

Université Henri Poincaré, Nancy 1
Faculté de Médecine
Ecole de Santé Publique

**COMMENT PRESERVER LA SANTE DU NOUVEAU-NE A
DOMICILE DANS LE DISTRICT DE GORKHA, NEPAL?
REPRESENTATIONS ET STRATEGIES PERSONNELLES,
FAMILIALES ET COMMUNAUTAIRES.**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Université
de Santé Publique et Promotion de la Santé

Option "Pays en développement"

Présenté par

Mme Sophie RUBIO-GURUNG

Année universitaire 2008-2009

"L'école de Santé Publique, la Faculté de Médecine, l'Université Henri Poincaré, Nancy 1 et leurs personnels n'entendent donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire, celles-ci devant être considérées comme propres à leur auteur.
De la même façon, la méthode d'investigation et l'exploitation des résultats n'engagent que leur auteur"

A-INTRODUCTION

La mortalité néonatale (MNN) au Népal est de 39 ‰ naissances vivantes dont la moitié dans les premières 24h [1]. Dans les zones rurales du Népal, 90% des femmes accouchent à domicile, sans accoucheur formé et les soins au nouveau-né sont réalisés par elles-mêmes, leur belle-mère ou une voisine [2].

Le Ministère de la Santé Népalais a préconisé le développement d'actions au niveau communautaire dans le programme national démarré en 2004 [3] car elles permettent une diminution significative de la MNN avec un excellent rapport coût-bénéfice [4,5] comparé à la formation et à l'implantation généralisée de professionnels formés [6,7].

L'association franco-népalaise MOINA (MOther Infant in Nepal Association) a été créée à l'initiative d'habitants du village de Machhakhola situé à 2 jours de Kathmandu, dans le district de Gorkha. Elle a financé la formation comme agent de santé d'une jeune femme du village, puis son installation dans un petit poste de santé où elle assure les soins courants, et tient une pharmacie. Cette jeune femme a mis en place un service de planning familial: une contraception orale ou injectable a été choisie par presque toutes les femmes en accord avec leur mari en dépit des habitudes traditionnelles. Cependant, elle n'a pas été formée à faire face à des urgences obstétricales ou néonatales.

Dans le but d'élaborer avec elle une action communautaire de promotion de la santé néonatale, en tant que membre de l'association et pédiatre coordinateur d'un réseau périnatal français, j'ai cherché à comprendre comment, en pratique, travailler avec les mères, les familles et la communauté [8].

Au Népal, dans le district de Makwanpur, en 2001, MIRA (Mother Infant Research Activities) a montré que l'implantation de "facilitateurs" animant des réunions régulières de groupes de femmes en âge de procréer diminuait de 30 % la mortalité néonatale surtout du fait d'une augmentation du recours au système de santé [9]. Une autre étude entre 2002 et 2005, a introduit une modification directe des pratiques des mères sans effet sur la MNN [10].

Au Bangladesh, de 2003 à 2005, le groupe d'étude PROJAHNMO a montré qu'un programme combiné d'éducation et de soins permettait une diminution de la MNN de 34 % s'il était délivré à domicile alors qu'il n'avait pas d'effet s'il était délivré à la communauté [11]. En Inde, de 1993 à 2003, le groupe SEARCH (Society for Education, Action and Research in Community Health) a conduit une intervention avec des agents communautaires à domicile, qui a permis une diminution de 70 % de la MNN en agissant

sur les principales causes de décès néonatal (infection, asphyxie néonatale, prématurité) [12,13,14]. L'originalité de cette étude est d'avoir évalué avant l'intervention les compétences des mères et des agents communautaires, de s'être servi des résultats pour construire son programme, et d'avoir appris à des agents de santé illettrés à réaliser à domicile des gestes techniques [15]. Cette dernière approche s'appuie sur la capacité des familles à maintenir le nouveau-né en bonne santé et renforce la responsabilisation (empowerment) de la communauté et des agents de santé locaux [16]. Elle serait la plus adaptée à la situation locale de la population de Machhakhola et de ses environs, qui est cependant plus isolée et plus dispersée que celles des études citées.

Les entretiens avec l'agent de santé ont montré la nécessité de renforcer sa capacité à répondre aux pathologies maternelles et néonatales en lui procurant du matériel, des médicaments et une formation, avant d'envisager un travail avec la population.

Nous avons complété notre diagnostic par une investigation auprès de la population.

Notre objectif principal était de comprendre les représentations de la population de Macchakhola et de ses environs sur la santé du nouveau-né, et de connaître les stratégies individuelles et collectives utilisées autour de la naissance.

Notre objectif secondaire est de proposer des actions communautaires de promotion de la santé néonatale à Machhakhola.

B-Méthode

1. Cadre

La population cible de l'étude est constituée de mères d'enfants de moins de 4 ans, ayant accouché à domicile et de grand-mères ayant assisté l'accouchement de leur fille ou belle-fille, habitant à Macchakhola et ses environs (moins de 6 heures de marche). Les villages de Machhakhola, Khorla Besi et Uyak sont situés dans la vallée à 900m d'altitude et ceux de Keraunja, Rumchet et Lapsibot sur les hauteurs à 2000m). Machhakhola se situe au carrefour des sentiers menant aux différents villages La population appartient à 80 % à l'ethnie Gurung.

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative transversale au moyen d'entretiens semi-structurés et d'un focus group en décembre 2008.

Pour les entretiens nous avons réalisé un échantillonnage opportuniste. Les mères et les grand-mères ont été recrutées lors de leurs visites au poste de santé ou à la boutique du village de Machhakhola,

Le focus group a été réalisé au décours d'une réunion du Comité des Mères de Machhakhola.

3. Recueil de données et analyse

Les entretiens avec les femmes ont été menés par l'agent de santé du village, en népalais ou en gurung selon l'ethnie de la personne interrogée, en suivant le guide joint en annexe 1. J'ai assisté aux entretiens et pris des notes sur mes impressions. Chaque entretien a été enregistré, traduit en français et retranscrit intégralement.

Les entretiens et le focus group ont été décomposés en catégories développées au décours des entretiens. Les résultats de l'analyse ont été ensuite comparés avec les autres éléments du diagnostic pour construire un programme d'actions communautaires de promotion de la santé néonatale.

4. Aspects éthiques et réglementaires

Le but de l'étude a été présenté, le consentement et l'autorisation d'enregistrer ont été demandés oralement.

C- RESULTATS

1. Focus group

Le focus group a réuni 8 femmes, âgées de 25 à 65 ans. Le groupe a duré 45 mn, avec traduction en anglais au fur et à mesure par l'agent de santé. Les thèmes abordés étaient les mêmes que dans le questionnaire.

2. Entretiens

Les caractéristiques principales des femmes interrogées sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 - Caractéristiques des femmes interrogées

Cas n°	1	2	3	4	5	6	7	8
Rôle	Mère	Mère	Mère	Mère	Grand- mère	Mère	Mère	Mère
Village	Machha Khola	Khorla Besi	Uyak	Lapsibot	Khorla besi	Lapsibot	Lapsibot	Keraunja
Age (ans)	34	26	40	38	61	26	25	26
Nombre d'enfants	3	2	3	5		2	1	2
Age du dernier (mois)	14	10	24	40	36	16	15	7
Ethnie	Gurung	Gurung	Gurung	Bikas	Gurung	Gurung	Gurung	Gurung
Présence à la naissance	Mari Agent santé	Mari	0	0		Mari	Mère Belle- mère	Voisin

3. Représentations sur la santé du nouveau-né

Plusieurs femmes disent ne pas se rappeler comment était l'enfant à la naissance. Un bébé en bonne santé est un don du ciel. "Un bébé en bonne santé est un bébé qui pleure, qui tète bien, qui dort bien". Pour avoir un enfant en bonne santé elles doivent manger suffisamment, une nourriture de bonne qualité. Certaines maladies des bébés nécessitent

des médicaments mais la plupart sont d'origine magique et nécessitent le recours au chaman. La mort d'un bébé est attribuée à un sort jeté par un ennemi, à l'action de mauvais esprits. "Moi, j'ai eu 7 bébés, seuls le premier et le dernier ont survécu, c'est ma belle mère qui était une sorcière qui les a tous fait mourir"

Le bon déroulement de l'accouchement peut relever d'une magie favorable. "J'avais vraiment mal pendant mon accouchement, mais après que ma voisine m'a touchée, tout s'est bien passé".

4. Stratégies individuelles

Prévention

Les femmes travaillent jusqu'aux premières contractions. Une seule femme a consulté pendant la grossesse. C'était la seule à avoir acheté un kit d'accouchement. Lors du focus group une grand-mère a témoigné que sa fille avait bénéficié du diagnostic de présentation transverse lors de la consultation anténatale et put avoir une césarienne à Kathmandu. Il n'est, en général, prévu aucune disposition pour l'accouchement.

Organisation

La femme était parfois toute seule pour l'accouchement. Un agent de santé n'était présent qu'une seule fois. Plusieurs femmes ont rapporté avoir accouché inopinément dans le chemin ou dans les champs lors d'accouchements précédents.

Aptitude au choix

Les femmes ont fait ce qu'enseigne la tradition. L'une d'elle a demandé "comment ils font en ville?". Elles décident souvent elle-même en l'absence du mari et de la belle-mère. "Je suis allée chercher les voisines pour m'aider avec le bébé et mes autres enfants"

Confiance en soi

Certaines femmes expriment des doutes: "Nous on ne sait rien", "Moi j'ai fait ça, je ne sais pas comment font les autres"

Cependant, elles connaissent les gestes à faire, elles n'ont pas d'hésitation lorsque tout va bien. En revanche, elles ne se sentent pas capables d'aider une femme en difficulté, si elles n'ont pas fait l'expérience d'une difficulté identique.

5. Objectifs et déroulement des soins

Soins de cordon

La première action réalisée est la ligature du cordon avec une ficelle récupérée et sa section avec le seul objet tranchant à disposition : serpette ou kukuri (couteau népalais).

"Le cordon ne doit pas être coupé avec un instrument utilisé par une femme". Lors du focus group une femme âgée a rapporté avoir accouché seule de son premier enfant à 16 ans. Ignorant qu'il fallait ligaturer le cordon, elle a vu son bébé se vider de son sang et mourir.

Réchauffer

L'enfant est en général tout de suite lavé à l'eau tiédie, le bain n'a été différé que 2 fois. Il est massé à l'huile tiédie notamment au niveau du siège. Ensuite, il est emballé dans des linges. Il n'est pas habillé pendant les premiers jours et reste en contact direct avec sa mère. Les massages sont répétés tous les jours avec de l'huile tiédie et souvent effectués au soleil.

Nourrir

L'enfant est mis au sein rapidement, mais après les autres soins. Dans un cas où la mère a eu de graves complications, le nouveau-né a été nourri avec de l'eau pendant 5 jours et a ensuite commencé à téter.

Protéger d'un danger subjectif

La mère est soumise à certains interdits, elle ne doit pas toucher le foyer ni faire de cuisine après l'accouchement, elle doit rester confinée à la maison pendant 3 jours, sauf en cas d'urgence.

Protéger d'un danger objectif

La mère essaye de protéger le bébé du froid. La protection contre les infections n'a jamais été évoquée dans les entretiens.

6. Stratégies familiales

Le mari était absent du village dans plus de la moitié des cas. La mère ou la belle-mère étaient parfois présentes.

7. Stratégies collectives

Relation au système de soin:

Il n'existe pas d'accoucheuses traditionnelles. Seul le village de Uyak dispose d'une MCHW (Maternal Child Health Worker, femme aynat reçu 6 mois de formation) et dans aucun village il n'y a de sage-femme. Un agent de santé gouvernemental est présent dans 3 villages plus éloignés mais ne ils disposent ni de matériel ni de médicaments.

Le chaman est le recours de première intention. Il donne des potions, fait des incantations et prescrit des sacrifices d'animaux.

Adaptation en cas de problème

Quand le problème persiste, un membre de la famille se déplace vers le poste de santé le plus proche pour demander au soignant de venir à domicile. En cas d'impossibilité, la femme est transportée par un porteur, ou en brancard ou se déplace par ses propres moyens en l'absence de porteurs. Le transport est un service payant, qu'on ne peut demander qu'aux hommes de son propre village.

Il faut plusieurs heures ou jours avant d'envisager un recours aux soins allopathiques, après avoir essayé les soins traditionnels. "J'aurais bien voulu aller au dispensaire mais c'était trop loin, alors j'ai appelé le chaman".

D-DISCUSSION

1. Méthodologie.

Cette étude bien que limitée dans son importance et son étendue géographique, m'a cependant permis de répondre aux questions posées en introduction. Nous avons prévu d'effectuer un plus grand nombre d'entretiens mais nous avons dû arrêter après le 8^{ème} en raison d'un problème de santé inopiné de l'agent de santé.

Nous n'avons effectué qu'un seul entretien avec une grand-mère car ce choix ne s'est pas révélé informatif: la femme n'a parlé que de ses propres accouchements et pas de son rôle dans ceux de sa fille.

L'agent de santé ne comprenait pas les questions sur les représentations et ne les a pas abordé dans chaque entretien.

Il a pu exister un biais de courtoisie du fait de la réalisation de l'enquête par l'agent de santé et moi-même, représentantes de la médecine allopathique.

Nous avons centré nos questions sur le nouveau-né, mais logiquement la discussion a porté aussi sur l'état de la femme pendant la grossesse et après l'accouchement. Dès lors qu'il avait existé une complication per-partum chez la mère, son récit a occulté le récit concernant l'enfant. Et cela reflète bien le danger pour le nouveau-né de l'indisponibilité de sa mère pour le nourrir mais aussi pour se préoccuper de lui.

2. Représentations

Il a été très difficile de faire parler les femmes sur un bébé en bonne santé. Plusieurs femmes ont dit ne pas se rappeler de la naissance, avant de nous la raconter en détail.

J'ignore s'il s'agissait de pudeur vis-à-vis de moi ou d'une crainte superstitieuse d'attirer le mauvais œil. Les mères de plusieurs enfants ont préféré nous parler de celui qui avait posé le plus de problème.

3. Stratégies individuelles

Prévention

L'absence de consultation pendant la grossesse s'explique en partie par l'indisponibilité de ce service au village. Les femmes travaillent pendant toute la grossesse et jusqu'au moment de l'accouchement. Pendant les périodes de récoltes, elles ne peuvent s'absenter de leur village. Le kit d'accouchement n'est pas connu des femmes et pas disponible en proximité. La promotion de ce kit d'accouchement a été favorisée dans le district de Sindupalchok par Médecins du Monde par la combinaison avec le micro-crédit [17]

Organisation

Pour le premier enfant, les femmes expérimentées de la famille (mère, belle-mère) sont parfois présentes. En leur absence, l'entraide de voisinage ne semble pas facile: pour faire appel à la voisine il faut avoir des liens familiaux et être en bons termes avec elle. Le mari est absent pour des raisons professionnelles le plus souvent.

La femme était totalement seule dans 2 cas, cette situation concernait 11% des accouchements dans l'étude de Makwanpur [18]

Aptitude au choix

L'absence fréquente du mari et de la belle-mère donne aux femmes une certaine indépendance. Ce sont elles qui choisissent vers qui se tourner en cas de problème. Par ailleurs le choix de la contraception par la plupart des femmes montre qu'une évolution rapide des mentalités est possible. Cette évolution a certainement été favorisée par le fait que l'agent de santé soit une femme et appartienne à la communauté.

4. Objectifs et déroulement des soins:

Soins de cordon

La succession des gestes est adéquate. La notion d'hygiène dans les soins de cordon est cependant absente, le couteau n'est pas nettoyé, la ficelle est récupérée dans la maison. Malgré ce manque d'hygiène, aucun de ces NN n'a fait d'infection.

Réchauffer

Dans le but de réchauffer l'enfant, il est massé à l'huile tiède plusieurs fois par jour pendant les premiers jours. Dans les cas où le bain a été différé, nous ne savons pas si c'était dans l'intention d'éviter de refroidir l'enfant.

Nourrir

Dans certaines régions du Népal le colostrum est jeté et la première tétée est différée plusieurs heures ou jours, ce qui n'est pas le cas dans notre étude [19].

Protéger d'un danger subjectif

La réclusion de la mère après l'accouchement est moins contraignante que dans d'autres ethnies [20]. A Machhakhola, l'accouchée reste dans la maison familiale et peut sortir en cas de problème. Au 3^{ème} jour une cérémonie chamanique permet de nommer l'enfant et lève la réclusion.

Protéger d'un danger objectif

La finalité des pratiques de soin, montre que loin d'être fatalistes, les mères ont conscience de la vulnérabilité du nouveau-né et cherchent par leurs pratiques traditionnelles à le protéger du froid, des contacts avec des étrangers, et à le nourrir correctement comme cela a été observé au Bangladesh [21].

5. Stratégies familiales

Traditionnellement, la femme va vivre dans sa belle-famille, dans laquelle elle est soumise à l'autorité de sa belle-mère. Son rôle décisionnel fondamental concernant le NN a été observé dans l'ethnie Tamang [22]. Mais ce schéma familial ne semble plus très répandu dans notre étude puisque la belle mère était rarement présente. Le père, lorsqu'il était seul présent a assisté à l'accouchement et réalisé les soins du nouveau-né, ce qui n'est pas son rôle traditionnel. Des entretiens avec des pères auraient pu permettre de préciser ce rôle.

6. Stratégies collectives

Relation de voisinage

Il n'est pas habituel de faire appel à une voisine dès le début de l'accouchement, elle est appelée éventuellement après la naissance si la mère est seule. Il n'existe pas de principe d'entraide entre femmes pour cet aspect de la vie, alors que chez les Gurungs, existe une tradition de travail en communauté pour l'agriculture le "Nogyar". [23].

Relation au système de soin

L'absence d'accoucheuse traditionnelle devrait faciliter l'implantation de soignants formés. Cependant l'emprise des chamans est très importante. Ce sont toujours des hommes, ils

héritent de cette fonction de leur père et on en compte plusieurs par village. Ils sont considérés comme des guérisseurs, mais seuls certains ont la connaissance des plantes médicinales. Leur intervention consiste à rechercher une causalité et leurs traitements sont surtout destinés à écarter les esprits responsables du mal [24]. Leur disponibilité et le fait qu'ils peuvent être payés en nature les rendent accessibles à tous. Leur efficacité est peu remise en doute: "Cela marche parfois". Beaucoup de femmes fréquentent le poste de santé de Machhakhola et sont conscientes de l'efficacité des médicaments pour les maladies de l'enfant ou de l'adulte, mais elles considèrent que le nouveau-né nécessite une intervention magique.

Adaptation en cas de problème

Le délai observé avant le recours aux soins allopathiques est, comme partout au Népal, de composante multiple: prise de conscience du problème, hésitation au recours, attente des effets du traitement chamanique, respect de la réclusion, nécessité de se déplacer, difficultés d'accès etc.

E-PERSPECTIVES

Cette étude m'a permis de compléter le diagnostic afin de proposer un programme communautaire de promotion de la santé néonatale. Je me suis inspirée de l'approche communautaire proposée par l'OMS [8]: le concept de promotion de la santé consiste à renforcer l'action communautaire en développant les compétences personnelles, en créant un environnement adéquate et en réorientant les services de santé. Le but est de renforcer les capacités des femmes, des hommes et de la communauté, et d'améliorer l'accès et l'utilisation de services de santé de qualité et de personnel formé. Les axes prioritaires sont:

Accroître la conscience

L'agent de santé va organiser des réunions hebdomadaires d'éducation à la santé destinées aux femmes du village. Les futurs pères pourraient aussi bénéficier de ce type de réunion.

Développer les compétences

Sans chercher à modifier les pratiques de soins au nouveau-né, l'hygiène des soins de cordon pourrait être rapidement améliorée par la disponibilité de kits d'accouchement, (qui comportent une alèze plastique, une lame de rasoir, 2 liens, 1 savon et des explications pour s'en servir). La remise du kit à la femme enceinte serait l'occasion à une préparation à la naissance et d'une consultation de fin de grossesse.

Améliorer la qualité des soins

La mise en place d'une consultation au neuvième mois est le minimum pour faire un pronostic d'accouchement et orienter la femme vers un accouchement en milieu médicalisé si nécessaire. L'amélioration de la qualité des soins passe par la formation des agents de santé à la réalisation de cette consultation, et la promotion de cette consultation auprès des femmes enceintes.

La prise en charge à domicile du nouveau-né à la naissance et pendant les jours qui suivent la naissance est le deuxième axe à améliorer. Un entraînement des agents de santé au diagnostic et au traitement des principales pathologies graves du nouveau-né (asphyxie, infection, faible poids de naissance) est nécessaire. La faisabilité d'un entraînement basé sur des jeux de rôles et l'utilisation d'un poupon a été testée avec succès lors de notre séjour sur l'agent de santé de Machkhola. Notre programme de formation pourrait s'adresser aux agents de santé bénévoles, privés ou engagés par l'état, présents dans les villages alentours.

Nous allons aussi fournir du matériel de base pour le suivi de grossesse et les soins au NN. Du fait de la généralisation de la contraception, chaque grossesse, chaque naissance pourra bénéficier de plus d'attention et de mobilisation communautaire car elle deviendra un événement choisi et plus rare. Les agents de santé pourront plus facilement se rendre à domicile pour les consultations de nouveau-nés.

Renforcer les liens

La solitude de la femme au moment de l'accouchement entraîne un risque majeur pour elle et son bébé. Les liens au sein de la communauté semblent très forts et pourraient être orientés dans le domaine de la protection des unes par les autres. L'analogie avec le Nogyar pourrait être utilisée. Chaque femme pourrait identifier une voisine de recours en cas d'absence de la famille.

L'emprise des chamans étant très forte, il faudrait les rencontrer pour mieux comprendre leur vision de la naissance et des problèmes néonataux. Il serait possible de leur enseigner certains signes de mauvais état du NN qui nécessitent un traitement, et un transfert au poste de santé. Leur prestige n'en serait pas atteint et ils auraient ainsi plus de chance de célébrer les nombreuses cérémonies à venir si l'enfant survit. Le père de l'agent de santé, lui-même infirmier et chaman est un exemple de la complémentarité de la médecine allopathique et des croyances. Il pourrait être un intermédiaire dans ce programme de travail de partenariat avec les chamans.

L'ensemble de ce programme sera proposé aux agents de santé et à la communauté lors de notre prochain séjour, et appliqué ou réorienté en fonction de leur acceptation.

Enfin l'association va prendre en charge la formation de sage-femme d'une jeune femme de la communauté.

F-REFERENCES

[1] USAID, New ERA, Ministry of Health and Population. Nepal 2006 Demographic and Health Survey. [consulté le 25 mai 2008]. Disponibilité sur Internet: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=669

[2] UNICEF. Situation of children and women in Nepal 2006 [consulté le 12 décembre 2007]. Disponibilité sur Internet: <http://www.un.org.np/reports/UNICEF/2006/situation-analysis/>

[3] Family Health Division. Department of Health Services Ministry of Health Nepal. National Newborn Health Strategy. Jan 2004. [consulté le 13 janvier 2008] Disponibilité sur Internet: <http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/saving-newborn-lives/country-documents/>

[4] Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan DS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2 Suppl):519-617.

[5] Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L: Lancet Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborns can we save? *Lancet* 2005 Mar 12-18;365(9465):977-88.

[6] Borghi J, Ensor T, Neupane BD, Tiwari S. Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. *Trop Med Int Health*. 2006 Feb;11(2):228-37.

[7] Carlough M, Mc Call M. Skilled birth attendance: what does it mean and how can it be measured? A clinical skills assesment of maternal and child health workers in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 May;89(2):200-8.

[8] Making pregnancy safer initiative. Reproductive health research. WHO. Working with individuals, families, communities to improve maternal and newborn health. 2003.

[consulté le 12 juillet 2008]. Disponibilité sur Internet <http://www.who.int/reproductive-health/publications/ifc/index.html>

[9] Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, Tamang S, Thapa S, Shrestha D, Thapa B, Shrestha JR, Wade A, Borghi J, Standing H, Manandhar M, Costello AM: members of the MIRA Makwanpur trial team. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):970-9.

[10] Tielsh JM, Darmstadt GL, Mullany L, Khatri SK, Katz J, LeClerc SC, Shrestha S, Adhikari R. Impact of newborn skin-cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in southern Nepal: a community-based, cluster-randomised trial. *Pediatrics* 2007 Feb;119(2):e330-9. Epub 2007, Jan 8.

[11] Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR, Manan I, Rahman SM, Shah R, Saha SK, Syed U, Winch PJ, Lefevre A, Santhosham M, Black RE: Projahnmo Study Group. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008, Jun 7; 371(9628):1936-44.

[12] Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD, Baitule SB, Bang RA. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993-2003) of the Gacchioli field trial: effect of home-based neonatal care. *J Perinatol* 2005 Mar; 25 Suppl 1:S92-107.

[13] Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999 Feb 5; 354(9194):1955-61.

[14] Bang AT, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD, Bang RA. Low birth weight and preterm neonates: can they be managed at home by mother and a trained village health worker? *J Perinatol* 2005;25 Suppl 1:S72-S81.

[15] Bang AT, Bang RA, Reddy MH et al. Simple clinical criteria to identify sepsis or pneumonia in neonates in the community needing treatment or referral. *Pediatr Infect Dis J*. 2005 Apr;24(4):335-41.

[16] Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *Br Med Bull* 2003;67:59-72.

- [17] Peters N. Promouvoir la santé materno-infantile et les activités de micro-crédit dans le district de Sindupalchok. Médecins du Monde. Mai 2008 (consulté le 12 juillet 2008) Disponibilité sur Internet. http://www.medecinsdumonde.org/nos_missions/etranger/nepal
- [18] Osrin D, Tumbahangphe KM, Mesko N, Shrestha BP, Manandhar MK, Standing H, Manandhar DS, de L Costello Am. Cross sectional, community-based study of care of newborn infants in Nepal. BMJ. 2002 Nov 9;325(7362):1063-67.
- [19] Mullany LC, Katz J, Yue ML, Khatri SK, LeClerc SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among Newborns in Southern Nepal. J Nutr. 2008 Mar;138:599-603
- [20] Mesko N, Osrin D, Tamang S, Shrestha BP, Manandhar DS, Manandhar M, Standing H, de L Costello AM. Care for perinatal illness in rural Nepal: a descriptive study with cross-sectional and qualitative components. BMC Int Health Hum Rights. 2003 Aug 21;3(1):3.
- [21] Winch PJ, Alam MA, Akther A, Afraz D, Ali NA, Baqui AH, Darmstadt GL, El Arifeen S, Seraji MH: Bangladesh Projahnmo Study Group. Local understandings of vulnerability and protection during the neonatal period in Sylhet district, Bangladesh: a qualitative study. Lancet 2005 Aug 6-12;366(9484):478-85.
- [22] Masvie H. The role of Tamang mothers-in-law in promoting breast feeding in Makwanpur district, Nepal. Midwifery. 2006;22:23-31.
- [23] Gurung O. The Gurungs of Nepal. (consulté le 12 aout 2008) Disponibilité sur Internet <http://www.tamusamaj.com>
- [24] MacFarlane A et Gurung I . A guide to the Gurungs.Ratna Pushka Bhandar, Kathmandu 1990, 2nd Ed. 1992. (consulté le 7 juillet 2008) Disponibilité sur Internet http://www.alanmacfarlane.com/FILES/gurungs_guide.html

GUIDE D'ENTRETIEN (TRADUIT EN NEPALAIS)

Thèmes à aborder

CONTEXTE

De quel village êtes vous ? Quel age avez-vous ? Est-ce votre premier bébé ? Quel age a-t-il?

Racontez moi la naissance de ce bébé.

Où cela s'est-il passé ? Qui était là ?

Comment allait le bébé à la naissance ?

STRATEGIE INDIVIDUELLE ET OBJECTIFS

Qu'avez vous fait avec le bébé, immédiatement à la naissance ?

Qu'avez-vous fait dans les premières heures de vie ?

Aborder les thèmes suivants s'ils ne le sont pas spontanément :

L'allaitement

Le cordon ombilical

La lutte contre le froid

L'hygiène

REPRESENTATIONS

Pour vous qu'est qu'un bébé en bonne santé?

Comment savez vous qu'il va bien ?

Qu'est-ce qui favorise la naissance d'un bébé en bonne santé ?

STRATEGIES COMMUNAUTAIRES

Qu'avez vous fait ou qu'auriez vous fait en cas de problème ? A qui auriez vous fait appel?

