

République du Cameroun

Paix-Travail-Patrie

Ministère de la Santé Publique

Sécritariat Général

Direction des Ressources Humaines

Délégation Régionale de la Santé Publique du Nord

École de Formation des Professionnels de Santé de Guide



BP : 55 Guider

Tel : 698197958/695678319

EMAIL : efpsag@yahoo.com

Republic of Cameroon

Peace-Work-Fatherland

Ministry of the Public Health

General Sécritariat

Human Ressources Department

Nord Régional Public Health

Guider Health Professionnel Training School

Créée et ouverte par décision N° 2821D/MINSANTE /SG/DRH du 08 Avril 2022

LES OBSTACLES LIÉS À LA RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ : CAS DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL RÉGIONAL ANNEXE DE GUIDER

Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de BACHELOR OF MIDWIFERY

par

RAMLATOU RADJAOU

Elève Sage-Femme/Maïeuticien

matricule :23IDE/SF-1475

Sous les directions de

Mme. MAI DJAMASSOU épouse Matna

Infirmier Supérieur / Anesthésiste et Réanimateur

TCHINDA Basile

Master en Sciences Infirmières; Option Santé de la Reproduction

Année académique 2025-2026

1^{ère} Promotion

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES et ACRONYMES ET	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CONCLUSION	53
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
TABLE DES MATIÈRES	XII

DÉDICACE



REMERCIEMENTS

Nous rendons grâce à **Dieu**, le tout puissant, qui nous a gardé et guidé tout au long de notre formation jusqu'à ce jour. Nous tenons à exprimer vivement nos remerciements avec une profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, plus particulièrement :

- ✓ Au Seigneur Tout-Puissant pour sa grâce et sa protection tout au long de ce parcours.
- ✓ À Madame MAÏ DJAMASSOU épouser MATNA et M. TCHINDA Basile, respectivement Directeur et Co-Directeur de ce travail, pour la qualité de leurs enseignements et le temps qu'ils m'ont accordé pour ce chef-d'œuvre
- ✓ Au promoteur de l'école des personnels de santé de Guider Monsieur GANDAÏ Zamba, pour son leadership et son engagement envers l'excellence éducative.
- ✓ Au directeur de l'école M. KIRKABAÏ Abel pour son appui et sa confiance en Nous.
- ✓ À Madame Mme NANI SALOME, notre coordinatrice, pour son dynamisme et son appui logistique.
- ✓ À mes parents M. ABDOUL Kadir et Mme AMINATOU Dicko pour leur amour, leur soutien inconditionnel et leurs sacrifices qui m'ont permis d'être celle que je suis aujourd'hui.
- ✓ À mes frères et sœurs pour leur soutien inconditionnel.
- ✓ A ma tante bien aime HABIBA Dicko pour son Amour et soutien inconditionnel.
- ✓ A MON EPOUX BIEN AIMER pour son amour et soutien inconditionnelle.
- ✓ À toutes les patientes qui ont volontairement participé à la réalisation de ce mémoire.
- ✓ À tout le personnel enseignant d'EFOPSAG pour la transmission de leurs connaissances et leur dévouement à notre formation.
- ✓ À mes camarades et amis, pour leur soutien mutuel, leurs encouragements et les bons moments partagés ensemble.
- ✓ Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES SIGLES et ACRONYMES ET

APGAR : Apparence, Pouls, Grimace, Activité, Respiration

CPN : Consultation Prénatale

EFOPSAG : École de Formation du Personnel de Santé de Guider

HRA : Hôpital Régional Annexe

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

ISAR : Infirmier(ère) Supérieur(e) en Anesthésie et Réanimation

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique du Cameroun

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

RNN : Réanimation du Nouveau-Né

SF : Sage-Femme/Maïeuticien

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères du score d'APGAR.....	16
Tableau 2 : Scoring d'APGAR.....	16
Tableau 3 : distribution des Variables selon les outils de collecte des données.....	33
Tableau 4 : Répartition du personnel soignant selon la tranche d'âge.....	36
Tableau 5 : Répartition du personnel soignant selon la qualification.....	36
Tableau 6 : Répartition du personnel soignant selon l'ancienneté professionnelle.....	37
Tableau 7 : Répartition du personnel soignant selon la réception d'une formation en réanimation néonatale.....	37
Tableau 8 : Répartition du personnel soignant selon le type de formation reçue en réanimation néonatale.....	37
Tableau 9: Répartition du personnel soignant selon le type de formation reçue en réanimation néonatale.....	37
Tableau 10 : Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée du ballon auto-remplisseur.....	38
Tableau 11: Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée du masque facial.....	38
Tableau 12 : Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée de l'aspirateur... ..	38
Tableau 13 : Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée de la source d'oxygène.....	38
Tableau 14 : Répartition du personnel soignant selon la connaissance des étapes de la réanimation néonatale.....	39
Tableau 15 : Répartition du personnel soignant selon les difficultés rencontrées lors de la réanimation du NN.....	40
Tableau 16: Répartition du personnel soignant selon les principaux obstacles à la réanimation néonatale.....	40
Tableau 17 : Répartition des parents selon la tranche d'âge.....	41
Tableau 18: Répartition des parents selon le niveau d'instruction.....	41
Tableau 19 : Répartition des parents ayant refusé la réanimation selon la raison invoquée.....	43
Tableau 20 : Répartition des parents selon l'acceptation facile de la mise sous oxygène de leur enfant.....	43
Tableau 21: Répartition des parents selon les difficultés rencontrées lors de la mise sous oxygène de leur enfant.....	44
Tableau 22 : Récapitulatif des observations réalisées à la maternité de l'HRAG.....	44
Tableau 23 : Récapitulatif des actes de réanimation observés à la maternité de l'HRAG....	45

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Modèle conceptuel adapté à l'étude, d'après Virginia Henderson (1960).....</i>	<i>26</i>
<i>Figure 2 : Répartition du personnel soignant selon le sexe.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure 3 : Répartition du personnel soignant selon la participation régulière à des formations continues.....</i>	<i>39</i>
<i>Figure 4 : Répartition du personnel soignant selon la fréquence des formations continues.....</i>	<i>39</i>
<i>Figure 5 : Répartition du personnel soignant selon l'existence de recyclages dans le service.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 6 : Répartition des parents selon le sexe.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 7 : Répartition des parents selon qu'ils aient déjà entendu parler de la réanimation du nouveau-né.....</i>	<i>42</i>
<i>Figure 8 : Répartition des parents selon l'acceptation de la réanimation pour leur enfant.....</i>	<i>42</i>
<i>Figure 9 : Répartition des parents selon que leur enfant ait déjà été mis sous oxygène.....</i>	<i>43</i>

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION D'ENQUÊTE	II
ANNEXE 2 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	III
ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	IV

RÉSUMÉ

La réanimation du nouveau-né constitue un geste d'urgence déterminant pour la survie néonatale, dont l'efficacité dépend de la disponibilité conjointe d'un personnel formé, d'un matériel fonctionnel et d'une bonne collaboration avec les familles. À la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider (HRAG), la persistance de décès néonataux malgré l'existence de protocoles de réanimation interroge sur les obstacles réels rencontrés sur le terrain. Cette étude visait à identifier les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né à la maternité de l'HRAG. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à méthode quantitative, menée sur une période globale allant de janvier à septembre 2026, dont la phase de collecte des données s'est déroulée du 20 avril au 31 mai 2026, soit 40 jours. L'échantillonnage, de type non probabiliste exhaustif, a permis de recenser un échantillon total de 25 participants, soit 10 personnels soignants et 15 parents de la maternité de l'HRAG, à l'aide d'un questionnaire structuré auto-administré en cinq sections, complété par une grille d'observation directe de la structure. Les résultats montrent que l'ensemble du personnel (100,0%) a reçu une formation en réanimation néonatale et maîtrise la source d'oxygène, mais que 60,0% du personnel cite le manque de supervision comme difficulté rencontrée, et que le manque de matériel constitue l'obstacle le plus cité (40,0% des réponses). Du côté des parents, 86,7% accepteraient que leur enfant soit réanimé, mais la peur des complications demeure une difficulté rapportée. La grille d'observation révèle que deux équipements essentiels sur six (table de réanimation, lampe chauffante) sont non fonctionnels, et qu'aucun personnel formé n'est disponible 24 heures sur 24. Ces résultats confirment que les obstacles à la réanimation du nouveau-né à l'HRAG sont moins liés à un déficit de formation initiale qu'à des défaillances organisationnelles : maintenance imparfaite du matériel, supervision continue insuffisante, et communication à améliorer avec les familles.

Mots-clés : **Réanimation néonatale, nouveau-né, .**

ABSTRACT

Newborn resuscitation is a critical emergency procedure for neonatal survival, whose effectiveness depends on the joint availability of trained staff, functional equipment, and good collaboration with families. At the maternity ward of the Guider Regional Annex Hospital (HRAG), the persistence of neonatal deaths despite existing resuscitation protocols raises questions about the real obstacles encountered in the field. This study aimed to identify the obstacles related to newborn resuscitation at the HRAG maternity ward. This was a descriptive, cross-sectional study using a quantitative approach, conducted over an overall period from January to September 2026, with the data collection phase carried out from April 20 to May 31, 2026, i.e. 40 days. A non-probability, exhaustive sampling technique was used, yielding a total sample of 25 participants, namely 10 healthcare staff and 15 parents from the HRAG maternity ward, using a self-administered structured questionnaire in five sections, supplemented by a direct observation checklist of the facility. The results show that all staff members (100.0%) had received training in neonatal resuscitation and mastered the oxygen source, but 60.0% of staff cited lack of supervision as a difficulty encountered, and lack of equipment was the most frequently cited obstacle (40.0% of responses). Among parents, 86.7% would accept resuscitation for their child, but fear of complications remained a reported difficulty. The observation checklist revealed that two out of six essential pieces of equipment (resuscitation table, radiant warmer) were non-functional, and that no trained staff member was available 24 hours a day. These findings confirm that obstacles to newborn resuscitation at the HRAG are less related to a lack of initial training than to organizational shortcomings: imperfect equipment maintenance, insufficient continuous supervision, and room for improvement in communication with families.

Keywords: Neonatal resuscitation, newborn,

INTRODUCTION

La période néonatale, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme les 28 premiers jours de vie, représente la phase la plus vulnérable de l'existence humaine, en raison notamment de l'immaturité physiologique et immunologique du nouveau-né (OMS, 2020). Parmi les causes évitables de mortalité néonatale, l'asphyxie à la naissance occupe une place centrale, représentant près de 23% des décès néonataux dans le monde, soit environ 900 000 décès par an (OMS, 2020). Face à cette réalité, la réanimation du nouveau-né constitue une intervention de première urgence, dont l'efficacité repose sur la disponibilité immédiate d'un personnel formé, d'équipements fonctionnels et d'une organisation optimale du service (OMS, 2012). Cependant, dans de nombreuses maternités des pays en voie de développement, cette réanimation se heurte à des obstacles multiples qui compromettent la survie des nouveau-nés en état d'asphyxie (UNFPA, 2016). En Afrique subsaharienne, la mortalité néonatale demeure alarmante, avec des taux parmi les plus élevés au monde, atteignant 28 décès pour 1 000 naissances vivantes (UNICEF, 2019). Au Cameroun, le taux de mortalité néonatale est estimé à 23 pour 1 000 naissances vivantes, avec des disparités importantes entre les régions (MINSANTE, 2018). Dans la région du Nord, les structures sanitaires périphériques, dont fait partie la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, font face à des défis particuliers en matière de réanimation néonatale, dont la nature précise demeure insuffisamment documentée localement. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, dont l'objectif est d'identifier et d'analyser les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider. Pour répondre à cet objectif, ce travail est structuré en cinq chapitres. Le premier chapitre expose la problématique de l'étude, incluant le contexte, la justification, les questions et objectifs de recherche. Le deuxième chapitre présente la revue de la littérature et le cadre théorique mobilisé. Le troisième chapitre détaille la méthodologie adoptée pour la collecte et l'analyse des données. Le quatrième chapitre présente et analyse les résultats obtenus auprès du personnel soignant, des parents, et de la grille d'observation de la structure. Enfin, le cinquième chapitre discute ces résultats à la lumière de la littérature existante, vérifie les hypothèses de recherche, et formule des recommandations à l'endroit des différents acteurs concernés.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

Contexte et justification

Contexte

La mortalité néonatale constitue l'un des défis majeurs de santé publique à l'échelle mondiale. En 2024, on estimait à 2,3 millions le nombre de décès néonataux survenus dans le monde, soit 47 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans (OMS, 2026). Environ 78 % de ces décès résultent de trois causes évitables et traitables, à savoir les complications des naissances prématurées, les événements liés à l'accouchement dont l'asphyxie à la naissance, et les infections néonatales (UNICEF, OMS et Banque Mondiale, 2021). La majorité des décès néonataux, soit 75 %, survient au cours de la première semaine de vie, et environ un million de nouveau-nés meurent dans les premières 24 heures (OMS, 2024).

L'asphyxie à la naissance est particulièrement préoccupante car elle est potentiellement évitable grâce à une réanimation rapide et efficace. L'OMS (2012) estime que des interventions simples de réanimation, notamment la ventilation au masque et au ballon, pourrait réduire la mortalité néonatale par asphyxie de 30 % dans les pays à ressources limitées. Cependant, la mise en œuvre effective de ces interventions se heurte à de multiples obstacles dans les structures sanitaires à ressources limitées, notamment l'insuffisance de personnel qualifié, le déficit en équipements fonctionnels et l'absence de protocoles standardisés (UNFPA, 2016). Face à ce constat, l'Objectif de Développement Durable 3.2 fixe pour tous les pays une cible de mortalité néonatale inférieure à 12 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030 (OMS, 2023).

L'Afrique subsaharienne concentre la charge la plus lourde de mortalité néonatale au monde. En 2022, elle enregistrait 57 % de l'ensemble des décès chez les enfants de moins de cinq ans, alors qu'elle ne représente que 30 % des naissances vivantes mondiales, avec un taux de mortalité néonatale de 27 décès pour 1 000 naissances vivantes, le plus élevé de toutes les régions du monde (OMS, 2024). En 2024, le taux de mortalité des moins de cinq ans y atteignait 71,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, près de 14 fois supérieur à celui des pays à revenu élevé (OMS, 2026). L'asphyxie néonatale figure parmi les trois premières causes de décès chez le nouveau-né, aux côtés des complications liées à la prématurité et des infections (Lawn et al., 2005).

Plusieurs études réalisées en Afrique de l'Ouest confirment cette tendance. Au Burkina Faso, une étude de cohorte rétrospective menée au Centre Hospitalier Universitaire de

Tengandogo a établi un taux de mortalité néonatale de 22,25 pour 1 000 personnes-jours ; l'asphyxie y représentait 17,86 % des diagnostics principaux, et la réanimation à la naissance constituait un facteur de risque indépendant de décès (Ouattara et al., 2024). Par ailleurs, une étude menée par l'UNFPA (2016) dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre a révélé que moins de 40 % des structures sanitaires disposaient d'un matériel de réanimation néonatale fonctionnel et d'un personnel formé disponible en permanence. Dans ce contexte, les obstacles à la réanimation néonatale en Afrique subsaharienne sont multidimensionnels : ils tiennent à l'insuffisance numérique et qualitative du personnel soignant, au déficit chronique en équipements de réanimation, à l'absence de protocoles standardisés et affichés, à la faible couverture en formations continues, ainsi qu'au dysfonctionnement des systèmes de référence et contre-référence (Mabaga et al., 2022). Ces obstacles conjugués expliquent en grande partie le maintien de taux de mortalité néonatale élevés dans la région, en particulier dans les pays d'Afrique centrale dont fait partie le Cameroun.

Au Cameroun, la mortalité néonatale demeure une préoccupation majeure de santé publique. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (MINSANTE, 2018), le taux de mortalité néonatale est estimé à 23 pour 1 000 naissances vivantes, avec des disparités importantes entre les régions. L'asphyxie néonatale figure parmi les causes les plus fréquentes de décès néonataux, aux côtés de la prématurité et des infections néonatales (Djatche Miafo et al., 2024). Une étude menée à la maternité de niveau I du Centre Hospitalier d'Ayos a rapporté un taux de mortalité néonatale précoce de 0,5 %, avec l'asphyxie néonatale comme première cause de décès, représentant 75 % des cas, tous survenus dans les 24 premières heures de vie (Kedy Koum et al., 2012). Ce constat est corroboré par une étude menée à l'Hôpital de District de Bonassama à Douala, qui a rapporté une mortalité intrahospitalière de 21,33 % chez les nouveau-nés admis pour asphyxie néonatale (Mbonda et al., 2018).

Sur le plan institutionnel, le Ministère de la Santé Publique a inscrit la réduction de la mortalité néonatale parmi ses priorités, notamment à travers la mise en œuvre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence. Cependant, la mise en œuvre effective des protocoles de réanimation néonatale se heurte à de nombreux obstacles dans les formations sanitaires périphériques, notamment le déficit de personnel formé, la rupture fréquente des équipements et des médicaments essentiels, et l'insuffisance de la supervision (MINSANTE, 2018). Concernant spécifiquement les compétences du personnel soignant, une étude nationale de référence menée à Yaoundé avait déjà établi que la compétence des prestataires de soins sur la

prise en charge du nouveau-né à la naissance demeurait insuffisante dans les formations sanitaires de premier niveau (Monebenimp et al., 2012).

Ces difficultés sont particulièrement marquées dans les régions septentrionales du Cameroun, où les indicateurs de santé maternelle et néonatale sont les plus préoccupants du pays. La région du Nord présente ainsi l'un des taux de mortalité néonatale les plus élevés, atteignant 31 pour 1 000 naissances vivantes selon les données régionales de 2017, soit bien au-dessus de la moyenne nationale. Une étude de type Connaissances, Attitudes et Pratiques menée dans les maternités des formations sanitaires de la ville de Garoua, chef-lieu de la région du Nord, a révélé des résultats particulièrement préoccupants : sur 111 professionnels de santé inclus, 78 % présentaient de mauvaises connaissances en réanimation néonatale, 77 % des attitudes erronées, et 56 % des pratiques néfastes ; la formation en réanimation néonatale constituait le seul facteur statistiquement associé à un meilleur niveau de connaissances (Kalla et al., 2022). Ce constat, établi dans la même région administrative que la présente étude, souligne la pertinence d'examiner spécifiquement la situation de la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, où la persistance de décès néonataux malgré l'existence de protocoles de réanimation affichés interroge sur la nature exacte des obstacles rencontrés localement.

Guider est une commune du Cameroun située dans la région du Nord, chef-lieu du département du Mayo-Louti, comptant une population de 420 503 habitants (2019). La ville est peuplée de plusieurs groupes ethniques dont les Guidar, majoritaires, ainsi que les Daba, Fali, Toupouri, Moundang, Peuls et Guiziga, avec une superficie de 2 438 km² et un climat tropical. L'Hôpital Régional Annexe de Guider constitue la principale structure sanitaire de référence de l'arrondissement, desservant une population majoritairement rurale et à faibles revenus.

La maternité de l'HRA de Guider accueille quotidiennement des parturientes et réalise un nombre important d'accouchements. Au cours de nos observations lors des stages cliniques effectués dans cet établissement, il a été constaté des difficultés récurrentes dans la prise en charge des nouveau-nés en état d'asphyxie, notamment l'absence de ballon-masque fonctionnel à portée immédiate, l'insuffisance de personnel formé en réanimation néonatale lors des gardes de nuit, l'absence de protocoles écrits de réanimation affichés dans la salle d'accouchement, et des ruptures fréquentes en médicaments essentiels de réanimation. Ces constats soulèvent des interrogations légitimes sur les obstacles qui entravent la réanimation efficace du nouveau-né dans cette maternité, et justifient la présente investigation.

Justification

Sur le plan personnel, en tant qu'élève sage-femme en formation à l'EFOPSAG de Guider et ayant effectué plusieurs stages cliniques à la maternité de l'HRA de Guider, nous avons été directement confrontées à des situations de détresse néonatale où la réanimation n'a pu être réalisée dans les conditions optimales requises. Ces expériences personnelles ont suscité en nous une interrogation profonde sur les raisons qui limitent la mise en œuvre efficace de la réanimation du nouveau-né dans ce contexte, et ont constitué le point de départ de cette recherche.

Sur le plan professionnel, la sage-femme occupe une place centrale dans la prise en charge du nouveau-né à la naissance. Elle est la première et souvent la seule professionnelle de santé présente au moment de l'accouchement, et à ce titre, elle porte la responsabilité d'initier la réanimation néonatale en cas d'asphyxie. Identifier les obstacles qui entravent cette prise en charge constitue donc une nécessité professionnelle urgente, afin de formuler des recommandations concrètes susceptibles d'améliorer la qualité des soins néonataux à la maternité de l'HRA de Guider et de contribuer à la réduction de la mortalité néonatale dans notre contexte d'exercice.

Énoncé du problème

Le nouveau-né en état d'asphyxie à la naissance nécessite une prise en charge immédiate et efficace afin de prévenir les séquelles neurologiques et le décès. Cette prise en charge, appelée réanimation néonatale, requiert la présence simultanée d'un personnel qualifié, de matériel fonctionnel et d'une organisation adaptée du service. Or, à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, les observations de terrain révèlent des insuffisances persistantes dans ces trois dimensions, qui compromettent la qualité de la réanimation néonatale.

À ce jour, aucune étude n'a identifié et analysé de manière systématique les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né dans cette structure. Cette lacune documentaire ne permet pas aux responsables sanitaires de mettre en place des interventions ciblées pour améliorer la qualité de la prise en charge néonatale. C'est cette situation qui soulève la question centrale suivante :

Questions de recherche

Question principale

Quels sont les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider ?

Questions secondaires

QS1 : Quels sont les caractéristiques socioprofessionnelles du personnel soignant de la maternité de l'HRA de Guider ?

QS2 : Quels sont les obstacles liés aux connaissances et pratiques du personnel soignant en matière de réanimation néonatale à la maternité de l'HRA de Guider ?

QS3 : Quel sont les facteurs familiaux susceptibles de constituer des obstacles à la réanimation du NN ?

QS4 : Quels sont les obstacles organisationnels et institutionnelles qui limitent la réalisation efficace de la réanimation du NN à la maternité de l'HRA de Guider ?

Hypothèses de recherche

Hypothèse principale

Nous pensons que des obstacles liés aux ressources humaines, au matériel, à l'organisation du service et aux connaissances du personnel entravent la réanimation efficace du nouveau-né à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider.

Hypothèses secondaires

HS1 : Les caractéristiques socioprofessionnelles telles que l'insuffisance des spécialistes, ancienneté dans le service constituent des obstacles à la réanimation efficace du NN à la maternité de l'HRA de Guider notamment.

HS2 : L'insuffisance des connaissances et des pratiques du personnel soignant en matière de réanimation néonatal constitue un obstacle à la prise en charge efficace du NN à la maternité de l'HRA de Guider

HS3 : Certains facteurs familiaux, notamment le manque d'information, les croyances et les difficultés de collaboration avec les personnels soignants constitueraient des obstacles à la réanimation efficace du nouveau-né à la maternité de l'HRA de Guider.

HS4 : Nous pensons que l'insuffisance du personnel, le manque de supervision formative/formations continue constituent les obstacles à la réanimation efficace du NN à la maternité de l'HRA de Guider.

Objectifs de recherche

Objectif général

Décrire les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider.

Objectifs spécifiques

OS1 : Identifier les caractéristiques socioprofessionnelles du personnel qui limitent la réanimation efficace du NN à la maternité de l'HRA de Guider.

OS2 : Explorer les connaissances et les pratiques du personnel soignant sur réanimation néonatale à la maternité de l'HRA de Guider.

OS3 : Identifier les facteurs familiaux susceptibles de constituer des obstacles à la réanimation efficace du NN à la maternité de l'HRA de Guider.

OS4 : Recenser les obstacles organisationnels et institutionnelles qui limitent la réalisation efficace de la réanimation du NN à la maternité de l'HRA de Guider.

But de la recherche

Notre étude vise d'une part à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins urgents à administrer au nouveau né et d'autre part à contribuer à la réduction de la morbi-mortalité néonatale.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Déroulement des concepts

❖ Obstacles

Selon l'**OMS**, ce sont des facteurs environnementaux qui limitent l'accès aux soins ou entravent leur mise en œuvre.

Selon l'**UNICEF**, l'obstacle est toute barrière comportementale, économique ou institutionnelle entravant l'accès de l'enfant aux services essentiels.

Selon **Thaddeus et Maine (1994)**, le modèle des « trois retards » distingue le retard de décision, le retard d'accès à la structure et le retard dans la qualité des soins reçus.

Ici, l'obstacle désigne tout facteur individuel, familial, organisationnel ou matériel retardant la réanimation néonatale à Guider.

❖ Le nouveau-né

Selon l'**OMS**, il s'agit de l'enfant de la naissance à 28 jours révolus, période subdivisée en phase précoce (0-7 jours) et tardive (8-28 jours).

Selon le **Larousse médical**, c'est l'enfant durant son premier mois de vie, période d'adaptation à la vie extra-utérine.

Le **Manuel MSD (2025)** y voit une phase de transition physiologique, de la dépendance placentaire à l'autonomie cardio-respiratoire.

Ici, le nouveau-né désigne l'enfant évalué dès la naissance, au moment où se joue son adaptation respiratoire.

❖ La réanimation du nouveau-né.

Selon **Essomo Megnier-Mbo et al. (2014)**, ce sont les gestes visant à établir une respiration alvéolaire efficace chez le nouveau-né inadapté à la vie extra-utérine.

L'**OMS** la considère comme l'une des interventions les plus efficaces pour réduire la mortalité néonatale, si elle est initiée dans la minute suivant la naissance.

Le **NRP** la définit comme une séquence standardisée de gestes appliqués selon la réponse clinique du nouveau-né.

C'est cette réanimation, pratiquée par la sage-femme, dont les obstacles sont étudiés à Guider.

❖ L'asphyxie périnatale

Selon le **Manuel MSD (2025)**, c'est une baisse du flux sanguin ou de l'oxygène chez le nouveau-né, avant, pendant ou après l'accouchement.

Selon l'**OMS**, c'est le défaut d'établir une respiration normale à la naissance.

Selon **Volpe (2018)**, elle associe hypoxémie, hypercapnie et acidose métabolique, dont la sévérité conditionne le risque neurologique.

❖ Asphyxie néonatale

Selon l'**OMS**, c'est l'incapacité du nouveau-né à respirer efficacement après la naissance, entraînant hypoxémie et acidose.

Selon **Cloherly et al.**, elle associe acidose sévère, Apgar ≤ 3 au-delà de 5 minutes et signes neurologiques précoces.

❖ Score d'Apgar

Mis au point par **Virginia Apgar (1953)**, ce score évalue la vitalité du nouveau-né à 1 et 5 minutes selon cinq critères.

L'**AAP et l'ACOG (2015)** rappellent qu'il reflète la vitalité immédiate, sans prédire isolément le devenir neurologique.

II. Recension des écrits

Écrits empiriques

Écrits liés aux caractéristiques socioprofessionnelles

L'étude menée par Kalla et al., en 2022, à Garoua, portant sur le profil socioprofessionnel du personnel impliqué dans la réanimation néonatale, montre que, sur 111 professionnels interrogés, l'âge moyen est de 36,2 ans et l'ancienneté médiane de 7 ans, avec une majorité d'aides-soignants (27 %) et de sages-femmes (24,3 %). Ce constat, établi dans un contexte proche de celui de l'HRAG, souligne l'intérêt de documenter également le profil socioprofessionnel du personnel de notre maternité d'étude.

Écrits liés aux connaissances et aux pratiques

Par ailleurs, la méta-analyse est-africaine menée par Eyeberu et al., en 2024, portant sur les connaissances du personnel soignant en réanimation néonatale, situe le niveau global de connaissances à 59 %, tandis qu'une synthèse quantitative portant sur les pratiques associées

rapporte un taux de bonnes pratiques de 67,2 %, corrélé à l'âge, à l'expérience et à la formation reçue. De même, l'étude menée au Kenya, portant sur la maîtrise des étapes de la réanimation, montre que seuls 35,4 % des soignants les maîtrisaient, déficit attribué à des formations initiales insuffisantes ; au Nigeria, une étude portant sur la préparation des structures décrit des connaissances et des équipements jugés sous-optimaux, avec une forte hétérogénéité entre catégories professionnelles. En outre, l'étude menée par Monebenimp et al., en 2012, à Yaoundé, portant sur la formation aux soins essentiels du nouveau-né, révèle que seuls deux agents sur dix évalués avaient reçu une formation, sans recyclage ultérieur ; à l'inverse, l'étude plus récente de Nvonako et al., en 2022, à Douala, portant sur l'effet d'une formation intra-hospitalière ciblée, montre une amélioration significative des compétences pratiques du personnel, confirmant que ce déficit de formation continue, bien que majeur, demeure modifiable.

Écrits liés aux obstacles familiaux

Sur le plan familial, une synthèse qualitative portant sur les déterminants du recours aux soins néonataux associe le premier retard de recours à des facteurs tels que le statut socio-économique, la connaissance des signes de danger et la distance à la structure de santé, ce retard pouvant expliquer jusqu'à 80 % des décès néonataux et infantiles. De même, les études menées au Burkina Faso et en Zambie, portant sur la prise de décision familiale face aux soins obstétricaux, montrent que celle-ci reste largement contrôlée par l'entourage familial. Par ailleurs, plusieurs études conduites en Éthiopie, au Rwanda et en Inde associent le niveau socio-économique et l'éducation maternelle au risque d'asphyxie néonatale, tandis qu'une étude menée au Malawi, mobilisant le modèle des trois retards, décrit des refus de soins fondés sur des convictions familiales malgré la disponibilité du service. Enfin, dans un tout autre contexte, des études nord-américaines rapportent des disparités d'accès aux soins liées à l'origine ethnique et au statut socio-économique des familles.

Écrits liés aux obstacles organisationnels et institutionnels

Au-delà des compétences individuelles, une étude vidéo menée sur 132 équipes néonatales, portant sur le travail d'équipe en salle de réanimation, montre que des comportements essentiels (leadership, énoncé des intentions, débriefing) restent rares, une communication déficiente étant responsable d'environ deux tiers des événements sentinelles en réanimation néonatale. À l'inverse, des interventions structurées (checklists, briefings/débriefings) menées en Amérique du Nord, portant sur la conformité aux protocoles de réanimation, ont permis de la faire passer de 0 % à 80 % en douze mois. Dans les contextes à ressources limitées, en revanche, l'obstacle organisationnel se traduit surtout par

l'insuffisance chronique de personnel formé et de matériel fonctionnel : les études menées au Togo et au Congo décrivent un matériel insuffisant et de mauvaise qualité, tandis que l'évaluation des hôpitaux publics de Douala confirme des ruptures d'équipements essentiels, constat partagé par Abidjan et par une enquête de l'OMS menée dans 127 établissements de 16 pays. Enfin, les recommandations françaises de la SFAR soulignent l'importance de directives locales formalisées et d'une équipe immédiatement mobilisable pour améliorer la coordination.

III. Écrits théoriques

Généralités

À l'échelle mondiale, la mortalité néonatale demeure une préoccupation majeure de santé publique : l'asphyxie à la naissance figure parmi les trois principales causes de décès chez le nouveau-né, aux côtés de la prématurité et des infections (Lawn et al., 2005). Face à cette réalité, la réanimation du nouveau-né constitue l'un des maillons essentiels de la chaîne de survie néonatale, une prise en charge rapide et adéquate à la naissance permettant, dans la majorité des cas, d'éviter l'évolution vers une asphyxie sévère et ses complications.

Cette problématique se pose avec une acuité particulière en Afrique subsaharienne, région qui concentre la charge la plus lourde de mortalité néonatale au monde, et plus spécifiquement au Cameroun, où l'accès à un personnel qualifié et à un matériel de réanimation fonctionnel demeure inégal selon les formations sanitaires. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude, menée à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, où l'identification des obstacles à la réanimation néonatale constitue un enjeu direct pour la réduction de la mortalité néonatale locale.

Sur le plan clinique, la réanimation du nouveau-né désigne l'ensemble des gestes et soins spécialisés visant à établir ou à rétablir une respiration alvéolaire efficace chez le nouveau-né qui ne s'adapte pas spontanément à la vie extra-utérine (Essomo Megnier-Mbo et al., 2014). Il s'agit toutefois d'une pratique relativement peu fréquente : seuls environ 10 % des nouveau-nés nécessitent une assistance pour débiter leur respiration, et moins de 1 % d'entre eux exigent une prise en charge intensive sur le plan cardio-pulmonaire.

Elle peut être pratiquée par un réanimateur ou par un pédiatre appelé en renfort, mais c'est le plus souvent la sage-femme, présente à chaque accouchement, qui se trouve en première ligne pour initier cette prise en charge, notamment dans les structures sanitaires de référence telles que celle de Guider, où la présence permanente d'un pédiatre n'est pas toujours assurée. La réanimation néonatale exige préparation, anticipation, travail d'équipe et coordination : le matériel doit être systématiquement vérifié et fonctionnel avant chaque intervention, ce qui

impose au personnel de s'assurer, dès la prise de garde, du bon état de la table de réanimation. La prise en charge de la réanimation néonatale a d'ailleurs considérablement évolué au cours des quinze dernières années.

Mesures d'hygiène

- Asepsie stricte : lavage des mains et port de gants propres
- Manipulation douce du nouveau-né
- Établissement d'un contact avec l'unité de soins intensifs néonataux en vue d'un éventuel transfert

Personnel

- Toute personne exerçant en salle de naissance est concernée par la préparation à la réanimation
- Une coordination est nécessaire entre la sage-femme, l'obstétricien, l'anesthésiste et un pédiatre expérimenté, ce dernier dirigeant la réanimation lorsqu'il est présent



Figure 1 : Nouveau-né en réanimation

L'asphyxie néonatale : L'asphyxie périnatale, également appelée asphyxie à la naissance, correspond à une diminution du flux sanguin irriguant les tissus du nouveau-né et/ou à une baisse du taux d'oxygène dans son sang, survenant avant, pendant ou immédiatement après l'accouchement (Manuel MSD, 2025). Selon l'Organisation Mondiale

de la Santé, elle se définit plus précisément comme le défaut d'établir ou d'initier une respiration normale à la naissance.

Sur le plan physiopathologique, l'interruption ou l'insuffisance des échanges gazeux fœto-maternels entraîne, chez le nouveau-né, une hypoxie, une hypercapnie puis une acidose progressive. Cliniquement, elle se traduit par une absence ou une insuffisance de respiration spontanée, une bradycardie, une hypotonie, une réactivité diminuée aux stimulations et une coloration cutanée pâle ou cyanosée : c'est précisément l'ensemble de ces signes qui impose le recours immédiat aux gestes de réanimation.

L'asphyxie néonatale figure parmi les trois premières causes de décès chez le nouveau-né dans le monde, aux côtés des complications liées à la prématurité et des infections (Lawn et al., 2005), une place qu'elle occupe avec une acuité particulière dans les pays à ressources limitées d'Afrique subsaharienne. C'est la sévérité de cette asphyxie qui est évaluée, en pratique clinique, à l'aide du score d'Apgar.

Indications de la réanimation : La décision d'engager une réanimation néonatale repose sur l'identification préalable de facteurs de risque, d'origine maternelle ou fœtale, connus pour favoriser une mauvaise adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine.

Facteurs maternels

- Hypovolémie sévère
- Anémie sévère
- Hypoglycémie

Facteurs fœtaux

- Souffrance fœtale aiguë
- Malformation cardiaque et/ou pulmonaire
- Hypoglycémie

Score de la réanimation : le score d'Apgar : Le score d'Apgar est un examen clinique rapide permettant d'évaluer l'état de vitalité d'un nouveau-né immédiatement après sa naissance. Il a été mis au point en 1952 par l'anesthésiste américaine Virginia Apgar. Le mot APGAR constitue également un moyen mnémotechnique reprenant l'initiale de chaque critère en anglais : Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration.

Le score repose sur cinq critères cliniques, chacun noté de 0 à 2 points, pour un total compris entre 0 et 10. L'évaluation est généralement réalisée à 1 minute, 5 minutes et, si besoin, 10 minutes après la naissance.

Tableau 1 : Critères du score d'APGAR

Critère	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque	Absente	< 100 bpm	≥ 100 bpm
Respiration	Absente	Lente, irrégulière, faible cri	Bonne, cri vigoureux
Tonus musculaire	Flasque, hypotonique	Légère flexion des extrémités	Mouvements actifs, bonne flexion
Réactivité (réflexe)	Aucune réaction	Grimace, faible réaction	Cri, toux, éternuement, retrait
Coloration	Bleue ou pâle sur tout le corps	Corps rose, extrémités bleues	Entièrement rose

Tableau 2 : Scoring d'APGAR

Score total	Interprétation
7 à 10	Bonne adaptation à la vie extra-utérine
4 à 6	Adaptation moyenne, surveillance renforcée nécessaire
0 à 3	Adaptation très faible, prise en charge en réanimation néonatale

Matériel et équipements de la réanimation : Quels que soient les gestes à réaliser, la réanimation néonatale nécessite la disponibilité immédiate et la fonctionnalité d'un matériel adapté, vérifié avant chaque accouchement (SFAR). Ce matériel peut être regroupé selon les principales fonctions de la réanimation.

Matériel de maintien thermique et de préparation

- Table de réanimation radiante, chauffante et fonctionnelle
- Linges et langes propres, secs et préchauffés, bonnet
- Chronomètre pour le suivi du temps écoulé depuis la naissance

Matériel d'aspiration

- Poire d'aspiration ou aspirateur mécanique
- Sondes d'aspiration de calibres adaptés au nouveau-né

Matériel de ventilation et d'oxygénation

- Ballon auto-remplisseur (Ambu) avec valve de sécurité
- Masques faciaux circulaires de tailles adaptées (taille 1 pour un nouveau-né de poids normal, taille 0 pour un nouveau-né de petit poids)
- Source d'oxygène et d'air avec mélangeur permettant d'ajuster la FiO₂

- Saturomètre (SpO2) pour une pose préductale, au poignet droit

Matériel d'intubation et de surveillance

- Laryngoscope avec lames néonatales
- Sondes d'intubation de différents calibres
- Stéthoscope néonatal

Matériel d'administration de médicaments

- Cathéter veineux ombilical (CVO) et matériel de pose stérile
- Seringues de différents volumes
- Adrénaline et sérum physiologique

Matériel de protection du personnel

- Gants à usage unique
- Solution hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains

Étapes de la réanimation

Évaluation du nouveau-né : Avant d'accueillir un nouveau-né, le professionnel doit garder à l'esprit le terme de la grossesse et la couleur du liquide amniotique, susceptibles de modifier la prise en charge. À la naissance, il convient d'évaluer l'état de l'enfant à partir de deux questions :

- Est-ce qu'il respire et/ou crie ?
- Est-il tonique ?

Si la réponse à ces deux questions est oui, le nouveau-né présente une bonne adaptation à la vie extra-utérine et ne nécessite pas de réanimation. En revanche, si la réponse est non, la réanimation doit commencer immédiatement, en suivant l'algorithme TABCD :

- Temperature : maintenir le nouveau-né dans une température normale
- Airways : assurer la liberté des voies aériennes
- Breathing : ventilation en pression positive (VPP)
- Circulation : assurer un minimum circulatoire efficace
- Drugs : administration de médicaments

Chaque étape dure 30 secondes, et jusqu'à une minute pour la phase T.

Première étape : maintenir le nouveau-né dans une température normale (phase T)

La température est un élément essentiel de la réanimation du nouveau-né. Celui-ci, particulièrement s'il est prématuré ou s'il présente une détresse à la naissance, perd rapidement sa chaleur. Il convient donc de prévenir et de traiter l'hypothermie dès les premières minutes de vie, l'objectif étant de maintenir la température corporelle du nouveau-né entre 36,5 °C et 37,5 °C.

Deuxième étape : libérer les voies aériennes (phase A)

La deuxième étape consiste à libérer les voies aériennes. Elle débute par le déclenchement du chronomètre, gage du bon déroulement de l'algorithme. Après avoir accueilli l'enfant sur la table chauffante, où il est séché et stimulé, il faut libérer les voies aériennes en plaçant la tête du nouveau-né en position neutre ; un petit linge roulé, placé sous les épaules, facilite ce dégagement.



Figure 2 : Position neutre de la tête pour la libération des voies aériennes

L'aspiration du carrefour oro-pharyngé et des fosses nasales peut être pratiquée si besoin. Pendant cette même étape, la fréquence cardiaque et la respiration de l'enfant sont évaluées. Si le nouveau-né présente des gasps, une apnée, ou une fréquence cardiaque inférieure à 100 battements par minute, la réanimation se poursuit et la phase B débute.

Dans le cas contraire, il convient d'évaluer si l'enfant présente des difficultés respiratoires ou une cyanose persistante. En l'absence de ces signes, l'enfant présente une bonne adaptation à la vie extra-utérine ; en leur présence, une pression expiratoire positive peut être utilisée pour optimiser sa respiration, et une oxymétrie est posée pour évaluer objectivement son oxygénation, avant que ne soient dispensés les soins de post-réanimation.

Troisième étape : la ventilation (phase B)

Lorsque le nouveau-né présente des gasps, une apnée, ou une fréquence cardiaque inférieure à 100 battements par minute, la troisième étape débute : elle consiste à réaliser une ventilation en pression positive, dont il faut s'assurer de la qualité.



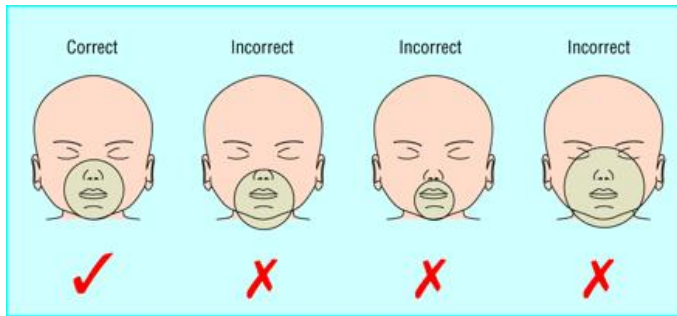


Figure 3 : Positionnement correct et incorrect du masque facial

- Un masque circulaire adapté de taille 1 pour un nouveau-né de poids normal, taille 0 pour un nouveau-né de petite taille
- Les insufflations se font avec l'extrémité des doigts
- Il n'est pas nécessaire de vider complètement le ballon
- Chaque insufflation dure environ 1 seconde
- La fréquence ventilatoire est de 40 cycles/minute pour un nouveau-né à terme et de 60 cycles/minute pour un enfant prématuré
- La durée d'insufflation est d'environ 3/4 de seconde

Si la ventilation reste inefficace et persistante sans cause retrouvée, l'intubation trachéale doit être envisagée. La coloration n'étant pas un bon reflet de l'oxygénation dans les premières minutes de vie, l'utilisation d'un saturomètre (SpO₂) est primordiale ; celui-ci doit être placé en préductal, c'est-à-dire à la main droite. Les valeurs de SpO₂ acceptables après la naissance sont de 60 % à 2 minutes, 70 % à 3 minutes, 80 % à 4 minutes, 85 % à 5 minutes et 90 % à 10 minutes.

Les recommandations actuelles préconisent de ventiler en air ambiant, c'est-à-dire avec une FiO₂ de 21 %. Si la fréquence cardiaque ne se modifie pas ou si la SpO₂ reste trop faible, une augmentation de la FiO₂ est préconisée ; pour un prématuré de moins de 32 semaines d'aménorrhée, la FiO₂ initiale est comprise entre 21 et 30 %.

Après 30 secondes de ventilation efficace, l'état de l'enfant est réévalué. Si la fréquence cardiaque est supérieure à 100 bpm, on s'assure que le nouveau-né a récupéré une ventilation spontanée efficace et durable : si tel est le cas, la réanimation s'arrête et les soins de post-réanimation sont délivrés ; sinon, la ventilation en pression positive est poursuivie, avec envisagement de l'intubation et/ou de l'augmentation de la FiO₂. Si la fréquence cardiaque est comprise entre 60 et 100 bpm, la ventilation est poursuivie, l'augmentation de la FiO₂ et l'intubation sont envisagées, et une réévaluation est réalisée 30 secondes plus tard. Si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 bpm, la réanimation évolue vers la quatrième étape.

Quatrième étape : le massage cardiaque externe (phase C)

Lorsque la fréquence cardiaque est inférieure à 60 bpm, la quatrième étape doit débiter : elle associe la ventilation en pression positive à des compressions thoraciques. Le massage cardiaque externe a pour but d'assurer un débit sanguin du cœur vers les organes vitaux, en exerçant des compressions rythmiques du sternum qui écrase le cœur contre la colonne vertébrale. La ventilation doit être poursuivie, ce qui nécessite deux intervenants. Les compressions sont réalisées sur le tiers inférieur du sternum, sous la ligne bi-mamelonnaire, sans que les doigts de l'opérateur ne quittent jamais la poitrine du nouveau-né ; le thorax s'enfonce d'une profondeur égale au tiers de son diamètre antéropostérieur, soit environ 2 cm.

- Indication : fréquence cardiaque < 60 bpm malgré une ventilation efficace pendant 30 secondes
- Technique : nécessité d'une ventilation alvéolaire efficace préalable et concomitante
- La présence de deux opérateurs est indispensable, ainsi que l'appel à une aide supplémentaire
- Durée : au moins 30 secondes avant de réévaluer la fréquence cardiaque
- Rythme : 3 compressions thoraciques suivies d'une insufflation

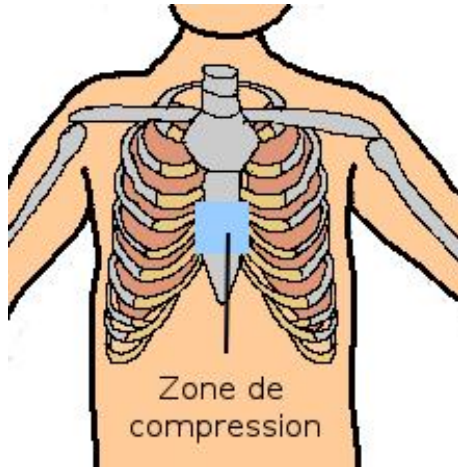
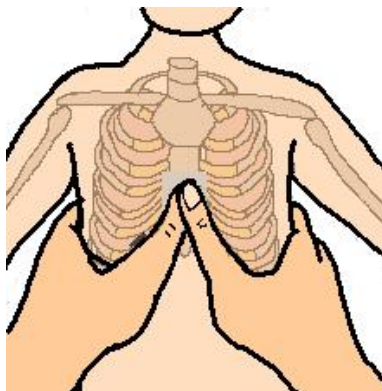


Figure 4 : Zone de compression thoracique



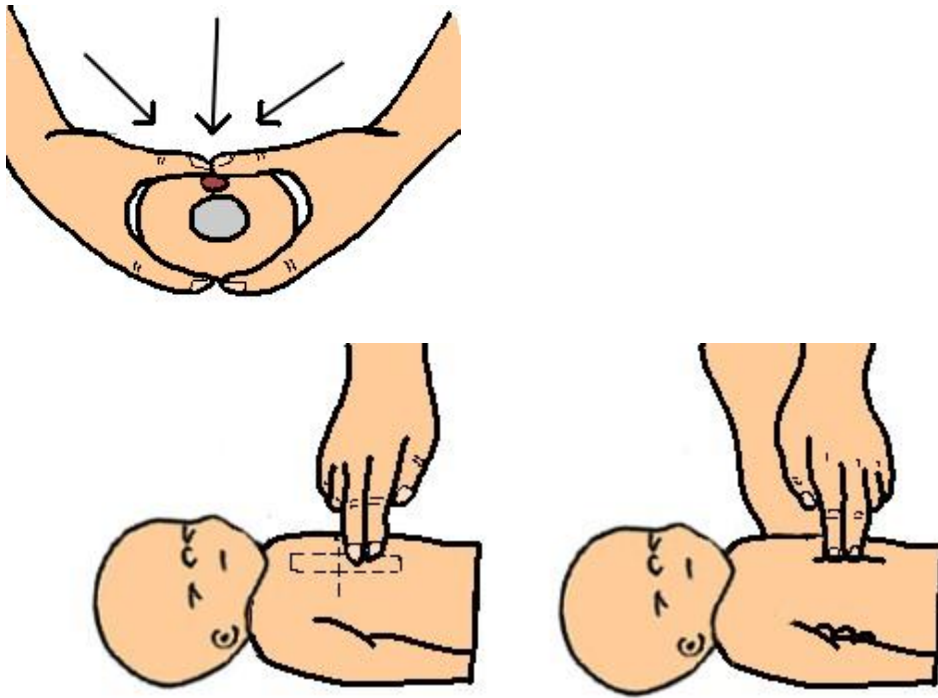


Figure 5 : Techniques des deux pouces et des deux doigts pour le massage cardiaque externe

Cinquième étape : administration de médicaments (phase D)

Lorsque les compressions thoraciques sont débutées, l'administration de médicaments est envisagée : la réanimation entre alors dans sa dernière étape. La voie d'urgence est la voie ombilicale ; l'administration s'effectue par un cathéter veineux ombilical posé au préalable dans le respect de l'asepsie, la voie veineuse périphérique étant également recommandée.

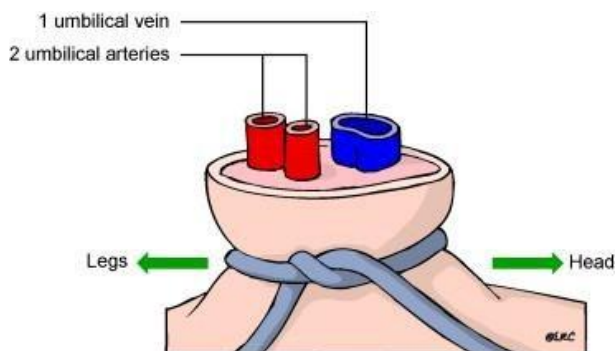


Figure 6 : Cordon ombilical d'un nouveau-né

L'adrénaline doit être utilisée dès lors que la ventilation et les compressions thoraciques n'ont pas permis d'augmenter la fréquence cardiaque. Une dose de 10 à 30 $\mu\text{g/kg}$ doit être administrée dès que possible par voie intraveineuse.

Rôle de la sage-femme dans la réanimation du nouveau-né : En tant que professionnelle présente à chaque accouchement, la sage-femme occupe une place centrale et souvent incontournable dans la réanimation néonatale : elle est, dans la grande majorité des

cas, la première intervenante auprès du nouveau-né et celle qui initie les gestes de réanimation avant l'arrivée éventuelle d'un pédiatre ou d'un médecin.

Son rôle débute avant même la naissance, par l'anticipation des facteurs de risque maternels et fœtaux et par la vérification systématique du matériel de réanimation à sa prise de garde. À la naissance, elle procède à l'évaluation immédiate de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et engage, si nécessaire, l'algorithme TABCD : elle assure le maintien thermique, la libération des voies aériennes, la stimulation et, le cas échéant, la ventilation en pression positive.

Lorsque l'état du nouveau-né ne s'améliore pas malgré ces premiers gestes, la sage-femme a la responsabilité d'alerter sans délai l'équipe de coordination, obstétricien, anesthésiste et pédiatre, et de poursuivre la réanimation jusqu'à leur arrivée. Elle assure également un rôle de communication essentiel auprès de la famille du nouveau-né, en expliquant avec calme et clarté les gestes pratiqués, ce qui contribue à atténuer l'inquiétude et à favoriser l'acceptation de la prise en charge. Enfin, son rôle se prolonge après la réanimation, à travers la surveillance post-réanimation du nouveau-né, la tenue rigoureuse du dossier de naissance et, si nécessaire, l'organisation du transfert vers une unité de soins intensifs néonataux.

L'ensemble de ces responsabilités souligne que la qualité de la formation initiale et continue de la sage-femme en réanimation néonatale constitue un déterminant direct de l'efficacité de la prise en charge du nouveau-né en détresse, dès les premières minutes de vie.

Cadre de référence

Un modèle conceptuel désigne une représentation abstraite et structurée d'un phénomène, construite à partir d'un ensemble de concepts et de leurs relations, dans le but d'orienter la compréhension, l'analyse et la pratique dans un domaine donné. En sciences infirmières, il vise à fournir un cadre de référence permettant d'expliquer la nature des soins, le rôle du soignant et la manière d'accompagner la personne soignée vers la satisfaction de ses besoins ou le recouvrement de son autonomie. Plusieurs théoriciennes des soins infirmiers, à l'instar de Callista Roy, de Martha Rogers, de Dorothea Orem et de Virginia Henderson, ont chacune tenté d'expliquer, selon leur propre conception, la démarche de soins. Dans le cadre de ce travail, nous nous inspirons du modèle conceptuel de Virginia Henderson.

Le modèle conceptuel de Virginia Henderson

Présentation de l'auteure et du modèle

Virginia Henderson (1897-1996) est une infirmière américaine, considérée comme l'une des théoriciennes fondatrices des sciences infirmières modernes. En 1960, dans son ouvrage majeur *Basic Principles of Nursing Care* (traduit en français sous le titre *Les principes fondamentaux des soins infirmiers*), elle formalise un modèle conceptuel de soins fondé sur la satisfaction de quatorze besoins fondamentaux, communs à tout être humain, malade ou en bonne santé. Ce modèle a été diffusé dans le monde entier par le Conseil International des Infirmières et demeure aujourd'hui l'un des référentiels les plus enseignés dans les instituts de formation en soins infirmiers et en maïeutique.

Selon Henderson, le rôle propre de l'infirmière ou de la sage-femme consiste à « aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé, par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou les connaissances voulues, et de l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible ». Le modèle repose sur une vision holistique de la personne, envisagée dans ses dimensions biologique, psychologique, sociale et spirituelle, et sur trois concepts centraux : le besoin fondamental (nécessité vitale essentielle à la vie et au bien-être), l'indépendance (satisfaction du besoin par la personne elle-même ou par une aide adaptée) et la dépendance (non-satisfaction, partielle ou totale, d'un besoin, nécessitant une suppléance par le soignant).

Bien que ce modèle ait été conçu initialement pour la personne malade en général, il conserve toute sa pertinence dans le contexte de la réanimation du nouveau-né : à la naissance, le nouveau-né est, par définition, un être en dépendance totale, incapable de satisfaire par lui-même l'ensemble de ses besoins fondamentaux, en particulier le besoin le plus vital et le plus immédiatement engagé au moment de l'accouchement, celui de respirer. Le rôle du personnel soignant en salle de naissance est précisément de suppléer, avec compétence et rapidité, à cette dépendance physiologique du nouveau-né, le temps que celui-ci puisse s'adapter à la vie extra-utérine.

Les quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson

Virginia Henderson identifie quatorze besoins fondamentaux, interdépendants les uns des autres, qu'elle énumère comme suit :

1. Respirer ;
2. Boire et manger ;
3. Éliminer ;
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture ;
5. Dormir et se reposer ;
6. Se vêtir et se dévêtir ;
7. Maintenir la température du corps dans les limites de la normale ;
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments ;
9. Éviter les dangers ;
10. Communiquer avec ses semblables ;
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs ;
12. S'occuper en vue de se réaliser ;
13. Se récréer, se divertir ;
14. Apprendre.

Ces quatorze besoins couvrent l'ensemble des dimensions biologiques (besoins 1 à 9), psychologiques (besoins 10 à 11), sociales (besoins 12 à 13) et spirituelles (besoin 14) de la personne humaine. Ils ne sont pas hiérarchisés selon une pyramide stricte comme chez Maslow, dont Henderson s'est en partie inspirée, mais fonctionnent de manière interdépendante : la perturbation d'un besoin retentit sur la satisfaction des autres.

Application des besoins de Virginia Henderson au contexte de la réanimation néonatale

Dans le cadre de cette étude, le modèle de Virginia Henderson est mobilisé à un double niveau : d'une part pour analyser les besoins vitaux du nouveau-né directement engagés lors de la réanimation à la naissance, et d'autre part pour situer les obstacles étudiés (connaissances et compétences du personnel, facteurs familiaux, obstacles organisationnels, pratiques du personnel) comme autant de facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la suppléance de ces besoins par l'équipe soignante.

Le besoin de respirer occupe une place centrale : la réanimation néonatale vise avant tout à établir ou rétablir une respiration alvéolaire efficace chez le nouveau-né qui ne s'adapte pas spontanément à la vie extra-utérine. Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale est également immédiatement engagé, le nouveau-né étant particulièrement vulnérable à la déperdition thermique dès les premières minutes de vie, ce qui justifie les gestes de séchage et de réchauffement qui accompagnent la réanimation. Le besoin d'éviter les dangers renvoie à la nécessité, pour le personnel, de prévenir les complications immédiates de l'asphyxie périnatale (lésions cérébrales, infections) par une prise en charge rapide et conforme aux protocoles.

Le besoin de communiquer trouve, quant à lui, une application particulière dans la relation entre le personnel soignant et la famille du nouveau-né : une communication claire et rassurante conditionne la compréhension et l'acceptation, par la famille, des gestes de réanimation pratiqués, rejoignant ainsi la dimension des obstacles liés aux facteurs familiaux (croyances, informations, collaboration) explorée dans cette étude. Enfin, le besoin d'apprendre s'applique directement au personnel soignant lui-même : sa capacité à actualiser ses connaissances et compétences en réanimation néonatale, à travers la formation initiale et continue, détermine la qualité de la suppléance qu'il pourra apporter au nouveau-né en détresse.

Ainsi, tout obstacle à la réanimation néonatale — qu'il soit lié aux connaissances du personnel, aux facteurs familiaux, à l'organisation du service ou aux pratiques effectives — peut être relu, à la lumière du modèle de Henderson, comme un facteur qui compromet la capacité de l'équipe soignante à suppléer efficacement et à temps aux besoins fondamentaux vitaux du nouveau-né, au premier rang desquels celui de respirer.

Schématisation du modèle conceptuel

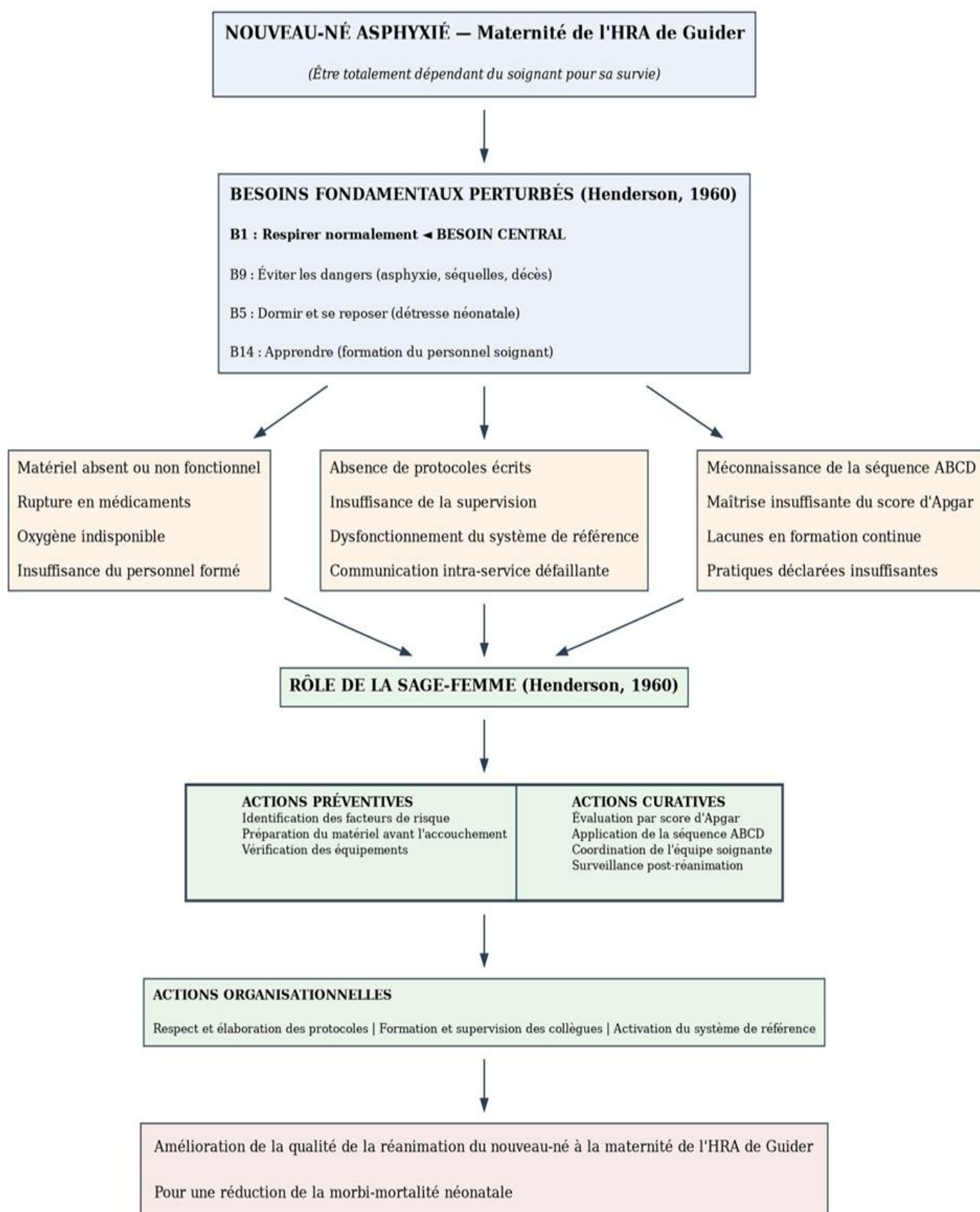


Figure 7 : Modèle conceptuel adapté à l'étude, d'après Virginia Henderson (1960)

CHAPITRE III : DESCRIPTION DU LIEU D' ETUDE ET MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique adoptée pour mener cette étude. Il décrit successivement le site de l'étude, le type et la période de l'étude, la méthode d'échantillonnage, les variables, la méthodologie de collecte des données, les considérations éthiques, le chronogramme des activités ainsi que les difficultés rencontrées.

Justification du lieu de l'étude

La maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider a été retenue comme site de cette recherche pour plusieurs raisons convergentes. Sur le plan thématique, cette maternité réalise un nombre important d'accouchements quotidiens et accueille régulièrement des nouveau-nés nécessitant une réanimation en urgence, constituant ainsi une population directement concernée par notre problématique. Sur le plan scientifique, aucune étude n'a à ce jour identifié de manière systématique les obstacles liés à la réanimation néonatale dans cette structure, ce qui justifie la nécessité d'une investigation locale. Sur le plan pratique, l'étudiante-chercheuse a effectué des stages hospitaliers au sein de cet établissement, ce qui a facilité la familiarisation avec le terrain, le personnel soignant et les réalités cliniques du service.

I. Description du lieu et du site

Créé en 1945, l'Hôpital Régional Annexe de Guider était à l'origine un poste médical dirigé par un médecin français expatrié. Vers les années des indépendances, en 1960, il devient un hôpital d'arrondissement, puis un hôpital départemental en 1986. C'est avec la réorientation des soins de santé primaire, entre 1995 et 1996, que la structure prend l'appellation d'Hôpital de District de Guider. Sa particularité tient à la coopération sino-camerounaise, marquée par l'arrivée d'une première équipe médicale chinoise en 1978, renouvelée tous les deux ans jusqu'à la seizième équipe, qui a marqué la fin de ce contrat de coopération avec la République du Cameroun. En juin 2022, l'hôpital a été transformé en hôpital régional annexe par décret du Ministère de la Santé Publique, et rattaché à l'Hôpital Régional de Garoua.

Situé dans l'aire de santé de Guider, l'Hôpital Régional Annexe de Guider est limité au nord par le service du district de santé de Guider, au sud par l'hôtel de ville de Guider, à l'est par CAMTEL et à l'ouest par le lamidat de Guider. Il s'agit d'un hôpital de deuxième référence, classé en troisième catégorie, qui reçoit non seulement les usagers du district de santé de Guider, mais aussi ceux des districts voisins, notamment Mayo-Oulo, Figuil et Golombé,

d'autres régions septentrionales du pays, ainsi que des pays limitrophes tels que le Tchad, le Nigeria, la République Centrafricaine et le Soudan.

Sur le plan des ressources humaines, l'hôpital compte aujourd'hui 6 médecins, dont 2 spécialistes et 4 généralistes, auxquels s'ajoutent d'autres médecins vacataires issus d'autres structures hospitalières, ainsi qu'environ une centaine de personnels : 15 infirmiers diplômés d'État, 24 aides-soignants, 2 sages-femmes/maïeuticiens, 2 infirmiers supérieurs en anesthésie et réanimation, 3 infirmiers supérieurs, 2 techniciens en analyses biomédicales, 6 agents techniques médico-sanitaires, 1 épidémiologiste, 1 infirmier en santé mentale, 6 agents d'entretien, 2 ambulanciers, 3 potiers, 3 vigiles, ainsi que la surveillante générale et son adjoint, le comptable et le personnel d'hygiène. L'hôpital fonctionne selon la hiérarchie suivante : le Directeur, la Surveillante Générale, l'Économe, le Comptable matière et le Conseiller de l'hôpital.

L'HRA de Guider comprend les départements et services suivants :

- Service de médecine générale
- Service d'urgence pédiatrique
- Service d'urgence adulte
- Service gynéco-obstétrique (maternité, unité de planning familial, service de CPN)
- Service de néonatalogie
- Service de chirurgie générale
- Service de laboratoire
- Service d'imagerie médicale
- Morgue
- Service du bloc opératoire
- Unité d'ophtalmologie
- Unité d'odontostomatologie
- Service d'acupuncture
- Unité de Prise en Charge (UPEC, hôpital du jour)
- Service de pédiatrie
- Service de comptabilité
- Secrétariat
- Direction
- Unité de santé mentale
- Service de pharmacie
- Service d'hygiène et salubrité

Données administratives

L'Hôpital Régional Annexe de Guider est entouré de plusieurs structures administratives, réparties entre secteur public et secteur privé :

- ✓ Secteur public : la commune, l'inspection, les écoles publiques primaires et secondaires, le palais de justice, les centres de santé publics, le commissariat et la brigade ;
- ✓ Secteur privé : les écoles primaires et secondaires privées, les écoles de formation privées, ainsi que les centres de santé privés.

Données démographiques

L'aire desservie par l'HRA de Guider compte une population estimée à 216 589 habitants, dont environ 101 537 hommes et 115 052 femmes. Cette population est répartie sur une superficie de 2 264 km², soit une densité d'environ 96 habitants par km², avec un taux d'accroissement démographique de 2,9 %.

La population est essentiellement constituée des Guidar, Daba, Peulhs, Mamba, Fali et Djaïn, auxquels s'ajoutent plusieurs autres groupes immigrés vivant en harmonie ; la seule ville de Guider concentre environ 75 000 habitants sur les 216 589 estimés pour l'ensemble de l'aire de santé. Bien que chaque groupe ethnique conserve son identité socioculturelle propre, le fulfulde, langue de l'ethnie peulh, demeure la langue locale la plus largement parlée, tant dans les ménages que dans les transactions commerciales.

Données socio-économiques

Sur le plan socio-économique, l'agriculture et l'élevage occupent près de 80 % de la population totale de Guider. À ces deux activités principales s'ajoutent le commerce, le transport, l'artisanat et l'industrie.

- ✓ Agriculture : elle occupe une place importante dans l'économie locale, puisque plus de 80 % des revenus de la population en sont issus. Les principales cultures pratiquées sont le sorgho, le maïs, le riz, l'arachide, le haricot, le niébé, le sésame, l'igname, le manioc, la patate, le taro et le coton ;
- ✓ Élevage : deuxième secteur économique de la population de Guider, dans la mesure où la plupart des agriculteurs le pratiquent également, en plus des éleveurs professionnels recensés. Il porte essentiellement sur les bovins, les ovins, les caprins, les porcins et les volailles ;
- ✓ Commerce : il se pratique principalement autour des produits manufacturés de première nécessité, des ustensiles de cuisine, ainsi que du matériel électronique et roulant importé

du Nigeria, du Bénin et du Tchad ; les détaillants y sont largement majoritaires, représentant plus de 80 % des acteurs, contre une minorité de grossistes ;

- ✓ Transport : ce secteur est développé et organisé, avec une croissance notable marquée par l'augmentation du nombre de cars de transport et de motos-taxis ;
- ✓ Industrie : on note la présence, depuis 1973, d'une usine d'égrenage de coton, la SODECOTON, qui emploie une main-d'œuvre importante et contribue ainsi au recul du chômage dans la localité.

II. Methodologie

✧ Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec une approche quantitative.

✧ Durée de l'étude et période

La présente étude s'est déroulée sur une période globale allant de janvier 2026 à septembre 2026, incluant les phases de conception du protocole, d'élaboration des instruments de collecte, de collecte des données sur le terrain, d'analyse et de rédaction du rapport final. La phase de collecte des données s'est déroulée spécifiquement du 20 avril au 31 mai 2026, soit une durée de 40 jours consécutifs, période choisie afin d'optimiser la disponibilité des participants et la régularité des activités au service.

✧ Echantillonnage

■ Population d'étude

La population d'étude est constituée de deux groupes distincts. Le premier groupe rassemble l'ensemble du personnel soignant, à savoir : Les sages-femmes, Infirmier(ère)s, Médecins, Les médecins spécialistes et aides-soignants, exerçant à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider durant la période de collecte des données, présents en service et consentant à participer à l'étude.

Le second groupe rassemble les parents dont l'enfant est né ou a été pris en charge à la maternité de l'HRA de Guider durant la période de collecte, présents dans la structure et consentant à participer à l'étude.

La structure elle-même a par ailleurs fait l'objet d'une observation directe complémentaire, portant sur le matériel et l'organisation du service, mais ne constituait pas à proprement parler une population d'étude.

■ Technique d'échantillonnage

Compte tenu de la nature de cette étude et du caractère restreint des effectifs disponibles au sein du service durant la période de collecte, nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste de type exhaustif. Tous les membres du personnel soignant et tous les parents présents à la maternité durant la période de collecte, répondant aux critères d'inclusion respectifs, ont été recensés et invités à participer à l'étude.

■ Taille de l'échantillon

La taille totale de l'échantillon est de 25 personnes, soit 10 personnels soignants et 15 parents présents à la maternité de l'HRA de Guider durant la période de collecte, et répondant aux critères d'inclusion définis ci-dessous.

■ Critères d'inclusion

Sont inclus dans cette étude :

- ❖ Pour les personnels de santé
 - Tout membre du personnel soignant (Sage-femme, IDE, médecin, aide-soignant) exerçant à la maternité de l'HRA de Guider durant la période de collecte ;
- ❖ Concernant les parents
 - Tout parent dont l'enfant est né ou a été pris en charge à la maternité de l'HRA de Guider et ayant nécessité une réanimation à la naissance au moment de la collecte

■ Critères d'exclusion

Sont exclus de cette étude :

- ❖ Pour les personnels soignants
 - Tout personnel ayant refusé de participer à cette étude ;
- ❖ Pour les parents
 - Tout parent au service de maternité de l'HRA de Guider ayant refusé de participer à notre étude ;

✧ Les Variables

Tableau 3 : distribution des Variables selon les outils de collecte des données

Type de variable	Variables	Indicateurs	Outils de collecte
Variable dépendante	Mise en œuvre efficace de la réanimation du nouveau-né	Présence d'obstacles matériels lors de la prise en charge Présence d'obstacles organisationnels Présence d'obstacles liés aux connaissances du personnel Présence d'obstacles familiaux	Grille d'observation, Questionnaire
Variable indépendante	Caractéristiques socioprofessionnelles du personnel (HS1)	Âge Sexe Profession Ancienneté Niveau de formation	Questionnaire (Section A)
	Insuffisance de Connaissances du personnel soignant (HS2)	Connaissance des indications de la réanimation Connaissance des étapes de la réanimation Connaissance du score d'Apgar Pratiques déclarées	Questionnaire (Section E), Grille d'observation
	Facteurs familiaux et attitudes des parents face à la réanimation (HS3)	Acceptation ou refus de la réanimation Communication avec la famille Croyances et convictions culturelles Niveau d'information des parents	Questionnaire (parents)
	Facteurs organisationnels et institutionnels du service (HS4)	Existence de protocoles de réanimation Fréquence de la supervision Système de référence et communication intra-service Disponibilité et fonctionnalité du matériel Disponibilité du personnel formé 24h/24 Charge de travail	Questionnaire (Sections B, C, D), Grille d'observation

❖ **Méthodologie de collecte des données**

■ **Instrument de collecte des données**

L'instrument de collecte était un questionnaire structuré auto-administré élaboré par la chercheuse sur la base des données de la littérature, des objectifs de l'étude et du tableau d'opérationnalisation des variables. Ce questionnaire comprenait cinq sections : Section A (caractéristiques socioprofessionnelles) ; Section B (obstacles liés aux ressources humaines) ; Section C (obstacles liés au matériel et aux équipements) ; Section D (obstacles organisationnels et institutionnels) ; Section E (connaissances et pratiques en réanimation néonatale). Les items étaient de type fermé avec des réponses dichotomiques, des choix multiples et des échelles de Likert.

■ **Technique de collecte des données**

La collecte des données a été réalisée par auto-administration du questionnaire auprès du personnel soignant, dans un espace dédié au sein du service, après explication des objectifs de l'étude et obtention du consentement éclairé. Une vérification de l'environnement et du matériel de réanimation disponible a été réalisée par observation directe par la chercheuse en complément du questionnaire.

❖ **Respect de l'éthique de la recherche**

Une demande d'autorisation d'enquête a été adressée au Directeur de l'Hôpital Régional Annexe de Guider et au Chef du service de maternité. Un consentement éclairé écrit a été recueilli auprès de chaque participant avant toute collecte de données. Il a été précisé à chaque soignant que sa participation était volontaire et qu'il pouvait se retirer à tout moment sans préjudice, que l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies seraient garantis, et que les données seraient utilisées exclusivement à des fins scientifiques. Une demande de clairance éthique a été soumise au Comité Régional d'Éthique pour la Recherche en Santé Humaine de la région du Nord.

❖ **Difficultés rencontrées**

La réalisation de cette étude a été confrontée à plusieurs difficultés. Sur le plan organisationnel, la disponibilité du personnel soignant au sein du service a varié selon les gardes et les rotations. Sur le plan institutionnel, l'obtention des autorisations administratives a nécessité des délais importants. Sur le plan logistique, les contraintes financières ont limité les déplacements répétés sur le terrain. Enfin, certains personnels ont manifesté une réticence à répondre aux questions portant sur leurs pratiques professionnelles par crainte d'être évalués.

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude menée à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, portant sur les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né. Trois sources de données sont mobilisées : un questionnaire adressé au personnel soignant, un questionnaire adressé aux parents, et une grille d'observation de la structure. L'effectif restreint des échantillons personnel et parents invite à interpréter les pourcentages avec prudence.

Résultats du questionnaire adressé au personnel soignant

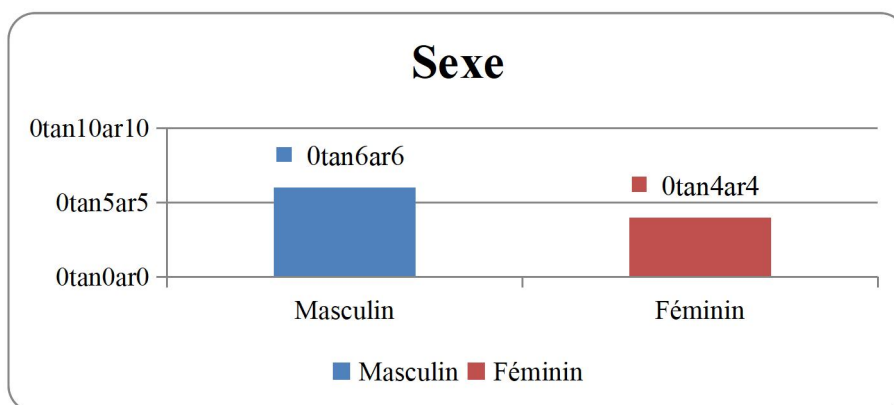


Figure 8 : Répartition du personnel soignant selon le sexe

Il ressort de cette figure que 60,0% du personnel est de sexe masculin, et 40,0% est de sexe féminin.

Tableau 4 : Répartition du personnel soignant selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif (n)	Pourcentage (%)
36-45 ans	6	60,0
25-35 ans	3	30,0
Plus de 45 ans	1	10,0
Moins de 25 ans	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 60,0% du personnel a entre 36 et 45 ans, 30,0% a entre 25 et 35 ans, 10,0% a plus de 45 ans, et aucun agent n'a moins de 25 ans.

Tableau 5 : Répartition du personnel soignant selon la qualification

Qualification	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Infirmier(e)	5	50,0
Aide-soignant(e)	2	20,0
Sage-femme	3	30,0
Médecin	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 50,0% du personnel est infirmier, 30,0% est sage-femme, 20,0% est aide-soignant, et aucun médecin ne figure dans l'échantillon.

Tableau 6 : Répartition du personnel soignant selon l'ancienneté professionnelle

Ancienneté	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Plus de 5 ans	7	70,0
2-5 ans	3	30,0
Moins de 2 ans	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 70,0% du personnel a plus de 5 ans d'ancienneté, 30,0% a entre 2 et 5 ans, et aucun agent n'a moins de 2 ans d'ancienneté.

Tableau 7 : Répartition du personnel soignant selon la réception d'une formation en réanimation néonatale

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	10	100,0
Non	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que l'ensemble du personnel 100,0%, a reçu une formation en réanimation néonatale, et aucun agent n'en a été privé.

Tableau 8 : Répartition du personnel soignant selon le type de formation reçue en réanimation néonatale

Type de formation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Atelier pratique	9	90,0
Formation continue	1	10,0
Formation initiale	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 90,0% du personnel a reçu un atelier pratique, 10,0% a bénéficié d'une formation continue, et aucun agent (n=0) n'a reçu uniquement une formation initiale.

Tableau 9: Répartition du personnel soignant selon le type de formation reçue en réanimation néonatale

Niveau	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bon	6	60,0
Moyen	4	40,0
Faible	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 60,0% du personnel auto-évalue son niveau de compétence comme bon, 40,0% comme moyen, et aucun agent ne s'auto-évalue à un niveau faible.

Tableau 10 : Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée du ballon auto-remplisseur

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	8	80,0
Non	2	20,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 80,0% du personnel déclare savoir utiliser le ballon auto-remplisseur, et 20,0% déclare ne pas savoir l'utiliser.

Tableau 11: Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée du masque facial

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	6	60,0
Non	4	40,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 60,0% du personnel déclare savoir utiliser le masque facial, et 40,0% déclare ne pas savoir l'utiliser.

Tableau 12 : Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée de l'aspirateur

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	9	90,0
Non	1	10,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que 90,0% du personnel déclare savoir utiliser l'aspirateur, et 10,0% déclare ne pas savoir l'utiliser.

Tableau 13 : Répartition du personnel soignant selon la maîtrise déclarée de la source d'oxygène

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	10	100,0
Non	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que l'ensemble du personnel 100,0%, déclare savoir utiliser la source d'oxygène, et aucun agent ne déclare l'ignorer.

Tableau 14 : Répartition du personnel soignant selon la connaissance des étapes de la réanimation néonatale

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	10	100,0
Non	0	0,0
Total	10	100,0

Il ressort de ce tableau que l'ensemble du personnel 100,0%, déclare connaître les étapes de la réanimation néonatale, et aucun agent ne déclare les ignorer.

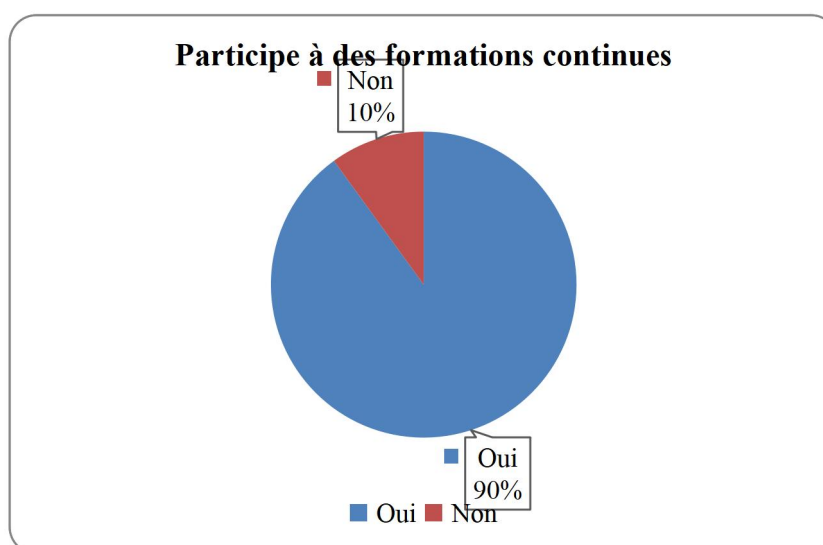


Figure 9 : Répartition du personnel soignant selon la participation régulière à des formations continues

Il ressort de cette figure que 90,0% du personnel participe régulièrement à des formations continues, et 10,0% n'y participe pas.

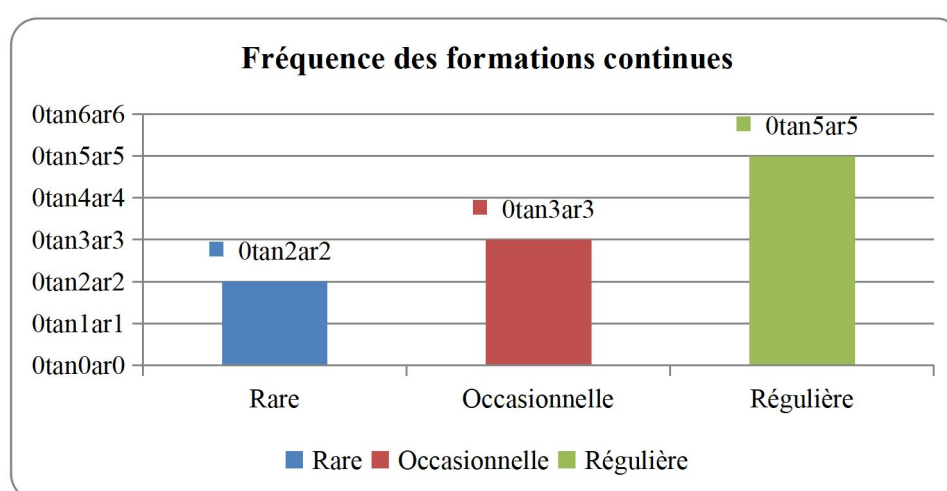


Figure 10 : Répartition du personnel soignant selon la fréquence des formations continues

Il ressort de cette figure que 50,0% du personnel suit des formations continues de façon régulière, 30,0% de façon occasionnelle, et 20,0% de façon rare.

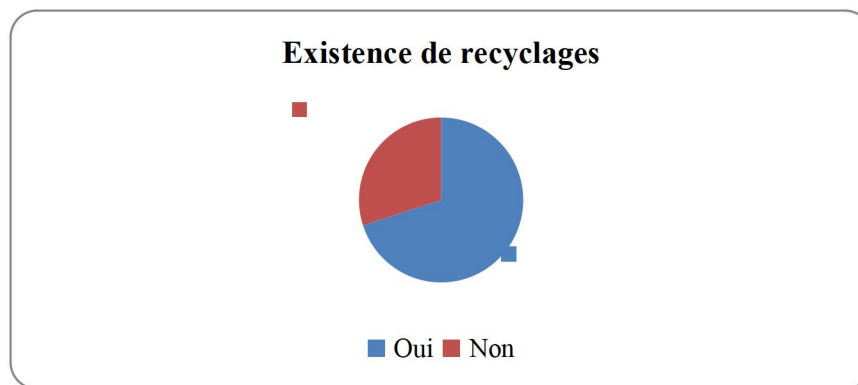


Figure 11 : Répartition du personnel soignant selon l'existence de recyclages dans le service

Il ressort de cette figure que 70,0% du personnel confirme l'existence de recyclages dans le service, et 30,0% déclare qu'il n'en existe pas.

Tableau 15 : Répartition du personnel soignant selon les difficultés rencontrées lors de la réanimation du NN

Difficulté	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Manque de supervision	6	60,0
Autres	2	20,0
Manque de formation	2	20,0
Manque de pratique	0	0,0

Il ressort de ce tableau que 60,0% du personnel cite le manque de supervision comme difficulté rencontrée, 20,0% cite d'autres difficultés non précisées, 20,0% cite le manque de formation, et aucun agent ne cite le manque de pratique.

Tableau 16: Répartition du personnel soignant selon les principaux obstacles à la réanimation néonatale

Obstacle	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Manque de matériel	6	40,0
Manque de formation	4	26,7
Refus des parents	3	20,0
Manque de personnel	2	13,3
Autres	0	0,0
Total des réponses	15	100,0

Il ressort de ce tableau que le manque de matériel est l'obstacle le plus cité par le personnel, à 40,0% des réponses, suivi du manque de formation à 26,7% puis du refus des parents à 20,0%, et du manque de personnel à 13,3% ; aucun agent n'a cité d'autre obstacle. Cette question à choix multiples totalise 15 réponses pour 10 répondants. Résultats du questionnaire adressé aux parents (n=15)s

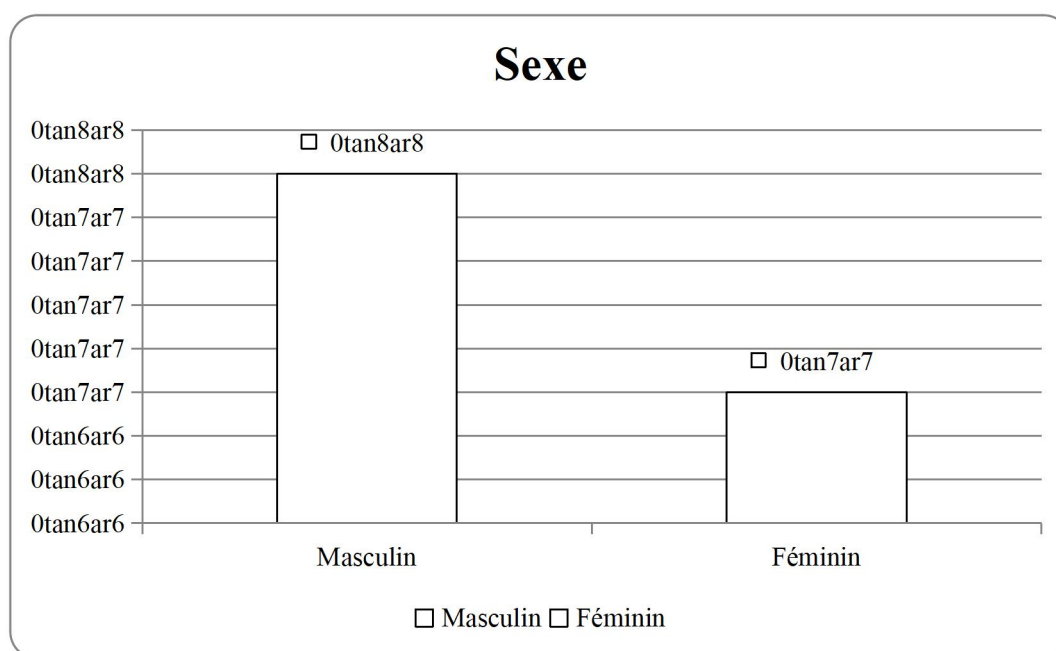


Figure 12 : Répartition des parents selon le sexe

Il ressort de cette figure que 53,3% des parents sont de sexe masculin, et 46,7% sont de sexe féminin.

Tableau 17 : Répartition des parents selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif (n)	Pourcentage (%)
31-40 ans	11	73,3
20-30 ans	2	13,3
Plus de 40 ans	2	13,4
Moins de 20 ans	0	0,0
Total	15	100,0

Il ressort de ce tableau que 73,3% des parents ont entre 31 et 40 ans, 13,3% ont entre 20 et 30 ans, 13,4% ont plus de 40 ans, et aucun parent n'a moins de 20 ans.

Tableau 18: Répartition des parents selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Secondaire	11	73,3
Primaire	2	13,3
Supérieur	2	13,4
Aucun	0	0,0
Total	15	100,0

Il ressort de ce tableau que 73,3% des parents ont un niveau secondaire, 13,3% ont un niveau primaire, 13,4% ont un niveau supérieur, et aucun parent n'est sans instruction.

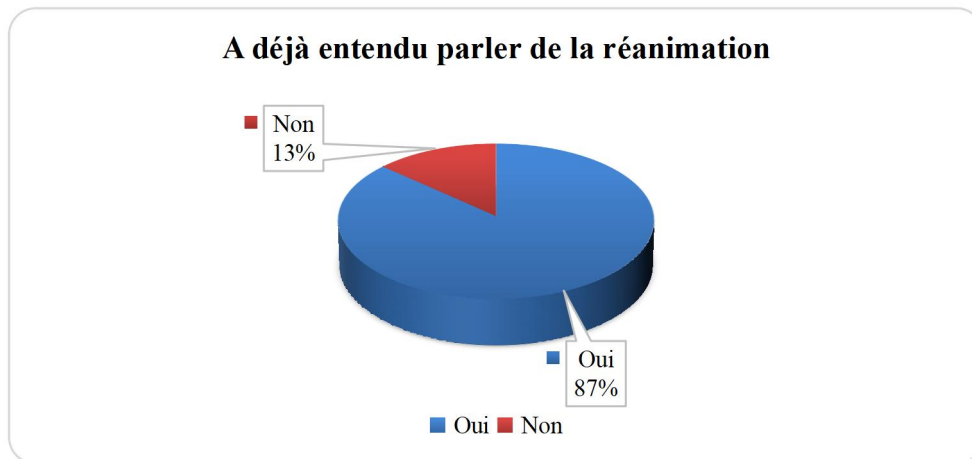


Figure 13 : Répartition des parents selon qu'ils aient déjà entendu parler de la réanimation du nouveau-né

Il ressort de cette figure que 86,7% des parents ont déjà entendu parler de la réanimation du nouveau-né, et 13,3% n'en ont jamais entendu parler.

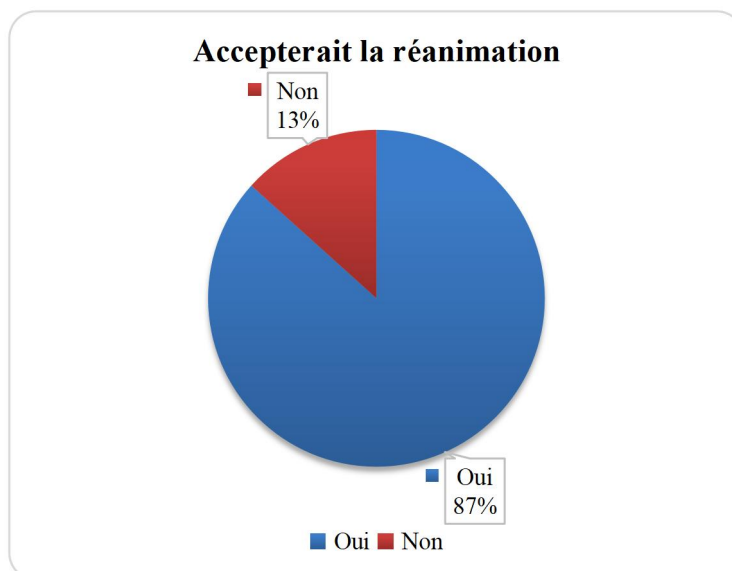


Figure 14 : Répartition des parents selon l'acceptation de la réanimation pour leur enfant

Il ressort de cette figure que 86,7% des parents accepteraient que leur enfant soit réanimé, et 13,3% ne l'accepteraient pas.

Tableau 19 : Répartition des parents ayant refusé la réanimation selon la raison invoquée

Raison	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Manque d'information	2	100,0
Raisons religieuses	0	0,0
Peur	0	0,0
Coût	0	0,0
Autres	0	0,0

Il ressort de ce tableau que les deux parents ayant refusé la réanimation 100,0%, invoquent le manque d'information comme raison, et qu'aucun parent n'a invoqué les raisons religieuses, la peur, le coût, ou une autre raison.

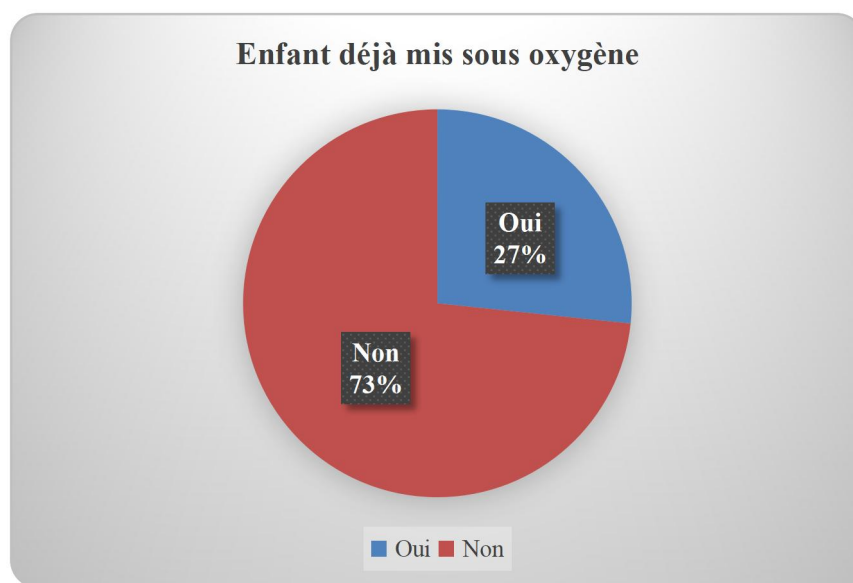


Figure 15 : Répartition des parents selon que leur enfant ait déjà été mis sous oxygène

Il ressort de cette figure que 26,7% des parents ont déjà eu un enfant mis sous oxygène, et 73,3% n'en ont jamais eu.

Tableau 20 : Répartition des parents selon l'acceptation facile de la mise sous oxygène de leur enfant

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	4	100,0
Non	0	0,0
Total	4	100,0

Il ressort de ce tableau que les quatre parents concernés 100,0%, ont accepté facilement la mise sous oxygène de leur enfant, et aucun ne l'a mal acceptée.

Tableau 21: Répartition des parents selon les difficultés rencontrées lors de la mise sous oxygène de leur enfant

Difficulté	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Peur des complications	4	100,0
Coût	0	0,0
Manque d'explication	0	0,0
Refus familial	0	0,0

Il ressort de ce tableau que les quatre parents concernés 100,0%, citent la peur des complications comme difficulté rencontrée, et qu'aucun n'a cité le coût, le manque d'explication, ou un refus familial.

Résultats de la grille d'observation de la structure (n=1)

Une seule structure, la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, a fait l'objet d'une observation directe portant sur la disponibilité et la fonctionnalité du matériel de réanimation néonatale, ainsi que sur les aspects organisationnels du service.

Tableau 22 : Récapitulatif des observations réalisées à la maternité de l'HRAG

Élément observé	Observation
Table de réanimation — Disponibilité	Disponible
Table de réanimation — Fonctionnalité	Non fonctionnelle
Ballon auto-remplisseur — Disponibilité	Disponible
Ballon auto-remplisseur — Fonctionnalité	Fonctionnel
Masques (différentes tailles) — Disponibilité	Disponibles
Masques (différentes tailles) — Fonctionnalité	Fonctionnels
Source d'oxygène — Disponibilité	Disponible
Source d'oxygène — Fonctionnalité	Fonctionnelle
Aspirateur — Disponibilité	Disponible
Aspirateur — Fonctionnalité	Fonctionnel
Lampe chauffante — Disponibilité	Disponible
Lampe chauffante — Fonctionnalité	Non fonctionnelle
Présence d'un protocole de réanimation affiché	Oui
Personnel formé disponible 24h/24	Non
Maintenance des équipements	Régulière
Charge de travail	Moyenne
Disponibilité des consommables	Suffisante

Il ressort de cette grille que l'ensemble des six catégories de matériel évaluées (table de réanimation, ballon auto-remplisseur, masques, source d'oxygène, aspirateur, lampe chauffante) est disponible dans la structure. Toutefois, deux catégories sur six sont non fonctionnelles : la table de réanimation et la lampe chauffante. Sur le plan organisationnel, il

ressort qu'un protocole de réanimation est affiché, que la maintenance des équipements est régulière, que la charge de travail est jugée moyenne, et que la disponibilité des consommables est jugée suffisante ; en revanche, aucun personnel formé n'est disponible 24 heures sur 24. Les observations générales notées relèvent une absence de matériels et de personnel formé en réanimation.

Tableau 23 : Récapitulatif des actes de réanimation observés à la maternité de l'HRAG

Acte de réanimation	Fait	Non fait	Partiellement
Prévention de l'hypothermie (maintien de la température corporelle)			X
Libération des voies aériennes et aspiration si besoin	X		
Ventilation en pression positive au ballon auto-remplisseur	X		
Administration d'oxygène	X		
Massage cardiaque externe (en cas d'arrêt cardiaque)		X	
Administration de médicaments (voie ombilicale)		X	
Évaluation du score d'Apgar	X		

Il ressort de ce tableau que trois des sept actes de réanimation observés sont intégralement réalisés : la libération des voies aériennes avec aspiration si besoin, la ventilation en pression positive au ballon auto-remplisseur ainsi que l'administration d'oxygène, et l'évaluation du score d'Apgar, soit les gestes correspondant aux phases A et B de l'algorithme TABCD. La prévention de l'hypothermie n'est en revanche que partiellement assurée, ce qui rejoint le constat déjà fait au tableau précédent quant à la non-fonctionnalité de la table de réanimation. Le massage cardiaque externe et l'administration de médicaments par voie ombilicale, correspondant aux phases C et D, ne sont pas retrouvés lors de l'observation, ce qui peut s'expliquer aussi bien par l'absence de personnel formé disponible 24 heures sur 24 que par la faible fréquence des situations les nécessitant. Ces résultats confirment que la prise en charge initiale du nouveau-né (réchauffement, désobstruction, ventilation, oxygénation, évaluation) est globalement mieux assurée que les gestes de réanimation avancée, ce qui conforte partiellement l'hypothèse HS4 relative aux obstacles organisationnels et liés aux ressources humaines.

CHAPITRE V : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

I. Discussion

Après la présentation des résultats de notre étude pilote menée à la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider, il sera question dans cette partie de discuter des résultats les plus significatifs en les confrontant à la littérature existante, en tenant compte de nos objectifs spécifiques qui étaient d'évaluer le niveau de formation et de compétence du personnel soignant, d'examiner la disponibilité et la fonctionnalité du matériel de réanimation, d'analyser les connaissances et attitudes des parents face à la réanimation néonatale, d'identifier les facteurs organisationnels influençant la prise en charge, et de recueillir les obstacles perçus par les différents acteurs.

Niveau de formation et de compétence du personnel soignant

Notre étude révèle que l'ensemble du personnel soignant 100,0%, a reçu une formation en réanimation néonatale, principalement sous forme d'ateliers pratiques (90,0%), et déclare maîtriser la connaissance des étapes de la réanimation ainsi que l'utilisation de la source d'oxygène (100,0% chacune). Ce résultat contraste avec les constats de Mabaga et al. (2022) en République Démocratique du Congo, dont l'étude multicentrique révélait que seulement 34,7% du personnel paramédical maîtrisait correctement les étapes de la réanimation néonatale de base, l'insuffisance de formation continue étant citée par 68,2% des professionnels comme obstacle majeur. Le niveau de formation initiale rapporté dans notre étude semble donc globalement meilleur que celui décrit dans ce contexte régional comparable.

Toutefois, notre étude montre que la maîtrise des gestes techniques demeure hétérogène selon le matériel considéré : si la source d'oxygène et l'aspirateur sont maîtrisés par la quasi-totalité du personnel (100,0% et 90,0% respectivement), le masque facial n'est maîtrisé que par 60,0% des agents. Notre étude révèle par ailleurs que 60,0% du personnel cite le manque de supervision comme difficulté rencontrée dans la pratique de la réanimation néonatale, ce qui rejoint directement les conclusions de Mabaga et al. (2022) sur le rôle de la formation continue et de l'encadrement dans le maintien des compétences acquises.

Ce résultat globalement favorable contraste toutefois fortement avec celui rapporté par Kalla et al. (2022) dans une étude CAP menée précisément dans les maternités de la ville de Garoua, chef-lieu de la même région administrative du Nord, où 78% des 111 professionnels de santé interrogés présentaient de mauvaises connaissances en réanimation néonatale, 77%

des attitudes erronées, et 56% des pratiques néfastes, la formation en réanimation néonatale étant le seul facteur statistiquement associé à un meilleur niveau de connaissances. Cet écart entre deux études menées dans un contexte régional comparable pourrait s'expliquer par des différences de méthode d'évaluation, à savoir une auto-évaluation déclarative dans notre étude contre une évaluation objective des connaissances dans celle de Kalla et al. (2022), ce qui invite à la prudence quant à l'interprétation du niveau de compétence réellement disponible à l'HRAG, au-delà de la seule perception favorable qu'en a le personnel lui-même. Cette divergence rejoint également les observations de Ndour et al. (2017) à Dakar, où seuls 27% des 114 soignants qualifiés interrogés avaient bénéficié d'une formation en réanimation néonatale incluant le programme Helping Babies Breathe, ce qui suggère que la seule déclaration d'avoir reçu une formation, comme dans notre étude où 100,0% du personnel s'en prévaut, ne garantit pas nécessairement la rétention effective des compétences dans la durée.

Disponibilité et fonctionnalité du matériel de réanimation

La grille d'observation de notre étude révèle que l'ensemble des six catégories de matériel évaluées est disponible à la maternité de l'HRAG, mais que deux catégories sur six, la table de réanimation et la lampe chauffante, sont non fonctionnelles. Ce résultat rejoint les observations de Mabaga et al. (2022) au Cameroun, dont l'étude transversale menée dans six formations sanitaires du Grand Nord révélait que si 78,0% des structures disposaient de tout le matériel essentiel de réanimation néonatale, seulement 45,0% d'entre elles disposaient d'un matériel entièrement fonctionnel, l'absence de maintenance régulière et les ruptures d'approvisionnement en consommables constituant les principales causes identifiées.

Ce même résultat converge avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (2021), qui souligne que la simple disponibilité du matériel de réanimation néonatale est insuffisante en l'absence d'une maintenance rigoureuse et d'une vérification systématique de sa fonctionnalité avant chaque garde. Dans notre étude, bien que la maintenance des équipements soit jugée régulière par la structure observée, la non-fonctionnalité de deux équipements critiques suggère un défaut ponctuel de suivi qui mériterait une vérification renforcée.

Connaissances et attitudes des parents face à la réanimation néonatale

Notre étude montre que 86,7% des parents ont déjà entendu parler de la réanimation du nouveau-né et que la même proportion accepterait que leur enfant soit réanimé, deux

parents sur les quinze interrogés ayant exprimé un refus, motivé par le manque d'information. Ce résultat traduit une acceptation globalement favorable de la réanimation néonatale au sein de notre échantillon de parents, cohérente avec le rôle central que Virginia Henderson (1960) attribue à l'information et à l'éducation du patient et de sa famille comme condition de la satisfaction des besoins fondamentaux, y compris dans les situations d'urgence vitale.

Concernant l'expérience vécue de la mise sous oxygène, notre étude révèle que les quatre parents ayant eu un enfant mis sous oxygène ont accepté facilement cette mesure, tout en rapportant unanimement la peur des complications comme difficulté rencontrée. Cette peur, bien que ne remettant pas en cause l'acceptation du soin, souligne un besoin d'accompagnement psychologique et informatif des familles au moment de l'intervention, conformément à la dimension relationnelle du soin mise en avant par le modèle conceptuel de Virginia Henderson mobilisé dans le cadre de cette recherche.

Facteurs organisationnels et obstacles perçus par les différents acteurs

La confrontation des trois volets de notre étude (personnel, parents, grille d'observation) fait apparaître une convergence notable : le manque de matériel fonctionnel, cité par 40,0% des réponses du personnel, trouve un écho direct dans les deux équipements non fonctionnels identifiés par la grille d'observation. De même, le refus des parents, cité par 20,0% du personnel comme obstacle, doit être relativisé au regard du fait que seuls deux parents sur quinze ont effectivement exprimé un refus dans notre échantillon, ce qui suggère que la perception du personnel sur ce point pourrait être plus pessimiste que la réalité observée chez les parents interrogés.

Notre étude révèle enfin que la structure observée ne dispose pas de personnel formé disponible 24 heures sur 24, malgré la présence d'un protocole de réanimation affiché. Ce résultat rejoint la problématique plus large soulevée par Lawn, Cousens et Zupan (2005) dans leur revue de référence, selon laquelle près des trois quarts des décès néonataux surviennent dans les 24 premières heures de vie, un moment où la réanimation immédiate peut s'avérer déterminante, ce qui rend d'autant plus critique l'absence de personnel qualifié en continu identifiée dans notre étude. Cette criticité est directement confirmée dans le contexte camerounais par Kedy Koum et al. (2012), dont l'étude prospective menée à la maternité de niveau I du Centre Hospitalier d'Ayos rapportait que l'asphyxie néonatale représentait 75% des décès néonataux précoces enregistrés, tous survenus dans les 24 premières heures de vie, les auteurs concluant à la nécessité du renforcement des capacités du personnel de santé pour

une prise en charge appropriée. Elle rejoint également les résultats d'Ouattara et al. (2024) au Burkina Faso, dont l'étude de cohorte rétrospective a établi que la notion de réanimation à la naissance constituait un facteur de risque indépendant de mortalité néonatale, ce qui souligne, à l'instar de notre étude, que la qualité et la continuité de la réanimation disponible conditionnent directement le pronostic vital du nouveau-né.

II. Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites qu'il convient de souligner :

- **Taille restreinte des échantillons** : mobilisés (10 agents de santé, 15 parents, 1 structure observée), ils confèrent à cette recherche un caractère pilote et exploratoire. Les résultats et pourcentages présentés doivent donc être considérés comme indicatifs de tendances locales et ne sauraient être généralisés à l'ensemble du personnel, des parents ou des structures de la région du Nord-Cameroun.
- **Biais lié au caractère déclaratif des données** : recueillies par questionnaire, tant auprès du personnel que des parents, elles exposent à un biais de désirabilité sociale, notamment dans l'auto-évaluation des compétences du personnel soignant.
- **Limite liée à l'observation d'une seule structure** : une seule structure ayant été observée, l'étude ne permet pas de déterminer si les défaillances matérielles constatées sont spécifiques à l'HRAG ou représentatives d'une problématique plus large au niveau régional.

III. Recommandations

Tableau 24 : Recommandations

N°	Difficultés	Recommandations	Cible	Délai
1	Non-fonctionnalité de la table de réanimation et de la lampe chauffante	Équiper et assurer la maintenance préventive régulière du matériel de réanimation néonatale	Ministère de la Santé Publique / Direction de l'HRAG	Court terme (3 à 6 mois)
2	Absence de vérification systématique de la fonctionnalité du matériel avant chaque garde	Instaurer une fiche de vérification systématique et documentée du matériel de réanimation avant chaque prise de garde	Direction de l'HRAG / Personnel soignant	Immédiat (sous 1 mois)
3	Manque de supervision continue du personnel dans la pratique de la réanimation néonatale	Renforcer la supervision et l'encadrement réguliers du personnel de la maternité	Direction de l'HRAG	Court terme (3 à 6 mois)
4	Absence de personnel formé en réanimation néonatale disponible 24 heures sur 24	Élaborer une politique garantissant la disponibilité continue de personnel qualifié en réanimation néonatale	Ministère de la Santé Publique / Direction de l'HRAG	Moyen terme (6 à 12 mois)
5	Maîtrise hétérogène des gestes techniques, notamment du	Organiser des sessions régulières de formation continue et de recyclage pratique, en particulier sur la ventilation au masque	Direction de l'HRAG / EFOPSAG	Moyen terme (6 à 12 mois)

N°	Difficultés	Recommandations	Cible	Délai
	masque facial			
6	Peur des complications rapportée par les parents lors de la réanimation ou de la mise sous oxygène	Systematiser l'information et l'accompagnement psychologique des parents avant et pendant la réanimation	Personnel soignant de la maternité de l'HRAG	Immédiat (en continu)
7	Refus de la réanimation motivé par le manque d'information chez certains parents	Renforcer la sensibilisation et l'éducation des parents sur l'importance de la réanimation néonatale	Personnel soignant / Parents et familles	Court terme (3 à 6 mois)

CONCLUSION

Parvenue au terme de cette étude portant sur le thème « Les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né : cas de la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider », dont l'objectif général était d'identifier les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né à la maternité de l'HRAG, notre démarche s'est articulée autour de quatre objectifs spécifiques : identifier les caractéristiques socioprofessionnelles de la maternité, évaluer les connaissances et pratiques du personnel soignant en réanimation néonatale, identifier les facteurs familiaux susceptibles de constituer des obstacles à la réanimation, et identifier les obstacles liés à l'organisation du service. Cette investigation, menée auprès du personnel soignant et des parents de la maternité de l'HRAG, a permis de dresser un état des lieux des difficultés rencontrées dans la prise en charge du nouveau-né en détresse. Il ressort de nos résultats que les obstacles à la réanimation du nouveau-né à l'HRAG sont avant tout d'ordre matériel et organisationnel : non-fonctionnalité de certains équipements essentiels (table de réanimation, lampe chauffante), absence de personnel formé disponible en continu, et supervision insuffisante des gestes techniques, notamment pour le masque facial. Le facteur familial s'est en revanche révélé secondaire : l'acceptation parentale de la réanimation est globalement favorable, les rares réticences relevant d'un manque d'information plutôt que de croyances ou d'une opposition de principe. Ces constats confirment notre hypothèse générale selon laquelle les obstacles à la réanimation du nouveau-né à l'HRAG tiennent moins à un déficit de formation initiale du personnel, globalement satisfaisant, qu'à des défaillances matérielles, organisationnelles et de supervision continue. Ces constats appellent des actions concrètes de la part des équipes soignantes et des responsables sanitaires de l'HRAG afin de réduire la morbi-mortalité néonatale liée aux défaillances de la réanimation à la naissance. Pour compléter ce travail, nous suggérons de mener une étude sur les déterminants de la survie néonatale après réanimation dans les formations sanitaires de la région du Nord-Cameroun.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Djatche Miafo, J., et al. (2024). Impacts psychologiques du décès par asphyxie néonatale sur le médecin généraliste en contexte camerounais : une étude exploratoire. *African Journal of Perinatology*, 1(2), 138–152.
- Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. Conseil International des Infirmières.
- Kalla, G. C. M., Epee Ngoue, J., Abdoukaridi, D., Njoumemi, Z., Kago Tsague, D., Mekone Nkwele, I., Nguefack, S., Chelo, D., & Mah Mungyeh, E. (2022). Compétences des personnels de santé des maternités de la ville de Garoua en réanimation néonatale. *Health Sciences and Disease*, 23(7). <https://doi.org/10.5281/hsd.v23i7.3782>
- Kedy Koum, D., Exhenry, C., Penda, C. I., Nguefack, S., Eposse Ekoube, C., Mah, E., Chiabi, A., & Tietche, F. (2012). Mortalité néonatale précoce et ses déterminants dans une maternité de niveau I à Yaoundé, Cameroun. *Pan African Medical Journal*, 20(258).
- Lawn, J. E., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet*, 365(9462), 891–900. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71048-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71048-5)
- Mabaga, J. M., Kanteng, G., Ngimbi, S. L., Beya, A. K., Talona, A. A., Obotela, L., Sangwa, F. K., Sunguza, J. Z., Lumande, A. K., Wembonyama, S. O., & Luboya, O. N. (2022). Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de soins concernant les urgences néonatales à Lubumbashi. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 6(1), 10–16. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2022612>
- Mbonda, E., et al. (2018). Pronostic de l'asphyxie néonatale à l'hôpital de district de Bonassama. *Health Sciences and Disease*, 19(2).
- Ministère de la Santé Publique du Cameroun. (2018). Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDS 2018). MINSANTE.
- Monebenimp, F., Tenefopa, M., Koh, V. M., & Kago, I. (2012). Competence of health care providers on care of newborns at birth in a level-1 health facility in Yaoundé, Cameroon. *Pan African Medical Journal*, 11(45).

Ndour, D., et al. (2017). Évaluation des connaissances et procédures de la réanimation néonatale selon le programme « Helping Babies Breathe » (HBB) par le personnel soignant qualifié au niveau des hôpitaux de référence à Dakar. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*.

Nyenga, A., Mukuku, O., Mulangu Mutombo, A., & Numbi Luboya, O. (2014). Infections néonatales : quelle est la place des antécédents obstétricaux dans la prévention du risque ? *Pan African Medical Journal*, 19, 133. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.133.4432>

Organisation Mondiale de la Santé. (2012). Soins obstétricaux et néonataux essentiels : manuel de référence. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Normes relatives aux soins dispensés dans les établissements offrant des services d'accouchement. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2020). Rapports sur la mortalité néonatale mondiale. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). Ressources humaines pour la santé. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). Soins aux nouveau-nés. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2023). Statistiques mondiales de la santé 2023. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2024). Mortalité néonatale. OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

Organisation Mondiale de la Santé. (2026). Mortalité infantile (enfants de moins de cinq ans). OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-mortality-under-5-years>

Ouattara, C. A., Tinto, R., Traore, I. T., Traore, S., Tamboura, H., Bamouni, J., Meda, Z. C., & Savadogo, L. G. B. (2024). Facteurs pronostiques de la mortalité néonatale au CHU Sourô Sagou de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso : une étude transversale. *Pan African Medical Journal*, 47(154). <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.47.154.36138>

UNFPA. (2016). Soins obstétricaux et néonataux d'urgence : Guide pour la réalisation des enquêtes rapides. Bureau Régional UNFPA Afrique de l'Ouest et du Centre.

UNICEF. (2019). Levels and trends in child mortality report 2019. UNICEF.

UNICEF, Organisation Mondiale de la Santé, & Banque Mondiale. (2021). Levels and Trends in Child Mortality Report 2021. UNICEF.

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION D'ENQUÊTE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
RÉGION DU NORD
DÉLEGATION RÉGIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
BUREAU DE LA FORMATION ET
DU PARTENARIAT



Tel : 22 22 41 43 Fax : 22 22 33 43
Email : delsanse_nord@cameroon.gov.cm

N° U 33 / 26/RN/DRSP/BPF-GRA. /

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie
RÉGION DU NORD
RÉGION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
PAYSANSHIP AND
TRAINING OFFICE
Garoua, le 20 AVR 2026

Réf : N°022/L/MINSANTE/DRSPNEFOPSAG
du 20 avril 2026

LE DÉLÉGUÉ RÉGIONAL
À
MONSIEUR LE DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE
FORMATION DES PERSONNELS DE
SANTÉ DE GAROUA (EFOPSAG)
Contact : (+237) 698197958

Objet : *Autorisation de mise en stage
de collecte de données de recherche
de fin de formation*

Accusant bonne réception de votre correspondance d'objet et de référence repris en marge.

J'ai l'honneur de vous informer que je marque mon accord pour l'accueil en stage de collecte de données de recherche de fin de formation des apprenants de l'école de formation dont vous avez la responsabilité dans les établissements publics et privés de 3^e, 4^e, 5^e et 6^e catégorie de la Région du Nord, de la période allant du 04 mai au 12 juin 2026, conformément à votre planning de départ en stage.

Les stages se dérouleront sous la coordination des enseignants superviseurs ainsi que de la supervision des responsables des services qui veilleront à l'accompagnement et à l'évaluation des compétences conformément aux référentiels de formation en vigueur.

Je reste disponible à tout concours éventuel.

COPIE :

- MINSANTE ;
- GVN/Région Nord ;
- DIR/ARG. HRAG ;
- CDS/Concernés ;



LE DÉLÉGUÉ RÉGIONAL
[Signature]
Contractuel d'administration
PhD Droit Privé

ANNEXE 2 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Thème de recherche : Les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né : cas de la maternité de l'Hôpital Régional Annexe de Guider

Investigatrice principale : RAMLATOU RADJAOU — Matricule : 23IDE/SF/1475

Directrice de mémoire : Mme MAÏ DJAMASSI épouse MATNA — ISAR

Je soussigné(e) M./Mme/Mlle : X

Certifie que :

Je comprends les objectifs de cette recherche et les bénéfices que je peux en tirer.

J'accepte de participer en toute liberté à cette étude en répondant au questionnaire.

Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps, sans justification et sans subir aucune pression ni préjudice.

J'atteste avoir été informé(e) de la confidentialité des résultats.

Je n'attends aucune rémunération due à ma participation à cette étude.

Code du participant : _____

Signature du participant	Date	Signature de l'investigatrice

ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Outil 1 : Questionnaire adressé au personnel soignant

Thème : Les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né : cas de la maternité de l'HRA de Guider

Investigatrice : RAMLATOU RADJAOU — Matricule : 23IDE/SF/1475

Code participant : _____ Date : _____ N° de poste : _____

Instructions : Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. Cochez la case correspondant à votre situation.

SECTION A — Caractéristiques sociodémographiques

1. Sexe :

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

2. Âge :

- ☐ < 25 ans
- ☐ 25–34 ans
- ☐ 35–44 ans
- ☐ ≥ 45 ans

3. Catégorie professionnelle :

- ☐ Sage-femme/Maïeuticien
- ☐ Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État (IDE)
- ☐ Médecin
- ☐ Aide-soignant(e)

4. Ancienneté dans le service de maternité :

- ☐ < 1 an
- ☐ 1–5 ans
- ☐ 6–10 ans
- ☐ > 10 ans

5. Niveau de formation :

- ☐ BTSS / Aide-soignant(e)
- ☐ DTS / Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État / Sage-femme Diplômée d'État
- ☐ Licence / Infirmier(ère) Supérieur(e) / Bachelot of Midwifery
- ☐ Master / Médecin généraliste ou spécialiste

SECTION B — Obstacles liés aux ressources humaines

6. Un soignant formé en réanimation néonatale est-il disponible 24h/24 à la maternité ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

7. Avez-vous personnellement reçu une formation spécifique en réanimation néonatale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Si oui, quand date votre dernière formation en réanimation néonatale ?

- ☐ Moins d'1 an
- ☐ 1 à 3 ans
- ☐ Plus de 3 ans
- ☐ Jamais formé(e)

9. Quel est le nombre moyen d'accouchements que vous prenez en charge par garde ?

- ☐ Moins de 5
- ☐ Entre 5 et 10
- ☐ Plus de 10

10. Comment évaluez-vous votre maîtrise personnelle des gestes de réanimation néonatale ?

- ☐ Bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Insuffisante

SECTION C — Obstacles liés au matériel et aux équipements

11. Le matériel de réanimation (ballon-masque, aspirateur, table chauffante) est-il disponible en salle d'accouchement ?

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

12. L'oxygène est-il accessible en salle d'accouchement lors des accouchements ?

- ☐ Toujours disponible
- ☐ Parfois disponible
- ☐ Absent

13. Le matériel de réanimation est-il régulièrement vérifié et entretenu ?

- ☐ Régulièrement
- ☐ Irrégulièrement
- ☐ Jamais

14. Les médicaments de réanimation (adrénaline, glucose, vitamine K1, bicarbonate) sont-ils disponibles en salle d'accouchement ?

- ☐ Disponibles
- ☐ Partiellement disponibles

☐ Absents

SECTION D — Obstacles organisationnels et institutionnels

15. Existe-t-il des protocoles écrits de réanimation néonatale accessibles en salle d'accouchement ?

- ☐ Existant et affiché
- ☐ Existant mais non affiché
- ☐ Inexistant

16. À quelle fréquence bénéficiez-vous de supervisions portant sur la réanimation néonatale ?

- ☐ Régulièrement
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Jamais

17. Le système de référence pour les nouveau-nés nécessitant une prise en charge spécialisée est-il fonctionnel ?

- ☐ Fonctionnel
- ☐ Partiellement fonctionnel
- ☐ Non fonctionnel

18. Comment évaluez-vous la qualité de la communication au sein de l'équipe soignante lors des urgences néonatales ?

- ☐ Bonne
- ☐ Moyenne
- ☐ Mauvaise

SECTION E — Connaissances et pratiques en réanimation néonatale

19. Êtes-vous capable d'identifier les signes cliniques nécessitant une réanimation du nouveau-né ?

- ☐ Bonne capacité
- ☐ Capacité moyenne
- ☐ Capacité insuffisante

20. Connaissez-vous la séquence ABCD de la réanimation néonatale ?

- ☐ Connaissance complète
- ☐ Connaissance partielle
- ☐ Absente

21. Lors des naissances asphyxiées que vous avez prises en charge, avez-vous effectivement réalisé une réanimation ?

- ☐ Systématiquement
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Jamais

22. Savez-vous coter et interpréter le score d'Apgar ?

- ☐ Correctement

- ☐ Partiellement
- ☐ Incorrectement

Merci pour votre participation !

Outil 2 : Questionnaire adressé aux parents

Thème : Les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né : cas de la maternité de l'HRA de Guider

Investigatrice : RAMLATOU RADJAOU — Matricule : 23IDE/SF/1475

Code participant : _____ Date : _____

Instructions : Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. Cochez la case correspondant à votre situation.

SECTION A — Caractéristiques sociodémographiques

1. Sexe :

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

2. Tranche d'âge :

- ☐ Moins de 20 ans
- ☐ 20 à 30 ans
- ☐ 31 à 40 ans
- ☐ Plus de 40 ans

3. Niveau d'instruction :

- ☐ Sans instruction
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire
- ☐ Supérieur

SECTION B — Connaissances et acceptation de la réanimation néonatale

4. Avez-vous déjà entendu parler de la réanimation du nouveau-né ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5. Accepteriez-vous que votre enfant soit réanimé si nécessaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Si non, pour quelle raison ? (question posée uniquement en cas de refus)

- ☐ Raisons religieuses
- ☐ Peur
- ☐ Coût
- ☐ Manque d'information

SECTION C — Expérience vécue de la mise sous oxygène

7. Votre enfant a-t-il déjà été mis sous oxygène ?

☐ Oui

☐ Non

8. Si oui, avez-vous accepté facilement cette mise sous oxygène ? (question posée uniquement si oui à la question 7)

☐ Bien acceptée

☐ Mal acceptée

9. Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de cette mise sous oxygène ? (réponses multiples possibles, question posée uniquement si oui à la question 7)

☐ Peur des complications

☐ Coût

☐ Manque d'explication

☐ Refus familial

Merci pour votre participation !

Outil 3 : Grille d'observation de la structure

Thème : Les obstacles liés à la réanimation du nouveau-né : cas de la maternité de l'HRA de Guider

Investigatrice : RAMLATOU RADJAOU — Matricule : 23IDE/SF/1475

Structure observée : _____ Date d'observation : _____

Instructions : Cocher la case correspondant à l'observation directe réalisée dans la structure.

SECTION A — Disponibilité et fonctionnalité du matériel de réanimation

1. Table de réanimation

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

2. Ballon auto-remplisseur

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

3. Masques (différentes tailles)

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

4. Source d'oxygène

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

5. Aspirateur

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

6. Lampe chauffante

- ☐ Disponible et fonctionnel
- ☐ Disponible mais non fonctionnel
- ☐ Absent

SECTION B — Aspects organisationnels

7. Présence d'un protocole de réanimation affiché

- ☐ Oui

☐ Non

8. Personnel formé disponible 24h/24

☐ Oui

☐ Non

9. Maintenance des équipements

☐ Régulière

☐ Irrégulière

☐ Absente

10. Charge de travail du service

☐ Faible

☐ Moyenne

☐ Élevée

11. Disponibilité des consommables

☐ Suffisante

☐ Insuffisante

12. Observations générales (matériel, personnel, organisation)

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES et ACRONYMES ET	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	2
Contexte et justification	3
Contexte	3
Justification	6
Énoncé du problème	6
Questions de recherche	7
Question principale	7
Questions secondaires	7
Hypothèses de recherche	7
Hypothèse principale	7
Hypothèses secondaires	7
Objectifs de recherche	8
Objectif général	8
Objectifs spécifiques	8
But de la recherche	8
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE	9
I. Déroulement des concepts	10
II. Recension des écrits	11
Écrits empiriques	11
III. Écrits théoriques	13
Cadre de référence	22
Le modèle conceptuel de Virginia Henderson	22
CHAPITRE III : DESCRIPTION DU LIEU D' ETUDE ET MÉTHODOLOGIE	27
Justification du lieu de l'étude	28
I. Description du lieu et du site	28

Données administratives	30
Données démographiques	30
Données socio-économiques	30
II. Methodologie	31
✧ Type de l'étude	31
✧ Durée de l'étude et période	31
✧ Echantillonnage	31
■ Population d'étude	31
■ Technique d'échantillonnage	32
■ Taille de l'échantillon	32
■ Critères d'inclusion	32
■ Critères d'exclusion	32
✧ Les Variables	33
✧ Méthodologie de collecte des données	34
■ Instrument de collecte des données	34
■ Technique de collecte des données	34
✧ Respect de l'éthique de la recherche	34
✧ Difficultés rencontrées	34
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	35
Résultats du questionnaire adressé au personnel soignant	36
CHAPITRE V : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	46
I. Discussion	Erreur ! Signet non défini.
Connaissances et attitudes des parents face à la réanimation néonatale	48
Facteurs organisationnels et obstacles perçus par les différents acteurs	49
II. Limites de l'étude	50
III. Recommandations	51
CONCLUSION	53
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
ANNEXES	I
TABLE DES MATIÈRES	XII