

Connaissances, attitudes et pratiques des mères à propos des problèmes de santé du nouveau-né à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé
Knowledge, attitudes and practices of mothers about newborn health problems in the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital

Kago Tague DA^{1 2}, Mah E^{1 2}, Nguefack F^{1 2}, Youbi Wabo S³, Epee Ngoue J¹, Nguefack S^{1 2}

¹ Département de pédiatrie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

² Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

³ Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun

Auteur Correspondant : Kago Tague Daniel Armand

Service de Pédiatrie et sous-spécialités, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. BP : 4362. Yaoundé, Tel : +237 677179464, Email : kagog2@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Au Cameroun, le taux de mortalité néonatale n'a pas beaucoup changé depuis 2011, passant de 31% à 28% en 2018. La prévention par les connaissances des mères sur les problèmes de santé du nouveau-né suscitant des consultations précoces pourraient diminuer significativement la mortalité néonatale. **Objectif** : Déterminer les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) sur les problèmes de santé du nouveau-né chez les mères venant d'accoucher. **Méthodes** : il s'agissait d'une enquête de type CAP réalisée du 01 février au 31 mai 2020, portant sur l'interview de 412 mères ayant accouché un nouveau-né vivant à terme à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) à l'aide d'un questionnaire. Plus de 70% de bonnes réponses correspondaient à une bonne connaissance, attitude juste et une pratique adéquate. **Résultats** : Les connaissances des mères portant sur les problèmes de santé du nouveau-né étaient bonnes chez 54,6% des mères, les attitudes justes chez 68% et les pratiques adéquates chez 11,7%. L'emploi des mères, le statut matrimonial, la pauciparité, et le suivi de grossesse dans un hôpital de référence étaient associés à de bonnes connaissances. La primiparité et l'accouchement par voie basse étaient associés à des attitudes justes. L'accouchement par césarienne était associé à des pratiques inadéquates. **Conclusion** : Les problèmes de santé du nouveau-né ne sont pas bien connus par les mères venant d'accoucher. L'amélioration de cette situation passerait par un renforcement des activités d'information éducation et communication et un accompagnement en suite de couche avant le retour au domicile.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratiques, problèmes de santé, nouveau-né.

SUMMARY

Background: In Cameroon, the neonatal mortality rate has not changed much since 2011, going from 31% to 28% in 2018. Prevention through mothers' knowledge of newborn health problems leading to early consultations could significantly reduce neonatal mortality. **Aim** : To determine the knowledge, attitudes and practices (KAP) on newborn health problems among postpartum mothers. **Methods**: This was a KAP survey conducted from 1st February to 31 May 2020, involving interviews with 412 mothers who had delivered a live newborn at the Yaoundé Gynaecological-Obstetric and Paediatric Hospital using a questionnaire. More than 70% of correct answers corresponded to good knowledge, correct attitude and adequate practice. **Results**: Mothers' knowledge of newborn health problems was good in 54.6% of mothers, correct attitudes in 68% and adequate practices in 11.7%. Mothers' employment, marital status, poverty, and pregnancy follow-up in a referral hospital were associated with good knowledge. Primiparity and vaginal delivery were associated with correct attitudes. Caesarean delivery was associated with inadequate practices. **Conclusion**: Newborn health problems are not well known by mothers who have just given birth. The improvement of this situation would require a reinforcement of information, education and communication activities and support during childbirth before returning home.

Key words: Knowledge, attitude, practice, health problems, newborn

INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2017, chaque année, près de 5,4 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent dans le monde ; parmi lesquels 2,5 millions de nouveau-nés meurent au cours de la période néonatale et presque la totalité de ces décès (99%) surviennent dans les pays en voie de développement [1]. Plus du tiers de ces décès surviennent au cours des 24 premières heures suivant la naissance, tandis que les trois quarts (soit 75%) des décès néonataux surviennent au cours des sept premiers jours de naissance [2]. Dans le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé de 2011 au Cameroun, le taux de mortalité néonatale globale était de 31% et de 28% en 2018 [3]. Malgré les progrès qui ont été accomplis dans la réduction de la mortalité infantile au cours des dernières décennies, elle demeure un véritable problème de santé publique. Un grand nombre de décès est lié à la reconnaissance tardive d'une maladie néonatale, aux retards dans la décision de recherche des soins au niveau du ménage et à une intervention tardive ultérieure dans les établissements de santé [4]. Il est important d'adopter des stratégies appropriées pour réduire ce taux de mortalité élevé [5]. Même si les soins post-natals sont l'une des plus importantes interventions pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, ils ne sont pas fournis de manière holistique [5] la détection précoce des maladies néonatales est une étape importante dans l'amélioration de la survie du nouveau-né. L'état des connaissances et des pratiques des mères en post-partum sur les signes de danger chez le nouveau-né au Cameroun n'est pas connu. Par conséquent, l'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères ayant accouché à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé sur les problèmes de santé du nouveau-né afin d'améliorer la sensibilisation et de diminuer d'avantage la mortalité néonatale.

METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique, avec une collecte prospective de données, dans les salles de suite de couche de l'HGOPY, de février à mai 2020. Etaient éligibles pour l'étude les femmes ayant accouché à la maternité de l'HGOPY, d'un nouveau-né vivant

à terme. Etaient inclus celles ayant consentis à participer à l'étude. L'enquête a été faite par interview en face à face avec chaque mère. Les informations collectées portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, les attitudes et les pratiques sur les problèmes de santé du nouveau-né chez les mères venant d'accoucher qui portaient sur les différents moyens de thermorégulation, les substances utilisées pour nettoyer le moignon ombilical, le délai d'initiation de l'allaitement maternel, fréquence de l'allaitement, connaissance de l'allaitement maternel exclusif et de sa durée, vaccination à administrer à la naissance, les signes de danger. Le recrutement avait été fait de manière consécutive et non exhaustive. La taille minimale de l'échantillon calculé à partir de la formule de Cochran était de 371 mères avec comme prévalence pour l'application numérique celle de l'étude réalisée en Ethiopie portant sur les bonnes pratiques des soins essentiels du nouveau-né qui était de 40,6% [6,7]. Les fiches consignaient en leur sein des variables dont l'appréciation a été facilitée par la grille d'évaluation des études de type CAP [8]. Pour une bonne appréciation, nous avons attribué une note de 1/1 pour une bonne réponse et une note de 0/1 pour une mauvaise réponse ou ne connaissant pas. L'évaluation a été faite en totalisant le nombre de points obtenus par chaque mère dans les différentes rubriques. Pour l'interprétation et la recherche d'association entre les différentes parties nous avons regroupé les connaissances, attitudes et pratiques en deux groupes chacun ceux qui avaient plus de 70% de bonnes réponses correspondaient soit à une bonne connaissance, attitude juste et une pratique adéquate alors que ceux qui avaient moins de 70% de bonnes réponses pour chaque rubrique correspondaient à une mauvaise connaissance, une attitude erronée et une pratique inadéquate.

Après la collecte, les données ont été saisies puis analysées dans le logiciel IBM-SPSS version 22.0 pour Windows, le test statistique χ^2 ou le test Exact de Fisher ont été utilisés pour tester les associations. La force de l'association a été évaluée grâce à l'Odd Ratio avec un intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$). Le recueil des données a été fait par un seul enquêteur, au moyen d'une

fiche d'enquête préétablie après obtention d'une autorisation de recherche de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé de l'université des Montagnes (AUTORISATION N°2020/071/UdM/PR/CIE du 20 juillet 2020), puis de la clairance éthique du comité institutionnel d'éthique de la recherche pour la santé humaine de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (AUTORISATION N° 975/CIERSH/DM/2020 du 15 janvier 2020).

RESULTATS

Un total de 412 mères avait été interrogé. L'âge moyen était de 29 ans $\pm$ 5,9 avec des extrêmes de 16 et 45 ans et la tranche d'âge la plus représentée était de 20-35ans. Soixante pourcent avaient un niveau d'étude supérieur, 39,6% étaient employées, 69,4% vivaient en couple, 88,1% vivaient en milieu urbain, 91,7% étaient chrétiennes et 43,9% originaires de la région de l'Ouest. Quarante un pourcent étaient des paucipares. Près de 7,5% d'entre elles avaient déjà perdu au moins un enfant après la naissance, parmi lesquels 41,9% étaient des nouveau-nés. La médiane d'âge de décès des enfants en période néonatale était de 3 (1 à 7) jours, avec des extrêmes de 1 et 21 jours. Les mères effectuaient leur consultation prénatale (CPN) dans un hôpital de référence dans 54,1% des cas, 73,1% d'entre elles étaient suivies par un gynécologue-obstétricien et 56,3% avaient accouché par césarienne.

Les connaissances étaient bonnes (donc plus de 70% de bonnes réponses) chez 54,6% des mères. Le soin thermique le moins connu était le soin kangourou (42,7%). Deux cent soixante mères (63,1%) ont répondu que le moignon ombilical devait être nettoyé avec de la chlorhexidine, 14% appliqueraient d'autres substances (huile, salive...) et 7,5% nettoierait juste avec de l'eau simple. Près de 53% savaient que la mise au sein devrait être précoce, 92,5% des mères répondaient que l'allaitement devait être fait à la demande. Concernant les vaccins à recevoir à la naissance, 409 mères (99,3%) savaient que leur nouveau-né devrait en recevoir, parmi elles 401 (97,3%) connaissaient le BCG, 208 (51,9%) le vaccin contre la poliomyélite et 17,5% avaient précisé le vaccin anti-hépatite B. Les signes de danger connus par les mères étaient la fièvre (90,8%), l'hypothermie (67%),

l'ictère (97,6%), le refus de téter (88,1%) et la dyspnée (99%). Concernant l'ictère, 83 mères (20,1%) savaient qu'il pouvait se compliquer de retard mental et de troubles auditifs et visuels. Le signe de convulsion le moins connu était les mouvements des membres, comme si l'enfant faisait de la bicyclette ou qu'il nageait à 18,7%. Les différents types de convulsions ont été identifiés par au moins 132 mères (32,0%), il s'agissait de l'extension/flexion des membres, le clignement des paupières ou regard fixe (27,2%), le mâchonnement (22,6%) et le mouvement de pédalage (18,7%).

Les attitudes étaient justes chez 68% des mères. Les mères avaient plus de mauvaises attitudes sur l'allaitement et les vaccins : 26,2% pensaient que l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois n'était pas suffisant pour tous les besoins du nouveau-né et 6,1% pensaient que les vaccins causeraient des problèmes du nouveau-né. Et 52,4% n'iraient pas faire consulter leur nouveau-né dans les 24 h en présence de signe de danger. L'ignorance de la gravité de la maladie (98,1%) était la principale raison du retard de prise en charge hospitalière suivi du manque de moyen financier (42,1%). Elles feraient une automédication dans 87% des cas. La pratique des mères étaient inadéquates chez 88,3 % des mères. Parmi les différents moyens de thermorégulation, le moins pratiqué était le soin kangourou à 21,4%. Environ 76,2 % des mères n'appliquaient rien sur le moignon ombilical après avoir nettoyé et 95,6% ne bandaient pas. Concernant l'allaitement, 51,9% avaient choisi l'allaitement maternel exclusif et 19,9 % avaient effectué une mise au sein précoce. Seulement 29,6% des mères avaient déjà fait vacciner leur nouveau-né. Face à un signe de danger, 44,2% iraient consulter immédiatement, 51,7% ferait une automédication face à la fièvre et 7,3% pratiqueraient des mesures physiques, 13,6% des mères exposeraient les nouveau-nés au soleil en cas d'ictère, et 16% des mères feraient aspirer des odeurs fortes en cas de convulsions (tableau 1).

Après régression logistique, les mères employées, mariées, paucipares et ayant été suivies dans un hôpital de référence avaient plus de chances d'avoir de bonnes connaissances. Etre primipare et avoir accouché par voie basse

augmentaient les chances d'avoir de bonnes attitudes. Les mères ayant accouché par césa-

rienne avaient moins de chances d'exercer des pratiques adéquates (tableau 2).

Tableau 1 : Pratiques des mères faces aux problèmes de santé du nouveau-né

Variables	Effectifs	Pourcentages
Thermorégulation (Réponses oui)		
Contact peau à peau	88	21,4
Port de vêtements chauds	411	99,8
Délai du 1 ^{er} bain 24hr après l'accouchement	150	36,4
Substance appliquée après nettoyage du moignon ombilical		
Rien	312	76,2
Vaseline, huile, poudre, plantes, salive, sel	70	16,9
Bandage du cordon (oui)	28	4,4
Allaitement maternel exclusif	214	51,9
Délai d'initiation de l'allaitement maternel <1hr	82	19,9
Vaccins du nouveau-né déjà administré	122	29,6
Première pratique face à un signe de danger		
Consultation immédiat dans un établissement de santé	182	44,2
Automédication	201	48,2
Rien, attendre voir l'évolution	17	4,1
Autres (guérisseur, prière...)	12	2,9

Tableau 2 : Les facteurs associés aux connaissances, attitudes et pratiques

	Variables	OR ajusté (IC à 95%)	Valeur P ajustée
Connaissances	Age mère > 35 ans	1,5 (0,9-2,6)	0,20
	Niveau d'étude ≤ supérieur	0,9 (0,6-1,6)	0,90
	Profession employée	2,5 (1,6-3,9)	< 0,001
	Femmes mariées	1,7 (1,05-2,6)	0,03
	Paucipare	1,7 (1,06-2,5)	0,02
	Suivi à l'hôpital de référence	1,8 (1,08-3,02)	0,02
	Suivi par un gynécologue	1,2(0,7-2,08)	0,62
Attitudes	Primipare	1,7 (1,09-2,8)	0,02
	Accouchement par voie basse	1,7 (1,2-2,7)	0,01
Pratiques	Accouchement par césarienne	0,5 (0,3-0,9)	0,03

DISCUSSION

Cette étude a permis de retrouver de bonnes connaissances des mères sur les problèmes de santé du nouveau-né mais il y avait des signes de danger importants qui étaient méconnus notamment l'hypothermie, les complications de l'ictère et les présentations des convulsions néonatales. Les attitudes étaient justes pour la plupart des mères mais par contre les pratiques sont pour la plupart inadéquates. Les principaux facteurs influençant ces différentes dimensions étaient la parité, le lieu de suivi de la grossesse, le mode d'accouchement. La tranche d'âge des mères la plus représentée était similaire à celle de 25 à 34 ans retrouvé par une étude en Ethiopie [7]. Elle représentait l'âge de fécondité de la

femme au Cameroun dont le maximum était de 25 et 29 ans [3]. Le niveau d'étude supérieur était le plus représenté car cette étude a été réalisée en zone urbaine où le taux d'instruction était assez élevé alors que d'autres auteurs retrouvaient respectivement 64,9% et 76% des mères analphabètes [9,10]. La plupart des femmes avait un emploi (39,6%) ce qui était supérieur à une étude réalisée en Ouganda (27,1%) dont les mères étaient pour la plupart des adolescentes [11]. Les connaissances étaient bonnes (54,6%). A propos des soins du cordon ombilical qui constitue une porte d'entrée des infections, plusieurs études dans les pays en développement rapportaient une application de diverses substances sur celui-ci

ce comme c'était le cas dans cette étude [9]. Concernant l'allaitement, plus de la moitié des mères avaient opté pour un allaitement maternel exclusif. Ce résultat est lié à l'amélioration du taux d'allaitement maternel constaté au Cameroun qui est passé de 20% en 2011 à 40% en 2018 [3]. Mais seulement 19,9% avaient effectué une mise au sein précoce favorisant la survenue d'hypoglycémie ce qui était très inférieur aux 74,4% rapporté par une étude en Inde [9]. La majorité des mères avait accouché par césarienne, ce qui rendait difficile la mise au sein précoce. Face aux signes de danger, la moitié des mères pratiquait une automédication. Elles n'iraient pas consulter dans les 24 heures qui suivraient la découverte de ces signes avec pour principale raison l'ignorance de la gravité des signes, ce qui retarderait la prise en charge de ces nouveau-nés malades et augmenterait ainsi la mortalité néonatale. Ce résultat était similaire à celui d'une étude au Nigeria qui rapportait 55% de consultations tardives, avec comme principale raison le symptôme résolu (40,8%) [12]. Il avait été constaté que parmi ces signes, les plus connus des mères étaient la fièvre, la dyspnée et l'ictère [5,12,13]. Les convulsions étaient citées par la plupart des mères mais très peu en connaissaient les manifestations et comme le rapportaient une étude, 16% des mères feraient sentir des odeurs fortes (alcool, fumée de tissu ou de papier brûlé, whisky) [14].

Concernant l'ictère, près d'une mère sur huit pensaient qu'il faille exposer les nouveau-nés au soleil en cas d'ictère ce qui favoriserait la survenue de ces complications qui étaient inconnues par la majorité d'entre elles. Le signe de danger le moins connu était l'hypothermie comme le rapportait cette étude au Nigeria [12]. Ce qui était en lien avec la faible connaissance et pratique des moyens utilisables pour éviter l'hypothermie notamment le contact peau à peau en salle de naissance et le délai du premier bain après 24 heures de vie comme rapportaient dans d'autres études [5]. Une des raisons du bain précoce serait la croyance selon laquelle le sang, liquides et vernix qui restent sur la peau du nouveau-né serait impure [15]. Un accent devrait être mis sur ces signes au cours des séances de sensibilisation. Les facteurs associés aux bonnes connaissances étaient l'emploi, le

statut marital, multiparité et suivi dans un hôpital de référence, comme cela avait été rapporté dans une étude en Ethiopie en 2016 [16]. En effet, ces facteurs se justifieraient par le fait qu'ils favoriseraient une meilleure disponibilité et compréhension des problèmes du nouveau-né. La primiparité et l'accouchement par voie basse favoriseraient les bonnes attitudes. Par contre, celles ayant accouché par césarienne avaient de moins bonnes pratiques comme observé dans une étude en Ouganda en 2016 [15]. Ceci pourrait être dû à l'indisponibilité des mères en post-partum immédiat, ce qui ne leur permettait pas d'allaiter directement leur nouveau-né et à la douleur de la plaie opératoire.

CONCLUSION

Cette évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des mères ayant accouché à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé au Cameroun a montré un niveau insuffisant surtout sur les pratiques. La sensibilisation sur tous les signes de danger devra être renforcée lors des séances d'information éducation et communication. Une vérification des compétences des mères devrait être faite pendant la grossesse et en suite de couches avant le retour au domicile, de même qu'une sensibilisation et le suivi des mères en communauté, surtout auprès des conjoints et autres personnes ressources souvent impliquées dans les soins du nouveau-né ce qui permettrait de corriger le grand écart entre les connaissances (bonnes), attitudes (justes) et les pratiques (insuffisantes). La mise en perspective d'une étude pourrait permettre de mieux documenter les raisons socioculturelles de cet écart.

REFERENCES

1. Khalil I, Collison M, Elbcheraoui C, Charara R, Moradi-Lakeh M, Afshin A, et al. Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean region: findings from the Global Burden of Disease 2015 study. *Int J Public Health*. 2018;63 (1):63-7.
2. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet*. 2005; 365 (9462): 891-900.
3. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018. 2019; 13-21.

4. Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. Saving Newborn Lives Soins aux nouveau-nés Manuel de référence. 2004
5. Amolo L, Irimu G, Njai D. Knowledge of postnatal mothers on essential newborn care practices at the Kenyatta national Hospital: A cross sectional study. *Pan Afr Med J.* 2017;28: 1-7.
6. Lenth R V. Some practical guidelines for effective sample size determination. *American Statistician.* Taylor & Francis; 2001;55: 187–93.
7. Mersha A, Assefa N, Teji K, Shibiru S, Darghawth R, Bante A. Essential newborn care practice and its predictors among mother who delivered within the past six months in Chench District, Southern Ethiopia, 2017. *PLoS ONE.* Public Library of Science; 2018;13 (12): 1-17.
8. José EM, Oudou N. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. *Health Sci. Dis.* 2013;14 (2); 1-3.
9. Sinha LN at., Kaur P, Gupta R, Dalpath S, Goyal V, Murhekar M. Newborn care practices and home-based postnatal newborn care programme - Mewat, Haryana, India, 2013. *West Pacific Surveill response J.* 2014;5(3):22–9.
10. Memon J, Holakouie-Naieni K, Majdzadeh R, Yekaninejad MS, Garmaroudi G, Raza O, et al. Knowledge, attitude, and practice among mothers about newborn care in Sindh, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):1-9.
11. Kabwijamu L, Waiswa P, Kawooya V, Nalwadda CK, Okuga M, Nabiwemba EL. Newborn care practices among adolescent mothers in Hoima District, Western Uganda. *PLoS One.* 2016;11(11):1-12.
12. Ekwochi U, Ndu IK, Osuorah CDI, Amadi OF, Okeke IB, Obuoha E, et al. Knowledge of danger signs in newborns and health seeking practices of mothers and care givers in Enugu state, South-East Nigeria. *Ital J Pediatr.* 2015 ;41(1): 1-7.
13. Callaghan-Koru JA, Seifu A, Tholandi M, de Graft-Johnson J, Daniel E, Rawlins B, et al. Newborn care practices at home and in health facilities in 4 regions of Ethiopia. *BMC Pediatr.* 2013;13(1):1-11.
14. Chiabi A, Nguefack S, Monkam RT, Enoh J, Dongmo FN, Bilo'o LL, et al. Practices of mothers towards infant seizures in Yaounde, Cameroon. *J Med Res.* 2018;4(2):102–5.
15. Padiyath MA, Bhat BV, Maheswari Ekambaram. Knowledge attitude and practice of neonatal care among postnatal mothers. *Current Pediatric Research.* 2010; 14 (2): 147-152.
16. Misgna HG, Gebru HB, Birhanu MM. Knowledge, practice and associated factors of essential newborn care at home among mothers in Gulomekada District, Eastern Tigray, Ethiopia, 2014. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1): 144: 1-8.