

REPUBLIQUE DU RWANDA



MINISTÈRE DE LA SANTE

# Formation continue en Soins Obstétricaux et Néonataux

SOINS OBSTETRICAUX ET  
NEONATAUX D'URGENCE

**Guide de Poche**

Avril 2012



## TABLE DES MATIERES

Préface .....	v
---------------	---

### REPOSE EN CAS D'URGENCE

Etre prêt en cas d'urgence.....	1
Bilan rapide .....	2
Réponse en cas d'urgence.....	3
Evaluation initiale rapide.....	4
Evaluation initiale rapide en cas de détresse respiratoire.....	5
Evaluation initiale rapide en cas de choc .....	7
Evaluation initiale rapide en cas de convulsions ou perte de connaissance .....	11
Evaluation initiale rapide en cas de saignement vaginal.....	15
Evaluation initiale rapide en cas de fièvre.....	17
Evaluation initiale rapide en cas de douleurs abdominales.....	19
Orientation vers un niveau de soins plus élevé .....	20

### SYMPTOMES

Saignement vaginal.....	23
Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance .....	51
Déroutement défavorable du travail.....	56
Fièvre pendant la grossesse et le travail (température de 38° C ou plus).....	58
Fièvre après l'accouchement (température de 38° C ou plus) .....	60
Douleurs abdominales en début de grossesse (avant 22 semaines).....	62
Douleurs abdominales en fin de grossesse ou pendant l'accouchement.....	64
Difficultés respiratoires.....	68
Un nouveau-né qui ne respire pas à la naissance .....	70
Déroutement anormal du travail .....	71
Souffrance fœtale aigue.....	74

## TABLE DES MATIERES

Préface .....	v
---------------	---

### REPONSE EN CAS D'URGENCE

Etre prêt en cas d'urgence.....	1
Bilan rapide .....	2
Réponse en cas d'urgence.....	3
Evaluation initiale rapide.....	4
Evaluation initiale rapide en cas de détresse respiratoire.....	5
Evaluation initiale rapide en cas de choc .....	7
Evaluation initiale rapide en cas de convulsions ou perte de connaissance .....	11
Evaluation initiale rapide en cas de saignement vaginal.....	15
Evaluation initiale rapide en cas de fièvre.....	17
Evaluation initiale rapide en cas de douleurs abdominales.....	19
Orientation vers un niveau de soins plus élevé .....	20

### SYMPTOMES

Saignement vaginal.....	23
Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance .....	51
Déroutement défavorable du travail.....	56
Fièvre pendant la grossesse et le travail (température de 38° C ou plus).....	58
Fièvre après l'accouchement (température de 38° C ou plus) .....	60
Douleurs abdominales en début de grossesse (avant 22 semaines).....	62
Douleurs abdominales en fin de grossesse ou pendant l'accouchement.....	64
Difficultés respiratoires.....	68
Un nouveau-né qui ne respire pas à la naissance.....	70
Déroutement anormal du travail .....	71
Souffrance fœtale aigue.....	74

## **ANNEXES**

Prise en charge active du troisième stade du travail.....	77
Médicaments et fournitures essentiels pour les soins obstétricaux d'urgence au poste de santé de type 1.....	81
Prévention des infections.....	85
Directives pour les interventions.....	109

## PREFACE

Ce guide de référence rapide a pour objet d'aider les prestataires de soins à reconnaître et à prendre les mesures qui s'imposent en cas d'urgences obstétricales et néonatales. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence au niveau du poste de santé et du centre de santé visent à diagnostiquer le problème, à stabiliser la patiente et à prendre les dispositions de transport nécessaires pour se rendre à l'établissement le plus proche susceptible de prendre en charge et de traiter la complication. Au niveau des hôpitaux de district, on doit pouvoir assurer la prise en charge de la plupart des complications obstétricales et néonatales.

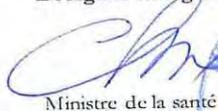
Le présent Guide de référence rapide s'inspire du Manuel de l'Organisation mondiale de la Santé, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. (2000). A l'instar de ce manuel, il est organisé par symptôme. Les annexes comprennent des sections sur les médicaments et fournitures essentiels, la prévention des infections et les principes à observer lors des interventions. Une annexe supplémentaire décrit également les étapes de la prise en charge active du troisième stade du travail qui, selon l'évidence scientifique, permet d'éviter l'hémorragie du post-partum, cause de 35% de la mortalité maternelle.

Ce guide de poche a été adapté de : Guide de référence rapide en SOU développé par le Programme ACCESS de Jhpiego. Première édition en février 2004, deuxième triage en juin 2007.

Un soutien financier pour cette publication a été apporté par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) à travers le projet IKIRARO sous MCHIP Rwanda.

Comme tout document, ce guide de poche n'a pas de prétention d'être immuable, il est perfectible au fur et à mesure de son utilisation sur terrain. Il devra donc être actualisé de façon régulière à la lumière des remarques des utilisateurs et du développement de la recherche sur la santé maternelle et néonatale. J'invite les prestataires des maternités à tous les niveaux à en faire bon usage.

Dr Agnès Binagvaho



Ministre de la santé





## REPONSE EN CAS D'URGENCE

Etre prêt en cas d'urgence.....	1
Bilan rapide .....	2
Réponse en cas d'urgence.....	3
Evaluation initiale rapide.....	4
Evaluation initiale rapide en cas de détresse respiratoire.....	5
Evaluation initiale rapide en cas de choc.....	7
Evaluation initiale rapide en cas de convulsions ou perte de connaissance.....	11
Evaluation initiale rapide en cas de saignement vaginal .....	15
Evaluation initiale rapide en cas de fièvre.....	17
Evaluation initiale rapide en cas de douleurs abdominales.....	19
Orientation vers un niveau de soins plus élevé .....	20



## **ETRE PRET EN CAS D'URGENCE**

**Le responsable d'un centre de santé ou d'un hôpital a la charge d'assurer que tout le personnel technique (infirmière, sage-femme ou médecin) et le personnel de soutien (réceptionnistes, gardes, concierges, femme de ménage) sache comment réagir en cas d'urgence.**

**En cas d'urgence obstétricale ou néonatale le personnel doit travailler en équipe et de façon coordonnée pour sauver la vie de la mère et/ou du nouveau-né.**

### **SE RAPPELER**

- Une patiente avec des saignements doit être prise en charge immédiatement—elle ne peut pas attendre qu'on s'occupe d'elle.
- Tout le personnel doit être en mesure de réaliser un bilan rapide (voir **page 2**).
- Le plateau d'urgence doit être rééquipé à chaque fois (voir **page 80**).
- Tous les instruments et équipements doivent être décontaminés, nettoyés et désinfectés à haut niveau ou stérilisés, de suite après l'utilisation.

## BILAN RAPIDE

- **Observer** la patiente :
  - A-t-elle pu marcher ou a-t-on dû la porter sur un brancard au centre de de santé ou à l'hôpital ? (Signes possibles du choc, voir **page 7**)
  - Ses vêtements sont-ils trempés de sang ou du sang s'écoule-t-il par terre ? (Signes de saignement lors de la grossesse)
  - Est-ce qu'elle gémit, ou a-t-elle des envies de pousser ? (Signes possibles du travail avancé)
- **Demander** à la patiente ou à l'accompagnant si elle présente, actuellement ou récemment, un des signes suivants :
  - Saignement vaginal
  - Violentes céphalées/vision floue
  - Convulsions ou perte de connaissance
  - Difficultés respiratoires
  - Fièvre
  - Vives douleurs abdominales
  - Douleurs du travail
- **Si la patiente présente ou a présenté récemment L'UN QUELCONQUE de ces signes de danger ou symptômes de travail avancé, il faut immédiatement :**
  - **Appeler à l'aide.**
  - Rester calme. Se concentrer sur les besoins de la patiente.
  - Ne pas laisser la patiente sans surveillance.
  - Prévenir le prestataire de soins compétent.

Le prestataire de soins qualifié doit effectuer une évaluation initiale rapide pour voir si la patiente requiert une stabilisation et ou traitement/transfert.

## REPONSE EN CAS D'URGENCE

Le prestataire qualifié doit effectuer une évaluation initiale rapide pour déterminer ce qui est nécessaire aux fins d'une stabilisation, prise en charge et ou référence immédiates.

- Rester calme. Se concentrer sur les besoins de la patiente.
- Ne pas laisser la patiente sans surveillance.
- Prendre le contrôle de la situation. Confier des tâches au personnel ou aux accompagnants de la patiente.
- **APPELER À L'AIDE.** Demander à une personne d'aller chercher de l'aide et demander à un membre de l'équipe de chercher le plateau des instruments d'urgence et les fournitures supplémentaires.
- Allonger la patiente, la tourner sur le côté gauche et surélever ses jambes.
- Parler à la femme et la rassurer pour qu'elle reste calme. Lui demander ou demander à l'accompagnant les symptômes et quand ils ont commencé à se présenter.
- Faire un examen rapide : tension artérielle, pouls, respiration, température et couleur de la peau. Vérifier les saignements et la quantité de sang perdue.

Ne pas donner de liquides ni d'antibiotiques par voie orale à une patiente en choc ou sans connaissance.

## EVALUATION INITIALE RAPIDE

Si des signes de danger sont reconnus lors du Bilan rapide, effectuer immédiatement une Evaluation initiale rapide (EIR) pour déterminer la gravité de la maladie et les éventuels soins d'urgence/stabilisation nécessaires.

**Note:** Même si une patiente ne présente aucun signe de choc, cela n'exclut la possibilité qu'elle entre en choc par la suite, ***une surveillance continue s'avère donc nécessaire.***

Envisager ou anticiper le choc si **L'UN QUELCONQUE** de ces signes est présent :

- **Saignement vaginal lors de la grossesse**
- **Saignement vaginal actif pendant ou après l'accouchement**
- **Infection (fièvre)**
- **Traumatisme ou histoire de chute**

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE

## EVALUER

- **Rechercher**
  - Ne respire pas ?
  - Respiration rapide (30 mvts ou plus par minute)
  - Respiration difficile ou râle (« gasp »)
  - Peau et téguments pâles ou coloration bleue (cyanose)
- **Examiner**
  - La bouche pour déceler des corps étrangers (par exemple aliments)
  - Les poumons : râles crépitants ou sibilants ?

## STABILISER

*Si la patiente NE respire PAS*

- **Appeler à l'aide.**
- Laisser la patiente couchée sur le dos avec la tête légèrement en arrière.
- Relever le menton pour dégager les voies aériennes.
- Inspecter la bouche pour déceler des corps étrangers et les retirer.
- Aspirer les sécrétions dans la gorge.
- Ventiler avec un ballon et un masque jusqu'à ce qu'elle recommence à respirer.

*Si la patiente RESPIRE mais qu'elle est toujours en détresse respiratoire*

- **Appeler à l'aide.**
- Contrôler rapidement les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire).
- Allonger la patiente sur le côté gauche avec deux oreillers soutenant son dos.
- Administrer de l'oxygène à raison de 4 à 6 L par minute si disponible.
- **Transférer immédiatement vers un établissement d'un niveau de soins plus élevé.**

**ENVISAGER**

- Anémie sévère
- Insuffisance cardiaque
- Voir **Difficultés respiratoires (page 68)**

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE CHOC

## EVALUER

- **Rechercher**
  - Respiration rapide (30 mvts ou plus par minute)
  - Peau froide et moite
  - Pâleur des conjonctives et des paumes et autour de la bouche
  - Transpiration
  - Anxiété, désorientation
  - Perte de connaissance
- **Examiner**
  - *Pouls* : rapide (110 battements par minute ou plus) et filant
  - *Tension artérielle* : systolique 90 mm Hg ou moins
  - *Débit urinaire* : moins de 30 mL par heure

## STABILISER

- **Appeler à l'aide.**
- **Tourner la patiente sur le côté** afin de limiter le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.
- **Vérifier qu'elle respire.**
- **Eviter qu'elle ne se refroidisse** mais ne **PAS** la surchauffer.
- **Surélever les jambes de la patiente** afin de permettre au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit) avant et pendant le transport.

- **Commencer une perfusion IV** ou administrer une solution de réhydratation par voie orale si elle est consciente. (voir **page 10**).
- **Surveiller les signes vitaux** (tension artérielle, pouls, respiration) et température cutanée toutes les 15 minutes.
- **Réévaluer la réaction** de la patiente aux liquides dans les 30 minutes et rechercher les signes d'amélioration suivants :
  - Pouls : 90 battements par minute ou moins
  - Tension artérielle : systolique 100 mm Hg ou plus
  - Moins désorientée et moins d'anxiété
  - Débit urinaire : 30 mL par heure ou plus
- Si l'état de la patiente s'améliore, abaisser le débit de la perfusion à 1 L en 6 heures. Déterminer la cause du choc et traiter en voie de conséquence.
- Si l'état de la patiente ne s'améliore ni ne se stabilise, transférer immédiatement vers un établissement de niveau de soins plus élevé.

## ENVISAGER

- Avortement inévitable/incomplet
- Grossesse ectopique
- Décollement prématuré du placenta (abruptio placentae)
- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Voir **Saignement vaginal en début de grossesse (page 25) et Saignement vaginal après 22 semaines de grossesse ou pendant le travail avant l'accouchement (page 34)**

- Atonie utérine
- Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
- Rétention placentaire/ de fragments placentaires
- Voir **Saignement vaginal après l'accouchement (page 36)**
- Avortement septique
- Métrite
- Péritonite
- Voir **Fièvre pendant la grossesse et le travail (page 58), Fièvre après l'accouchement (page 60), ou Douleurs abdominales en début de grossesse (page 62)**
- Rupture utérine
- Voir **Douleurs abdominales en fin de grossesse ou pendant l'accouchement (page 64)**

## Directives pour démarrer une perfusion intraveineuse ou solution de réhydratation par voie orale (SRO)

Installer une voie veineuse (deux si possible)

- Utiliser un cathéter de large calibre (numéro 16 ou plus si possible).
- Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.
- Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Note** : Si le choc est imputable aux saignements, remplacer deux à trois fois la quantité estimée de liquides perdus.

**UNIQUEMENT si incapable de poser une voie de perfusion intraveineuse**, (quelle que soit la raison), **Si la patiente peut boire**, si elle est consciente et si elle n'a pas de convulsions (ou si elle n'en pas eu récemment) administrer à la patiente des SRO 300 à 500 mL en 1 heure par voie orale.

**Note** : A moins que la patiente ne soit entièrement consciente et alerte, **NE JAMAIS DONNER** de liquides par voie orale.

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE CONVULSIONS OU PERTE DE CONNAISSANCE

## EVALUER

- **Demander**
  - Enceinte ?
    - Si oui de combien de semaines ?
- **Examiner**
  - *Tension artérielle* : diastolique 90 mm Hg ou plus
  - *Température* : 38° C ou plus
  - *Examen d'urine* : **recherche de présence d'albumine si l'équipement est disponible au Centre de santé**

## STABILISER

- **Appeler à l'aide.**
- Ne jamais laisser la patiente seule.
- **Empêcher la patiente de se blesser** mais sans l'attacher.
- **Si elle a perdu connaissance :**
  - Vérifier si les voies aériennes sont dégagées.
  - Allonger la patiente sur le côté gauche et mettre deux oreillers dans son dos.
  - Vérifier si le cou est rigide ou souple.
- **En cas de convulsions**, l'allonger sur le côté pour éviter qu'elle inhale les matières vomies et vérifier le dégagement des voies aériennes.

- **Administer une dose de charge de sulfate de magnésium**

Injecter 4 g de sulfate de magnésium\* à 20% ou moins en IV en 5 minutes. Avertir la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lors de l'injection.

- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 mL de lidocaïne à 2% dans la seringue. Veiller à observer les méthodes d'asepsie.
- **Si les convulsions persistent ou reprennent au bout de 15 minutes**, administrer 2 g de sulfate de magnésium en IV, en 5 minutes.
- **La dose d'entretien du sulfate de magnésium est de 5g plus 1 ml de lidocaïne à 2% en IM profonde dans la fesse toutes les 4 heures en changeant de fesse à chaque injection. La dose totale de sulfate de magnésium par 24 heures est de 30–40g**
- **En cas d'arrêt de la respiration**, injecter lentement 1 g de gluconate de calcium (10 mL d'une solution à 10%) en IV, en 10 minutes.

**Attention:** Avant de renouveler l'injection de sulfate de magnésium, s'assurer que la fréquence respiratoire de la patiente est au moins de 16 mvts/minute, que les réflexes rotuliens sont présents et que la diurèse est au moins de 30 mL/h pendant 4 heures d'affilée.

- **Si l'établissement Ne dispose PAS de sulfate de magnésium**

---

\* Il existe différentes concentrations de sulfate de magnésium (10%, 15%, 20%, 40%, 50%). Pour les injections en IM, il vaut mieux utiliser des concentrations plus élevées (par exemple, 50%) pour diminuer le volume nécessaire.

- Donner du **diazépam**, dose de charge de 10 mg en IV lentement en 2 minutes.
- **Si les convulsions reprennent**, répéter la dose de charge.
- **En phase finale de travail ou si l'orientation vers un autre établissement est retardée**, administrer une dose d'entretien :
  - Perfuser 40 mg de diazépam dilués dans 500 mL de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) en 6 à 8 heures, de façon à obtenir une sédation tout en maintenant l'état de veille.
  - Arrêter la dose d'entretien si la fréquence respiratoire baisse en dessous de 16 mvts/minute.
  - Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 heures.
- **Traiter/transférer rapidement. Si le transfert vers un établissement de niveau de soins supérieur s'avère nécessaire, suivre les indications ci-après en plus de celles de la page 20.**
  - Accompagner la patiente pendant le transport.
  - S'assurer que des médicaments suffisants sont disponibles pendant le transport.
- **En phase finale de travail ou si le transfert vers un autre établissement est retardé :**
  - Continuer le traitement avec du sulfate de magnésium :
    - Injecter 5 g de sulfate de magnésium en IM plus 1 mL de lidocaïne à 2% (tour à tour dans une fesse puis dans l'autre) toutes les 4 heures.

- Continuer le traitement pendant 24 heures après la naissance ou après la dernière convulsion, des deux on retiendra celui qui survient en dernier.
- Suivre le débit urinaire.

## **ENVISAGER**

- Eclampsie
- Tétanos
- Epilepsie
- Paludisme compliqué
- Voir **Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance (page 52)**

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE SAIGNEMENT VAGINAL

## EVALUER

- **Demander**
  - Enceinte ?
    - Si Oui de combien de semaines ? Date des dernières règles ?
  - Douleurs abdominales ?
  - **Après 28 semaines de grossesse, demandez si**
    - Accouchement récent, date de l'accouchement
    - Placenta expulsé
    - Saignement lent et continu (pendant combien de temps) ou a commencé soudainement
- **Examiner**
  - *Vulve* : volume du saignement, trauma
  - *Vagin* : déchirures, placenta
  - *Col* : produits de la conception, déchirures
  - *Utérus* : rétention placentaire, atonie utérine
  - *Vessie* : pleine
  - **Ne pas faire de toucher vaginal à ce stade**

## STABILISER

- **Arrêter les saignements.** Déterminer la cause du saignement en fonction de l'âge gestationnel et traiter en voie de conséquence.

## ENVISAGER

- Avortement

- Grossesse ectopique
- Grossesse molaire
- Voir **Saignement vaginal en début de grossesse (page 25)**
- Décollement prématuré du placenta
- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Voir **Saignement vaginal après 22 semaines de grossesse ou pendant le travail avant l'accouchement (page 34)**
- Atonie utérine
- Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
- Rétention placentaire/de fragments placentaires
- Inversion utérine
- Voir **Saignement vaginal après l'accouchement (page 36)**

## EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE FIEVRE (TEMPERATURE DE 38° C OU PLUS)

### EVALUER

- **Demander**
  - Faible, léthargique ?
  - Mictions plus fréquentes et douloureuses ?
- **Examiner**
  - Perte de connaissance
  - *Température* : 38° C ou plus
  - *Cou* : rigide
  - *Poumons* : polypnée, consolidation
  - *Abdomen* : vives douleurs abdominales à la palpation
  - *Vulve* : pertes purulentes
  - *Seins* : sensibilité mammaire

### STABILISER

- **ADMINISTRER 2 g D'AMPICILLINE EN IV** toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures.
- **Transférer d'urgence vers un établissement de niveau de soins supérieur.**
- **En cas de signes de choc septique, voir la prise en charge pour stabiliser en cas de choc (page 7).**
- Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum

physiologique ou Ringer lactate) à raison d'un litre en 15 à 20 minutes. Administrer au moins 2 L de solution pendant la première heure.

## **ENVISAGER**

- Avortement septique
- Amnionite
- Paludisme grave
- Typhoïde + Méningite (vu que la raideur du cou a été investiguée)
- Voir **Fièvre pendant la grossesse et le travail (page 58)**
- Métrite
- Cellulite traumatique
- Paludisme compliqué
- Mastite
- Voir **Fièvre après l'accouchement (page 60)**

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE DOULEURS ABDOMINALES

## EVALUER

- **Demander**
  - Enceinte ?
    - Si oui de combien de semaines ?
- **Examiner**
  - *Tension artérielle* : systolique 90 mm Hg ou moins
  - *Température* : 38°C ou plus
  - *Utérus* : Age gestationnel ou date de l'accouchement
  - *Existence de pertes vaginales et leur aspect*

## ENVISAGER

- Avortement spontané ou provoqué
- Grossesse ectopique
- Grossesse molaire
- Voir **Saignement vaginal en début de grossesse (page 25)**
- Décollement prématuré du placenta
- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Voir **Saignement vaginal après 28 semaines de grossesse ou pendant le travail avant l'accouchement (page 34)**

## ORIENTATION VERS UN NIVEAU DE SOINS PLUS ELEVE

- Suite à la prise en charge d'urgence, discuter de la décision de transférer, avec la patiente et la famille.
- Organiser rapidement les transports et le soutien financier possible.
- Informer le centre de référence par radio ou téléphone.
- Remettre à la patiente une notification de référence portant les renseignements suivants :
  - Nom, âge, adresse
  - Antécédents obstétricaux (parité, âge gestationnel, complications prénatales)
  - Complications obstétricales passées pertinentes
  - Motif de la référence
  - Traitement suivi jusqu'à présent et résultats
- Envoyer avec la patiente :
  - Un agent de santé qualifié en soins obstétricaux si possible
  - Médicaments et fournitures d'urgence
  - Si la femme a accouché, un membre de la famille peut accompagner la mère pour s'occuper du bébé.
- Pendant le transfert :
  - Continuer à perfuser.
  - Veiller à ce que la patiente (et le bébé s'il est né) ne se refroidisse pas mais ne pas surchauffer.
  - En cas de long déplacement, continuer le traitement tout au long du trajet.
  - Consigner par écrit tous les liquides perfusés, le moment de l'administration et l'état de la patiente sur son dossier.

## **SYMPTOMES**

Saignement vaginal.....	23
Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance.....	51
Dérroulement défavorable du travail.....	56
Fièvre pendant la grossesse et le travail (température de 38° C ou plus).....	58
Fièvre après l'accouchement (température de 38° C ou plus).....	60
Douleurs abdominales en début de grossesse (avant 22 semaines).....	62
Douleurs abdominales en fin de grossesse ou pendant l'accouchement.....	64
Difficultés respiratoires.....	68
Un nouveau-né qui ne respire pas à la naissance.....	70
Dérroulement anormal du travail.....	71
Souffrance fœtale aigue.....	74



## SAIGNEMENT VAGINAL

**Saignement léger** : il faut plus de cinq minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soit complètement trempé de sang.

**Saignement abondant** : il faut moins de cinq minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soit complètement trempé de sang.

## TYPES D'AVORTEMENT

**L'avortement spontané** est défini comme la terminaison d'une grossesse avant 28 semaines de gestation. Les étapes d'avortement spontané peuvent inclure :

- **Menace d'avortement** : la grossesse est susceptible de se poursuivre.
- **Avortement inévitable** : la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet/complet.
- **Avortement incomplet** : expulsion d'une partie des produits de conception.
- **Avortement complet** : expulsion de la totalité des produits de conception.

**L'avortement provoqué** est défini comme un processus par lequel on met un terme à une grossesse avant que le fœtus ne soit viable (28 semaines).

**L'avortement à risques ou avortement non médicalisé** est défini soit comme un avortement réalisé par des personnes n'ayant pas les compétences requises ou dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales élémentaires, soit les deux.

**L'avortement septique** est défini comme un avortement ayant des complications infectieuses. La septicémie est une complication courante de l'avortement à risques.

## **EN CAS DE PRÉSOMPTION D'AVORTEMENT À RISQUE**

- Rechercher des signes d'infection ou des lésions traumatiques utérines, vaginales ou intestinales.
- En cas d'infection, administrer des antibiotiques (voir **page 17**) avant de réaliser une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou administrer du misoprostol ou orienter vers un établissement en mesure de réaliser l'AMIU.
- En cas de lésions utérines, vaginales ou intestinales, perfuser des liquides (voir **page 10**) et **transférer d'urgence pour intervention chirurgicale et AMIU**.
- Si des préparations à base de plantes, médicaments locaux ou substances caustiques ont été utilisées, irriguer abondamment le vagin pour les retirer.

## **SUIVI DES FEMMES QUI ONT EU UN AVORTEMENT À RISQUES**

- Conseiller la patiente à propos de la santé de la reproduction et de ses besoins en matière de planification familiale.
- L'aider à choisir et à obtenir la méthode de planification familiale qui lui convient le mieux, si elle le souhaite.
- Lui conseiller d'attendre au moins 6 mois avant de tenter de tomber enceinte si elle souhaite une nouvelle grossesse
- Voir quels sont les autres services de santé nécessaires, par exemple vaccin antitétanique ou rappel, traitement pour infections sexuellement transmissibles ou dépistage du cancer du col.

## **SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION)**

- Réaliser une évaluation initiale rapide (voir **page 15**).
- Stabiliser suivant la procédure en cas de choc (voir **page 7**).
- Si la stabilisation n'est pas nécessaire ou si la patiente est stabilisée, évaluer les signes et symptômes pour établir le diagnostic et décider de la prise en charge.

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement léger Col fermé Hauteur utérine correspondant au terme	<b>Menace d'avortement</b>
Saignement léger Douleurs abdominales Col fermé Utérus légèrement plus gros que la normale Utérus plus mou que la normale	<b>Grossesse ectopique</b> <i>Non rompue</i> : Symptômes de grossesse débutante Douleurs abdominales et pelviennes  <i>Rompue</i> : Signes de choc Malaise et faiblesse Pouls 100 battements par minute ou plus Tension artérielle systolique de 90 mm Hg ou moins Douleurs abdominales et pelviennes aiguës Douleur abdominale à la palpation pelvienne Pâleur

---

## PRISE EN CHARGE

---

En général, aucun traitement médical n'est nécessaire ; faire suivre la patiente en consultation prénatale.  
Conseiller à la patiente d'éviter les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels.  
Ne pas administrer d'hormones ni de tocolytiques.

### **Si le saignement persiste**

**Orienter vers un niveau de soins plus élevé (peut s'agir d'une grossesse ectopique, de jumeaux ou d'une grossesse molaire).**

---

Prendre les dispositions pour transport immédiat pour laparotomie.

### **Non rompue**

Poser une voie veineuse et perfuser une solution de 1 L (Ringer lactate ou sérum physiologique) en 6 à 8 heures.

### **Rompue et en choc**

Poser une voie veineuse et perfuser rapidement une solution de 1 L (Ringer lactate ou sérum physiologique) en 15 à 20 minutes.

Renouveler avec un 1 L toutes les 30 minutes au rythme de 30 mL/min (1 L en 6 à 8 heures) quand le pouls diminue à moins de 100 battements par minute, quand la tension artérielle systolique augmente à 100 mm Hg ou plus.

Noter heures et quantités de liquides administrés.

---

## SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION) (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement léger Col fermé Utérus petit pour le terme Utérus plus mou que la normale	<b>Avortement complet</b>
Saignement abondant Col dilaté Utérus petit pour le terme ou hauteur utérine correspondant au terme	<b>Avortement inévitable</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

Normalement, l'évacuation de l'utérus n'est pas nécessaire.  
Rechercher le saignement abondant.

Administrier 0,2 mg d'ergométrine en IM ou du misoprostol 400 µg par voie orale.

**Transférer si les saignements ne cessent pas immédiatement.**

---

**Si l'AMIU n'est pas disponible**

**Stabiliser et transférer d'urgence.**

Administrier 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler après 15 minutes si nécessaire) **OU** 400 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 heures si nécessaire).

**Si l'AMIU est disponible**

**Si la grossesse est ≤ 12 semaines :**

Réaliser l'AMIU ou donner 600 µg de misoprostol par voie orale.

**Si la grossesse a plus de 12 semaines :**

Attendre l'expulsion spontanée des produits de conception.

Si nécessaire, perfuser 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute pour faciliter l'expulsion des produits de conception.

Réaliser une AMIU pour retirer les produits restants de conception.

---

## SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION) (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement abondant Col dilaté Utérus petit pour le terme	<b>Avortement incomplet</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

### **Si le saignement est léger à modéré et si la grossesse est de 12 semaines au plus**

A l'aide d'une pince à pansement, retirer les produits de conception qui sont visibles au col.

Administrier 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) **OU** 600 µg de misoprostol par voie orale.

### **Si les saignements sont abondants et si la grossesse est de 12 semaines au plus**

#### **Si l'AMIU est disponible**

Réaliser l'AMIU.

#### **Si l'AMIU n'est pas disponible**

Réaliser un curetage.

#### **Si l'AMIU et le curetage ne sont pas disponibles, administrer 600 µ de misoprostol**

**Transférer immédiatement si on est dans un centre de santé.**

### **Si les saignements sont abondants et si la grossesse a plus de 12 semaines**

#### **Si l'AMIU n'est pas disponible**

#### **Stabiliser et transférer d'urgence.**

Administrier 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) **OU** 600 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 heures si nécessaire).

#### **Si l'AMIU est disponible**

Perfuser 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute jusqu' à expulsion des produits de conception.

Si nécessaire, administrer 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les 4 heures jusqu'à expulsion des produits de conception (mais ne pas dépasser 800 µg).

Réaliser une AMIU pour retirer les produits restants de conception.

## SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION) (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement abondant Col dilaté Utérus gros pour le terme Utérus plus mou que la normale Expulsion partielle de produits de conception ayant un aspect de grappe de raisin	<b>Grossesse molaire</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

**Si le diagnostic est incertain et/ou si l'AMIU n'est pas disponible**

**Stabiliser et transférer d'urgence** (voir **Evaluation initiale rapide**, page 15 et **stabilisation en cas de choc**, page 7).

**Si le diagnostic est établi et si l'AMIU est disponible**

Evacuer l'utérus (se munir de trois seringues assemblées et prêtes à l'emploi).

***Si une dilatation du col est nécessaire***

Pratiquer un bloc paracervical.

Une fois démarrée l'AMIU, perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute pour prévenir l'hémorragie.

---

## **SAIGNEMENT VAGINAL APRES 28 SEMAINES DE GROSSESSE OU PENDANT LE TRAVAIL AVANT L'ACCOUCHEMENT**

---

<b>SIGNES/SYMPTOMES</b>	<b>DIAGNOSTIC PROBABLE</b>
Saignement Douleurs abdominales intermittentes ou constantes Forte douleur abdominale	<b>Décollement prématuré du placenta Rupture utérine Placenta prævia</b>

---

---

### **PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Transférer d'urgence si on est dans un centre santé**  
**Traiter selon l'étiologie si on est dans un hôpital.**

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRES L'ACCOUCHEMENT

---

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Survenue du saignement vaginal abondant dans les 24 heures après l'accouchement Utérus mou/non contracté	<b>Atonie utérine</b>

---

---

Survenue du saignement vaginal accru dans les 24 heures après l'accouchement

---

**Déchirures cervicales,  
vaginales ou périnéales**

---

---

## PRISE EN CHARGE

---

Masser le fond utérin à travers l'abdomen.

### **Administrer de l'ocytocine**

**IV** : perfuser 20 unités dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute jusqu'à ce que l'utérus soit contracté, et ensuite 20 unités dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute. *Ne pas administrer plus de 3 L.*

### **PLUS**

**IM** : 10 unités.

### **Si l'ocytocine n'est pas disponible**

Administrer de l'ergométrine/méthylergométrine (ne pas utiliser en cas de signes/symptômes de pré-éclampsie, hypertension ou maladie cardiaque).

**IM ou IV** : perfuser lentement 0,2 mg. Renouveler 0,2 mg en IM après 15 minutes.

Si nécessaire, administrer 0,2 mg en IM ou IV (lentement) toutes les 4 heures.

Si les ocytociques injectables ne sont pas disponibles, donner 800 µg de misoprostol par voie sublinguale

### **Si le saignement persiste**

Examiner à nouveau et extraire les fragments placentaires restants.

### **Si le saignement n'a toujours pas cessé malgré la prise en charge**

Réaliser une compression bimanuelle de l'utérus ou exercer une compression de l'aorte abdominale (voir **pages 44 à 45**).

### **Si le saignement ne cesse pas malgré la compression**

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes. Administrer au moins 2 L de liquide pendant la première heure.

### **Transférer d'urgence ou faire un traitement chirurgical.**

---

Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.

### **Si le saignement ne cesse pas immédiatement**

**Transférer d'urgence.**

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

---

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement Absence d'une portion de la surface maternelle du placenta ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux (Il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.)	<b>Rétention placentaire/ de fragments placentaires</b>

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

---

### PRISE EN CHARGE

---

Vérifier que la vessie est vide (sonder si nécessaire).

#### **Si le placenta est visible**

Demander à la patiente de faire des efforts expulsifs.

#### **S'il le placenta ou les fragments placentaires sont palpables au toucher vaginal,**

Procéder à son extraction, manuellement (porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau, mettre de la gaze stérile autour des doigts).

#### **Si le placenta n'a pas été expulsé et n'est ni visible ni palpable**

Administer 10 unités d'ocytocine en IM.

#### **Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine et que l'utérus est contracté**

Essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon (voir **page 74**).

#### **Si la traction mesurée sur le cordon est sans succès**

Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes.

Administer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

Extraire les fragments placentaires à la main (voir **page 46**).

#### **En cas de signes d'infection**

Administer 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

#### **S'il n'est pas possible d'extraire le placenta ou les fragments placentaires OU si les saignements ne cessent pas immédiatement**

**Transférer d'urgence.**

---

---

**SIGNES/SYMPTOMES****DIAGNOSTIC PROBABLE**

---

Fond utérin non perçu à la palpation abdominale  
Douleur légère ou intense

**Inversion utérine**

---

---

## PRISE EN CHARGE

---

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : 2 g d'ampicilline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV ; ou

Administrer 1g de céfazoline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV.

**Transférer d'urgence ou traiter en repositionnant l'utérus.**

**En cas de fièvre et/ou de pertes vaginales malodorantes**

Administrer 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures

**PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence ou Traitement.**

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

---

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Survenue du saignement plus de 24 heures après l'accouchement Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement	<b>Hémorragie du post-partum tardif</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

### Administrer de l'ocytocine

**IV** : perfuser 20 unités diluées dans un 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute jusqu'à ce que l'utérus soit contracté, ensuite 20 unités dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute. *Ne pas donner plus de 3 L.*

### PLUS

**IM** : 10 unités.

### Si des ocytociques ne sont pas disponibles

Administrer de l'ergométrine/méthylergométrine (ne pas utiliser en cas de signes/symptômes de pré-éclampsie, hypertension ou maladie cardiaque).

**IM ou IV** : perfuser lentement 0,2 mg. Renouveler 0,2 mg en IM au bout de 15 minutes.

Si nécessaire, administrer 0,2 mg en IM ou IV (lentement) toutes les 4 heures.

### Si le col est dilaté

Exploration manuelle de l'utérus (avec des gants stériles ou désinfectés à haut niveau) pour retirer les caillots importants et les fragments placentaires.

### Si le col n'est pas dilaté et si l'AMIU n'est pas disponible OU si les saignements persistent

**Transférer d'urgence.**

### Si le col n'est pas dilaté et si l'AMIU est disponible

Réaliser l'AMIU pour retirer les fragments placentaires.

### Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dL ou si la mesure de l'hématocrite est inférieure à 20% (anémie grave)

Donner 120 mg de sulfate ferreux ou fumarate ferreux **PLUS** 400 µg d'acide folique par voie orale.

**Transférer d'urgence.**

### En cas de fièvre ou de pertes vaginales malodorantes

Administrer 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures

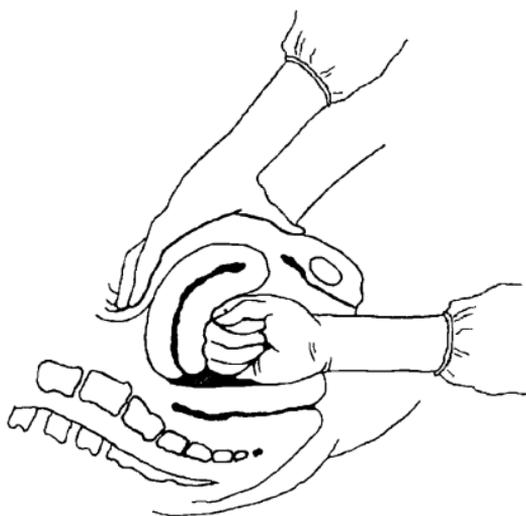
**PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence.**

---

## COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS

- Apporter un soutien émotionnel à la patiente et l'encourager. S'exprimer avec calme pour aider la patiente à se détendre
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (pages **85 à 87**), introduire une main dans le vagin et extraire les caillots de sang de la partie inférieure de l'utérus ou du col.
- Fermer le poing.
- Placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.
- Avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.



## AUTRE POSSIBILITÉ : COMPRESSION DE L'AORTE

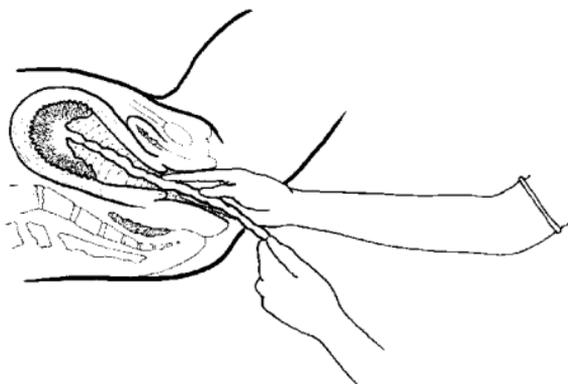
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. S'exprimer avec calme pour aider la patiente à se détendre
- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale à travers la paroi abdominale :
  - Le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche.
  - Pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale antérieure.
- Avec l'autre main, palper pour rechercher le pouls fémoral afin de vérifier que la compression est suffisante.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.



**Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.**

## DELIVRANCE ARTIFICIELLE

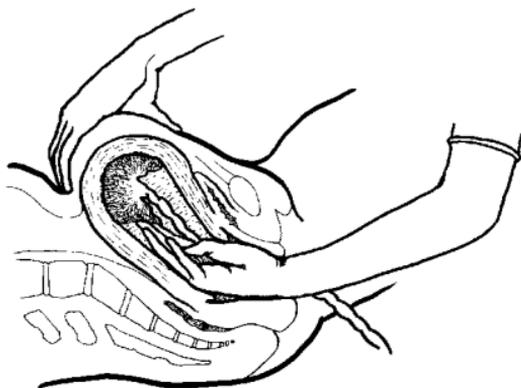
- Revoir les principes généraux pour les indications d'une délivrance artificielle.
- Installer une voie veineuse.
- Apporter un soutien émotionnel à la patiente et l'encourager. S'exprimer avec calme pour aider la patiente à se détendre.
- Sonder la vessie ou s'assurer que la patiente a une vessie vide.
- Administrer une anesthésie ou un sédatif
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques :
  - 2 g d'ampicilline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole, en IV ;
  - **OU** 1 g de céfazoline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants à hauteur du coude stériles ou désinfectés à haut niveau (voir **page 85 à 89**), engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus.



- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus.

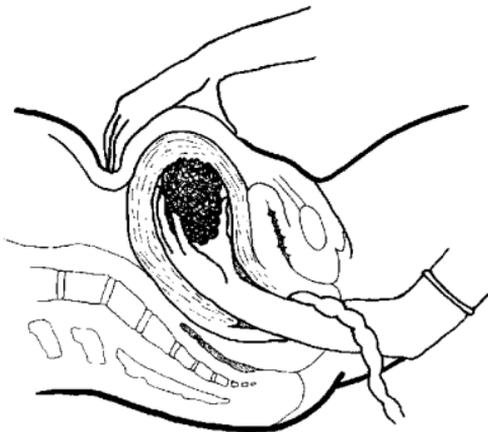
**Note:** En cas d'inversion utérine, **transférer d'urgence** si vous êtes dans un centre de santé.

- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.
- **Si le cordon a été préalablement détaché**, introduire une main dans la cavité utérine. Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.



- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.

- Procéder lentement ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.
- **Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine** sous l'effet du mouvement latéral doux effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, retirer les fragments placentaires. **Si les tissus sont très adhérents**, redouter un placenta accreta et transférer immédiatement pour faire une laparotomie et éventuellement une hystérectomie subtotale.
- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta.
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée de la main qui est retirée.
- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.



- Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM.
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

## PROBLEMES

**Si la rétention placentaire est due à un anneau de rétraction ou si elle dure depuis plusieurs heures voire depuis plusieurs jours depuis l'accouchement, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus. Transférer d'urgence.**

## SOINS POST-OPERATOIRES

- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) toutes les 30 minutes pendant les 6 heures suivantes ou jusqu'à ce que l'état de la patiente soit stable.
- Palper le fond utérin pour s'assurer que l'utérus est toujours contracté.
- Vérifier les pertes de lochies excessives.
- Maintenir la perfusion.



## **CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS OU PERTE DE CONNAISSANCE**

Si une femme enceinte ou une accouchée récente se plaint de violents céphalées ou de vision floue ou si une femme enceinte a une tension artérielle élevée, faire un test des urines (recherche de protéinurie).

Une petite proportion de femmes souffrant d'éclampsie a une tension artérielle normale. Traiter toutes les femmes avec des convulsions comme pour une éclampsie et continuer à rechercher d'autres causes éventuelles.

Si une femme enceinte vivant dans une région impaludée a de la fièvre, des céphalées ou des convulsions, et si on ne peut pas exclure l'éventualité du paludisme, il faut traiter la patiente pour le paludisme et l'éclampsie.

## CEPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS OU PERTE DE CONNAISSANCE

- Faire une évaluation initiale rapide (voir page 11).
- Stabiliser si nécessaire (voir page 11).
- **Transférer d'urgence.**

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Convulsions TA diastolique supérieure à 90 mm Hg ou plus après 20 semaines de grossesse Protéinurie au moins égale à ++ ou plus	<b>Eclampsie</b>
Trismus (difficulté à ouvrir la bouche et à mastiquer)	<b>Tétanos</b>
Convulsions Convulsions antérieures Tensions artérielles normales	<b>Epilepsie</b>
Fièvre (38° C ou plus) Frissons/rigueurs Céphalées Douleurs musculaires/articulaires Coma Anémie	<b>Paludisme grave</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Stabiliser en fonction de la procédure de stabilisation pour **convulsions ou perte de connaissance** (voir **page 11**).  
**Transférer d'urgence.**

---

Maîtriser les spasmes en injectant lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse, en 2 minutes.  
Traiter la cause de la septicémie.  
Administer 2 millions d'unités de pénicilline G en IV toutes les 4 heures.  
**Transférer d'urgence.**

---

**Si la patiente a des convulsions**

Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse, en 2 minutes.  
Si les convulsions reprennent au bout de 10 minutes, renouveler l'injection.  
**Transférer d'urgence.**

---

**Si les convulsions surviennent**

Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse, en 2 minutes.

**En cas de diagnostic d'éclampsie**

Prévenir les futures convulsions avec du sulfate de magnésium (voir **page 55**).  
**Transférer d'urgence**

**En cas de diagnostic de paludisme compliqué et si la patiente est consciente**

Donner de la quinine en perfusion.  
**Transférer d'urgence ou continuer le traitement si hôpital.**

---



## **MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNÉSIUM\* POUR LA PREECLAMPSIE SÉVÈRE ET L'ÉCLAMPSIE**

### **DOSE DE CHARGE :**

- Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium en IV en 5 minutes.
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium en IM profonde, dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 mL de lidocaïne à 2% dans la même seringue. Veiller à pratiquer la technique aseptique en donnant l'injection profonde IM de sulfate de magnésium. Avertir la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lors de l'injection.
- Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, administrer 2 g de sulfate de magnésium en IV, en 5 minutes.

### **DOSE D'ENTRETIEN :**

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium + 1 mL de lidocaïne à 2% en IM, toutes les 4 heures, tout à tour dans une fesse puis dans l'autre.
- Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.

### **AVANT DE RENOUELER L'INJECTION, S'ASSURER QUE :**

- La fréquence respiratoire est au moins de 16 mvts/minute.
- Les réflexes rotuliens sont présents.
- La diurèse est au moins de 30 mL/h pendant les 4 dernières heures.

### **INTERROMPRE OU DIFFERER LE TRAITEMENT SI :**

- La fréquence respiratoire passe en dessous de 16 mvts/minute.
- Les réflexes rotuliens sont absents.
- La diurèse est passée en dessous de 30 mL/h pendant les 4 dernières heures.

### **SE MUNIR D'UN ANTAGONISTE PRET A L'EMPLOI :**

- *En cas d'arrêt de la respiration* : Faciliter la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation). Injecter lentement 1 g de gluconate de calcium (10 mL d'une solution à 10%) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne pour contrer les effets du sulfate de magnésium.

## Déroulement défavorable du travail

---

### SIGNES/SYMPTOMES

### DIAGNOSTIC PROBABLE

---

En travail plus de 12 heures  
Présentation autre que le sommet

**Obstruction**  
**Présentation ou position dystocique**

---

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 3 mL/minute en 6 heures.

**Transférer d'urgence ou traiter selon la cause.**

---

## **FIEVRE PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL (TEMPERATURE DE 38° C OU PLUS)**

<b>SIGNES/SYMPTOMES</b>	<b>DIAGNOSTIC PROBABLE</b>
Fièvre/frissons Leucorrhées malodorantes avant 22 semaines Utérus sensible	<b>Avortement septique</b>
Fièvre/frissons Ecoulement vaginal aqueux et malodorant après 22 semaines de grossesse Douleurs abdominales	<b>Amnionite</b>
Fièvre (38° C ou plus) Frissons/rigoureux Céphalées Douleurs musculaires/articulaires Coma Anémie	<b>Paludisme grave</b>
Fièvre Céphalées Toux sèche Malaise Anorexie Splénomégalie	<b>Typhoïde</b>

---

## **PRISE EN CHARGE**

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine en IV toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures jusqu'à ce que la fièvre disparaisse pendant 48 heures.

### **Avant 16 semaines**

#### ***Si l'AMIU est disponible***

Réaliser l'AMIU.

#### ***Si l'AMIU n'est pas disponible***

**Transférer d'urgence.**

### **Après 16 semaines**

**Transférer d'urgence** après avoir administré des antibiotiques.

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures.

Transférer vers un établissement de niveau de soins plus élevé pour l'accouchement.

---

### **Si la patiente est consciente**

Donner trois comprimés de sulfadoxine pyriméthamine **OU** chloroquine et **transférer d'urgence**.

### **Si la patiente a perdu connaissance ou si elle a des convulsions**

Administrer lentement 10 mg de diazépam en IV en 2 minutes.

**Transférer d'urgence.**

---

Administrer 1 g d'ampicilline par voie orale quatre fois par jour **OU** 1 g d'amoxicilline par voie orale trois fois par jour pendant 14 jours. Les autres traitements dépendent des modes de sensibilité locale.

**Transférer d'urgence.**

---

## FIÈVRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT (TEMPERATURE DE 38° C OU PLUS)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Fièvre/frissons Douleurs abdominales basses Lochies purulentes et malodorantes Utérus sensible	<b>Métrite</b> Un traitement retardé ou inadéquat peut entraîner : Un abcès pelvien Une péritonite Un choc septique Une thrombose veineuse profonde Une embolie pulmonaire Une infection pelvienne chronique Obstruction tubaire et stérilité
Plaie sensible et douloureuse Erythème et œdème s'étendant au-delà de la plaie	<b>Cellulite traumatique</b>
Fièvre (38° C ou plus) Frissons/rigueurs Céphalées Douleurs musculaires ou articulaires Coma Anémie	<b>Paludisme grave</b>
Fièvre Céphalées Toux sèche Malaise Anorexie Splénomégalie	<b>Typhoïde</b>
Douleurs et sensibilité des seins Zone rougeâtre, en forme de coin sur le sein 3 à 4 semaines après l'accouchement	<b>Mastite</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures jusqu'à ce que la fièvre disparaisse pendant 48 heures.

**Transférer d'urgence.**

---

Administrer immédiatement 2 millions d'unités de pénicilline G en IV, toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence.**

---

Perfuser 20 mg de dichlorhydrate de quinine par kg en IV (dextrose à 5%, sérum physiologique ou Ringer lactate) en 4 heures.

Attendre 4 heures après avoir achevé la dose de charge. Ensuite, perfuser 10 mg de dichlorhydrate de quinine par kg en 4 heures.

Renouveler toutes les 8 heures.

---

**Transférer d'urgence.**

---

Administrer 500 mg de cloxacilline par voie orale toutes les 6 heures **OU** 250 mg d'érythromicine par voie orale toutes les 8 heures pendant 10 jours.

Encourager la mère à continuer d'allaiter le bébé.

---

## DOULEURS ABDOMINALES EN DEBUT DE GROSSESSE (AVANT 22 SEMAINES)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Fièvre légère/frissons Douleur abdominale basse Absence de borborygmes	<b>Péritonite</b>
Saignement léger Douleurs abdominales Col fermé Utérus légèrement plus gros que la normale Utérus plus mou que la normale	<b>Grossesse ectopique</b>

---

### **PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 6 à 8 heures à moins que la patiente ne soit entrée en état de choc.

Administrer immédiatement 2 millions d'unités de pénicilline G en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg/kg de gentamicine en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

#### **Transférer d'urgence.**

---

Prendre les dispositions nécessaires pour un transport immédiat en vue d'une laparotomie.

Si la grossesse n'est pas rompue, installer une voie veineuse et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'un 1 L en 6 à 8 heures.

---

## DOULEURS ABDOMINALES EN FIN DE GROSSESSE OU PENDANT L'ACCOUCHEMENT

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Douleurs abdominales intermittentes ou constantes. Saignement après 22 semaines de grossesse	<b>Décollement prématuré du placenta</b>
Douleur abdominale sévère (pouvant diminuer après la rupture) Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal)	<b>Rupture utérine</b>
Fièvre/frissons Écoulement vaginal aqueux et malodorant après 22 semaines de grossesse Douleurs abdominales	<b>Amniotite</b>
Fièvre/frissons Douleurs abdominales basses Lochies purulentes et malodorantes Utérus sensible	<b>Métrite</b>

---

### **PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Transférer d'urgence ou prendre en charge si hôpital.**

---

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Transférer d'urgence ou laparotomie si hôpital.**

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 heures.

Transférer pour l'accouchement ou prise en charge.

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 heures, **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures, jusqu'à ce que la fièvre cesse pendant 48 heures.

**Transférer d'urgence ou prise en charge si hôpital.**

---

## DOULEURS ABDOMINALES EN FIN DE GROSSESSE OU PENDANT L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

---

**SIGNES/SYMPTOMES**

Fièvre légère/frissons  
Douleur abdominale basse  
Absence de borborygmes

**DIAGNOSTIC PROBABLE**

**Péritonite**

---

---

## PRISE EN CHARGE

---

Aspiration gastrique par voie nasale.

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

Administrer immédiatement 2 millions d'unités de pénicilline G en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence ou laparotomie.**

---

## DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Difficultés respiratoires Pâleur des conjonctives, de la langue, du lit des ongles et/ou des paumes Taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 7 g/dL Hématocrite inférieur ou égal à 20% ou moins	<b>Anémie sévère</b>
Symptômes et signes cliniques d'anémie sévère Œdème Toux Râles Jambes enflées Hépatomégalie Veines du cou saillantes	<b>Insuffisance cardiaque due à une anémie</b>
Difficultés respiratoires Souffle diastolique et/ou souffle systolique rauque accompagné d'un frémissement palpable	<b>Insuffisance cardiaque due à une cardiopathie</b>

---

### **PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 8 heures.

**Transférer d'urgence pour une transfusion.**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 8 heures.

**Transférer d'urgence pour une transfusion.**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 12 heures.

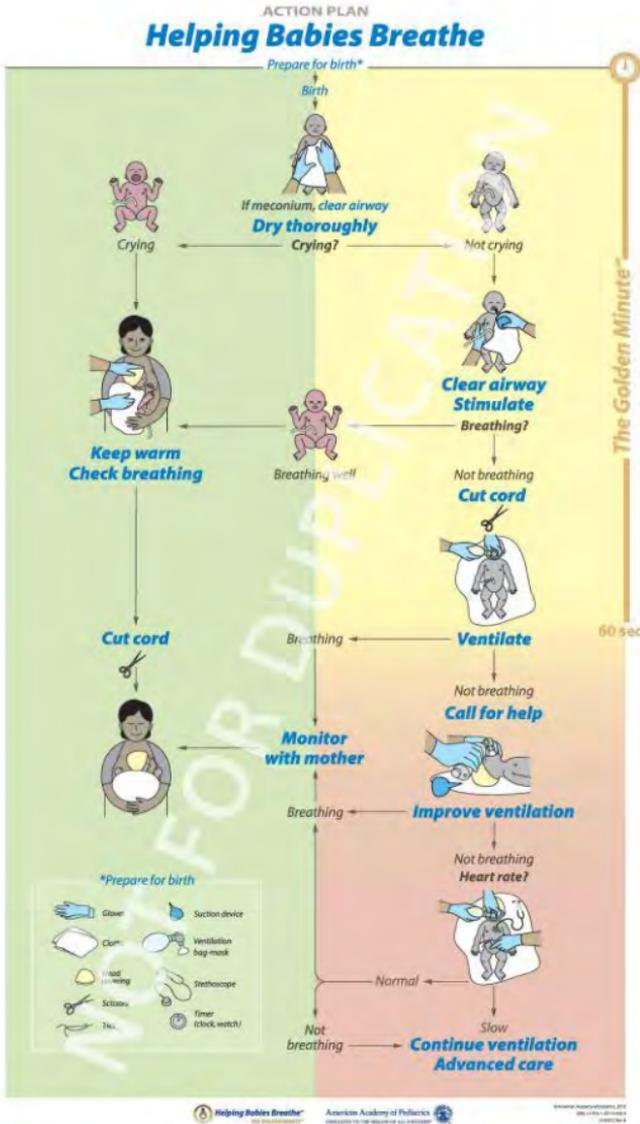
Allonger la patiente sur le côté gauche.

Administrar de l'oxygène à raison de 4 à 6 L par minute si disponible.

**Transférer d'urgence.**

---

# UN NOUVEAU NE QUI NE RESPIRE PAS A LA NAISSANCE



## DEROULEMENT DEFAVORABLE DU TRAVAIL

Les anomalies du travail sont diagnostiquées avec le partogramme.

Éléments cliniques	Diagnostic	Prise en charge
Douleurs abdominales intermittentes Contractions utérines non palpables et peu fréquentes Col non dilaté	Faux travail	Rassurer la femme et sa famille Autoriser la femme à quitter la formation sanitaire Prescrire éventuellement antalgique
Après 8 heures de contractions utérines régulières la dilatation du col ne dépasse pas 4 cm	Phase de latence prolongée	Éliminer un faux travail Rompre les membranes et accélérer le travail avec de l'ocytocine
Arrêt secondaire de la dilatation du col (le tracé de la dilatation du col se situe à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme) et on note un arrêt de la descente de la présentation. Présence de contractions utérines de bonne qualité	Disproportion foeto-pelvienne	césarienne

Éléments cliniques	Diagnostic	Prise en charge
<p>Arrêt secondaire de la dilatation du col (le tracé de la dilatation du col se situe à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme) et on note un arrêt de la descente de la présentation</p> <p>Mauvaise application de la présentation sur le col avec un œdème du col</p> <p>Volumineuse bosse séro-sanguine</p> <p>Formation d'un anneau de rétraction au niveau de l'utérus a l'inspection abdominale (utérus en sablier)</p> <p>Anomalies des bruits du cœur fœtal</p> <p>Fatigue maternelle</p>	<p>Dystocie mécanique</p>	<p>Si enfant vivant faire une césarienne</p> <p>Si enfant mort faire une craniotomie si l'opérateur sait la pratiquer. Sinon césarienne</p>
<p>Sur une période de 10 minutes on note moins de 3 contractions utérines et chacune dure moins de 40 secondes</p>	<p>Dystocie dynamique par insuffisance de contractions utérines</p>	<p>Rompre les membranes</p> <p>Administer de l'ocytocine</p>

Éléments cliniques	Diagnostic	Prise en charge
Col complètement dilaté avec envie de pousser mais pas de descente du mobile foetal	Phase d'expulsion prolongée	Ecarter une dystocie mécanique ou une présentation dystocique Renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine En fonction des résultats de l'administration de l'ocytocine faire une césarienne ou une application de forceps ou de la ventouse selon la situation clinique

## **SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE**

Le diagnostic de souffrance fœtale aigue au cours du travail repose sur les éléments suivants :

- Anomalies des bruits du cœur fœtal :  $> 160$  battements/mn ou  $< 120$  battements par minute
- Liquide amniotique teinté de méconium : cela peut aller de la simple coloration verdâtre à l'aspect purée de pois du méconium

La conduite à tenir dépend surtout de la dilatation du col :

1. Dilatation du col  $< 8$  cm : envisager une césarienne
2. Dilatation du col  $\geq 8$  cm : prendre les mesures suivantes :
  - Mettre la parturiente en décubitus latéral gauche
  - Oxygénation : 5–6 litres/mn
  - Accélérer la phase expulsive par une application de ventouse

Dans tous les cas, il faut s'apprêter à réanimer le nouveau-né.

## **ANNEXES**

Prise en charge active du troisième stade du travail.....	77
Médicaments et fournitures essentiels pour les soins obstétricaux d'urgence au poste de santé de type 1 ....	81
Prévention des infections.....	85
Directives pour les interventions.....	109



## PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL

Le fait de prendre activement en charge le troisième stade du travail (délivrance assistée) aide à prévenir une hémorragie du post-partum. La prise en charge active du troisième stade du travail consiste à :

- Administrer immédiatement de l'ocytocine ;
- Exercer une traction mesurée sur le cordon avec contre-traction sur l'utérus ;
- Masser l'utérus.

### OCYTOCINE

- Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébé(s) et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.
- On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes. **Si l'établissement n'a pas d'ocytocine**, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou utiliser des prostaglandines. S'assurer qu'il n'y a pas d'autres fœtus avant d'injecter ces médicaments.

Ne pas donner d'ergométrine aux femmes atteintes de prééclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension artérielle car cela accroît le risque de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux.

## TRACTION MESURÉE SUR LE CORDON OMBILICAL

- Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons, dans la minute qui suit la naissance. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
- Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut lors de la traction mesurée sur le cordon ombilical. La contre-traction contribue à éviter une inversion de l'utérus.
- Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 minutes).
- Lorsque l'**utérus s'arrondit** ou que le cordon **s'allonge**, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.
- Si le **placenta ne descend pas** dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon :
  - Tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge ;
  - À la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut.

Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main, une contre-traction (pousser vers le haut) au-dessus de l'os pubien.

- Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.
- Tirer lentement pour parachever la délivrance.
- **Si les membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et le col avec des gants désinfectés à haut niveau ou stérilisés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.
- Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. **S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées**, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.
- **Si vous pouvez palper le placenta ou les fragments placentaires dans le vagin**, retirer à la main (en portant des gants désinfectés à haut niveau ou stérilisés et enrouler de la gaze autour des doigts).
- **En cas d'inversion utérine**, transférer immédiatement !
- **Si le cordon est arraché**, il peut être nécessaire de procéder à une délivrance artificielle (**page 46**).

## **MASSAGE UTÉRIN**

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.

# MÉDICAMENTS ET FOURNITURES ESSENTIELS POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE AU POSTE DE SANTÉ DE TYPE 1

## MÉDICAMENTS

<b>Anesthésiques</b>	<b>Antipaludéens</b>	<b>Ocytociques</b>
Lidocaïne	Dichlorhydrate de quinine	Ergométrine 0,2 mg en IM ou IV
<b>Analgésique</b>	Sulfadoxine- Pyriméthamine	Misoprostol Comprimés de 100 µg ou 200 µg
Paracétamol		Ocytocine 10 UI en IV ou IM
<b>Anti-allergique</b>	<b>Désinfectants et antiseptiques</b>	<b>Vaccins</b>
Epinéphrine	Alcool chirurgical	Anti-tétanique (gardé dans des glacières)
<b>Anticonvulsant</b>	Chlorhexidine	
Diazépam	Iode	
Sulfate de magnésium	<b>Solutions intraveineuses</b>	
<b>Antibiotiques</b>	Eau stérile pour les injections	
Ampicilline	Glucose 5%, 50%	
Gentamicine	Ringer lactate	
Métronidazole	Sérum physiologique	
Procaïne		
benzylpénicilline ou benzathine		
benzylpénicilline		

## ENSEMBLE D'INSTRUMENTS ET DE FOURNITURES POUR L'ACCOUCHEMENT

### Instruments

(gardés dans un récipient en acier inoxydable avec couvercle)

1 récipient en acier inoxydable pour le placenta

2 ciseaux

2 pinces hémostatiques (Pincés Kelly)

### Consommables

1 champ opératoire propre pour mettre sur

l'abdomen de la patiente

4 boules de coton (trois pour nettoyer le périnée, une pour désinfecter la peau pour l'injection de l'ocytocine)

6 compresses de gaze (4x4)

Champ opératoire en plastique ou tissu pour mettre sous les fesses de la patiente

Linge propre pour recouvrir le bébé

Linge propre pour sécher le bébé

Seringue et aiguille 5 cc pour l'ocytocine

Sparadrap ombilical

## CONSOMMABLES ET PETIT MATERIEL

<b>Prévention des infections</b>	<b>Médicales</b>	<b>Fournitures/ équipement</b>
Chlore	Aiguille et seringue	Champ
Eau salubre	Aiguille et suture	opérateur ou
Gants	Ballon et masque	couverture pour
(désinfectés à	Ambu pour adultes	recouvrir la
haut niveau ou	Ballon et masque	patiente
stérilisés)	Ambu pour	Lumière/ éclairage
Lunettes de	nourrison	Oreiller
protection	Boules de coton	Pendule ou
Masque à	propres et alcool	montre
visage	Brassard pour	Rideaux pour
Protection	tension artérielle	assurer l'intimité
visage	Mètre-ruban	si nécessaire
Récipients pour	Pince à anneaux	Surface d'examen
linge souillé	Pince porte-tampons	(table ou lit avec
Récipients	Récipients pour	surface lavable
séparés pour	échantillons et	et linge propre)
déchets	tubes à essai	
généraux et	Récipient pour urine	
médicaux et	et bandelettes	
instruments	Sonde urinaire à	<b>Formulaires</b>
contaminés	demeure	Dossiers ou
Récipient qui	Spéculum vaginal	formulaires
ne risque pas	Stéthoscope pour	pour patientes
d'être perforé	adultes	Formulaires pour
Savon	Stéthoscope pour	la référence à un
Serviettes	fœtus	niveau de soins
propres	Thermomètre	supérieur
Tablier en	Tubulure pour	
plastique ou	perfusion	
caoutchouc	intraveineuse	
	(canule ou aiguille	
	numéro 16 à 19)	

## **ENSEMBLE D'INSTRUMENTS ET DE CONSOMMABLES POUR LES SUTURES**

### **Instruments**

(gardés dans un récipient  
en acier inoxydable avec  
couvercle)  
1 paire de ciseaux  
1 pince en cœur sans mors  
1 porte-aiguille  
Seringue et une aiguille de  
5 cc

### **Fournitures**

4 boules de coton  
6 compresses de gaze (4x4)  
Epinéphrine  
Diazépam  
Gants (désinfectés à haut  
niveau ou stérilisés)  
Liquides pour perfusion  
intraveineuse  
Lunettes de protection  
Ocytocine, ergométrine  
Plateau d'urgence  
Seringues, aiguilles  
Sulfate de magnésium

## **FOURNITURES POUR PLATEAU D'URGENCE**

Diazépam  
Epinéphrine  
Gants (désinfectés à haut niveau ou stérilisés)  
Liquides pour perfusion intraveineuse  
Lunettes de protection  
Ocytocine, ergométrine  
Seringues, cathéter de gros calibre (16G)  
Sulfate de magnésium  
Solutés de remplissage : Ringer Lactate, Sérum sale

## PREVENTION DES INFECTIONS<sup>1</sup>

- La prévention des infections (PI) compte deux grands objectifs :
  - Prévenir les graves infections lors de la prestation des services ;
  - Minimiser le risque de transmission de graves maladies comme l'hépatite B et le VIH/SIDA, aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins et le personnel, y compris le personnel chargé du nettoyage et de l'entretien.
- Les pratiques de PI reposent sur les principes suivants :
  - Toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection.
  - Mettre des gants avant de toucher quoi que ce soit de mouillé—plaies ouvertes, muqueuses, sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréments).
  - Utiliser des protections (lunettes de protection, masque et tablier, chaussures fermées) si des liquides organiques risquent de gicler ou de se répandre.
  - Ne recourir qu'à des pratiques sans danger—ne pas recapuchonner ou plier les aiguilles, traiter les instruments et éliminer les déchets comme il convient.

---

<sup>1</sup> *Adapté de* : Tietjen, L., Bossemeyer, D., et McIntosh, N. 2003. *Directives pour la prévention des infections à l'intention d'établissements avec des ressources limitées*. Jhpiego Corporation: Baltimore, MD.

Le lavage des mains est le moyen de prévention des infections le plus important.

## LAVAGE DES MAINS

- Se laver les mains :
  - Avant et après chaque examen (ou contact direct avec la patiente) ;
  - Avant de mettre les gants ;
  - Après exposition à des muqueuses, à du sang ou à un liquide organique (sécrétions ou excréments) ;
  - Après avoir touché des instruments contaminés, même avec port de gant ;
  - Après avoir retiré les gants parce qu'il se peut qu'ils soient percés.

### Etapes pour le lavage routinier des mains

**Etape 1 :** Se mouiller les mains avec de l'eau propre, soit du robinet ou d'un seau.

**Etape 2 :** Enduire les mains de savon simple.

**Etape 3 :** Se frotter vigoureusement les mains et les doigts pendant au moins 10 à 15 secondes.

**Etape 4 :** Rincer abondamment les mains avec de l'eau propre.

**Etape 5 :** Sécher les mains avec des serviettes en papier et utiliser la serviette pour fermer le robinet ou sécher les mains à l'air. Ne pas utiliser de serviettes ayant servi à d'autres personnes pour se sécher les mains.

Autre solution : si les mains ne sont pas visiblement souillées, utiliser **une solution antiseptique à base d'alcool, sans eau.**

- Verser environ 5 mL de solution antiseptique dans la paume de la main.
- Frotter vigoureusement la solution sur toutes les surfaces de la main, jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

**Solution à base d'alcool pour se frotter les mains**

Une solution antiseptique non irritante peut être préparée en ajoutant 2 mL de glycérine, glycol de propylène ou sorbitol à 100 mL de solution éthylique ou isopropyl à 60 à 90 degrés.

**MANIPULATION D'INSTRUMENTS PIQUANTS OU TRANCHANTS ET D'AIGUILLES**

- Ne laisser aucun instrument piquant ou tranchant, ni aiguille ailleurs que dans les « zones de sécurité ».
- Prévenir les autres employés avant de leur faire passer des instruments piquants.

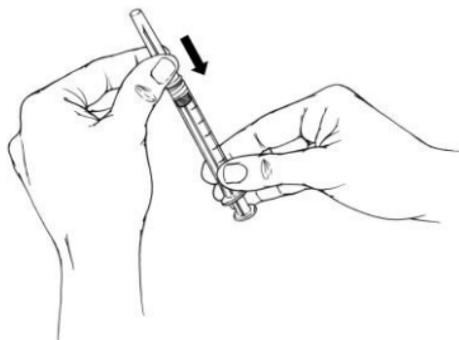
**Aiguilles et seringues hypodermiques**

- N'utiliser chaque seringue ou aiguille qu'une seule fois.
- Ne pas désolidariser les seringues et les aiguilles après utilisation.
- Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles. Ne pas les plier ou les casser avant de les jeter.
- Décontaminer l'aiguille et la seringue avant de les jeter.
- Jeter les aiguilles et seringues dans un récipient qui ne risque pas d'être perforé.

- **Note :** Dans les établissements qui ne disposent pas d'aiguilles jetables et où l'on a l'habitude de recapuchonner les aiguilles, appliquer la méthode dite « à une main » :
  - Premièrement, placer le capuchon sur une surface dure et plate et retirer la main.
  - Deuxièmement, tenir la seringue d'une main et se servir de l'aiguille pour ramasser le capuchon.



- Enfin, une fois que le capuchon recouvre entièrement l'aiguille, diriger celle-ci vers le haut (capuchon en direction du plafond). Utiliser l'index et le pouce pour tenir le capuchon à 1,27 cm de son bout ouvert (l'endroit où l'aiguille est ajustée à la seringue sous le capuchon). Enfoncer fermement le capuchon sur la garde de l'aiguille.



## GANTS ET BLOUSES

- Porter des gants :
  - en pratiquant une intervention (voir **page 86**) ;
  - en manipulant des instruments, gants et autres articles souillés ;
  - en jetant des déchets contaminés (coton, gaze ou pansements).
- Utiliser une paire de gants différente pour chaque patiente afin d'éviter la contamination croisée.

**Ne pas utiliser de gants craquelés, écaillés ou visiblement troués ou déchirés.**

- Préférer les gants jetables. Les gants chirurgicaux peuvent être réutilisés après les avoir :
  - décontaminés par trempage dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes ;
  - lavés et rincés ;
  - stérilisés à l'autoclave ou soumis à une désinfection à haut niveau à la vapeur ou à l'eau bouillante.

**Note:** si des gants chirurgicaux jetables à usage unique sont réutilisés, il ne faut pas les traiter à plus de trois reprises car des déchirures invisibles peuvent survenir.

- Une blouse propre mais pas forcément stérile doit être portée pour toutes les interventions obstétricales. Si la blouse a de longues manches, les gants doivent être mis sur les manches.

## EXIGENCES EN MATIÈRE DE GANTS ET PROTECTION PERSONNELLE POUR LES GESTES OBSTÉTRICAUX COURANTS

ACTE	GANTS RECOMMANDÉS <sup>a</sup>
Prise de sang, installation d'une perfusion	Gants d'examen <sup>d</sup>
Examen gynécologique	Gants d'examen
Aspiration manuelle intra-utérine	Gants d'examen
Réfection des déchirures cervicales ou périnéales	Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau
Compression bimanuelle de l'utérus Délivrance artificielle	Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau, à hauteur du coude
Accouchement par voie basse	Gants chirurgicaux, à hauteur du coude
Manipulation et nettoyage d'instruments	Gants d'entretien <sup>d</sup>
Élimination de déchets contaminés	Gants d'entretien
Nettoyage de projections de sang ou d'autres liquides organiques	Gants d'entretien

<sup>a</sup> Il n'est pas indispensable de porter des gants et une blouse pour vérifier la tension artérielle ou prendre la température, ni pour faire des injections.

<sup>b</sup> Les gants d'examen sont des gants jetables en latex prévus pour n'être utilisés qu'une seule fois.

<sup>c</sup> Les gants chirurgicaux sont des gants en latex conçus pour s'ajuster à la main. Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, ils doivent être décontaminés, nettoyés et soit stérilisés soit désinfectés à haut niveau.

<sup>d</sup> Les gants d'entretien sont des gants de ménage épais.

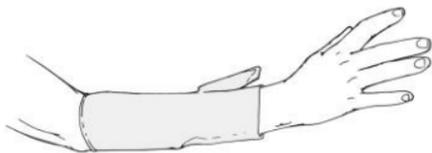
<b>GANTS ACCEPTABLES</b>	<b>PROTECTION</b>
Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau <sup>c</sup>	Aucune
Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau	Aucune
Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau	Blouse ou tablier en plastique ou caoutchouc
Gants chirurgicaux stériles	Blouse ou tablier en plastique ou caoutchouc
Gants chirurgicaux stériles, à hauteur du coude	Blouse ou tablier en plastique ou caoutchouc
Gants désinfectés à haut niveau, à hauteur du coude	Blouse ou tablier stérile en plastique ou caoutchouc, masque ou lunettes ou protection du visage
Gants d'examen ou gants chirurgicaux	Aucune
Gants d'examen ou gants chirurgicaux	Aucune
Gants d'examen ou gants chirurgicaux	Aucune

## Comment faire des gants à hauteur du coude

- Décontaminer, nettoyer et sécher des gants chirurgicaux utilisés.
- Couper les quatre doigts à hauteur des doigts.



- Stériliser ou désinfecter à haut niveau les gants coupés.
- Mettre les gants stériles ou désinfectés à haut niveau aux deux mains et tirer jusqu'au coude.



- Enfiler les gants stériles ou désinfectés à haut niveau sur les gants coupés de façon à ce que l'ouverture du gant intact recouvre la partie inférieure du gant coupé.

## ELIMINATION DES DECHETS

- L'élimination des déchets a pour objet de :
  - Prévenir la propagation des infections au personnel qui manipule les déchets ;

- Prévenir la propagation des infections à la communauté locale ;
  - Protéger les personnes qui manipulent ces déchets de blessures accidentelles.
- Les déchets non contaminés (le papier utilisé dans les bureaux, les boîtes) ne comportent aucun risque d'infection. On peut les jeter conformément aux habitudes locales.
- Il est nécessaire de manipuler convenablement les déchets contaminés (sang ou matériaux souillés par des liquides organiques) pour minimiser la propagation des infections au sein du personnel et de la communauté. manipuler ces déchets convenablement signifie :
  - Porter des gants d'entretien ;
  - Transporter les déchets solides contaminés jusqu'au lieu d'enlèvement dans des récipients fermés ;
  - Jeter tous les objets piquants ou tranchants dans des récipients qui ne peuvent pas être percés ;
  - Verser avec précaution les déchets liquides dans des toilettes équipées de canalisations sanitaires ou de chasses d'eau ;
  - Brûler ou enterrer profondément les déchets solides contaminés ;
  - Se laver les mains, laver les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES

Traiter	La décontamination est la première étape du traitement des articles utilisés. Cela réduit le risque de contracter le VHB et le VIH/SIDA.	Le nettoyage enlève tous les signes visibles de sang, liquides organiques et la saleté.
<b>INSTRUMENTS/ ARTICLES</b>	<b>DECONTAMINATION</b>	<b>NETTOYAGE</b>
Aiguilles et seringues hypodermiques (verre ou plastique)	Remplir l'aiguille et la seringue assemblées avec une solution chlorée à 0,5%. Rincer à trois reprises et soit jeter soit faire tremper pendant 10 minutes avant de nettoyer. Rincer en éjectant à trois reprises avec de l'eau propre. <sup>c</sup>	Désolidariser, ensuite laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre, sécher à l'air ou avec une serviette (les aiguilles doivent être séchées uniquement à l'air).
Ballon et masque Ambu	Désinfecter la surface exposée avec de la gaze trempée dans de l'alcool à 60 à 90 degrés ou une solution chlorée à 0,5%. Rincer immédiatement.	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre ; sécher à l'air ou avec une serviette.

---

La stérilisation détruit tous les microorganismes y compris les endospores.

La désinfection à haut niveau détruit tous les virus, bactéries, parasites, champignons et certaines endospores.

---

<b>STERILISATION<sup>a</sup></b>	<b>OU</b>	<b>DESINFECTION A HAUT NIVEAU</b>
<p>Préférable</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chaleur sèche pendant 2 heures une fois atteint 160° C (320° F) (uniquement seringue en verre),</li><li>OU</li><li>• Passer à l'autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés ).</li></ul>		<p>Acceptable<sup>d</sup></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</li></ul> <p>(La DHN chimique n'est pas recommandée car des résidus chimiques peuvent subsister même après avoir rincé à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie. Ces résidus peuvent interférer avec l'effet des médicaments injectés.)</p>
<p>Non exigée.</p>		<p>Non exigée.</p>

---

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Ballons d'aspiration	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre et sécher avec une serviette ou à l'air.
Bassins de lit/ urinoirs Haricots (pour vomissements)	Non exigée.	A l'aide d'une brosse, laver avec de l'eau et du savon désinfectant. Rincer avec de l'eau propre.
Canule AMIU (plastique)	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon ; enlever toutes les particules.

STERILISATION <sup>a</sup> OU	DESINFECTION A HAUT NIVEAU
Non exigée.	Non exigée.
Non exigée.	Non exigée.
Pas recommandé. (La chaleur de l'autoclave ou la chaleur sèche du four endommage les canules.)	Vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Gants chirurgicaux	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre et vérifier qu'il n'y a pas de trous. Si les gants seront stérilisés, les sécher à l'intérieur et à l'extérieur (sécher à l'air ou avec une serviette) et emballer.
Instruments (speculums vaginaux, ciseaux, porte-aiguilles)	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Avec une brosse, laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre. S'ils doivent être stérilisés, sécher à l'air ou avec une serviette.
Liens en coton pour lier le cordon	Non exigée.	Non exigée.

<b>STERILISATION<sup>a</sup> OU</b>	<b>DESINFECTION A HAUT NIVEAU</b>
<p>Si utilisé pour la chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes.</li> <li>• Ne pas utiliser pendant 24 à 48 heures.</li> </ul>	<p>Passer à la vapeur pendant 20 minutes et laisser sécher dans une marmite à vapeur.</p>
<p>Préférable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant une heure une fois atteint 170° C (340° F), OU</li> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés).</li> </ul> <p>Pour les instruments piquants ou tranchants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant 2 heures après avoir atteint 160° C (320° F).</li> </ul>	<p>Acceptable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</li> <li>• Désinfection chimique à haut niveau en faisant tremper pendant 20 minutes. Rincer soigneusement avec de l'eau bouillie et faire sécher à l'air avant d'utiliser ou de stocker.</li> </ul>
<p>Non pratique.</p>	<p>Mettre dans un petit bol en métal et placer le bol dans une marmite à vapeur et passer à la vapeur pendant 20 minutes. Sécher à l'air.</p>

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, GANTS CHIRURGICAUX E AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Pince à transfert et récipient	Non exigée. Traiter au moment d'une nouvelle équipe ou quand les instruments sont contaminés.	A l'aide d'une brosse, laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre. S'il faut stériliser, sécher à l'air ou avec une serviette.
Protection personnelle (bonnet, masques, couvre-blouse) <sup>b</sup> , champs opératoires, linges pour sécher et envelopper le bébé	Non exigée. (Le personnel de la buanderie devrait porter des blouses de protection et des lunettes de protection en lavant le linge souillé.)	Laver avec de l'eau chaude et du savon. Rincer avec une serviette propre et sécher à l'air.
Récipient pour stocker les instruments, les cupules pour prélèvements et les tubes à essai	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec une serviette propre et sécher à l'air.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION A HAUT NIVEAU
<p>Préférable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant 1 heure après avoir atteint 170° C (340° F)<sup>e</sup>, OU</li> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés).</li> </ul>		<p>Acceptable<sup>e</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passer à la vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</li> <li>• Désinfection chimique à haut niveau en faisant tremper pendant 20 minutes. Rincer soigneusement avec de l'eau bouillie et sécher à l'air avant d'utiliser ou de stocker.</li> </ul>
Non exigée.		Non exigée.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant une 1 heure ou après avoir atteint 170° C (340° F), OU</li> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés).</li> </ul>		<p>Faire bouillir le récipient et le couvercle pendant 20 minutes. Si le récipient est trop grand :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplir le récipient avec une solution chlorée à 0,5% et le laisser tremper pendant 20 minutes.</li> <li>• Rincer avec de l'eau qui a été bouillie pendant 20 minutes et sécher à l'air avant d'utiliser.</li> </ul>

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Sonde pour aspiration	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer à trois reprises avec de l'eau propre (à l'intérieur et à l'extérieur).
Sonde urinaire	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	A l'aide d'une brosse, laver avec de l'eau et du savon. Rincer à trois reprises avec de l'eau propre (à l'intérieur et à l'extérieur).
Stéthoscope	Non exigée.	Passer de l'alcool à 60 à 90 degrés.
Tables d'examen ou autres grandes surfaces (chariots et brancards)	Passer une solution chlorée à 0,5%.	Laver avec de l'eau et du savon s'il reste des matériaux organiques après la décontamination.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION A HAUT NIVEAU
Non recommandée. (La chaleur de l'autoclave ou la chaleur sèche du four endommagent les cathéters.)		Passer à la vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.  (La DHN chimique n'est pas recommandée car des résidus chimiques peuvent subsister même après avoir rincé à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie. Ces résidus peuvent interférer avec l'effet des médicaments injectés.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant 2 heures après avoir atteint 160° C (320° F) (métal uniquement),</li> <li>OU</li> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés (métal uniquement)).</li> </ul>		Passer à la vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.
Non exigée.		Non exigée.
Non exigée.		Non exigée.

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Tabliers en plastique, draps	Passer une solution chlorée à 0,5%.	Laver avec de l'eau chaude et du savon. Rincer avec une serviette propre et sécher à l'air.
Thermomètre, oral <sup>f</sup>	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre, faire sécher à l'air ou avec une serviette.
Thermomètre, rectal <sup>f</sup>	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre, faire sécher à l'air ou avec une serviette.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION A HAUT NIVEAU
Non exigée.		Non exigée.
Non exigée.		Non exigée.
Non exigée.		Non exigée.

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Voies aériennes (plastique)	Tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes avant le nettoyage. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre ; sécher à l'air ou avec une serviette.

<sup>a</sup> Si non emballés, utiliser immédiatement ; si emballés, traiter à nouveau quand le paquet est endommagé ou contaminé.

<sup>b</sup> Papier ou plastique. Placer dans un récipient étanche pour déchets ou sac en plastique pour jeter.

<sup>c</sup> Éviter l'exposition prolongée à une solution chlorée pour minimiser la corrosion (rouille) des instruments et la détérioration des produits de caoutchouc ou de tissus.

<sup>d</sup> Si la stérilisation (chaleur sèche ou autoclave) n'est pas disponible, ces articles peuvent être désinfectés à haut niveau en les faisant bouillir, en les passant à la vapeur ou en les faisant tremper dans un désinfectant chimique.

<sup>e</sup> Les instruments avec des bords tranchants ou les aiguilles ne doivent pas être stérilisés à des températures supérieures à 160° C pour éviter qu'ils ne deviennent émoussés.

<sup>f</sup> Il ne faut jamais mélanger les thermomètres oraux et rectaux après le nettoyage. Les garder dans des récipients séparés.

---

<b>STERILISATION<sup>a</sup></b>	<b>OU</b>	<b>DESINFECTION A HAUT NIVEAU</b>
Non exigée.		Non exigée.

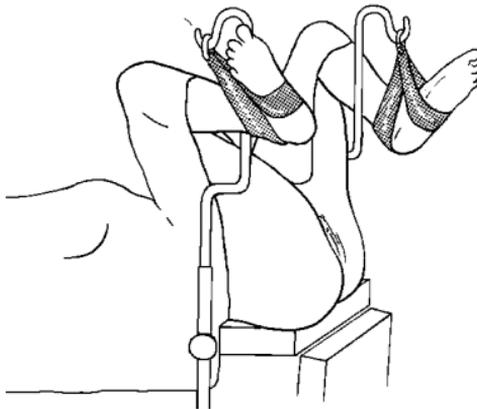
---



## DIRECTIVES POUR LES INTERVENTIONS

Avant de pratiquer un acte simple (non chirurgical), il est nécessaire de :

- Rassembler et préparer tout le nécessaire. Si du matériel manque, cela peut entraver l'intervention.
- Expliquer à la patiente l'intervention qu'elle va subir et pourquoi, et obtenir son consentement.
- Lui donner des analgésiques en tenant compte de l'importance de l'acte prévu.
- Installer la patiente dans une position adaptée à l'intervention. La position la plus couramment utilisée pour les actes obstétricaux (par exemple, l'AMIU) est la position gynécologique.



- Se laver les mains à l'eau et au savon (voir **pages 82 et 83**) et mettre des gants adaptés à l'intervention (voir **page 86**).

- Si l'intervention requiert une **préparation du vagin et du col avec un antiseptique** (par exemple, aspiration manuelle intra-utérine) :
  - Laver le bas de l'abdomen et la région périnéale à l'eau et au savon si nécessaire ;
  - Insérer en douceur un spéculum ou un écarteur stérile ou désinfecté à haut niveau dans le vagin ;
  - Badigeonner trois fois cette région de solution antiseptique (par exemple, iodophores, chlorhexidine) à l'aide d'une pince porte-tampons stérile ou désinfectée à haut niveau et d'une compresse de coton ou de gaze.

## **INSTRUCTIONS POUR LA PREPARATION DE LA PEAU POUR INJECTION OU PERFUSION INTRAVEINEUSE**

- Laver la région concernée à l'eau et au savon, si nécessaire avant de la nettoyer avec un antiseptique.
- Badigeonner cette région de solution antiseptique appliquée à un écouvillon de coton (nouveau) en commençant par le centre et en travaillant vers l'extérieur en gestes circulaires qui se recoupent.

En Collaboration avec :



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



## **ANNEXES**

Prise en charge active du troisième stade du travail .....	77
Médicaments et fournitures essentiels pour les soins obstétricaux d'urgence au poste de santé de type 1.....	81
Prévention des infections .....	85
Directives pour les interventions .....	109

## PREFACE

Ce guide de référence rapide a pour objet d'aider les prestataires de soins à reconnaître et à prendre les mesures qui s'imposent en cas d'urgences obstétricales et néonatales. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence au niveau du poste de santé et du centre de santé visent à diagnostiquer le problème, à stabiliser la patiente et à prendre les dispositions de transport nécessaires pour se rendre à l'établissement le plus proche susceptible de prendre en charge et de traiter la complication. Au niveau des hôpitaux de district, on doit pouvoir assurer la prise en charge de la plupart des complications obstétricales et néonatales.

Le présent Guide de référence rapide s'inspire du Manuel de l'Organisation mondiale de la Santé, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. (2000). A l'instar de ce manuel, il est organisé par symptôme. Les annexes comprennent des sections sur les médicaments et fournitures essentiels, la prévention des infections et les principes à observer lors des interventions. Une annexe supplémentaire décrit également les étapes de la prise en charge active du troisième stade du travail qui, selon l'évidence scientifique, permet d'éviter l'hémorragie du post-partum, cause de 35% de la mortalité maternelle.

Ce guide de poche a été adapté de : Guide de référence rapide en SOU développé par le Programme ACCESS de Jhpiego. Première édition en février 2004, deuxième triage en juin 2007.

Un soutien financier pour cette publication a été apporté par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) à travers le projet IKIRARO sous MCHIP Rwanda.

Comme tout document, ce guide de poche n'a pas de prétention d'être immuable, il est perfectible au fur et à mesure de son utilisation sur terrain. Il devra donc être actualisé de façon régulière à la lumière des remarques des utilisateurs et du développement de la recherche sur la santé maternelle et néonatale. J'invite les prestataires des maternités à tous les niveaux à en faire bon usage.

**Dr Agnès Binagwaho**

Ministre de la santé

## REPONSE EN CAS D'URGENCE

Etre prêt en cas d'urgence.....	1
Bilan rapide .....	2
Réponse en cas d'urgence.....	3
Evaluation initiale rapide.....	4
Evaluation initiale rapide en cas de détresse respiratoire.....	5
Evaluation initiale rapide en cas de choc.....	7
Evaluation initiale rapide en cas de convulsions ou perte de connaissance.....	11
Evaluation initiale rapide en cas de saignement vaginal .....	15
Evaluation initiale rapide en cas de fièvre.....	17
Evaluation initiale rapide en cas de douleurs abdominales.....	19
Orientation vers un niveau de soins plus élevé .....	20

## **ETRE PRET EN CAS D'URGENCE**

**Le responsable d'un centre de santé ou d'un hôpital a la charge d'assurer que tout le personnel technique** (infirmière, sage-femme ou médecin) **et le personnel de soutien** (réceptionnistes, gardes, concierges, femme de ménage) sache comment réagir en cas d'urgence.

**En cas d'urgence obstétricale ou néonatale le personnel doit travailler en équipe et de façon coordonnée pour sauver la vie de la mère et/ou du nouveau-né.**

### **Se RAPPELER**

- Une patiente avec des saignements doit être prise en charge immédiatement—elle ne peut pas attendre qu'on s'occupe d'elle.
- Tout le personnel doit être en mesure de réaliser un bilan rapide (voir **page 2**).
- Le plateau d'urgence doit être rééquipé à chaque fois (voir **page 80**).
- Tous les instruments et équipements doivent être décontaminés, nettoyés et désinfectés à haut niveau ou stérilisés, de suite après l'utilisation.

## BILAN RAPIDE

- **Observer** la patiente :
  - A-t-elle pu marcher ou a-t-on dû la porter sur un brancard au centre de de santé ou à l'hôpital ? (Signes possibles du choc, voir **page 7**)
  - Ses vêtements sont-ils trempés de sang ou du sang s'écoule-t-il par terre ? (Signes de saignement lors de la grossesse)
  - Est-ce qu'elle gémit, ou a-t-elle des envies de pousser ? (Signes possibles du travail avancé)
- **Demander** à la patiente ou à l'accompagnant si elle présente, actuellement ou récemment, un des signes suivants :
  - Saignement vaginal
  - Violentes céphalées/vision floue
  - Convulsions ou perte de connaissance
  - Difficultés respiratoires
  - Fièvre
  - Vives douleurs abdominales
  - Douleurs du travail
- **Si la patiente présente ou a présenté récemment L'UN QUELCONQUE de ces signes de danger ou symptômes de travail avancé, il faut**

**immédiatement :**

- **Appeler à l'aide.**
- Rester calme. Se concentrer sur les besoins de la patiente.
- Ne pas laisser la patiente sans surveillance.
- Prévenir le prestataire de soins compétent.

Le prestataire de soins qualifié doit effectuer une évaluation initiale rapide pour voir si la patiente requiert une stabilisation et ou traitement/transfert.

## REPONSE EN CAS D'URGENCE

Le prestataire qualifié doit effectuer une évaluation initiale rapide pour déterminer ce qui est nécessaire aux fins d'une stabilisation, prise en charge et ou référence immédiates.

- Rester calme. Se concentrer sur les besoins de la patiente.
- Ne pas laisser la patiente sans surveillance.
- Prendre le contrôle de la situation. Confier des tâches au personnel ou aux accompagnants de la patiente.
- **APPELER À L'AIDE.** Demander à une personne d'aller chercher de l'aide et demander à un membre de l'équipe de chercher le plateau des instruments d'urgence et les fournitures supplémentaires.
- Allonger la patiente, la tourner sur le côté gauche et surélever ses jambes.
- Parler à la femme et la rassurer pour qu'elle reste calme. Lui demander ou demander à l'accompagnant les symptômes et quand ils ont commencé à se présenter.
- Faire un examen rapide : tension artérielle, pouls, respiration, température et couleur de la peau. Vérifier les saignements et la quantité de sang perdue.

Ne pas donner de liquides ni d'antibiotiques par voie orale à une patiente en choc ou sans connaissance.

## EVALUATION INITIALE RAPIDE

Si des signes de danger sont reconnus lors du Bilan rapide, effectuer immédiatement une Evaluation initiale rapide (EIR) pour déterminer la gravité de la maladie et les éventuels soins d'urgence/stabilisation nécessaires.

**Note:** Même si une patiente ne présente aucun signe de choc, cela n'exclut la possibilité qu'elle entre en choc par la suite, ***une surveillance continue s'avère donc nécessaire.***

Envisager ou anticiper le choc si **L'UN QUELCONQUE** de ces signes est présent :

- Saignement vaginal lors de la grossesse
- Saignement vaginal actif pendant ou après l'accouchement
- Infection (fièvre)
- Traumatisme ou histoire de chute

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE

## EVALUER

- **Rechercher**
  - Ne respire pas ?
  - Respiration rapide (30 mvts ou plus par minute)
  - Respiration difficile ou râle (« gasp »)
  - Peau et téguments pâles ou coloration bleue (cyanose)
- **Examiner**
  - La bouche pour déceler des corps étrangers (par exemple aliments)
  - Les poumons : râles crépitants ou sibilants ?

## STABILISER

### *Si la patiente NE respire PAS*

- **Appeler à l'aide.**
- Laisser la patiente couchée sur le dos avec la tête légèrement en arrière.
- Relever le menton pour dégager les voies aériennes.
- Inspecter la bouche pour déceler des corps étrangers et les retirer.
- Aspirer les sécrétions dans la gorge.
- Ventiler avec un ballon et un masque jusqu'à ce qu'elle recommence à respirer.

***Si la patiente RESPIRE mais qu'elle est toujours en détresse respiratoire***

- **Appeler à l'aide.**
- Contrôler rapidement les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire).
- Allonger la patiente sur le côté gauche avec deux oreillers soutenant son dos.
- Administrer de l'oxygène à raison de 4 à 6 L par minute si disponible.
- **Transférer immédiatement vers un établissement d'un niveau de soins plus élevé.**

## **ENVISAGER**

- Anémie sévère
- Insuffisance cardiaque
- Voir **Difficultés respiratoires (page 68)**

# EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE CHOC

## EVALUER

- **Rechercher**
  - Respiration rapide (30 mvts ou plus par minute)
  - Peau froide et moite
  - Pâleur des conjonctives et des paumes et autour de la bouche
  - Transpiration
  - Anxiété, désorientation
  - Perte de connaissance
- **Examiner**
  - *Pouls* : rapide (110 battements par minute ou plus) et filant
  - *Tension artérielle* : systolique 90 mm Hg ou moins
  - *Débit urinaire* : moins de 30 mL par heure

## STABILISER

- **Appeler à l'aide.**
- **Tourner la patiente sur le côté** afin de limiter le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.
- **Vérifier qu'elle respire.**
- **Eviter qu'elle ne se refroidisse mais ne PAS la surchauffer.**

- **Surélever les jambes de la patiente** afin de permettre au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit) avant et pendant le transport.
- **Commencer une perfusion IV** ou administrer une solution de réhydratation par voie orale si elle est consciente. (voir **page 10**).
- **Surveiller les signes vitaux** (tension artérielle, pouls, respiration) et température cutanée toutes les 15 minutes.
- **Réévaluer la réaction** de la patiente aux liquides dans les 30 minutes et rechercher les signes d'amélioration suivants :
  - Pouls : 90 battements par minute ou moins
  - Tension artérielle : systolique 100 mm Hg ou plus
  - Moins désorientée et moins d'anxiété
  - Débit urinaire : 30 mL par heure ou plus
- Si l'état de la patiente s'améliore, abaisser le débit de la perfusion à 1 L en 6 heures. Déterminer la cause du choc et traiter en voie de conséquence.
- Si l'état de la patiente ne s'améliore ni ne se stabilise, transférer immédiatement vers un établissement de niveau de soins plus élevé.

## ENVISAGER

- Avortement inévitable/incomplet
- Grossesse ectopique
- Décollement prématuré du placenta (abruptio placentae)
- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Voir **Saignement vaginal en début de grossesse (page 25) et Saignement vaginal après 22 semaines de grossesse ou pendant le travail avant l'accouchement (page 34)**
- Atonie utérine
- Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
- Rétention placentaire/de fragments placentaires
- Voir **Saignement vaginal après l'accouchement (page 36)**
- Avortement septique
- Métrite
- Péritonite
- Voir **Fièvre pendant la grossesse et le travail (page 58), Fièvre après l'accouchement (page 60), ou Douleurs abdominales en début de grossesse (page 62)**
- Rupture utérine
- Voir **Douleurs abdominales en fin de grossesse ou pendant l'accouchement (page 64)**

## Directives pour démarrer une perfusion intraveineuse ou solution de réhydratation par voie orale (SRO)

Installer une voie veineuse (deux si possible)

- Utiliser un cathéter de large calibre (numéro 16 ou plus si possible).
- Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.
- Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Note** : Si le choc est imputable aux saignements, remplacer deux à trois fois la quantité estimée de liquides perdus.

**UNIQUEMENT si incapable de poser une voie de perfusion intraveineuse**, (quelle que soit la raison), **Si la patiente peut boire**, si elle est consciente et si elle n'a pas de convulsions (ou si elle n'en pas eu récemment) administrer à la patiente des SRO 300 à 500 mL en 1 heure par voie orale.

**Note** : A moins que la patiente ne soit entièrement consciente et alerte, NE JAMAIS DONNER de liquides par voie orale.

## EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE CONVULSIONS OU PERTE DE CONNAISSANCE

### EVALUER

- **Demander**
  - Enceinte ?
    - Si oui de combien de semaines ?
- **Examiner**
  - *Tension artérielle* : diastolique 90 mm Hg ou plus
  - *Température* : 38° C ou plus
  - *Examen d'urine* : **recherche de présence d'albumine si l'équipement est disponible au Centre de santé**

### STABILISER

- **Appeler à l'aide.**
- Ne jamais laisser la patiente seule.
- **Empêcher la patiente de se blesser** mais sans l'attacher.
- **Si elle a perdu connaissance :**
  - Vérifier si les voies aériennes sont dégagées.
  - Allonger la patiente sur le côté gauche et mettre deux oreillers dans son dos.
  - Vérifier si le cou est rigide ou souple.

- **En cas de convulsions**, l'allonger sur le côté pour éviter qu'elle inhale les matières vomies et vérifier le dégagement des voies aériennes.
- **Administer une dose de charge de sulfate de magnésium**  
Injecter 4 g de sulfate de magnésium<sup>1\*</sup> à 20% ou moins en IV en 5 minutes. Avertir la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lors de l'injection.
  - Poursuivre en injectant rapidement 5 g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 mL de lidocaïne à 2% dans la seringue. Veiller à observer les méthodes d'asepsie.
  - **Si les convulsions persistent ou reprennent au bout de 15 minutes**, administrer 2 g de sulfate de magnésium en IV, en 5 minutes.
  - **La dose d'entretien du sulfate de magnésium est de 5g plus 1 ml de lidocaïne à 2% en IM profonde dans la fesse toutes les 4 heures en changeant de fesse à chaque injection. La dose totale de sulfate de magnésium par 24 heures est de 30–40g**
  - **En cas d'arrêt de la respiration**, injecter lentement 1 g de gluconate de calcium (10 mL d'une solution à 10%) en IV, en 10 minutes.

<sup>1</sup> Il existe différentes concentrations de sulfate de magnésium (10%, 15%, 20%, 40%, 50%). Pour les injections en IM, il vaut mieux utiliser des concentrations plus élevées (par exemple, 50%) pour diminuer le volume nécessaire.

**Attention:** Avant de renouveler l'injection de sulfate de magnésium, s'assurer que la fréquence respiratoire de la patiente est au moins de 16 mvts/minute, que les réflexes rotuliens sont présents et que la diurèse est au moins de 30 mL/h pendant 4 heures d'affilée.

- **Si l'établissement Ne dispose PAS de sulfate de magnésium**
  - Donner du **diazépam**, dose de charge de 10 mg en IV lentement en 2 minutes.
  - **Si les convulsions reprennent**, répéter la dose de charge.
  - **En phase finale de travail ou si l'orientation vers un autre établissement est retardée**, administrer une dose d'entretien :
    - Perfuser 40 mg de diazépam dilués dans 500 mL de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) en 6 à 8 heures, de façon à obtenir une sédation tout en maintenant l'état de veille.
    - Arrêter la dose d'entretien si la fréquence respiratoire baisse en dessous de 16 mvts/minute.
    - Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 heures.
- **Traiter/transférer rapidement. Si le transfert vers un établissement de niveau de soins supérieur s'avère nécessaire, suivre les**

**indications ci-après** en plus de celles de la **page 20**.

- Accompagner la patiente pendant le transport.
- S'assurer que des médicaments suffisants sont disponibles pendant le transport.
- **En phase finale de travail ou si le transfert vers un autre établissement est retardé :**
  - Continuer le traitement avec du sulfate de magnésium :
    - Injecter 5 g de sulfate de magnésium en IM plus 1 mL de lidocaïne à 2% (tour à tour dans une fesse puis dans l'autre) toutes les 4 heures.
    - Continuer le traitement pendant 24 heures après la naissance ou après la dernière convulsion, des deux on retiendra celui qui survient en dernier.
  - Suivre le débit urinaire.

## **ENVISAGER**

- Eclampsie
- Tétanos
- Epilepsie
- Paludisme compliqué
- Voir **Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance (page 52)**

## EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE SAIGNEMENT VAGINAL

### EVALUER

- **Demander**
  - Enceinte ?
    - Si Oui de combien de semaines ? Date des dernières règles ?
  - Douleurs abdominales ?
  - **Après 28 semaines de grossesse, demandez si**
    - Accouchement récent, date de l'accouchement
    - Placenta expulsé
    - Saignement lent et continu (pendant combien de temps) ou a commencé soudainement
- **Examiner**
  - *Vulve* : volume du saignement, trauma
  - *Vagin* : déchirures, placenta
  - *Col* : produits de la conception, déchirures
  - *Utérus* : rétention placentaire, atonie utérine
  - *Vessie* : pleine
  - **Ne pas faire de toucher vaginal à ce stade**

## **STABILISER**

- **Arrêter les saignements.** Déterminer la cause du saignement en fonction de l'âge gestationnel et traiter en voie de conséquence.

## **ENVISAGER**

- Avortement
- Grossesse ectopique
- Grossesse molaire
- **Voir Saignement vaginal en début de grossesse (page 25)**
- Décollement prématuré du placenta
- Rupture utérine
- Placenta prævia
- **Voir Saignement vaginal après 22 semaines de grossesse ou pendant le travail avant l'accouchement (page 34)**
- Atonie utérine
- Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
- Rétention placentaire/de fragments placentaires
- Inversion utérine
- **Voir Saignement vaginal après l'accouchement (page 36)**

## EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE FIEVRE (TEMPERATURE DE 38° C OU PLUS)

### EVALUER

- **Demander**
  - Faible, léthargique ?
  - Mictions plus fréquentes et douloureuses ?
- **Examiner**
  - Perte de connaissance
  - *Température* : 38° C ou plus
  - *Cou* : rigide
  - *Poumons* : polypnée, consolidation
  - *Abdomen* : vives douleurs abdominales à la palpation
  - *Vulve* : pertes purulentes
  - *Seins* : sensibilité mammaire

### STABILISER

- **ADMINISTRER 2 g D'AMPICILLINE EN IV** toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures.
- **Transférer d'urgence vers un établissement de niveau de soins supérieur.**

- **En cas de signes de choc septique, voir la prise en charge pour stabiliser en cas de choc (page 7).**
- Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'un litre en 15 à 20 minutes. Administrer au moins 2 L de solution pendant la première heure.

## **ENVISAGER**

- Avortement septique
- Amnionite
- Paludisme grave
- Typhoïde + Méningite (vu que la raideur du cou a été investiguée)
- **Voir Fièvre pendant la grossesse et le travail (page 58)**
- Métrite
- Cellulite traumatique
- Paludisme compliqué
- Mastite
- **Voir Fièvre après l'accouchement (page 60)**

## EVALUATION INITIALE RAPIDE EN CAS DE DOULEURS ABDOMINALES

### EVALUER

- **Demander**
  - Enceinte ?
    - Si oui de combien de semaines ?
- **Examiner**
  - *Tension artérielle* : systolique 90 mm Hg ou moins
  - *Température* : 38° C ou plus
  - *Utérus* : Age gestationnel ou date de l'accouchement
  - *Existence de pertes vaginales et leur aspect*

### ENVISAGER

- Avortement spontané ou provoqué
- Grossesse ectopique
- Grossesse molaire
- Voir **Saignement vaginal en début de grossesse (page 25)**
- Décollement prématuré du placenta
- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Voir **Saignement vaginal après 28 semaines de grossesse ou pendant le travail avant l'accouchement (page 34)**

## ORIENTATION VERS UN NIVEAU DE SOINS PLUS ELEVE

- Suite à la prise en charge d'urgence, discuter de la décision de transférer, avec la patiente et la famille.
- Organiser rapidement les transports et le soutien financier possible.
- Informer le centre de référence par radio ou téléphone.
- Remettre à la patiente une notification de référence portant les renseignements suivants :
  - Nom, âge, adresse
  - Antécédents obstétricaux (parité, âge gestationnel, complications prénatales)
  - Complications obstétricales passées pertinentes
  - Motif de la référence
  - Traitement suivi jusqu'à présent et résultats
- Envoyer avec la patiente :
  - Un agent de santé qualifié en soins obstétricaux si possible
  - Médicaments et fournitures d'urgence
  - Si la femme a accouché, un membre de la famille peut accompagner la mère pour s'occuper du bébé.
- Pendant le transfert :
  - Continuer à perfuser.
  - Veiller à ce que la patiente (et le bébé s'il est né)

ne se refroidisse pas mais ne pas surchauffer.

- En cas de long déplacement, continuer le traitement tout au long du trajet.
- Consigner par écrit tous les liquides perfusés, le moment de l'administration et l'état de la patiente sur son dossier.

## **SYMPTOMES**

Saignement vaginal .....	23
Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance .....	51
Déroutement défavorable du travail .....	56
Fièvre pendant la grossesse et le travail (température de 38° C ou plus) .....	58
Fièvre après l'accouchement (température de 38° C ou plus) .....	60
Douleurs abdominales en début de grossesse (avant 22 semaines) .....	62
Douleurs abdominales en fin de grossesse ou pendant l'accouchement .....	64
Difficultés respiratoires .....	68
Un nouveau-né qui ne respire pas à la naissance .....	70
Déroutement anormal du travail .....	71
Souffrance fœtale aiguë .....	74



## SAIGNEMENT VAGINAL

**Saignement léger :** il faut plus de cinq minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soit complètement trempé de sang.

**Saignement abondant :** il faut moins de cinq minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soit complètement trempé de sang.

## TYPES D'AVORTEMENT

L'**avortement spontané** est défini comme la terminaison d'une grossesse avant 28 semaines de gestation. Les étapes d'avortement spontané peuvent inclure :

- **Menace d'avortement :** la grossesse est susceptible de se poursuivre.
- **Avortement inévitable :** la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet/complet.
- **Avortement incomplet :** expulsion d'une partie des produits de conception.
- **Avortement complet :** expulsion de la totalité des produits de conception.

**L'avortement provoqué** est défini comme un processus par lequel on met un terme à une grossesse avant que le fœtus ne soit viable (28 semaines).

**L'avortement à risques ou avortement non médicalisé** est défini soit comme un avortement réalisé par des personnes n'ayant pas les compétences requises ou dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales élémentaires, soit les deux.

**L'avortement septique** est défini comme un avortement ayant des complications infectieuses. La septicémie est une complication courante de l'avortement à risques.

## **EN CAS DE PRÉSUMPTION D'AVORTEMENT À RISQUE**

- Rechercher des signes d'infection ou des lésions traumatiques utérines, vaginales ou intestinales.
- En cas d'infection, administrer des antibiotiques (voir **page 17**) avant de réaliser une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou administrer du misoprostol ou orienter vers un établissement en mesure de réaliser l'AMIU.
- En cas de lésions utérines, vaginales ou intestinales,

perfusion des liquides (voir **page 10**) et **transférer d'urgence pour intervention chirurgicale et AMIU.**

- Si des préparations à base de plantes, médicaments locaux ou substances caustiques ont été utilisées, irriguer abondamment le vagin pour les retirer.

## **SUIVI DES FEMMES QUI ONT EU UN AVORTEMENT À RISQUES**

- Conseiller la patiente à propos de la santé de la reproduction et de ses besoins en matière de planification familiale.
- L'aider à choisir et à obtenir la méthode de planification familiale qui lui convient le mieux, si elle le souhaite.
- Lui conseiller d'attendre au moins 6 mois avant de tenter de tomber enceinte si elle souhaite une nouvelle grossesse
- Voir quels sont les autres services de santé nécessaires, par exemple vaccin antitétanique ou rappel, traitement pour infections sexuellement transmissibles ou dépistage du cancer du col.

## **SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION)**

- Réaliser une évaluation initiale rapide (voir **page 15**).
- Stabiliser suivant la procédure en cas de choc (voir **page 7**).
- Si la stabilisation n'est pas nécessaire ou si la patiente est stabilisée, évaluer les signes et symptômes pour établir le diagnostic et décider de la prise en charge.

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement léger Col fermé Hauteur utérine correspondant au terme	<b>Menace d'avortement</b>
Saignement léger Douleurs abdominales Col fermé Utérus légèrement plus gros que la normale Utérus plus mou que la normale	<b>Grossesse ectopique</b> <i>Non rompue :</i> Symptômes de grossesse débutante Douleurs abdominales et pelviennes <i>Rompue :</i> Signes de choc Malaise et faiblesse Pouls 100 battements par minute ou plus Tension artérielle systolique de 90 mm Hg ou moins Douleurs abdominales et pelviennes aiguës Douleur abdominale à la palpation pelvienne Pâleur

---

## PRISE EN CHARGE

---

En général, aucun traitement médical n'est nécessaire ; faire suivre la patiente en consultation prénatale.

Conseiller à la patiente d'éviter les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels.

Ne pas administrer d'hormones ni de tocolytiques.

### **Si le saignement persiste**

**Orienter vers un niveau de soins plus élevé (peut s'agir d'une grossesse ectopique, de jumeaux ou d'une grossesse molaire).**

---

Prendre les dispositions pour transport immédiat pour laparotomie.

### **Non rompue**

Poser une voie veineuse et perfuser une solution de 1 L (Ringer lactate ou sérum physiologique) en 6 à 8 heures.

### **Rompue et en choc**

Poser une voie veineuse et perfuser rapidement une solution de 1 L (Ringer lactate ou sérum physiologique) en 15 à 20 minutes.

Renouveler avec un 1 L toutes les 30 minutes au rythme de 30 mL/min (1 L en 6 à 8 heures) quand le pouls diminue à moins de 100 battements par minute, quand la tension artérielle systolique augmente à 100 mm Hg ou plus.

Noter heures et quantités de liquides administrés.

---

## SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION) (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement léger Col fermé Utérus petit pour le terme Utérus plus mou que la normale	<b>Avortement complet</b>
Saignement abondant Col dilaté Utérus petit pour le terme ou hauteur utérine correspondant au terme	<b>Avortement inévitable</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Normalement, l'évacuation de l'utérus n'est pas nécessaire.

Rechercher le saignement abondant.

Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM ou du misoprostol 400 µg par voie orale.

**Transférer si les saignements ne cessent pas immédiatement.**

---

**Si l'AMIU n'est pas disponible**

**Stabiliser et transférer d'urgence.**

Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler après 15 minutes si nécessaire) **OU** 400 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 heures si nécessaire).

**Si l'AMIU est disponible**

*Si la grossesse est ≤ 12 semaines :*

Réaliser l'AMIU ou donner 600 µg de misoprostol par voie orale.-

*Si la grossesse a plus de 12 semaines :*

Attendre l'expulsion spontanée des produits de conception. Si nécessaire, perfuser 40 unités d'ocytocine diluées dans

1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute pour faciliter l'expulsion des produits de conception.

Réaliser une AMIU pour retirer les produits restants de conception.

---

## SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION) (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement abondant Col dilaté Utérus petit pour le terme	<b>Avortement incomplet</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

### **Si le saignement est léger à modéré et si la grossesse est de 12 semaines au plus**

A l'aide d'une pince à pansement, retirer les produits de conception qui sont visibles au col.

Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) **OU** 600 µg de misoprostol par voie orale.

### **Si les saignements sont abondants et si la grossesse est de 12 semaines au plus**

#### **Si l'AMIU est disponible**

Réaliser l'AMIU.

#### *Si l'AMIU n'est pas disponible*

Réaliser un curetage.

*Si l'AMIU et le curetage ne sont pas disponibles, administrer 600 µ de misoprostol*

**Transférer immédiatement si on est dans un centre de santé.**

### **Si les saignements sont abondants et si la grossesse a plus de 12 semaines**

#### *Si l'AMIU n'est pas disponible*

#### **Stabiliser et transférer d'urgence.**

Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à renouveler au bout de 15 minutes si nécessaire) **OU** 600 µg de misoprostol par voie orale (à renouveler une fois au bout de 4 heures si nécessaire).

#### *Si l'AMIU est disponible*

Perfuser 40 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute jusqu'à expulsion des produits de conception.

Si nécessaire, administrer 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les 4 heures jusqu'à expulsion des produits de conception (mais ne pas dépasser 800 µg).

Réaliser une AMIU pour retirer les produits restants de conception.

---

## SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE (AVANT 28 SEMAINES DE GESTATION) (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Saignement abondant Col dilaté Utérus gros pour le terme Utérus plus mou que la normale Expulsion partielle de produits de conception ayant un aspect de grappe de raisin	<b>Grossesse molaire</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

**Si le diagnostic est incertain et/ou si l'AMIU n'est pas disponible**

**Stabiliser et transférer d'urgence** (voir **Evaluation initiale rapide, page 15** et **stabilisation en cas de choc, page 7**).

**Si le diagnostic est établi et si l'AMIU est disponible**

Evacuer l'utérus (se munir de trois seringues assemblées et prêtes à l'emploi).

*Si une dilatation du col est nécessaire*

Pratiquer un bloc paracervical.

Une fois démarrée l'AMIU, perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute pour prévenir l'hémorragie.

---

## **SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS 28 SEMAINES DE GROSSESSE OU PENDANT LE TRAVAIL AVANT L'ACCOUCHEMENT**

<b>SIGNES/SYMPTOMES</b>	<b>DIAGNOSTIC PROBABLE</b>
Saignement Douleurs abdominales intermittentes ou constantes Forte douleur abdominale	<b>Décollement prématuré du placenta Rupture utérine Placenta prævia</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Transférer d'urgence si on est dans un centre santé**  
**Traiter selon l'étiologie si on est dans un hôpital.**

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Survenue du saignement vaginal abondant dans les 24 heures après l'accouchement Utérus mou/non contracté	<b>Atonie utérine</b>

Survenue du saignement vaginal accru dans les 24 heures après l'accouchement	<b>Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales</b>
--	---

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Masser le fond utérin à travers l'abdomen.

**Administrer de l'ocytocine**

**IV** : perfuser 20 unités dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute jusqu'à ce que l'utérus soit contracté, et ensuite 20 unités dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute. *Ne pas administrer plus de 3 L.*

**PLUS**

**IM** : 10 unités.

**Si l'ocytocine n'est pas disponible**

Administrer de l'ergométrine/méthylergométrine (ne pas utiliser en cas de signes/symptômes de pré-éclampsie, hypertension ou maladie cardiaque).

**IM ou IV** : perfuser lentement 0,2 mg. Renouveler 0,2 mg en IM après 15 minutes.

Si nécessaire, administrer 0,2 mg en IM ou IV (lentement) toutes les 4 heures.

Si les ocytociques injectables ne sont pas disponibles, donner 800 µg de misoprostol par voie sublinguale

**Si le saignement persiste**

Examiner à nouveau et extraire les fragments placentaires restants.

**Si le saignement n'a toujours pas cessé malgré la prise en charge**

Réaliser une compression bimanuelle de l'utérus ou exercer une compression de l'aorte abdominale (voir **pages 44 à 45**).

**Si le saignement ne cesse pas malgré la compression**

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes. Administrer au moins 2 L de liquide pendant la première heure.

**Transférer d'urgence ou faire un traitement chirurgical.**

---

Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.

**Si le saignement ne cesse pas immédiatement**

**Transférer d'urgence.**

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

---

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement Absence d'une portion de la surface maternelle du placenta ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux (Il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.)	<b>Rétention placentaire/ de fragments placentaires</b>

---

---

## PRISE EN CHARGE

---

Vérifier que la vessie est vide (sonder si nécessaire).

### **Si le placenta est visible**

Demander à la patiente de faire des efforts expulsifs.

### **S'il le placenta ou les fragments placentaires sont palpables au toucher vaginal,**

Procéder à son extraction, manuellement (porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau, mettre de la gaze stérile autour des doigts).

### **Si le placenta n'a pas été expulsé et n'est ni visible ni palpable**

Administrer 10 unités d'ocytocine en IM.

#### **Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine et que l'utérus est contracté**

Essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon (voir **page 74**).

#### **Si la traction mesurée sur le cordon est sans succès**

Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

Extraire les fragments placentaires à la main (voir **page 46**).

### **En cas de signes d'infection**

Administrer 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

### **S'il n'est pas possible d'extraire le placenta ou les fragments placentaires OU si les saignements ne cessent pas immédiatement**

**Transférer d'urgence.**

---

---

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Fond utérin non perçu à la palpation abdominale Douleur légère ou intense	<b>Inversion utérine</b>

---

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : 2 g d'ampicilline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV ; ou

Administrer 1g de céfazoline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV.

**Transférer d'urgence ou traiter en repositionnant l'utérus.**

**En cas de fièvre et/ou de pertes vaginales malodorantes**

Administrer 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence ou Traitement.**

---

## SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Survenue du saignement plus de 24 heures après l'accouchement Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement	<b>Hémorragie du post-partum tardif</b>

---

## PRISE EN CHARGE

---

### Administrer de l'ocytocine

*IV* : perfuser 20 unités diluées dans un 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute jusqu'à ce que l'utérus soit contracté, ensuite 20 unités dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute. *Ne pas donner plus de 3 L.*

### PLUS

*IM* : 10 unités.

### Si des ocytociques ne sont pas disponibles

Administrer de l'ergométrine/méthylergométrine (ne pas utiliser en cas de signes/symptômes de pré-éclampsie, hypertension ou maladie cardiaque).

*IM ou IV* : perfuser lentement 0,2 mg. Renouveler 0,2 mg en *IM* au bout de 15 minutes.

Si nécessaire, administrer 0,2 mg en *IM* ou *IV* (lentement) toutes les 4 heures.

### Si le col est dilaté

Exploration manuelle de l'utérus (avec des gants stériles ou désinfectés à haut niveau) pour retirer les caillots importants et les fragments placentaires.

### Si le col n'est pas dilaté et si l'AMIU n'est pas disponible OU si les saignements persistent

**Transférer d'urgence.**

### Si le col n'est pas dilaté et si l'AMIU est disponible

Réaliser l'AMIU pour retirer les fragments placentaires.

### Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dL ou si la mesure de l'hématocrite est inférieure à 20% (anémie grave)

Donner 120 mg de sulfate ferreux ou fumarate ferreux **PLUS** 400 µg d'acide folique par voie orale.

**Transférer d'urgence.**

### En cas de fièvre ou de pertes vaginales malodorantes

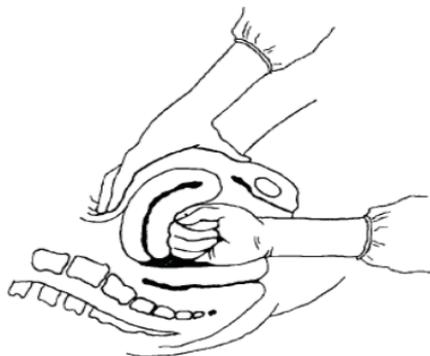
Administrer 2 g d'ampicilline en *IV* toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en *IV* toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en *IV* toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence.**

---

## COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS

- Apporter un soutien émotionnel à la patiente et l'encourager. S'exprimer avec calme pour aider la patiente à se détendre
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (pages 85 à 87), introduire une main dans le vagin et extraire les caillots de sang de la partie inférieure de l'utérus ou du col.
- Fermer le poing.
- Placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.
- Avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.



## AUTRE POSSIBILITÉ : COMPRESSION DE L'AORTE

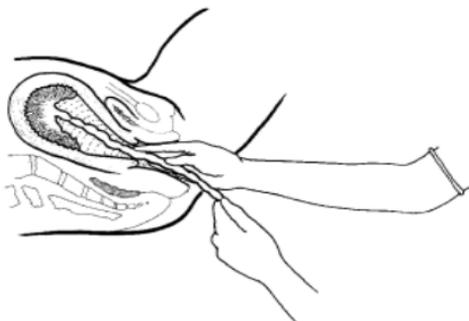
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. S'exprimer avec calme pour aider la patiente à se détendre
- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale à travers la paroi abdominale :
  - Le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche.
  - Pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale antérieure.
- Avec l'autre main, palper pour rechercher le pouls fémoral afin de vérifier que la compression est suffisante.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.



**Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.**

## DELIVRANCE ARTIFICIELLE

- Revoir les principes généraux pour les indications d'une délivrance artificielle.
- Installer une voie veineuse.
- Apporter un soutien émotionnel à la patiente et l'encourager. S'exprimer avec calme pour aider la patiente à se détendre.
- Sonder la vessie ou s'assurer que la patiente a une vessie vide.
- Administrer une anesthésie ou un sédatif
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques :
  - 2 g d'ampicilline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole, en IV ;
  - **OU** 1 g de céfazoline en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants à hauteur du coude stériles ou désinfectés à haut niveau (voir **page 85 à 89**), engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus.



- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus.

**Note:** En cas d'inversion utérine, **transférer d'urgence** si vous êtes dans un centre de santé.

- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.
- **Si le cordon a été préalablement détaché,** introduire une main dans la cavité utérine. Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.



- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.

- Procéder lentement ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.
- **Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine** sous l'effet du mouvement latéral doux effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, retirer les fragments placentaires. **Si les tissus sont très adhérents**, redouter un placenta accreta et transférer immédiatement pour faire une laparotomie et éventuellement une hystérectomie subtotale.
- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta.
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-contraction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée de la main qui est retirée.
- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.



- Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM.
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

## **PROBLEMES**

**Si la rétention placentaire est due à un anneau de rétraction ou si elle dure depuis plusieurs heures voire depuis plusieurs jours depuis l'accouchement, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus. Transférer d'urgence.**

## **SOINS POST-OPERATOIRES**

- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) toutes les 30 minutes pendant les 6 heures suivantes ou jusqu'à ce que l'état de la patiente soit stable.
- Palper le fond utérin pour s'assurer que l'utérus est toujours contracté.
- Vérifier les pertes de lochies excessives.
- Maintenir la perfusion.

## **CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS OU PERTE DE CONNAISSANCE**

Si une femme enceinte ou une accouchée récente se plaint de violents céphalées ou de vision floue ou si une femme enceinte a une tension artérielle élevée, faire un test des urines (recherche de protéinurie).

Une petite proportion de femmes souffrant d'éclampsie a une tension artérielle normale. Traiter toutes les femmes avec des convulsions comme pour une éclampsie et continuer à rechercher d'autres causes éventuelles.

Si une femme enceinte vivant dans une région impaludée a de la fièvre, des céphalées ou des convulsions, et si on ne peut pas exclure l'éventualité du paludisme, il faut traiter la patiente pour le paludisme et l'éclampsie.

## CEPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS OU PERTE DE CONNAISSANCE

- Faire une évaluation initiale rapide (voir page 11).
- Stabiliser si nécessaire (voir page 11).
- **Transférer d'urgence.**

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Convulsions TA diastolique supérieure à 90 mm Hg ou plus après 20 semaines de grossesse Protéinurie au moins égale à ++ ou plus	<b>Eclampsie</b>
Trismus (difficulté à ouvrir la bouche et à mastiquer)	<b>Tétanos</b>
Convulsions Convulsions antérieures Tensions artérielles normales	<b>Epilepsie</b>
Fièvre (38° C ou plus) Frissons/rigueurs Céphalées Douleurs musculaires/ articulaires Coma Anémie	<b>Paludisme grave</b>
<hr/> <hr/>	
PRISE EN CHARGE	

---

Stabiliser en fonction de la procédure de stabilisation pour **convulsions ou perte de connaissance** (voir **page 11**).  
**Transférer d'urgence.**

---

Maîtriser les spasmes en injectant lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse, en 2 minutes.  
Traiter la cause de la septicémie.  
Administer 2 millions d'unités de pénicilline G en IV toutes les 4 heures.  
**Transférer d'urgence.**

---

**Si la patiente a des convulsions**

Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse, en 2 minutes.  
Si les convulsions reprennent au bout de 10 minutes, renouveler l'injection.  
**Transférer d'urgence.**

---

**Si les convulsions surviennent**

Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse, en 2 minutes.

**En cas de diagnostic d'éclampsie**

Prévenir les futures convulsions avec du sulfate de magnésium (voir **page 55**).

**Transférer d'urgence**

**En cas de diagnostic de paludisme compliqué et si la patiente est consciente**

Donner de la quinine en perfusion.

**Transférer d'urgence ou continuer le traitement si hôpital.**

---

## MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNÉSIUM\* POUR LA PREECLAMPSIE SÉVÈRE ET L'ECLAMPSIE

### DOSE DE CHARGE :

- Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium en IV en 5 minutes.
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium en IM profonde, dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 mL de lidocaïne à 2% dans la même seringue. Veiller à pratiquer la technique aseptique en donnant l'injection profonde IM de sulfate de magnésium. Avertir la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lors de l'injection.
- Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, administrer 2 g de sulfate de magnésium en IV, en 5 minutes.

### DOSE D'ENTRETIEN :

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium + 1 mL de lidocaïne à 2% en IM, toutes les 4 heures, tout à tour dans une fesse puis dans l'autre.
- Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.

### AVANT DE RENOUELER L'INJECTION, S'ASSURER QUE :

- La fréquence respiratoire est au moins de 16 mvts/minute.
- Les réflexes rotuliens sont présents.
- La diurèse est au moins de 30 mL/h pendant les 4 dernières heures.

### INTERROMPRE OU DIFFERER LE TRAITEMENT SI :

- La fréquence respiratoire passe en dessous de 16 mvts/minute.
- Les réflexes rotuliens sont absents.
- La diurèse est passée en dessous de 30 mL/h pendant les 4 dernières heures.

### SE MUNIR D'UN ANTAGONISTE PRÊT À L'EMPLOI :

- *En cas d'arrêt de la respiration* : Faciliter la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation). Injecter lentement 1 g de gluconate de calcium (10 mL d'une solution à 10%) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne pour contrer les effets du sulfate de magnésium.

## Déroutement défavorable du travail

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
En travail plus de 12 heures Présentation autre que le sommet	<b>Obstruction</b> <b>Présentation ou position dystocique</b>

---

### PRISE EN CHARGE

Installer une voie veineuse utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre. Perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 3 mL/minute en 6 heures.

**Transférer d'urgence ou traiter selon la cause.**

## FIEVRE PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL (TEMPERATURE DE 38° C OU PLUS)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Fièvre/frissons Leucorrhées malodorantes avant 22 semaines Utérus sensible	<b>Avortement septique</b>
Fièvre/frissons Ecoulement vaginal aqueux et malodorant après 22 semaines de grossesse <b>Douleurs abdominales</b>	<b>Amniotite</b>
Fièvre (38° C ou plus) Frissons/rigueurs Céphalées Douleurs musculaires/ articulaires Coma Anémie	<b>Paludisme grave</b>
Fièvre Céphalées Toux sèche Malaise Anorexie Splénomégalie	<b>Typhoïde</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Administer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV toutes

les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine en IV toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les

8 heures jusqu'à ce que la fièvre disparaisse pendant 48 heures.

**Avant 16 semaines**

*Si l'AMIU est disponible*

Réaliser l'AMIU.

*Si l'AMIU n'est pas disponible*

**Transférer d'urgence.**

**Après 16 semaines**

**Transférer d'urgence** après avoir administré des antibiotiques.

---

Administer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures.

Transférer vers un établissement de niveau de soins plus élevé pour l'accouchement.

---

**Si la patiente est consciente**

Donner trois comprimés de sulfadoxine pyriméthamine

**OU** chloroquine et **transférer d'urgence.**

**Si la patiente a perdu connaissance ou si elle a des convulsions**

Administer lentement 10 mg de diazépam en IV en 2 minutes.

**Transférer d'urgence.**

---

Administer 1 g d'ampicilline par voie orale quatre fois par jour **OU** 1 g d'amoxicilline par voie orale trois fois par jour pendant

14 jours. Les autres traitements dépendent des modes de sensibilité locale.

**Transférer d'urgence.**

---

## FIÈVRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT (TEMPÉRATURE DE 38° C OU PLUS)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Fièvre/frissons Douleurs abdominales basses Lochies purulentes et malodorantes Utérus sensible	<b>Métrite</b> Un traitement retardé ou inadéquat peut entraîner : Un abcès pelvien Une péritonite Un choc septique Une thrombose veineuse profonde Une embolie pulmonaire Une infection pelvienne chronique Obstruction tubaire et stérilité
Plaie sensible et douloureuse Erythème et œdème s'étendant au-delà de la plaie	<b>Cellulite traumatique</b>
Fièvre (38° C ou plus) Frissons/rigueurs Céphalées Douleurs musculaires ou articulaires Coma Anémie	<b>Paludisme grave</b>
Fièvre Céphalées Toux sèche Malaise Anorexie Splénomégalie	<b>Typhoïde</b>

---

Douleurs et sensibilité des seins **Mastite**  
Zone rougeâtre, en forme de coin sur le sein  
3 à 4 semaines après l'accouchement

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures jusqu'à ce que la fièvre disparaisse pendant 48 heures.

**Transférer d'urgence.**

---

Administrer immédiatement 2 millions d'unités de pénicilline G en IV, toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence.**

---

Perfuser 20 mg de dichlorhydrate de quinine par kg en IV (dextrose à 5%, sérum physiologique ou Ringer lactate) en 4 heures.

Attendre 4 heures après avoir achevé la dose de charge.

Ensuite, perfuser 10 mg de dichlorhydrate de quinine par kg en 4 heures.

Renouveler toutes les 8 heures.

---

**Transférer d'urgence.**

---

---

Administer 500 mg de cloxacilline par voie orale toutes les

6 heures **OU** 250 mg d'érythromicine par voie orale toutes les 8 heures pendant 10 jours.

Encourager la mère à continuer d'allaiter le bébé.

---

## **DOULEURS ABDOMINALES EN DEBUT DE GROSSESSE (AVANT 22 SEMAINES)**

---

<b>SIGNES/SYMPTOMES</b>	<b>DIAGNOSTIC PROBABLE</b>
Fièvre légère/frissons Douleur abdominale basse Absence de borborygmes	<b>Péritonite</b>

---

Saignement léger Douleurs abdominales Col fermé Utérus légèrement plus gros que la normale Utérus plus mou que la normale	<b>Grossesse ectopique</b>
---	----------------------------

---

---

#### PRISE EN CHARGE

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en

6 à 8 heures à moins que la patiente ne soit entrée en état de choc.

Administrer immédiatement 2 millions d'unités de pénicilline G en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg/kg de gentamicine en IV **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les

8 heures.

#### **Transférer d'urgence.**

---

Prendre les dispositions nécessaires pour un transport immédiat en vue d'une laparotomie.

Si la grossesse n'est pas rompue, installer une voie veineuse et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'un 1 L en 6 à 8 heures.

---

## DOULEURS ABDOMINALES EN FIN DE GROSSESSE OU PENDANT L'ACCOUCHEMENT

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Douleurs abdominales intermittentes ou constantes. Saignement après 22 semaines de grossesse	<b>Décollement prématuré du placenta</b>
Douleur abdominale sévère (pouvant diminuer après la rupture) Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal)	<b>Rupture utérine</b>
Fièvre/frissons Écoulement vaginal aqueux et malodorant après 22 semaines de grossesse Douleurs abdominales	<b>Amnionite</b>
Fièvre/frissons Douleurs abdominales basses Lochies purulentes et malodorantes Utérus sensible	<b>Métrite</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Transférer d'urgence ou prendre en charge si hôpital.**

---

Installer une voie veineuse (deux si possible) en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

**Transférer d'urgence ou laparotomie si hôpital.**

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg en IV, toutes les 24 heures.

Transférer pour l'accouchement ou prise en charge.

---

Administrer immédiatement 2 g d'ampicilline en IV, toutes les 6 heures, **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV, toutes les 8 heures, jusqu'à ce que la fièvre cesse pendant 48 heures.

**Transférer d'urgence ou prise en charge si hôpital.**

---

## DOULEURS ABDOMINALES EN FIN DE GROSSESSE OU PENDANT L'ACCOUCHEMENT (SUITE)

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Fièvre légère/frissons Douleur abdominale basse Absence de borborygmes	<b>Péritonite</b>

### PRISE EN CHARGE

Aspiration gastrique par voie nasale.

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre.

Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 15 à 20 minutes.

Administrer au moins 2 L de liquides pendant la première heure.

Administrer immédiatement 2 millions d'unités de pénicilline G en IV toutes les 6 heures **PLUS** 5 mg de gentamicine par kg, en IV, toutes les 24 heures **PLUS** 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.

**Transférer d'urgence ou laparotomie.**

## DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

SIGNES/SYMPTOMES	DIAGNOSTIC PROBABLE
Difficultés respiratoires Pâleur des conjonctives, de la langue, du lit des ongles et/ou des paumes Taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 7 g/dL Hématocrite inférieur ou égal à 20% ou moins	<b>Anémie sévère</b>
Symptômes et signes cliniques d'anémie sévère Œdème Toux Râles Jambes enflées Hépatomégalie Veines du cou saillantes	<b>Insuffisance cardiaque due à une anémie</b>
Difficultés respiratoires Souffle diastolique et/ou souffle systolique rauque accompagné d'un frémissement palpable	<b>Insuffisance cardiaque due à une cardiopathie</b>

---

**PRISE EN CHARGE**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 8 heures.

**Transférer d'urgence pour une transfusion.**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 8 heures.

**Transférer d'urgence pour une transfusion.**

---

Installer une voie veineuse en utilisant une canule ou une aiguille de gros calibre et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 1 L en 12 heures.

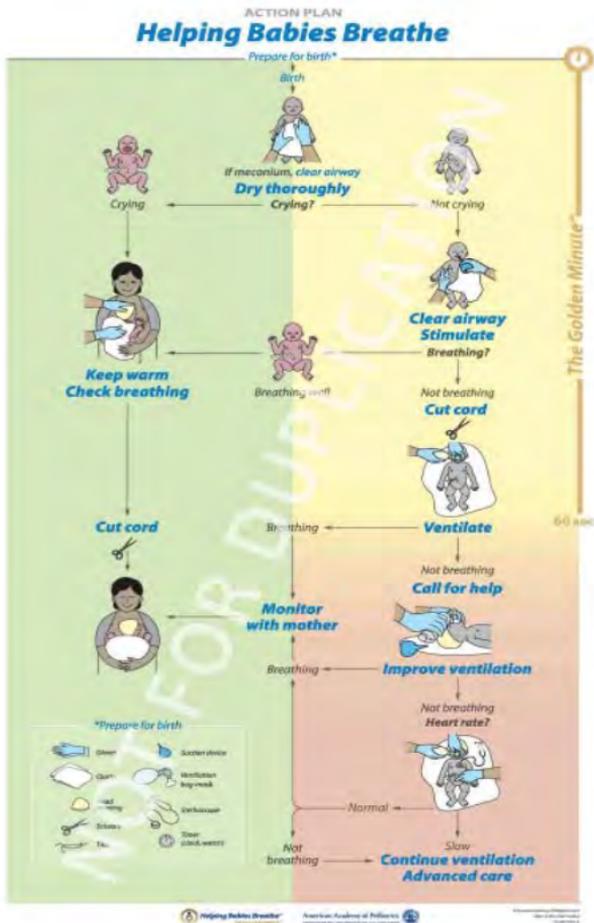
Allonger la patiente sur le côté gauche.

Administer de l'oxygène à raison de 4 à 6 L par minute si disponible.

**Transférer d'urgence.**

---

# UN NOUVEAU NE QUI NE RESPIRE PAS A LA NAISSANCE



## DEROULEMENT DEFAVORABLE DU TRAVAIL

Les anomalies du travail sont diagnostiquées avec le partogramme.

Éléments cliniques	Diagnostic	Prise en charge
Douleurs abdominales intermittentes Contractions utérines non palpables et peu fréquentes Col non dilaté	Faux travail	Rassurer la femme et sa famille Autoriser la femme à quitter la formation sanitaire Prescrire éventuellement antalgique
Après 8 heures de contractions utérines régulières la dilatation du col ne dépasse pas 4 cm	Phase de latence prolongée	Eliminer un faux travail Rompre les membranes et accélérer le travail avec de l'ocytocine
Arrêt secondaire de la dilatation du col (le tracé de la dilatation du col se situe à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme) et on note un arrêt de la descente de la présentation. Présence de contractions utérines de bonne qualité	Disproportion foeto-pelvienne	césarienne

Éléments cliniques	Diagnostic	Prise en charge
<p>Arrêt secondaire de la dilatation du col (le tracé de la dilatation du col se situe à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme) et on note un arrêt de la descente de la présentation</p> <p>Mauvaise application de la présentation sur le col avec un œdème du col</p> <p>Volumineuse bosse séro-sanguine</p> <p>Formation d'un anneau de rétraction au niveau de l'utérus a l'inspection abdominale (utérus en sablier)</p> <p>Anomalies des bruits du cœur fœtal</p> <p>Fatigue maternelle</p>	<p>Dystocie mécanique</p>	<p>Si enfant vivant faire une césarienne</p> <p>Si enfant mort faire une craniotomie si l'opérateur sait la pratiquer. Sinon césarienne</p>
<p>Sur une période de 10 minutes on note moins de 3 contractions utérines et chacune dure moins de 40 secondes</p>	<p>Dystocie dynamique par insuffisance de contractions utérines</p>	<p>Rompres les membranes</p> <p>Administrer de l'ocytocine</p>

Éléments cliniques	Diagnostic	Prise en charge
Col complètement dilaté avec envie de pousser mais pas de descente du mobile fœtal	Phase d'expulsion prolongée	<p>Ecarter une dystocie mécanique ou une présentation dystocique</p> <p>Renforcer l'activité utérine en administrant de l'ocytocine</p> <p>En fonction des résultats de l'administration de l'ocytocine faire une césarienne ou une application de forceps ou de la ventouse selon la situation clinique</p>

## SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE

Le diagnostic de souffrance fœtale aigue au cours du travail repose sur les éléments suivants :

- Anomalies des bruits du cœur fœtal :  $> 160$  battements/mn ou  $< 120$  battements par minute
- Liquide amniotique teinté de méconium : cela peut aller de la simple coloration verdâtre à l'aspect purée de pois du méconium

La conduite à tenir dépend surtout de la dilatation du col :

1. Dilatation du col  $< 8$  cm : envisager une césarienne
2. Dilatation du col  $\geq 8$  cm : prendre les mesures suivantes :
  - Mettre la parturiente en décubitus latéral gauche
  - Oxygénation : 5–6 litres/mn
  - Accélérer la phase expulsive par une application de ventouse

Dans tous les cas, il faut s'apprêter à réanimer le nouveau-né.



## **ANNEXES**

Prise en charge active du troisième stade du travail ...77

Médicaments et fournitures essentiels pour les soins  
obstétricaux d'urgence au poste de santé de type  
1..81

Prévention des infections .....85

Directives pour les interventions .....109



## PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL

Le fait de prendre activement en charge le troisième stade du travail (délivrance assistée) aide à prévenir une hémorragie du post-partum. La prise en charge active du troisième stade du travail consiste à :

- Administrer immédiatement de l'ocytocine ;
- Exercer une traction mesurée sur le cordon avec contre-traction sur l'utérus ;
- Masser l'utérus.

### OCYTOCINE

- Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébé(s) et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.
- On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes. **Si l'établissement n'a pas d'ocytocine**, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou utiliser des prostaglandines. S'assurer qu'il n'y a pas d'autres fœtus avant d'injecter ces médicaments.

Ne pas donner d'ergométrine aux femmes atteintes de prééclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension artérielle car cela accroît le risque de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux.

## TRACTION MESURÉE SUR LE CORDON OMBILICAL

- Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons, dans la minute qui suit la naissance. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
- Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut lors de la traction mesurée sur le cordon ombilical. La contre-traction contribue à éviter une inversion de l'utérus.
- Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 minutes).
- Lorsque l'**utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge**, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que le sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.
- Si le **placenta ne descend pas** dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon :
  - Tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si

nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge ;

- À la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut.

Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main, une contre-traction (pousser vers le haut) au-dessus de l'os pubien.

- Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.
- Tirer lentement pour parachever la délivrance.
- **Si les membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et le col avec des gants désinfectés à haut niveau ou stérilisés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.
- Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. **S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées**, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.

- **Si vous pouvez palper le placenta ou les fragments placentaires dans le vagin**, retirer à la main (en portant des gants désinfectés à haut niveau ou stérilisés et enrouler de la gaze autour des doigts).
- **En cas d'inversion utérine**, transférer immédiatement !
- **Si le cordon est arraché**, il peut être nécessaire de procéder à une délivrance artificielle (**page 46**).

## **MASSAGE UTÉRIN**

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.

## MÉDICAMENTS ET FOURNITURES ESSENTIELS POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE AU POSTE DE SANTÉ DE TYPE 1

### MÉDICAMENTS

<b>Anesthésiques</b>	<b>Antipaludéens</b>	<b>Ocytociques</b>
Lidocaïne	Dichlorhydrate de quinine	Ergométrine 0,2 mg en IM
<b>Analgésique</b>	Sulfadoxine-	ou IV
Paracétamol	Pyriméthamine	Misoprostol Comprimés de
<b>Anti-allergique</b>	<b>Désinfectants et</b>	100 µg ou
Épinéphrine	<b>antiseptiques</b>	200 µg
<b>Anticonvulsant</b>	Alcool chirurgical	Ocytocine
Diazépam	Chlorhexidine	10 UI en IV
Sulfate de magnésium	Iode	ou IM
<b>Antibiotiques</b>	<b>Solutions</b>	<b>Vaccins</b>
Ampicilline	<b>intraveineuses</b>	Anti-tétanique
Gentamicine	Eau stérile pour les injections	(gardé dans des glacières)
Métronidazole	Glucose	
Procaïne	5%, 50%	
benzylpénicilline	Ringer lactate	
ou benzathine	Sérum	
benzylpénicilline	physiologique	

## ENSEMBLE D'INSTRUMENTS ET DE FOURNITURES POUR L'ACCOUCHEMENT

### Instruments

(gardés dans un récipient en acier inoxydable avec couvercle)

1 récipient en acier inoxydable pour le placenta

2 ciseaux

2 pinces hémostatiques (Pincés Kelly)

### Consommables

1 champ opératoire propre pour mettre sur l'abdomen de la patiente

4 boules de coton (trois pour nettoyer le périnée, une pour désinfecter la peau pour l'injection de l'ocytocine)

6 compresses de gaze (4x4)

Champ opératoire en plastique ou tissu pour mettre sous les fesses de la patiente

Linge propre pour recouvrir le bébé

Linge propre pour sécher le bébé

Seringue et aiguille 5 cc pour l'ocytocine

Sparadrap ombilical

## CONSOMMABLES ET PETIT MATERIEL

### Prévention des infections

Chlore  
Eau salubre  
Gants (désinfectés à haut niveau ou stérilisés)  
Lunettes de protection  
Masque à visage  
Protection visage  
Récipients pour linge souillé  
Récipients séparés pour déchets généraux et médicaux et instruments contaminés  
Récipient qui ne risque pas d'être perforé  
Savon  
Serviettes propres  
Tablier en plastique ou caoutchouc

### Médicales

Aiguille et seringue  
Aiguille et suture  
Ballon et masque  
Ambu pour adultes  
Ballon et masque  
Ambu pour nourrisson  
Boules de coton propres et alcool  
Brassard pour tension artérielle  
Mètre-ruban  
Pince à anneaux  
Pince porte-tampons  
Récipients pour échantillons et tubes à essai  
Récipient pour urine et bandellettes  
Sonde urinaire à demeure  
Spéculum vaginal  
Stéthoscope pour adultes  
Stéthoscope pour fœtus  
Thermomètre  
Tubulure pour perfusion intra-veineuse (canule ou aiguille numéro 16 à 19)

### Fournitures/équipement

Champ opératoire ou couverture pour recouvrir la patiente  
Lumière/éclairage  
Oreiller  
Pendule ou montre  
Rideaux pour assurer l'intimité si nécessaire  
Surface d'examen (table ou lit avec surface lavable et linge propre)

### Formulaires

Dossiers ou formulaires pour patientes  
Formulaires pour la référence à un niveau de soins supérieur

## **ENSEMBLE D'INSTRUMENTS ET DE CONSOMMABLES POUR LES SUTURES**

### **Instruments**

(gardés dans un récipient  
en acier inoxydable avec  
couvercle)  
1 paire de ciseaux  
1 pince en cœur sans mors  
1 porte-aiguille  
Seringue et une aiguille  
de 5 cc

### **Fournitures**

4 boules de coton  
6 compresses de gaze (4x4)  
Epinéphrine  
Diazépam  
Gants (désinfectés à haut  
niveau ou stérilisés)  
Liquides pour perfusion  
intraveineuse  
Lunettes de protection  
Ocytocine, ergométrine  
Plateau d'urgence  
Seringues, aiguilles  
Sulfate de magnésium

## **FOURNITURES POUR PLATEAU D'URGENCE**

Diazépam  
Epinéphrine  
Gants (désinfectés à haut niveau ou stérilisés)  
Liquides pour perfusion intraveineuse  
Lunettes de protection  
Ocytocine, ergométrine  
Seringues, cathéter de gros calibre ( 16G)  
Sulfate de magnésium  
Solutés de remplissage : Ringer Lactate, Sérum sale

## PREVENTION DES INFECTIONS<sup>2</sup>

- La prévention des infections (PI) compte deux grands objectifs :
  - Prévenir les graves infections lors de la prestation des services ;
  - Minimiser le risque de transmission de graves maladies comme l'hépatite B et le VIH/SIDA, aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins et le personnel, y compris le personnel chargé du nettoyage et de l'entretien.
- Les pratiques de PI reposent sur les principes suivants :
  - Toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection.
  - Mettre des gants avant de toucher quoi que ce soit de mouillé—plaies ouvertes, muqueuses, sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréments).
  - Utiliser des protections (lunettes de protection, masque et tablier, chaussures fermées) si des liquides organiques risquent de gicler ou de se répandre.
  - Ne recourir qu'à des pratiques sans danger—ne pas recapuchonner ou plier les aiguilles, traiter les instruments et éliminer les déchets comme il convient.

---

2 *Adapté de* : Tietjen, L., Bossemeyer, D., et McIntosh, N. 2003. *Directives pour la prévention des infections à l'intention d'établissements avec des ressources limitées*. Jhpiego Corporation: Baltimore, MD.

Le lavage des mains est le moyen de prévention des infections le plus important.

## LAVAGE DES MAINS

- Se laver les mains :
  - Avant et après chaque examen (ou contact direct avec la patiente) ;
  - Avant de mettre les gants ;
  - Après exposition à des muqueuses, à du sang ou à un liquide organique (sécrétions ou excréments) ;
  - Après avoir touché des instruments contaminés, même avec port de gant ;
  - Après avoir retiré les gants parce qu'il se peut qu'ils soient percés.

### Etapes pour le lavage routinier des mains

**Etape 1 :** Se mouiller les mains avec de l'eau propre, soit du robinet ou d'un seau.

**Etape 2 :** Enduire les mains de savon simple.

**Etape 3 :** Se frotter vigoureusement les mains et les doigts pendant au moins 10 à 15 secondes.

**Etape 4 :** Rincer abondamment les mains avec de l'eau propre.

**Etape 5 :** Sécher les mains avec des serviettes en papier et utiliser la serviette pour fermer le robinet ou sécher les mains à l'air. Ne pas utiliser de serviettes ayant servi à d'autres personnes pour se sécher les mains.

Autre solution : si les mains ne sont pas visiblement souillées, utiliser **une solution antiseptique à base d'alcool, sans eau.**

- Verser environ 5 mL de solution antiseptique

- dans la paume de la main.
- Frotter vigoureusement la solution sur toutes les surfaces de la main, jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

**Solution à base d'alcool pour se frotter les mains**

Une solution antiseptique non irritante peut être préparée en ajoutant 2 mL de glycérine, glycol de propylène ou sorbitol à 100 mL de solution éthylique ou isopropyl à 60 à 90 degrés.

**MANIPULATION D'INSTRUMENTS PIQUANTS  
OU TRANCHANTS ET D'AIGUILLES**

- Ne laisser aucun instrument piquant ou tranchant, ni aiguille ailleurs que dans les « zones de sécurité ».
- Prévenir les autres employés avant de leur faire passer des instruments piquants.

**Aiguilles et seringues hypodermiques**

- N'utiliser chaque seringue ou aiguille qu'une seule fois.
- Ne pas désolidariser les seringues et les aiguilles après utilisation.
- Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles. Ne pas les plier ou les casser avant de les jeter.
- Décontaminer l'aiguille et la seringue avant de les jeter.
- Jeter les aiguilles et seringues dans un récipient qui ne risque pas d'être perforé.

- **Note** : Dans les établissements qui ne disposent pas d'aiguilles jetables et où l'on a l'habitude de recapuchonner les aiguilles, appliquer la méthode dite « à une main » :
  - Premièrement, placer le capuchon sur une surface dure et plate et retirer la main.
  - Deuxièmement, tenir la seringue d'une main et se servir de l'aiguille pour ramasser le capuchon.



- Enfin, une fois que le capuchon recouvre entièrement l'aiguille, diriger celle-ci vers le haut (capuchon en direction du plafond). Utiliser l'index et le pouce pour tenir le capuchon à 1,27 cm de son bout ouvert (l'endroit où l'aiguille est ajustée à la seringue sous le capuchon). Enfoncer fermement le capuchon sur la garde de l'aiguille.



## GANTS ET BLOUSES

- Porter des gants :
  - en pratiquant une intervention (voir **page 86**) ;
  - en manipulant des instruments, gants et autres articles souillés ;
  - en jetant des déchets contaminés (coton, gaze ou pansements).
- Utiliser une paire de gants différente pour chaque patiente afin d'éviter la contamination croisée.

**Ne pas utiliser de gants craquelés, écaillés ou visiblement troués ou déchirés.**

- Préférer les gants jetables. Les gants chirurgicaux peuvent être réutilisés après les avoir :
  - décontaminés par trempage dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes ;
  - lavés et rincés ;
  - stérilisés à l'autoclave ou soumis à une désinfection à haut niveau à la vapeur ou à l'eau bouillante.

**Note:** si des gants chirurgicaux jetables à usage unique sont réutilisés, il ne faut pas les traiter à plus de trois reprises car des déchirures invisibles peuvent survenir.

- Une blouse propre mais pas forcément stérile doit être portée pour toutes les interventions obstétricales. Si la blouse a de longues manches, les gants doivent être mis sur les manches.

## EXIGENCES EN MATIÈRE DE GANTS ET PROTECTION PERSONNELLE POUR LES GESTES OBSTÉTRICAUX COURANTS

ACTE	GANTS RECOMMANDÉS <sup>a</sup>
Prise de sang, installation d'une perfusion	Gants d'examen <sup>b</sup>
Examen gynécologique	Gants d'examen
Aspiration manuelle intra-utérine	Gants d'examen
Réfection des déchirures cervicales ou périnéales	Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau
Compression bimanuelle de l'utérus Délivrance artificielle	Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau, à hauteur du coude
Accouchement par voie basse	Gants chirurgicaux, à hauteur du coude
Manipulation et nettoyage d'instruments	Gants d'entretien <sup>d</sup>
Élimination de déchets contaminés	Gants d'entretien
Nettoyage de projections de sang ou d'autres liquides organiques	Gants d'entretien

<sup>a</sup> Il n'est pas indispensable de porter des gants et une blouse pour vérifier la tension artérielle ou prendre la température, ni pour faire des injections.

<sup>b</sup> Les gants d'examen sont des gants jetables en latex prévus pour n'être utilisés qu'une seule fois.

<sup>c</sup> Les gants chirurgicaux sont des gants en latex conçus pour s'ajuster à la main. Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, ils doivent être décontaminés, nettoyés et soit stérilisés soit désinfectés à haut niveau.

<sup>d</sup> Les gants d'entretien sont des gants de ménage épais.

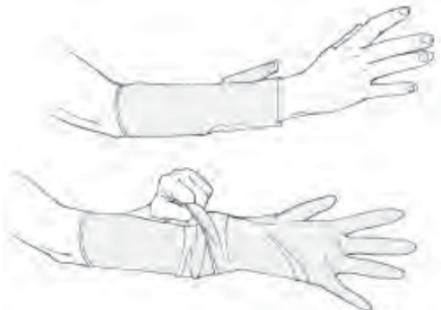
<b>GANTS ACCEPTABLES</b>	<b>PROTECTION</b>
Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau <sup>c</sup>	Aucune
Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau	Aucune
Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau	Blouse ou tablier en plastique ou caoutchouc
Gants chirurgicaux stériles	Blouse ou tablier en plastique ou caoutchouc
Gants chirurgicaux stériles, à hauteur du coude	Blouse ou tablier en plastique ou caoutchouc
Gants désinfectés à haut niveau, à hauteur du coude	Blouse ou tablier stérile en plastique ou caoutchouc, masque ou lunettes ou protection du visage
Gants d'examen ou gants chirurgicaux	Aucune
Gants d'examen ou gants chirurgicaux	Aucune
Gants d'examen ou gants chirurgicaux	Aucune

### Comment faire des gants à hauteur du coude

- Décontaminer, nettoyer et sécher des gants chirurgicaux utilisés.
- Couper les quatre doigts à hauteur des doigts.



- Stériliser ou désinfecter à haut niveau les gants coupés.
- Mettre les gants stériles ou désinfectés à haut niveau aux deux mains et tirer jusqu'au coude.



- Enfiler les gants stériles ou désinfectés à haut niveau sur les gants coupés de façon à ce que l'ouverture du gant intact recouvre la partie inférieure du gant coupé.

## ELIMINATION DES DÉCHETS

- L'élimination des déchets a pour objet de :
  - Prévenir la propagation des infections au personnel qui manipule les déchets ;
    - Prévenir la propagation des infections à la communauté locale ;
    - Protéger les personnes qui manipulent ces déchets de blessures accidentelles.
- Les déchets non contaminés (le papier utilisé dans les bureaux, les boîtes) ne comportent aucun risque d'infection. On peut les jeter conformément aux habitudes locales.
- Il est nécessaire de manipuler convenablement les déchets contaminés (sang ou matériaux souillés par des liquides organiques) pour minimiser la propagation des infections au sein du personnel et de la communauté. manipuler ces déchets convenablement signifie :
  - Porter des gants d'entretien ;
  - Transporter les déchets solides contaminés jusqu'au lieu d'enlèvement dans des récipients fermés ;
  - Jeter tous les objets piquants ou tranchants dans des récipients qui ne peuvent pas être percés ;
  - Verser avec précaution les déchets liquides dans des toilettes équipées de canalisations sanitaires ou de chasses d'eau ;
  - Brûler ou enterrer profondément les déchets solides contaminés ;
  - Se laver les mains, laver les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES

Traiter	La décontamination est la première étape du traitement des articles utilisés. Cela réduit le risque de contracter le VHB et le VIH/SIDA.	Le nettoyage enlève tous les signes visibles de sang, liquides organiques et la saleté.
INSTRUMENTS/ ARTICLES	DÉCONTAMINATION	NETTOYAGE
Aiguilles et seringues hypodermiques (verre ou plastique)	Remplir l'aiguille et la seringue assemblées avec une solution chlorée à 0,5%. Rincer à trois reprises et soit jeter soit faire tremper pendant 10 minutes avant de nettoyer. Rincer en éjectant à trois reprises avec de l'eau propre. <sup>c</sup>	Désolidariser, ensuite laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre, sécher à l'air ou avec une serviette (les aiguilles doivent être séchées uniquement à l'air).
Ballon et masque Ambu	Désinfecter la surface exposée avec de la gaze trempée dans de l'alcool à 60 à 90 degrés ou une solution chlorée à 0,5%. Rincer immédiatement.	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre ; sécher à l'air ou avec une serviette.

---

La stérilisation détruit tous les microorganismes y compris les endospores.

La désinfection à haut niveau détruit tous les virus, bactéries, parasites, champignons et certaines endospores.

---

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION À HAUT NIVEAU
Préférable <ul style="list-style-type: none"><li>• Chaleur sèche pendant 2 heures une fois atteint 160° C (320° F) (uniquement seringue en verre), OU</li><li>• Passer à l'autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés ).</li></ul>		Acceptable <sup>d</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</li></ul> <p>(La DHN chimique n'est pas recommandée car des résidus chimiques peuvent subsister même après avoir rincé à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie. Ces résidus peuvent interférer avec l'effet des médicaments injectés.)</p>
Non exigée.		Non exigée.

---

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Ballons d'aspiration	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre et sécher avec une serviette ou à l'air.
Bassins de lit/ urinoirs Haricots (pour vomissements)	Non exigée.	A l'aide d'une brosse, laver avec de l'eau et du savon désinfectant. Rincer avec de l'eau propre.
Canule AMIU (plastique)	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon ; enlever toutes les particules.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION À HAUT NIVEAU
Non exigée.		Non exigée.
Non exigée.		Non exigée.
Pas recommandé. (La chaleur de l'autoclave ou la chaleur sèche du four endommage les canules.)		Vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.



## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Gants chirurgicaux	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre et vérifier qu'il n'y a pas de trous. Si les gants seront stérilisés, les sécher à l'intérieur et à l'extérieur (sécher à l'air ou avec une serviette) et emballer.
Instruments (speculums vaginaux, ciseaux, porte-aiguilles)	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Avec une brosse, laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre. S'ils doivent être stérilisés, sécher à l'air ou avec une serviette.
Liens en coton pour lier le cordon	Non exigée.	Non exigée.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION À HAUT NIVEAU
<p>Si utilisé pour la chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes.</li> <li>• Ne pas utiliser pendant 24 à 48 heures.</li> </ul>		<p>Passer à la vapeur pendant 20 minutes et laisser sécher dans une marmite à vapeur.</p>
<p>Préférable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant une heure une fois atteint 170° C (340° F), OU</li> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés).</li> </ul> <p>Pour les instruments piquants ou tranchants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant 2 heures après avoir atteint 160° C (320° F).</li> </ul>		<p>Acceptable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</li> <li>• Désinfection chimique à haut niveau en faisant tremper pendant 20 minutes. Rincer soigneusement avec de l'eau bouillie et faire sécher à l'air avant d'utiliser ou de stocker.</li> </ul>
<p>Non pratique.</p>		<p>Mettre dans un petit bol en métal et placer le bol dans une marmite à vapeur et passer à la vapeur pendant 20 minutes. Sécher à l'air.</p>

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, GANTS CHIRURGICAUX E AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Pince à transfert et récipient	Non exigée. Traiter au moment d'une nouvelle équipe ou quand les instruments sont contaminés.	A l'aide d'une brosse, laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre. S'il faut stériliser, sécher à l'air ou avec une serviette.
Protection personnelle (bonnet, masques, couvre-blouse) <sup>b</sup> , champs opératoires, linges pour sécher et envelopper le bébé	Non exigée. (Le personnel de la buanderie devrait porter des blouses de protection et des lunettes de protection en lavant le linge souillé.)	Laver avec de l'eau chaude et du savon. Rincer avec une serviette propre et sécher à l'air.
Récipient pour stocker les instruments, les cupules pour prélèvements et les tubes à essai	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec une serviette propre et sécher à l'air.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION À HAUT NIVEAU
<p>Préférable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chaleur sèche pendant 1 heure après avoir atteint 170° C (340° F)<sup>e</sup>, OU</li> <li>Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés).</li> </ul>		<p>Acceptable<sup>e</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Passer à la vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</li> <li>Désinfection chimique à haut niveau en faisant tremper pendant 20 minutes. Rincer soigneusement avec de l'eau bouillie et sécher à l'air avant d'utiliser ou de stocker.</li> </ul>
<p>Non exigée.</p>		<p>Non exigée.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chaleur sèche pendant une 1 heure ou après avoir atteint 170° C (340° F), OU</li> <li>Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés).</li> </ul>		<p>Faire bouillir le récipient et le couvercle pendant 20 minutes. Si le récipient est trop grand :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Remplir le récipient avec une solution chlorée à 0,5% et le laisser tremper pendant 20 minutes.</li> <li>Rincer avec de l'eau qui a été bouillie pendant 20 minutes et sécher à l'air avant d'utiliser.</li> </ul>

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Sonde pour aspiration	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer à trois reprises avec de l'eau propre (à l'intérieur et à l'extérieur).
Sonde urinaire	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer ou laver immédiatement. <sup>c</sup>	A l'aide d'une brosse, laver avec de l'eau et du savon. Rincer à trois reprises avec de l'eau propre (à l'intérieur et à l'extérieur).
Stéthoscope	Non exigée.	Passer de l'alcool à 60 à 90 degrés.
Tables d'examen ou autres grandes surfaces (chariots et brancards)	Passer une solution chlorée à 0,5%.	Laver avec de l'eau et du savon s'il reste des matériaux organiques après la décontamination.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION À HAUT NIVEAU
<p>Non recommandée. (La chaleur de l'autoclave ou la chaleur sèche du four endommage les cathéters.)</p>		<p>Passer à la vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</p> <p>(La DHN chimique n'est pas recommandée car des résidus chimiques peuvent subsister même après avoir rincé à plusieurs reprises avec de l'eau bouillie. Ces résidus peuvent interférer avec l'effet des médicaments injectés.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaleur sèche pendant 2 heures après avoir atteint 160° C (320° F) (métal uniquement),</li> <li>OU</li> <li>• Autoclave à 121° C (250° F), et 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 20 minutes (30 minutes si emballés (métal uniquement)).</li> </ul>		<p>Passer à la vapeur ou faire bouillir pendant 20 minutes.</p>
<p>Non exigée.</p>		<p>Non exigée.</p>
<p>Non exigée.</p>		<p>Non exigée.</p>

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Tabliers en plastique, draps	Passer une solution chlorée à 0,5%.	Laver avec de l'eau chaude et du savon. Rincer avec une serviette propre et sécher à l'air.
Thermomètre, oral <sup>f</sup>	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre, faire sécher à l'air ou avec une serviette.
Thermomètre, rectal <sup>f</sup>	Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5% avant de nettoyer. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre, faire sécher à l'air ou avec une serviette.

<b>STERILISATION<sup>a</sup></b>	<b>OU</b>	<b>DESINFECTION À HAUT NIVEAU</b>
Non exigée.		Non exigée.
Non exigée.		Non exigée.
Non exigée.		Non exigée.

## DIRECTIVES POUR TRAITER LES INSTRUMENTS, LES GANTS CHIRURGICAUX ET AUTRES ARTICLES (SUITE)

INSTRUMENTS/ ARTICLES	DECONTAMINATION	NETTOYAGE
Voies aériennes (plastique)	Tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes avant le nettoyage. Rincer et laver immédiatement. <sup>c</sup>	Laver avec de l'eau et du savon. Rincer avec de l'eau propre ; sécher à l'air ou avec une serviette.

- <sup>a</sup> Si non emballés, utiliser immédiatement ; si emballés, traiter à nouveau quand le paquet est endommagé ou contaminé.
- <sup>b</sup> Papier ou plastique. Placer dans un récipient étanche pour déchets ou sac en plastique pour jeter.
- <sup>c</sup> Eviter l'exposition prolongée à une solution chlorée pour minimiser la corrosion (rouille) des instruments et la détérioration des produits de caoutchouc ou de tissus.
- <sup>d</sup> Si la stérilisation (chaleur sèche ou autoclave) n'est pas disponible, ces articles peuvent être désinfectés à haut niveau en les faisant bouillir, en les passant à la vapeur ou en les faisant tremper dans un désinfectant chimique.
- <sup>e</sup> Les instruments avec des bords tranchants ou les aiguilles ne doivent pas être stérilisés à des températures supérieures à 160° C pour éviter qu'ils ne deviennent émoussés.
- <sup>f</sup> Il ne faut jamais mélanger les thermomètres oraux et rectaux après le nettoyage. Les garder dans des récipients séparés.

STERILISATION <sup>a</sup>	OU	DESINFECTION À HAUT NIVEAU
Non exigée.		Non exigée.

---

## DIRECTIVES POUR LES INTERVENTIONS

Avant de pratiquer un acte simple (non chirurgical), il est nécessaire de :

- Rassembler et préparer tout le nécessaire. Si du matériel manque, cela peut entraver l'intervention.
- Expliquer à la patiente l'intervention qu'elle va subir et pourquoi, et obtenir son consentement.
- Lui donner des analgésiques en tenant compte de l'importance de l'acte prévu.
- Installer la patiente dans une position adaptée à l'intervention. La position la plus couramment utilisée pour les actes obstétricaux (par exemple, l'AMIU) est la position gynécologique.



- Se laver les mains à l'eau et au savon (voir **pages 82 et 83**) et mettre des gants adaptés à l'intervention (voir **page 86**).

- Si l'intervention requiert une **préparation du vagin et du col avec un antiseptique** (par exemple, aspiration manuelle intra-utérine) :
  - Laver le bas de l'abdomen et la région périnéale à l'eau et au savon si nécessaire ;
  - Insérer en douceur un spéculum ou un écarteur stérile ou désinfecté à haut niveau dans le vagin ;
  - Badigeonner trois fois cette région de solution antiseptique (par exemple, iodophores, chlorhexidine) à l'aide d'une pince porte-tampons stérile ou désinfectée à haut niveau et d'une compresse de coton ou de gaze.

## **INSTRUCTIONS POUR LA PRÉPARATION DE LA PEAU POUR INJECTION OU PERFUSION INTRAVEINEUSE**

- Laver la région concernée à l'eau et au savon, si nécessaire avant de la nettoyer avec un antiseptique.
- Badigeonner cette région de solution antiseptique appliquée à un écouvillon de coton (nouveau) en commençant par le centre et en travaillant vers l'extérieur en gestes circulaires qui se recoupent.



En Collaboration avec :

