 1/ /_/ 2 /_/ 3 /_/

CONCERNANT LA MÈRE

- **Nom et Prénom :**
- **Age /_/ /_/ Adresse :**.....

EXAMEN CLINIQUE

- **Statut VIH** : séropositif /_/ / séronégatif /_/ / inconnu /_/ /
- **Statut VIH du partenaire**: séropositif /_/ / séronégatif /_/ / inconnu /_/ /
- **Signes Généraux** : Température /_/ / Tension artérielle de la mère : Sys /_/ / / Dias /_/ /
- **Examen Physique**
 - Pâleur : Modérée /_/ / Sévère /_/ /
 - Examen du sein : Normal /_/ / Mamelon crevassé /_/ / Gonflé /_/ / Mastite /_/ / Abscess /_/ /
 - Utérus : Bonne involution I /_/ / Retard d'involution /_/ /
 - Césarienne : plaie infectée /_/ / Béante /_/ /
 - Lochies : Normal /_/ / Odeur infecte /_/ / Hémorragique /_/ /
 - Episiotomie/déchirure : Réparée /_/ / Cicatrisée /_/ / Infectée /_/ / Béante /_/ /

CONSEILS /PRISE EN CHARGE

- Conseillé en matière de VIH : Oui /_/ / Non /_/ /
- Traitement reçu : ARV /_/ / Prophylaxie cotrimoxazole /_/ / Traitement TB /_/ /
Autres (Préciser _____)
- Conseiller en matière de PF Oui /_/ / Non /_/ /
- Méthode de PF choisie :
 - CO /_/ / CI /_/ / Barrière /_/ / MAMA /_/ / Autres /_/ /

CONCLUSION

- Problèmes maternels (préciser) :
- Tout autre traitement donné : Préciser
- Transfert de la mère à service spécialisé (indiquer la raison)
- Observations :

XV. ANNEXE

A. PAQUET DE SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NÉ

a. Avant conception

- **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

b. Période prénatale (pendant la grossesse)

- Au moins **quatre visites prénatales**, avec l'accent mis sur des soins prénatals ciblés ou focalisés :
 - Vaccination antitétanique
 - Fer et acide folique
 - Régime alimentaire adéquat et repos supplémentaire
 - Repos
 - Consommation de sel iodé par la famille
 - Prévention du paludisme
 - la mère suit une thérapie préventive intermittente contre le palu
 - la mère et la famille dorment sous MID
 - Interventions VIH/SIDA, y compris conseils et tests volontaires
 - Détection et traitement des MST telles que la syphilis et la gonococcie
- **Préparation à la naissance :**
 - 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 de la structure de santé et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence
- **Détection précoce des problèmes ou des cas urgents pour la mère** (signes de danger de la grossesse) **et recherche de soins appropriée vers un centre adapté** (référence)

c. Lors de la naissance et immédiatement après (jusqu'à 6 heures)

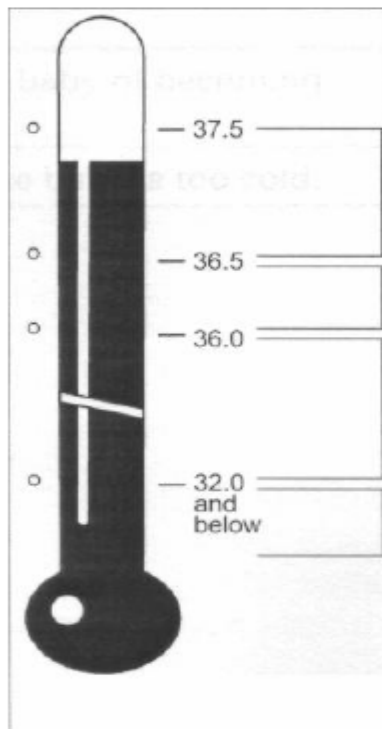
- Accoucheur/se qualifié(e) respectant les pratiques d'accouchement propre, dans un environnement favorable (compétences, équipements, matériels et structures de référence adaptées)
- Mise en œuvre des principes de la stratégie de prévention de la transmission mère à enfant (PTME) du VIH pour le nouveau-né 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:**
 - Soins préventifs : propreté et prévention des infections, mise au sein précoce dans la l'heure, maintien de la température (assurer les mesures de protection thermique y compris le report du bain), 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 systématique surtout chez le PPN et des nouveau-nés asphyxiés

- **Détection, référence et recherche de soins pour le nouveau-né présentant des signes de danger**

d. Période postnatale

- **Consultations** de la mère et de l'enfant au cours de la première semaine, et suivi selon besoins : **j2, j9 et j42**
- **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.
- **PF** double protection
- Vitamine A postnatale pour la mère et utilisation continue de fer et d'acide folique (jusqu'à deux mois après l'accouchement) , utilisation de moustiquaires imprégnées
- Conseils en alimentation, planning familial et prévention et traitement des MST telles que la syphilis et la gonococcie
- **Détection de signes de danger** et recherche de soins adéquats
- **Détection de problèmes mineurs**, traitement local si nécessaire, et suivi comprenant la référence pour :
 - conjonctivite
 - infection ombilicale mineure
 - pyodermite ou infection cutanée
 - muguet
 - ictère
 - malformations
 - nouveau-nés à problème (VIH, Tuberculose, Syphilis)

B. Différentes températures



hyperthermie

température normale

risque d'hypothermie (réaction au froid)

hypothermie modérée

hypothermie sévère

Température normale du nouveau-né (axillaire) 36.5 – 37.5 °C
 Nouveau-né trop froid : moins de 35.5°C

C. Table récapitulatif de soins

SOINS DU NOUVEAU NE DANS LES PREMIERS 4 - 6 SEMAINES								
Action	De la naissance à 6 semaines							
Période	A la naissance	Avant la sortie de la salle de naissance	Au moins une fois par jour en salle des suites de couche	Au moment de la sortie	1 ^{ère} visite post natale	2 ^{ème} Visite post natale	Visite aux 4 - 6 semaines	
Fournir/ Conseiller	Les soins essentiels du nouveau - né							
Regarder/rechercher	Signes de danger		Examen complet					
Counseling	Conseils ciblés, par ex : Allaitement maternel, Protection thermique, Signes de danger			Conseils complets				
Soins spécifiques	Soins des yeux, du cordon Vitamine K1 Étiquette identification	BCG & POLIO oral à tout moment dans la période du postpartum et selon la recommandation du Ministère de la Santé					DPT+ PO + BCG si non fait auparavant	
	Pesée			Pesée	Pesée	Pesée	Pesée	
Enregistrer les informations dans les différents registres /carnets de santé	X	X		X	X	X	X	

D. Table de visite postnatale

SUGGESTION POUR LA PÉRIODE DES VISITES POST NATALES			
Idéalement, devrait être effectuée par un agent qualifié qui est normalement au niveau de la formation sanitaire en liaison avec un agent communautaire. Si l'accès au centre est très difficile, faire faire la visite postnatale par les agents communautaires			
SCENARIO	1 ^{ère} Visite Postnatale	2 ^{ème} Visite Postnatale	3 ^{ème} Visite Postnatale
Accouchement au centre, bébé normal, sortie dans les 24 heures	Dans les 2-3 jours	6-7 jours (peut faire coïncider avec les événements spéciaux. Ex : baptême)	4 – 6 semaines
Accouchement au centre, bébé normal, sortie dans les 2, 3 jours	4 – 7 jours	2 ^{ème} semaine	4 – 6 semaines
Accouchement par césarienne, bébé normal et sortie 1 semaine ou plus tard	2 semaines	4 - 6 semaines	
Accouchement à domicile	Dans les 2 - 3 jours	6-7 jours (peut faire coïncider avec les événements spéciaux. Ex : baptême)	4 – 6 semaines
Petit poids de naissance devrait rester au moins 3 – 7 jours. Référer les très petits poids et ceux avec des problèmes au centre de référence	Visiter chaque semaine jusqu'à ce que le poids atteigne le poids espéré i.e 1800- 2000 grs et que le bébé aille mieux.		
Le nombre et la période des visites à domicile effectuées par les AC dépendront de la faisabilité et de la recommandation du Ministère de la Santé			

E. Plan d'Accouchement

NY FAKA TSY HO TAPAKA,
NY TSIRY HO BOTRA

MINISITERAN'NY FAHASALAMANA SY NY FANDRINDRANA NY
FIAINAM-PIANAKAVIANA

FANOMANANA NY FITERAHANA



AIZA NO HITERAKA?



INONA NY FITATERANA ?



IZA NO AFAKA HANAMPY ?



IZA NO HIARAKA HO ANY AMIN'NY
TORIMPAHASAI AMANA ?



EFA NISY VOLA NOMANINA AMIN'IZAY
HO I ANY VE ?



IZA NO HIANDRY NY TRANO?



VONONA VE NY LAMBA MADIO HO
AN'NY RFNY SY ZAZA ?



AIZA NO HITOBY?

ANARANA : _____

Daty mety haterahana : ___/___/___

NY FAKA TSY HO TAPAKA,
NY TSIRY HO BOTRA

FANOMANANA NY FITERAHANA ANY TRANO



Iza no hanampy mba ho fiterahana madio?



Misy rano madio sy savony isasana tanana ve ?



Misy hareza madio ho hanapahana tadipoitra



Misy kofehv vonona ho hampangotrainsa rehefa mihetsi—iaza ?



Vonona ve nv lamba madio handraisana nv zaza ?



Vonona ve nv Akanio, satroka ba arv lamban —iaza ?

ANARANA : _____

Daty mety haterahana : __/__/__/