

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Programme National Périnatalité



Programme quinquennal 2016 – 2020

Programme National Périnatalité

2016 – 2020

Ce programme impulsé par Monsieur le Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière est piloté par :

- La Direction générale des services de santé et de la réforme hospitalière ;
- La Direction générale de la prévention et de la promotion de la santé ;
- La Direction de la population ;
- La Direction des ressources humaines ;
- La Direction des finances et des moyens

Et coordonné par

Le Professeur Djamil Lebane, pédiatre-néonatalogiste

Avec l'aimable participation de AGBODJAN-PRINCE Adjoa, néonatalogiste, consultante internationale OMS et le soutien de l'OMS et de l'UNICEF

Préface

L'année 2015 a été marquée par l'enregistrement de 1.040.000 naissances vivantes auprès des services de l'état civil, soit une moyenne de plus de 2 700 naissances vivantes par jour, alors que la moyenne enregistrée au cours de l'année 2013 s'établissait à 2 600 naissances/jour. Il est à noter que c'est la première fois que l'Algérie atteint un pareil volume de naissances. Il est bien établi que la mortalité périnatale élargie sert habituellement d'indicateur de l'état de santé d'une population et de la performance du système de santé publique d'un pays.

Le premier programme national de périnatalité pour la période 2006-2009 a été rendu nécessaire au regard des taux de mortalité maternelle et infantile en totale inadéquation avec les importants moyens consentis par les pouvoirs publics dans ce domaine.

Certes, nos indicateurs se sont améliorés, mais il reste du chemin à parcourir.

Nous devons prendre en considération, les avancées liées au développement des techniques médicales, tout en tenant compte du contexte socioculturel et démographique du pays ainsi que de la pression grandissante des usagers.

Nous devons nous donner les moyens d'aller plus loin. Une approche multidisciplinaire, faisant appel aux compétences de tous, permettra très certainement de réaliser des progrès notables pour les générations futures.

L'ensemble des personnels de santé concernés par cette problématique doit s'impliquer davantage pour que notre pays puisse au moins s'inscrire parmi les nations qui ont des niveaux de mortalité infanto-juvénile sous la barre des 20 p. mille naissances vivantes.

Au centre de toutes les actions sanitaires d'un pays, la femme et l'enfant constituent un domaine privilégié sachant que les enfants en bonne santé, représentent l'avenir d'une nation et que leur survie dépend des soins que nous leur fournissons. Nous devons leur accorder toute l'attention qu'ils méritent et ce, dès les premiers instants de leur vie.

Ainsi, le renforcement du programme de périnatalité pour la période 2016-2020, doit faire l'objet d'une mise en œuvre rapide, opérationnelle et soutenue.

Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Mr Abdelmalek Boudiaf

1 Introduction

La naissance est l'un des domaines sanitaires les plus exposés à des incidents et certains d'entre eux sont dramatiques. Des difficultés survenant de façon imprévisible, peuvent avoir de graves conséquences mettant en jeu la vie du couple mère-enfant et risquant de laisser chez le nouveau-né des séquelles irréversibles.

Les principaux facteurs ayant contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population et du couple mère enfant en particulier, en Algérie, sont le résultat des stratégies de développement mises en œuvre depuis le début des années 1970.

Le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans (infanto-juvénile) en Algérie a été réduit de moitié passant de 55,7 pour mille naissances vivantes en 1990 à 25.7 pour mille en 2015, selon les données de l'Office national des statistiques (ONS), grâce aux progrès réalisés en matière de protection maternelle et infantile qui se sont avérés cependant insuffisants pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (18.6 %°).

L'observation de la structure de la mortalité infantile depuis deux décennies, met en évidence une concentration, de plus en plus importante des décès dans la première semaine de vie et une modification de ses causes de décès.

L'élaboration des standards et référentiels de soins aux nouveau-nés, proposée dans ce document n'est pas une stratégie nouvelle en Algérie. Ainsi, après de longues années de lutte contre la mortalité infantile axée essentiellement sur ses causes « exogènes », la promotion de la santé périnatale est, depuis 2005, date du lancement du programme national de périnatalité et de la publication du décret de normalisation de la néonatalogie, élevée au rang des priorités dans le dispositif de notre système de santé. Ils sont les « supports » de la stratégie que les autorités sanitaires ont décidé de mettre en place afin de réduire la mortalité infantile dont la composante néonatale revendique une large proportion (80%) dans notre pays.

Le Coordinateur technique

Professeur Djamil Lebane

2 Évolution de la situation démographique (source O.N.S)

2.1 : La natalité

Le mouvement démographique observé ces dix dernières années est rapporté au tableau 1.

Tableau 1

	Population	Naissances vivantes	* TAN
2005	32 906	703 000	1.69
2010	35 978	887810	2.03
2011	36 717	910 000	2,04
2012	37 495	978 000	2.16
2013	38 297	963 000	2.07
2014	39 114	1014000	2.15
2015	39 963	1040000	2.15

* Taux d'accroissement naturel.

L'année 2015 a été marquée par l'enregistrement de 1 040000 naissances vivantes auprès des services de l'état civil, soit une moyenne de plus de 2 700 naissances vivantes par jour, alors que la moyenne enregistrée au cours de l'année 2013 s'établissait à 2 600 naissances/jour. Il est à noter que c'est la première fois que l'Algérie atteint un volume de naissances pareil.

2.2 Évolution de la mortinatalité :

Taux pour mille naissances totales

Tableau 3

Année	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	21,4	24,7	23.58	18.2	16.7	15.9	15.4	14.6	13.9

En un quart de siècle, la mortinatalité n'a diminué que de sept points !

L'année 2015 a connu l'enregistrement de 15 077 mort nés, soit, une quasi stagnation par rapport au volume enregistré en 2013. Cependant on note une réduction significative du taux de mortinatalité, de l'ordre de 1.4 points, en passant de 15,4‰ à 13,9‰ durant cette même période.

.2.3 Évolution de la mortalité infantile :

Taux pour mille naissances vivantes

Tableau 8 :

Année	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	46.8	36.9	30.4	23.7	23,1	22,6	22,4	22	22.3

Le volume des décès de moins d'un an a atteint 22 282 en 2015, soit une augmentation en volume de 3,2% par rapport à l'année précédente.

Examinons l'évolution de la mortalité infantile sur dix ans :

Le rythme de diminution de la mortalité infantile est de l'ordre d'un point par an ce qui est insuffisant.

2.4 Évolution de la mortalité infanto-juvénile :

Taux pour mille naissances vivantes

Tableau 9 :

Année	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	55.7	43	32,4	27.5	26.8	26.1	26.1	25.6	25.7

L'examen de l'évolution de cet indicateur entre 1990 et 2015, montre que le niveau de mortalité infanto juvénile s'est réduit de 54% durant cette période

Projection du quotient de mortalité juvénile selon les experts nationaux en tenant compte de la fonction logistique qui prend en compte la lenteur de la diminution de la mortalité néonatale.

- 1990 55,7
- 2015 24,04
- 2016 23,49
- 2017 22,99
- 2018 22,54
- 2019 22,13
- 2025 18.6

On relèvera que les prévisions pour 2015 des experts n'ont pas été atteintes, car l'ONS publie un taux de l'ordre de 25.7 pour mille naissances vivantes.

2.5 Les causes de décès périnataux en Algérie :

La seule étude rapportant les causes de décès périnataux appuyés par des examens nécropsiques est celle qui a été menée à Blida (zone pilote du premier programme de périnatalité en Algérie 1988/1994).

2.5.1 Les mort-nés.

- L'asphyxie :

Les causes d'asphyxie se repartissent de la manière suivante :

- Les causes funiculaires

- Les présentations anormales

- Les dystocies

- Causes placentaires

- Le syndrome vasculo-rénal

- Les malformations congénitales

- L'iso-immunisation rhésus

- Diabète

2.5.2 La période néonatale précoce

L'infection,

Les conséquences de la prématurité

L'asphyxie périnatale

3 Justification du programme

De par ses capacités matérielles et humaines, l'Algérie est capable de réduire d'une manière plus significative le taux de mortalité infantile dont la composante principale concerne le nouveau-né.

Après plus d'une décennie de mise en place de cette stratégie, force est de constater que le faible rythme de diminution de cette mortalité était le fait que sa composante néonatale ne diminuait pas de manière significative du fait d'une faible mobilisation des personnels soignants concernés autour de cette problématique et des insuffisances constatées par les différents experts sollicités par le ministère de la santé (CREDES, UNICEF, OMS) quant à la mise en œuvre du programme de périnatalité 2006-2009.

4 Principes directeurs

L'accent est également mis sur l'offre de soins en médecine néonatale, caractérisée par une inégale répartition sur le territoire régional, notamment en ce qui concerne les structures dont les niveaux de soins correspondent aux soins intensifs et à la réanimation.

C'est dans cette logique, que nous avons révisé et renforcé ces standards afin de pouvoir ramener ce taux de mortalité à des valeurs qui devront être en adéquation avec les importants moyens mis à la disposition des personnels soignants concernés.

5 But et objectifs du programme

Il n'y a donc pas d'indicateurs de résultats, pour ce programme, autres que ceux de l'impact final, d'ordre **démographique** (baisse du niveau de mortalité infanto-juvénile sous la barre des 20 ‰ naissances vivantes en 2020).

6 Mises en œuvre du programme national de périnatalité

6.1 Principes directeurs

Cette stratégie vise à promouvoir d'une manière optimale la croissance et le développement du fœtus et de l'enfant au sein du groupe d'âge de 0 à 5 ans, afin de préparer chaque individu à une vie adulte saine, bien adaptée et productive, par la mise en œuvre coordonnée des autres stratégies visant à promouvoir la santé.

La planification basée sur les droits sera intégrée aux interventions de santé infantile, afin de garantir la protection des enfants les plus vulnérables.

Tout sera fait pour mettre en œuvre les interventions prioritaires proposées aux divers niveaux du système de santé, d'une manière cohérente et efficace qui soit adaptée aux besoins de l'enfant.

6.2 Structures et ancrage institutionnel

Les structures concernées par le programme :

- Les services et unités de néonatalogie (essentiellement de maternité)
- Les salles de naissance en maternité

Le programme de Monsieur le Ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière est piloté par une commission composée du :

- Directeur général des services de santé et de la réforme hospitalière ;
- Directeur général de la prévention et de la promotion de la santé ;
- Directeur de la population ;
- Directeur des ressources humaines ;
- Directeur des finances et des moyens
- Coordinateur technique

6.3 Mécanisme de coordination

Eléments clés :

- Disposer d'un programme d'action national
- Mettre en place un dispositif de surveillance et d'évaluation

- Mettre l'accent sur la formation, la sensibilisation et la communication
- Mobiliser des ressources financières pour accélérer la mise en œuvre des interventions pour obtenir des acquis de façon durable.
- Mise en œuvre centrée sur les résultats.
- Accent sur la responsabilité de tous les acteurs.

6.4 Financement

Le budget de fonctionnement des établissements de santé devrait suffire pour la période concernée (2016-2020) à mettre à niveau les structures dédiées à la néonatalogie

6.5 Stratégie de développement de la néonatalogie.

Directions impliquées: **DGSS** en relation avec les différentes directions concernées.

6.5.1 Normalisation de toutes les salles de naissance (fin 2016).

Même si la sécurité dans les maternités s'est considérablement améliorée depuis ces dernières décennies, trop d'accidents obstétricaux surviennent encore par suite d'une insuffisance de moyens et/ou d'une mauvaise organisation.

L'existence d'un service de gynécologie obstétrique implique nécessairement la présence dans la même structure d'un plateau technique pour les besoins de la réanimation du nouveau-né en détresse. Ainsi pour prévenir ce risque de détresse, le secteur de «naissance » doit comporter :

6.5.1.1 Des locaux adaptés.

La prévention du refroidissement est importante. L'enfant doit naître dans une atmosphère chaude (25°C) sans courants d'air.

6.5.1.2 Le matériel.

Un équipement complet doit être disponible en toutes circonstances, car un bon nombre, de situations sont imprévisibles.

6.5.1.2 .1 Tables de réanimation

Une par salle de travail avec un minimum de deux pour pouvoir assurer la réanimation simultanée de deux enfants (pour les maternités à fort débit) et une en salle de césarienne.

Prévoir une horloge et un stéthoscope.

6.5.1.2 .2 Système d'aspiration.

Une source de vide murale avec manomètre qui doit fournir au moins 50cm d'eau de dépression, et ne doit pas dépasser 130cm d'eau. Lorsque le vide mural n'est pas disponible, il peut être remplacé par : un aspirateur électrique ou mécanique (à pédale). Un bocal de recueil des sécrétions bronchiques (nettoyé au moins une fois par jour, plus si nécessaire).

Un tuyau d'aspiration (lavé régulièrement, et changé environ tous les deux mois) muni d'un coupe-vide manuel avec des sondes d'aspiration oro-pharyngées (6F 8F 10F12F) et endotrachéale (De lee) et un flacon de rinçage stérile.

6.5.1.2 .3 Le matériel de ventilation.

L'oxygène se présente sous forme de bouteilles (obus) de différentes contenances. L'oxygène est alors stocké sous forme gazeuse et est comprimé à une pression de 200 bars. A la sortie des bouteilles, la pression du gaz est trop forte pour que l'on puisse l'utiliser ainsi. Il faut donc ajouter un manodétendeur qui réduira cette pression à 3 bars. Le manomètre permet de vérifier la pression à la sortie de la bouteille.

L'armoire de la salle de naissance doit comporter :

- Des canules de Guédel ou Mayo naissance 0 et 00.
- Des masques faciaux de diverses tailles avec ballon autogonflant, valve et enrichisseur d'oxygène.
- Un laryngoscope avec lame droite, ampoules et piles de secours, pince de Magill.
- Des sondes endo-trachéales: 2,5 3 3,5 et 4 mm de diamètre interne.
- De quoi fixer la sonde : ciseaux, sparadrap.
- Des sondes gastriques 8F et seringues pour aspirer l'estomac.
- Un plateau pour cathétérisme veineux ombilical, seringues et aiguilles de calibres variés cathéters courts intra veineux de tailles assorties

Nb : Le matériel doit être soigneusement entretenu et constamment vérifié.

6.5.1.2 .4 Médicaments :

- Adrénaline 1/10000 (0.1 mg/ml) : pour une maternité d'environ 3000 naissances par an, un stock de sécurité de 10 ampoules est largement suffisant pour parer aux éventualités d'une réanimation néonatale au dernier stade.
- Sérum physiologique.
- Nalaxone.
- Glucosé à 5 et 10 p. cent

6.5.1.2 .5 Moyens humains :

La réanimation du nouveau-né en salle de naissance ne doit souffrir d'aucun retard.

Aussi, toutes les personnes exerçant en salle de naissance sont-elles concernées par cette réanimation : obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, médecins généralistes de maternité, puéricultrices, pédiatres. Les naissances à risque "prévisibles" sont prises en charge par le pédiatre de maternité ou du service de néonatalogie mitoyen.

Les naissances à risque imprévisible sont prises en charge par la personne responsable de l'accouchement dans un premier temps, le pédiatre étant immédiatement alerté et appelé à prendre le relais de la réanimation.

6.5.1.2 .6. Prévention des infections nosocomiales :

Si la réanimation nécessite une intervention rapide, il n'en demeure pas moins que les règles d'hygiène doivent être scrupuleusement observées. Ainsi, dans chaque salle de naissance, les produits nécessaires à la décontamination des mains et du matériel doivent constamment être disponibles (savon, eau de javel, dakin, désinfectant..).

L'ensemble des maternités doit par conséquent se mettre en conformité avec les normes précisées dans la présente instruction, en terme de locaux, d'équipement, de médicaments et de produits d'hygiène. S'agissant des personnels, les actions de formation doivent être intensifiées dans le cadre du développement de la néonatalogie; les supports (manuel et cassette vidéo traitant de la naissance en milieu hospitalier doivent faire l'objet d'une large reproduction et diffusion par les directeurs d'établissements et serviront de référence en matière de réanimation en salle de naissance.

.5.2 Mise en conformité des unités et services de néonatalogie (fin 2018).

6.5.2.1 Objectif

Le plan d'action consiste à mettre en place **une stratégie de développement de la néonatalogie**. Il s'agit de mettre aux normes l'ensemble des structures dédiées à la néonatalogie tant sur le plan de l'infrastructure et des équipements que celui de la ressource humaine et d'organiser ces structures en réseau.

6.5.2.2 Population cible

La néonatalogie, au sens du présent décret, est la médecine du nouveau-né âgé de 0 à 28 jours et sa prise en charge pendant cette période

6.5.2.3 Stratégie d'action

L'organisation des soins aux nouveau-nés fait l'objet d'un décret exécutif n° 05-438 du 8 Chaoual 1426 correspondant au 10 novembre 2005 relatif à l'organisation et à l'exercice de la périnatalité et de la néonatalogie

Parmi les objectifs de ce décret, on retient :

- Renforcer le lien mère-enfant en créant des unités ou service de néonatalogie au sein des maternités.

6.5. 3 Mise en place des unités « kangourou » (fin 2018).

Lutte contre la mortalité des nouveau-nés de faibles poids de naissance par la méthode kangourou.

La prise en charge médicale des enfants prématurés ou de petits poids de naissance est un problème majeur de santé publique et reste toujours très insuffisante.

6.5.3.1 Objectif

Le but de cette méthode, est de maintenir le nouveau-né auprès de sa mère sans altérer la qualité des soins prodigués tant à l'enfant qu'à sa mère. Cette méthode permet : chaleur, lait maternel, affection protection.

6.5.3.2 Population cible

Le programme Kangourou s'adresse à des enfants dont le poids de naissance est inférieur ou égal à 1800 grammes, stables sur le plan cardio-respiratoire et qui possèdent un réflexe de déglutition.

6.5.3.3 Stratégie d'action

Nous en excluons systématiquement les nouveau-nés présentant une détresse importante et/ou des signes cliniques majeurs d'infection.

6.5.4 Mise en place des réseaux (fin 2018).

6.5.4.1 Pourquoi un réseau de soins ?

La périnatalité constitue dès la période pré conception une « chaine de soins » dont les maillons ne peuvent en aucun cas être dissociés les uns des autres. C'est tout l'intérêt, pour le personnel de santé exerçant dans un cadre multidisciplinaire, de travailler en réseau dans une région sanitaire déterminée au bénéfice du binôme mère-enfant.

6.5.4.2 Dans ce type d'organisation, l'objectif est d'élaborer une stratégie autour des besoins d'une population dans un secteur de santé donné. Pour cela, il est indispensable, pour les personnels de santé, d'inscrire leur pratique médicale non plus dans un cadre individuel mais plutôt collectif afin de répondre aux besoins pressant de santé publique.

Dans un souci de ne pas compliquer la situation qui prévaut actuellement dans nos maternités et services ou unités de néonatalogie, il apparaît tout à fait raisonnable de mettre en place ces réseaux d'une manière progressive tant sur le plan des activités que sur sa généralisation à l'ensemble du territoire national.

L'objectif d'organiser les maternités uniquement pour les transferts *in utero* est certes insuffisant en termes de santé publique mais reste beaucoup plus simple à réaliser.

Limiter le transport des nouveau-nés en favorisant le transfert *in utero* pour les prématurés et les malformations diagnostiquées en anténatal.

A la prise en charge des nouveau-nés malades dans les structures prévues dans le décret de normalisation de la néonatalogie. La hiérarchisation des soins permettra de rentabiliser au mieux les structures lourdes dédiées à la néonatalogie à savoir la réanimation néonatale.

Le transfert de nouveau-nés nécessite une bonne coordination entre le service demandeur de transfert, le service d'accueil et l'équipe de transport.

La destination d'un nouveau-né transféré dépend :

- du secteur sanitaire
- du niveau de soin requis
- de la disponibilité en lits
- de la disponibilité du transporteur
- éventuellement de facteurs humains et familiaux

Selon les établissements, le transport des nouveau-nés peut être assuré par :

- SAMU polyvalent
- SAMU néonatal et / ou pédiatrique

Le personnel médical et paramédical assurant le transport des nouveau-nés devra être formé à leur prise en charge en salle de naissance et leur mise en condition pour le transport.

(Ambulanciers, médecin du SAMU...).

Tout le matériel utilisé pour le transport des nouveau-nés devra être adapté, entretenu et vérifié (véhicule aménagé, incubateur de transport, respirateur de transport...)

6.6 Stratégie de lutte contre la mortalité périnatale élargie

Directions impliquées: **DGPPS** en relation avec les différentes directions concernées.

6.6.1 Lutte contre la mortinatalité liée aux complications de l'iso-immunisation rhésus.

6.6.1.1 Objectif :

Diminuer de 75% d'ici 2020 l'incidence de l'incompatibilité materno-fœtale dans le système rhésus lié au D. Ce qui permettra de diminuer l'incidence de la mortalité périnatale et de la morbidité néonatale (éradiquer l'ictère nucléaire).

6.6.1.2 Population cible

Toutes les femmes enceintes rhésus négatif.

6.6.1.3 Stratégie d'action

La réduction des accidents passe par :

- Le dépistage :

Le groupage de la mère et du père doit être exigé au moment de la première consultation.

On devrait pouvoir faire bénéficier à toutes les femmes enceintes rhésus négatif à la première consultation une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

- La prise en charge :

Que faire si la recherche d'agglutinines irrégulières, est positive ? La surveillance de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement se fera en milieu spécialisé.

- La prévention :

Conscient de la difficulté d'élaborer et d'appliquer un programme de surveillance d'incompatibilité fœto-maternelle et de prévention de l'allo immunisation qui repose sur un réseau complexe de praticiens et de laboratoires publics et privés et afin de ne pas aggraver la situation actuelle, on recommande la généralisation du **SAD** à l'ensemble des femmes rhésus négatif dans les situations à risques.

6.6.2 Les conditions d'accueil et soins essentiels de base du nouveau-né en salle de naissance.
La prise en charge du nouveau-né commence dès la salle de naissance.

6.6.2.1 Objectif

Le personnel soignant chargé d'appliquer les recommandations du programme national de périnatalité doivent pouvoir se conformer aux mesures décrites ci-après afin de permettre au nouveau-né de bénéficier de **soins appropriés**.

6.6.2.2 Population cible

Tous les nouveau-nés en maternité.

6.6.2.3 Stratégie

Ces mesures concernent :

- L'hygiène des mains
- Séchage du nouveau-né
- La mise du nouveau-né en peau à peau
- Les soins immédiats de l'ombilic
- Les recommandations actuelles concernant l'aspiration des voies aériennes supérieures en salle de naissance.
- La mise au sein précoce
- Les soins essentiels de base **après la mise au sein précoce**.
- Désinfection oculaire
- L'examen sommaire en salle de naissance.
- La pesée du nouveau-né

NB : Les activités suscitées ne sont, certes pas évaluables en termes de taux de mortalité, mais on considère que le rappel des bonnes pratiques reste un préalable à l'exécution d'un programme.

6.6.3 Lutte contre l'asphyxie périnatale liée aux conditions de réanimation en salle de naissance.

Même si la sécurité dans les maternités, s'est considérablement améliorée ces dernières décennies, trop d'accidents obstétricaux surviennent encore par suite d'une insuffisance de moyens et/ou d'une mauvaise organisation.

Il est très fréquent de constater que beaucoup de nos maternités (même universitaire) ne disposent pas de matériel indispensable à la réanimation néonatale. Le personnel de la salle de travail est mal préparé et à cela, s'ajoute l'absence de collaboration obstétrico-pédiatrique efficace.

Les nouveau-nés sont transférés de la salle de travail en unité de soins dans des conditions déplorables, favorisant l'hypothermie et l'infection.

6.6.3.1 Objectif

Lutte contre l'asphyxie périnatale liée aux conditions de réanimation à la naissance:

6.6.3.2 Population cible

Tous les nouveau-nés nés en milieu assisté avec une mauvaise adaptation à la vie extra utérine.

6.6.3.3 Stratégie d'action

Les soins à la naissance pour tout nouveau-né, comportent des éléments communs à tous les niveaux de soins (C.H.U, EPH, EHU, EH, EHS, EPSP).

Il est indispensable que les maternités soient dotées « d'une unité pré travail » normalisée sur le plan de l'infrastructure des équipements et du personnel médical et paramédical. C'est le véritable « centre nerveux » d'un service d'obstétrique.

Le partogramme est l'élément « clé » de la surveillance du travail dans les maternités périphériques. Il reste un instrument de travail d'utilisation aisée permettant aux médecins généralistes et aux sages-femmes de suivre l'évolution du travail sur des éléments objectifs et bien entendu de pouvoir en cas de besoin, confier la parturiente dans un établissement de référence.

Réanimation du nouveau-né en salle de naissance.

La réanimation en salle de naissance est un véritable secourisme néonatal. Les pédiatres n'ont donc pas l'exclusivité de cette prise en charge. Ainsi toute personne, exerçant en salle de naissance (sage-femme puéricultrice, obstétricien, anesthésiste, médecin généraliste, pédiatre) est concerné par cette réanimation. Pour cela, on recommande vivement une formation complémentaire en réanimation néonatale de tout personnel médical concerné par la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance.

L'efficacité de cette réanimation est tributaire de la :

- Diffusion de l'information

- Diffusion de la formation
- Connaissance de ses limites
- De la formation continue (pour maintenir les acquis)

L'expérience du personnel soignant concerné est irremplaçable.

Lorsqu'après la réanimation en salle de naissance, il est nécessaire de transférer le nouveau-né à un niveau de soin supérieur ou en service de néonatalogie, cela doit se faire dès que possible si les conditions de transfert sont réunies (état du nouveau-né stable et moyen de transfert médicalisé).

6.6.4 Prévention de l'hypothermie iatrogène.

La plupart des refroidissements des nouveau-nés se produisent dans les premières minutes après la naissance et ne peuvent affronter une température ambiante inférieure à 32°C (*Zone de neutralité thermique*) si on les laisse nus et mouillés.

La prévention du refroidissement, est importante (pour éviter les risques d'hypoglycémie et d'hémorragies cérébrales) ;

Dès la naissance, les signes cliniques (premier cri, respiration, fréquence cardiaque, couleur, réponse à la stimulation) doivent être évalués simultanément avec les premières mesures sus-citées.

6.6.4.1 Objectif

Prévenir l'hypothermie iatrogène en renforçant le lien mère enfant dès la naissance, en respectant la chaîne du «chaud » et en permettant l'hospitalisation dans des conditions thermiques adéquates (salle correctement chauffée, incubateurs...) des nouveau-nés nécessitant des soins hospitaliers.

6.6.4.2 Population cible

Tous les nouveau-nés exposés à l'hypothermie en salle de naissance ou en suites de couches.

6.6.4.3 Stratégie d'action

Tout le personnel soignant impliqué dans les naissances et les soins néonataux (médecins, sages-femmes, infirmières) doit être suffisamment formé et entraîné aux principes et techniques de la chaîne du chaud.

6.6.5 Prévention de la maladie hémorragique.

L'hypovitaminose K du fait d'un faible transfert placentaire de la vitamine K, d'une faible teneur hépatique en vitamine K1 exogène (ou phyllo quinone) et d'une insuffisance de production de vitamine K2 endogène (ou mena quinones) par la flore bactérienne intestinale insuffisamment développée, rendent le bébé à risque de développer la maladie hémorragique du nouveau-né (MHNN).

Dans sa forme classique elle se manifeste par des hémorragies, surtout digestives, qui surviennent vers la 36-48^e heure de vie.

La forme dite précoce (24^e heure de vie) de la MHNN s'observe essentiellement chez les enfants dont la mère a reçu une thérapeutique affectant le métabolisme de la vitamine K: anticonvulsivants (barbituriques), antituberculeux (rifampicine), certaines céphalosporines de 3^e génération.

La forme dite tardive de la MHNN s'observerait les premières semaines de vie.

La vitamine K est essentielle à la synthèse des facteurs de coagulation du sang.

6.6.5.1 Objectif

Lutte contre la mortalité néonatale par maladie hémorragique

L'objectif est de diminuer la mortalité néonatale liée à la maladie hémorragique de 75% d'ici 2020.

La prévention de la maladie hémorragique parviendrait à économiser des décès et des handicaps (hémorragie cérébrale) avec un rapport coût/efficacité très appréciable !

6.6.5.2 Population cible

Tous les nouveau-nés en salle de naissance (attention particulière aux prématurés).

6.6.5.3 Stratégie d'action

Administration systématique de vitamine K1 d'origine exogène en salle de naissance

6.6.6 Lutte contre la mortalité néonatale liée à l'infection materno-fœtale

L'appréciation du risque infectieux en maternité s'avère être un exercice difficile pour le personnel soignant concerné, car il n'existe aucun signe spécifique d'infection.

Sa fréquence et sa gravité potentielle rendent compte de l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, radiologiques et biologiques. Ces arguments ne sont pas d'égale valeur.

6.6.6.1 Objectif

Réduire la mortalité néonatale liée à l'infection materno-fœtale de 30% d'ici 2020

6.6.6.2 Population cible

Nouveau-né asymptomatique avec un ou plusieurs facteurs de risque infectieux relevés lors de l'anamnèse obstétricale et dans un contexte de prématurité non consentie symptomatique ou non.

6.6.6.3 Stratégie d'action

Dépistage et prise en charge de l'infection materno-fœtale par l'identification des nouveau-nés à risque infectieux et instauration d'une antibiothérapie

6.6.7 Renforcement du lien mère-enfant, (promotion de l'allaitement maternel) :

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé s'inscrit parmi les autres stratégies internationales pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans tous les pays. C'est un programme international visant à promouvoir des conditions de santé optimales, tant psychiques que corporelles, pour les mères et leurs bébés, lors de la naissance et du séjour à la maternité. Elle est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et placée sous le haut patronage de l'UNICEF.

La labellisation de nos maternités en « hôpitaux amis des bébés » par la promotion de l'allaitement maternel ne peut avoir que des retombées positives sur la santé de la population.

6.6.7.1 Objectif

L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci. C'est une démarche de qualité, qui passe par l'attribution du label " Hôpital Ami des Bébé s".

Permettre aux mères de rester 24 heures sur 24 auprès de leur enfant hospitalisé. Instaurer l'allaitement au sein précoce et exclusif pour l'ensemble des nouveau-nés, nés dans des établissements de soins de santé.

6.6.7.2 Population cible

Tous les nouveau-nés des maternités publiques et privées

6.6.7.3 Stratégie d'action

L'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) est un moyen très intéressant pour le soutien à l'allaitement maternel. Les personnels des maternités peuvent mettre en place des conduites hospitalières qui prennent en considération les besoins des nouveau-nés et qui favorisent l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Pour réaliser ce projet, il est primordial que les maternités offrent toutes les conditions afin que les mamans, puissent assurer un allaitement réussi.

Les maternités et les polycliniques doivent s'impliquer de manière "efficace et énergique" dans le processus visant l'encouragement du recours à l'allaitement maternel.

6.6.8 Dépistage de l'hypothyroïdie congénitale et de la phénylcétonurie.

La phénylcétonurie maladie génétique rare (1/10000 naissances vivantes) et grave en relation avec un trouble du métabolisme de la phénylalanine (acide aminé d'origine alimentaire).

L'excès de phénylalanine dans le sang est toxique pour le système nerveux et perturbe le développement du cerveau de l'enfant, entraînant un retard mental. L'hypothyroïdie congénitale est plus fréquente (1/3500 naissances vivantes) et non traitée à temps est également responsable d'un retard mental

Dans les deux cas au stade symptomatique, le traitement est totalement inefficace.

Il est bien établi que les coûts engendrés par un retard mental à vie, sont **largement supérieur** à la mise en place du dépistage néonatal de ces affections. C'est donc un programme de prévention secondaire économiquement très rentable.

6.6.8.1 Objectif

Le début précoce du traitement de substitution permet maintenant d'éviter l'atteinte cérébrale de ces enfants.

6.6.8.2 Population cible

Tous les nouveau-nés nés en milieu assisté.

6.6.8.3 Stratégie d'action

Le dépistage repose sur la mesure de la tâche de sang déposé sur un papier buvard (**carton Guthrie**) prévu à cet effet. Les nouveau-nés sont prélevés à **3 jours de vie**.

Ce qui est essentiel, c'est que tous les nouveau-nés soient examinés dès les premiers jours de vie.

6.6.9 Révision de la loi sur la déclaration des naissances (stratégie prise en charge par la direction de la réglementation).

La loi 84-11 modifiée du 09 juin 1984 portant code de la famille précise dans son article 42 : le minimum de la durée de grossesse est de six mois et le maximum de dix mois. Il y a donc un décalage entre la définition médicale de la viabilité du nouveau-né et celle, juridique, permettant la délivrance d'un acte d'enfant sans vie. Cependant, en pratique, " la viabilité " est tributaire, non seulement du poids de naissance (et non de l'âge gestationnel), mais aussi des possibilités de transfert de ces très faibles poids de naissance dans un service où une unité de néonatalogie.

Pour tenter de remédier à cette situation, il apparaît nécessaire de modifier les modalités de déclaration des nouveau-nés.

Ce changement législatif permettrait de placer plus haut la barre des objectifs à atteindre et d'inscrire résolument notre politique périnatale dans la logique des standards en vigueur dans les pays les plus développés

Au regard des progrès attendus de la mise en œuvre du programme national de périnatalité et du décret de normalisation de la néonatalogie ainsi que des objectifs de développement des indicateurs sanitaires à l'horizon 2025 (à savoir atteindre au moins les indicateurs sanitaires actuels des pays développés), les aspects réglementaires concernant les morts périnatales doivent être mis en conformité avec les Recommandations de l'OMS. " Tous les enfants nés

vivants ou viables (c'est-à-dire à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes) doivent être enregistrés à l'Etat-civil, même s'ils décèdent précocement ".

6.6.10 Elaboration du certificat de décès périnatal (stratégie élaborée par la direction de la population).

Disposer régulièrement au niveau national de données fiables et actualisées dans le domaine périnatal.

Le développement des systèmes d'observation de la périnatalité comporte la mise en place d'un recueil spécifique sur les causes de décès des mort-nés et des morts néonatales (de 0 à 27 jours révolus) incluant les décès de la période néonatale précoce (0 à 6 jours révolus), plus ceux de la période néonatale tardive (7 à 27 jours révolus). L'inclusion de la totalité de la période néonatale à la mortinatalité pour définir une période périnatale "élargie" s'explique par les progrès, de la prise en charge précoce et adaptée du nouveau-né en détresse.

Tout décès doit faire l'objet d'un certificat médical ouvrant, d'une part la voie, à son enregistrement à l'état civil et donnant accès au permis d'inhumer sous le contrôle de l'autorité judiciaire et devant aussi servir, d'autre part, de base à l'information des autorités sanitaires sur la cause médicale du décès.

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé d'utiliser un certificat médical de causes de décès spécifique pour cette période. Ce certificat doit comporter des rubriques essentielles caractérisant l'enfant (poids de naissance, âge gestationnel), et une rubrique caractérisant la cause du décès : la cause fœtale ou néonatale principale du décès.

7 Mise en œuvre du programme:

Une instruction de Monsieur le ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière a été signée en juillet 2016 instruisant l'ensemble des gestionnaires du début du programme national de périnatalité.

8 Mécanisme de suivi-évaluation du programme

Cette évaluation devrait porter sur les chiffres de la mortalité (c'est ce qui est attendu en toute priorité).

Mise en place d'une structure de coordination au niveau de chaque wilaya. Un pédiatre assurera la coordination technique en relation avec le coordinateur national.

Cette commission est présidée par le directeur de la santé et de la population, afin d'assurer un suivi des différentes activités du programme.

Les évaluations doivent parvenir tous les deux mois selon un modèle préétabli, au niveau du secrétariat du MSP/RH

Les objectifs intermédiaires sont représentés par les différentes activités du programme. On évaluera :

- L'incidence de l'iso immunisation rhésus et taux de couverture vaccinale chez la population de femmes rhésus négatif dont l'enfant est rhésus positif.
- L'incidence de la maladie hémorragique (morbidité, mortalité).
- L'incidence de la morbidité ou mortalité liée à l'hypothermie sévère.
- L'incidence de la morbidité ou mortalité liée à l'asphyxie périnatale (évaluation de l'accouchement et de la réanimation du nouveau-né en salle de naissance).
- L'incidence de la morbidité ou mortalité liée à l'infection materno-foetale.- L'incidence de la mortalité des très faibles poids de naissance placés en unité kangourou.
- Du nombre de demande par les maternités du label "Initiative hôpitaux amis des bébés (évaluation annuelle).

Dans le cadre du processus de développement de la néonatalogie, l'évaluation concernera ;

- Le nombre d'unités « kangourou » créées.
- Le nombre de salles de naissances normalisées (instruction ministérielle)
- La mise en conformité des unités et services de néonatalogie des structures publiques et privées selon le décret de périnatalité et de normalisation de la néonatalogie.
- Le nombre de réseaux créés.