IAWG

INTER-AGENCY WORKING GROUP ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

La santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire

GUIDE DE TERRAIN

Save the Children

World Health Organization

unicef

Bébé Ismil*réconforté par sa mère Azida* et sa grand-mère Fatima*.
Âgé de quatre semaines*, Ismil est né dans un camp de déplacés de fortune à Cox's Bazar (Bangladesh).

Photo de converture :
© Hanna Adcock/Save the Children

Date :
23 novembre 2017

*Les noms ont été modifiés pour protéger les identités.

La santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire

IAWG
INTER-AGENCY WORKING GROUP ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

GUIDE DE TERRAIN

Save the Children

World Health Organization

unicef

UNICEF – Programme Division
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017 USA
www.unicef.org

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et Save the Children
Tous droits réservés, révision de janvier 2018.

Ce recueil est basé sur de la documentation et des statistiques nationales. Bien que minutieusement examiné, il n'a pas été revisé ou vérifié suivant les normes officielles de publication de l'ONU. Les affirmations faites dans les études de cas n'impliquent ni ne constituent des opinions officielles ou des positions politiques de la part des Nations Unies, de l'UNICEF ou de Save the Children

Sommaire

REMERCIEMENTS 6

ABRÉVIATIONS 10

1. INTRODUCTION 12

1.1 Quel est le but de ce Guide de terrain ? 13

1.2. Quelle est la cible du Guide de terrain ? 14

1.3. Quelle est la structure du Guide de terrain ? 16

2. CONTEXTE 18

2.1. Situations de crise humanitaire dans le monde 19

2.1.a. Obstacles à la fourniture des services de santé au nouveau-né 22

2.2. Santé du nouveau-né : Épidémiologie 24

2.2.a. Charge mondiale de la mortalité néonatale 28

2.2.b. Causes majeures de la mortalité néonatale 34

3. SERVICES DE SANTÉ NÉONATALE 38

3.1. Principes et considérations générales 39

3.1.a. La continuité des soins 39

3.1.b. Niveaux de soins 39

3.2 Soins essentiels du nouveau-né 41

3.2.a. Soins essentiels du nouveau-né dans les ménages 42

3.2.b. Soins essentiels du nouveau-né dans les établissements de soins primaires 48

3.2.c. Soins essentiels au nouveau-né en milieu hospitalier 50

3.3. Prématurité 51
3.3.a. Gestion de la prématurité dans les ménages 56
3.3.b. Gestion de la prématurité dans les établissements de soins primaires 57
3.3.c. Gestion de la prématurité en milieu hospitalier 59

3.4. Infections du nouveau-né 62
3.4.a. Prise en charge des infections à domicile 65
3.4.b. Prise en charge des infections dans les établissements de soins primaires 68
3.4.c. Prise en charge des infections en milieu hospitalier 70

3.5. Intrapartum Complications 72
3.5.a. Prise en charge des complications intra-partum à domicile 73
3.5.b. Prise en charge des complications intra-partum dans les établissements de soins primaires 75
3.5.c. Prise en charge des complications intra-partum en milieu hospitalier 75

4. CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES 80
4.1 Intégration de la santé du nouveau-né dans la coordination humanitaire 81
4.2 Procéder à une analyse de la situation 84
4.2.a. Examiner les politiques et protocoles nationaux 84
4.2.b. Examiner les directives cliniques, les messages/matériels de communication pour le changement des comportements, les outils et le matériel de formation existants 85
4.2.c. Intégrer les questions concernant les soins du nouveau-né dans une évaluation rapide de l'état de santé 85
4.2.d. Évaluer la disponibilité des ressources : institutions, fournitures et personnel 86

4.3 Élaboration d'une stratégie de réponse **90**

4.3.a. Accorder la priorité aux interventions en matière de santé du nouveau-né **90**

4.3.b. Formuler des propositions pour obtenir du financement supplémentaire **91**

4.3.c. S'approvisionner en médicaments et fournitures essentiels **93**

4.3.d. Mettre à jour et diffuser les directives cliniques, les protocoles et d'autres outils essentiels **93**

4.3.e. Distribuer des trousses de fournitures **93**

4.3.f. Nouer des partenariats **93**

4.3.g. Promouvoir l'amélioration de la qualité **95**

4.3.h. Élaborer des propositions pour obtenir du financement supplémentaire **95**

4.4 Élaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi-évaluation **96**

5. CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES **100**

5.1 Conception et diffusion de messages/outils clés de communication pour le changement des comportements **101**

5.2 Conception d'un système d'orientation **102**

5.2.a. Situations où le transfert est impossible **104**

5.3 Visites des mères et des nouveau-nés à domicile **106**

5.4. Approvisionnement en trousses de fournitures de soins néonatals **108**

5.5. Décès de nouveau-nés en situations de crise **109**

5.5.a. Soutien en cas de perte du bébé **109**

5.5.b. Documenter la perte du bébé **110**

6. ANNEXES **112**

Annexe 1 : Services de santé néonatals Tableaux récapitulatifs, par niveau de soins **112**

1A Services de soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés **113**

1B Services de prévention et de prise en charge de la prématurité **121**

1C Services de prévention et de prise en charge des infections et de la septicémie néonatales **126**

Annexe 2 : Doses des médicaments courants pour les nouveau-nés **133**

Annexe 3 : Soins avancés pour les nouveau-nés gravement malades **140**

3A Exigences pour les soins avancés du nouveau-né **141**

3B Formulaire de surveillance et de contrôle pour les nouveau-nés hospitalisés **142**

3C Ressources pour les soins avancés du nouveau-né **143**

Annexe 4 : Outils d'appui à l'orientation des nouveau-nés **144**

4A Aide au travail : Quand référer un nouveau-né à l'hôpital **145**

4B Aide au travail : Transfert du nouveau-né malade **150**

4C Modèle de note de transfert **151**

Annexe 5 : Trousses de fournitures de soins du nouveau-né en situations de crise humanitaire **152**

5A Trousse du nouveau-né au niveau communautaire **153**

5B Trousse du nouveau-né au niveau du dispensaire ou de l'établissement de soins primaires **156**

5C Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier **161**

Annexe 6 : Indicateurs et mesures **168**

6A Liste des indicateurs collectés à travers les systèmes de données de routine **169**

6B Liste des indicateurs et questions pour mesurer la capacité de l'établissement à fournir les soins du nouveau-né **178**

REMERCIEMENTS

Le Guide de terrain pour la santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire a été élaboré sous la direction de Save the Children et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) qui adressent leurs remerciements à Heather Papowitz et Ribka Amsalu. Et avec la collaboration et les représentants de Columbia University, la ELMA Relief Foundation, International Medical Corps (IMC), l'International Rescue Committee (IRC), Jhpiego, John Hopkins University (JHU), la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), le bureau de l'U.S. Foreign Disaster Assistance (OFDA), SickKids Centre for Global Health, Stanford University, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Université de l'Alberta, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), la Women's Refugee Commission (WRC), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et World Vision International.

Le Guide de terrain provisoire de 2015 a été élaboré sous la direction de Heather Papowitz et Ribka Amsalu, et rédigé par Judith Robb-McCord et Rachael Sacks. La version 2018 a été révisée par Sara Chynoweth.

Examinateurs techniques (par ordre alphabétique) : Samira Aboubaker (OMS), Ribka Amsalu (Save the Children), Neelam Bhardwaj (UNFPA), Laura Cremonini (Save the Children), Siobhan Crowley (ELMA Philanthropies), Bernadette Daelmans (OMS), Joseph de Graft - Johnson (Save the Children), Wilma Doedens (UNFPA), Michelle Gaffey (SickKids Centre for Global Health), Megan Gallagher (Save the Children), Endang Handzel (CDC), Jesse Hartness (Save the Children), Tedbabe Hailegebriel (UNICEF), Michelle Hynes (CDC), Preetha Iyengar (Save the Children), Debra Jackson (UNICEF), Kate Kerber (Université de l'Alberta), Loulou Kobeissi (OMS), Sandra Krause (WRC), Smita Kumar (USAID), Ornella Lincetto (OMS), Janet Meyers (IMC), Rachel Moresky (Columbia University), Diane Morof (CDC), Katie Morris (Save the Children), Sarah Moxon (LSHTM), Jolene Nakao (OFDA), Heather Papowitz. (UNICEF), Luwei Pearson (UNICEF), Nicolas Peyraud (MSF), Paul Robinson (IMC), Severin Ritter Von Xylander (OMS), Samira Sami (JHU), Marian Schilperoord, Elaine Scudder (Save the Children), Hanna Tappis (JHU), Lisa Thomas (OMS), Basia Tomczyk (CDC), Maria Tsolka (Save the Children), Stephen Wall (Save the Children), Paul Wise (Stanford University), Bina Valsangkar (Save the Children), Josep Vargas (HCR), Nabila Zaka (UNICEF), et Will Zeck (UNICEF).

Le financement du présent *Guide de terrain* a été assuré par la ELMA Relief Foundation, Saving Newborn Lives/Save the Children, le Fonds pour l'innovation de Save The Children (IDEA) et l'UNICEF.

Les vues et opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de leurs organisations respectives.

À PROPOS DE

Ce *Guide de terrain* est un complément du *Manuel inter-agences sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (2018) et fournit des informations liées spécifiquement au nouveau-né pendant la période néonatale (0 à 28 jours). Le *Guide de terrain* provisoire a été initialement publié en 2015. Après des essais sur le terrain au cours de deux crises humanitaires (Soudan du Sud et Somalie) et après réception des nombreuses réactions des praticiens, il a été révisé en 2017 et publié en janvier 2018.

Ce guide a été conçu pour renforcer les stratégies et programmes nationaux d'amélioration de la vie des nouveau-nés et de leurs mères, et les stratégies telles que le plan d'action « Chaque Nouveau-né »

(Every Newborn Action Plan - ENAP)[1]. Nous recommandons son utilisation dans les activités de plaidoyer et de renforcement des capacités des programmes nationaux de soins du nouveau-né, que ces programmes soient élaborés en réponse aux crises humanitaires ou comme systèmes pérennes en période de stabilité. Le *Guide de terrain* peut aussi être utilisé pour l'élaboration de la composante néonatale des plans nationaux de préparation et de réponse aux situations de crise. Notre objectif ultime est d'améliorer la survie et le bien-être des nouveau-nés en situations de crise humanitaire.

Une boîte à outils de mise en œuvre comprenant des ressources, des orientations et des aides au travail pratiques destinés à soutenir la mise en œuvre du *Guide de terrain* sont disponibles à l'adresse : www.healthynewbornnetwork.org.

Vos réactions sont vivement attendues. Veuillez envoyer vos commentaires et vos questions à l'adresse : info@iawg.net

1 WHO, UNICEF. Every Newborn Action Plan. Genève, Suisse : WHO ; 2014. www.everynewborn.org/Documents/Every_Newborn_Action_Plan-ENGLISH_updated_July2014.pdf

ABRÉVIATIONS

ACS	Corticostéroïdes prénatals
ASC	Agent de santé communautaire
CCC	Communication pour le changement des comportements
BCG	Bacille Calmette–Guérin (vaccin antituberculeux)
CCC	Communication pour le changement des comportements
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHX	Chlorhexidine
CPAP	Ventilation positive à pression continue
DMUSSR	Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive
EES	Évaluation d'établissement de santé
ERES	Évaluation rapide de l'état de santé
ENAP	Plan d'action « Chaque nouveau-né »
GBS	Streptocoques du Groupe B
IAFM	Manuel de terrain inter-organisations sur la santé sexuelle et reproductive en situations de crise
IAWG	Groupe de travail inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise
IDP	Personne déplacée
IM	(voie) intramusculaire
IPN	Insuffisance pondérale à la naissance
IV	(voie) intraveineuse
LCR	Liquide céphalorachidien
MI	Moustiquaire imprégnée
MMK	Méthode mère kangourou
OMS	Organisation mondiale de la Santé

ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
RPM	Rupture prématurée des membranes
IBS	Infection bactérienne sévère
PTME	Prevention de la transmission mère-enfant (du VIH)
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
S-E	Suivi-Évaluation
SENN	Soins essentiels du nouveau-né
SMNN	Santé maternelle et néonatale
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SP	Soins prénatals
SRH	Santé sexuelle et reproductive
IST	Infection sexuellement transmissible
TARV	Thérapie antirétrovirale
TMN	Taux de mortalité néonatale
TPIp	Traitement préventif intermittent du paludisme
TT	Anatoxine tétanique
U5MR	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 INTRODUCTION

Points clés

- Le *Guide de terrain* fournit des orientations et des outils d'appui à la mise en œuvre des services de santé en situations de crise humanitaire pour réduire la mortalité et la morbidité néonatales. Il s'agit d'un outil de programmation et de plaidoyer, et non d'un guide clinique
- *Le Guide de terrain* est un complément *du Manuel de terrain inter-agences sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire de 2018.*
- Le *Guide de terrain* est destiné au personnel de santé des agences humanitaires et de développement, notamment les gestionnaires de programme sur le terrain et les intervenants en renfort, ainsi que le personnel chargé des politiques sanitaires et les directeurs de programme aux niveaux national, régional et mondial.
- Le *Guide de terrain* comporte des informations générales, du contenu technique, des considérations stratégiques et programmatiques, des listes de ressources et des annexes, ainsi que des outils pratiques et des modèles.
- Les domaines spécifiques ***non couverts*** par le présent guide, mais qui sont des compléments cruciaux à ces services de santé essentiels du nouveau-né, sont notamment les soins de santé maternels ; la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; les interventions nutritionnelles ; la vaccination ; le développement du jeune enfant ; et les services de protection.

1.1 Quel est le but de ce Guide de terrain ?

Le *Guide de terrain pour la santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire (Guide de terrain)* fournit des orientations et des outils pour réduire la mortalité et la morbidité néonatales en situations de crise humanitaire qui surviennent à la suite de catastrophes naturelles, de conflits armés, de troubles politiques, et d'autres bouleversements sociaux et systémiques. Il est conçu comme outil de programmation et de plaidoyer pour aider les acteurs de l'humanitaire et du développement à fournir des services de santé essentiels aux nouveau-nés dans le cadre de réponse aux crises ; ce n'est pas un guide clinique.

Le *Guide de terrain* se concentre sur les difficultés particulières rencontrées durant la période néonatale de 28 jours qui suit l'accouchement. Il est un complément des orientations données par le *Manuel de terrain inter-agences sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*[2] (IAFM) destiné à assurer la santé sexuelle et reproductive[3], notamment la santé de la mère et du nouveau-né, par le biais d'une approche globale de soins continus. La version-test de l'*IAFM* a été publiée pour la première fois en 1996 (avec comme titre *La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain inter-agences*), et attirait l'attention de la communauté internationale sur l'urgente nécessité de faire de la santé reproductive l'une des priorités des réponses sanitaires aux crises humanitaires. L'*IAFM* comprend le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise qui décrit les services essentiels à fournir dès le début d'une urgence et comprend des recommandations et directives pour la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive plus complets à mesure que la situation se stabilise. La fourniture de soins essentiels du nouveau-né fait partie du DMU, même si les acteurs de la santé ont longtemps négligé les soins du nouveau-né.

---

2 Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive en situations de crise. *Manuel de terrain inter-agences sur la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire*. IAWG ; 2018.

3 La santé sexuelle et reproductive est une composante essentielle de la réponse aux crises humanitaires. La santé sexuelle et reproductive est un état de complet bien-être physique, mental et social (et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité) sur toutes les questions liées au système de reproduction et ses fonctions et processus. Par conséquent, la santé sexuelle et reproductive suppose que les gens sont capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque, et qu'ils jouissent de la capacité de procréer et de la liberté de le faire aussi souvent ou aussi rarement qu'ils le désirent. Il découle implicitement de cette dernière condition le droit des gens d'être informés et d'avoir accès à des méthodes contraceptives sans risque, efficaces, abordables et acceptables de leur choix. Ils doivent aussi avoir le droit d'accéder à des soins de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et accouchement, et offrant ainsi aux couples la meilleure chance d'avoir un enfant en bonne santé.

Le *Guide de terrain* peut remédier à cette carence en s'appuyant sur les orientations de l'*IAFM* et en se focalisant sur la fourniture des services de santé de base aux nouveau-nés, et ceci en accordant la priorité aux activités qui sauvent des vies et qui peuvent être mises en œuvre de manière relativement rapide, sans une formation spécialisée en soins de pointe du nouveau-né. Il fournit des orientations sur la mise en place de soins de santé aux nouveau-nés pendant la phase aigüe d'une crise humanitaire, ainsi que sur le renforcement et l'extension de ces services au fil du temps, en fonction du contexte. Le *Guide de terrain* peut aussi être utilisé pour l'élaboration de la composante néonatale des plans nationaux de préparation et de réponse aux situations d'urgence. Assurer l'intégration des soins de santé du nouveau-né dans les efforts de préparation aux situations de crise est essentiel pour garantir que les besoins en santé néonatale seront satisfaits pendant la phase de réponse.

L'épidémiologie, les interventions et les services mis en lumière dans le présent guide ne sont pas réservés aux situations de crise humanitaire. Les informations présentées ici sont tirées des normes et lignes directrices en vigueur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les soins de base dont tous les nouveau-nés ont besoin, et sur les services nécessaires à la prévention et la prise en charge des trois principales causes de la mortalité néonatale : prématurité, infections graves et complications intra-partum. La prématurité est la principale cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde.

Cependant la fourniture de ces soins dans un contexte de crise humanitaire présente des difficultés particulières. Par définition, les crises humanitaires se caractérisent par des contextes opérationnels difficiles, marqués généralement par des défis logistiques, des fournitures inadéquates, un personnel insuffisant et l'insécurité. Le personnel de terrain fait face à des situations complexes nécessitant la prise de décisions difficiles. Par ailleurs, le plaidoyer est essentiel pour assurer que la priorité est accordée aux besoins des nouveau-nés par les intervenants en situations de crise humanitaire, et la réussite de la mise en œuvre des programmes dépend d'une coordination efficace avec les partenaires. Le présent guide donne des orientations pratiques sur le plaidoyer, la programmation, la coordination et la stratégie pour aider le personnel de terrain de prendre de décisions en connaissance de cause, et avoir ainsi un impact positif sur la santé néonatale.

1.2 Quelle est la cible du Guide de terrain ?

Le Guide de terrain fournit les orientations et les outils essentiels au personnel de santé impliqué dans la conception, la gestion, le suivi et l'évaluation des services de santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire. Les coordonnateurs de santé et les coordonnateurs de santé sexuelle et reproductive, le personnel du programme général et les intervenants de soutien déployés dans le cadre de la réponse aux situations d'urgence sont également ciblés. Les informations présentées ici peuvent aussi être utiles au personnel des politiques de santé et aux chefs de programme aux niveaux mondial,

régional et national, et plaident pour le renforcement des interventions de soins de santé néonatale en situations de crise. Il est destiné au personnel des organismes de développement et des organismes d'aide humanitaire, notamment les pays d'accueil, les organisations non gouvernementales (ONG) locales et internationales, les institutions des Nations Unies, les bailleurs de fonds ou les organisations bénévoles privées.

Le *Guide de terrain* n'est pas un guide clinique ; les orientations et les outils qui y sont présentés ont plutôt pour but d'aider les intervenants en situations de crise humanitaire à concevoir et mettre en place des services de santé pour les nouveau-nés, et à soutenir l'extension des soins de santé aux nouveau-nés dans le cadre des services de santé déjà offerts en situations de crise humanitaire. Il comprend des aspects cliniques et techniques abrégés des services de santé aux nouveau-nés, ainsi que des aspects liés à la planification et la programmation destinés à soutenir le personnel qui travaille à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre de la continuité des soins : avant la crise, en tant que composante du plan de préparation de la réponse aux urgences d'un programme local, régional ou national de santé ; pendant la crise, à mesure que les besoins urgents en soins de santé surgissent ; et/ou après la crise, lors de la restauration des services de santé.

1.3 Quelle est la structure du Guide de terrain ?

CHAPITRE 2 : Contexte de la santé néonatale Le *Guide de terrain* s'ouvre par une introduction aux situations de crise humanitaire et les difficultés rencontrées dans la fourniture de services de santé dans ces contextes, suivie d'un aperçu général de l'épidémiologie des maladies néonatales. Le lecteur peut se servir de ces faits pour renforcer la communication et les outils de formation du personnel de santé en situations de crise humanitaire, et plaider pour que l'on accorde plus d'attention à la question de la santé néonatale dans les situations de crise humanitaire aux niveaux les plus élevés de l'élaboration de politiques et programmes.

CHAPITRE 3 : Contenu technique : Services de santé au nouveau-né. Cette section comprend des orientations cliniques et techniques abrégées sur la fourniture de soins du nouveau-né en situations de crise humanitaire axées sur la prévention et le traitement des trois causes majeures de la mortalité néonatale. Les services décrits et les produits nécessaires sont pertinents, que les populations affectées par la crise aient accès aux soins de santé à travers les services soutenus par les Nations Unies/ONG (comme les dispensaires mobiles ou de camp), ou à travers les systèmes de santé locaux.

CHAPITRE 4 : Considérations stratégiques. Cette section présente les considérations pour une élaboration de programmes dans un sens plus large, ainsi que l'intégration et la coordination des services en situations de crise humanitaire. Les domaines ciblés comprennent la collaboration avec les gouvernements, les organismes de développement et les organismes humanitaires partenaires, l'analyse de la situation, l'élaboration d'une stratégie intégrée et d'un plan de réponse, et l'adoption d'un plan de suivi-évaluation qui comprend les indicateurs sanitaires de base.

CHAPITRE 5 : Considérations pour la mise en œuvre de programmes. Cette section présente des orientations relatives à la conception et la mise en place des services de santé néonatale. Les activités essentielles décrites dans cette section comprennent l'élaboration de messages clés et d'outils de communication pour le changement des comportements, le développement de systèmes d'orientation des patients, le renforcement des soins postnatals au niveau communautaire, l'achat des médicaments et produits pour les trousse de soins du nouveau-né, et le soutien en cas de décès néonatal.

Liste de ressourcest. Des ressources complémentaires du Guide de terrain sont présentées à la fin de chaque chapitre.

Annexes. Un ensemble d'annexes contenant des outils pratiques et des modèles pour faciliter les interventions en santé néonatale figure à la fin du *Guide de terrain*. Veuillez noter que la boîte à outils pour la mise en œuvre comprend des ressources supplémentaires. Des orientations et des aides au travail d'appui à la mise en œuvre du *Guide de terrain* sont disponibles à l'adresse : www.healthynewbornnetwork.org.

Tout au long du guide, des encadrés et des figures sont utilisés pour faire la différence entre les éléments clés :

- **LES ENCADRÉS BLEUS** que l'on retrouve dans tout le document contiennent des exemples, des bonnes pratiques, des éléments d'appui et des détails essentiels sur les questions abordées
- **LES ENCADRÉS VERTS** figurant à la fin de chaque chapitre regroupent d'importantes ressources thématiques
- **LES FIGURES** montrent des informations visuelles illustrant des points clés sur les questions abordées

Les informations fournies dans le présent guide mettent l'accent sur le premier mois de vie en raison de la vulnérabilité au décès et au handicap durant la période néonatale et de la mortalité élevée des nouveau-nés en situations de crise humanitaire. Toutefois, tous les services doivent faire partie du système qui s'occupe également des femmes et des enfants plus âgés. Par conséquent, le *Guide de terrain* n'est pas un ensemble de mesures « indépendantes ». Il est plutôt destiné à être mis en œuvre en tant que composante essentielle d'une approche nationale globale de la santé sexuelle et reproductive en complétant les services fournis par l'État, l'IAFM et les autres protocoles pertinents utilisés actuellement.

Les domaines ***non couverts*** par ce guide, mais qui sont des compléments essentiels à ces services de santé néonatale de base, comprennent les soins à la mère ; la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; l'eau, l'assainissement, et l'hygiène ; les interventions nutritionnelles ; le développement du jeune enfant ; la vaccination ; et les services de protection. ■

2 CONTEXTE

Points clés

- Les crises humanitaires sont les résultats de conflits armés, de catastrophes naturelles et technologiques, et d'autres causes de bouleversements sociaux et de déplacement forcé.
- La mortalité néonatale est la plus élevée dans les pays à faible revenu, les États fragiles, et les pays sortant d'une crise humanitaire, où les risques de complications et d'infection sont élevés.
- Les difficultés rencontrées dans la fourniture de soins du nouveau-né en situations de crise humanitaire comprennent les perturbations du service et la destruction des infrastructures, les mouvements de population, les priorités concurrentes, et l'insécurité.
- Les trois causes majeures de décès du nouveau-né dans le monde sont les complications directement liées à la prématurité, les infections graves, et les complications pendant l'accouchement.
- Assurer l'accès aux services et produits de santé maternelle et néonatale respectueux en situations de crise humanitaire est essentiel pour l'amélioration des résultats pour les mères et leurs nouveau-nés.
- La plupart des interventions pour sauver la vie des nouveau-nés peuvent être mises en œuvre avec succès en situations de crise humanitaire.

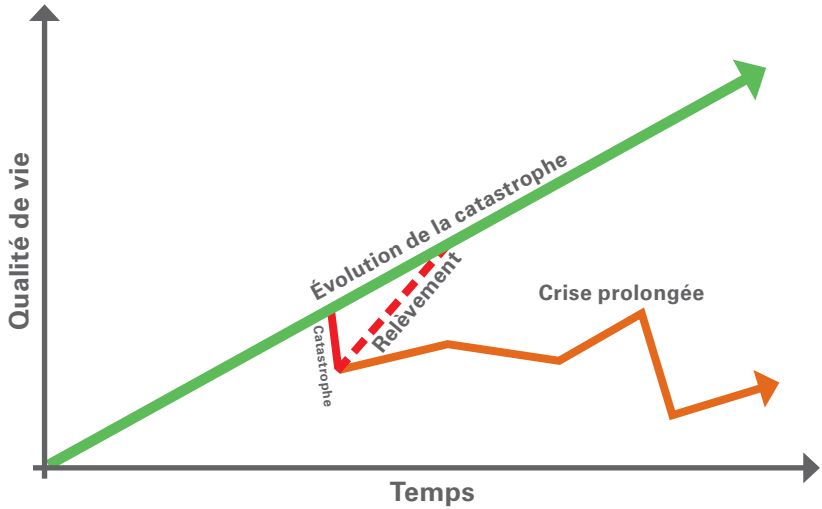
2.1 Situations de crise humanitaire dans le monde

Une crise humanitaire peut être le résultat d'une catastrophe naturelle, comme un séisme ou une épidémie, d'une catastrophe technologique, comme un déversement d'hydrocarbures ou une explosion nucléaire, de troubles politiques, d'un conflit armé ou d'autres types de bouleversements sociaux et de déplacement forcé (*Encadré 2.1.*). Elle peut se produire soudainement ou se développer lentement au fil du temps. Si les communautés affectées n'arrivent pas à se relever, la crise peut perdurer, et la population restera vulnérable à la mort et aux maladies, et les systèmes et institutions seront perturbés sans solution durable dans un avenir prévisible (*Figure 2.1.*). Les crises humanitaires entraînent souvent des déplacements de masse de la population, engendrant ainsi des réfugiés et des déplacés internes. Dans le monde, environ le quart des réfugiés et moins de 20 % des déplacés vivent dans des camps ; la plupart vivent en zones urbaines. La durée moyenne du déplacement d'un réfugié est de 10 ans.

ENCADRÉ 2.1. **Les situations de crise humanitaire comprennent :**

- Les zones urbaines abritant des réfugiés ou des déplacés internes
- Les camps de réfugiés ou de déplacés internes
- Les implantations rurales et périurbaines officieuses de réfugiés ou de déplacés internes
- Les situations de catastrophe à évolution lente, par ex., sécheresse, changements climatiques, famine
- Les situations de catastrophes soudaines, par ex., typhon, séisme, incendie
- Les situations de catastrophes technologiques, par ex., explosion nucléaire, déversement de produits chimiques, fuite de rayonnement
- Les situations de conflit armé
- Les situations d'épidémie/pandémie
- Les situations post-conflit
- Les situations de crise prolongée
- Les zones de transit de populations fuyant la violence et la persécution
- Les situations d'urgence complexe caractérisées par un important bouleversement sociopolitique, souvent couplées à un conflit armé, et une hausse substantielle de la mortalité dépassant le point de base de la population

Figure 2.1. Les crises prolongées sont fondamentalement différentes des grandes catastrophes



Walker P. *How to think about the future : history, climate change and conflict.* Présentation faite lors du Harvard Humanitarian Summit, Cambridge, septembre 2009.

Les crises humanitaires menacent la santé, la sécurité et le bien-être d'une communauté, d'un grand groupe de personnes dans une région ou un pays, non pas uniquement à cause de l'impact des blessures ou des maladies directement liées à la crise, mais aussi du fait de la destruction des services et systèmes de santé existants par la crise, ce qui aggrave le bilan lié aux causes traditionnelles de morbidité et de mortalité dans la zone affectée.

Les crises humanitaires peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur la santé néonatale. La mortalité néonatale va de pair avec des soins maternels et néonatals de mauvaise qualité, la mauvaise gouvernance et l'instabilité politique, et elle est la plus élevée dans les États fragiles et les pays qui sortent d'une crise humanitaire. Avec la réduction de l'accès aux services de santé, les accouchements à risques augmentent, mettant les nouveau-nés et leurs mères en danger. Les facteurs socio-culturels, en particulier les normes basées sur le sexe, peuvent être des obstacles pour les mères à la recherche de soins pour leurs bébés.

Quelques informations factuelles :

- Plus de 250 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans vivent dans des pays en proie au conflit armé
- Dans le monde entier, les femmes et les enfants risquent 14 fois plus de mourir dans une crise humanitaire que les hommes

ENCADRÉ 2.2. La RDC : Une crise humanitaire qui n'en finit pas

Depuis 1998, la faim, les maladies et les conflits armés ont fait plus de cinq millions de morts en République démocratique du Congo (RDC). Des millions de personnes ont été déplacées, et le système de santé a été gravement endommagé. Il est plus dangereux d'être une femme ou un enfant que d'être un militaire en RDC : 1 enfant sur 8 ne dépasse pas l'âge de 5 ans, et 21 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement. Le taux de mortalité néonatale en RDC est de 30 décès pour 1 000 naissances vivantes.

La mortalité néonatale est la plus élevée dans les États fragiles et les pays sortant d'une crise humanitaire. Les programmes de réponse humanitaire doivent incorporer des services adaptés aux besoins spéciaux des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés en situations complexes afin de protéger leur santé et leur survie.

UNICEF. *The State of the World's Children 2015 : Reimagine the Future.* UNICEF, 2014. http://sowc2015.unicef.org/

- Plus de 80 % des pays à forte mortalité ont connu soit un conflit armé, des catastrophes naturelles récurrentes, ou les deux, ce qui les éloigne des cibles mondiales de réduction de la mortalité infantile[4]
- En 2016, le taux de mortalité néonatale s'est élevé à 46 % de l'ensemble des décès des moins de cinq ans, par rapport à 41 % en 2000[5]

La reconstruction des infrastructures et des systèmes de santé, ainsi que la fourniture des soins d'urgence et la formation des agents de santé sont des aspects cruciaux de toute réponse à une crise humanitaire, et les services de santé maternelle et néonatale sont des composantes essentielles de ce processus. Toutefois, le plaidoyer auprès des acteurs de la santé est souvent nécessaire pour garantir que la priorité est accordée aux services néonatals dès le début de la réponse à une crise humanitaire. (Voir la *Section 4.1.* pour plus d'informations sur le plaidoyer et la coordination.)

Les initiatives de réponse et de relèvement devraient, dans la mesure du possible, s'appuyer sur les structures sanitaires existantes, promouvoir la

4 Save the Children. The State of the World's Mothers 2014 : Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises. Save the Children, 2014. www.refworld.org/docid/53d60c3f4.html

5 Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité des enfants. Levels and Trends in Child Mortality : Report 2017. UNICEF; OMS; Groupe de la Banque mondiale ; Nations Unies ; 2017.

résilience et soutenir le relèvement à long terme des systèmes de santé. Des partenariats respectueux avec les organismes de développement, en particulier les organismes locaux et les organismes publics, ainsi que les communautés touchées par la crise, sont essentielles pour la réussite de la réponse et du relèvement (*Encadré 4.1.*). L'identification et la levée des obstacles politiques et des obstacles locaux liés à la gouvernance peuvent aussi faciliter la mise en œuvre des programmes. Afin de promouvoir la responsabilité et soutenir une réponse rapide et efficace, les considérations liées à la santé du nouveau-né doivent être intégrées dans la préparation aux situations d'urgence et les efforts de réduction des risques de catastrophe avant qu'une crise ne survienne.

2.1.a. Obstacles à la fourniture des services de santé au nouveau-né

Les situations de crise humanitaire sont caractérisées par une multitude de difficultés qui menacent la santé des communautés, notamment les nouveau-nés et leurs mères :

- **Perturbation des services et destruction des infrastructures.** Elles peuvent comprendre l'interruption de programmes de prévention comme la vaccination, la lutte antivectorielle et la rupture des chaînes d'approvisionnement ; la réduction de l'accès aux médicaments et autres produits ; la pénurie des prestataires des soins de santé et d'autres agents de santé ; l'accès limité aux autres services essentiels comme l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et les aliments nutritifs ; les routes inutilisables ; et le manque de véhicules de transport.
- **Déplacement des populations.** Impossibilité pour les populations mobiles d'accéder aux services ; surpopulation dans les localités qui accueillent les déplacés internes et les réfugiés.
- **Priorités concurrentes.** Les infrastructures et les programmes de soins de santé existants sont débordés par les blessés et les déplacés, ce qui entraîne leur incapacité à fournir des soins néonatals d'urgence ; le financement peut être orienté vers d'autres besoins plus urgents, comme la prise en charge des blessés, ainsi que la prévention et la gestion des épidémies potentiellement mortelles (par ex., le cholera) au sein des populations d'enfants et d'adultes.
- **Insécurité.** Les menaces contre la sécurité et la sûreté des populations affectées et du personnel qui travaille à les secourir limitent l'accès aux soins de santé et leur fourniture aux femmes et aux nouveau-nés avant, pendant et après l'accouchement. Les couvre-feux, l'absence des moyens de transport et d'autres défis logistiques empêchent les femmes d'accéder aux soins prodigués par un personnel qualifié pendant l'accouchement en milieu hospitalier quand elles en ont besoin.

La prévention des maladies graves et des décès parmi les nouveau-nés passe par des soins disponibles, fonctionnels et adaptés à la solution locale (*Encadré 2.3.*). Dans les situations de crise humanitaire nécessitant des réponses

ENCADRÉ 2.3. Gestion des soins de santé du nouveau-né en situations à haut risque

Les menaces contre la sécurité et la sûreté sont une triste réalité pour les femmes enceintes et les femmes en période postnatale, leurs familles, et les travailleurs humanitaires qui sont à leur service en situations de crise. La priorité doit être accordée à l'accès en toute sécurité de la population affectée par la crise aux soins de santé :

- Établir des postes/structures de santé temporaires le plus près possible des communautés affectées par la crise
- Fournir des services mobiles chaque fois cela est possible et si la situation en matière de sécurité le permet
- Déployer le personnel des visites à domicile (agents de santé communautaires ou autres) qui peuvent examiner les femmes enceintes et en période néonatale dans leurs domiciles en toute sécurité
- Faire participer les communautés et assurer qu'elles disposent d'informations à jour sur l'accès aux prestataires de soins, notamment une liste de prestataires dans le camp ou la région, et les numéros des prestataires de permanence, y compris les sages-femmes et les médecins issus de la communauté touchée et capables de fournir des soins
- Assurer que les agents de santé disposent des fournitures dont ils ont besoin, sont formés à la détection des signes de danger chez le nouveau-né, au traitement des maladies néonatales dans la mesure du possible, à l'orientation des femmes enceintes ou en période postnatale vers d'autres établissements (ou hôpitaux), lorsque la situation sécuritaire le permet

Voir Chapitre 4 : Considérations stratégiques, et Chapitre 5 : Mise en œuvre des programmes, considérations pour les orientations sur l'élaboration et la mise en œuvre des services de santé néonatale en situations de crise sanitaire.

internationales,la capacité de la population affectée à faire face est dépassée, et de l'aide extérieure est fournie à la zone affectée. Le personnel chargé de l'élaboration et de la gestion des programmes humanitaires de santé doit s'assurer que, lorsqu'ils sont disponibles, les protocoles nationaux conformes aux orientations de l'OMS sont respectés ; sinon, des protocoles basés sur les orientations de l'OMS doivent être mis en place pour guider la fourniture de soins appropriés aux nouveau-nés. Les prestataires de soins doivent être compétents et formés à prodiguer les soins obstétricaux et néonatals essentiels d'urgence, des soins obstétricaux et néonatals complets (ou transfert adéquat), les soins essentiels aux nouveau-nés, les soins postnatals, ainsi que l'identification et les soins essentiels aux enfants malades (ou transfert adéquat).

2.2 Santé du nouveau-né : Épidémiologie

« Nouveau-né » et « néonatal » sont des termes qui renvoient aux 28 premiers jours suivant la naissance. Le risque de mortalité pendant la période néonatale est la plus élevée au moment de l'accouchement et baisse pendant les jours et les semaines qui suivent. Jusqu'à 36 % des décès néonatals interviennent au cours des 24 premières heures suivant l'accouchement, et environ 73 % au cours de la première semaine de vie[6]. Cette période est aussi celle au cours de laquelle la plupart des décès maternels surviennent, ce qui fait du travail, de l'accouchement, et du début de la période postnatale une période dangereuse pour les mères et leurs bébés.

L'augmentation de l'accès aux services de soins maternels et néonatals, ainsi qu'aux produits médicaux qui sauvent la vie, serait le moyen le plus efficace d'améliorer la santé et la survie de la mère et du nouveau-né. Environ le tiers (32 %) de toutes les mères et nouveau-nés dans le monde ne bénéficient pas de soins prodigués par un personnel qualifié pendant l'accouchement[7], et il ressort des données disponibles qu'environ les trois quarts des bébés nés en dehors d'un établissement de santé ne bénéficient pas des premiers soins postnatals après la naissance[8]. On estime que l'amélioration des soins à la mère et au nouveau-né peut permettre de prévenir jusqu'à trois décès néonatals sur quatre, spécifiquement grâce à l'amélioration du nombre et de la qualité des interventions pré-conception, prénatales, intra-partum et postnatales. Les soins du nouveau-né ne peuvent être prodigués de manière isolée : la prestation de soins maternels de qualité est aussi capitale pour sauver des vies (*Encadré 2.4.*)[9]. C'est pourquoi garantir l'accès à des services et produits de santé respectueux et de qualité pour la mère et le nouveau-né en période de crise humanitaire est essentiel à l'amélioration des résultats pour les femmes et leurs bébés.

---

6 Oza S, Cousens SN, Lawn JE, et al. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013 : a vital-registration and modelling-based study. *The Lancet Global Health* 2014, 2(11):e635-644.

7 UNICEF. *The State of the World's Children 2015 : Reimagine the Future*. UNICEF, 2014. www.unicef.org/sowc/

8 WHO, UNICEF. Home Visits for the Newborn Child : A Strategy to Improve Survival – WHO/UNICEF Joint Statement. WHO, 2009. www.unicef.org/spanish/health/files/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.

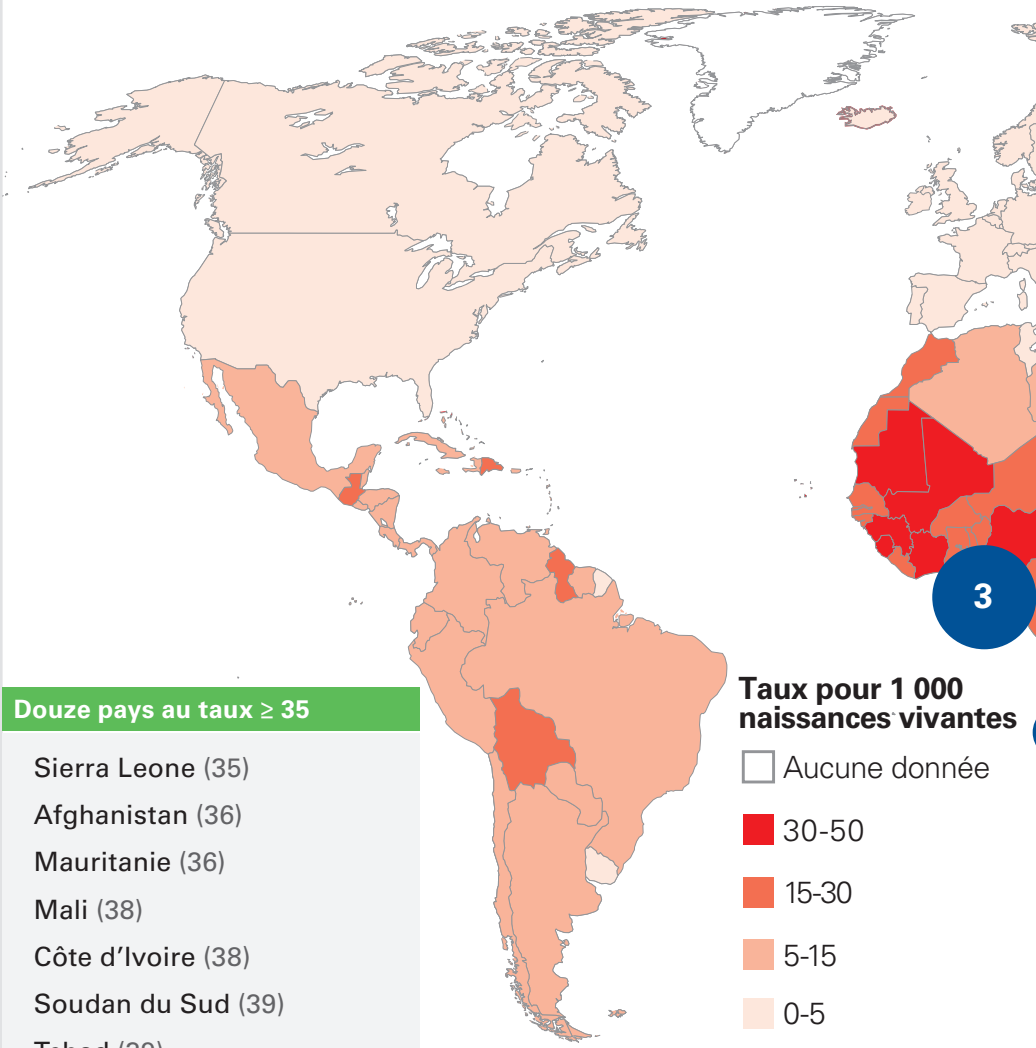
9 Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014, 384(9940):347-70.

ENCADRÉ 2.4 Le renforcement des interventions existantes peut améliorer les résultats en matière de nouveau-nés et de pays

Les décès de mères et de leurs bébés sont tellement liés que la mise en œuvre d'interventions efficaces produit un triple retour sur investissement vu qu'elle peut permettre d'éviter 71 % des décès de nouveau-nés, 33 % de mort-nés, et 54 % des décès maternels, avec une couverture complète. Ces interventions et mesures peuvent être renforcées dans le cadre des systèmes de santé existants. Elles sont rentables et amélioreront également les résultats de développement et le capital social.

Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet 2014, 384(9940):347-70.

Figure 2.2. Les taux de mortalité néonatale dans le monde en 2015

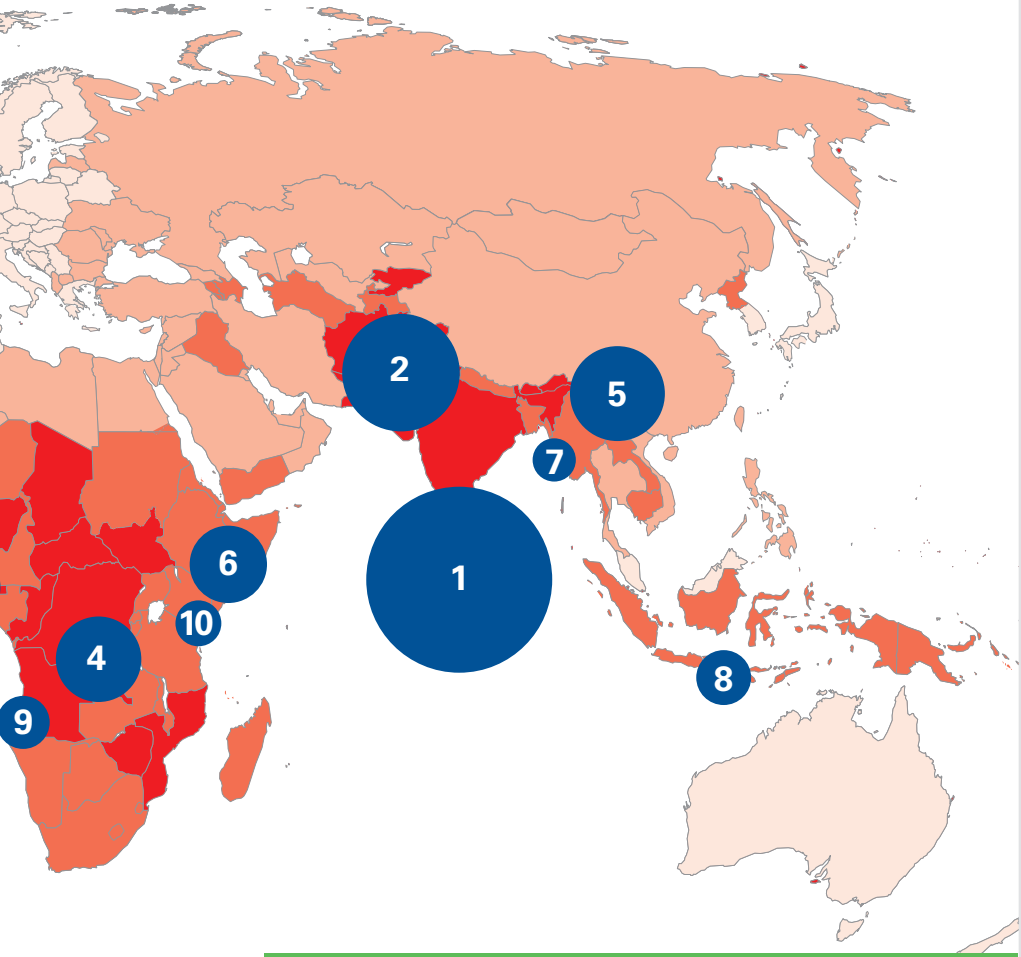


Douze pays au taux ≥ 35

- Sierra Leone (35)
- Afghanistan (36)
- Mauritanie (36)
- Mali (38)
- Côte d'Ivoire (38)
- Soudan du Sud (39)
- Tchad (39)
- Guinée-Bissau (40)
- Somalie (40)
- République centrafricaine (43)
- Pakistan (46)
- Angola (49)

Mise à jour de : Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet* 2014, 384(9938): 189–20.

UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations. *Levels and trends in child mortality : Report 2015.* UNICEF, 2015. www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf



Les dix pays avec le plus grand nombre de décès néonatals

1 Inde (696 000)
2 Pakistan (245 000)
3 Nigéria (240 000)
4 République démocratique du Congo (94 000)
5 Chine (93 000)
6 Éthiopie (87 000)
7 Bangladesh (74 000)
8 Indonésie (74 000)
9 Angola (53 000)
10 Tanzanie (39 000)

2.2.a. Charge mondiale de la mortalité néonatale

Chaque année, environ 2,7 millions de bébés meurent pendant la période néonatale[10], et 2,6 millions d'autres sont mort-nés[11]. Les décès qui interviennent durant le premier mois de vie représentent une proportion croissante de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans dans toutes les régions du monde : 46 %[12] aujourd'hui. Cependant, jusqu'à il y a peu de temps, les décès de nouveau-nés recevaient peu d'attention par rapport à leurs causes et solutions. Par ailleurs, les pays touchés par une crise supportent actuellement une part croissante du poids des décès de nouveau-nés. Il faut accorder une attention urgente non seulement aux nouveau-nés globalement, mais surtout aux situations de conflit et de crise. La *Figure 2.2*. montre une carte de la mortalité néonatale dans le monde ; remarquez que plusieurs pays dont le taux de mortalité néonatale est de 35 ou plus sont, ou ont récemment été, en crise. La *Figure 2.3*. présente les tendances concrètes et projetées de la mortalité, et souligne la part importante des décès des nouveau-nés dans la mortalité des moins de cinq ans dans le monde.

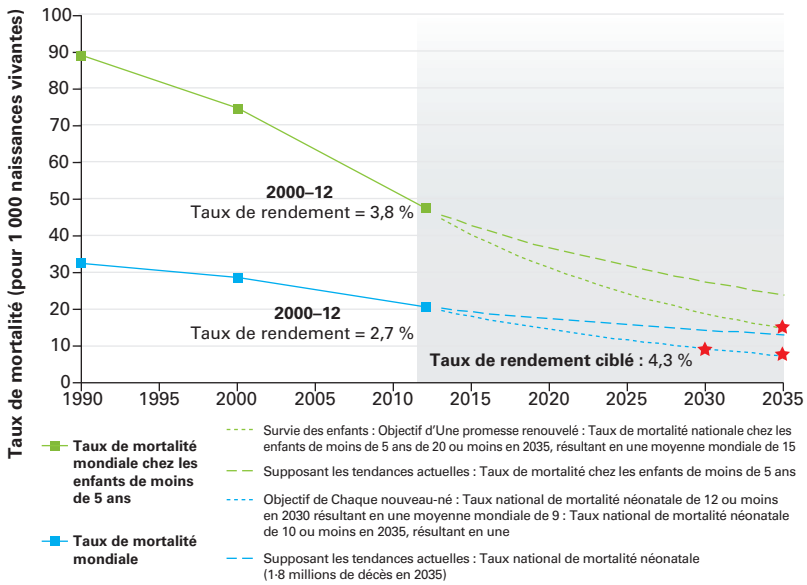
Pour souligner l'importance de la mortalité néonatale en tant que facteur de la mortalité globale des moins de cinq ans dans plusieurs pays en situations de

10 Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité des enfants. Levels and Trends in Child Mortality : Report 2015. UNICEF, 2015.

11 Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000 : a systematic analysis. Lancet Global Health 2016, 4(2):e98-e108.

12 Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité des enfants. Levels and Trends in Child Mortality : Report 2017. UNICEF et al. 2017.

Figure 2.3. Tendances mondiales de la mortalité néonatale chez les enfants de moins de cinq ans à partir de 1990 et cibles d'ici 2035



Source : Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. Every newborn : progress, priorities, and potential beyond survival. Lancet 2014, 384(9938):189-205.

crise humanitaire, la *Figure 2.4.* montre les contributions des diverses causes à la mortalité infantile en République centrafricaine (RCA), en Birmanie, et au Yémen.

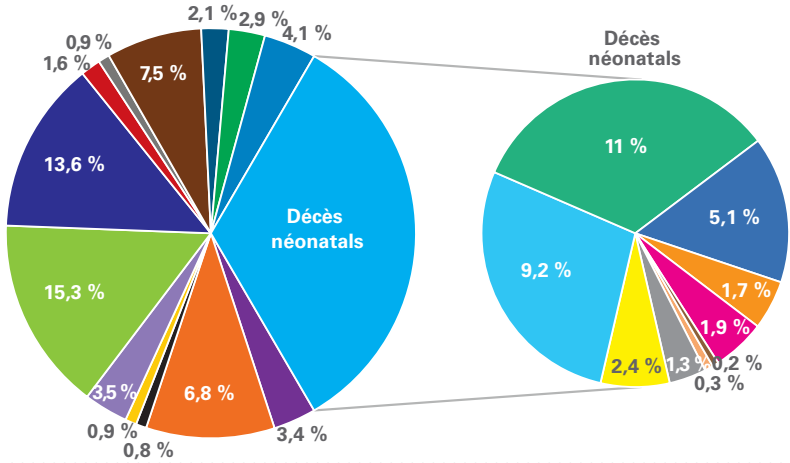
- En RCA, les causes néonatales sont responsables d'environ le tiers de la mortalité des moins de cinq ans.
- En Birmanie et au Yémen, les décès durant le premier mois de vie représentent plus de la moitié des décès des moins de cinq ans.

Peu de tentatives de mesure de la charge supplémentaire de la mortalité pendant le premier mois de vie en situations de crise humanitaire ont été effectuées, mais sa proportion est considérable dans toutes les situations. Un plan global de préparation et de réponse aux situations d'urgence, quelle que soit la région ou quel que soit le pays, doit tenir compte des soins néonatals afin de promouvoir un début de vie sûr et en bonne santé. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) de *Every Woman, Every Child* vise à réduire la mortalité néonatale à 12 décès pour 1 000 naissances vivantes dans tous les pays d'ici 2030 ; les efforts de réduction des décès de nouveau-nés en situations de crise humanitaire sont essentiels à l'atteinte de cet objectif.

Figure 2.4.a

Causes de la mortalité néonatale et de la mortalité chez les moins de 5 ans dans trois pays en situations de crise humanitaire (2015)

République centrafricaine 2015 : Décès au cours des mois 1 à 59 (66,8 %) ; mortalité néonatale (33,0 %)

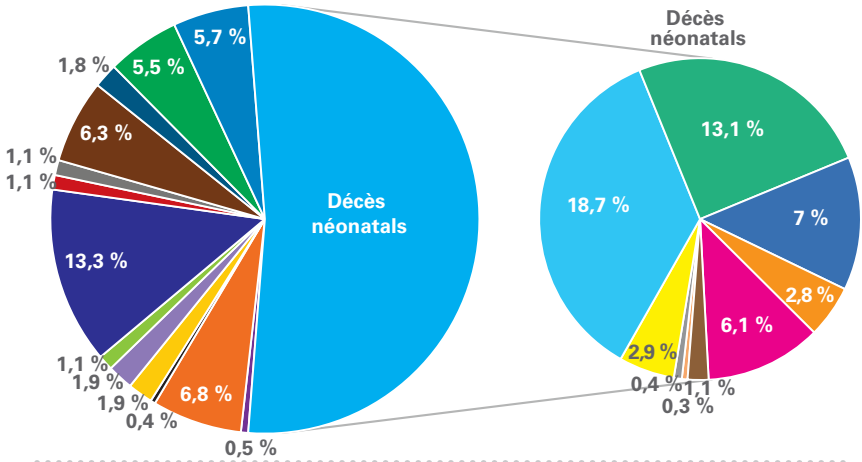


- VIH/SIDA - chez les moins de 5 ans **(3,4 %)**
- Coqueluche - chez les moins de 5 ans **(0, 8 %)**
- Méningite/encéphalite - chez les moins de 5 ans **(3,5 %)**
- Infections aigües des voies respiratoires inférieures - chez les moins de 5 ans **(13,6 %)**
- Asphyxie ou traumatisme à la naissance - chez les moins de 5 ans **(0,9 %)**
- Anomalies congénitales - chez les moins de 5 ans **(2,1 %)**
- Blessures - chez les moins de 5 ans **(4,1 %)**
- Tétanos - chez les nouveau-nés **(1,3 %)**
- Prématurité - chez les nouveau-nés **(9,2 %)**
- Septicémie et autres infections du nouveau-né **(5,1 %)**
- Anomalies congénitales - chez les nouveau-nés **(1,9 %)**
- Maladies diarrhéiques - chez les moins de 5 ans **(10,1 %)**
- Rougeole - chez les moins de 5 ans **(0,9 %)**
- Paludisme - chez les moins de 5 ans **(15,3 %)**
- Prématurité - chez les moins de 5 ans **(1,6 %)**
- Autres troubles nutritionnels, périnatals, communicables - chez les moins de 5 ans **(7,5 %)**
- Autres troubles non-communicables - chez les moins de 5 ans **(2,9 %)**
- Maladies diarrhéiques - chez les nouveau-nés **(0,3 %)**
- Infections aigües des voies respiratoires inférieures - chez les nouveau-nés **(2,4 %)**
- Asphyxie ou traumatisme à la naissance - chez les nouveau-nés **(11 %)**
- Autres troubles nutritionnels, périnatals, communicables - chez les nouveau-nés **(1,7 %)**
- Blessures - chez les nouveau-nés **(0,2 %)**

Figure 2.4.b

Causes de la mortalité néonatale et chez les moins de 5 ans dans trois pays en situations de crise humanitaire (2015)

Birmanie 2015 : Décès au cours des mois 1 à 59 (47,5 %); mortalité néonatale (52,5 %)

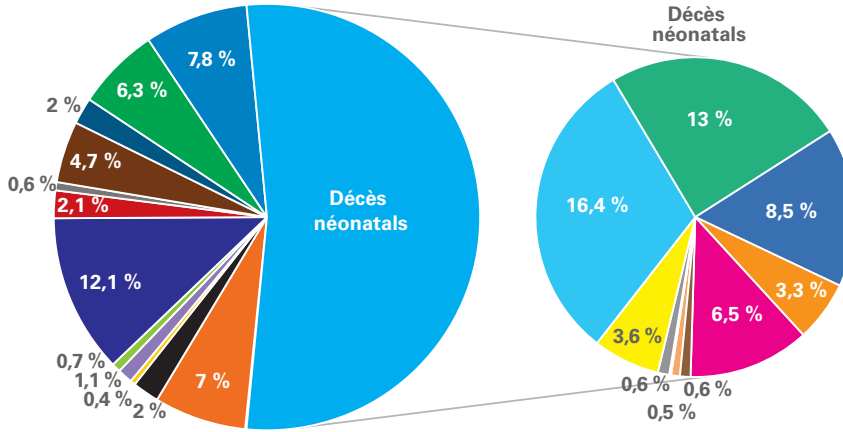


- VIH/SIDA - chez les moins de 5 ans **(0,5 %)**
- Coqueluche - chez les moins de 5 ans **(0,4 %)**
- Méningite/encéphalite - chez les moins de 5 ans **(1,9 %)**
- Infections aigües des voies respiratoires inférieures - chez les moins de 5 ans **(13,3 %)**
- Asphyxie ou traumatisme à la naissance - chez les moins de 5 ans **(1,1 %)**
- Anomalies congénitale - chez les moins de 5 ans **(1,8 %)**
- Blessures - chez les moins de 5 ans **(5,7 %)**
- Tétanos - chez les nouveau-nés **(0,4 %)**
- Prématurité - chez les nouveau-nés **(18,7 %)**
- Septicémie et autres infections du nouveau-né **(7 %)**
- Anomalies congénitales - chez les nouveau-nés **(6,1 %)**
- Maladies diarrhéiques - chez les moins de 5 ans **(6,8 %)**
- Rougeole - chez les moins de 5 ans **(1,9 %)**
- Paludisme - chez les moins de 5 ans **(1,1 %)**
- Prématurité - chez les moins de 5 ans **(1,1 %)**
- Autres troubles nutritionnels, périnatals, communicables - chez les moins de 5 ans **(6,3 %)**
- Autres troubles non-communicables - chez les moins de 5 ans **(5,5 %)**
- Maladies diarrhéiques - chez les nouveau-nés **(0,3 %)**
- Infections aigües des voies respiratoires inférieures - chez les nouveau-nés **(2,9 %)**
- Asphyxie ou traumatisme à la naissance - chez les nouveau-nés **(13,1 %)**
- Autres troubles nutritionnels, périnatals, communicables - chez les nouveau-nés **(2,8 %)**
- Blessures - chez les nouveau-nés **(1,1 %)**

Figure 2.4.c

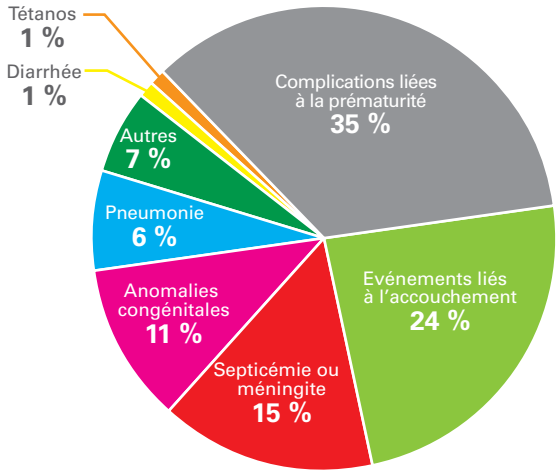
Causes de la mortalité néonatale et de la mortalité chez les moins de 5 ans dans trois pays affectés par des crises humanitaires (2015)

Yémen 2015 : Mortalité au cours des mois 1 à 59 (47,0 %) ; mortalité néonatale (53,0 %)



- VIH/SIDA - chez les moins de 5 ans **(0,1 %)**
- Coqueluche - chez les moins de 5 ans **(2 %)**
- Méningite/encéphalite - chez les moins de 5 ans **(1,1 %)**
- Infections aigües des voies respiratoires inférieures - chez les moins de 5 ans **(12,1 %)**
- Asphyxie ou traumatisme à la naissance - chez les moins de 5 ans **(0,6 %)**
- Anomalies congénitale - chez les moins de 5 ans **(2 %)**
- Blessures - chez les moins de 5 ans **(7,8 %)**
- Tétanos - chez les nouveau-nés **(0,6 %)**
- Prématurité - chez les nouveau-nés **(16,4 %)**
- Septicémie et autres infections du nouveau-né **(8,5 %)**
- Anomalies congénitales - chez les nouveau-nés **(6,5 %)**
- Maladies diarrhéiques - chez les moins de 5 ans **(7 %)**
- Rougeole - chez les moins de 5 ans **(0,4 %)**
- Paludisme - chez les moins de 5 ans **(0,7 %)**
- Prématurité - chez les moins de 5 ans **(2,1 %)**
- Autres troubles nutritionnels, périnatals, communicables - chez les moins de 5 ans **(4,7 %)**
- Autres troubles non-communicables - chez les moins de 5 ans **(6,3 %)**
- Maladies diarrhéiques - chez les nouveau-nés **(0,5 %)**
- Infections aigües des voies respiratoires inférieures - chez les nouveau-nés **(3,6 %)**
- Asphyxie ou traumatisme à la naissance - chez les nouveau-nés **(13 %)**
- Autres troubles nutritionnels, périnatals, communicables - chez les nouveau-nés **(3,3 %)**
- Blessures - chez les nouveau-nés **(0,6 %)**
- Coqueluche - chez les nouveau-nés **(0,1 %)**

Figure 2.5. Causes principales de la mortalité néonatale, 2016



Source : Groupe de travail inter-agences de l'ONU sur l'estimation de la mortalité infantile. *Levels and Trends in Child Mortality : Report 2017.* UNICEF; WHO ; World Bank Group ; United Nations ; 2017.

2.2.b. Causes majeures de la mortalité néonatale

Dans le monde entier, les trois causes majeures de la mortalité néonatale sont les complications directes de la prématurité (35 % des décès de nouveau-nés dans le monde), les infections (23 %) et les complications intra-partum (24 %)[13]. La *Figure 2.5.* présente les détails des causes de la mortalité néonatale. Pour les mort-nés, presque la moitié des décès surviennent pendant le travail. De nombreux décès de nouveau-nés pourraient être évités grâce à des soins de qualité, notamment en situations de crise humanitaire.

- **Les complications dues à la prématurité,** qui se réfèrent aux bébés nés avant 37 semaines révolues de gestation font partie des causes d'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés, et les exposent à des risques plus élevés de complications et de décès.
  - *Les prématurés extrêmes* sont les bébés nés avant 28 semaines de gestation.
  - *Les grands prématurés* sont les bébés nés entre 28 et 32 semaines de gestation.
  - *Les prématurés modérés à tardifs* sont les bébés nés entre 32 et 37 semaines de gestation.

  Même s'il est probable que les bébés nés avant 28 semaines de gestation aient besoin de soins intensifs, ils ne représentent que 5 % des naissances prématurées dans le monde. Plus de 80 % des bébés prématurés naissent prématurés modérés à tardifs et la plupart n'ont pas besoin de soins intensifs pour survivre. Jusqu'à 58 % des bébés prématurés dans le monde peuvent être sauvés par la fourniture de soins rentables dans un cadre à faibles ressources[14]. La plupart de ces interventions peuvent être réalisées en situations de crise humanitaire et sauver des vies.
- **Les infections graves** comprennent la septicémie néonatale, la pneumonie, la diarrhée, la méningite et le tétanos. Chaque année, environ 630 000[15] nouveau-nés meurent dans le monde à cause d'infections graves. La plupart de ces décès pourraient être évités grâce à des mesures préventives comme la vaccination, notamment le tétanos néonatal ; l'amélioration de l'hygiène pendant le travail et l'accouchement ; et des soins hygiéniques du cordon ombilical, y compris l'application de la chlorhexidine. Si le bébé naît à domicile dans un contexte marqué par une

13 UN Inter-agency Group for Child Morality Estimation. *Levels and Trends in Child Mortality : Report 2017*. UNICEF et al. 2017.

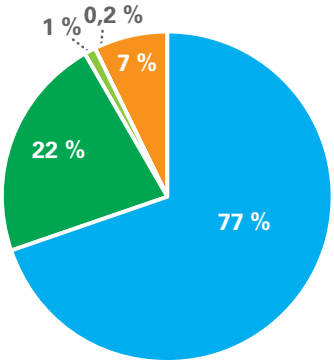
14 Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014, 384(9940):347-70.

15 Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities : an updated systematic analysis. *Lancet* 2014 385(9966):430-40.

Figure 2.6. Estimations de l'incidence des interventions sur les trois causes majeures de la mortalité néonatale

A Décès néonatals liés à l'accouchement

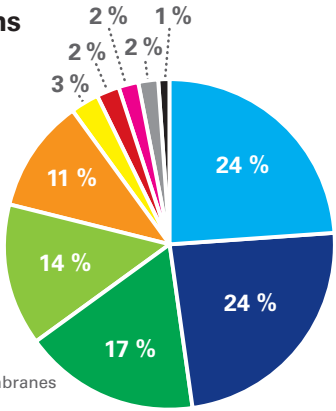
- Prise en charge du travail et de l'accouchement
- Réanimation néonatale
- Prise en charge des événements intra-partum
- Évaluation et stimulation immédiates
- Interventions de soins prénatals avec effets sur les bébés petits pour leur âge gestationnel



B Décès néonatals liés aux infections

(Septicémie, méningite, pneumonie)

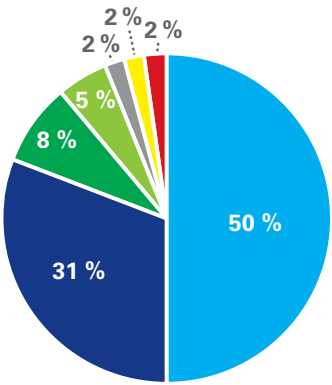
- Prise en charge d'infections néonatales graves
- Pratiques postnatales propres
- Clean birth practices
- Chlorhexidine
- Allaitement
- Supplémentation énergétique équilibrée
- Supplémentation micro-nutritionnelle (plusieurs micro-nutriments et du fer/acide folique)
- Détection et traitement de la syphilis
- Antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes
- Traitement préventif intermittent pendant la grossesse



C Complications directement liées aux infections des prématurés

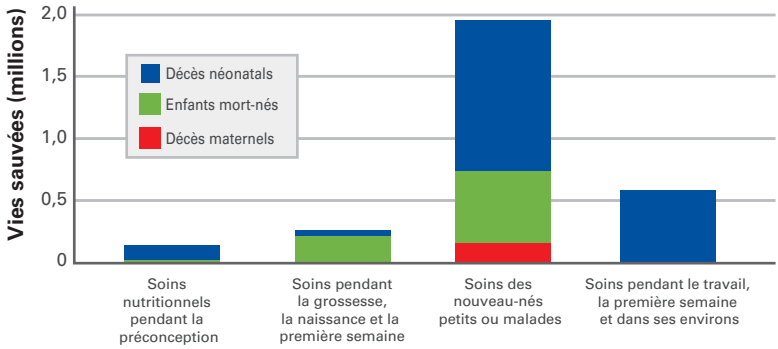
(principalement les gestations <32 semaines)

- Soins hospitaliers des bébés prématurés, notamment la méthode mère kangourou
- Stéroïdes néonatals pour le travail
- Réanimation néonatale
- Prise en charge du travail et de l'accouchement
- Antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes
- Supplémentation énergétique équilibrée
- Supplémentation micro-nutritionnelle (plusieurs micro-nutriments et du fer/acide folique)



Source : Bhutta et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet 2014, 384(9940):308.

Figure 2.7. Incidence potentielle des interventions suivant la période



Chou D, Daelmans B, Jolivet RR, Kinney M, Say L. Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. *BMJ* 2015, 351:h4255.

forte mortalité ; la promotion de l'allaitement maternel exclusif une heure après l'accouchement ; et l'assurance que les enfants malades ont accès à des soins curatifs, à travers des transferts vers des établissements de santé équipés pour traiter les infections.

- **Les complications intra-partum** incluent les problèmes qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement. Plus de 1 800 nouveau-nés meurent chaque jour à cause de complications liées à l'accouchement, plus deux fois autant de mort-nés[16]. Le temps qui s'écoule entre un événement potentiellement catastrophique pendant le travail et la mort peut être court, ce qui fait de la première minute un moment capital pour les 10 % des bébés qui pourraient avoir besoin de réanimation.

La plupart des facteurs de risque pour les trois causes majeures de mortalité néonatale, et de mort-nés sont évitables ou traitables, notamment en situations de crise humanitaire (*Figure 2.6.*). Toutefois, plusieurs causes sont imprévisibles et dépendent de la préparation durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, laquelle permet l'accès à des soins opportuns, respectueux, et de qualité (*Figure 2.7.*). Dans les situations de crise humanitaire, la préparation globale aux situations d'urgence, notamment l'assurance que les prestataires de soins sont compétents en soins essentiels au nouveau-né, y compris la réanimation néonatale de base, est d'une importance capitale vu qu'il n'est pas toujours possible de transférer le nouveau-né.

16 Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities : an updated systematic analysis. *Lancet* 2014 385(9966):430-40.

Ressources clés d'accompagnement du Chapitre 2

Situations de crise humanitaire :

- Groupe de travail inter-agences sur la santé de la reproduction en situation de crise. *Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings*. IAWG, 2018. www.iawg.net
- UNHCR. *Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations*. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/54bd0dc49.pdf
- Women's Refugee Commission. *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A Distance Learning Module*. WRC, 2011. http://iawg.net/minimum-initial-service-package/

Épidémiologie néonatale :

- Chou D, Daelmans B, Jolivet RR, et al. Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. *BMJ* 2015, 351:h4255.
- Every Newborn Series. *Lancet* 2014. www.thelancet.com/series/everynewborn
- Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016, 388(10063):3027-35.
- Groupe inter-agences de l'ONU pour l'estimation de la mortalité infantile. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017*. UNICEF, 2017. www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf
- UNICEF. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report*. UNICEF, 2015. www.unicef.org/publications/files/APR_2015_9_Sep_15.pdf
- Wang H, Liddell CA, Coates MM, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2013 384(9947):957-79.
- WHO. *MCEE-WHO Methods and Data Sources for Child Causes of Death 2000-2015*. WHO, MCEE; 2016. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/ChildCOD_method_2000_2015.pdf

3 SERVICES DE SANTÉ NÉONATALE

Points clés

- Les services de santé néonatale font partie de la continuité des soins de santé sexuelle et reproductive tout au long du cycle de vie, et comprend la fourniture de services intégrés aux mères et aux enfants de la période précédant la grossesse à la naissance, la période néonatale, l'enfance, et durant tout le cycle de vie.
- Dans les situations de crise humanitaire, le personnel doit fournir des services de santé à la mère et au nouveau-né dans la continuité des soins du système de santé, notamment les services communautaires, les soins de santé primaires, et les soins en milieu hospitalier.
- Les soins essentiels du nouveau-né sont des soins élémentaires à prodiguer à chaque bébé, notamment la protection thermique, la prévention des infections, le déclenchement de la respiration, le soutien à l'allaitement, la surveillance des signes de danger, et les soins postnatals.
- Les causes habituelles de la morbidité et de la mortalité néonatale comprennent les infections, ainsi que les complications de la prématurité et de l'accouchement, que l'on peut prévenir et/ou traiter en situations de crise humanitaire grâce à une programmation des soins de santé adaptée et de bonne qualité.

3.1 Principes et considérations générales

3.1.a. La continuité des soins

Les services de santé néonatale font partie de la continuité des soins prodigués à la mère et à l'enfant qui comprennent tout un éventail de services de santé sexuelle et reproductive, notamment les soins à maternels et néonatals (*Figure 3.1.*), qui commencent avant la grossesse et se poursuivent lors du travail et de l'accouchement, pendant la période postnatale immédiate, la période postnatale prolongée et l'enfance. La fourniture de services intégrés comprend le domicile, l'établissement de santé, l'hôpital et le retour à la maison, grâce à la continuité des soins du système de santé.

La période néonatale mérite une attention particulière dans les situations de crise humanitaire, quand les services et les systèmes de santé risquent d'être perturbés, et les secours d'urgence sont fournis à travers des mécanismes nationaux et internationaux. Les services de santé néonatale décrits dans le présent guide doivent être prodigués à travers des canaux gouvernementaux et non-gouvernementaux pendant la réponse à une crise.

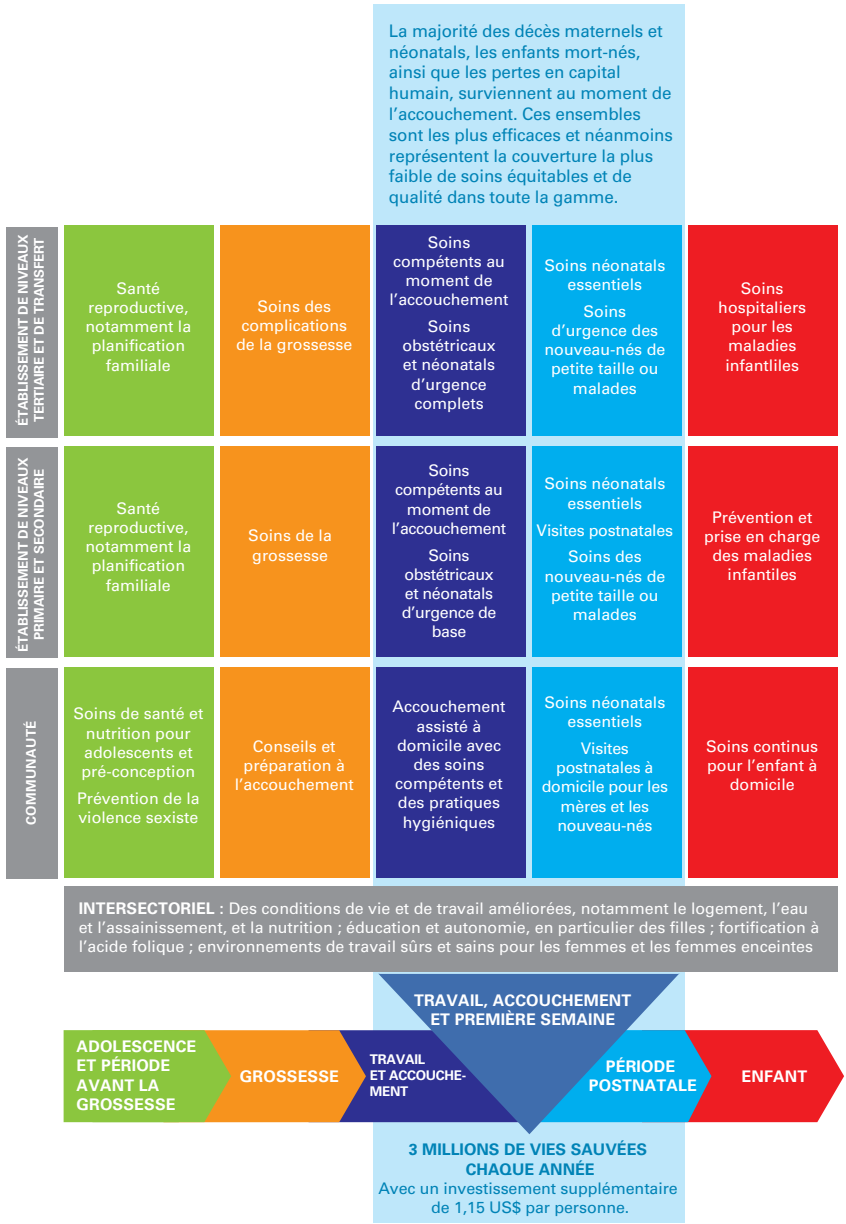
Il est vrai que chaque crise humanitaire pose des problèmes et des défis particuliers aux intervenants, mais les interventions et les produits salvateurs présentés dans ce chapitre ont été définis suivant des normes approuvées par l'OMS pour les soins néonatals et, s'ils sont systématiquement mis en œuvre, ils amélioreront les résultats en matière de santé des mères et des nouveau-nés dans des situations de crise humanitaire. Ces recommandations doivent être adaptées aux besoins locaux et utilisés pour améliorer les directives déjà en place qui définissent les exigences minimales en matière de soins et d'approvisionnement pour les services de santé maternelle et néonatale en situations de crise et de déplacement.

3.1.b. Niveaux de soins

En situations de crise humanitaire, le personnel qui travaille à tous les niveaux doit fournir des services de santé sexuelle et reproductive dans la continuité des soins :

1. **Services communautaires (dans les camps et ailleurs).**
   Ces soins sont prodigués aux femmes et aux bébés à domicile ou dans les camps par des agents de santé communautaires ou d'autres membres de la communauté, des accoucheurs traditionnels, des travailleurs d'approche communautaire ou d'autres agents de santé qualifiés. Ces agents peuvent être liés à un poste sanitaire ou un établissement de soins primaires. Les soins ont surtout un caractère promotionnel et préventif, avec des services de solidarité communautaire, notamment le suivi des femmes et des nouveau-nés après leur départ du centre de santé.

Figure 3.1. Ensembles de prestations couvrant la gamme complète des soins



Source : WHO, UNICEF. Every Newborn : An Action Plan to End Preventable Deaths. WHO, 2014.

2. **Établissements de soins primaires.** Ces établissements comprennent les centres de soins primaires existant dans la communauté hôte et d'autres centres de santé fonctionnant en dehors des structures permanentes et qui peuvent être secondés par des unités de soins temporaires dans les camps et des dispensaires mobiles. Les services sont généralement fournis par un personnel d'échelon intermédiaire comme des infirmiers et des sages-femmes, avec un appui pour l'orientation vers les hôpitaux, au besoin, et des liens avec des structures communautaires après le départ de de l'établissement.
3. **Hôpitaux.** Ils peuvent être des hôpitaux de district ruraux, des hôpitaux nationaux de transfert ou des hôpitaux temporaires de terrain. Les soins hospitaliers pour les transferts sont prodigués par des sages-femmes, des infirmiers et les médecins, avec des services de pharmacie et de laboratoire. Les hôpitaux ont la capacité de fournir des soins plus qualifiés à la mère et au nouveau-né, notamment des soins obstétricaux d'urgence complets et un soutien respiratoire de pointe pour les nouveau-nés.

Soins essentiels du nouveau-né

- ***Voir l'Annexe 1A*** *pour un tableau récapitulatif des soins néonatals essentiels à tous les nouveau-nés présentés par niveau de soins.*
- ***Voir l'Annexe 2*** *pour les doses de médicaments couramment utilisés pour les nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 3*** *pour les ressources sur les soins avancés du nouveau-né.*
- ***Voir l'Annexe 4*** *pour les outils de soutien à l'orientation des nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 5*** *pour un tableau récapitulatif du contenu de la trousse de soins du nouveau-né, par niveau de soins.*

Les soins essentiels du nouveau-né sont les soins élémentaires à administrer à chaque bébé et auxquels il faut toujours accorder la priorité en situations de crise humanitaire (*Encadré 3.1.*). Quel que soit l'endroit où se déroule l'accouchement, les soins essentiels administrés à tous les nouveau-nés comprennent la **protection thermique** (sécher et garder le bébé au chaud à travers le contact peau contre peau, et reporter le bain) ; la **prévention des infections** (promouvoir et encourager le lavage des mains auprès de tous les prestataires de soins, fournir des soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau) ; le **déclenchement de la respiration**

(séchage, stimulation et réanimation, si nécessaire) ; le **soutien à l'alimentation** (allaitement maternel immédiat et exclusif) ; et les **soins postnatals**, notamment le suivi et l'évaluation des nouveau-nés pour détecter les **signes de danger** d'infections graves (et le transférer promptement lorsque des signes de danger sont détectés) ; et identifier les bébés qui ont besoin de soins supplémentaires. Tous les bébés et les mères doivent passer trois visites postnatales au cours du premier mois suivant l'accouchement : au cours des premières 24 heures, qui sont les plus critiques ; le troisième jour suivant la naissance ; et entre le septième jour et le quatorzième jour. Le report du clampage du cordon ombilical, l'administration de vitamine K et de la pommade à la tétracycline pour les yeux doivent être effectués au cours des premières 24 heures suivant l'accouchement, et les vaccins administrés au cours de la première semaine.

Durant la première heure suivant l'accouchement, le nouveau-né doit être en contact peau contre peau avec sa mère pour préserver la chaleur, promouvoir l'allaitement immédiat, et favoriser les liens affectifs. Ensuite, et pendant toute la période néonatale, à chaque visite les nouveau-nés doivent être examinés pour dépister éventuellement tout signe de maladie susceptible de mettre sa vie en danger. Les signes de danger de maladies graves chez le nouveau-né que toutes les familles, les agents de santé communautaires et les prestataires de soins doivent savoir figurent à l'*Encadré 3.2*. L'état d'un nouveau-né, surtout de ceux qui sont en insuffisance pondérale, peut se détériorer rapidement. Les familles et les agents de santé communautaires doivent disposer d'un plan 'orientation pour solliciter des soins supplémentaires qui prenne en compte les changements possibles de la situation logistique ou sécuritaire de la localité.

Il est essentiel de ne pas séparer la mère et le bébé, surtout immédiatement après la naissance, y compris lorsqu'ils sont transférés, sauf si cela est médicalement nécessaire. Cette action simple peut sauver des vies, surtout dans les situations de crise humanitaire où les nouveau-nés peuvent être davantage exposés à l'hypothermie, aux infections, et au report de l'allaitement maternel.

3.2.a. Soins essentiels du nouveau-né dans les ménages

Pendant la grossesse/période prénatale :

- Identifier tôt les femmes enceintes grâce aux activités communautaires et à des informateurs issus de la communauté, ou à travers l'ouverture d'un registre des soins prénatals dans un centre de santé local.
- Organiser une première visite des femmes enceintes à leurs domiciles.
- Lors de cette visite promouvoir le recours aux établissements de santé classiques pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals.
- Fournir des informations sur l'établissement de santé le plus proche (adresse, heures d'ouverture, et options de transport jusqu'à l'établissement).

ENCADRÉ 3.1. Éléments de soins essentiels du nouveau-né : Soins pour tous les nouveau-nés

- **Protection thermique :** Séchage, maintien au chaud, contact peau contre peau, report du bain
- **Prévention des infections/hygiène :** Pratiques d'accouchement hygiéniques, lavage des mains, soins hygiéniques du cordon ombilical/de la peau/des yeux. L'application de chlorhexidine sur le cordon ombilical est recommandée pour les bébés nés à domicile et dans des situations où le taux de mortalité néonatale est supérieur à 30 pour 1 000 naissances vivantes *(Encadré 3.8.)*
- **Déclenchement de la respiration :** Séchage complet, dégagement des voies aériennes seulement si nécessaire, stimulation en frottant le dos, réanimation néonatale de base à l'aide d'un ballon ou d'un masque auto-gonflable pour les nouveau-nés dont la respiration ne se déclenche pas spontanément
- **Soutien à l'allaitement :** Contact peau contre peau, soutien à l'allaitement immédiat et exclusif, ne pas jeter le colostrum (ou premier lait maternel)
- **Suivi :** Évaluation régulière des signes d'infections graves ou autres qui nécessitent des soins supplémentaires hors du foyer ou du centre de santé
- **Visites pendant la période postnatale :** Toutes les femmes et leurs bébés doivent passer trois visites durant le premier mois : le premier jour (les premières 24 heures, les plus critiques), le jour 3, et entre les jours 7 et 14. Tout doit être fait pour examiner les bébés nés à domicile dans les meilleurs délais après la naissance
- **Report du clampage du cordon ombilical immédiatement après l'accouchement,** vitamine K et pommade ophtalmologique à la tétracycline au cours des première 24 heures, puis vaccinations au cours de la première semaine dans le cadre des soins essentiels à tous les nouveau-nés.

En situations de crise où l'accès aux infrastructures n'est pas sécurisé ou n'est pas possible avec des ressources supplémentaires, les soins peuvent être fournis par le biais de visites régulières à domicile (*Section 5.3.*). Bien que l'OMS recommande huit visites prénatales dès le début de la grossesse (premier trimestre), un minimum de quatre visites est recommandé dans les situations de crise humanitaire.

ENCADRÉ 3.2. Signes de maladies graves chez les nouveau-nés

Note : Les signes de danger ci-dessous peuvent être utilisés par les agents de santé communautaires et les familles comme facteurs de transfert d'un nouveau-né à une structure sanitaire pour des soins supplémentaires. Voir l'*Encadré3.7* pour consulter les signes de danger d'infection chez les nouveau-nés susceptibles d'être utilisés par le personnel médical ayant reçu une formation formelle.

- Difficultés à s'alimenter
- Crises ou convulsions
- Absence de mouvement ou activité réduite
- Respiration rapide (plus de 60 respirations par minute)
- Tirage sous-costal sévère
- Trop chaud ou trop froid au toucher (température supérieure à 37,5 °C ou inférieure à 35,5 °C)
- Insuffisance pondérale
- à la naissance (< 2,5 kg)
- Peau, yeux, paumes ou semelles jaunes

Note : Si l'un des signes de danger est détecté, transférer immédiatement le bébé à une structure sanitaire.

Les activités clés pendant cette période tournent autour de la préparation à l'accouchement. Elles consistent notamment à mobiliser les responsables et les membres de la communauté, et à élaborer un plan d'accouchement avec la femme et la famille comprenant le transport d'urgence, et les considérations en matière de finance et de sécurité.

- Fournir une trousse d'accouchement propre à la famille ; voir le contenu de la trousse présenté à la page *Inter-agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, disponible à l'adresse www.unfpa.org, et la trousse de soins du nouveau-né (*Annexe 5A*).
- Conseiller les femmes sur la nutrition pendant la grossesse, la réduction de la charge de travail, et l'importance de dormir sous une moustiquaire imprégnée dans les régions où le paludisme est endémique.
- Conseiller aux femmes de se rendre au centre de santé local dès que possible pour avoir accès aux interventions de lutte contre le VIH et le paludisme, et aux vaccinations.
- Fournir des informations sur les dispensaires mobiles et le transport d'urgence aux responsables communautaires.

L'importance des pratiques d'accouchement sans risque doit être rappelée lors des visites prénatales. L'une des interventions les plus critiques de prévention du décès de la mère et du nouveau-né est la fourniture de soins par des accoucheurs qualifiés dans une structure sanitaire équipée de médicaments et de produits médicaux nécessaires pour la gestion des complications.

ENCADRÉ 3.3. Exemple de bonne pratique : Puntland (Somalie)

À Bosaso (Puntland), Save the Children a formé le personnel de santé local à l'utilisation du Guide de terrain et soutenu la fourniture de soins de santé au nouveau-né dans quatre structures de santé au service des déplacés. Les structures sanitaires venaient d'instituer des frais d'accouchement dont certaines femmes ne pouvaient pas s'acquitter. Après la formation sur la planification et la préparation de l'accouchement, le personnel de santé a travaillé avec les femmes enceintes pour l'élaboration de plans d'accouchement individuels en soulignant la nécessité d'épargner pour l'accouchement et toute éventuelle urgence. C'est ainsi que les femmes ont pu épargner et accéder à une structure sanitaire au moment d'accoucher.

- Encourager les femmes à accoucher dans une structure sanitaire, et informer les familles que si l'accouchement a lieu à domicile, elles doivent se rendre dans une structure sanitaire le plus tôt possible après l'accouchement pour un examen de la mère et nouveau-né.
- Insister sur le fait que la mère et le bébé ne doivent pas être séparés, surtout pas immédiatement après l'accouchement.
- Discuter de l'allaitement maternel immédiat et exclusif, de la propreté et de la sûreté des soins du nouveau-né.

Pendant le travail et l'accouchement : Il n'existe pas d'accouchement sans risque. Par conséquent, tous les accouchements doivent être soutenus par une accoucheur qualifié pouvant orienter la patiente vers d'autres soins en cas de complications.

- Si l'accès à une structure sanitaire n'est pas possible, fournir des trousses de soins propres aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheurs qualifiés pour promouvoir les accouchements propres à domicile.
- Pendant l'accouchement, mettre en œuvre des pratiques d'accouchement hygiéniques, un périnée propre, une surface propre, des instruments de clampage et de ligature propres, des instruments de section stérilisés et une surface de section propre.
- Assurer la protection thermique en séchant immédiatement et intégralement le bébé et en le plaçant sur la poitrine de sa mère jusqu'au premier allaitement.
- Pour les bébés qui ne respirent pas à la naissance, les sécher et leur frotter le dos vigoureusement deux ou trois fois (stimulation tactile) ; si la respiration ne se déclenche pas spontanément, voir la *Section 3.5.* Complications lors de l'accouchement.

- Pour tous les bébés qui respirent à la naissance et n'ont pas besoin de réanimation, ne pas clamper le cordon ombilical et attendre au moins une minute après la naissance[17].

Pendant la période néonatale immédiate (première heure suivant l'accouchement) :

- Poursuivre la protection thermique en plaçant le bébé, peau contre peau, sur la poitrine de sa mère, et en l'enveloppant dans une couverture et en lui faisant porter un bonnet pendant au moins 60 minutes.
- Permettre au bébé de rester en contact peau contre peau avec sa mère jusqu'au début de l'allaitement maternel exclusif (généralement dans l'heure qui suit).
- Reporter le bain du bébé pendant au moins 24 heures afin de prévenir la perte de chaleur ou l'hypothermie.
- Rechercher les signes de danger.
- Poursuivre les bonnes pratiques comme le lavage des mains pour les personnes qui s'occupent des nouveau-nés afin de prévenir les infections.
- Fournir les soins oculaires en administrant au bébé une dose unique de pommade à la tétracycline hydrochloride à 1 % à chaque œil.
- Prendre soin du cordon ombilical en appliquant le gel ou liquide à 7,1 % de digluconate de chlorhexidine (CHX). L'application de la CHX sur le moignon du cordon ombilical une fois par jour à partir du premier jour jusqu'au septième jour a contribué à la réduction de la mortalité néonatale selon des études réalisées dans les pays asiatiques[18]. L'OMS recommande l'utilisation de la CHX pour les soins du cordon de tous les bébés nés à domicile dans des situations où la mortalité néonatale est supérieure à 30 pour 100 naissances vivantes. Cette recommandation doit être mise en contexte ; il faut noter qu'un certain nombre de pays ont procédé à l'adaptation de cette norme.
- Sensibiliser les femmes et les familles à l'identification des signes de danger, et la nécessité de solliciter promptement des soins lorsqu'elles en détectent.
- Identifier, soutenir et, si nécessaire, orienter les bébés qui ont besoin de soins supplémentaires, cf., *Sections 3.3., 3.4.* et *3.5.*

---

17 WHO. *Guidelines on Basic Newborn Resuscitation*. WHO, 2012. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/

18 PATH. *Chlorhexidine for Umbilical Cord Care : A New, Low-cost Intervention to Reduce Newborn Mortality.* PATH, July 2013. www.path.org/publications/detail.php?i=1556

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Pour les naissances à domicile, assurer qu'elles sont enregistrées, informer les agents de santé des naissances à domicile et organiser une visite pour les vaccinations et la prophylaxie à la vitamine K.
- Pour les naissances dans les structures sanitaires, si la trousse du nouveau-né n'a pas encore été remise à la famille, elle doit lui être fournie lors de la première visite néonatale à la maison ou à l'hôpital.
- Organiser des visites à domicile les jours 1, 3 et 7 de la vie du nouveau-né, ou au moins trois fois pendant la première semaine, avec la première visite le plus près possible des 24 premières heures. Les trois quarts des décès de nouveau-nés interviennent durant la première semaine de vie. C'est pourquoi il est important que les visites aient lieu pendant cette période clé qui permet de sauver des vies.
- Poursuivre les activités de promotion de la santé, notamment la promotion de l'allaitement maternel exclusif, la protection thermique du bébé, le lavage des mains pour les gens qui touchent le bébé, et les soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau.
- Poursuivre l'examen du bébé afin de repérer les signes de maladies graves, et ne pas cesser d'encourager la famille à rechercher ces signes de danger.
- Si des signes de danger sont détectés, faciliter l'accès à la structure de santé ou l'hôpital le plus proche pour la mère.
- Encourager les mères séropositives à passer le test de dépistage du VIH et accéder à d'autres soins pour leurs bébés.
- Informer les femmes et les familles de l'importance d'une visite de vaccination pour le bébé à 6 semaines.

Voir la liste du contenu de la trousse de soins à domicile (ou au sein de la communauté) du nouveau-né à l'*Annexe 5A*, notamment un bonnet, une serviette, une couverture, ou d'autres articles mentionnés ci-dessus pour la promotion de la santé et la protection contre les infections.

3.2.b. Soins essentiels du nouveau-né dans les établissements de soins primaires

Durant la grossesse/période prénatale : En plus des activités au niveau des ménages :

- Conseiller sur la préparation aux complications.
- Dans les régions où le paludisme est endémique, distribuer des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes pour qu'elles se protègent pendant la grossesse, et protègent le bébé après l'accouchement.
- Fournir le traitement préventif intermittent du paludisme aux les femmes enceintes, en fonction des directives nationales.
- Administrer deux doses du vaccin à l'anatoxine tétanique à intervalle approprié ; fournir de l'acide folique, du fer et d'autres suppléments en micronutriments, au besoin.
- Diagnostiquer et traiter promptement les infections des voies urinaires, la syphilis, toute autre maladie maternelle, et les complications comme la pré-éclampsie et le diabète.

Pendant le travail et l'accouchement : En plus des activités à domicile décrites ci-dessus :

- Fournir des soins respectueux, bienveillants à la femme : l'encourager à avoir une accompagnatrice à la naissance, à bouger et consommer des liquides ; s'assurer que toutes les informations lui sont clairement communiquées.
- Si l'établissement de soins primaires est équipé pour gérer les accouchements normaux, suivre le travail en utilisant le partogramme, et en documentant les statistiques maternelles et fœtales essentielles (par ex., dilatation du col, rythme cardiaque fœtal, progression du travail).
- Gérer les complications maternelles et la détresse fœtale, et être prêt à gérer les complications néonatales comme l'asphyxie à chaque accouchement, et prendre les mesures appropriées, au besoin (voir les *Sections 3.3, 3.4.* et *3.5.*).

Pendant la période postnatale immédiate (première heure suivant l'accouchement) : En plus des activités décrites au niveau du ménage :

- Procéder à un examen physique complet dans les deux heures suivant la naissance.
- Peser le nouveau-né et enregistrer correctement son poids de naissance.
- Évaluer l'allaitement et fournir du soutien, au besoin.

- Administrer 1 mg de vitamine K en injection intramusculaire au nouveau-né et le vacciner immédiatement suivant le protocole national de vaccination. Les vaccins généralement administrés aux nouveau-nés immédiatement après la naissance sont l'hépatite B, la polio, et le BCG contre la tuberculose.
- Encourager la vaccination contre l'hépatite B dans les régions à forte endémicité d'hépatite B[19].
- Délivrer un acte ou une carte de naissance à la mère ou à la famille, conformément aux pratiques en vigueur dans le pays.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Avant la sortie de l'hôpital, rechercher les signes de graves infections ou d'autres problèmes chez les mères et leurs bébés (par ex., les malformations congénitales comme les fentes palatines).
- Si possible, garder la mère et le bébé ensemble sous observation pendant 24 heures. Sinon, organiser une première visite à domicile avec les mères et les familles dans un délai de 24 heures suivant la naissance en coordination avec le personnel sur le terrain.
- Demander aux femmes de revenir à la structure sanitaire pour des visites le troisième jour et le septième jour après la naissance, si possible, ou organiser des visites à domicile selon les possibilités.
- Insister sur la nécessité d'une seconde visite, même si tout va bien.
- Conseiller aux femmes de retourner immédiatement à la structure sanitaire si elles identifient des signes de danger.
- Pour les bébés nés de mères séropositives, commencer la thérapie antirétrovirale conformément au protocole local.

La trousse de soins du nouveau-né pour les établissements de soins primaires comporte tous les articles de la trousse pour les ménages ; elle comprend également un flacon de vitamine K injectable (2 mg/0,2 ml), des plateaux à pansements[20] (pour le travail, l'accouchement et le matériel de soins du nouveau-né) ; et une lampe mobile d'examen. Pour une liste complète du contenu de la trousse, voir l'*Annexe* 5B.

19 Les vaccins du nouveau-né comme le vaccin polio oral, le BCG, le vaccine contre l'hépatite B ne font ***PAS*** partie de la trousse de soins du nouveau-né parce qu'ils sont généralement achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF dans le cadre des programmes de vaccination. Une étroite collaboration avec les organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé infantile et l'achat et la gestion des vaccins sont essentiels pour assurer la vaccination pendant la période néonatale.

20 Les plateaux de pansement pour le travail et l'accouchement ne font pas partie de la trousse et doivent être commandés séparément.

3.2.c. Soins essentiels du nouveau-né en milieu hospitalier

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) :

- Suivre les mêmes directives détaillées pour les structures périphériques, avec des adaptations pour les complications comme l'accouchement assisté ou par césarienne.
- Identifier les bébés prématurés et les bébés en insuffisance pondérale immédiatement après l'accouchement et leur apporter des soins spéciaux.
- Examiner régulièrement toutes les femmes après l'accouchement en surveillant le saignement vaginal, les contractions utérines, la hauteur du fond utérin, la température et le rythme cardiaque (pulsations) systématiquement pendant les premières heures 24 après la première heure suivant l'accouchement.

Pendant la première semaine de vie (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Gérer les maladies du nouveau-né. Voir les *Sections 3.3, 3.4.* et *3.5.* pour toute information concernant la gestion de la prématurité, des infections et des complications à l'accouchement.

La trousse de soins du nouveau-né pour les hôpitaux comprend tous les articles de la trousse de soins à domicile et ceux de la trousse des établissements de soins primaires (par ex. vitamine K, plateaux de pansements[21] et lampes mobiles d'examen). Voir l'Annexe 5C pour une liste complète du contenu de la trousse de soins. En outre, pour les soins avancés en milieu hospitalier, voir les médicaments et les produits supplémentaires nécessaires pour la prise en charge de la prématurité (*Section 3.3.*), des infections graves (*Section 3.4.*), des complications intra-partum (*Section 3.5.*) et l'Annexe 3 pour les soins avancés au nouveau-né. Consulter les directives sur les soins aux enfants en milieu hospitalier, y compris les nouveau-nés, de l'OMS[22].

21 Les plateaux de pansement pour le travail et l'accouchement ne font pas partie de la trousse et doivent être commandés séparément.

22 OMS. *Soins hospitaliers pédiatriques*. Deuxième édition. OMS, 2013 www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546700/en/

3.3 Prématurité

- ***Voir l'Annexe 1B*** *pour un tableau récapitulatif des services pour la gestion de la prématurité, présentés par niveau de soins.*
- ***Voir l'"Annexe 2*** *pour les doses de médicaments courants pour les nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 3*** *pour les ressources sur les soins avancés aux nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 4*** *pour les outils d'appui à l'orientation des nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 5*** *pour un tableau récapitulatif du contenu de la trousse de soins du nouveau-né, selon le niveau de soins.*

« Prématurité » se réfère aux bébés nés avant 37 semaines de gestation et figure parmi les causes d'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés, ce qui les expose ainsi à un risque plus élevé de complications et de décès.

- **Prématurité extrême :** bébés nés avant 28 semaines de gestation.
- **Grande prématurité :** bébés nés entre 28 et 32 semaines de gestation.
- **Prématurité modérée à tardive :** bébés nés entre 32 et 37 semaines de gestation.

La morbidité et la mortalité associées à la prématurité peuvent être réduites grâce à la prévention et aux soins aux bébés prématurés et leurs mères. Le faible poids de naissance peut être dû à la prématurité ou à l'âge gestationnel, ou une combinaison des deux. L'insuffisance pondérale (moins de 2 500 g) a été utilisée comme marqueur du risque de mortalité et de morbidité élevé pour les bébés. Toutefois, le risque varie avec le poids à la naissance et l'âge gestationnel, et il est important de comprendre les raisons du faible poids du bébé à la naissance, dans la mesure du possible, dans chaque cas. Noter que l'âge gestationnel peut être estimé en utilisant des signes cliniques et d'autres mesures indirectes, mais ils ne sont souvent pas fiables, surtout dans les situations où de prestataires de soins moins qualifiés sont présents. Les prestataires doivent toujours chercher à savoir si une femme enceinte a passé une échographie précoce.

Prévention : Il n'existe pas d'interventions efficaces pour empêcher les naissances prématurées. Les mécanismes responsables des naissances prématurées et les restrictions de croissance in-utero ne sont pas encore bien compris, et les stratégies de prévention connues sont souvent à long terme (par ex., sur plusieurs générations) et complexes. Pour les femmes qui courent le risque de donner naissance à des bébés prématurés, les interventions préventives connues pendant la grossesse comprennent l'identification et le

traitement de l'hypertension, le suivi rapproché des grossesses multiples, et l'identification et la gestion des affections préexistantes comme le paludisme et les infections sexuellement transmissibles, notamment la syphilis et le VIH.

L'administration des corticostéroïdes prénatals aux femmes dès qu'elles entrent en travail prématuré s'est avérée efficace dans la réduction de la mortalité néonatale et de la détresse respiratoire chez les bébés prématurés dont l'âge gestationnel se situe entre 24 et 34 semaines. Les corticostéroïdes prénatals doivent être administrés uniquement quand le travail a commencé et dans une structure sanitaire capable de confirmer que l'âge gestationnel du fœtus se situe entre 24 et 34 semaines ; si des soins adéquats sont disponibles pour le nouveau-né prématuré et sa mère ; et si des soins fiables, opportuns et appropriés sont disponibles[23]. Les corticostéroïdes peuvent être administrés sous forme de bétaméthasone (6 mg intramusculaire, 2 doses séparées de 24 heures) ou sous forme de dexaméthasone (6 mg intramusculaire, 4 doses à 12 heures d'intervalle). L'OMS a publié des directives sur les soins aux prématurés qui comprennent plus de détails sur l'utilisation des corticostéroïdes prénatals[24].

D'autres médicaments peuvent être utilisés pour la prise en charge de complications spécifiques. Par exemple, il a été démontré que l'administration d'antibiotiques pour la rupture prématurée des membranes avant terme réduit la morbidité néonatale. Les tocolytiques (également appelés médicaments anti-contraction) peuvent être utilisés pour retarder les naissances prématurées, mais il n'existe pas encore de preuve qu'ils ont un impact sur la mortalité néonatale. Si les tocolytiques sont utilisés pour faciliter l'administration de corticostéroïdes ou le transfert d'une femme en travail en situations d'urgence, la nifédipine est l'agent préféré, même si son impact sur la mortalité néonatale n'a pas encore été établi.

Soins/prise en charge : La protection thermique, l'appui à l'allaitement, la prévention et la gestion des infections, et, au besoin, la réanimation néonatale sont les interventions de base pour la prise en charge des affections liées à la prématurité. Ces interventions peuvent être renforcées par des soins supplémentaires aux nouveau-nés, notamment :

- la méthode mère kangourou, ou MMK, suivant laquelle le bébé est porté en contact peau contre peau (*Encadré 3.4.*) ;

---

23 Segre J, Lawn J, Hodgins S, Smith J, Litch J, Barker P, Crowther C. *Notes on the Antenatal Corticosteroids Trial (ACT)—15 octobre 2014.* Groupe de travail sur les corticostéroïdes à usage prénatal de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.

24 *WHO. Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes. WHO,* 2015.: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-highlights/en/

ENCADRÉ 3.4. MMK : Aider les bébés à survivre et s'épanouir

La méthode mère kangourou (MMK) est l'une des méthodes les plus prometteuses pour sauver les bébés prématurés et les bébés en insuffisance pondérale en toutes situations. Ce type de soins fournis dans les structures sanitaires passe par la formation du personnel de santé et des soignants sur les méthodes établies pour garder les nouveau-nés au chaud à travers le contact perpétuel, 24 heures sur 24, peau contre peau, avec la poitrine de la mère ou du soignant.

Démarrer la MMK :

- Peu de choses sont nécessaires pour démarrer la MMK en dehors de lits spéciaux avec contrôle de l'accès et des infections, et accès aux soins supplémentaires en cas de complications
- Les agents de santé doivent conseiller les mères et les familles ayant des nouveau-nés de petite taille stables de commencer la MMK dès que possible après la naissance, surtout lorsqu'aucun soin néonatal intensif n'est prodigué
- L'environnement dans lequel la MMK est pratiquée doit être maintenu au chaud, à plus de 25 °C, si possible

Positionnement :

- Vêtir le bébé uniquement avec des chaussettes, des couches et un bonnet
- Placer le bébé entre les seins de la mère, en position verticale, avec la tête tournée sur le côté, et légèrement étiré pour protéger les voies aériennes
- Jambes écartées à l'image de la grenouille
- Bras repliés
- Couvrir/maintenir le bébé en place avec un large morceau d'étoffe

Allaitement :

- La mère allaite le bébé exclusivement au lait maternel deux ou trois fois par heure, et chaque fois le bébé veut téter
- Si le bébé ne peut pas saisir/sucer le mamelon, l'allaiter avec une tasse ou une cuillère

Durée :

- Les bébés en insuffisance pondérale et les bébés prématurés doivent rester en MMK pendant au moins 20 heures par jour (avec la mère ou celle qui joue ce rôle) jusqu'à ce qu'ils ne tolèrent pus la position MMK
- La mère doit dormir en position semi-assise, avec le bébé attaché en position MMK
- Si le bébé doit sortir de la position MMK, il faut veiller à ce qu'il reste bien au chaud

Suivi :

- La mère et le bébé doivent quitter l'hôpital en position MMK, des conseils doivent être prodigués à la mère avant sa sortie, et le suivi doit être assuré selon les indications cliniques

Allez à l'adresse : www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/ pour télécharger le *Kangaroo Mother Care : A Practical Guide* de l'OMS

- le soutien supplémentaire à l'allaitement maternel, y compris l'utilisation d'un tire-lait électrique ou l'aspiration manuelle, l'allaitement du bébé avec une tasse ou un autre ustensile (ou par sonde nasogastrique) et les techniques d'allaitement complémentaires ;
- le traitement des infections, notamment avec les antibiotiques suivant les directives ;
- la gestion sans risquee de l'oxygène et la surveillance de la saturation en oxygène en utilisant l'oxymétrie de pouls, les soins d'appui pour le syndrome de détresse respiratoire, si nécessaire et disponible, utiliser la ventilation à pression positive continue (CPAP), si elle est disponible.

Pour les prématurés extrêmes souffrant d'apnée, l'administration de caféine suivant les lignes directrices de l'OMS doit être envisagée. Au cas où la MMK n'est pas une option, les couveuses peuvent être utilisées. Dans les situations où la population affectée a accès aux soins hospitaliers, les soins néonatals intensifs constituent un appui supplémentaire (*voir Annexe 3*)[25,26]. Le surfactant est recommandé pour les nourrissions en couveuse ou ventilés qui souffrent

25 WHO, et. al. *Born Too Soon—The Global Action Report on Preterm Birth*. WHO, 2012, p. 6.

26 WHO. *Pocket Book of Hospital Care for Children*. Deuxième édition. WHO, 2013, p. 61. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546700/en/

du syndrome de détresse respiratoire aigüe et doit être utilisé dans les structures disposant des atouts suivants : l'intubation, la ventilation mécanique et les équipements et expertise connexes, l'analyse des gaz sanguins et/ou les équipements essentiels de laboratoire, la surveillance des signes vitaux, les équipements d'urgence de pointe, et du personnel médical et de soutien hautement spécialisés en soins du nouveau-né.

L'insuffisance pondérale à la naissance peut être une conséquence de la prématurité ou d'une taille insuffisante par rapport à l'âge gestationnel, lequel est défini comme étant le poids pour la gestation < 10e percentile, ou des deux[27]. Les bébés de petite taille sont vulnérables aux variations de la température, aux difficultés d'allaitement, à l'hypoglycémie, aux infections et aux difficultés respiratoires. Le fait de naître avec une insuffisance pondérale est reconnu comme un désavantage pour le nourrisson qui fera face à un risque plus élevé de restriction précoce de la croissance, de maladies infectieuses, de retard de croissance, et de mort pendant la petite enfance et l'enfance[28]. L'amélioration des soins aux bébés nés en insuffisance pondérale à travers l'allaitement, le maintien de la température, les soins du cordon ombilical et de la peau, et le diagnostic et le traitement précoces des complications peuvent considérablement réduire les taux de la mortalité infantile dans ce groupe vulnérable.

Bien que les soins essentiels au nouveau-né de base puissent être prodigués à domicile ou au sein de la communauté par l'intermédiaire d'agents de santé formés, les bébés de petite taille ou malades auront besoin de soins hospitaliers. Lorsque cela est possible, les bébés de petite taille ou malades doivent être transférés dans un hôpital pour recevoir des soins dans un service ou un espace dédié, géré par des agents de santé ayant reçu une formation spécialisée ou dotés de compétences spécialisées capables de fournir un soutien thermique (avec la MMK si possible), soutenir l'allaitement, la prévention et le traitement des infections, le traitement de la jaunisse, et assurer le suivi de la croissance. Après avoir stabilisé la santé du nouveau-né, mis en place le soutien en dehors du milieu hospitalier, et formé les mères et les prestataires de soins à la MMK, de nombreux bébés de petite taille peuvent quitter l'hôpital pour que la MMK soit poursuivie à la maison.

Dans les situations de crise humanitaire où l'accès aux soins peut être limité, les activités telles que la MMK, l'allaitement maternel, l'application de la CHX au cordon ombilical, les pratiques hygiéniques strictes comme le lavage des mains par les prestataires de soins et les agents de santé et, en cas de soupçon d'infection, l'administration d'antibiotiques doit être la priorité.

27 WHO. *Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle-income CountriesAm.* WHO, 2011. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf

28 Katz J, Lee AC, Kozuki N, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries : a pooled country analysis. *Lancet* 2013, 382:417-425.

3.3.a. Gestion de la prématurité dans les ménages

Pendant la grossesse/période prénatale : En plus des recommandations de la *Section 3.2.a.* :

- Assurer la sensibilisation à la prématurité, au travail prématuré, et aux soins aux bébés de petite taille.
- Identifier les femmes en travail prématuré et les transférer à la structure sanitaire la plus proche pour qu'elles reçoivent des soins.

Pendant l'accouchement :

- Si le travail commence à la maison, soutenir le transfert vers une structure sanitaire.
- Si le transfert est impossible et l'accouchement a lieu à la maison, fournir les soins énumérés à la *Section 3.2*.

Pendant la période postnatale immédiate (première heure suivant la naissance) :

- Orienter tous les bébés nés avant 37 semaines de gestation et tous les bébés en insuffisance pondérale (< 2 500 g) vers des soins plus avancés (dans l'idéal, vers un hôpital conventionnel ; voir ci-dessous).
- Identifier les bébés de petite taille nés à domicile grâce à un pèse-bébé ou à une carte de mesure de la longueur du pied adapté au contexte local.
- Placer tous les bébés pesant moins de 2 500 g en position kangourou sur leur mère ou la mère porteuse, et les emmener immédiatement à une structure sanitaire pour le suivi.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Suivi de tous les bébés nés prématurés ou en insuffisance pondérale après accouchement à domicile ou la sortie de l'hôpital à travers des visites postnatales supplémentaires, de préférence à domicile. Ces visites doivent avoir lieu au moins les jours 1, 3 et 7 suivant l'accouchement.
- Transférer immédiatement les bébés montrant des signes de danger (*Encadré 3.2.*) et des signes de jaunisse (*Encadré 3.5.*) pour qu'ils reçoivent des soins en milieu hospitalier.

3.3.b. Gestion de la prématurité dans les établissements de soins primaires

Pendant la grossesse/période prénatale : En plus des activités menées dans les ménages :

- Pour les régions où le paludisme est endémique, ou pour les réfugiés ou les déplacés internes venus de régions où le paludisme est endémique, fournir le traitement préventif intermittent du paludisme aux femmes enceintes.
- Diagnostiquer et traiter les autres infections, notamment les infections sexuellement transmissibles, comme la syphilis et le VIH.
- Diagnostiquer et traiter la bactériurie asymptomatique.
- Pour les femmes dont la grossesse a atteint moins de 34 semaines et qui souffrent de l'une des affections liées à la prématurité (à savoir, le travail prématuré, la rupture prématurée des membranes, l'hémorragie ante-partum, des grossesses multiples, une pré-éclampsie grave), les orienter vers une structure sanitaire afin que leur soient administrés les corticostéroïdes prénatals et le suivi. Les corticostéroïdes prénatals doivent être administrés tel que décrit à la *Section 3.3*.

Pendant l'accouchement :

- En cas de travail prématuré avéré, appliquer les pratiques obstétricales hygiéniques tel qu'indiqué à la *Section 3.2.a*.
- Réanimer les bébés dont la respiration ne se déclenche pas après la stimulation tactile en l'espace d'une minute suivant l'accouchement, administrer la réanimation du nouveau-né de base (*Section 3.5.*).
- Consulter la *Section 3.5.* pour les directives sur la prise en charge des complications intra-partum.

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) :

- Procéder à l'examen physique complet du bébé au cours des deux premières heures suivant l'accouchement.
- Peser le bébé et enregistrer correctement son poids de naissance.
- Assurer la disponibilité de lancettes pour talon et des bâtonnets de test sanguin rapide.
- Fournir des soins supplémentaires de protection thermique aux bébés de petite taille par le biais de la MMK (*Encadré 3.4.*).

- Encourager l'allaitement maternel immédiat afin de prévenir l'hypoglycémie, puisque les bébés de petite taille y sont plus exposés.
- Utiliser des mesures rigoureuses de prévention des infections par le biais du lavage systématique des mains, garder l'environnement propre, et éviter le partage de couveuses entre plusieurs bébés.
- Fournir l'appui à l'allaitement (par exemple, cuillère et tasse, tube nasogastrique) si le bébé ne peut pas s'allaiter.

Les fournitures médicales nécessaires au niveau de la structure sanitaire comprennent :

- deux tailles de ballon et de masque (pour les bébés nés à terme et les prématurés), et un dispositif d'aspiration simple pour la réanimation ;
- pèse-bébé numérique ;
- thermomètre numérique pour nourrissons ;
- lampe d'examen mobile ;
- seringues (2, 5, 10 cc) et aiguilles (16,18) ;
- tampons imbibés d'alcool ;
- photothérapie ;
- concentrateur d'oxygène et source d'oxygène fiable ;
- sondes nasales ;
- oxymétrie de pouls.

Les fournitures supplémentaires/facultatives comprennent le tire-lait (électrique ou manuel), la lampe de photothérapie et des tubes fluorescents. La trousse du nouveau-né pour les dispensaires/établissements de soins primaires comprend les fournitures ci-dessus et d'autres ; voir l'*Annexe 5B*.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Observer et surveiller les signes vitaux chez les nouveau-nés pendant au moins 24 heures.
- Surveiller les signes de jaunisse (*Encadré 3.5.*).
- Poursuivre la MMK en surveillant attentivement l'allaitement, la prise de poids et les signes de maladie, surtout les infections.
- Pour les nouveau-nés qui ont du mal à téter, s'assurer que leurs mères maîtrisent l'expression manuelle du lait ; insister sur l'importance du lavage des mains avant l'expression manuelle ; et garder toutes les tasses et les ustensiles d'allaitement dans un état propre.

- Administrer la prophylaxie antibiotique aux nouveau-nés exposés aux risques d'infections dues à la rupture prématurée des membranes ou à l'aspiration de méconium lors de l'accouchement [ampicilline en poudre en injection intraveineuse/intramusculaire, flacon de 500 mg (250 mg/ml) ; gentamicine en injection intraveineuse/intramusculaire, 40 mg/ml (20 mg/ml, si disponible)].

3.3.c. Gestion de la prématurité en milieu hospitalier

Pendant la grossesse/période prénatale : Suivre les recommandations formulées aux *Sections 3.2.c.* et *3.3.b.*, et :

- Suivre attentivement le travail.
- Préparer la salle d'accouchement pour de possibles complications telles que l'hypothermie et l'asphyxie.

Pendant l'accouchement : Fournir les services conformément aux directives pour les soins en milieu hospitalier, qui figurent aux *Sections 3.2.c.* et *3.3.b.*

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) : Si le bébé est stable, suivre les directives formulées dans les *Sections 3.2.c.* et *3.2.b.* Si le bébé n'est pas stable :

- Réanimer immédiatement le nouveau-né tel qu'indiqué à la *Section 3.5.*
- Si le bébé est instable et nécessite d'être ventilé fréquemment, et si une couveuse fonctionnelle et propre est disponible, utiliser la couveuse jusqu'à ce que le bébé soit assez stable pour passer à la MMK.
- Si la mère n'est pas disponible pour la MMK, convaincre un soignant de se porter volontaire pour la mise en œuvre de la MMK.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (la deuxième heure jusqu'au septième jour) : En plus des mesures recommandées à la *Section 3.3.b.* :

- Prendre la température du nouveau-né toutes les quatre heures.
- Peser le nouveau-né au moins une fois par jour.
- Continuer à fournir les soins essentiels au nouveau-né (*Section 3.2.*) et allaiter le bébé toutes les deux ou trois heures pendant environ 20 minutes par séance jusqu'à ce qu'il tolère l'allaitement, se montre alerte, et ne présente aucun signe d'hypoglycémie[29]. De nombreux bébés prématurés ne téteront pas spontanément et doivent être réveillés pour être allaités à des heures précises afin d'assurer qu'ils se nourrissent suffisamment pour prendre du poids et prévenir l'hypoglycémie.

29 Edmond K, Bahl R. *Optimal Feeding of Low-Birth-Weight Infants : Technical Review.* WHO, 2006. who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595094/en/

- Si des équipements de soins intensifs sont disponibles, placer les bébés prématurés qui ne sont pas encore assez stables pour la MMK dans la couveuse.
- Fournir des soins avancés en cas de détresse respiratoire :
  - Administrer le surfactant thérapeutique aux nourrissons souffrant du syndrome de détresse respiratoire[30].
  - Connecter l'appareil CPAP et surveiller les niveaux de saturation en oxygène, ainsi que les signes vitaux ;
  - Prévenir et traiter l'apnée de la prématurité avec de la caféine.
- Surveiller et gérer les nouveau-nés atteints de jaunisse grâce à la photothérapie, ou par échange de sang sur la base des seuils critiques de la bilirubine (*Encadré 3.5.*).

ENCADRÉ 3.5. Diagnostic et prise en charge de la jaunisse

La jaunisse est fréquente chez les nouveau-nés, surtout les prématurés et les bébés en insuffisance pondérale. Même si la jaunisse n'est pas dangereuse dans la plupart des cas, elle peut être grave et nécessiter une prise en charge immédiate chez les prématurés et/ou les bébés en insuffisance pondérale, ou ceux qui présentent d'autres facteurs de risque comme les infections.

Les symptômes de la jaunisse comprennent les yeux et la peau jaunes, et parfois la paume des mains et des semelles jaunes. La jaunisse doit être surveillée chez tous les nouveau-nés et, si elle est diagnostiquée, les prématurés, les bébés chez qui la jaunisse apparaît dès le premier jour, et les bébés de tous âges qui ont des paumes ou des semelles jaunes doivent être immédiatement examinés. La jaunisse doit être confirmée par la mesure de la bilirubine et prise en charge par photothérapie ou l'échange de sang.

30 WHO. WHO *Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes*. WHO, 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-highlights/en/

Les médicaments à ajouter à la liste des produits en milieu hospitalier, en fonction des capacités locales, comprennent :

1. **benzylpénicilline** (injectable, flacon de 5 millions UI)
2. **caféine citrate** (solution orale/injectable de 20 mg/ml)
3. **céfotaxime** (injectable, flacon de 125 mg)
4. **ceftriaxone** (injectable, flacon de 250 mg)
5. **cloxacilline** (injectable, flacon de 250 mg)
6. **diazépam** (injectable, 5 mg/ml)
7. **épinéphrine** (solution 1 : 10000 : 1 mg/ml, flacon de 1 ml);
8. **glucose hypertonique**, (50 %, flacon de 50 ml)
9. **doses de gentamicine** (injectable, 40 mg/ml)
10. **phénobarbital sodium en IV/IM** (injectable 200 g/ml, flacon de 1 ml)
11. **eau stérilisée pour les injections qui nécessitent une dilution**
12. **dexaméthasone** (Injections de 4 mg)
13. **doses de surfactant** (suspension pour instillations intratrachéales, 25 mg/ml ou 80 mg/ml)

Les fournitures au niveau de l'hôpital doivent comprendre un concentrateur d'oxygène et une source fiable d'oxygène, une oxymétrie du pouls, des sondes nasales, un tire-lait (électrique ou manuel), une lampe de photothérapie et des tubes fluorescents. Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur les soins avancés du nouveau-né, et l'*Annexe 5* pour la liste complète de la trousse de fournitures d'appui à la prise en charge de la prématurité en milieu hospitalier.

3.4 Infections du nouveau-né

- ***Voir l'Annexe 1C*** *pour le tableau récapitulatif des services de prévention et de prise en charge des infections et de la septicémie, présenté selon le niveau de soins.*
- ***Voir l'Annexe 2*** *pour les doses de médicaments courants pour nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 3*** *pour les ressources sur les soins avancés du nouveau-né.*
- ***Voir l'Annexe 4*** *pour les outils d'appui à l'orientation des nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 5*** *pour un tableau récapitulatif du contenu de la trousse de soins du nouveau-né en fonction du niveau de soins.*

Les mesures préventives pendant la période prénatale et le travail/l'accouchement protègent la santé de la mère et réduisent le risque d'infections congénitales du nouveau-né (*Encadré 3.6.*). Les pratiques hygiéniques d'accouchement, y compris le lavage des mains, pendant et après la naissance sont cruciales.

La prise en charge et le traitement en temps opportun des complications de l'accouchement sont des facteurs importants dans la réduction de la mortalité néonatale et maternelle. Pour donner aux femmes l'accès à des soins qui sauvent la vie, les directives standard recommandent que toutes les naissances aient lieu dans une structure sanitaire sous la surveillance d'un prestataire de soins qualifié. Cependant à cause des problèmes logistiques et du manque de ressources dans les situations de crise, de nombreuses femmes accouchent à domicile et ont besoin de soins à domicile.

Les agents de santé communautaires et autres acteurs de terrain doivent être chargés de sensibiliser la communauté et assurer le suivi postnatal au niveau des ménages afin d'identifier et de transférer les bébés souffrant d'infection vers des structures équipées pour la prise en charge.

ENCADRÉ 3.6. Mesures élémentaires de prévention pour réduire le risque des infections néonatales précoces

- Utiliser des pratiques hygiéniques lors de l'accouchement
- Se laver les mains avant et pendant l'accouchement
- Utiliser des gants et des fournitures stériles
- S'assurer que la mère et la famille se lavent les mains avant de toucher le bébé
- Insister sur les soins hygiéniques du cordon ombilical (utiliser de la CHX)
- Administrer des antibiotiques aux femmes souffrant d'une rupture prolongée des membranes
- Traiter toutes les infections de la mère pendant la grossesse et le travail
- Encourager l'allaitement maternel exclusif immédiat

Voir l'*Encadré 3.2.* pour une liste des signes et symptômes cliniques des infections du nouveau-né que les agents de santé communautaires et les familles peuvent utiliser, et l'*Encadré 3.7.* pour les signes et symptômes qui peuvent être identifiés par les travailleurs de soins de santé qualifiés. Il est important d'assurer que les établissements de soins primaires et les hôpitaux sont suffisamment équipés pour la prise en charge des infections du nouveau-né, notamment en équipements, médicaments et plans de transfert vers des structures sanitaires pour les familles. Le personnel de santé doit être formé à la prise en charge des nouveau-nés souffrant d'infections bactériennes graves possibles.

ENCADRÉ 3.7. Signes d'infections bactériennes graves chez les nouveau-nés

Les signes de danger ci-après peuvent être utilisés par le personnel médical ayant reçu une formation formelle pour démarrer le traitement des infections néonatales. Voir l'*Encadré 3.2.* pour les signes à utiliser par les agents de santé communautaires et les familles.

Maladies graves : Absence de mouvement/inconscience, antécédents de convulsions, incapacité à téter, hémorragie sévère, ou fontanelle bombée

Infections graves sur le plan clinique : Fièvre (température supérieure ou égale à 38 °C), hypothermie (température inférieure à 35,5 °C), allaitement insuffisant, réduction des mouvements, tirage sous-costal sévère

Respiration rapide : Fréquence respiratoire > 60 respirations par minute

Pour plus *d'informations*, consulter le livre de poche *Pocket Book of Hospital Care for Children, WHO, 2013 and Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care : guide for essential practice (troisième édition), WHO/UNFPA*/UNICEF, 2015.

Au niveau de l'établissement de soins primaires et de l'hôpital, le personnel doit être particulièrement vigilant lorsqu'il étudie les indications cliniques des infections chez les nouveau-nés, en prêtant une attention particulière au paludisme, à la pneumonie, à la méningite et à la septicémie :

- **Paludisme :** Dans une région où le paludisme est endémique, son dépistage doit être réalisé avant la ponction lombaire. Une goutte épaisse peut servir comme test diagnostique rapide puisque la protéine HRP-2 peut être transmise au bébé par une mère infectée par le paludisme pendant la grossesse.
- **Septicémie, méningite, et pneumonie :** Les infections les plus courantes chez le nouveau-né sont la septicémie, la méningite, et la pneumonie. Les signes de ces infections, qui peuvent être d'origine bactérienne, nécessitent un traitement à base d'antibiotiques. Ces infections se manifestent sous forme de maladie grave, d'infection cliniquement grave, ou de respiration rapide isolée.

  La septicémie, la méningite et la pneumonie chez les nouveau-nés peut être difficile à diagnostiquer en situations de crise, car le diagnostic est essentiellement clinique. Si le diagnostic en laboratoire et la radiographie sont disponibles, l'hémoculture, la numérotation formule sanguine, la numérotation différentielle, et la ponction lobaire peuvent contribuer au diagnostic de la septicémie et de la méningite. La radiographie peut contribuer au diagnostic de la pneumonie.

Toutefois, dans la plupart des situations, le diagnostic est basé sur des signes cliniques (*Encadré 3.7*) susceptibles d'être utilisés pour établir la différence entre des maladies graves (par ex., la méningite), les infections ou les complications d'infections cliniquement graves (par ex., la septicémie) et la respiration rapide isolée (par ex., la pneumonie).

Les recommandations ci-dessous fournissent des orientations sur la prévention et le traitement des infections fondés sur le diagnostic clinique.

3.4.a. Prise en charge des infections à domicile

Pendant la grossesse/période prénatale :

- Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à la *Section 3.2.*
- Dans les régions où le paludisme est endémique, distribuer des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes pour une utilisation pendant la grossesse et après l'accouchement, et éduquer les femmes et les familles sur l'utilisation de ces moustiquaires (par ex., après l'accouchement, le bébé doit dormir avec la mère sous la moustiquaire).
- Administrer la vaccination par l'anatoxine tétanique suivant les recommandations, et le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles.

Pendant l'accouchement :

- Mettre en œuvre les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon ombilical et instruments de ligature, instruments de coupe et surface de coupe propres).

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) :

- Mettre en œuvre les soins essentiels du nouveau-né.
- Procéder à l'examen physique complet du bébé dans un délai de deux heures suivant l'accouchement.
- Peser le nouveau-né et enregistrer correctement son poids de naissance.
- Poursuivre la recherche des signes d'infection bactérienne grave (*Encadré 3.7*).
- Si des signes sont identifiés, **transférer le nouveau-né immédiatement et faciliter le transfert vers l'hôpital le plus proche** pour des soins avancés. Le transfert en temps opportun est essentiel pour la réduction de la mortalité et de la morbidité.

Si l'hospitalisation n'est pas possible, les récentes directives de l'OMS donnent des recommandations pour les traitements antibiotiques administrés par un personnel soignant qualifié dans un cadre ambulatoire et dans des installations pour soins ambulatoires dans un établissement de soins primaires. Noter que les maladies graves doivent toujours être traitées en milieu hospitalier et non pas dans les établissements de soins ambulatoires. Si les familles refusent l'hospitalisation ou en cas d'impossibilité de transférer le nouveau-né, la mise en œuvre des recommandations suivantes doit être envisagée par le personnel soignant qualifié pour traiter l'infection en ambulatoire.

- Pour les nourrissons dont la respiration est rapide, du personnel de santé qualifié doit les prendre en charge à domicile avec l'amoxicilline voie orale, 50 mg/kg par dose, deux fois par jour pendant sept jours.
- Pour les enfants souffrant d'infections cliniquement graves, leur administrer le traitement suivant en fonction du poids :

ENCADRÉ 3.8. La CHX pour les soins du cordon ombilical à domicile

L'application du digluconate de chlorhexidine (CHX) à 7,1 % sur le cordon ombilical, surtout le jour de l'accouchement, est une mesure de prévention à faible coût dont l'efficacité a été démontrée en ce qui concerne la réduction de la mortalité néonatale dans les situations à forte mortalité.

La chlorhexidine a un excellent bilan d'innocuité, et elle est acceptable, réalisable et constitue une intervention rentable. Elle peut être facilement administrée par les agents de santé, y compris les agents de santé communautaires et les familles.

La CHX a été ajoutée à la liste de 2013 des médicaments essentiels destinés aux enfants de l'OMS, spécifiquement pour les soins du cordon ombilical. En janvier 2014, l'OMS a émis une nouvelle recommandation pour les soins du moignon du cordon ombilical au cours de la première semaine de vie des nouveau-nés nés à domicile dans les situations à forte mortalité néonatale (30 ou plus de décès néonatals pour 1 000 naissances vivantes).

Il est recommandé de garder sec et propre le cordon ombilical du bébé né dans des établissements de santé ou à domicile dans un contexte à faible mortalité néonatale. L'utilisation de la CHX dans ces situations peut être envisagée uniquement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle nocive (par ex., bouse de vache appliquée au moignon).

Adapté de : *Chlorhexidine for Umbilical Cord Care : A New, Low-cost Intervention to Reduce Newborn Mortality.* PATH, Février 2014. www.path.org/publications/detail.php?i=1556

Amoxicilline – posologie souhaitée 75-100 mg/kg/jour, en deux prises journalières par voie orale

Échelle de poids (kg)	Dose journalière (mg)
1,5-2,4	250
2,5-3,9	250
4,0-5,9	500

Gentamicine – posologie souhaitée 5-7,5 mg/kg/jour (chez les bébés en insuffisance pondérale 3-4 mg/kg/jour), une seule injection par jour

Échelle de poids (kg)	Dose journalière (mg)
1,5-2,4	8
2,5-3,9	16
4,0-5,9	24

Toutefois, les directives nationales pour la mise en œuvre dans les diverses situations doivent être respectées[31]. Même si ces nouvelles indications formulent des recommandations pour la prise en charge à domicile, le traitement dans une structure sanitaire doit toujours être encouragé.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Poursuivre la mise en œuvre des soins essentiels du nouveau-né.
- Appliquer la pommade ophtalmique à la tétracycline.
- Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B, ainsi que le vaccin oral contre la polio et le BCG.
- Continuer à rechercher des signes de danger et des indications de la septicémie, de la pneumonie ou d'autres infections (*Encadré 3.7*).
- Si des problèmes sont identifiés, aider la famille à solliciter des soins avancés pour le nouveau-né dans l'établissement de soins primaires ou l'hôpital le plus proche.
- Encourager les mères séropositives à subir le dépistage du VIH et d'autres soins pour leurs nouveau-nés.

31 OMS. *Prise en charge d'une infection bactérienne potentiellement grave chez le jeune nourrisson lorsqu'un transfert vers une structure hospitalière est impossible.* OMS, 2015. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/bacterial-infection-infants/en/

3.4.b. Prise en charge des infections dans les établissements de soins primaires

Pendant la grossesse/période prénatale :

- Dépister et traiter les femmes atteintes de la syphilis, si possible.
- Vacciner les femmes enceintes contre le tétanos.
- Dans les régions où le paludisme est endémique ou pour les femmes venant d'une région où le paludisme est endémique, administrer le traitement préventif intermittent.
- Pour les femmes venant de pays à forte prévalence du VIH, établir leur statut sérologique.
- Suivre les directives de prévention de la transmission mère-enfant pour les femmes séropositives[32].
- Identifier et traiter les infections des voies urinaires.

Pendant l'accouchement :

- Fournir les soins standard tels que décrits dans la *Section 3.2.b.*
- Administrer les antibiotiques aux bébés nés avec les risques ci-après (même en l'absence de signes cliniques d'infection) ;
  - La mère souffre ou a souffert d'une infection utérine ou de fièvre à un moment donné depuis le début du travail jusqu'à trois jours après la naissance ;
  - La mère a connu une rupture précoce des membranes pendant plus de 18 heures avant l'accouchement et/ou un liquide amniotique malodorant.
- Encourager le personnel de santé à examiner les dossiers médicaux afin d'évaluer la nécessité d'administrer des antibiotiques et d'autres soins néonatals.

La durée du traitement aux antibiotiques doit être d'au moins 48 heures si l'examen et les analyses de laboratoire sont normaux. Un traitement de plus longue durée est nécessaire si les résultats de laboratoire montrent une infection ou si des signes cliniques sont identifiés.

32 Les médicaments et les produits médicaux pour le VIH ne font pas partie de la trousse de soins du nouveau-né. Contacter le Groupe de travail sur le VIH ou le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA pour l'achat de médicaments antirétroviraux.

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) :

- Si des signes de danger (*Encadré 3.2.*) ou des indicateurs d'infection néonatale (*Encadré 3.7.*) sont identifiés, administrer immédiatement une dose initiale d'antibiotiques, fournir un soutien respiratoire ou administrer un anti-convulsant (phénobarbital), au besoin, et transférer la mère et le bébé à l'hôpital le plus proche pour qu'ils reçoivent des soins avancés[33,34].
- Appliquer la pommade ophtalmique à la tétracycline au bébé.
- Administrer les vaccins contre l'hépatite B, la polio, et le vaccin BCG au nouveau-né. Les doses d'antibiotiques doivent être administrées comme suit :
- Pendant la première semaine de vie : ampicilline (par voie intraveineuse/intramusculaire) 50/mg/kg/jour en doses fractionnées toutes les 12 heures, et gentamicine (par voie intraveineuse/intramusculaire) 3 mg/kg/dose journalière pour les bébés en insuffisance pondérale ou 5 mg/kg/dose journalière pour les bébés qui ont un poids de naissance normal.
- Pour les semaines de vie 2 à 4 : ampicilline (par voie intraveineuse/intramusculaire) 50/mg/kg/jour en doses fractionnées toutes les 8 heures et gentamicine 7,5 mg/kg/dose une fois par jour.
- Comme bonne pratique, s'assurer que les tableaux de dosage pour la gentamicine et l'ampicilline selon l'échelle de poids sont affichés dans la salle de travail dans les situations où les agents de santé ont du mal à calculer les dosages.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- Poursuivre la surveillance de signes de danger et d'indicateurs d'infection.
- Pour les bébés nés de mères séropositives, entamer la thérapie antirétrovirale conformément aux protocoles nationaux.

Au niveau de l'établissement, les fournitures doivent comprendre un pèse-bébé et des thermomètres numériques pour nouveau-nés. Voir l'*Annexe 5B* pour la liste complète du contenu de la trousse des fournitures pour la prévention et le traitement des infections dans les structures sanitaires, y compris les médicaments, les produits médicaux et les fournitures de laboratoire.

---

33 WHO. *WHO Recommendations on Newborn Care : Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee.* WHO, Mai 2017. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/

34 WHO/UNFPA/UNICEF. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care : A guide for essential practice. Troisième édition. WHO, 2015. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/

3.4.c. Prise en charge des infections en milieu hospitalier

Pendant la grossesse/période prénatale : Suivre les recommandations qui figurent à la *Section 3.4.b.*

Pendant l'accouchement : Suivre les recommandations qui figurent aux *Section 3.3.b.* et *3.4.b.*

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) :

- Comme indiqué ci-dessus, si des signes de danger (*Encadré 3.2.*) ou des indicateurs d'infection néonatale (*Encadré 3.7.*) sont identifiés, administrer immédiatement une dose initiale d'antibiotique (par voie intraveineuse/intramusculaire).
- Appliquer la pommade ophtalmique à la tétracycline et administrer les vaccins contre l'hépatite B, la polio, et le BCG.

Pendant la première semaine suivant l'accouchement (de la deuxième heure jusqu'au septième jour) :

- En plus des directives de la *Section 3.4.b.*, assurer la prise en charge des infections néonatales, notamment la septicémie, la méningite, et la pneumonie.
- Pour la pneumonie et la septicémie, poursuivre la posologie recommandée à la *Section 3.4.b.* pendant 10 jours.
- Si une méningite est suspectée, poursuivre le traitement antibiotique pendant 21 jours. En plus des antibiotiques, la prise en charge comprend :

1. En cas de cyanose (coloration bleuâtre ou mauve de la peau et/ou des muqueuses) ou de détresse respiratoire aigüe, l'administration d'oxygène par sondes nasales ou cathéter nasal et surveillance des niveaux d'oxygène par oxymétrie du pouls.
2. Si le syndrome de détresse respiratoire est diagnostiqué, administrer l'appareil CPAP dès que possible et surveiller les niveaux d'oxygène grâce à l'oxymétrie du pouls[35].

---

35 OMS. *Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer l'issue des naissances prématurées : Grandes lignes et messages clés des recommandations mondiales 2015 de l'Organisation mondiale de la Santé.* OMS, 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-highlights/en/

3. Administrer des doses d'ampicilline et de gentamicine par voie intraveineuse/intramusculaire en fonction du poids du bébé pendant 7 à 10 jours.
4. Si le bébé est somnolent, inconscient ou convulse, vérifier le taux de glucose dans son sang :
   - S'il est < 20 mg/100 ml, administrer le glucose par voie intraveineuse.
   - S'il est > 20 mg/100 ml, l'allaiter immédiatement et augmenter la fréquence des tétées.
   - Si le taux de glucose ne peut être vérifié, considérer le nouveau-né comme étant en hypoglycémie et lui administrer du glucose par voie intraveineuse et l'allaiter.
5. S'il convulse, lui administrer du phénobarbital (dose initiale 20 mg/kg par voie intraveineuse. Si les convulsions persistent, administrer du phénobarbital dosé entre 10 mg/kg et 40 mg/kg. Au besoin, continuer à administrer le phénobarbital à une dose de maintien de 5 mg/kg par jour).
6. Continuer à fournir des soins de soutien, renforcer les pratiques hygiéniques, et assurer une surveillance étroite.
7. Administrer de la vitamine K.

Voir l'*Annexe 5c* pour une liste complète de médicaments, de produits médicaux et de fournitures de laboratoire qui doivent faire partie de la trousse de prise en charge des infections en milieu hospitalier.

Si l'ampicilline n'est pas disponible, on peut utiliser la *benzylpéniciline*. Si une méningite est suspectée, ou si l'état du bébé ne s'améliore pas avec l'antibiotique utilisé, envisager l'utilisation de céphalosporines à large spectre comme la *ceftriaxone* ou la *cloxacilline*.

La *cloxacilline* est aussi indiquée si une infection à staphylocoque est suspectée.

3.5 Intrapartum Complications

- ***Voir l'Annexe 1D*** *pour un tableau récapitulatif des soins du nouveau-né destinés à prévenir et prendre en charge les complications intra-partum, présentés selon le niveau de soin.*
- ***Voir l'Annexe 2*** *pour les doses de médicaments courants pour les nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 3*** *pour des ressources sur les soins avancés du nouveau-né.*
- ***Voir l'Annexe 4*** *pour des outils de soutien à l'orientation des nouveau-nés.*
- ***Voir l'Annexe 5*** *pour un tableau récapitulatif du contenu de la trousse de soins du nouveau-né, suivant le niveau de soins.*

Les complications intra-partum se produisent pendant le travail et l'accouchement et ne sont pas toujours prévisibles, même si plusieurs mesures peuvent être prises pour les prévenir, notamment dans les situations de crise humanitaire. Assurer la qualité des soins prénatals et des soins qualifiés lors de l'accouchement avec des mesures opportunes quand elles sont nécessaires est beaucoup plus efficace envers la prévention des complications intra-partum que les stratégies connues de prise en charge. Toutes les salles d'accouchement doivent être préparées à prendre en charge les complications intra-partum, comme le soutien respiratoire. Les fournitures doivent être préparées et disponibles avant l'accouchement afin que des soins sûrs et opportuns puissent être administrés au cas où le bébé ne respire pas ou se retrouve en détresse respiratoire après l'accouchement.

Si cela n'est pas possible, toute femme dont le travail est prolongé doit être transférée compte tenu du risque élevé de détresse fœtale. Dans la plupart des cas, si un bébé ne respire pas à la naissance, sa respiration peut être stimulée de manière tactile (frottement du dos, séchage complet). Ces interventions doivent être réalisées pour déclencher et soutenir la respiration pendant la « minute en or » suivant l'accouchement. Toutefois, pendant la première minute suivant l'accouchement, si un bébé ne respire pas et ne réagit pas à la stimulation tactile, un ballon et un masque doivent être utilisés pour l'aider à respirer (*Encadré 3.9.*). Pour plus de directives, consulter les documents *Guidelines on Basic Newborn Resuscitation* (2012) et *Early Essential Newborn Care : Clinical Practice Pocket Guide*, (2014) de l'OMS (*Figure 3.2.*).

3.5.a. Prise en charge des complications intra-partum à domicile

Lors de l'accouchement : Il est conseillé à toutes les femmes d'accoucher dans une structure sanitaire ayant un accoucheur qualifié.

- Si l'accouchement a lieu à domicile et que le bébé respire spontanément, ne pas aspirer sa bouche et son nez avec une poire.
- Pour les bébés qui ne respirent pas spontanément (*Encadré 3.9.*), dégager les voies aériennes et commencer la stimulation tactile en leur frottant le dos et en les séchant complètement. Les garder au chaud.

ENCADRÉ 3.9. **Aider les bébés qui ne respirent pas spontanément**

Jusqu'à 10 % des nouveau-nés ne respirent pas spontanément pendant la « minute en or » qui suit l'accouchement et ont besoin d'aide. On peut aider la plupart de ces bébés en dégageant leurs voies aériennes, en leur frottant le dos et en les séchant complètement. Toutefois, certains nouveau-nés auront besoin de ventilation en pression positive avec l'utilisation d'un ballon auto-gonflable et d'un masque. La ventilation doit être stoppée dès que le bébé commence à respirer ou à pleurer. Les accoucheurs qualifiés qui sont formés à l'identification d'un bébé qui ne respire pas et qui démarreront immédiatement la réanimation peuvent sauver sa vie.

Noter que si elles ne sont pas appliquées régulièrement, les compétences des agents de santé en matière d'utilisation de la ventilation avec masque et ballon sont rapidement perdues. La mise en place de « coins de pratique » avec des mannequins d'essai pour soutenir la pratique intermittente peut aider les prestataires à préserver leurs aptitudes.

Pendant la période postnatale immédiate (la première heure suivant l'accouchement) :

- Transférer les nouveau-nés montrant tout signe de complications, y compris des difficultés respiratoires, pour des soins plus avancés dès que cela est possible sur le plan logistique. Si les agents de santé communautaires ou d'autres soignants sont formés pour la prise en charge de l'accouchement à domicile, ils doivent connaître le système d'orientation et si des soins avancés seront disponibles près du domicile en cas de complications avant l'accouchement (*Voir la Section 5.2. Mise en place d'un système d'orientation*).
- Si des signes de danger sont identifiés (*Encadré 3.2.* et *Encadré 3.7.*), transférer la mère et le bébé à l'hôpital le plus proche pour qu'ils reçoivent des soins avancés.

3.5.b. Prise en charge des complications intra-partum dans les établissements de soins primaires

Soins intra-partum (travail) :

- Utiliser le partogramme pour suivre le travail, notamment le rythme cardiaque du fœtus, au moins une fois par heure.
- Si une détresse maternelle ou fœtale est identifiée, trouver une ambulance/un véhicule et utiliser les systèmes d'orientation existants pour transférer la mère vers une structure sanitaire qui offre des soins obstétricaux élémentaires ou complets d'urgence (soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base ou soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets).
- **Pendant l'accouchement :**
- Suivre le diagramme de réanimation du nouveau-né (*Figure 3.2.*) pour les mesures à prendre immédiatement après l'accouchement.
- Pour les nouveau-nés dont la respiration ne se déclenche pas immédiatement une minute après la naissance malgré le séchage complet, le dégagement des voies aériennes et la stimulation supplémentaire, commencer la ventilation en utilisant le masque et le ballon autogonflant de la taille du nouveau-né (*Encadré 3.9.*).
- Évaluez l'adéquation de la ventilation en observant le gonflement et de dégonflement de la poitrine. Si la respiration normale ne se déclenche pas, utiliser le ballon et le masque pour administrer l'oxygène et surveiller les niveaux d'oxygène grâce à un oxymètre du pouls électrique doté de sondes pour les nouveau-nés.
- Prévoir un piège à muqueuse (par ex., Dispositif d'aspiration Penguin) ou une machine à aspirer.
- Si l'oxygénation doit se prolonger et que de l'équipement de surveillance de la saturation en oxygène est disponible, utiliser des sondes nasales.

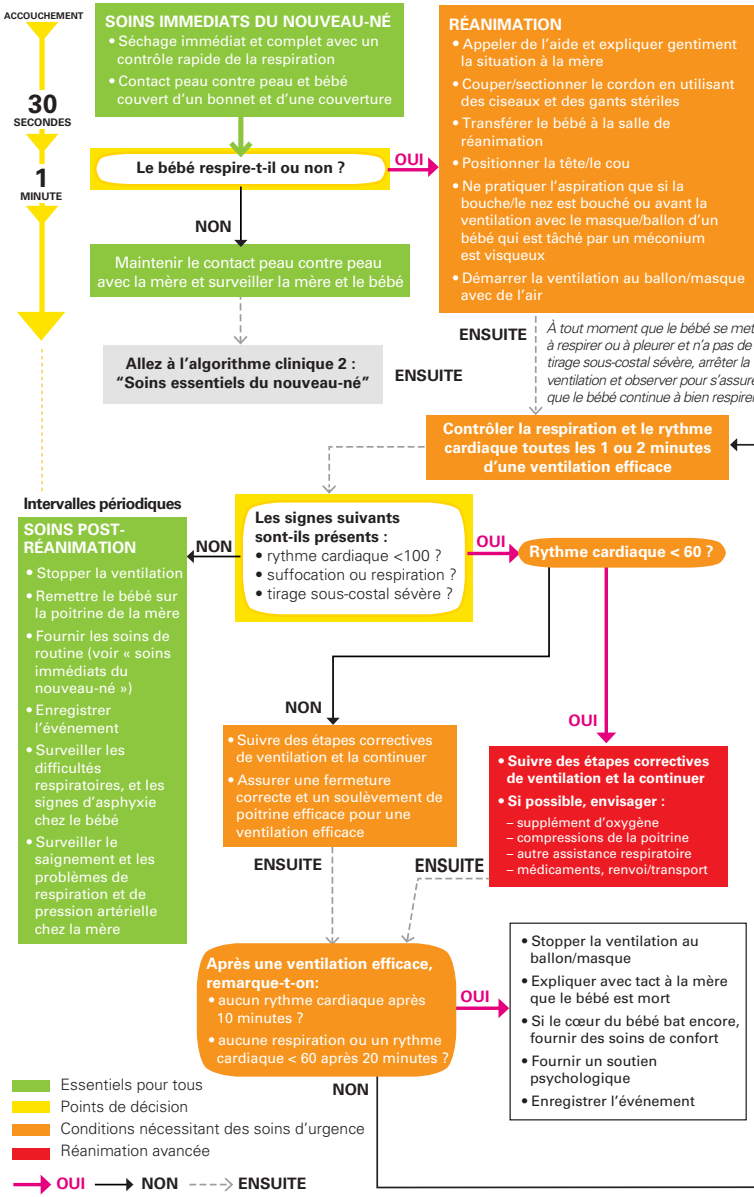
Voir l'*Annexe 5B* pour la liste du contenu de la trousse de fournitures pour les établissements de soins primaires.

3.5.c. Prise en charge des complications intra-partum en milieu hospitalier

Soins intra-partum (travail) :

- Utiliser le partogramme pour surveiller le travail, notamment l'évaluation du rythme cardiaque du fœtus au moins une fois par heure.
- Si des signes de détresse maternelle ou fœtale sont identifiés, suivre les directives pour fournir les soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base ou soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets.

Figure 3.2. Diagramme de réanimation du nouveau-né



WHO. Early Essential Newborn Care : Clinical Practice Pocket Guide. WHO, 2014, p. 51. Disponible à : http://apps.who.int/iris/handle/10665/208158

Pendant l'accouchement : Si le nouveau-né ne respire pas spontanément, suivre les étapes prévues dans le Diagramme de réanimation du nouveau-né (*Figure 3.2.*) jusqu'à ce que la respiration commence.

Pendant la période postnatale immédiate (première heure suivant l'accouchement) :

- Fournir les soins avancés en cas de syndrome de détresse respiratoire, notamment l'appareil CPAP avec la capacité de surveiller les niveaux de saturation en oxygène.
- Continuer à évaluer les signes de danger.

En plus des problèmes respiratoires, le nouveau-né peut connaître d'autres complications comme des convulsions ou l'hypoglycémie. Les convulsions peuvent être dues l'asphyxie périnatale, l'hypoglycémie ou à une infection. Si le nouveau-né convulse :

- Administrer le phénobarbital par voie intraveineuse.
- Vérifier le taux de glucose pour l'hypoglycémie (< 45 mg/dl ou 2,5 mmol/l) et administrer du glucose par voie intraveineuse ou par sondes nasogastriques en suivant les indications[36].

Voir l'*Annexe 5C* pour la liste complète du contenu de la trousse de fournitures.

36 WHO. *Pocket Book of Hospital Care for Children : Guidelines for the Management of Common Childhood Illness. Deuxième édition.* WHO, 2013. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/

Ressources clés pour accompagner le Chapitre 3

Planifier les services de santé du nouveau-né :

- *Early Essential Newborn Care: Clinical Practice Pocket Guide*, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208158/1/9789290616856_eng.pdf
- *Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health*, 2011. www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/
- *Every Newborn: An Action Plan to End Preventable Deaths*. WHO, 2014. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/every-newborn-action-plan/en/
- *Guidelines on Basic Newborn Resuscitation*. WHO, 2012. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/
- *Helping Babies Breathe 2nd Edition*. AAP. hbs.aap.org
- *Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings*. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crisis, 2018. www.iawg.net
- *Integrated Management of Childhood Illness*. WHO. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci/en/
- *Kangaroo Mother Care*. WHO, 2003. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/
- *Management of Sick and Small Newborns: Trainee Manual, Field-test Version*. Save the Children et. al., 2011. www.kznhealth.gov.za/kinc/Trainee_manual.pdf
- *Managing Possible Serious Bacterial Infection in Young Infants When Referral is Not Feasible*. WHO, 2015. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/bacterial-infection-infants/en/
- *Newborn Health Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee 2009-2012*. WHO, 2012. www.mchip.net/node/1195
- *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice (3rd edition)*. WHO, 2015. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- *Pocket Book of Hospital Care for Children. WHO, 2013*. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/

Ressources clés pour accompagner le Chapitre 3 (suite)

- *Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn*. WHO, 2013. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
- *Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes*. WHO, 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
- *Standards for Maternal and Neonatal Care*. WHO, 2007. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/
- *WHO Recommendations on Newborn Care: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. WHO, May 2017. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/

Médicaments essentiels et trousses de fournitures médicales :

- *Essential Medicines and Medical Supplies Policy and Guidance 2013*. UNHCR, 2013. www.unhcr.org/527baab09.html
- *Inter-agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*. UNFPA. www.unfpa.org
- *Interagency Emergency Health Kit 2011: Medicines and Medical Devices Needed to Treat 10 000 people for Approximately 3 Months*. WHO, 2011. www.who.int/medicines/publications/emergencyhealthkit2011/en/
- *UNICEF Midwifery Kit*. UNICEF, 2016. https://supply.unicef.org (under Medical Kits)
- *WHO Essential Medicines List – Adults (20th edition) and Children (6th edition)*, WHO, 2017. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/
- *Sources and Prices of Selected Medicines for Children*. UNICEF/WHO, April 2010. www.who.int/medicines/publications/sources_prices/en/
- *Priority Life-saving Medicines for Women and Children 2012: Improving Health and Saving Lives by Ensuring access to Priority Medicines*. WHO, May 2012. www.who.int/medicines/publications/emp_mar2012.1/en/
- *Operational Guidance on Infant Feeding in Emergencies*, Version 3.0. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, October 2017. www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017

4 CONSIDÉRATIONS STRATÉGIQUES

Points clés

- Au début de la réponse à une crise humanitaire, le secteur/cluster santé doit identifier une organisation pour conduire la réponse en matière de santé sexuelle et reproductive ; si tel n'est pas le cas, prendre part à une réunion du secteur ou du cluster santé et plaider pour la mise en place d'un groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive placé sous l'autorité de l'agence chef de file.
- Entreprendre une analyse de la situation afin de comprendre pleinement les besoins, services, programmes et carences de l'environnement affecté par la crise. Ce qui nécessite de se familiariser avec les politiques, les protocoles, les directives cliniques, les outils et le matériel de formation nationaux pertinents ; le plaidoyer pour l'inclusion de la santé du nouveau-né dans les évaluations de santé ; et l'évaluation de la disponibilité et de la capacité des structures, des fournitures et du personnel.
- Utiliser les conclusions de l'analyse de la situation pour orienter l'élaboration d'une stratégie coordonnée et d'un plan de réponse pour fournir les soins du nouveau-né ; identifier, impliquer et collaborer avec les institutions publiques, locales et de développement, notamment celles qui soutiennent les initiatives en matière de santé maternelle.
- Identifier et soutenir un partenaire jouissant d'expertise en suivi-évaluation pour élaborer un plan global de suivi et évaluation qui utilise les données provenant de sources diverses, notamment les statistiques de mortalité et de morbidité d'avant la crise, les données liées aux structures, ainsi que les données sur les processus et les résultats liées à la mise en œuvre de programmes de santé.

L'intégration des soins du nouveau-né dans la réponse aux crises humanitaires nécessite l'établissement des priorités, de la planification et de la résilience. Ce chapitre présente les questions et sujets à prendre en compte au niveau national (ou, au besoin, au niveau interpays) pour soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation effectifs des soins du nouveau-né en situations de crise humanitaire. Dans l'idéal, les soins du nouveau-né sont intégrés dans les plans nationaux de préparation et de réponse aux situations d'urgence avant les crises. Toutefois, les étapes indiquées ci-après peuvent être mises en œuvre à n'importe quel stade de la réponse humanitaire (avant, pendant ou immédiatement après une crise).

4.1 Intégration de la santé du nouveau-né dans la coordination humanitaire

Travailler avec les partenaires gouvernementaux, humanitaires et de développement dans le cadre de partenariats coopératifs productifs est essentiel pour une réponse humanitaire pratique et complète. Quand il se produit une crise nécessitant une réponse internationale, les organismes humanitaires mettent en place un système de coordination pour faciliter la coopération et éviter une duplication des efforts. Ce système de coordination est fondé sur un cadre international convenu qui comprend les agences chef de file désignées en collaboration avec les organismes publics pertinents pour coordonner chaque secteur de l'action humanitaire[39]. Par exemple, l'OMS et le ministère de la Santé dirigent le secteur/cluster santé. L'UNICEF et le ministère de la Santé, en tant que dirigeants du secteur/cluster nutrition, sont en définitive responsables de la prestation de soins du nouveau-né.

Au début de la réponse humanitaire, le secteur/cluster santé doit identifier une organisation pour coordonner la santé sexuelle et reproductive, y compris les soins à la mère et au nouveau-né. Il peut s'agir d'une ONG nationale ou internationale quelconque, ou d'une institution onusienne qui dispose des capacités pour diriger efficacement la réponse en santé sexuelle et reproductive en collaboration avec le ministère de la Santé. L'organisation désignée nomme immédiatement un coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive pour un minimum de trois à six mois pour apporter un soutien opérationnel et technique aux partenaires de la santé. Le coordonnateur réunit le groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive qui est placé sous l'autorité du secteur/cluster santé, et facilite une planification coordonnée pour assurer la hiérarchisation des soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi que la fourniture efficace des services du dispositif minimum d'urgence.

39 Ces secteurs peuvent également être appelés « clusters », en fonction du contexte de la crise. Pour plus d'informations sur le système de coordination humanitaire, rendez-vous à l'adresse www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach

ENCADRÉ 4.1. Implication des partenaires de développement locaux et internationaux

Pour une réponse efficace, il est important de nouer des partenariats respectueux avec les organismes de développement qui travaillaient dans le pays avant la crise. Il peut s'agir d'organisations internationales, nationales et communautaires, d'associations de femmes, d'organisations confessionnelles, et d'autres organismes de plaidoyer et de prestation de services qui œuvrent dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Il est utile de nouer des partenariats avec les acteurs de développement parce qu'ils peuvent permettre de mieux comprendre le contexte local et culturel, ce qui peut orienter la conception d'une réponse plus appropriée. Ces organisations peuvent aussi contribuer à l'identification de ressources et de capacités préexistantes, et donner des indications sur les communautés qui ont le plus besoin d'assistance. Les organismes de développement peuvent ne pas bien connaître le système de coordination humanitaire. Lorsque cela est possible, il est recommandé de soutenir ces organisations, surtout les groupes locaux, à participer de manière significative aux réunions du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive. Prendre attache avec le plan d'action national Chaque Nouveau-né (ENAP), au cas où il existe, peut aussi être utile.

- Si le secteur/cluster santé n'identifie pas une agence chef de file pour la réponse en santé sexuelle et reproductive, poser le problème dans une réunion du secteur/cluster santé et plaider pour la mise en place d'un groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive placé sous l'autorité d'une agence chef de file.

Bien que les soins de santé au nouveau-né fassent partie du dispositif minimum d'urgence, les acteurs de la santé en situation de crise humanitaire peuvent ne pas en faire une priorité. Le plaidoyer et la coordination inter-agences sont essentiels pour assurer que la santé du nouveau-né est convenablement prise en compte.

- Participer aux réunions du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive et, au besoin, plaider pour l'ajout des questions de soins du nouveau-né (intégrées à la santé maternelle) à l'ordre du jour.
- Travailler avec le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive pour charger le groupe de travail d'identifier les services de soins du nouveau-né prioritaires, et coordonner avec le groupe plus large d'intervenants du gouvernement, des acteurs du développement et des humanitaires dans le pays pour assurer que la santé maternelle et néoatale soit intégrée dans la réponse humanitaire.

- Identifier les ministères, les institutions onusiennes, ainsi que les ONG internationales et locales qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive : ces organismes et leur personnel seront essentiels pour le plaidoyer en faveur des soins du nouveau-né et leur intégration dans la réponse humanitaire (*Encadré 4.1.*).
- S'assurer que le gouvernement et les autres partenaires sont parfaitement habilités à établir une légitimité.
- Identifier et engager les programmes gouvernementaux, les initiatives locales et internationales qui datent d'avant la crise, ainsi que les organismes humanitaires qui arrivent au début ou immédiatement après une réponse à la crise.

ENCADRÉ 4.2. Exemple de bonne pratique : Soudan du Sud

En 2016, les partenaires inter-agences ont supervisé la mise en œuvre du Guide de terrain au Soudan du Sud et, après six mois, ils ont organisé un atelier technique sur la santé du nouveau-né pour partager les leçons apprises et générer une rétroaction sur la manière de remédier aux goulots d'étranglement de la fourniture de services. L'atelier était co-organisé par le ministère de la Santé et l'UNICEF, et les membres du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que d'autres acteurs humanitaires et du développement ont été invités. En réunissant des partenaires clés de la chaîne du développement et de l'humanitaire, et en assurant que le gouvernement joue un rôle moteur, l'atelier a contribué à faciliter l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé néonatale.

4.2 Procéder à une analyse de la situation

Il est important de procéder à une analyse de la situation pour une compréhension globale des besoins, ainsi que des services, programmes et carences en santé néonatale dans les situations de crise. Ce qui nécessite une familiarisation avec les politiques, les protocoles, les directives cliniques, les outils et le matériel de formation nationaux pertinents ; le plaidoyer pour l'inclusion de la santé néonatale dans les évaluations de santé ; et l'évaluation de la disponibilité et de la capacité des structures, des fournitures et du personnel. Par ailleurs, il est important de travailler avec le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive et les partenaires en santé sexuelle et reproductive pour identifier et lever les obstacles locaux liés à la gouvernance afin de faciliter la mise en œuvre des programmes. La situation en matière de sécurité doit être évaluée, y compris les risques et les questions de sécurité susceptibles d'avoir une incidence sur les déplacements et la fourniture des services aux femmes enceintes et aux femmes en période postnatale. Les mouvements de population, la malnutrition, la sécurité alimentaire et la rareté de l'eau sont fréquents dans les situations de crise humanitaire et doivent être pris en compte vu leur incidence sur la survie des mères et des nouveau-nés.

4.2.a. Examiner les politiques et protocoles nationaux

- Examiner attentivement les politiques et protocoles nationaux en vigueur liés aux soins de santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention de la transmission mère-enfant, pour garantir leur alignement avec les directives de l'OMS.
- S'il n'existe pas de politiques nationales de soins du nouveau-né, utiliser les directives de l'OMS.
- Si des écarts sont identifiés entre les protocoles nationaux et ceux de l'OMS, évoquer le problème lors des réunions du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive afin qu'il soit examiné avec le gouvernement, l'ONU et d'autres partenaires.
- Si le groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive n'est pas en mesure de faciliter l'alignement entre les normes nationales et les normes internationales en matière de santé maternelle et néonatale, poser le problème lors d'une réunion de secteur/cluster santé et demander à l'OMS d'initier et de faciliter le dialogue avec les ministères concernés.
- Éviter de réinventer les programmes et les protocoles qui existent déjà, ou d'élaborer de nouvelles recommandations susceptibles d'entrer en conflit avec les normes en vigueur.

4.2.b. Examiner les directives cliniques, les messages/matériels de communication pour le changement des comportements, les outils et le matériel de formation existants

- De même, il faut examiner les directives cliniques pour les soins du nouveau-né qui existent actuellement dans les structures sanitaires nationales pour s'assurer qu'elles sont à jour, et examiner le matériel de la communication pour le changement des comportements utilisé pour communiquer avec les femmes, les familles et les communautés sur les soins essentiels du nouveau-né et les signes de danger chez les nouveau-nés.
- Évaluer la disponibilité et la pertinence des outils et des formations disponibles pour le personnel de santé.
- Mettre à jour ces ressources cliniques, au besoin, et accorder la priorité à leur distribution auprès des partenaires de la réponse humanitaire, notamment les ministères, les agences de l'ONU, ainsi que les ONG locales et internationales.
- S'assurer que l'on respecte et travaille dans le cadre des politiques nationales de santé.

4.2.c. Intégrer les questions concernant les soins du nouveau-né dans une évaluation rapide de l'état de santé

Au début de la réponse humanitaire, le secteur/cluster santé procède à une évaluation rapide de l'état de santé. En plus de l'évaluation de la disponibilité des services, l'évaluation rapide de l'état de santé du secteur/cluster santé fournit une estimation de la population qui a besoin de services, constituant ainsi une base pour la conception et la mise en œuvre des services. Par conséquent, il est essentiel que ces questions soient intégrées dans l'évaluation rapide de l'état de santé du secteur/cluster santé sur les soins du nouveau-né et la population qui a besoin de soins de santé du nouveau-né (*Encadré 4.3.*).

- Travailler avec le secteur/cluster santé pour assurer que l'évaluation rapide de l'état de santé intègre ces questions dans les évaluations de base de la population. Par exemple, assurer que les chiffres de la santé de la mère et du nouveau-né sont intégrés dans l'évaluation rapide de l'état de santé comprennent :
  - la population totale avant la crise ;
  - le chiffre total de la population affectée ;
  - le nombre de femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les nouveau-nés au sein de la population ; le nombre de naissances par mois ;

- les indicateurs démographiques sur l'état de la santé maternelle et néonatale au sein de la population affectée avant la crise comme le ratio de mortalité maternelle, le taux total de fécondité, le taux brut de natalité, la prévalence de la conception, et le pourcentage des accouchements supervisés par des accoucheurs qualifiés et/ou réalisés dans une institution sanitaire[40].

- Examiner l'évaluation rapide de l'état de santé pour s'assurer que le processus d'évaluation tienne compte des différences entre les sexes en impliquant des hommes et des femmes de la communauté affectée en tant qu'évaluateurs et traducteurs dans la mesure du possible. Ce qui permet une collecte de données exactes, à jour et exploitables, et l'acceptation et l'appropriation des résultats de l'évaluation sont maximisés.

Veuillez noter que le dispositif minimum d'urgence ne prévoit pas la réalisation des évaluations avant que la situation ne se stabilise. Toutefois, une analyse de la situation peut être réalisée dès le début de la réponse en matière de santé sexuelle et reproductive ; les soins du nouveau-né doivent être pris en compte. Pour plus d'informations, voir le chapitre sur le dispositif minimum d'urgence du *Guide de terrain inter-agences sur la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire* (2018).

ENCADRÉ 4.3. **Planification et prestation de services de santé coordonnés**

Éviter de créer des « silos » de programmes de santé dans lesquels les informations sont collectées à travers diverses entités plutôt qu'à travers un système unifié. Les informations sur les soins du nouveau-né doivent être collectées en coordination avec les évaluations de l'état de santé sexuelle et reproductive ou des évaluations plus globales afin de maximiser la coordination de la prestation des soins de santé.

4.2.d. Évaluer la disponibilité des ressources : institutions, fournitures et personnel

- Collaborer étroitement avec le secteur/cluster santé et le groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive pour assurer que la santé du nouveau-né est prise en compte dans toute évaluation des structures sanitaires.

- Identifier les structures sanitaires existantes/fonctionnelles, en mettant en lumière les structures qui fournissent les soins aux nouveau-nés, et celles qui ont besoin d'appui dans le cadre de l'expansion des soins aux nouveau-nés.

40 Groupe de travail inter-agences sur la santé sexuelle et reproductive en situations de crise. *Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings*. 2018. www.iawg.net

- Si la région touchée par la crise abrite diverses communautés, ou constitue un pays homogène, évaluer la disponibilité des structures et des services pour chaque localité sur la base de l'organisation communautaire nationale ou traditionnelle.
- Si possible, cartographier les structures et/ou programmes existants pour qu'ils fassent partie de la base de la planification des services, et examiner l'accès de la communauté à ces services disponibles et à leur utilisation. Assurer l'inclusion des institutions communautaires dans cette cartographie.
- Dès qu'une situation claire des structures est dressée, utiliser la liste de la trousse complète des soins du nouveau-né (voir *Annexe 5*) pour évaluer la disponibilité des médicaments et des fournitures médicales dans chaque structure.
- Recenser les structures qui semblent particulièrement bien équipées pour la fourniture de soins de santé sexuelle et reproductive et qui sont susceptibles de servir de structures d'accueil des nouveau-nés en danger.
- Si les structures manquent de fournitures essentielles, aider le personnel à s'approvisionner en médicaments, et fournitures et produits médicaux nécessaires.
- Évaluer la disponibilité et les compétences du personnel au niveau de la communauté et de la structure.
- Évaluer le nombre et le type de prestataires de soins qualifiés disponibles dans chaque localité et identifier leur lieu de travail – dans un dispensaire mobile, en tant qu'agents de proximité, dans un centre de santé existant, ou dans un dispensaire temporaire mis en place par une ONG pour répondre à la crise.
- Dès qu'une estimation du nombre de prestataires a été réalisée, évaluer leurs capacités à fournir les soins de santé sexuelle et reproductive. Évaluer toutes les catégories de fournisseurs : médecins, infirmiers, agents de santé communautaires, etc.
- Assurer que le personnel est préparé à fournir des soins prénatals et néonatals, et à faire passer les nouveau-nés et leurs mères aux soins maternels et infantiles après la période néonatale.

Les données collectées pendant ce processus vont non seulement permettre d'avoir une idée globale des soins de santé sexuelle et reproductive disponibles dans la région affectée, mais contribueront aussi à guider l'élaboration de programmes de formation des agents de santé et du personnel médical professionnel.

L'*Annexe 6A* fournit une liste des indicateurs à collecter grâce à des systèmes de données standard. L'*Annexe 6B* présente une liste d'indicateurs et de questions pour mesurer la capacité d'une structure à fournir les soins essentiels du nouveau-né et les interventions clés pour s'attaquer aux causes majeures de décès des nouveau-nés.

Une fois que ces composantes du paysage des soins de santé ont été évaluées et enregistrées, une carte complète de la disponibilité des soins du nouveau-né commencera à voir le jour. Elle servira de base pour le réseau d'orientation des nouveau-nés (voir *Chapitre 5, Section 5.2.*). La carte doit comprendre les éléments ci-après :

- Les distances entre chaque communauté affectée et les divers types de structures sanitaires qui fournissent des soins essentiels du nouveau-né (dispensaires et hôpitaux existants/permanents, dispensaires mobiles, dispensaires temporaires)
- Les distances entre les établissements de soins primaires et les divers types d'hôpitaux de district disposant de capacités de soins plus avancés du nouveau-né, y compris les soins obstétricaux d'urgence
- Les options de transport réalistes pour couvrir des distances accessibles aux femmes enceintes et en période postnatale
- Des systèmes de communication fonctionnels, y compris, la couverture par la téléphonie cellulaire
- Les ratios personnel/patients (par ex., nombre de médecins, d'infirmiers, etc., par nouveau-né malade) dans les structures qui fonctionnent
- La disponibilité de protocoles pour la gestion de l'orientation des nouveau-nés au niveau des structures de santé
- Les risques en matière de sûreté et de sécurité susceptibles d'avoir une incidence sur les déplacements et la prestation des services aux femmes enceintes et en période postnatale

ENCADRÉ4.4. Étude de cas : Séisme au Népal

Collaboration avec le gouvernement et les communautés locales

En avril 2015, un séisme dévastateur a frappé le Népal, détruisant ou endommageant plus de 1 000 structures sanitaires. Les femmes enceintes et les familles ayant des nouveau-nés ne savaient pas quels étaient les établissements qui étaient fonctionnels, parcourant parfois de longues distances pour recevoir des soins. Les coûts de transport étaient également prohibitifs pour de nombreuses familles.

Save the Children a collaboré avec les autorités publiques locales dans 31 villages de 5 districts pour lever certains obstacles majeurs à l'accès aux soins maternels et néonatals. En coordination avec les comités locaux de gestion des structures sanitaires et les structures elles-mêmes, l'ONG a cartographié et contribué à renforcer les soins du nouveau-né existants. Afin de sensibiliser les communautés affectées, les partenaires locaux ont conçu des affiches en images, des jingles radio et impliqué des volontaires femmes dans la tenue de discussions au sein de la communauté sur le lieu, la raison et les manières d'accéder aux soins du nouveau-né dans la structure sanitaire la plus proche. Grâce à ces initiatives et à d'autres efforts, l'utilisation de soins maternels et néonatals prodigués dans les structures sanitaires s'est accrue considérablement.

Save the Children a par ailleurs géré un fonds de démarrage d'appui au transport et à l'orientation des mères et des nouveau-nés dans le district de Dolakha. En partenariat avec les comités de développement locaux des villages et les structures sanitaires locales, l'organisation a créé un fonds communautaire pour apporter un appui financier aux familles qui avaient besoin d'un transfert immédiat. Les agents de santé communautaires ont organisé la sensibilisation des familles à la disponibilité des fonds, aux signes de danger chez les nouveau-nés et à l'importance d'accoucher dans un établissement de santé. Même si certains gestionnaires de fonds hésitaient à fournir une aide financière par crainte de se voir accuser de corruption, le projet a aidé des femmes et des nouveau-nés à accéder à des soins salvateurs.

4.3 Élaboration d'une stratégie de réponse

The findings from the situation analysis should be used to inform the development of a unified strategy and response plan to deliver newborn health services. The strategy and response plan should include a summary of the key findings and services and programs to be developed and implemented based on those findings. The SRH coordinator should be engaged to designate government and/or international partner leads for types of services and geographic zones of delivery. Once finalized and approved by the SRH working group, the strategy document will serve as an internal guide for the working group partners, as well as a tool for external advocacy.

4.3.a. Accorder la priorité aux interventions en matière de santé du nouveau-né

Sur la base de cette analyse de la situation et des capacités et ressources locales disponibles :

- Planifier la mise en œuvre des interventions en matière de soins néonatals pendant la phase critique de la réponse.
- Accorder la priorité aux interventions présentées en 2014 dans la série *Every Newborn Series* de Lancet qui ont clairement démontré leur contribution à la réduction de la mortalité néonatale :
  - Les soins essentiels du nouveau-né qui comprennent la protection thermique, la prévention des infections, l'appui à l'alimentation, la surveillance des signes de danger, et les soins néonatals (*Section 3.2*)
  - La réanimation néonatale
  - La méthode mère kangourou pour les bébés en insuffisance pondérale
  - La prise en charge des infections des bébés malades[41]

Pendant la phase initiale d'une réponse humanitaire, Il est recommandé d'accorder la priorité à la mise en œuvre de ces interventions et d'assurer que d'autres interventions visant à compléter la trousse de soins néonatals peuvent être ajoutées lors des phases ultérieures en fonction du contexte local.

Par ailleurs, la mise en place de systèmes d'orientation pour les nouveau-nés malades ou de petite taille est essentielle pour leur sauver la vie.

- Utiliser les résultats de l'analyse de la situation pour orienter l'élaboration d'un système d'orientation, y compris l'évaluation de la qualité de la structure d'accueil. (Voir la *Section 5.2*. pour plus d'informations sur l'élaboration d'un système d'orientation.)

---

41 Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, Sankar JM, Blencowe H, Rizvi A, Chou VB et al : Can available interventions endpreventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014, 26;384:347-70.

4.3.b. Formuler des propositions pour obtenir du financement supplémentaire

Le matériel de formation du personnel doit être conçu et adapté, mis en œuvre et évalué à l'aide des résultats de l'évaluation du personnel (*Section 4.2.d.*).

- Développer/adapter le contenu de la formation pour votre contexte en fonction des compétences attendues de chaque type de prestataire (agents de santé communautaires, infirmiers/cadres moyens, médecins) à chaque niveau de soins (domicile, établissements de soins primaires, hôpitaux) et les lacunes identifiées parmi ces compétences.
- Intégrer les messages clés approuvés en matière de santé maternelle et néonatale au niveau de la communauté et/ou du pays, les protocoles du système d'orientation et d'autres informations fondamentales dans le matériel de formation, dans la mesure appropriée.

Dans les situations de crise, les séances de formation doivent être pratiques. La plupart de situations imposent que des informations et des formations longues soient synthétisées en formations courtes que le personnel de santé peut suivre dans les limites de leur programme de travail et malgré les contraintes de la situation de crise. Les modèles de formation peuvent comprendre la formation sur le tas, la formation pratique et théorique en présentiel, la formation structurée axée sur un besoin ou une tâche spécifique, et des cours de remise à niveau pour le personnel expérimenté.

ENCADRÉ 4.5.

Planification et prestation de services de santé coordonnés : Collaboration avec les prestataires et systèmes locaux

Recruter des prestataires de soins locaux
Si la situation le permet, identifier et former les prestataires de soins locaux. Éviter de recruter des prestataires hors de la région. Les prestataires locaux ont l'avantage de connaître la culture et la langue de la communauté affectée, ce qui accroît les chances de fournir les soins de santé maternelle et néonatale avec efficacité, efficience et succès.

Coordonner avec les efforts du gouvernement
Collaborer avec le gouvernement hôte pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de formation. Le personnel du ministère de la Santé connaît les programmes et les autres outils de formation disponibles dans le pays, et peut souvent mettre à votre disposition des formateurs pour dispenser la formation et des gestionnaires pour appuyer la formation et superviser les stagiaires.

- Le cas échéant, intégrer la santé maternelle et néonatale dans le programme de formation en santé en situations de crise humanitaire. Les modules de formation en santé maternelle et néonatale comprennent la maternité sans risque, la santé maternelle, la prise en chargé intégrée des maladies de l'enfant, la prise en charge intégrée des cas dans la communauté[42], et l'intégration de toutes ces questions nécessitant un niveau élevé de coordination avec d'autres organisations. Toutefois, cette approche est recommandée parce qu'elle permet de maximiser les capacités de formation disponibles, y compris les formateurs, le financement, ainsi que le temps dont le personnel dispose pour participer aux séances de formation.
  - Évaluer les stagiaires pour s'assurer que les connaissances nouvelles et les aptitudes sont mises en pratique dans les ménages et en milieu hospitalier. Malgré la difficulté à les mettre en œuvre et les pérenniser en situations de crise, la supervision et l'évaluation des pratiques des prestataires sont essentielles à la fourniture de soins de santé maternelle et néonatale de haute qualité.
- Impliquer des responsables issus du système de santé local dès le début de la réponse et les inciter à contribuer à l'élaboration d'un plan pour l'organisation de visites de suivi en temps utile aves les stagiaires. Les évaluations peuvent comprendre des visites d'observation, d'accompagnement et de résolution des problèmes avec les stagiaires, ainsi que des collectes de données et l'identification des carences en matière de performances, afin de renforcer les compétences des prestataires par la formation sur le tas.
  - Le cas échéant, identifier les coordonnateurs de la pratique par les pairs pour faciliter l'exercice en cours, et favoriser ainsi la mémorisation de l'apprentissage et les changements de comportement chez le prestataire.
- Si possible, assurer le transport des superviseurs locaux et leur fournir tout autre soutien matériel afin de garantir leur participation active au processus de supervision au fil du temps. Si des problèmes logistiques se posent, notamment des routes impraticables ou des alertes de sécurité qui empêchent les visites au niveau local, la supervision sur le terrain peut être suspendue. Mais elle doit reprendre dès que possible.

Pour un aperçu du processus d'évaluation et un échantillon d'outils, voir le document sur les *Lignes directrices pour l'évaluation des prestataires compétents après leur formation en soins de santé maternelle et néonatale (Guidelines for Assessment of Skilled Providers After Training in Maternal and Newborn Healthcare)* (2004) de Jhpiego.

42 *Helping Mothers Survive et Helping Babies Survive* sont des séries d'apprentissage conçues pour faciliter les « stimulants » de compétences par équipe et sur le terrain fondées sur des données factuelles ciblant le recyclage en matière de connaissances et de compétences. Il s'agit d'outils pratiques et alignés sur les meilleures pratiques que l'on retrouve dans la littérature sur l'apprentissage. Pour plus d'informations, rendez-vous à l'adresse : www.helpingmotherssurvive.org and www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/helping-babies-survive/Pages/About.aspx.

4.3.c. S'approvisionner en médicaments et fournitures essentiels

Voir le contenu de la trousse de soins du nouveau-né dans l'*Annexe 5* pour une liste des éléments essentiels à distribuer aux structures sanitaires et au personnel de santé en milieu non hospitalier (par ex., agents de santé communautaires, travailleurs de proximité). Voir la *Section 5.4.* pour plus d'informations sur l'approvisionnement en fournitures de soins du nouveau-né.

4.3.d. Mettre à jour et diffuser les directives cliniques, les protocoles et d'autres outils essentiels

- Utiliser les conclusions de l'analyse de la situation (*Section 4.2.*) pour orienter la sélection et la distribution des outils essentiels, notamment les directives cliniques et les protocoles.
- S'assurer que le personnel dispose de la liste de contrôle de la préparation afin de soutenir la préparation de la structure sanitaire et la préparation à l'accouchement. Voir le document sur la *Surveillance des naissances et préparation aux complications : Outils et indicateurs pour la santé maternelle et du nouveau-né (Monitoring Birth Preparedness and Complication Readiness : Tools and Indicators for Maternal and Newborn Health Programs)* (2004) de Jhpiego.

4.3.e. Distribuer des trousses de fournitures

- Définir clairement le processus de distribution des médicaments, des produits et fournitures médicales afin de soutenir les soins néonatals. Pour assurer une distribution efficace de trousses, il faut disposer d'informations exactes et mises à jour sur la chaîne d'approvisionnement.
- Utiliser les informations collectées dans le cadre de l'évaluation rapide de l'état de santé et du processus d'évaluation des ressources (*Section 4.2.d.*) pour la coordination de la distribution des trousses de fournitures.
- Documenter le processus de distribution et surveiller régulièrement les besoins.

4.3.f. Nouer des partenariats

- Identifier et établir des partenariats avec d'autres organismes œuvrant pour la santé maternelle et néonatale. Il peut s'agir notamment d'institutions de l'ONU, d'autorités gouvernementales, d'ONG locales et internationales, ou d'organisations communautaires ou du secteur privé.
- Utiliser les réunions du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive pour identifier et se rapprocher des partenaires potentiels. Veuillez noter que tous les organismes œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et néonatale participeront aux réunions du groupe de travail.

- Le cas échéant, utiliser les conclusions de l'analyse de la situation pour identifier et établir des partenariats avec les organismes qui ne participent pas aux mécanismes de coordination humanitaire, surtout les organisations locales et les organismes de développement.

4.3.g. Promouvoir l'amélioration de la qualité

La mauvaise qualité des soins contribue à la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Les interventions d'amélioration de la qualité sont importantes et réalisables en situations de crise humanitaire.

- Établir une supervision d'appui aux prestataires de soins. Identifier un superviseur clinique dévoué capable d'assurer la supervision d'appui régulièrement et de conseiller/former les prestataires de soins néonatals.
- Utiliser régulièrement des listes de contrôle de la qualité pour identifier les domaines qui nécessitent des améliorations.
- S'assurer que les directives cliniques et les protocoles tiennent compte des normes et mesures d'amélioration de la qualité.
- S'assurer de la disponibilité et de l'utilisation des registres et des fiches de collecte des données de naissances ; examiner les données tous les mois et élaborer un plan d'action pour résoudre les problèmes et les carences identifiés dans les données.
- Intégrer les indicateurs sur les nouveau-nés dans les formations des responsables du suivi et évaluation.

Pour plus d'informations, voir le document sur les *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé* (2016) de l'OMS.

4.3.h. Élaborer des propositions pour obtenir du financement supplémentaire

Vous pourriez avoir besoin de fonds supplémentaires pour soutenir les activités qui font partie du plan de réponse, notamment la formation, la conception des outils de réponse, ainsi que l'achat des médicaments et des fournitures.

- Étant donné que les délais pour l'élaboration des propositions, leur soumission et la réception des fonds peuvent être longs, identifier les besoins de financement et les potentiels donateurs le plus tôt possible.
- Utiliser des rédacteurs de demande expérimentés et d'autres spécialistes dans la mesure du possible pour élaborer et soumettre les propositions.
- Prendre en compte les indicateurs programmatiques clés dans les propositions de financement (*Section 4.4.*).

4.4 Élaboration et mise en œuvre d'un plan de suivi-évaluation

Il est important de travailler avec le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive pour identifier un partenaire ayant l'expertise nécessaire en suivi-évaluation. Le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive pourrait charger le partenaire d'élaborer un plan global de suivi-évaluation pour la fourniture des soins de santé maternelle et néonatale sur l'ensemble du territoire affecté qui utiliserait des méthodes uniformisées de collecte des données, d'établissement de rapports d'évaluation et de suivi continu.

Le suivi des progrès et des résultats du programme nécessite des données provenant de sources variées, notamment les statistiques sur la mortalité et la morbidité avant la crise, les données par établissement, et les données sur les processus et les résultats liés à la mise en œuvre des programmes de santé.

- Utiliser des indicateurs normalisés pour collecter dans la mesure du possible des données démographiques ; l'*Annexe 6A* présente une liste de d'indicateurs de la santé, leurs méthodes de calcul, et leur utilisation pour le suivi-évaluation des programmes. Ces indicateurs sont regroupés en quatre domaines :
  - préparation aux soins (fournitures),
  - résultats,
  - utilisation des services et couverture des interventions, et
  - qualité des soins.

Ces indicateurs sont basés sur les données collectées généralement à travers les systèmes nationaux et sous-nationaux et systématiquement agrégées à partir du niveau de l'organisme/du terrain jusqu'au niveau national, puis publiées dans les rapports gouvernementaux. La collecte des indicateurs programmatiques clés peut aussi être utile pour la collecte de fonds.

ENCADRÉ 4.6. **Bonne pratique : Camp de Za'atari (Jordanie)**

Le système d'informations de santé de Za'atari, un grand camp de réfugiés en Jordanie, a constaté une hausse des décès de nouveau-nés. En réponse, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a mis en place un processus d'audit de la mortalité néonatale qui a permis de mettre en évidence les deux facteurs clés de cette hausse : la mauvaise connaissance des signes de danger par les prestataires et la faiblesse du système d'orientation.

UNHCR. *Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations*. UNHCR, 2014, p. 5.

- Utiliser les indicateurs pour informer les gestionnaires de programmes de soins de santé aux niveaux local, régional, et national sur la portée de la couverture de la santé maternelle et néonatale et de la qualité des services fournis.
- Demander aux gestionnaires de programmes d'examiner et d'utiliser les données pour identifier les carences de la fourniture de soins et définir les modifications à apporter aux programmes.
- Si les gestionnaires n'ont pas les compétences d'analyse des données adéquates pour l'évaluation, consulter l'organisme désigné chef de file en matière de suivi-évaluation du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive pour une assistance en termes d'appui ou d'outils de formation du personnel, au besoin.

ENCADRÉ 4.7. **Utilisation des indicateurs standard de la santé en situations de crise**

Toujours adapter les indicateurs de la santé proposés au contexte local. En fonction de la situation de crise, certains indicateurs peuvent s'avérer inadaptés, et d'autres peuvent avoir besoin d'être adaptés ou ajoutés, en fonction du contexte.

Pendant une crise, les systèmes d'information et le flux de données traditionnels peuvent connaître des ruptures. C'est pourquoi, il est recommandé de :

- Élaborer un ensemble réduit d'indicateurs critiques et les acheminer du niveau organisationnel ou communautaire jusqu'aux gestionnaires régionaux ou nationaux de programmes.
- Poursuivre la collecte d'indicateurs supplémentaires aux niveaux inférieurs pour permettre l'assurance-qualité et l'amélioration des services.
- Agréger les données au niveau organisationnel à travers un processus global de suivi-évaluation, si possible.
- Mettre en lumière les réussites à partager avec le personnel. Elles encouragent la persévérance en situations difficiles. En outre, le partage de stratégies efficaces et la promotion de leur assimilation d'un agent de santé à l'autre, ou d'une structure sanitaire à la suivante, contribuera à l'amélioration des processus et des résultats.

Pour évaluer l'efficacité globale des programmes, le taux de mortalité en milieu hospitalier, le poids de naissance et l'âge gestationnel doivent être suivis. Le taux de mortalité à lui seul ne suffit pas pour évaluer la programmation.

ENCADRÉ 4.8. Surveillance des statistiques clés grâce à des efforts locaux de suivi

Lors de crises humanitaires, de nombreuses naissances et décès surviennent en dehors des structures sanitaires. Par conséquent, les systèmes de collecte de données et les méthodes d'analyse traditionnels peuvent devenir inefficaces. En outre, pendant les crises humanitaires prolongées, les processus uniformisés d'enquête et d'évaluation des données peuvent être compromis, et des données cruciales peuvent se perdre ou être endommagées aux niveaux local et national.

Utiliser les stratégies suivantes pour faire face à ces défis :

- Procéder à des audits de la mortalité maternelle et néonatale locales à l'aide de méthodes telles que la surveillance de la mortalité, ou l'autopsie verbale ou sociale
- Surveiller les chiffres et les causes des décès au sein de la communauté/des ménages, et assurer que les décès sont bien documentés
- Extrapoler des leçons des décès évitables pour améliorer les pratiques futures
- Si possible, partager les résultats avec les communautés et les agents de santé qui sont à leur service

Ressources clés pour accompagner le Chapitre 4

- *Guidelines for Assessment of Skilled Providers After Training in Maternal and Newborn Healthcare.* Jhpiego, 2004. www.k4health.org/sites/default/files/MNH_Guidelines_SkilledProviders_screen.pdf
- *Health Cluster Guide.* WHO, 2009. www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/en/
- *Health Resource Availability Mapping System (HeRAMS).* WHO. www.who.int/hac/herams/en/
- *Household-to-Hospital Continuum of Maternal and Newborn Care.* Jhpiego, USAID/The Access Program, 2005. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnade623.pdf
- *Making Every Baby Count: Audit and Review of Stillbirths and Neonatal Deaths.* WHO, 2016. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/stillbirth-neonatal-death-review/en/
- *Monitoring Birth Preparedness and Complication Readiness: Tools and Indicators for Maternal and Newborn Health Programs.* Jhpiego, 2004. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada619.pdf
- *Newborn Services Rapid Health Facility Assessment.* Newborn Indicators Technical Working Group, 2012. www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Newborn-Services-Rapid-HFA_HNN_25June2012.pdf
- *WHO Application of ICD-10 to Deaths During the Perinatal Period: ICD-PM.* WHO, 2016. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/icd-10-perinatal-deaths/en/
- *Rapid Health Assessment of Refugee or Displaced Populations* (3rd edition). MSF, 2006. http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/rapid_health/rapid_health_en.pdf
- *Resources on the International Humanitarian Coordination System.* Building a Better Response, 2017. www.buildingabetterresponse.org
- *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programs.* Jhpiego/USAID, 2004. http://reprolineplus.org/system/files/resources/siteassessment.pdf
- *Videos on Newborn Care.* Global Health Media Project. http://globalhealthmedia.org/videos/

5 CONSIDÉRATIONS POUR LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

Points clés

- Concevoir des messages cultuellement pertinents fondés sur des faits sur le lieu, la raison et la manière d'accéder aux soins de santé maternelle et néonatale et communiquer ces messages à la communauté affectée à travers des moyens adaptés au contexte, comme la radio, des tracts, ou les médias sociaux.
- Créer un système d'orientation et de réorientation résilient, adaptable comprenant notamment des protocoles, un personnel qualifié, des moyens de transport fiables et un système de communication pour faciliter le transfert des nouveau-nés vers le niveau de soins approprié lorsque des signes de danger sont identifiés, ou pour fournir un soutien à distance lorsque le transfert n'est pas possible.
- Assurer que le coordonnateur travaille avec les membres du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive pour l'acquisition de trousses de soins du nouveau-né contenant des médicaments, des produits médicaux et d'autres articles pour soutenir les accouchements sains et la survie des nouveau-nés pendant la période postnatale immédiate.
- Former les agents de santé communautaires ou d'autres agents de santé de base à la fourniture des soins de santé au niveau des ménages tout en s'assurant que les liens avec le système de santé formel sont maintenus à travers un réseau efficace d'orientation.
- Former les agents de santé à fournir un soutien approprié et culturellement accepté aux femmes et aux familles victimes de la perte d'un bébé ; enregistrer les décès de nouveau-nés, y compris les fausses couches.

Pour une bonne prestation des soins du nouveau-né décrits au Chapitre 3, un certain nombre de services d'appui doit être fourni. Ce chapitre présente les éléments clés de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes d'amélioration des soins du nouveau-né en situations de crise humanitaire.

5.1 Conception et diffusion de messages/outils clés de communication pour le changement des comportements

Pendant la phase aigüe d'une crise, les femmes enceintes et les communautés doivent savoir au minimum :

- où et quand les services de santé sont disponibles,
- comment accéder à ces services,
- les avantages à solliciter des soins,
- les informations élémentaires sur les soins appropriés du nouveau-né, notamment l'identification des signes de danger qui prouvent qu'il faut rechercher des soins plus spécialisés.

Il est important de :

- Travailler avec le personnel local issu de la population touchée pour concevoir des messages clairs, basés sur des faits et culturellement pertinents pour la population concernée dès le début de la réponse à la crise.
- Trouver des moyens adaptés au contexte pour communiquer les messages, notamment la radio, des tracts ou les médias sociaux.

Dès que la situation est stabilisée :

- Adapter le matériel de communication pour le changement des comportements pour tenir compte des exemples culturellement pertinents de pratiques recommandées, ajouter/ou modifier les illustrations en fonction du contexte de la population desservie.
- Proposer des alternatives aux pratiques nocives connues (par ex., bouse de vache ou autres substances appliquées au cordon) et soutenir les pratiques qui sont bénéfiques (notamment l'augmentation de l'appui de la famille et du ménage à la mère).
- S'attaquer aux questions plus larges telles que les décès de nouveau-nés, les fausses couches et les complications.

Dans les situations de crise humanitaire prolongée :

- Travailler avec la population touchée pour favoriser l'appropriation par la communauté de la conception et de la mise en œuvre du matériel de communication pour le changement des comportements et des stratégies de mobilisation communautaire.

5.2 Conception d'un système d'orientation

La majorité des nouveau-nés survivent avec des soins et un appui élémentaires. Ceux qui sont malades ou de petite taille sont plus vulnérables et pourraient avoir besoin de soins supplémentaires dans des établissements de santé. Ils ont besoin de soins prompts et immédiats pour survivre. Des circuits d'orientation doivent être mis en place au sein de la communauté vers les établissements de soins primaires, les hôpitaux, ainsi que des niveaux de soins inférieurs jusqu'aux niveaux de soins les plus élevés. Un système d'orientation bien organisé et qui fonctionne bien comprend des protocoles clairs accompagnés de critères et de systèmes de définition pour les circuits d'orientation, la formation du personnel, les moyens de transport fiables, et un système de communication (*Encadré 5.1.*). Dans les situations de crise humanitaire, le système d'orientation doit être adapté aux besoins et capable de s'adapter à tous les changements émergents de l'état sécuritaire et/ou logistique des diverses structures sanitaires qui fournissent des soins de santé sexuelle et reproductive. Les systèmes doivent être adossés sur les structures existantes, si possible. Il faut noter que les mécanismes d'orientation sont fréquemment conçus pour les urgences obstétricales ; des efforts supplémentaires sont sans doute nécessaires pour les adapter à l'orientation des nouveau-nés. Pour les outils d'aide au processus d'orientation, voir l'*Annexe 4*.

Pour faciliter la mise en œuvre d'un système d'orientation et de réorientation efficient, sûr et efficace, il est recommandé de :

- Immédiatement établir des liens avec les structures sanitaires locales et les groupes locaux actifs dans la région. L'établissement de liens avec les acteurs locaux et la conception de circuits d'orientation sont essentiels lorsqu'un conflit ou une catastrophe a bloqué les principales voies d'accès ou les principaux corridors de transport.
- Utiliser l'inventaire des services et la carte des établissements fonctionnels établie dans le cadre du processus de planification afin d'identifier les structures qui ont été préparées à la prise en charge des nouveau-nés malades, et déterminer les ressources potentiellement nécessaires pour soutenir les transferts.
- Assurer la disponibilité de moyens de transport fiables, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept ; assurer la disponibilité du carburant et doter les chauffeurs de téléphones mobiles ou de radios.Establish or strengthen the communication system (e.g., mobile or satellite phones, radios) with the receiving facilities; ensure a designated provider is available to provide guidance at all times.

ENCADRÉ 5.1. Le système d'orientation pour les soins du nouveau-né en situation de crise : Principes

- Chaque nouveau-né doit avoir accès aux soins accompagnés d'un système d'orientation sûr et opportun, au besoin.
- La priorité doit être accordée aux nouveau-nés présentant l'un des signes de danger (Encadré 3.2. et 3.7.) afin que des soins leurs soient prodigués en temps voulu.
- Des critères et des protocoles d'orientation doivent être définis et affichés à tous les niveaux de soins.
- Un système de triage doit être mis en place pour prendre en charge les signes de danger les plus graves, surtout chez les bébés de petite taille.
- Le transport doit être organisé pour le transfert à partir des structures et des communautés qui ne sont pas facilement accessibles.
- Un système de communication doit être établi dans la structure d'accueil ; surtout en situations de crise humanitaire où l'orientation peut être retardée, voire impossible, à cause de l'insécurité ou du blocage des routes.

- Utiliser l'inventaire des services et la carte des établissements fonctionnels établis dans le cadre du processus de planification afin d'identifier les structures qui ont été préparées à la prise en charge des nouveau-nés malades, et déterminer les ressources potentiellement nécessaires pour soutenir les transferts.
- Assurer la disponibilité de moyens de transport fiables, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept ; assurer la disponibilité du carburant et doter les chauffeurs de téléphones mobiles ou de radios.
- Établir ou renforcer le système de communication (par ex., téléphones mobiles ou satellitaires, radios) des structures d'accueil ; assurer qu'un fournisseur désigné est disponible pour fournir des orientations en tout temps.
- Adapter les registres existants ou concevoir un registre pour suivre les orientations et les réorientations.
- Assurer la disponibilité des fournitures et équipements adéquats pour le dépistage de signes de danger chez les nouveau-nés, notamment les thermomètres, les balances, les chronomètres et des aides au travail.

- Former le personnel, notamment les agents de santé communautaires, sur les protocoles, y compris sur l'utilisation du système de communication, la stabilisation du nouveau-né avant son transfert, et les conseils à la mère sur les soins durant le transport.
- Demander aux agents de santé communautaires d'assurer le suivi des cas référés.
- Surveiller et réaliser des audits du système d'orientation, y compris l'identification de modèles dans les données de suivi ; résoudre les goulots d'étranglement, et rechercher les moyens d'améliorer l'utilisation et l'efficacité du système.

5.2.a. Situations où le transfert est impossible

L'insécurité, les mouvements de population, le blocage des routes et d'autres difficultés peuvent retarder ou empêcher l'orientation en temps voulu des nouveau-nés. Il est impératif de prévoir les perturbations du système d'orientation afin de prévenir les décès ou les invalidités évitables.

Lorsque l'orientation n'est pas possible :

- Former les agents de santé communautaires de la communauté affectée aux soins postnatals, à la MMK, et à la détection des signes de danger chez le nouveau-né.
- Mettre en place un système de communication fonctionnel avec les prestataires au sein de l'établissement d'accueil pour qu'ils puissent fournir des conseils techniques à distance par téléphone mobile ou téléphone satellitaire, par radio ou Skype.
- Assurer qu'un prestataire est disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour fournir des conseils.
- Former le personnel sur le protocole à suivre lorsque le transfert est impossible, notamment sur l'utilisation du système de communication.
- Accorder la priorité à la sûreté et la sécurité du personnel, et tenir compte du fait que le personnel de santé et/ou certains groupes ethniques peuvent être spécifiquement ciblés par la violence.
- Réaliser systématiquement des audits pour identifier les obstacles et y faire face.
- Envisager d'autres moyens novateurs pour renforcer le système de transfert en cas d'insécurité et de bouleversement (*Encadré 5.2.*).

ENCADRÉ 5.2. Étude cas : Le Soudan du Sud

Élaboration d'un système d'orientation efficace dans un contexte d'insécurité

Au Soudan du Sud, International Medical Corps (IMC) a mis en œuvre le *Guide de terrain* dans deux camps de déplacés internes, à Juba et à Malaka, et dans un camp de réfugiés dans le comté de Maban. Le personnel d'IMC a travaillé au renforcement du système d'orientation pour les nouveau-nés, mais des violences imprévisibles et de vastes mouvements de population ont rendu impossible le transfert en temps opportun de nouveau-nés de petite taille ou malades et ont empêché le personnel qualifié d'atteindre les structures de santé.

Pour faire face à ces difficultés, IMC a mis au point des solutions novatrices afin de créer un système d'orientation adaptable, résilient et susceptible de faire face à une source d'insécurité ou à un bouleversement soudain. IMC a collaboré avec les accoucheurs traditionnels de la communauté et réalisé une formation sur le tas sur les interventions du *Guide de terrain*, y compris comment identifier les signes de danger chez le nouveau-né en vue de l'orientation et démarrer la méthode kangourou pour les bébés de petite taille avant leur orientation. Les systèmes de communication entre l'établissement de soins primaires et l'hôpital ont été renforcés par la formation des accoucheurs traditionnels à l'utilisation des téléphones satellitaires afin qu'ils puissent recevoir en temps voulu des conseils du personnel de santé qualifié qui avait un accès limité aux structures. Cette formation a été particulièrement importante lorsque l'orientation n'était pas possible. Étant donné que de nombreux accoucheurs traditionnels ne savaient pas lire, des fiches d'orientation en images ont été conçues pour assurer que la structure d'accueil comprenait la cause du transfert. Les attaques motivées par des raisons ethniques contre le personnel de santé étaient fréquentes ; par conséquent, IMC a spécialement recruté et formé des cliniciens au sein des groupes ethniques non ciblées pour assurer la continuité des soins et de la supervision. Enfin, le personnel a plaidé pour que les forces de maintien de la paix de l'ONU accompagnent les malades transférés et assurent leur protection pendant l'opération en temps d'insécurité. En identifiant les goulots d'étranglement et en élaborant des solutions créatives et adaptées localement, le personnel d'IMC a pu mettre en place un réseau d'orientation rapide et efficace qui a permis de sauver la vie de femmes et de nouveau-nés.

5.3 Visites des mères et des nouveau-nés à domicile

L'accouchement et les soins postnatals immédiats dans une structure sanitaire ou en milieu hospitalier sont recommandés pour toutes les femmes et leurs bébés, en toutes situations – notamment en situations de crise humanitaire. Toutefois, pendant une crise ou immédiatement après la crise, les femmes peuvent ne pas être en mesure de quitter leurs domiciles pour recevoir les soins dans les structures sanitaires. Par ailleurs, de nombreuses cultures préconisent une période d'isolement durant laquelle les mères et les nouveau-nés ne sortent pas de leurs domiciles. Elle peut durer de 7 à 40 jours, compliquant ainsi l'accès aux soins hors du domicile. Il faut noter que dans certains contextes, les programmes de santé communautaire n'existent pas, ce qui empêche la mise en œuvre des visites à domicile. Les mères doivent être encouragées à entrer en contact avec l'établissement de soins primaires dès la première semaine, si possible.

Les infirmiers et les sages-femmes ne sont pas les seules catégories de personnel capables de fournir les soins postnatals : les agents de santé communautaires, les visiteurs à domicile et d'autres agents de santé non spécialisés peuvent être formés pour fournir les soins postnatals dans les ménages, et assurer ainsi que les liens avec le système de santé formel sont maintenus à travers un réseau d'orientation efficace (*Encadré 5.3.*). Ce type de délégation de tâches peut être particulièrement utile dans un contexte humanitaire caractérisé par une fréquente pénurie d'agents de santé locaux. Les agents de santé non spécialisés peuvent assurer la promotion des soins essentiels du nouveau-né, l'allaitement maternel exclusif, les soins post-partum, la MMK pour les bébés en insuffisance pondérale, et la vaccination suivant les directives nationales. Ils peuvent aussi :

- Former les agents de santé communautaires, les visiteurs à domicile, et d'autres agents de santé de terrain pour conseiller aux femmes de solliciter des soins en milieu hospitalier dès que possible après un accouchement à domicile grâce au système d'orientation.
- Préparer en même temps le personnel de terrain à la possibilité que les femmes aient besoin de soins à domicile pendant les périodes postnatales immédiate et à plus long terme. **L'OMS et l'UNICEF recommandent d'effectuer au moins deux visites à domicile pour tous les accouchements à domicile.**
- Élaborer un plan de visites à domicile comprenant une première visite au cours des premières 24 heures suivant l'accouchement, et une deuxième le troisième jour après l'accouchement.Emphasize the importance of keeping the mother and baby together, especially immediately after birth.
- Si possible, programmer une troisième visite avant la fin de la première semaine de vie (jour 7)[37].
- Assurer que le personnel qui effectue les visites à domicile souligne les signes de danger chez le nouveau-né qui doivent être surveillés par la mère et les membres de la famille (*Encadré 3.2.*).

37 WHO. *Newborn Health Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee* 2009-2012. WHO, 2012.

ENCADRÉ 5.3. Des visites à domicile qui sauvent la vie de femmes et de nouveau-nés

En situations de crise humanitaire, les femmes qui accouchent hors des structures sanitaires offrant des soins qualifiés et dans les régions où des soins professionnels continu ne peuvent être fournis, font face à un risque accru de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale.

Les visites à domicile durant la première semaine de vie sont une stratégie dont l'efficacité est avérée dans la réduction des décès de nouveau-nés dans les situations caractérisées par une mortalité élevée et établissent des liens entre les mères et leurs bébés et les services accessibles. Plus particulièrement dans les situations où les femmes ne peuvent pas avoir accès aux soins de santé pour des raisons logistiques ou sécuritaires, déployer des agents de santé communautaires formés ou tout autre personnel de santé qualifié pour fournir des soins postnatals à travers les visites à domicile. Ces visiteurs à domicile peuvent détecter les signes de maladie grave chez la mère et le bébé, et aider la mère et les membres de la famille à en prendre conscience (Encadré 3.2.). Conseiller les familles sur les signes de danger et les services disponibles peut augmenter le nombre de transferts initiés par les familles. Les visiteurs à domicile peuvent laisser une affiche ou une carte présentant tous les signes de danger (y compris par des images) et leurs numéros de téléphone pour les cas d'urgence. Au cas où l'insécurité ou la destruction des routes empêche les visites à domicile, d'autres méthodes de suivi de la mère et de l'enfant, notamment les appels téléphoniques structurés, doivent être identifiées. Il est important d'encourager le retour dans l'établissement de santé pour une visite postnatale de routine du bébé au cours de la première semaine de vie, si les services, la sécurité ou les coutumes locales le permettent

Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant. Déclaration commune OMS/UNICEF, 2009.

- Souligner la nécessité de maintenir le contact entre la mère et le bébé, surtout immédiatement après l'accouchement.
- Former tout le personnel qui participe à l'accouchement aux techniques des soins essentiels du nouveau-né (*Encadré 3.1.*) et à l'utilisation des registres de naissances pour le suivi des grossesses, des accouchements (en milieu hospitalier et à domicile), des soins postnatals et des transferts au sein de la couche de la population au sein auprès de laquelle il est affecté.

Les « maisons de maternité » ont été testées avec succès dans certaines situations de crise humanitaire ; toutefois, les preuves dont on dispose actuellement ne suffisent pas pour établir si ces maisons améliorent les résultats en santé maternelle et néonatale dans les situations de crise humanitaire.

5.4 Approvisionnement en trousses de fournitures de soins néonatals

La trousse de fournitures de soins du nouveau-né comprend les médicaments, les produits et les fournitures pour soutenir les accouchements sans risque et la survie du nouveau-né durant la période postnatale immédiate. L'*Annexe 5* présente en détail le contenu des trousses recommandé pour les soins essentiels du nouveau-né, ainsi que la prévention et la prise en charge des trois grandes causes de mortalité néonatale : prématurité, infections graves et complications lors de l'accouchement, tel qu'expliqué au *Chapitre 3*. Les trousses peuvent être achetées par l'intermédiaire de l'UNICEF (https://supply.unicef.org).

Les trousses de soins du nouveau-né sont un complément aux trousses de santé reproductive en situations de crise humanitaire qui contiennent seulement quelques articles de la santé néonatale et sont gérées par l'UNFPA. Les autres trousses de santé en situations de crise humanitaire sont notamment la trousse de l'obstétrique fournie l'UNICEF, et la trousse de santé inter-agences en situation d'urgence, gérée par l'OMS. (Voir *Médicaments essentiels* et *Trousses de fournitures médicales* sous *Ressources clés* à la fin du *Chapitre 3*). Le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive est chargé d'assurer l'acquisition coordonnée des trousses de santé néonatale et d santé reproductive

- Assurer que le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive collabore avec les membres de groupe de travail de la santé sexuelle et reproductive pour l'évaluation des besoins en fournitures et l'acquisition des trousses de soins du nouveau-né.

5.5 Décès de nouveau-nés en situations de crise

5.5.a. Soutien en cas de perte du bébé[38]

- Même si beaucoup peut être fait pour sauver les nouveau-nés en situations de crise humanitaire, des décès vont malheureusement se produire. Lorsqu'un bébé naît en fausse couche ou décède pendant les jours suivant l'accouchement, la mère et la famille ont besoin de soins. En situations de crise, les possibilités de donner des conseils professionnels aux femmes seront limitées, voire inexistantes. Le personnel de santé doit être formé pour fournir des soins culturellement acceptés, et un soutien approprié. Voici quelques astuces pour conseiller les mères, les pères et les familles qui font face aux fausses couches et à la perte du bébé :
- Se comporter et parler avec sensibilité.Find out what the mother/family wishes to do with the baby's body.
- Si possible, demander si la mère et/ou le père veut tenir le bébé dans ses bras.
- Chercher à savoir ce que la mère/famille veut faire de la dépouille du bébé.
- Expliquer à la mère/famille que :
  - la mère aura besoin de repos, de soutien et d'une bonne alimentation,
  - la mère ne doit pas reprendre le travail à temps plein trop tôt,
  - les seins de la mère seront gonflés de lait, à compter du deuxième ou troisième jour après l'accouchement :
    - Presser les seins de la mère grâce à un soutien-gorge étroit ou une étoffe jusqu'à ce qu'il n'y reste plus de lait,
    - ne pas tirer le lait maternel ou stimuler les seins.
- Sensibiliser la mère et la famille aux variations hormonales que connaît la femme après l'accouchement, ce qui peut la rendre triste, inquiète ou irritable. Normalement, les femmes après l'accouchement sont très émotives, et peuvent souvent pleurer. Étant donné le décès du bébé et le stress généré par la situation de crise, ce sentiment de tristesse peut être intense.

38 OMS. *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale Guide de pratiques essentielles*, Troisième édition. OMS, 2015.

- S'assurer que la mère est consciente qu'elle n'est pas responsable de la mort du bébé. Fournir des informations à la mère/famille sur la cause du décès lorsqu'elles sont disponibles.
- Encourager la mère à utiliser une méthode de planning familial pour reculer et non pas éviter la prochaine grossesse, et à résister à l'envie d'avoir un bébé « de remplacement » de celui qu'elle a perdu.
- Établir des liens entre la mère et les soins de santé sexuelle et reproductive disponibles, notamment les services de planification familiale.
- Mettre la mère en contact avec des services de conseils aux personnes endeuillées. Bien que des services de soutien spécialement adaptées aux femmes ayant perdu leurs bébés peuvent être disponibles, des services de conseils aux personnes endeuillées ciblant les victimes de crises humanitaires seront probablement disponibles dans le camp, au dispensaire temporaire ou mobile, et en milieu hospitalier.

5.5.b. Documenter la perte du bébé

Il est important de documenter la perte du bébé pour s'assurer que tous les décès de nouveau-nés sont enregistrés et comptabilisés.

- Mettre en place un système clair permettant de documenter et établir des rapports sur les décès dans la communauté et en milieu hospitalier. Ensure deaths are captured in a central register.
- Assurer que les décès sont consignés dans un registre central.
- Former le personnel médical à l'enregistrement de tous les décès de nouveau-nés, notamment les fausses couches. Les informations collectées doivent comprendre la date de naissance, la date de décès, le poids à la naissance et la cause du décès.
- Fournir une copie de l'acte de décès à la mère ou à la famille, conformément à la pratique en vigueur dans le pays. Dans les situations où les certificats de décès ne sont pas encore disponibles, travailler avec les structures sanitaires locales pour fournir un certificat de décès délivré par un établissement de santé. ■

Ressources clés pour accompagner le Chapitre 5

Situations de crise humanitaire :

- *Behavioral Integration Guidance. USAID,* https://acceleratorbehaviors.org
- *Caring for Newborns and Children in the Community: Caring for the Newborn at Home.* WHO, 2015. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-newborn-at-home/en/
- *Home Visits for the Newborn Child: A Strategy to Improve Survival (WHO/UNICEF Joint Statement).* WHO, 2009. www.unicef.org/spanish/health/files/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf
- *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.* IASC, 2007. www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- *Managing Possible Serious Bacterial Infection in Young Infants When Referral is Not Feasible.* WHO, 2015. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/bacterial-infection-infants/en/
- *Taking Care of a Baby at Home After Birth: What Families Need to Do.* CORE Group et al., 2011. https://hetv.org/pdf/taking-care-of-a-baby-after-birth.pdf
- *UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern.* UNHCR, 2009. www.unhcr.org/4b4c4fca9.html

ANNEXE 1

Services de santé néonatals Tableaux récapitulatifs, par niveau de soins

L'Annexe 1 est divisé en quatre sections qui présentent les services essentiels suivants :

1A : Services de soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés

1B : Services de prévention et de prise en charge de la prématurité

1C : Services de prévention et de prise en charge des infections et de la septicémie néonatales

Dans chaque section, les tableaux sont séparés selon le niveau de soins afin de faciliter leur consultation :

TABLEAU 1 : Fourniture de soins à domicile

TABLEAU 2 : Fourniture de soins dans les établissements de soins primaires

TABLEAU 3 : Fourniture de soins en milieu hospitalier

TABLEAU 1 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés

SOINS À DOMICILE

Généralement prodigués par les agents de santé communautaires

GROSSESSE	Identifier les femmes enceintes au sein de la population affectée par une crise Fournir aux femmes et aux familles (ou à d'autres membres de la communauté) des informations sur l'établissement de santé le plus proche fournissant des soins et doté d'un personnel qualifié. Encourager les femmes/familles à accoucher dans cet établissement Si les femmes ne sont pas en mesure de se rendre dans un établissement de santé pour les soins prénatals et/ou le travail/accouchement : • Sensibiliser aux signes de danger, la nécessité de l'orientation, et les circuits d'orientation • Fournir aux familles des trousses d'accouchement propres et des informations sur les pratiques d'accouchement sans risque et les soins du nouveau-né • En cas d'accouchement à domicile, encourager les femmes et les gardes malades à se rendre dans un établissement de santé dès que possible pour l'examen de la mère/du bébé • Distribuer des fournitures de soins néonatals destinées aux ménages conformément à la liste de **l'Annexe 5A** Encourager les femmes à passer des tests et solliciter des soins auprès d'un centre de santé pour elles-mêmes, avant l'accouchement, et pour leurs bébés après l'accouchement
TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instruments de coupe stérile et surface de coupe propre) Sécher complètement le bébé Stimuler les bébés qui ne respirent pas en les séchant et en frottant vigoureusement leur dos 2 ou 3 fois Pour les bébés qui n'ont pas besoin de ventilation au masque ou au ballon, retarder le clampage du cordon d'au moins une minute

TABLEAU 1 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés (suite)

SOINS À DOMICILE

Prodigués généralement par les agents de santé communautaires

IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Placer le bébé sur la poitrine de la mère peau contre peau, le couvrir avec une couverture ou une étoffe, et retarder le bain d'au moins 24 heures pour prévenir la perte de chaleur ou l'hypothermie Commencer l'allaitement maternel exclusif dès que possible, au plus une heure après l'accouchement Administrer des soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau, notamment en appliquant de la chlorhexidine en gel sur le moignon du cordon ombilical du bébé et sur le nombril immédiatement après la section du cordon. Conseiller à la mère d'appliquer le produit une fois par jour durant la première semaine ou jusqu'à ce que le nombril tombe, le premier événement étant pris en compte. Administrer les soins oculaires : dose unique de la pommade ophtalmique à la tétracycline Évaluer les signes de danger et conseiller sur la prompte identification des signes de danger et la recherche des soins par la famille (enfant qui ne tète pas bien, dont l'activité est réduite, qui respire difficilement, qui a de la fièvre ou froid, qui fait des crises ou convulse) Identifier et soutenir les nouveau-nés qui ont besoin de soins supplémentaires (par ex., insuffisance pondérale, maladie, mère infectée par le VIH)
PLUS TARD APRÈS L'ACCOUCHEMENT	Distribuer les trousses de soins du nouveau-né à domicile aux familles qui ne les ont pas reçues pendant la grossesse (voir l'**Annexe 5A**) Promouvoir les soins essentiels du nouveau-né, notamment : • La protection thermique du bébé • L'allaitement maternel exclusif • Le lavage des mains par les personnes qui touchent le bébé • Les soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau Pour les visites à domicile les jours 1, 3 et 7, examiner le bébé pour rechercher les signes de septicémie ou de pneumonie (ou d'autres maladies) : • **Maladie grave** : Aucun mouvement/inconscient, antécédents de convulsions, incapacité à téter, saignement abondant, ou fontanelle bombée • **Infection grave sur le plan clinique** : Fièvre (température supérieure ou égale à 38 °C), hypothermie (température inférieure à 35,5 °C), allaitement insuffisant, mouvements réduits, tirage sous-costal grave • **Respiration rapide isolée :** Respiration rapide > 60 respirations par minute Encourager les mères séropositives à accéder au dépistage et aux soins pour leurs bébés. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et rechercher les signes de danger chez le nouveau-né. Aider les familles des bébés chez qui des signes de danger sont identifiés lors des visites à domicile à solliciter des soins primaires ou en milieu hospitalier immédiatement Promouvoir une visite médicale durant la semaine 6 pour les vaccinations

TABLEAU 2 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés

SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIMAIRES (Camp, dispensaires temporaires ou mobiles, services de santé locaux)

Prodigués par des sage-femmes-infirmières auxiliaires, des sages-femmes, des infirmiers et des cliniciens

GROSSESSE	Identifier les femmes enceintes dans la population affectée par une crise Fournir aux femmes enceintes et aux familles (ou à d'autres membres de la communauté) des informations sur la structure sanitaire la plus proche où ils peuvent obtenir des soins de personnel qualifié. Encourager les femmes/familles à accoucher dans cet établissement Conseiller les femmes sur la préparation à l'accouchement : • Sensibiliser aux signes de danger, la nécessité de l'orientation, et les circuits d'orientation • Fournir à la famille une trousse d'accouchement propre et des informations sur les pratiques d'accouchement sans risque et les soins du nouveau-né • Si l'accouchement a lieu à domicile, encourager les femmes et les aidants à se rendre le plus tôt possible dans une structure sanitaire pour l'examen de la mère et du bébé • Distribuer les fournitures de soins du nouveau-né à domicile aux familles qui ne les ont pas reçues au niveau de la communauté, conformément à la liste de l'**Annexe 5A** Encourager les femmes à se faire dépister et à solliciter les soins dans une structure sanitaire pour elles-mêmes avant l'accouchement, et pour leurs bébés après l'accouchement Dans les régions où le paludisme est endémique, distribuer les moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes pour qu'elles les utilisent pendant et après la grossesse (avec le nouveau-né) Fournir les soins suivants : • Vaccination à l'anatoxine tétanique (au moins 2 doses à intervalle recommandé) • Supplémentation en fer et en folate • Dépistage et traitement de la syphilis • Dépistage et traitement des infections des voies urinaires • Dépistage et traitement de l'hypertension, du diabète insulinodépendant, et d'autres maladies chroniques Encourager les femmes/familles à passer au moins 4 visites prénatales, la première visite devant intervenir le plus tôt possible, de préférence au cours du premier trimestre

TABLEAU 2 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés (suite)

SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIMAIRES (camp, dispensaires temporaires ou mobiles et services de santé locaux)

Prodigués par des sage-femmes-infirmières auxiliaires, des sages-femmes et des infirmiers et des cliniciens

TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre ; cordon ombilical et instruments de ligature propres, instrument de coupe stérile et surface de coupe stérile) et s'assurer que l'environnement propre Suivre et documenter l'avancée du travail grâce au partogramme. Prendre promptement des mesures lorsque cela est indiqué Garder la salle de travail chaude Sécher complètement le bébé Stimuler les bébés qui ne respirent pas en séchant et en frottant vigoureusement leur dos 2 ou 3 fois Pour les bébés qui n'ont pas besoins de ventilation au masque et au ballon, retarder le clampage du cordon d'au moins une minute
IMMÉDIATE-MENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Placer le bébé sur la poitrine de la mère peau contre peau, le recouvrir avec une couverture ou une étoffe et retarder le bain d'au moins 24 heures pour prévenir la perte de chaleur et l'hypothermie Commencer l'allaitement maternel exclusif le plus tôt possible après l'accouchement, ou au moins une heure après la naissance Fournir les soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau Fournir les soins ophtalmologiques : dose unique de pommade ophtalmologique à la tétracycline Rechercher les signes de danger et conseiller sur leur prompte identification et la recherche des soins par la famille (allaitement insuffisant, activité réduite, difficulté à respirer, fièvre et froid, crises ou convulsions) Identifier et soutenir les nouveau-nés qui ont besoin de soins supplémentaires (par ex., insuffisance pondérale, maladie, mère séropositive) Administrer 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire au cours de la première heure suivant la naissance Vacciner suivant les protocoles locaux[1] Peser le bébé Fournir le certificat de naissance ou l'enregistrement de la naissance

1 Les vaccins du nouveau-né, notamment le vaccin oral contre la polio et l'hépatite B, et le BCG ne font PAS partie de la trousse de soins du nouveau-né parce qu'ils sont généralement achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF dans le cadre de la réponse en santé infantile. La collaboration étroite avec les organisations qui travaillent sur la santé infantile et l'acquisition et la gestion des vaccins est essentielle pour assurer la fourniture des vaccins durant la période postnatale.

TABLEAU 2 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (camp, dispensaire temporaire ou mobile, et services de santé locaux)

Prodigués par des sage-femmes-infirmières auxiliaires, des sages-femmes, des infirmiers et des cliniciens

PLUS TARD APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Distribuer les trousses de soins du nouveau-né à domicile aux familles qui ne les ont pas reçues pendant la grossesse (voir l'**Annexe 5A**)

Promouvoir les soins essentiels du nouveau-né, notamment

- La protection thermique du bébé
- L'allaitement maternel exclusif
- Le lavage des mains par les personnes qui touchent le bébé
- Les soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau

Évaluer l'état de la mère et du bébé avant la sortie. Si aucun problème ne se présente :

- Laisser partir la mère/le bébé pour qu'ils aillent à la maison
- Indiquer une date spécifique à la mère/famille pour revenir dans la structure sanitaire (même si tout va bien) OU organiser une première visite à domicile avec les mères/familles le plus tôt possible après l'arrivée au domicile familial
- Conseiller la mère/bébé de revenir immédiatement dans la structure sanitaire si des signes de danger sont détectés
- Le reste des visites doit respecter le même calendrier que pour les accouchements à domicile

Pour les visites à domicile les jours 1, 3 et 7, rechercher les signes de danger chez le bébé :

- **Maladie grave :** Aucun mouvement/inconscient, antécédents de convulsions, incapacité à téter, saignement abondant, ou fontanelle bombée
- **Infection grave sur le plan clinique :** Fièvre (température supérieure ou égale à 38 °C), hypothermie (température inférieure à 35,5 °C), allaitement insuffisant, mouvements réduits, tirage sous-costal grave
- **Respiration rapide isolée :** Respiration rapide > 60 respirations par minute Promouvoir une visite médicale à la semaine 6 pour les vaccinations

Pour les mères séropositives :

- Encourager les mères à accéder au dépistage et aux soins pour leurs bébés
- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et rechercher les signes de danger chez le nouveau-né car il est particulièrement vulnérable aux infections
- Fournir un traitement contre le VIH à la mère et au bébé selon le protocole local

TABLEAU 3 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

GROSSESSE	Identifier les femmes enceintes parmi la population touchée par la crise Fournir aux femmes et aux familles (ou à d'autres membres de la communauté) des informations sur l'établissement de santé le plus proche fournissant des soins avec un personnel qualifié. Encourager les femmes/familles à accoucher dans cet établissement Si les femmes ne peuvent pas se rendre dans une structure sanitaire pour des soins prénatals et/ou le travail/accouchement : Fournir les soins suivants : • Fournir une éducation sur les signes de danger, le besoin d'orientation, et les circuits d'orientation • Fournir à la famille une trousse d'accouchement propre et des informations sur les pratiques d'accouchement sans risque et de soins du nouveau-né • Si l'accouchement a lieu à domicile, encourager les femmes et les aidants à se rendre le plus tôt possible dans une structure sanitaire pour l'examen de la mère et du bébé • Distribuer les fournitures de soins du nouveau-né à domicile aux familles qui ne les ont pas reçues au niveau de la communauté, conformément à la liste de l'**Annexe 5A** Encourager les femmes à se faire dépister et à solliciter des soins dans une structure sanitaire pour elles-mêmes avant l'accouchement, et pour leurs bébés après l'accouchement. Fournir les soins prénatals, y compris les conseils sur la préparation de l'accouchement et la préparation aux complications Dans les régions où le paludisme est endémique, distribuer les moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes pour qu'elles les utilisent pendant et après la grossesse (avec le nouveau-né Fournir les soins suivants : • Échographie au cours du premier trimestre pour évaluer avec précision l'âge gestationnel • Vaccination à l'anatoxine tétanique (au moins 2 doses à intervalle recommandé) • Supplémentation en fer et en folate • Dépistage et traitement de la syphilis • Dépistage et traitement des infections des voies urinaires • Dépistage et traitement de l'hypertension, du diabète insulinodépendant, et d'autres maladies chroniques Encourager les femmes/familles à passer au moins 4 visites prénatales, la première visite devant intervenir le plus tôt possible, de préférence au cours du premier trimestre

TABLEAU 3 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon ombilical et instruments de ligature propres, instrument de coupe stérile et surface de coupe stérile) et s'assurer que l'environnement propre Suivre et documenter l'avancée du travail grâce au partogramme. Prendre promptement des mesures si cela est indiquée Garder la salle de travail chaude Sécher complètement le bébé Stimuler les bébés qui ne respirent pas en séchant et en frottant vigoureusement leur dos 2 ou 3 fois Pour les bébés qui n'ont pas besoin de ventilation au masque et au ballon, retarder le clampage du cordon d'au moins une minute
IMMÉDIATE-MENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Placer le bébé sur la poitrine de la mère peau contre peau, le recouvrir avec une couverture ou d'une étoffe, et retarder le bain d'au moins 24 heures pour prévenir la perte de chaleur et l'hypothermie Commencer l'allaitement maternel exclusif le plus tôt possible après l'accouchement, ou au moins une heure après la naissance Fournir les soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau Fournir les soins ophtalmologiques : dose unique de pommade ophtalmologique à la tétracycline Évaluer les signes de danger et conseiller sur leur prompte identification et la recherche des soins par la famille (allaitement insuffisant, activité réduite, difficulté à respirer, fièvre et froid, crises ou convulsions) Identifier et soutenir les nouveau-nés qui ont besoin de soins supplémentaires (par ex., insuffisance pondérable, maladie, mère séropositive) Administrer 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire au cours de la première heure suivant la naissance Vacciner suivant les protocoles locaux[2] Peser le bébé Fournir le certificat de naissance ou l'enregistrement de la naissance Identifier et prendre en charge les nouveau-nés présentant des signes de danger

2 Les vaccins du nouveau-né, notamment le vaccin oral contre la polio et l'hépatite B, et le BCG ne font PAS partie de la trousse de soins du nouveau-né parce qu'ils sont généralement achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF dans le cadre de la réponse en santé infantile. La collaboration étroite avec les organisations qui travaillent sur la santé infantile et l'acquisition et la gestion des vaccins est essentielle pour assurer la fourniture des vaccins durant la période postnatale.

TABLEAU 3 : Soins essentiels du nouveau-né pour tous les nouveau-nés (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	Distribuer la trousse de soins néonatals à usage domestique aux familles qui ne l'ont pas reçue au niveau communautaire (voir l'**Annexe 5A**) Promouvoir les soins néonatals de base, y compris : • L'allaitement maternel exclusif • La protection thermique • Le lavage des mains pour les personnes qui touchent le bébé • Les soins hygiéniques du cordon et de la peau Évaluer l'état de la mère et du bébé pour déceler d'éventuels problèmes avant la sortie de l'hôpital. Si aucun problème n'est détecté : • Autoriser la sortie de la mère/du bébé pour qu'ils aillent à la maison • Donner à la mère/famille une date précise pour revenir à l'établissement (même si tout va bien) OU organiser une première Visite à domicile avec les mères/familles le plus tôt possible après la sortie • Conseiller la mère/famille sur la nécessité de revenir immédiatement si elles identifient des signes de danger OU organiser une première visite à domicile avec les mères/familles dès que possible après l'arrivée du bébé à domicile • Les autres visites devraient suivre le même calendrier que celui des visites pour les naissances à domicile Pour les visites à domicile les jours 1, 3 et 7, examiner le nouveau-né pour déceler des signes de danger de septicémie ou de pneumonie (ou d'autres maladies) : • **Maladie grave :** Absence de mouvements/inconscience, antécédents de convulsions, incapacité à téter, saignement abondant, ou fontanelle bombée • **Infection cliniquement grave :** Fièvre (température supérieure ou égale à 38 °C), hypothermie (température inférieure à 35,5 °C), alimentation insuffisante, mouvement réduit, tirage sous-costal sévère • **Respiration rapide isolée :** *Fréquence respiratoire > 60 respirations par minute* Promouvoir une visite médicale à la semaine 6 pour les vaccinations Pour les mères séropositives : • Encourager les mères à subir le dépistage du VIH et à solliciter d'autres soins pour leurs nouveau-nés • Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et surveiller les signes de danger chez les nouveau-nés car ils sont particulièrement vulnérables aux infections • Initier un traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez les bébés, si possible Consulter les **Annexes 1B** et **1C** pour plus d'informations sur la prévention et la prise en charge des naissances prématurées et des infections

ANNEXE 1B

TABLEAU 1 : Soins du nouveau-né prématuré/ en insuffisance pondérale

SOINS À DOMICILE

Prodigués généralement par les agents de santé communautaires

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

GROSSESSE	Durant les soins prénatals, conseiller la mère en matière de bonne alimentation pendant la grossesse et l'allaitement Encourager l'allaitement maternel exclusif immédiat du nouveau-né pendant les six premiers mois Sensibiliser les mères sur les facteurs de risque de travail et de soins prématurés pour les bébés prématurés
TRAVAIL/ ACCOUCHEMENT	Identifier les femmes en travail prématuré et les conduire, si possible, à la structure sanitaire la plus proche Utiliser des méthodes d'accouchement sans risques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instrument de coupe stérile, et table de coupe propre)
IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Fournir des soins thermiques supplémentaires par un contact permanent peau à peau et à l'aide d'un bonnet et d'une étoffe pour couvrir le bébé Orienter tout nouveau-né prématuré ou en insuffisance pondérale (bébés de moins de 2 500 g ou nés avant 37 semaines de grossesse) pour des soins plus approfondis (examen physique et MMK), si nécessaire
PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	Suivre très attentivement les bébés de petite taille à domicile pendant la période postnatale ; fournir un soutien pour la MMK et l'allaitement, et surveiller la prise de poids Pour les nouveau-nés présentant des signes de danger (voir l'**Annexe 1A**), accompagner la mère et le bébé, si possible, vers des structures sanitaires

TABLEAU 2 : Soins du nouveau-né prématuré/ en insuffisance pondérale

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Camps, dispensaires provisoires ou mobiles, et services de santé locaux)

Prodigués par des sages-femmes-infirmières auxiliaires, des infirmiers et des cliniciens

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

GROSSESSE	Pendant les soins prénatals, conseiller la mère en matière de bonne alimentation pendant la grossesse et l'allaitement Encourager l'allaitement maternel exclusif et immédiat pour le nouveau-né pendant les 6 premiers mois Sensibiliser sur la prématurité, le travail prématuré, et les soins aux bébés prématurés Pour les zones où le paludisme est endémique ou pour les réfugiés et déplacés internes provenant de zones où le paludisme est endémique, traiter les femmes enceintes souffrant du paludisme à l'aide du traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes Fournir des traitements pour les autres infections, notamment la syphilis, le VIH/SIDA, et les autres infections sexuellement transmissibles Dépister et traiter la bactériurie asymptomatique
TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Identifier les femmes en travail prématuré et les orienter, si possible, vers la structure sanitaire la plus proche Pour les femmes qui ont moins de 34 semaines de gestation et chez qui le travail prématuré semble imminent, les accompagner dans un hôpital disposant des corticostéroïdes anténatals Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instruments de coupe stérile et surface de coupe propre) et maintenir un environnement hygiénique Pour les nouveau-nés qui ne respirent dans la minute suivant la naissance après une stimulation tactile, fournir une réanimation de base du nouveau-né (ballon autogonflant, masque et dispositif d'aspiration) Pour les bébés qui n'ont pas besoin de ventilation au ballon et au masque, retarder le clampage du cordon d'au moins une minute

TABLEAU 2 : Soins du nouveau-né prématuré/en insuffisance pondérale (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Camps, dispensaires provisoires ou mobiles, et services de santé locaux)

Prodigués par des sage-femmes-infirmières auxiliaires, des infirmiers et des cliniciens

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Effectuer un examen physique complet dans les deux heures qui suivent la naissance Fournir des soins thermiques supplémentaires par un contact peau à peau continu en utilisant un bonnet et une couverture pour couvrir le bébé Donner immédiatement un traitement de l'hypoglycémie, si décelée Fournir des mesures supplémentaires de prévention des infections Fournir un soutien à la mère pour l'allaitement (tasse et cuillère) si elle ne peut pas allaiter
PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	Observer et surveiller les signes vitaux des nouveau-nés à risque pendant au moins 24 heures. Surveiller les signes de danger et orienter, si nécessaire Continuer la MMK pour les prématurés en surveillant soigneusement l'alimentation, la prise de poids et les signes de maladie Pour les nouveau-nés qui ont des difficultés à s'alimenter, aider la mère à exprimer le lait maternel par la main Souligner l'importance du lavage des mains avant d'exprimer le lait maternel et de garder toutes les tasses et les ustensiles propres

ANNEXE 1B

TABLEAU 3 : Soins du nouveau-né prématuré/ en insuffisance pondérale

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

GROSSESSE	Pendant les soins prénatals, conseiller la mère en matière de bonne alimentation pendant la grossesse et l'allaitement Encourager l'allaitement maternel exclusif et immédiat pour le nouveau-né pendant les 6 premiers mois Sensibiliser les mères à la prématurité, le travail prématuré et les soins pour les bébés prématurés Pour les zones où le paludisme est endémique ou pour les réfugiés ou les déplacés internes provenant de zones où le paludisme est endémique, traiter les femmes enceintes contre le paludisme à l'aide du traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes Fournir des traitements contre d'autres infections, notamment la syphilis, le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles Dépister et traiter la bactériurie asymptomatique
TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Administrer un traitement prénatal aux corticostéroïdes aux femmes à risque d'accouchement prématuré de 24 à 34 semaines de gestation lorsque les conditions suivantes sont présentes : • L'âge gestationnel est connu • La naissance prématurée est considérée comme imminente • Aucune preuve clinique d'infection maternelle n'existe • Les soins adéquats à l'accouchement sont disponibles • Le nouveau-né prématuré peut recevoir des soins adéquats, si nécessaire (notamment la réanimation, les soins thermiques, le soutien alimentaire, le traitement des infections, et l'utilisation sans risque de l'oxygène) Utiliser les méthodes d'accouchements hygiénique (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instrument de coupe stérile et table de coupe propre) dans un environnement sain Pour les nouveau-nés qui ne respirent dans la minute suivant la naissance, fournir une réanimation de base (sac autogonflant, masque, et dispositif d'aspiration) Pour les bébés qui n'ont pas besoin de ventilation par ballon et masque, retarder le clampage du cordon d'au moins 1 minute
IMMÉDIATE-MENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Effectuer un examen physique complet dans les deux heures suivant la naissance. Assurer des soins supplémentaires aux bébés prématurés grâce à la MMK, aux mesures supplémentaires de prévention des infections, et au soutien à l'alimentation à l'aide d'une tasse et d'une cuillère ou d'une sonde nasogastrique Administrer immédiatement un traitement de l'hypoglycémie, si décelée

TABLEAU 3 : Soins du nouveau-né prématuré/en insuffisance pondérale (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes et des médecins

PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	Surveiller les signes vitaux des nouveau-nés à risque pendant au moins 24 heures Si le bébé est instable et que des couveuses sont disponibles, envisager les soins sous couveuse jusqu'à ce qu'il puisse rester avec sa mère et recevoir des soins continus peau à peau (c'est-à-dire, la méthode mère kangourou). Continuer la MMK pour les prématurés en surveillant attentivement leur alimentation, leur prise de poids et les signes de maladie Pour les nouveau-nés qui ont des difficultés à s'alimenter, aider la mère à exprimer le lait maternel manuellement ; souligner l'importance du lavage des mains avant d'exprimer le lait maternel et de garder toutes les tasses et les ustensiles propres. Encourager la mère à utiliser une tasse à bec ; si un personnel qualifié et un équipement adéquat sont disponibles, les prestataires peuvent utiliser une sonde nasogastrique Déterminer le taux de glycémie avant chaque allaitement • S'il ne tète pas encore, déterminer la glycémie au moins toutes les 3 heures jusqu'à ce que le taux reste stable et traiter en conséquence Prendre la température toutes les 4 heures Peser le nouveau-né au moins 1 fois par jour (idéalement, 2 fois par jour) Continuer à prendre des précautions supplémentaires pour les bébés prématurés et les tétées spéciales Continuer à surveiller la température et le poids Lorsque les fournitures et la p ossibilité de surveiller la saturation en oxygène et l'état cardiorespiratoire le permettent, fournir des soins spécialisés en cas de détresse respiratoire : • Surfactant aux nouveau-nés intubés et ventilés • Ventilation en pression positive continue • Prévention et traitement de l'apnée de la prématurité Prendre en charge les nouveau-nés atteints de jaunisse

ANNEXE 1C

TABLEAU 1 : Infections chez les nouveau-nés

SOINS À DOMICILE

Prodigués généralement par les agents de santé communautaires

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

GROSSESSE	Dans les zones où le paludisme est endémique, distribuer des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes à utiliser pendant et après la grossesse. Conseiller les mères/familles sur la nécessité de faire dormir également le nouveau-né sous moustiquaire imprégnée
TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instruments de coupe stérile et surface de coupe propre)
IMMÉDIA-TEMENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Commencer l'allaitement maternel exclusif dès que possible après la naissance ou au moins dans l'heure qui suit celle-ci Administrer des soins hygiéniques au corps et au cordon ombilical (notamment le CHX, voir l'**Annexe 1A**) Administrer des soins oculaires (dose unique de pommade ophtalmique à la tétracycline) Évaluer les signes de danger et conseiller sur leur identification rapide et la recherche de soins par la famille (le bébé qui ne tète pas bien, dont l'activité est réduite, qui respire difficilement, a de la fièvre ou froid, fait des crises ou convulse) *Si des signes de septicémie sont présents, transférer immédiatement les femmes/bébés à l'hôpital*

TABLEAU 1 : Infections chez les nouveau-nés (suite)

SOINS À DOMICILE

Prodigués généralement par les agents de santé communautaires

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	• Allaitement maternel exclusif • Sécher et garder le bébé au chaud • Lavage des mains avant de toucher le bébé • Soins hygiéniques au cordon ombilical et au corps Examiner le nouveau-né pour déceler les signes de danger de septicémie ou de pneumonie (ou d'autres maladies) : • Ne s'alimente pas bien • Fait des crises ou convulse • A une activité réduite ou manque de mouvements • Respire rapidement (plus de 60 respirations par minute) • A un tirage sous-costal sévère • A une température supérieure à 37,5 °C • A une température inférieure à 35,5 °C • A un très faible poids de naissance (< 2,5 kg) *Si des signes de danger ou de maladie grave sont décelés lors des visites à domicile[3], aider les mères/familles à solliciter des soins primaires ou hospitaliers le plus tôt possible* Encourager les mères séropositives à se faire dépister et à prendre soin de leurs nouveau-nés. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et observer les nouveau-nés à la recherche de signes de danger

3 Si le transfert n'est pas possible, voir : Managing Possible Serious Bacterial Infection in Young Infants When Referral is Not Feasible de l'OMS (2015). Disponible à l'adresse : www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/bacterial-infection-infants/en/

TABLEAU 2 : Infections chez les nouveau-nés

SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIMAIRES (Camps, dispensaires provisoires ou mobiles, et services de santé locaux)

Prodigués par des sages-femmes-infirmières auxiliaires, des infirmiers et des cliniciens

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

GROSSESSE	Dans les zones où le paludisme est endémique, distribuer des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes à utiliser pendant et après la grossesse. Conseiller les mères/familles de faire dormir le nouveau-né sous moustiquaire Tester et traiter les femmes pour la syphilis, si possible Vacciner les femmes enceintes contre le tétanos Dans les régions où le paludisme est endémique, ou chez les populations déplacées provenant de zones où le paludisme est endémique, utiliser le traitement préventif intermittent pour traiter les mères qui souffrent de paludisme Pour les femmes des pays à forte prévalence du VIH, déterminer leur statut sérologique. Suivre les lignes directrices sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour les femmes séropositives[4]
TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instrument de coupe stérile et surface de coupe propre) Donner des antibiotiques pour la prise en charge de la rupture prématurée des membranes avant terme
IMMÉDIATE-MENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Commencer l'allaitement maternel exclusif dès que possible, au moins après l'heure de l'accouchement Appliquer les soins hygiéniques du corps et du cordon ombilical (voir l'**Annexe 1A**) Administrer des soins oculaires (dose unique de pommade ophtalmologique à la tétracycline) Évaluer les signes de danger et conseiller sur l'identification des signes de danger et la recherche des soins par la famille (enfant qui ne tète pas bien, dont l'activité st réduite, qui respire difficilement, a de la fièvre ou froid, fait des crises ou convulse) *Si des signes de septicémie sont identifiés, transférer immédiatement les femmes/bébés à l'hôpital. S'il est impossible de les transférer, administrer un traitement contre la respiration rapide et les infections graves selon les dernières recommandations de l'OMS. Voir la Section 3.4.a.*

4 Les médicaments et les produits médicaux contre le VIH ne sont pas inclus dans les trousses de soins du nouveau-né. Pour vous procurer des médicaments antirétroviraux, rapprochez-vous du groupe de travail sur le VIH ou du programme national de lutte contre le VIH/SIDA.

TABLEAU 2 : Infections chez les nouveau-nés (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Camp, dispensaires provisoires ou mobiles et services de santé locaux)

Prodigués par des sages-femmes-infirmières auxiliaires, des infirmiers et des cliniciens

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	• Allaitement maternel exclusif • Sécher et garder le bébé au chaud • Lavage des mains avant de toucher le bébé • Soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau Examiner le nouveau-né pour déceler les signes de danger de septicémie ou de pneumonie (ou d'autres maladies) : • Ne s'alimente pas bien • Fait des crises ou convulse • A une activité réduite ou manque de mouvements • Respire rapidement (plus de 60 respirations par minute) • A un tirage sous-costal sévère • A une température supérieure à 37,5 °C • A une température inférieure à 35,5 °C • A un très faible poids à la naissance (< 2,5 kg) *Si des signes de danger ou une maladie grave sont détectés lors des visites à domicile, aider les mères/familles à solliciter des soins primaires ou hospitaliers immédiatement* Encourager les mères séropositives à se faire dépister et à prendre soin de leurs nouveau-nés. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et observer les nouveau-nés à la recherche des signes de danger. Mettre la mère et le bébé sous traitement en suivant les protocoles locaux Administrer des antibiotiques prophylactiques à un nouveau-né qui présente des facteurs de risque d'infection (c'est-à-dire des membranes rompues plus de 18 heures avant l'accouchement, une mère atteinte d'une fièvre de plus de 38 °C avant l'accouchement ou pendant le travail, ou un liquide amniotique malodorant ou purulent) Observer et surveiller les signes vitaux des nouveau-nés à risque pendant au moins 24 heures

TABLEAU 3 : Infections chez les nouveau-nés

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

GROSSESSE	Dans les régions où le paludisme est endémique, ou pour les populations déplacées provenant de zones où le paludisme est endémique, utiliser le traitement préventif intermittent pour soigner les mères qui souffrent de paludisme, et distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes à utiliser pendant et après la grossesse. Conseiller les mères/familles sur la nécessité de faire dormir également le nouveau-né sous la moustiquaire Dépister la syphilis chez les femmes et les traiter dans la mesure du possible Vacciner les femmes enceintes contre le tétanos Pour les femmes de pays à forte prévalence du VIH, déterminer leur statut sérologique. Suivre les lignes directrices sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour les femmes séropositives[5]
TRAVAIL/ ACCOUCHE-MENT	Utiliser les pratiques d'accouchement hygiéniques (mains propres, périnée propre, surface propre, cordon et instruments de ligature propres, instruments de coupe stérile et surface de coupe propre) Administrer des antibiotiques pour la prise en charge de la rupture prématurée des membranes avant terme
IMMÉDIATE-MENT APRÈS LA NAISSANCE (durant la première heure)	Commencer l'allaitement maternel exclusif le plus tôt possible après la naissance ou au moins dans l'heure qui suit celle-ci Donner des soins hygiéniques de la peau et du cordon ombilical (voir l'**Annexe 1A**) Appliquer des soins oculaires (dose unique de pommade oculaire à la tétracycline) Évaluer les signes de danger et conseiller sur leur reconnaissance rapide et la recherche des soins par la famille (ne pas bien allaiter, activité réduite, respiration difficile, fièvre ou sensation de froid, crises ou convulsions)

5 Les médicaments et les produits médicaux contre le VIH ne sont pas inclus dans les trousses de soins du nouveau-né. Pour vous procurer les médicaments antirétroviraux, rapprochez-vous du groupe de travail sur le VIH ou du programme national de lutte contre le VIH/SIDA.

TABLEAU 3 : Infections/septicémie chez le nouveau-né (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmiers, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

Fournir les soins essentiels du nouveau-né conformément à l'Annexe 1A

PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	• Allaitement maternel exclusif • Sécher et garder le bébé au chaud • Lavage des mains avant de toucher le bébé • Soins hygiéniques du cordon ombilical et de la peau Examiner le nouveau-né pour déceler les signes de danger de septicémie ou de pneumonie (ou d'autres maladies) : • Ne s'alimente pas bien • Crises ou convulsions • Activité réduite ou manque de mouvements • Respiration rapide (plus de 60 respirations par minute) • Tirage sous-costal sévère • Température supérieure à 37,5 °C • Température inférieure à 35,5 °C • Très faible poids de naissance (< 2,5 kg) Encourager les mères séropositives à se faire dépister et à prendre soin de leurs nouveau-nés. Promouvoir l'allaitement maternel exclusif et observer les nouveau-nés à la recherche de signes de danger. Mettre la mère et le bébé sous traitement contre le VIH selon les protocoles locaux Administrer des antibiotiques prophylactiques à un nouveau-né qui présente des facteurs de risque d'infection (c'est-à-dire des membranes rompues plus de 18 heures avant la naissance, une mère avec une fièvre de plus de 38 °C avant la naissance ou pendant le travail, ou un liquide amniotique malodorant ou purulent) Observer et surveiller les signes vitaux des nouveau-nés à risque pendant au moins 24 heures Administrer un traitement antibiotique de première ligne aux nouveaunés de moins de 2 mois

TABLEAU 3 : infections chez les nouveau-nés (suite)

SOINS EN MILIEU HOSPITALIER (Soins spécialisés)

Prodigués par des infirmières, des cliniciens, des sages-femmes-infirmières et des médecins

PLUS TARD APRÈS LA NAISSANCE	• Pendant la première semaine de vie : ampicilline (IV/IM) : 50/mg/kg/jour toutes les 12 heures et gentamicine (IV/IM) : 3 mg/kg/jour pour les bébés en insuffisance pondérale ou 5 mg/kg/jour pour les bébés de poids normal à la naissance • De 2 à 4 semaines de vie : ampicilline (IV/IM) : 50/mg/kg/jour toutes les 8 heures et gentamicine : 7,5 mg/kg/dose une fois par jour En cas de septicémie ou pneumonie suspectée, traiter le bébé pendant 10 jours. En cas de méningite suspectée, traiter le bébé pendant 21 jours. Considérez la benzylpénicilline comme une alternative à l'ampicilline, si nécessaire ; la cloxacilline et la ceftriaxone peuvent être utilisées pour une couverture plus large en cas d'infection cutanée ou de méningite, respectivement En cas de cyanose ou de détresse respiratoire sévère, administrer de l'oxygène à l'aide des pinces nasales ou d'un cathéter nasal Si le syndrome de détresse respiratoire est diagnostiqué, fournir la ventilation à pression positive continue et surveiller les niveaux d'oxygène En cas de somnolence, d'inconscience ou de convulsions, vérifier le taux de glycémie et prendre en charge l'hypoglycémie, selon le besoin En cas de convulsions, administrer du phénobarbital

Doses des médicaments courants pour les nouveau-nés

ANNEXE 2 : Doses des médicaments courants pour les nouveau-nés

ANNEXE 2

MÉDICAMENT	DOSAGE	FORME
Aminophylline pour prévenir L'apnée	Calculer la dose orale d'entretien précise	
	Dose initiale : 6 mg/kg par voie orale ou intraveineuse pendant plus de 30 minutes, ensuite	Flacon de 250 mg/10 ml. Diluer la dose initiale à 5 ml avec de l'eau stérile, administrer lentement pendant 15 à 30 minutes
	Dose d'entretien : **Première semaine de vie :** **Voie orale :** 2,5 mg/kg toutes les 12 heures **2 à 4 semaines de vie :** **voie orale :** 4 mg/kg toutes les 12 heures	
Ampicilline	IM/IV : 50 mg/kg **1ère semaine de vie :** toutes les 12 heures **2 à 4 semaines de vie :** toutes les 8 heures	Flacon de 250 mg mélangé à 1,3 ml d'eau stérile à 250 mg/1,5 ml
Citrate de caféine	Calculer la dose orale d'entretien précise	
	Dose initiale : Voie orale : 20 mg/kg (ou intraveineuse pendant 30 minutes)	
	Dose d'entretien : 5 mg/kg par jour, voie orale (ou intraveineuse pendant 30 minutes)	
Céfotaxime	IV : 50 mg/kg Nourrissons prématurés : toutes les 12 heures **Première semaine de vie :** toutes les 8 heures **2 à 4 semaines de vie :** toutes les 6 heures	Flacon de 500 mg mélangé avec 2 ml d'eau stérile à 250 mg

POIDS DU NOURISSON EN KG

1–< 1,5	1,5–< 2	2–2,5	2,5–< 3	3–3,5	3,5–< 4	4–< 4,5
0,6 ml	0,8 ml	1,0 ml	L'aminophylline n'est habituellement pas administrée aux nourrissons nés à terme.			
0,1–0,15 ml	0,15–0,20 ml	0,20–0,25 ml				
0,15–0,2 ml	0,25–0,3 ml	0,30–0,4 ml				
0,3–0,6 ml	0,6–0,9 ml	0,9–1,2 ml	1,2–1,5 ml	1,5–2,0 ml	2,0–2,5 ml	2,5–3,0 ml
20–30 mg	30–40 mg	40–50 mg	50–60 mg	60–70 mg	70–80 mg	80–90 mg
5–7,5 mg	7,5–10 mg	10–12,5 mg	12,5–15 mg	15–17,5 mg	17,5–20 mg	20–22,5 mg
0,3 ml	0,4 ml	0,5 ml	0,6 ml	0,7 ml	0,8 ml	0,9 ml

MÉDICAMENT	DOSAGE	FORME
Ceftriaxone pour méningite	IV : 50 mg/kg toutes les 12 heures	Un flacon de 1 g mélangé avec 9,6 ml d'eau stérile à 1 g/10 ml
	IM/IV : 100 mg/kg une fois par jour	
Pour l'écoulement du pus des yeux	50 mg/kg une fois en IM (maximum : 125 mg)	
Cloxacilline	25–50 mg/kg par dose Première semaine de vie : toutes les 12 heures	Un flacon de 25 mg mélangé avec 1,3 ml d'eau stérile à 250 mg/1,5 ml
	2 à 4 semaines de vie : toutes les 8 heures	
Gentamicine	Calculez de préférence la dose précise en fonction du poids du nourrisson	
	Première semaine de vie : Nourrissons en insuffisance pondérale : IM/IV : 3 mg/kg une fois/jour Poids normal à la naissance : IM/IV : 5 mg/kg par dose une fois par jour	Flacon de 20 mg/2 ml Flacon de 80 mg/2 ml Dilués dans 8 ml avec de l'eau stérile à 10 mg/ml eau à 10 mg/ml
	2 à 4 semaines de vie : IM/IV : 7,5 mg/kg une fois/jour	
Remarque : *Pour un flacon de 80 mg/2 ml, diluer à 8 ml avec de l'eau stérile à 10 mg/ml*		
Kanamycine	IM/IV : 20 mg/kg (une dose pour l'écoulement du pus des yeux)	Flacon de 2 ml pour obtenir 125 mg/ml
Naloxone	0,1 mg/kg	Flacon de 0,4 mg/ml

POIDS DU NOURISSON EN KG

1–< 1,5	1,5–< 2	2–2,5	2,5–< 3	3–3,5	3,5–< 4	4–< 4,5
0,5– 0,75 ml	0,75– 1 ml	1–1,25 ml	1,25– 1,5 ml	1,5– 1,75 ml	1,75– 2 ml	2–2,5 ml
1–1,5 ml	1,5–2 ml	2–2,5 ml	2,5–3 ml	3–3,5 ml	3,5–4 ml	4–4,5 ml
25 mg/kg : 0,15– 0,3 ml	0,3– 0,5 ml	0,5– 0,6 ml	0,6– 0,75 ml	0,75– 1,0 ml	1,0– 1,25 ml	1,25– 1,5 ml
50 mg/kg : 0,3–0,6 ml	0,6– 0,9 ml	0,9– 1,2 ml	1,2– 1,5 ml	1,5– 2,0 ml	2– 2,5 ml	2,5– 3,0 ml
0,3– 0,5 ml	0,5– 0,6 ml	0,6– 0,75 ml	1,25– 1,5 ml	1,5– 1,75 ml	1,75– 2 ml	2– 2,25 ml
0,75– 1,1 ml	1,1– 1,5 ml	1,5– 1,8 ml	1,8– 2,2 ml	2,2– 2,6 ml	2,6– 3,0 ml	3,0– 3,3 ml
administrer la même dose que celle du tableau ci-dessus.						
0,2– 0,3 ml	0,3– 0,4 ml	0,4– 0,5 ml	0,5– 0,6 ml	0,6– 0,7 ml	0,7– 0,8 ml	0,8– 1,0 ml
0,25 ml	0,25 ml	0,5 ml	0,5 ml	0,75 ml	0,75 ml	1 ml

ANNEXE 2

MÉDICAMENT	DOSAGE	FORME
PENICILLINE		
Benzylpénicilline	50 000 U/kg par dose **Première semaine de vie :** toutes les 12 heures **De 2-4 semaines et plus :** toutes les 6 heures	Flacon de 600 mg (1 000 000 U) dilué avec 1,6 ml d'eau stérile à 500 000 U/ml
Benzathine benzylpénicilline	50 000 U/kg une fois par jour	IM : flacon de 1 200 000 U mélangé à 4 ml d'eau stérile
Benzylpénicilline procaïne	IM : 5 000 U/kg une fois par jour	Flacon de 3-g (3 000 000 U) mélangé à 4 ml d'eau stérile
Phénobarbital	**Dose initiale :** IM/IV ou par voie orale : 20 mg/kg	Flacon de 200 mg/ml dilué avec 4 ml d'eau stérile
		Comprimés de 30 mg
	Dose d'entretien : Voie orale : 5 mg/kg par jour	Comprimés de 30 mg

Source : WHO. *Pocket Book of Hospital Care for Children.* Second edition. WHO, 2013. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546700/en/

POIDS DU NOURISSON EN KG						
1–< 1,5	1,5–< 2	2–2,5	2,5–< 3	3–3,5	3,5–< 4	4–< 4,5
0,2 ml	0,2 ml	0,3 ml	0,5 ml	0,5 ml	0,6 ml	0,7 ml
0,2 ml	0,3 ml	0,4 ml	0,5 ml	0,6 ml	0,7 ml	0,8 ml
0,1 ml	0,15 ml	0,2 ml	0,25 ml	0,3 ml	0,3 ml	0,35 ml
			Calculer la dose précise			
½	¾	1	1¼	1½	1¾	2
¼	¼	½	½	½	¾	¾

ANNEXE 3

Soins avancés pour les nouveau-nés gravement malades

3A : Exigences pour les soins avancés du nouveau-né

3B : Formulaire de surveillance et de contrôle pour les nouveau-nés hospitalisés

3C : Ressources pour les soins avancés du nouveau-né

Exigences pour les soins avancés du nouveau-né

Les nouveau-nés gravement malades ont besoin de soins hospitaliers avancés pour survivre. Ils sont souvent difficiles à établir dans une réponse à une crise, mais réalisables dans certains contextes. Les soins néonatals avancés incluent l'oxygénothérapie sans risques, la photothérapie, la fourniture de chaleur, le soutien alimentaire, ainsi que la prévention et le traitement des infections. Une infrastructure adéquate (un espace dédié), des équipements et des fournitures, ainsi qu'un personnel de santé spécialisé et dévoué, sont nécessaires.

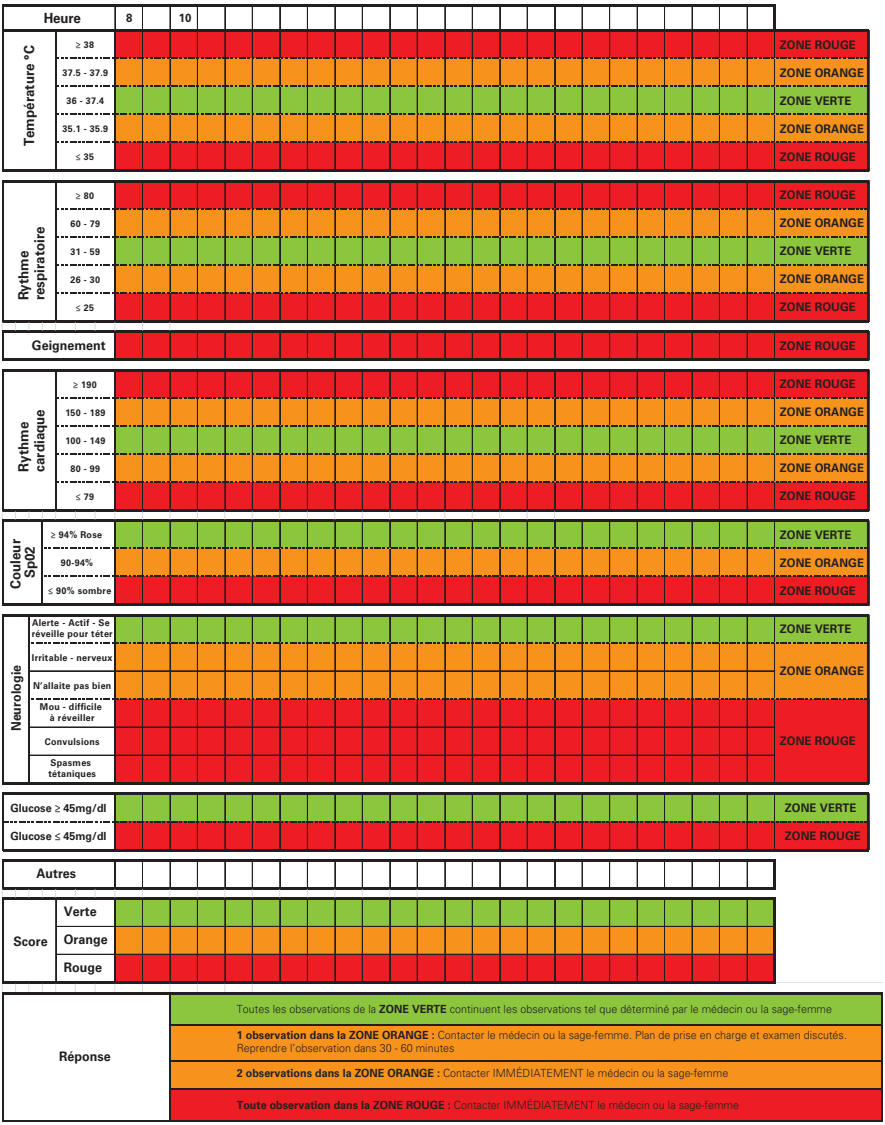
ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES	**L'oxygénothérapie sans risques :** pinces nasales de 1 et 2 mm et tube d'oxygène ; cathéter d'aspiration de 5, 8, 10, 12 ou 14 ch ; pompe d'aspiration avec accessoires ; mélangeurs d'oxygène, humidificateurs et dispositif à faible débit ; oxymètre de pouls et sondes néonatales ; source/approvisionnement d'oxygène régulier ; dispositif de CPAP avec accessoires **Photothérapie :** lampe et tubes/ampoules de photothérapie, mesure de la bilirubine sérique totale (BST) **Chaleur :** radiateur rayonnant, chauffe-bébé, couveuse **Soutien à l'alimentation :** sondes nasogastriques de 3,5 à 10 ch ; seringues d'alimentation de 2,5, 5, 10 ml ; dispositif de tubes à perfusion (ensemble pour perfusion néonatale) ; liquides, y compris le glucose **Prévention et traitement des infections :** lotion pour mains à base d'alcool, solution de nettoyage antiseptique (par exemple povidone-iodée), solutions désinfectantes (p. ex., l'eau de Javel), les antibiotiques, les protocoles affichés strictement appliqués **Fournitures essentielles :** voir l'Annexe 5c
PERSONNEL	Personnel permanent, spécialisé en soins infirmiers et obstétricaux, y compris au moins un néonatologiste Ratio minimum personnel/nouveau-né : • Médecins : 1/20 • Infirmières/sages-femmes : 1/5 à 10 • Infirmières assistantes : 1/5 à 10
ESPACE	Un espace, une salle ou un pavillon dédié dans un établissement avec des espaces spécifiques pour la MMK, la réanimation et la stabilisation Source d'énergie fiable, notamment un générateur de secours fonctionnel et une source pérenne d'oxygène
Soutiens et fournitures supplémentaires	• Graphique d'observation néonatale • Prophylaxie post-exposition pour la prévention de la transmission mère-enfant • Accès au laboratoire et à la radiographie, si possible

Adapté de : Save the Children et al. *Management of Sick and Small Newborns : Trainee Manual, Field-test Version. 2011*. Moxon SG, et al. Inpatient care of small and sick newborns : a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy and Childbirth 2015*; 15(2):S7. MSF. *Advanced Neonatal Care : Clinical and Therapeutic Guideline*. 2015.

ANNEXE 3B

Formulaire de surveillance et de contrôle du nouveau-né en milieu hospitalier

Nom : _____	**Hôpital :** _____	**Âge gestationnel :** _____
Prénom : _____	❑ **Maternité** ❑ **Unité des soins néonatals**	**Poids :** ❑ **> 2500g** ❑ **< 2500g** ❑ **< 1500g**
Date de naissance : _____	**Date :** _____	❑ **Méconium** ❑ **Urine**
Heure de naissance : _____		



Source : MSF. Advanced Neonatal Care : Clinical and Therapeutic Guideline. 2015, p. 151.

Ressources pour les soins avancés du nouveau-né

- *Essential Care for Small Babies.* American Academy of Pediatrics. 2017. hbs.aap.org
- *Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-weight Infants in Low- and Middle-income Countries.* WHO, 2011. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/
- *Integrated Management of Childhood Illness.* WHO. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci/en/
- *Interagency List of Priority Medical Devices for Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health.* WHO, 2016. www.who.int/medical_devices/md_maternal_BOOK_May2016_D.pdf
- *Management of Sick and Small Newborns: Trainee Manual, Field-test Version.* Save the Children et. al., 2011. www.kznhealth.gov.za/kinc/Trainee_manual.pdf
- *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives.* WHO, 2003. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42753/1/9241546220.pdf
- *Newborn Care Charts: Management of Sick and Small Newborns in Hospital. Save the Children.* UNICEF, et al., 2009. www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Limpopo_Care-Charts.pdf
- *Pocket Book of Hospital Care for Children.* WHO, 2013. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546700/en/
- *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice (3rd edition).* WHO, 2015. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- *Sick Newborn Care Unit (SNCU) Toolkit.* NCRC & IPGMER Kolkata. www.in.undp.org/content/dam/india/docs/NIPI/Resources_JobAidsAndFlipCharts_SNCUToolkit.pdf
- *Toolkit for Setting Up Special Newborn Units, Stabilisation Units and Newborn Care Corners.* UNICEF. https://nrhm.gujarat.gov.in/images/pdf/unice_scnu_toolkit.pdf
- *WHO Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes.* WHO, 2015. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/

ANNEXE 4

Outils d'appui à l'orientation des nouveau-nés

Pour assurer une orientation sans risque et efficace des nouveau-nés en situations de crise humanitaire, utiliser ces outils simples :

4A : Aide au travail : Quand référer un nouveau-né à l'hôpital

4B : Aide au travail : Transfert du nouveau-né malade

4C : Modèle de note de transfert

Pour plus de ressources, consulter la boîte à outils de mise en œuvre de la santé néonatale en situations de crise humanitaire à l'adresse www.healthynewbornnetwork.org.

Quand transférer un nouveau-né à l'hôpital

Pour les transferts des domiciles et des établissements de soins primaires vers un hôpital

Demander

Le bébé a-t-il du mal à téter ?

Le bébé a-t-il eu des convulsions (crises) ?

Observer, écouter, sentir

- Compter le nombre de respirations pour une minute. Reprendre le comptage si le nombre de respirations est supérieur à 60 par minute.
- Rechercher le tirage sous-costal sévère.
- Mesurer la température axillaire.
- Regarder l'ombilic. Est-il rougeâtre ou purulent ?
- Rechercher les pustules cutanées.
- Regarder les mouvements du nourrisson.
- Si le bébé dort, demander à la mère de le réveiller. Bouge-t-il de lui-même ?
- Si le bébé ne bouge pas, le stimuler doucement. Le bébé ne bouge-t-il pas du tout ?

Transférer si l'UN des signes suivants est identifié

- Allaitement insuffisant
- Convulsions
- Respiration rapide (60 respirations par minute ou plus)
- Tirage sous-costal sévère
- Fièvre (37,5 °C* ou plus)
- Température corporelle basse (moins de 35,5 °C*)
- Ne bouge que s'il est stimulé ou ne bouge pas

Mesures à prendre avant le transfert

- Administrer la première dose d'antibiotiques en intramusculaire
- Administrer le traitement de prévention de l'hypoglycémie **(Uniquement au niveau des soins de santé primaires)**
- Conseiller la mère sur la méthode pour garder le bébé au chaud pendant qu'ils vont à l'hôpital
- Transférer **D'URGENCE**

*Ces seuils sont basés sur la température axillaire. Les seuils de température rectale sont supérieurs d'environ 0,5 °C.

ANNEXE 4A

Demander

Quel est le poids du bébé ?

Combien de semaines de gestation avait la grossesse ?

Transférer si l'UN des signes suivants est identifié

Au niveau des soins à domicile :

- < 2,5 kg
- < 37 semaines de gestation

Au niveau des soins primaires :

- < 2,5 kg plus un autre signe de danger
- < 2,0 kg

Mesures à prendre avant le transfert

- Placer immédiatement le bébé en position MMK sur sa mère ou la mère porteuse
- Transférer D'URGENCE

Demander

Le bébé respire-t-il normalement, ou a-t-il une respiration haletante ?

Observer, écouter, ressentir

- Observer le bébé et sa respiration.
- Compter le nombre de respirations par minute.
- Observer si la langue du bébé est bleue.
- Observer si le bébé est pâle. Observer sa langue et ses paumes.
- Sentir le pouls et compter le rythme cardiaque en une minute.

Transférer si l'UN des signes suivants est identifié

Suivre d'abord le diagramme de réanimation du nouveau-né (Figure 3.2.). Ensuite, transférer si :

- le bébé ne respire pas du tout
- le bébé est haletant
- la respiration est de < 20 respirations par minute
- le rythme cardiaque est de < 100 par minute
- la langue est bleue

Mesures à prendre avant le transfert

- Conseiller la mère sur la méthode pour garder le bébé au chaud pendant le transfert à l'hôpital
- Transférer D'URGENCE

ANNEXE 4A

Demander

Si la jaunisse est détectée, quand la jaunisse est-elle apparue pour la première fois ?

Observer, écouter, ressentir

- Rechercher les signes de la jaunisse (yeux ou peau jaunes)
- Regarder les paumes et les semelles du bébé. Sont-elles jaunes ?

Transférer si l'UN des signes suivants est détecté

- Tout signe de jaunisse si le bébé est âgé de moins de 24 heures
- Paumes et semelles jaunes à tout âge

Mesures à prendre avant le transfert

- Administrer un traitement pour prévenir l'hypoglycémie **(à l'ESP uniquement)**
- Conseiller la mère sur la méthode pour garder le bébé chaud pendant le transfert vers l'hôpital
- Transférer D'URGENCE

** Un nouveau-né a la diarrhée lorsque ses selles ont changé par rapport à leur aspect habituel et sont plus abondantes et liquides (plus d'eau que de matières fécales). Les selles normalement fréquentes et semi-solides d'un bébé nourri au lait maternel ne sont pas diarrhéiques.

Adapté de : WHO. I*ntegrated Management of Childhood Illness* : *Chart Booklet*. 2014, p. 41-42. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104772/16/9789241506823_Chartbook_eng.pdf?ua=1. MSF. *Advanced Neonatal Care : Clinical and Therapeutic Guideline*. 2015.

Demander

Le bébé a-t-il la diarrhée ?**

Observer, écouter, ressentir

- Le nourrisson bouge-t-il de lui-même ?
- Le nourrisson bouge-t-il lorsqu'il est stimulé et s'arrête ensuite ?
- Le nourrisson ne bouge-t-il pas du tout ?
- Le nourrisson est-il agité et irritable ?
- Les yeux sont-ils enfoncés ?
- Pincer la peau de l'abdomen. Se redresse-t-elle très lentement (plus de 2 secondes) ? ou lentement ?

Transférer lorsque *DEUX* des signes suivants sont identifiés

- Bouge seulement s'il est stimulé ou ne bouge pas du tout
- Yeux enfoncés
- La peau se redresse très lentement après le pincement

Mesures à prendre avant le transfert

- Conseiller la mère sur la méthode pour garder le bébé chaud pendant le transfert à l'hôpital
- Conseiller à la mère de continuer à allaiter
- Transférer D'URGENCE

Uniquement au niveau des soins primaires :

- Si aucun autre signe de danger n'est détecté sur le nourrisson :
- Donner des liquides en cas de déshydratation grave

—ou—

- Si le nourrisson montre un autre signe de danger :
- Transférer D'URGENCE à l'hôpital et s'assurer que la mère donne des gorgées de solution de réhydratation orale pendant le trajet
- Conseiller à la mère de poursuivre l'allaitement

ANNEXE 4B

Aide au travail : Transport du nouveau-né malade

Avant le transport :

- Stabiliser autant que possible le bébé.
  - Noter que les agents de santé communautaires qualifiés peuvent administrer la dose initiale d'antibiotiques, conformément au protocole.
- Appeler l'établissement pour les avertir du transfert.
- Conseiller la famille en lui expliquant pourquoi le transfert est nécessaire. La mère doit accompagner le bébé chaque fois que c'est possible.
- Remplir la fiche de transfert (voir l'exemple à l'Annexe 4C) et la remettre à l'agent de santé qui accompagne le bébé jusqu'à l'établissement d'accueil.
- Inscrire le cas transféré dans le registre.

Sur le chemin vers l'établissement d'accueil :

- Si le bébé est en mesure de téter, l'allaiter au moins toutes les deux heures. L'allaiter exclusivement au lait maternel.
- Garder le bébé au chaud. La meilleure méthode consiste à garder le contact peau contre peau. S'assurer que le bébé est :
  - nu et ne porte qu'une couche, un bonnet et des chaussettes
  - placé entre les seins de la mère, avec les jambes repliées sur les côtes de la mère et la tête tournée sur le côté
  - Il doit être retenu avec une étoffe
- Si le contact peau contre peau n'est pas possible, bien envelopper le bébé et le garder proche de sa mère.
- Si possible, l'agent de santé qui accompagne le soignant et le bébé peut conseiller sur les soins durant le transfert, notamment sur la protection thermique et l'allaitement maternel.

Après le transfert :

- Si possible, suivre la réorientation, notamment le résultat du transfert et les mesures de suivi nécessaires.
  - Les agents de santé communautaires qualifiés peuvent initier des visites de suivi des nouveau-nés transférés.
- Suivre et lever les obstacles au processus de transfert.

Modèle de note de transfert

Noter que des fiches de transfert sous forme d'images peuvent être élaborées dans les situations où les agents de santé communautaires ne savent pas lire. Voir les exemples dans la boîte à outils de mise en œuvre de la santé néonatale en situations de crise humanitaire à l'adresse : www.healthynewbornnetwork.org.

Note de transfert à l'attention des agents de santé communautaires

Nom de la femme/bébé : _____

Âge du bébé au moment du transfert : (Jour)_____

Adresse : _____

Date du transfert : _____

Motif du tranfert (cocher l'une des cases ci-dessous) :

LA MÈRE :

❑ Saigne abondamment

❑ A de la fièvre

❑ Autres problèmes : _____

LE BÉBÉ :

❑ ne tète pas ou a cessé de téter

❑ convulse

❑ a un tirage sous-costal

❑ a une température de 37,5 °C ou plus

❑ montre des signes d'infection locale

❑ bouge seulement si stimulé ou ne bouge pas, même si stimulé

❑ respire rapidement

❑ a une température de 35,4 °C ou moins

❑ a des paumes et semelles jaunes

❑ a un poids dans la zone rouge

Nom de l'agent de santé communautaire : _____

_____

À remplir par le personnel de l'établissement de santé

Observations :_____

Vu à l'établissement par : _____

ANNEXE 5

Trousses de fournitures de soins du nouveau-né en situations de crise humanitaire

L'Annexe 5 est divisé en trois sections qui présentent le contenu des trousses de fournitures du nouveau-né comme suit :

5A : Trousse du nouveau-né au niveau communautaire

5B : Trousse du nouveau-né au niveau du dispensaire ou de l'établissement de soins primaires

5C : Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier

Commandez des trousses de fournitures de soins du nouveau-né de l'UNICEF à l'adresse : (https://supply.unicef.org).

Commandez des trousses inter-agences pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire auprès de l'UNFPA (www.unfpaprocurement. org/products). Les trousses de fournitures de soins du nouveau-né décrites dans les Annexes A, B et C correspondent, respectivement, aux Bloc 1, Bloc 2 et Bloc 3 des trousses de santé reproductive.

Trousse communautaire des soins du nouveau-né (Parties A et B)

Utilisation : Trousses à usage domestique. **Partie A : Les trousses de soins familiaux** doivent être distribuées aux femmes enceintes. **Partie B : Les trousses de santé communautaire** doivent être utilisées par les agents de santé communautaires.

Instructions : Les trousses (Parties A et B) doivent être distribuées avec des instructions illustrées sur l'utilisation du contenu, ainsi que du matériel de sensibilisation aux soins du nouveau-né facile à utiliser.

Population cible : 10 000 personnes pendant trois mois.

Hypothèses : Partie A : La trousse de soins familiaux est basée sur l'hypothèse que dans une population de 100 000 personnes avec un taux brut de natalité de 4 %, on aura 100 accouchements en trois mois. 100 trousses individuelles de soins du nouveau-né seront distribuées aux femmes pendant les trois premiers mois, et 100 autres seront remises aux femmes ayant entre 6 et 9 mois de grossesse (3ème trimestre). Si possible, harmonier la distribution avec les visites prénatales. Chaque trousse comprend 200 paquets individuels.

Partie B : La trousse de l'agent de santé communautaire est calculée suivant l'hypothèse que l'on aura 10 accouchements dans une population de 10 000 personnes. La trousse est constituée pour aider les femmes et les nouveau-nés dont les besoins ne sont pas pris en compte par d'autres mécanismes de distribution.

Trousse complémentaire de santé reproductive[1] : La trousse communautaire de soins du nouveau-né est un complément à la trousse de santé reproductive 2. Noter que la partie B de la trousse communautaire : la trousse de l'agent de santé communautaire contient des trousses d'accouchement hygiénique, qui font aussi partie de la trousse de santé reproductive, partie 2A. La trousse de santé reproductive 2B contient des fournitures supplémentaires pour les accoucheurs, notamment, une lampe de poche, un tablier en plastique et un poncho. Celles-ci ne font pas partie de la trousse de soins communautaires et peuvent être commandées séparément auprès de l'UNFPA. Le coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive doit passer une commande complémentaire de trousse pour éviter les doubles.

1 *The Inter-agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations : Manual,* qui présente en détail le contenu de la trousse de santé reproductive est disponible à www.unfpa.org et www.iawg.net.

ANNEXE 5A

Trousse communautaire des soins du nouveau-né

Contenu : Partie A : Trousse de soins familiaux

200 des articles suivants, conditionnés en paquets séparés

Articles	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Médicaments		
Tétracycline hydrochloride, pommade ophtalmologique, 1 %, tube, 5 g	200	Pour prévenir la conjonctivite néonatale (chlamydia/gonococcique)
Fournitures : Vêtements et accessoires		
Couverture, bébé, 50 x 75 cm, polyester polaire	200	
Bonnet, nouveau-né, coton	200	
Combinaison, bébé, coton	200	
Chaussettes, bébé, très petite taille, coton	200	
Serviette, 60 x 80 cm, coton	200	Pour le séchage
Ressources		
Pictogramme générique, chlorhexidine, pour les familles	200	
Pictogramme générique, tétracycline hydrochloride, pour les familles	200	

Partie B : Trousse de l'agent de santé communautaire

10 des articles suivants, conditionnés en paquets séparés

Article	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Médicaments		
Digluconate de chlorhexidine, gel, 7,1 % (base à 4 %), 10 mL	100	Voir la note de bas de page[2] ainsi que l'aide au travail jointe. Pour prévenir la septicémie et les infections du cordon ombilical
Tétracycline hydrochloride, pommade ophtalmologique, 1 %, tube, 5 g	100	Pour prévenir la conjonctivite néonatale (chlamydia/gonococcique)

2 Recommandation de l'OMS : « Application journalière de chlorhexidine (solution or gel aqueux à 7,1 % de chlorhexidine digluconate, comprenant 4 % de chlorhexidine) sur le moignon du cordon ombilical pendant la première semaine de vie pour les nouveau-nés qui sont nés à domicile dans un contexte de mortalité néonatale élevée (30 décès de nouveau-nés ou plus sur 1 000 naissances vivantes). Les soins hygiéniques et de séchage du cordon sont recommandés pour les bébés nés dans des structures sanitaires et à domicile dans un contexte de faible mortalité néonatale. L'utilisation du chlorhexidine pour les soins du moignon dans ces situations peut être envisagé uniquement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle nocive, comme la bouse de vache ». http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

Article	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Oxyde de zinc, pommade, tube, 100 mg	100	Pour prévenir l'érythème fessier
Dispositifs médicaux : fournitures		
Sac,bandoulière	20	Fournir 2 sacs par agent de santé communautaire
Trousse d'accouchement hygiénique (UNFPA) A : Paquet individuel d'accouchement (UNFPA), trousse unique	100	Chaque trousse comprend : 1 savon en barre, 100 mg ; 1 feuille plastique claire, 100 x 100 cm ; 1 sac plastique, pour contenir le placenta, 18 x 28 cm ; lame de rasoir, un seul tranchant, jetable ; 3 bandes, cordon, 3 mm x 15 cm ; étoffes, coton, 100 x 100 cm ; 2 gants, examen, moyen, usage unique
Gants, examen, latex, sans poudre, moyen, usage unique, boîte de 100	10	Total des gants : 1 000
Balance, nourrisson, ressort, tubulaire, pour jusqu'à 5 kg avec 25 g de précision	10	
Sling, à utiliser avec balance, 80 cm x 80 cm	30	3 par agent de santé communautaire
Thermomètre, clinique, numérique, 32 à 43 oC	10	
Chronomètre, pour l'infection respiratoire aigüe, version : marque 2	10	
Ressources		
Aide au travail, chlorhexidine, pictogramme générique	10	
Aide au travail, trousse d'accouchement hygiénique, pictogramme générique	10	
Aide au travail, soins essentiels du nouveau-né, pictogramme générique	10	

Remarque : Les parties A et B peuvent être commandées séparément en différentes quantités.

Les vêtements ou les couvertures pour protéger le bébé (dans la Partie A : Trousse de soins familiaux) doivent être acquis localement dans la mesure du possible. Obtenir les couches réutilisables localement. Les produits locaux sont souvent moins chers et les mères y sont habituées.

ANNEXE 5B

Trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires

Utilisation : La trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires est destinée à être utilisée dans les structures sanitaires avec la trousse inter-agences de soins de santé sexuelle et reproductive 6 (Parties A et B). Le contenu de la trousse peut être utilisé pour :

- fournir les soins essentiels du nouveau-né pour les naissances vivantes sans complications
- réanimer le nouveau-né
- stabiliser les nouveau-nés souffrant de graves infections avant de les transférer
- prendre soin des bébés prématurés au niveau du dispensaire ou de l'établissement de soins primaires

Instructions : Elle doit être utilisée par un personnel formé : sages-femmes, infirmières, médecins. La trousse doit être distribuée avec les illustrations ci-jointes qui montrent comment utiliser son contenu et les outils de sensibilisation des mères et des prestataires de soins.

Population cible : Pour un établissement desservant une population de 30 000 personnes pendant trois mois.

Hypothèses : Le contenu de la trousse est fondé sur l'hypothèse que pour une population de 30 000 personnes, on aura 300 accouchements en 3 mois avec un taux brut de natalité de 4 %[3].

Trousse complémentaire de santé reproductive[4] : La trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires est un complément à la trousse de santé reproductive de dispensaire 6 pour l'accouchement clinique qui comprend les fournitures pour le travail et l'accouchement.

---

3 Les 300 accouchements prévus sont au niveau des établissements de soins primaires/dispensaires uniquement, et ne tiennent pas compte des accouchements qui ont lieu au niveau communautaire.

4 *The Inter-agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations : Manual*, qui présente en détail le contenu de la trousse de santé reproductive est accessible à www.unfpa.org et www.iawg.net

Trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires (suite)

Contenu :

Articles (soins de santé primaires)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Médicaments		
Amoxicilline, comprimés dispersibles, 125 mg	6 000	Doivent être réservés au traitement après la sortie/pour traiter les infections bactériennes locales
Ampicilline (sous forme de sel de sodium), poudre pour injection en IV/IM, 500 mg	400	Pour le traitement des infections bactériennes graves
Benzathine benzylpénicilline, poudre pour injection en IM, 900 g, flacon de 5-mL (équivalent à 1,2 million IU)	150	Pour le traitement de la syphilis symptomatique congénitale
Benzylpénicilline (sel de potassium ou de sodium), poudre stérile pour injection en IV/IM, flacon de 600 mg (équivalent à 1 million IU)	50	À utiliser dans les 90 minutes après l'ouverture du flacon/Pour traiter les infections bactériennes/la pneumonie et la syphilis symptomatique congénitale
Digluconate de chlorhexidine, gel, 7,1 % (base à 4 %), 10 mL	300	Voir la note de bas de page 5 et l'aide au travail jointe./Pour prévenir la septicémie et l'infection du cordon
Gentamicine (sulfate), solution stérile, pour injection en IM/IV ou perfusion en IV, 10 mg/mL, ampoules de 2 mL	1 200	Pour la prise en charge des infections bactériennes graves
Glucose, solution stérile pour perfusion en IV, 10 %, bouteille de 500 mL, sacs sans PVC flexible ou pliables avec tête hexagonale + ensemble pour perfusion	600	Pour la prise en charge de l'hypoglycémie néonatale
Paracétamol, suppositoires rectaux, capsules, 125 mg	150	Pour la prise en charge de la fièvre néonatale
Paracétamol, liquide pour voie orale, 120 mg/5 mL, bouteille, 60 mL	300	Pour la prise en charge de la fièvre néonatale
Phénobarbital, élixir, 15 mg/5 mL	15	Pour traiter les crises convulsives
Phénobarbital sodique, solution stérile pour injection en IM, 30 mg/mL, ampoule de 1 mL	150	Pour traiter les crises convulsives néonatales

5 Recommandation de l'OMS : « L'application quotidienne du chlorhexidine (solution aqueuse ou gel à 7,1 % digluconate de chlorhexidine, 4 % chlorhexidine) au cordon ombilical pendant la première semaine de vie pour tous les nouveau-nés nés à domicile dans des contextes marqués par un taux élevé de mortalité néonatale (30 décès néonatals ou plus pour 1 000 naissances vivantes). Le nettoyage et le séchage du cordon ombilical est recommandé dans les établissements de santé et à domicile dans un contexte marqué par une faible mortalité néonatale. L'utilisation de la chlorhexidine dans ces contextes peut être uniquement pour remplacer l'application de substances traditionnelles nocives comme la bouse de vache sur le moignon du cordon ombilical ». Rendez-vous à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

Trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires (suite)

Articles (soins de santé primaires)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Médicaments (suite)		
Chlorure de sodium, solution pour perfusion, 0,9 %, bouteille de 200 mL, sacc sans PVC flexibles ou pliables avec tête hexagonale + nécessaire pour perfusion	150	Reconstitution des fluides pour le traitement de la déshydratation
Chlorure de sodium, solution pour injection, 0,9 %, ampoule de 10 mL	900	Tube pour injection par voie intraveineuse jetable après administration du traitement
Tétracycline hydrochloride, pommade ophtalmologique, 1 %, tube, 5 g	300	Pour prévenir la conjonctivite néonatale (chlamydia/gonococcique)
Phytoménadione (vitamine K1), solution stérile injectable, 1 mg/0,5 mL, ampoule de 0,5 mL	300	Pour prévenir la déficience en vitamine K (maladie hémorragique du nouveau-né)
Eau, pour injection, ampoule de 10 mL	1 500	Pour reconstituer les médicaments
Oxyde de zinc, pommade, tube, 00 mg	300	Comme barrière protectrice pour promouvoir la guérison de l'érythème fessier
Dispositifs médicaux : fournitures		
Pile alkaline, 1,5 V, 13 x 50 mm, type AA/LR6	*	*Commander selon les besoins. Les piles doivent être commandées et expédiés séparément. Les piles pour les appareils à piles ne sont pas incluses avec le produit.
Canule, IV, courte, 24G, stérile, usage unique (jaune)	300	
Tasse, flexible, plastique, 100 mL	30	Pour allaiter le bébé au lait maternel
Tasse, flexible, plastique, avec couvercle, 30 mL	30	Pour allaiter le bébé au lait maternel
Gel, échographie, 250 mL	30	
Gants, examen, latex, sans poudre, taille : médium, dose unique, boîte de 100	9	900 gants au total
Nécessaire pour perfusion, pédiatrique, 60 gouttes/mL, 120-140 cm, filtre 15-20 microns, aiguille 23 G x 1", canule	150	
Lancette, sang, stérile, jetable	1 200	
Aiguille, jetable, 21 G, stérile, boîte de 100	7	700 aiguilles au total
Aiguille, jetable, 25 G, stérile, boîte de 100	22	2 200 aiguilles au total

Trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires (suite)

Articles (soins de santé primaires)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Dispositifs médicaux : fournitures (suite)		
Partogramme	350	
Désinfectant, à base d'alcool pour les mains, 60 %, bouteille avec pompe, 500 mL	200	
Nécessaire pour perfusion dans le cuir chevelu 23 G (0,60 mm)	150	Des aiguilles supplémentaires pour accompagner les nécessaires pour perfusion
Tampon, antiseptique, pour la préparation de la peau, 6 cm x 3 cm, boîte de 100	10	1 000 tampons au total
Seringue, hypodermique, luer, 2 parties, 2 mL, stérile, jetable	1 750	
Seringue, hypodermique, luer, 2 parties, 5 mL, stérile, jetable	750	
Seringue, hypodermique, luer, 3 parties, 1 mL, stérile, jetable	300	
Bande, bande adhésive médicale, 2.5 cm x 5 m, rouleau	90	
Bandelettes, test rapide de la réagine plasmatique, pour la syphilis	300	Pour les mères
Bandelettes, pour l'urine, à usages multiples (cétones, Ph, sang, glucose, protéine), 10 détections	1 200	Pour les mères
Bandelettes, pour une analyse complète de la glycémie	150	
Tube, alimentation (nasogastrique), 5 ch, 40 cm, jetable, stérile	150	
Tube, alimentation (nasogastrique), 6 ch, 40 cm, jetable, stérile	150	
Tube, alimentation (nasogastrique), 8 ch, 40 cm, jetable, stérile	200	

Trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires (suite)

Articles (soins de santé primaires)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Fourniture		
Glucomètre, 40-600 mg/dl, écran LCD 35 x 31,5 mm, 360 positions de mémoire (BG-102)	9	Glucomètre sur le lieu de soins, nécessaires électrochimiques ; à piles ; des piles sont nécessaires, mais elles ne sont pas incluses avec le produit. Les piles doivent être commandées et expédiées séparément
Appareil Doppler, de poche, écran LCD, écran FHR, 2 sondes interchangeables à 2 Mhz	3	À piles ; des piles sont nécessaires, mais elles ne sont pas incluses avec le produit. Les piles doivent être commandées et expédiées séparément. Spécifications : piles 1,5 V AA (LR6) jetables disponibles dans le commerce ou 1.2 Piles rechargeables V Ni-MH disponibles dans le commerce, 2 ou 3 unités en fonction du modèle disponible./ Pour surveiller le rythme cardiaque du fœtus
Ballon de réanimation, avec masque	9	Comprend 3 tailles de masque : prématuré, nouveau-né, et nourrisson jusqu'à 3 mois (jusqu'à 10 kg)
Balance, bébé, électronique, 10 kg	3	À piles ; des piles sont nécessaires, mais ne sont pas incluses avec le produit. Les piles doivent être commandées et expédiées séparément
Potence, pour injections en IV, 2 crochets sur 5 roulettes, ajustable de 115 à 210 cm, acier revêtu d'époxy	6	
Dispositif d'aspiration, modèle Penguin, silicone, autoclavable (986000)	9	
Mètre ruban, tailleurs, fibre de verre, 1.5 m	30	
Thermomètre, clinique, numérique, 32 à 43 °C	20	

Trousse de dispensaire ou d'établissement de soins primaires (suite)

Articles (soins de santé primaires)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Chronomètre, pour les infections respiratoires sévères, version : mark 2	6	
Vêtements et accessoires		
Couverture, bébé, absorbant polyester, 50 x 75 cm	30	
Bonnet, nouveau-né, coton	30	
Chaussettes, bébé, taille : très petite, coton	30	
Serviette, coton, 60 x 80 cm	300	Pour le séchage
Porte-bébé, pour porter le bébé (porte-bébé kangourou), coton, 50 cm x 3 m	30	Pour la MMK
Module paludisme		
Artésunate, 60 mg avec 2 solvants (chlorure de sodium 5 mL et bicarbonate de sodium bicarbonate 5 %, 1 mL)	150	
Test rapide de paludisme (cassette), détection du P. falciparum, 25 tests (SD Bioline Ag Pf 05FK50)	6	
Aiguille, jetable, 21 G, stérile, boîte de 100	3	300 aiguilles au total
Seringue, hypodermique, luer, 2 parties, 5 ml, stérile, jetable	300	
Module paludisme		
Directives pour le traitement du paludisme Troisième édition, WHO, 2015.		Inclus uniquement dans le module paludisme
La prise en charge du paludisme grave : Guide pratique. Troisième édition. OMS, 2013.		Inclus uniquement dans le module paludisme
Santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire : Guide de terrain. UNICEF/Save the Children, 2018.	10	
Aide au travail, glucose 10 %		
Aide au travail, digluconate de chlorhexidine, gel, 7,1 %, pour les soins du cordon		

Remarques : Les médicaments, fournitures, équipements, vêtements et accessoires, ainsi que le module paludisme, peuvent être commandés séparément en quantités différentes.

Les vêtements ou les couvertures pour protéger le bébé doivent être achetés localement, chaque fois que c'est possible. Acheter localement les couches réutilisables. Les produits locaux sont souvent moins chers et les mères y sont habituées.

Trousse de soins du nouveau-né en milieu hospitalier

Utilisation : La trousse de soins en milieu hospitalier est destinée à être utilisée avec les trousses inter-agences de santé reproductive 11 (Parties A et B) et 12. Son contenu peut être utilisé pour :

- prévenir et traiter les infections du nouveau-né
- réanimer le nouveau-né
- prendre soin des bébés prématurés nés avec des complications au niveau du transfert

Instructions : Doit être utilisé exclusivement par un personnel qualifié : sages-femmes, infirmières, médecins. Les éléments doivent être utilisables dans la plupart des hôpitaux. L'Annexe A comprend une liste d'articles recommandés pour les soins avancés du nouveau-né.

Population cible : Pour une structure sanitaire de transfert desservant 150 000 personnes en trois mois

Hypothèses : Le contenu de la trousse est basé sur l'hypothèse de 1 500 accouchements en trois mois dans une population de 150 000 personnes, avec un taux brut de natalité de 4 %[6].

Trousse complémentaire de santé reproductive[7] : La trousse de soins du nouveau-né en milieu hospitalier est un complément à la trousse de référence des urgences obstétricales (11A, 11B, et 12) et aux trousses inter-agences de santé reproductive en situation de crise. Ces trousses comprennent des fournitures pour des soins obstétricaux complets d'urgence, y compris la transfusion sanguine.

6 Les 1 500 accouchements prévus sont au niveau des établissements de soins primaires/ dispensaires uniquement, et ne tiennent pas compte des accouchements qui ont lieu au niveau communautaire.

7 The Inter-agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations : Manual, qui présente en détail le contenu de la trousse de santé reproductive est accessible à www.unfpa.org et www.iawg.net

Contenu :

Articles (Hôpital)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Médicaments		
Aciclovir, poudre stérile pour solution IV, (comme sel de sodium), flacon de 25 mg	30	Pour prévenir la conjonctivite herpétique
Amoxicilline (comme trihydrate), poudre pour suspension orale, 125 mg/5 mL, bouteille, 100 mL	150	Doivent être réservés pour compléter le traitement après la sortie/traiter les infections bactériennes
Amoxicilline, comprimés dispersibles, 125 mg	3 000	Doivent être réservés pour compléter le traitement après la sortie/traiter les infections bactériennes
Ampicilline (comme sel de sodium), poudre pour injection en IV/IM, flacon de 500 mg	7 000	Pour traiter les infections graves
Benzathine benzylpénicilline, poudre pour injection en IM, 900 g, flacon de 5 mL (équivalent à 1,2 million UI)	250	Pour traiter la syphilis congénitale asymptomatique
Benzylpénicilline (comme sel de sodium or sel de potassium), poudre stérile pour injection en IV/IM, flacon de 600 mg (équivalent à 1 million IU)	500	Pour traiter les infections bactériennes graves/la pneumonie et la syphilis congénitale
Caféine, orale, 12,5 mg/mL, 2 mL	1 250	Pour traiter et prévenir l'apnée
Céfotaxime (comme sel de sodium). Poudre stérile pour injection, flacon de 500 mg	1 250	Pour traiter les infections bactériennes
Céftriaxone, poudre stérile pour solution, pour injection en IM/IV lente, flacon de 250 mg	400	Pour traiter les infections bactériennes
Digluconate de chlorhexidine, gel, 7,1 % (base de 4 %), 10 mL	1 500	Pour prévenir la septicémie et les infections du cordon
Cholécalciférol (vitamine D3), gouttes orales, 10 microgrammes/goutte, 14 400 IU/mL (équivalent à 400 UI/goutte)	1 200	Dose : pour la mère, administrer 1 à 2 gouttes
Cloxacilline (comme sel de sodium), poudre pour liquide orale, 125 mg/5 mL, bouteille, 100 mL	2 500	Pour traiter les infections bactériennes
Cloxacilline, poudre stérile pour injection en IM/IV, flacon de 500 mg	250	Pour traiter les infections bactériennes
Gentamicine (comme sulfate), solution stérile pour injection en IM/IV ou perfusion en IV, 10 mg/mL, ampoules de 2 mL	1 000	Pour traiter les infections bactériennes graves
Glucose, solution stérile pour perfusion en IV, 10 %, bouteille de 50 mL, sacs sans PVC flexibles ou pliables avec tête hexagonale + le nécessaire pour perfusion	3 000	Pour la prise en charge de la glycémie néonatale

Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier (suite)

Articles (Hôpital)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Médicaments (suite)		
Paracétamol, capsules rectales ou suppositoires, 125 mg	250	Prise en charge de la fièvre néonatale
Phénobarbital, élixir, 15 mg/5 mL	75	Pour traiter les convulsions
Phénobarbital de sodium, solution stérile solution pour injection en IM, 30 mg/mL, ampoule de 1 mL	750	Pour traiter les convulsions néonatales
Désinfectant, à base d'alcool pour les mains, 60 %, bouteille avec pompe, 500 mL	200	
Perfusion de chlorure de sodium, 0,9 %, (équivalent à Na+ 154 mmol/L, Cl- 154 mmol/L), sacs sans PVC de 200 mL flexibles ou pliables avec tête hexagonale et le nécessaire pour perfusion	750	Reconstitution des fluides pour le traitement de la déshydratation
Chlorure de sodium injectable, 0,9 %, (équivalent à Na+ 154 mmol/L, Cl- 154 mmol/L), ampoule de 10 mL	12 500	Tube pour injection par voie intraveineuse jetable après administration du médicament
Tétracycline hydrochloride, pommade ophtalmique, stérile, 1 %, tube, 5 g	1 500	Pour prévenir la conjonctivite néonatale (chlamydia/gonococcique)
Phytoménadione, solution stérile pour injection, 1 mg/0,5 mL, ampoule de 0,5 mL	1 500	Pour prévenir l'hémorragie due à la déficience en vitamine K (maladie hémorragique du nouveau-né)
Eau, pour injection, ampoule de 10 mL plastique	1 500	Pour reconstituer des médicaments
Oxyde de zinc, pommade, tube, 100 mg	1 500	Pour prévenir l'érythème fessier
Dispositifs médicaux : fournitures		
Pile, alcaline, 1,5 V, 13 x 50 mm, type AA/LR6	*	*Commander suivant les besoins. Les piles doivent être commandées et expédiées séparément. Les piles pour les articles à pile ne sont pas incluses avec les produits.
Canule, IV, courte, 24G, stérile, usage unique (jaune)	4 500	
Tasse, flexible, plastique, 100 mL	150	Pour donner le lait maternel au bébé
Tasse, flexible, plastique, avec couvercle, 30 mL	150	Pour donner le lait maternel au bébé
Gel, ultrasons, 250 mL	150	
Gants, examen, latex, sans poudre, taille : médium, usage unique, boîte de 100	75	7 500 gants au total
Nécessaire pour perfusion, pédiatrique, 60 gouttes/mL, 120-140 cm, filtre 15-20 microns, aiguille 23 G x 1", canule	3 000	

Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier (suite)

Articles (Hôpital)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Dispositifs médicaux : fournitures (suite)		
Lancette, sang, stérile, usage unique, paquet de 200	25	7 000 au total
Aiguille, 19 G x 1½" (1,1 x 40 mm), stérile, jetable, boîte de 100	132	13 200 au total
Aiguille, 22 G x 1¼" (0,7 x 30 mm), stérile, jetable, boîte de 100	15	1 500 au total
Aiguille, 25 G x 5/8" (0,5 x 16 mm), stérile, jetable, boîte de 100	85	8 500 au total
Partogramme	1 600	
Sondes, nasales, oxygène, néonatales, usage unique	100	
Pompe, perfusion, avec accessoires	6	
Robinet, 3 voies, stérile, jetable	625	
Tampon, antiseptique, pour la préparation de la peau, 6 cm x 3 cm, boîte de 100	100	10 000 tampons in total
Seringue, hypodermique, luer, 2 parties, 10 mL, stérile, jetable	500	
Seringue, hypodermique, luer, 2 parties, 5 mL, stérile, jetable	13 200	
Seringue, hypodermique, luer, 3 parties, 1 mL, stérile, jetable	3 500	
Bande, ruban adhésif médical, 2,5 cm x 5 m, rouleau	1 000	
Bandelettes, test rapide de la réagine plasmatique, pour la syphilis	1 500	Pour les mères
Bandelettes, pour l'urine, multi-usages (cétones, Ph, sang, glucose, protéine), 10 détections	3 600	Pour les mères
Bandelettes, pour l'analyse complète de l'hypoglycémie, boîte de 100	8	800 au total
Tube, sonde (nasogastrique), 5 ch, 40 cm, jetable, stérile	150	
Tube, sonde (nasogastrique), 6 ch, 125 cm, jetable, stérile	500	
Tube, sonde (nasogastrique), 8 ch, 40 cm, jetable, stérile	400	

Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier (suite)

Articles (Hôpital)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Équipements		
Glucomètre, gamme 40-600 mg/dl, écran LCD 35 x 31,5 mm, 360 positions de mémoire (BG-102)	20	Glucomètre sur le lieu des soins, nécessaire électrochimique ; les piles sont nécessaires mais ne sont pas fournies avec le produit et doivent être commandées et expédiées séparément.
Appareil Doppler, de poche, écran LCD, écran FHR, 2 sondes interchangeables de 2 Mhz	15	Fonctionne avec des piles ; les piles sont nécessaires, mais ne sont pas fournies avec le produit. Les piles doivent être commandées et expédiées séparément. Spécifications des piles : piles 1,5 V AA (LR6) jetables disponibles dans le commerce ou 1,2 Piles V Ni-MH rechargeables disponibles dans le commerce, 2 ou 3 unités en fonction du modèle disponible. Pour contrôler le rythme cardiaque du fœtus
Répartiteur de débit, pour concentrateur d'oxygène	10	
Pompe à perfusion, avec accessoires	20	
Lumière, examen, sur pied, coup flexible, lampe 220 V, sur roulettes	25	
Mélangeur d'oxygène	15	
Ensemble de concentrateur d'oxygène, débit jusqu'à 5 l/m, alarmes visuelles/ audibles (Sunrise/DeVilbiss Compact 525)	5	
Unité de photothérapie vertical, mobile, avec accessoires	6	Fonctionne avec le courant de secteur. Comprend : • 2 x ampoule tube bleue CFL de rechange, 20 W • 1 x ampoule tube bleue de rechange, 15 W • 1 x ensemble de fusibles de rechange
Oxymètre du pouls, portatif, à piles, à sangles, avec accessoires	5	Comprend un câble d'extension et un capteur. Peut fonctionner avec 3 piles jetables AA (LR6) 1,5 V disponibles dans le commerce. Fourni avec un chargeur/une station de recharge.
Ballon de réanimation, avec masque	25	Comprend 3 tailles de masque : prématuré, nouveau-né, et nourrisson âgé jusqu'à 3 mois (jusqu'à 10 kg)

Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier (suite)

Articles (Hôpital)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Équipements (suite)		
Trousse de réanimation, de base	2	Pour nouveau-nés, nourrissons, et bébés plus âgés. Comprend : • 1 pompe, aspiration, avec commande à pied • 1 insufflateur, manuel, nouveau-né, ensemble • 1 insufflateur, manuel, enfant, ensemble • 1 insufflateur, manuel, adulte, ensemble • 1 canule de Guedel, stérile, usage unique, taille 00 • 1 canule de Guedel, stérile, usage unique, taille 0 • 1 canule de Guedel, stérile, usage unique, taille 1 • 1 canule de Guedel, stérile, usage unique, taille 2 • 1 canule de Guedel, stérile, usage unique, taille 3 • 1 canule de Guedel, stérile, usage unique, taille 4
Balance, bébé, électronique, 10 kg	15	Fonctionne à pile ; les piles sont nécessaires, mais ne sont pas fournies avec le produit. Les piles doivent être commandées et expédiées séparément.
Potence, pour IV, 2 crochets sur 5 roulettes, ajustable de 115 à 210 cm, acier revêtu époxy	50	
Stéthoscope, néonatal	10	
Dispositif d'aspiration, modèle Penguin, silicone, autoclavable (986000)	50	
Mètre ruban, tailleurs, fibre de verre, 1,5 m	100	
Thermomètre, clinique, numérique, 32-43 °C	50	
Chronomètre, pour les infections respiratoires graves, version : mark 2	50	
Vêtements et accessoires		
Couverture, bébé, 50 x 75 cm, absorbant polyester	150	
Bonnet, nouveau-né, coton	150	

Trousse du nouveau-né en milieu hospitalier (suite)

Articles (Hôpital)	Quantité par trousse	Remarques/Indications
Vêtements et accessoires (suite)		
Tasse, pour la collecte du lait maternel, avec couvercle	150	
Chaussettes, bébé, taille très petite, coton	150	
Serviette, coton, 60 x 80 cm	1 500	
Châle, pour porter le bebe (châle pour la méthode kangourou), coton, 50 cm x 3 m	150	
Module paludisme		
Artésunate, 60 mg avec 2 solvants (chlorure de sodium 5 mL et bicarbonate de sodium 5 % 1 mL)	100	
Test rapide de paludisme (cassette), détection du P. falciparum, 25 tests (SD Bioline Malaria Ag Pf 05FK50)	30	
Aiguille, jetable, 21 G, stérile, boîte de 100	3	300 aiguilles au total
Seringue, hypodermique, luer, 2 parties, 5 mL, stérile, jetable	5	
Ressources		
Essential Care for Every Baby Action Plan, Provider Guide. AAP, 2014.		
Directives pour le traitement du paludisme. Troisième édition, OMS, 2015.		Inclus uniquement dans le module paludisme
Management of Severe Malaria: A Practical Handbook. Troisième édition. WHO, 2013.		Inclus uniquement dans le module paludisme
Newborn Health in Humanitarian Settings : Field Guide. UNICEF/Save the Children, 2018.	10	
Pocket Book of Hospital Care for Children. Deuxième édition. WHO, 2013.		

Remarque : Les médicaments, les fournitures, les équipements, les vêtements et les accessoires, ainsi que le module paludisme peuvent être commandés séparément en diverses quantités.

Les vêtements et les couvertures pour la protection du bébé doivent achetés localement chaque fois que c'est possible. Acheter localement les couches réutilisables. Les produits locaux sont souvent moins chers et les mères y sont habituées.

Soins avancés du nouveau-né

Il est difficile de fournir les soins avancés du nouveau-né en situations de crise humanitaire, mais cela est faisable dans certains contextes. Des infrastructures adéquates et spécialisées, ainsi que des agents de santé dévoués, sont nécessaires.

Les articles à envisager d'acquérir pour les soins avancés du nouveau-né comprennent :

1. Citrate de caféine, solution stérile pour injection par voie intraveineuse
2. Dexaméthasone, injectable
3. Surfactant
4. Lames, pour le laryngoscope (0, 1)
5. Pompe pour perfusion, avec accessoires
6. Laryngoscope, nouveau-né, ensemble
7. Tubes, capillaire, pour centrifuge
8. Centrifuge, PCV
9. Dispositif CPAP, à bulles ou standard
10. Couveuse
11. Photomètre

Ces articles peuvent être commandés dans le catalogue des fournitures de l'UNICEF : https://supply.unicef.org. Ne commander ces éléments que si l'hôpital dispose d'un espace suffisant pour les soins néonatals avancés et de prestataires qualifies en soins néonatals avancés.

ANNEXE 6

Indicateurs et mesures

6A : Liste des indicateurs collectés à travers les systèmes de données de routine

6B : Liste des indicateurs et questions pour mesurer la capacité de l'établissement à fournir les soins du nouveau-né

Liste des indicateurs collectés à travers les systèmes de données de routine

Introduction

La liste des indicateurs a été élaborée par le groupe de travail technique inter-agences sur les indicateurs de la santé néonatale réuni par le programme « Saving Newborn Lives » (Sauver la vie des nouveau-nés) de Save The Children. Utiliser les politiques et les normes nationales pour orienter l'adoption de ces indicateurs pour chaque niveau de soins afin d'élaborer les exigences en matière d'établissement de rapports au niveau national. (Veuillez noter que ces indicateurs recommandés ne constituent pas tous les indicateurs nécessaires pour la surveillance des services sur le lieu des soins). Intégrer les indicateurs maternels et néonatals dans les outils et rapports de collecte des données pour soutenir l'analyse et l'utilisation des données.

Plusieurs indicateurs nécessitent des chiffres projetés comme dénominateur. Pour ces calculs, utiliser les données démographiques les plus récentes disponibles, issues d'enquêtes auprès des ménages, de recensements ou des statistiques essentielles. En incluant un compte précis dans le numérateur, cette proportion permettra une estimation de la charge de travail du système de santé et le suivi des tendances.

Noter que cette liste comprend des indicateurs pour évaluer la santé maternelle et néonatale. Bien qu'il soit tout aussi important de saisir des indicateurs qui affectent principalement la santé des femmes, ils ne figurent pas ici ; veuillez vous référer au manuel de terrain inter-agences sur la santé reproductive et sexuelle en situations de crise humanitaire pour obtenir des indicateurs de soins de santé maternelle supplémentaires.

ANNEXE 6A

Indicateurs de santé néonatale pour les systèmes de données de routine

Inclure les indicateurs clés (marqués d'un astérisque) dans les systèmes nationaux d'établissement de rapports. D'autres indicateurs sont proposés pour fournir des informations supplémentaires, si possible.*

Indicateur	Numérateur
État de préparation des services	
* Pourcentage d'établissements dont les services de maternité n'ont pas connu au cours des trois derniers mois une rupture de stock de : • dexaméthasone (corticostéroïde) • sulfate de magnésium (anticonvulsant) • ballon et masque (taille nouveau-né)	Nombre d'établissements dont les services de maternité n'ont pas connu au cours des trois derniers mois une rupture de stock de : • dexaméthasone • sulfate de magnésium • ballon et masque
*Pourcentage d'établissements de soins prénatals qui, au cours des trois derniers mois[2], n'ont pas connu une rupture de stock de : • fer/folate • sulfadoxine-pyriméthamine (Traitement préventif intermittent pendant la grossesse, si telle est la politique) • vaccin à l'anatoxine tétanique	Nombre d'établissements de soins prénatals qui, au cours des trois derniers mois, n'ont pas connu une rupture de stock de : • fer/folate • Traitement préventif intermittent pendant la grossesse au sulfadoxine-pyriméthamine • vaccin à l'anatoxine tétanique
* Pourcentage d'établissements de soins néonatals n'ayant pas connu une rupture de stock au cours des 3 derniers mois[m] des médicaments suivants sous forme injectable : • Gentamicine • X-Pénicilline (ou procaïne pénicilline) • Ampicilline	* Nombre d'établissements de soins néonatals n'ayant pas connu une rupture de stock au cours des derniers mois des médicaments suivants sous forme injectable : • Gentamicine • X-Pénicilline • Ampicilline

Dénominateur	Utilité et limites des indicateurs
Nombre total de structures sanitaires dotées d'une maternité	Fournit des informations sur la disponibilité ou non des produits, mais non pas s'ils sont utilisés comme prévu, s'ils sont fonctionnels/n'ont pas expiré. Une **rupture de stock** est définie comme étant l'absence complète d'un produit ou d'une fourniture à un point de livraison pendant au moins un jour pendant la période d'établissement de rapport. Les données doivent être extraites du système national de gestion de la logistique si le système fournit les détails sur la disponibilité des fournitures pharmaceutiques au niveau de l'établissement de santé. Les produits essentiels peuvent varier par pays ; adapter les indicateurs sur la base de la liste nationale de médicaments/produits essentiels.
Nombre total des structures sanitaires dotées de services de soins prénatals	
Nombre total de structures sanitaires fournissant des soins néonatals	

Indicateur	Numérateur
Résultats	
* Taux de mortalité néonatale	Nombre de décès survenus au cours du premier mois de vie enregistrés dans l'établissement, désagrégés en décès en période néonatale immédiate (< 7 jours après la naissance), période néonatale tardive (8 à 28 jours après la naissance)
* Pourcentage de décès de nouveau-nés dus aux : • complications liées à une naissance prématurée • complications liées à l'accouchement • aux infections (notamment le tétanos, la septicémie/méningite, la pneumonie) • malformations congénitales • autres	Nombre de décès de nouveau-nés dus aux : • naissances prématurées • complications liées à l'accouchement • infections • malformations congénitales • autres
* Taux de fausses couches	Nombre de décès fœtaux tardifs (poids de naissance ≥ 1 000 g ou semaines de gestation ≥ 28) enregistrés dans un établissement, désagrégés en décès intra-partum et ante-partum, de fœtus frais ou macérés
Pourcentage de naissances vivantes dans un établissement où les nouveau-nés ont eu des difficultés respiratoires à la naissance (ou ne respiraient pas à la naissance)	Nombre de naissances vivantes dans un établissement où les nouveau-nés ont eu des difficultés respiratoires à la naissance (ou ne respiraient pas à la naissance)
Pourcentage de bébés nés en insuffisance pondérale (< 2 500 g)	Nombre de bébés nés avec un poids < 2 500 g
* Pourcentage de naissances vivantes dans un établissement où le bébé est : • prématuré modéré ou tardif (32 à < 37 semaines) • grand prématuré (28 à < 32 semaines) • très grand prématuré (< 28 semaines)	Nombre de naissances vivantes dans un établissement où le bébé était : • prématuré modéré ou tardif • grand prématuré • très grand prématuré

Dénominateur	Utilité et limites des indicateurs
1 000 naissances vivantes	Les rapports doivent indiquer si les décès qui se produisent au sein de la communauté sont enregistrés dans un établissement de santé.
Nombre de décès de nouveau-nés enregistrés dans un établissement	Cet indicateur ne doit pas être interprété comme un taux de létalité mais plutôt fournir des informations sur la cause des décès parmi les cas connus de décès signalés. Les rapports doivent indiquer si les causes des décès qui se produisent au sein de la communauté sont enregistrées dans un établissement.
1 000 naissances totales	Les rapports doivent indiquer si les fausses couches qui surviennent dans la communauté sont enregistrées dans un établissement.
Nombre de naissances vivantes dans un établissement	Cet indicateur sert de dénominateur pour la proportion de nouveau-nés qui avaient des difficultés respiratoires à la naissance (ou ne respiraient pas à la naissance) pour qui les techniques de réanimation ont été utilisées (voir ci-dessous). **Interpréter cet indicateur avec beaucoup de précaution.** Si les bébés qui ne respiraient pas sont souvent mal classés comme fausses couches, l'introduction d'un programme de réanimation et de formation peut donner lieu à une augmentation apparente du nombre de bébés qui ne respiraient pas à la naissance. Dans le même temps, un nombre élevé de bébés qui ne respiraient pas peut être une indication de la mauvaise qualité des soins intra-partum.
Nombre de naissances vivantes dans un établissement	Important surtout pour les cas où l'évaluation de l'âge gestationnel n'est pas fiable. Bien que le poids exact de chaque bébé à la naissance doive être mesuré et enregistré, si les rapports ne sont pas de bonne qualité, une catégorie pour les bébés dont le poids est < 2500 g avec une réponse « oui/non » peut être utilisée dans les registres à la place.
Nombre de naissances vivantes dans un établissement	Si l'âge gestationnel des naissances survenues en-dehors de tout établissement est enregistré dans un établissement, le dénominateur peut être changé en un dénominateur pour toutes les naissances vivantes. L'âge gestationnel est souvent obtenu en demandant à la femme enceinte la date de ses dernières règles au lieu de passer par des mesures cliniques, et par conséquent pose des problèmes de fiabilité.

Indicateur	Numérateur
Utilisation des services, couverture et qualité des soins	
Pourcentage du nombre total des naissances vivantes pour lesquelles la femme a eu sa première visite de soins prénatals avant 4 mois de gestation	Nombre total des naissances vivantes pour lesquelles la femme a eu sa première visite de soins prénatals avant 4 mois de gestation
* Pourcentage de naissances vivantes par césarienne dans un établissement	Nombre de naissances vivantes par césarienne dans un établissement
Pourcentage de nouveau-nés qui avaient des difficultés respiratoires à la naissance (ou ne respiraient pas à la naissance) et pour lesquels des techniques de réanimation ont été utilisées	Nombre de nouveau-nés qui avaient des difficultés respiratoires à la naissance (ou qui ne respiraient pas à la naissance) et pour lesquels des techniques de réanimation ont été utilisées
Pourcentage de nouveau-nés ayant bénéficié de l'administration de la chlorhexidine (CHX) sur le cordon ombilical le jour de la naissance[5]	Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de l'administration de la chlorhexidine (CHX) sur le cordon ombilical le jour de la naissance
Ratio du nombre de femmes enceintes en travail avant terme dans un établissement qui ont reçu au moins une dose de corticostéroïdes prénatals et du nombre total de naissances dans un établissement	Nombre de femmes enceintes en travail avant terme dans un établissement qui ont reçu au moins une dose de corticostéroïdes prénatals
Pourcentage de bébés bénéficiant de services de la méthode mère kangourou (MMK)	Nombre de nouveau-nés bénéficiant de la MMK

Dénominateur	Utilité et limites des indicateurs
Nombre total des naissances	Marqueur pour les femmes ayant eu contact avec un prestataire de soins assez tôt durant la grossesse pour permettre la fourniture de services prénatals essentiels et l'identification en temps opportun de problèmes pouvant être résolus pour améliorer les résultats pour les femmes et les nouveau-nés.
Nombre de naissances vivantes dans un établissement	Marqueur de soins obstétricaux complets d'urgence. Des chiffres élevés peuvent signifier une utilisation non indiquée de la césarienne. Peut être désagrégé par secteurs urbain/rural et/ou privé/public pour rendre compte des inégalités et de l'utilisation inappropriée de cette technique.
Nombre de naissances vivantes dans un établissement où le nouveau-né avait des difficultés respiratoires à la naissance (ou ne respirait pas à la naissance)	Bien qu'il soit important de surveiller la mise en œuvre des programmes de réanimation, cet indicateur doit être interprété avec beaucoup de prudence. Voir les notes ci-dessus pour l'indicateur du pourcentage de naissances vivantes dans un établissement où le nouveau-né avait des difficultés respiratoires à la naissance (ou ne respirait pas à la naissance).
Nombre de naissances vivantes	Une mesure de l'utilisation de la CHX pour l'hygiène du cordon ombilical pour prévenir les infections. Dans certains pays où d'autres antiseptiques sont utilisés suivant des directives standard ou des pratiques cliniques de routine, l'indicateur peut être modifié afin d'indiquer l'antiseptique utilisée.
Nombre total de naissances dans un établissement	Le nombre total de femmes enceintes remplissant les critères d'éligibilité aux corticostéroïdes prénatals est difficile à déterminer. Par conséquent, cet indicateur utilise un ratio du nombre de femmes ayant reçu des corticostéroïdes et du nombre total de naissances dans un établissement. D'autres informations (causes de décès du nouveau-né, études spéciales, etc.) doivent être utilisées simultanément avec cet indicateur pour estimer si la majorité de femmes qui accouchent prématurément reçoivent des corticostéroïdes dans les établissements.
Nombre de naissances vivantes	Ne mesure pas la qualité des services de MMK ou si les nouveau-nés bénéficient de la MMK pendant une période suffisante. Le nombre total de bébés prématurés ou éligibles est difficile à déterminer. Par conséquent, cet indicateur utilise un ratio du nombre de bébés admis à la MMK et du nombre de naissances vivantes. D'autres informations (causes de décès du nouveau-né, études spéciales, etc.) doivent être utilisées conjointement avec cet indicateur pour estimer si la plupart des bébés prématurés/en insuffisance pondérale bénéficient de la MMK dans les établissements.

Indicateur	Numérateur
Pourcentage de naissances vivantes dans un établissement où des nouveau-nés sont décédés avant la sortie	Nombre de décès précoces de nouveau-nés (décès avant la sortie)
* Pourcentage du nombre total des naissances dans un établissement pour lesquelles le résultat était un mort-né frais	Nombre total des naissances dans un établissement pour lesquelles le résultat était un mort-né frais
Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals qui ont reçu : • 2 doses ou plus de vaccin antitétanique ou 5 doses ou plus pour la protection à vie • 2 doses ou plus de traitement préventif intermittent, si cette politique est appliquée • dépistage et traitement de la syphilis • dépistage du VIH	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de soins prénatals qui ont reçu : • 2 doses ou plus de vaccin antitétanique • 2 doses ou plus de traitement préventif intermittent • dépistage et traitement de la syphilis • dépistage du VIH
Pourcentage de cas d'infection bactérienne grave possible néonatale qui terminent le traitement	Nombre de cas d'infection bactérienne grave possible néonatale qui terminent le traitement

Dénominateur	Utilité et limites des indicateurs
Nombre de naissances vivantes dans un établissement	Marqueur de la qualité des soins autour de la période d'accouchement.
Nombre de naissances vivantes dans un établissement	Marqueur de la qualité des soins autour de la période d'accouchement. Dans certains contextes, il est possible de suivre les décès intra-partum (c-à-d., le rythme cardiaque du fœtus a été détecté au moment de l'admission, mais l'enfant était mort à la naissance) au lieu des « mort-nés frais ». Les mort-nés macérés, ou décès ante-partum, doivent également être suivis.
Nombre de femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals	Il ne suffit pas de suivre le nombre de visites de soins prénatals – cet indicateur permet de voir si des composantes importantes sont fournies, dont beaucoup peuvent prévenir les décès des nouveau-nés. Les registres longitudinaux sont préférables pour le suivi de ces indicateurs.
Nombre de nouveau-nés (âge < 28 jours) présentant des cas d'infections bactériennes graves possibles qui commencent le traitement dans un établissement	Mesure la qualité des soins parce que les nouveau-nés présentant des cas d'infections bactériennes graves possibles doivent terminer le traitement (basé sur les directives nationales) pour maximiser leurs chances de survie. Ne comprend pas les cas des nouveau-nés qui commencent le traitement dans un contexte communautaire ; le dénominateur pourrait être adapté à la politique nationale de prise en charge si le début du traitement de la septicémie au niveau communautaire était pris en compte. Plus utile au niveau local pour le suivi et l'amélioration de la qualité des soins.

Liste des indicateurs et questions pour mesurer la capacité des établissements à fournir les services de santé néonatale

Adapté de : Newborn Indicators Working Group, Newborn Services Rapid Health Facility Assessment, juin 2012.

Indicateur	Numérateur
Disponibilité des services	
Accouchement en présence d'un personnel qualifié et disponible 24/7	Nombre d'établissements équipés d'une maternité avec un accoucheur qualifié présent sur place ou de service à tout moment (24 heures sur 24, sept jours sur sept) et un emploi du temps respecté
Soins obstétricaux d'urgence de base	Nombre d'établissements ayant un service de maternité capable de fournir tous les services ci-dessous : • Administration parentérale des antibiotiques • Administration parentérale des oxytociques • Administration parentérale des anticonvulsants • Accouchement par voie basse assistée • Extraction manuelle du placenta • Évacuation des produits résiduels après l'accouchement
Réanimation néonatale	Nombre d'établissements ayant un service de maternité capable de procéder à la réanimation néonatale
Corticostéroïdes pour le travail prématuré	Nombre d'établissements ayant un service de maternité capable d'administrer les corticostéroïdes en cas de travail prématuré
Méthode mère Kangourou	Nombre d'établissements qui proposent la méthode mère kangourou* (MMK)

Dénominateur	Désagrégé par
Nombre **d'établissements** visités ayant une maternité	Type d'établissement (par ex., hôpital par rapport à un centre de santé)
Nombre d'établissements visités ayant une maternité	Type d'établissement Types de service Nombre d'accouchements dans l'établissement (par ex., établissements avec < 10 accouchements par mois par rapport aux établissements avec ≥ 10 accouchements par mois)
Nombre d'établissements visités ayant une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités ayant une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités	Type d'établissement

ANNEXE 6B

Équipements et fournitures	
Ballon et masque pour nouveau-né	Nombre d'établissements dotés d'une maternité équipée d'un ballon et d'un masque fonctionnels en salle d'accouchement (observés)
Table de réanimation	Nombre d'établissements ayant une maternité dotée d'une table de réanimation équipée d'une source de chaleur disponible et fonctionnelle en salle d'accouchement (observés)
Pèse-bébé	Nombre d'établissements ayant une maternité disposant d'un pèse-bébé accessible et fonctionnel en salle d'accouchement (observés)
Savon ou désinfectant pour les mains	Nombre d'établissements ayant une maternité qui dispose du savon ou d'un désinfectant pour les mains en salle d'accouchement (observés)
Serviette de séchage	Nombre d'établissements ayant un service de maternité disposant de serviettes pour le séchage des bébés en salle d'accouchement (observés)
Gentamicine injectable	Nombre d'établissements disposant de la gentamicine injectable (observé avec au moins une dose valide)
Médicament de prévention de la transmission mère-enfant	Nombre d'établissements disposant de névirapine (ou autre médicament recommandé pour la prévention de la transmission mère-enfant) (observés avec au moins une dose valide)
Corticostéroïdes	Nombre d'établissements disposant des corticostéroïdes (constatés avec au moins une dose valide)
Utérotonique injectable	Nombre d'établissements ayant une maternité où de l'utérotonique injectable est disponible (observés avec au moins une dose valide)
Sulfate de magnésium	Nombre d'établissements ayant une maternité où du sulfate de magnésium est disponible (observé avec au moins une dose valide)
Protocoles ou directives	Nombre d'établissements où chacun des protocoles ou directives suivants sont disponibles (observés) : • Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (tous les établissements) • Transfert des nouveau-nés malades (tous les établissements) • Soins obstétricaux complets d'urgence (établissements disposant d'une maternité) • Prise en charge du travail prématuré (établissements disposant d'une maternité)

Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissement visités	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités (dotés d'une maternité)	Type d'établissement

Documentation	
Registre des accouchements à jour	Nombre d'établissements avec un service maternité dont le registre des accouchements est à jour (résultat de la grossesse pour le nourrisson et poids de naissance pour les 10 derniers accouchements) (observés)
Training	
Prestataires qualifiés	Nombre de prestataires de soins obstétricaux/néonatals interrogés qui ont été formés au cours des 12 derniers mois dans les domaines suivants : • Réanimation néonatale à l'aide du ballon et du masque • Allaitement maternel (exclusif dès la naissance) • Prise en charge des infections néonatales (y compris l'administration d'antibiotiques injectables) • Protection thermique (y compris le séchage immédiat et le contact peau contre peau) • Coupe hygiénique et soins appropriés du cordon • MMK pour les nouveau-nés en insuffisance pondérale • Soins spéciaux lors de l'accouchement pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH • Utilisation des corticostéroïdes pour le travail prématuré
Établissements ayant des prestataires formés	Nombre d'établissements dont au moins la moitié des prestataires interrogés** ont été formé au cours des 12 derniers mois dans les domaines suivants : • Réanimation néonatale • Allaitement maternel (exclusif dès la naissance) • Prise en charge des infections néonatale (y compris l'administration d'antibiotiques injectables) • Protection thermique (notamment le séchage et le contact peau contre peau immédiats) • La coupe hygiénique et les soins appropriés du cordon • La MMK pour les nouveau-nés en insuffisance pondérale • Pratiques de soins spéciaux lors de l'accouchement pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH • Utilisation des corticostéroïdes pour le travail prématuré

Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement
Nombre d'établissements dont les prestataires de soins de maternité/néonatals ont été interrogés	Type d'établissement
Nombre d'établissements dont les prestataires de soins de maternité/néonatals ont été interrogés	Type d'établissement

Supervision	
Établissements qui pratiquent la supervision individuelle de routine	Nombre d'établissements dotés de la supervision individuelle de routine (au moins la moitié des prestataires interrogés ont déclaré être supervisés individuellement au moins une fois au cours des six mois avant l'enquête.)
Surveillance des soins néonatals	Nombre d'établissements dotés de documentation sur la surveillance*** des soins postnatals aux nouveau-nés
Examen des décès ou décès évités de justesse	Nombre d'établissements ayant un service de maternité qui examine les fausses couches et les décès néonatals (périnatals) ou les décès évités de justesse

* La méthode mère kangourou (MMK) est un contact immédiat, prolongé et continu peau contre peau entre la mère (ou mère porteuse) et son bébé, à l'hôpital et après une sortie précoce de l'hôpital, avec un soutien dans le positionnement du bébé, l'allaitement (idéalement, l'allaitement maternel exclusif), ainsi que la prévention et la prise en charge des infections et des difficultés respiratoires.

** Si un seul prestataire est interrogé dans un établissement, les critères sont remplis si le prestataire est formé dans chaque domaine.

*** Registre, rapport, diagramme/graphique mural ou autres documents de suivi des données des services ont été observés.

Nombre d'établissements dont les prestataires de services de maternité/néonatals ont été interrogés	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités	Type d'établissement
Nombre d'établissements visités dotés d'une maternité	Type d'établissement

Notes :

Crédits photo :

Page 6 : © UNICEF/PAKA2009-4178/Ramoneda

Page 8 : © UNICEF/UNI114991/Holt

Page 12 : © UNICEF/UNI181196/Sevenier

Page 15 : © Save the Children/Karin Beate Nosterud

Page 16 : © Save the Children/Hannah Maule-ffinch

Page 18 : © UNICEF/UKLA2014-04618/Schermb

Page 25 : © UNICEF/INDA2011-00040/Crouch

Page 28 : © UNICEF/BANA2014-00767/Mawa

Page 33 : © UNICEF/PFPG2015-2022/Mrazikov

Page 38 : © UNICEF/MLWB2009-00039/Pirozzi

Page 53 : © Save the Children

Page 54 : © UNICEF/NYHQ2010-0266/Noorani

Page 62 : © UNICEF/SUDA2014-XX938/Noorani

Page 74 : © UNICEF/NYHQ2011-1628/Pirozzi

Page 77 : © Save the Children/Laurent Duvillier

Page 80 : © UNICEF/NYHQ2014-1932/Anmar

Page 83 : © UNICEF/NYHQ2014-1932/Anmar

Page 94 : © Save the Children

Page 97 : © UNICEF/NYHQ2015-0097/van de M

Page 100 : © UNICEF/MLWB2011-00287/Noorani

Page 108 : © Save the Children/Hannah Maule-Ffinch

Page 111 : © UNICEF/UGDA201300588/Sibiloni

Columbia University

The ELMA Relief Foundation

International Medical Corps (IMC)

International Rescue Committee (IRC)

Jhpiego

Johns Hopkins University (JHU)

London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)

Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (OFDA)

Save the Children

SickKids Centre for Global Health

Stanford University

United Nations Children's Fund (UNICEF)

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Women's Refugee Commission (WRC)

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

World Vision International

IAWG

INTER-AGENCY WORKING GROUP ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

iawg.net

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Save the Children, février 2018