REPUBLIC OF RWANDA

MINISTRY OF HEALTH

Formation continue en Soins Obstétricaux et Néonatals

Soins obstétricaux néonatals Essentiel (SONE)
Soins obstétricaux néonatals d'urgence de base (SONUB)
Soins obstétricaux néonatals d'urgence complets (SONUC)

Module de Référence

Avril 2012

TABLE DES MATIERES

PREFACE v
REMERCIEMENTS vi
ABREVIATIONS ET ACRONYMES vii
MODULE 1 INTRODUCTIF 9
1.1 Généralités 9
1.2 La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale 13
1.3 Gestion des services de santé maternelle et néonatale 18
1. 4 Audit des décès maternels basés sur les critères 32
1.5 Droits et responsabilités des clientes 37
1.6 Communication au cours des SONU 40
1.7 MaP/Genre 42
MODULE 2 SOINS OBSTETRICAUX ESSENTIELS 47
2.1 Prévention des infections 47
2.2 Consultation prénuptiale 56
2.3 Consultation prénatale recentrée 62
2.4. Effectuer l'évaluation initiale d'une femme en travail 88
2.5 Surveiller le travail à l'aide du partogramme 105
2.6 Bonnes pratiques de soins pendant l'accouchement 111
2.7 Pratiquer une épisiotomie et la réparer 127
2.8 Soins essentiels du nouveau-né 136
2.9 Soins Kangourou pour les nouveau-nés de faible poids de naissance 139
2.10 La consultation postnatale 150
MODULE 3 SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE DE BASE 155
3.1 Evaluation initiale rapide 156
3.2 Prise en charge du choc 165
3.3 Saignement vaginal en début de grossesse 167
3.4 Avortement et soins après avortement 170
3.5 Menace d'accouchement prématuré (MAP) 174
3. 5 Saignement en fin de grossesse ou pendant le travail 178
3. 6 Céphalées, vision floue, convulsions ou pertes de connaissance, tension artérielle élevée 182
3.7 Fièvre pendant la grossesse 190
3.8 Déroulement anormal du travail 192
3.9 Dystocie du Siège 202
3.10 Prise en charge de la dystocie d'épaule 205
3.11 Procidence du cordon 209
3.12 Saignement vaginal après l'accouchement 212
3.13 Fièvre pendant le travail et après l'accouchement 232
3.14 Réanimation du nouveau-né 236

MODULE 4 SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE COMPLETS 249
4.1 Application de ventouse obstétricale.....250
4.2 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) 253
4.3 Principes des soins préopératoires, per opératoires et post opératoires 254
4.4 Craniotomie 256
4.5 Laparotomie pour GEU.....258
4.6 Césarienne 259
4.7 Laparotomie pour hystérographie d'une rupture utérine 263
4.8 Hystérectomie subtotale pour rupture utérine.....265
4.9 Transfusion sanguine 267
4.10 Liquides de remplissage 268

PREFACE

Le Gouvernement du Rwanda en collaboration avec ses partenaires stratégiques (agences UN, USAID, CTB, GIZ, DFID) met en œuvre, dans le cadre de la Politique Nationale de santé de la Reproduction, la stratégie d'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale qui vise l'atteinte des OMD, l'EDPRS et de la vision 2020.

Le ratio de mortalité maternelle est de 476/100,000 naissances vivantes (EDS 2010).

La mortalité néonatale reste élevée et est de 27/1,000 naissances vivantes (DHS 2010). La mort d'une mère, ou d'un nouveau-né, resteront toujours intolérables car les deux peuvent et doivent être évités.

Pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, il faut augmenter la quantité et la qualité de personnel du secteur de la santé (EDPRS – Economic Development & Poverty Reduction Strategy, objectif 2) ; l'une des activités qui l'accompagne est la formation continue des prestataires.

La disponibilité de documents de formations et une stratégie claire d'institutionnalisation des formations, nécessaire pour atteindre la qualité de formation voulue.

Ce manuel de référence a été adapté pour permettre aux formateurs d'avoir un même outil de formation intégrant la formation de SON essentiel, de SONU base et de SONU complets. Le manuel est situé dans le kit de formation complet comprenant le manuel de référence, le guide du formateur et le guide du participant.

Comme tout document, ce module de référence 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 tous les partenaires du ministère de la santé dans le domaine de la santé maternelle à en faire bon usage.

Le Ministre de la Santé

MINISTERE DE LA SANTE

Dr Agnès BINAGWAHO

REMERCIEMENTS

Le ministère de la Santé tient à remercier l'USAID pour avoir donné l'opportunité de révision des documents de formation SONU en le finançant.

Nous remercions aussi MCHIP, et particulièrement Pr Blami Dao qui a pris le lead pour la révision de ces documents.

Nos remerciements aussi s'adressent à tous les partenaires à travers le groupe technique maternité sans risque et santé infantile qui ont apporté un appui technique en relisant le document pour sa finalisation et sa validation.

Dr Fidèle NGABO

Directeur

Santé Maternelle et Infantile

Ministère de la Santé

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABC : Abstinence, butinage zéro et condom
ARC : Audit basé sur les critères
ATB : Antibiotique
ARV : Antirétroviral
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
CAT : Conduite à tenir
CCC : Communication pour le changement de comportement
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COC : Contraceptif oral combiné
CPN : Consultation prénatale
DHN : Désinfection à haut niveau
DIU : Dispositif intra utérin
ECBU : Examen cytobactériologique des urines
EDS : Enquête de démographie et de santé
FPN : Faible poids de naissance
FOSA : Formation sanitaire
FRV : Fistule recto vaginale
FVV : Fistule vésico vaginale
mmHG : millimètre de Mercure
HU : Hauteur utérine
IEC : Information, Education, Communication
IM : Intra musculaire
IST : Infection sexuellement transmissible
IV : Intra vasculaire
MAMA : Méthode de l'Aménorrhée et de l'Allaitement
MMR/SI : Maternité à moindre risques/Santé infantile
MaP : Men as Partners
MAP : Menace d'accouchement prématuré
ONU : Organisation des Nations Unies
PEC : Prise en charge
PF : Planification familiale
PI : Prévention des infections
PTME : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SAA : Soins après avortement
SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMK : Soins maternels Kangourou
SR : Santé de la reproduction

SRA : Santé de la reproduction des adolescents

SONU-B : Soins Obstétricaux et Néonatals d'urgence de Base

SONU-C : Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence Complets

SRO : Sel de réhydratation par voie orale

TA : Tension artérielle

VAT : Vaccin anti tétanique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

MODULE 1 INTRODUCTIF

1.1 Généralités

1.2 La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale1.3. Gestion des services

1.3 Gestion des services de santé maternelle et néonatale

1.4 Audit des décès maternels basés sur les critères

1.5 Droits et responsabilités des clientes

1.6 Communication au cours des SONU

1.7 MaP/Genre

1.1 Généralités

1.1.1 Introduction

Au Rwanda, la situation relative à la santé de la reproduction est caractérisée par une sous-utilisation des services, due, entre autres causes, à l'insuffisance d'accès aux soins pour plusieurs raisons. Or les indicateurs restent fort inquiétants. Selon, l'Enquête démographique et de Santé 2005 la mortalité maternelle était de 750 pour 100,000 naissances vivantes. Et selon l'EDS intermédiaire 2007–2008 La mortalité infantile est de 62/1000 (EDS 2008).

En septembre 2000, le Ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires, a organisé une table ronde qui a déterminé les priorités en matière de SR, en choisissant entre les composantes de SR telles que définies par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, CIPD, tenue au Caire en 1994. Ces composantes prioritaires pour le Rwanda sont les suivantes:

- La maternité à moindre risque et santé infantile (MMR/SI)
- La planification familiale (PF)
- La prévention et la prise en charge des infections génitales, IST/VIH/SIDA
- La santé de la reproduction des adolescents (SRA)
- La prévention et la prise en charge des violences sexuelles
- Les changements sociaux pour accroître le pouvoir de décision de la femme

Au cours de l'année 2003, la politique nationale en matière de population pour un développement durable du Rwanda a été adoptée par les hautes instances du pays. La composante maternité à moindre risque et santé infantile (MMR/SI) y occupe une place de choix[1].

Cependant, la sous-utilisation des services de MMR/SI se caractérise par la quasi-inexistence de la consultation prénuptiale et préparation à la vie commune, les consultations prénatales tardives, les accouchements sans assistance qualifiée (à domicile) et les consultations postnatales non structurées.

Selon le document des normes et protocoles du Ministère de la Santé (version 2009), on entend par MMR/SI, les consultations prénuptiales, les consultations prénatales, les soins obstétricaux (urgents et non urgents, et parmi ces premiers les soins après avortement), le suivi du nouveau-né, celui de la mère en postnatal avec un accent sur le contrôle de la transmission du VIH de la mère à son enfant. La MMR/SI vise la promotion de la santé de la femme enceinte, en vue de dépister précocement les problèmes et la préparer à un

[1] Politique nationale de population pour un développement durable, Kigali, 2003

accouchement sain contribuant à (i) diminuer la mortalité materno-infantile et (ii) à dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les complications liées à la grossesse.

L'une des approches pour améliorer la situation décrite ci-haut est la formation continue des prestataires des soins de santé en général et des prestataires de soins de santé de la reproduction en particulier. C'est dans ce cadre que ce module de formation continue en MMR/SI a été révisé pour y inclure toute les composantes des soins obstétricaux et néonatals essentiels (SONE), soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (SONUB), et soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (SONUC). La méthodologie utilisée tout au long de son élaboration est basée sur l'approche *« Amélioration de la Performance »* des prestataires des services de soins. Celle-ci consiste d'abord en la définition des objectifs d'apprentissage, selon les trois domaines, à savoir : objectifs de connaissances, objectifs de compétences et objectifs d'attitudes. L'étape suivante concerne la définition des tâches à accomplir, lesquelles tâches font l'objet proprement dit de la formation.

Il convient de noter qu'elle contient des aides pédagogiques de qualité dont l'utilisation des listes d'apprentissages durant la formation, les ordinogrammes sur la prise en charge des complications de la grossesse, celles du travail d'accouchement, y compris la prise en charge des complications du travail et du post-partum immédiat.

D'une manière générale, le résultat attendu à la fin de la formation utilisant ce module est que le prestataire sera capable d'offrir des services de qualité en MMR/SI, de promouvoir la participation communautaire en faveur des services de MMR/SI dans la zone de rayonnement de son centre de santé, notamment l'organisation et la promotion de l'activité de consultation prénuptiale, la consultation prénatale précoce, y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'accouchement en maternité, la planification familiale, tout ceci par le biais d'un partenariat toujours plus actif avec la population qu'il est appelé à servir et avec laquelle il doit travailler. La population doit être considérée à la fois comme partenaire et bénéficiaire.

Ce module et les outils qui l'accompagnent, notamment les différentes fiches de consultation, et le partogramme, tous destinés aux superviseurs/formateurs et aux prestataires des centres de santé, sont conçus pour permettre d'atteindre ce résultat s'ils sont utilisés à bon escient. Puissent-ils y parvenir, c'est le souhait de toute personne engagée dans le combat pour réduire la mortalité maternelle et infantile au Rwanda à tout prix : il ne faut plus qu'autant de femmes rwandaises meurent en voulant donner la vie !

1.1.2 Programmes de formation pour les SON

Le programme de formation continue en « soins obstétricaux et néonatals » (SON) contient 4 modules de formation à savoir:

- Module introductif avec 7 chapitres
- Les soins obstétricaux et néonatals essentiels avec 8 chapitres
- Les soins obstétricaux et néonatals de base avec 15 chapitres
- Les soins obstétricaux et néonatals complet avec 21 chapitres

La formation concerne les prestataires de l'hôpital pour les SONU complet et les prestataires du Centre de santé pour les SONU de base.

Elle a pour but de mieux préparer les prestataires afin de les aider à réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale. Grâce à cette formation continue, les prestataires pourraient améliorer leurs connaissances et leurs compétences en soins maternels et infantiles pour faire face aux problèmes qui causent la plupart des décès maternels (l'hémorragie) et néonatals (l'asphyxie) ; pour assurer la prise en charge des complications courantes liées à la grossesse, au travail et à l'accouchement ; et pour fournir les soins obstétricaux essentiels pour l'aboutissement de la grossesse normale. Pendant cette formation, les prestataires seront soutenus par les formateurs et recevront des rétro-

informations des formateurs cliniques et d'autres personnels de l'hôpital pendant qu'ils pratiquent des nouvelles compétences cliniques.

Le souhait des formateurs est que ces prestataires se sentent plus confiants et plus compétents à donner des soins maternels et infantiles, et soient capables de prendre des meilleures décisions pour la référence des femmes et des enfants souffrant des complications.

1.1.3 But et objectifs de la formation

Cette formation en SONU vise à aider les prestataires à donner les soins cruciaux nécessaires pour prévenir et/ou prendre en charge les causes principales des décès maternels et néonatals, et appliquer ces nouvelles connaissances et compétences à l'amélioration des services cliniques qu'ils offrent et à former d'autres prestataires. Les facilitateurs aideront les participants à apprendre à :

- Dispenser des soins en toute sécurité, avec respect et de façon conviviale aux mères et aux familles, les encourageant ainsi chaque fois que nécessaire à solliciter des soins.
- Suivre les protocoles proposés pour des soins sûrs pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum immédiat, le post-partum, et le nouveau-né.
- Suivre des directives claires sur la référence en cas de complications, de sorte qu'on puisse agir à temps.
- Assurer davantage de protection contre l'infection à leurs clients et à eux-mêmes.
- Entreposer les médicaments essentiels de manière à maintenir et garantir leur efficacité.

Tous ces volets peuvent améliorer la qualité des soins dispensés qui entraînera de meilleurs résultats pour la santé des femmes : mères, épouses, membres importants de la communauté.

Le contenu de la formation

De façon spécifique, les compétences et procédures observées dans les cliniques (sites de stage clinique) qui seront enseignées aux participants(es) sont les suivantes:

Module 1. Introduction

1.1 Généralités

1.2 La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale1.3. Gestion des services

1.3 Gestion des services de santé maternelle et néonatale

1.4 Audit des décès maternels basés sur les critères

1.5 Droits et responsabilités des clientes

1.6 Communication au cours des SONU

1.7 MaP/Genre

Module 2. Soins obstétricaux et néonatals essentiels (SONE)

2.1 Prévention des infections

2.2 Consultation prénuptiale

2.3 Consultation prénatale recentrée

2.4 Effectuer l'évaluation initiale d'une femme en travail

2.5 Surveiller le travail à l'aide du partogramme

2.6 Bonnes pratiques de soins pendant l'accouchement

2.7 Pratiquer une épisiotomie et la réparer

2.8 Soins essentiels du nouveau-né

2.9 Soins Kangourou

2.10 La consultation postnatale

Module 3. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)

3.1 Evaluation initiale rapide

3.2 Prise en charge du choc

3.3 Saignement vaginal en début de grossesse

3.4 Avortement et soins après avortement

3.5 Menace d'accouchement prématuré (MAP)

3.6 Saignement en fin de grossesse ou pendant le travail

3.7 Céphalées, vision floue, convulsions ou pertes de connaissance, tension artérielle élevée

3.8 Fièvre pendant la grossesse

3.9 Déroulement anormal du travail

3.10 Dystocie du Siège

3.11 Prise en charge de la dystocie d'épaule

3.12 Procidence du cordon

3.13 Saignement vaginal après l'accouchement

3.14 Fièvre pendant le travail et après l'accouchement

3.15 Réanimation du nouveau-né

3.16 Prévention des infections

3.17 Système de référence et contre référence

Module 4. Soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (SONUC)

4.1 Application de ventouse obstétricale

4.2 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

4.3 Principes des soins préopératoires, per opératoires et post opératoires

4.4 Craniotomie

4.5 Laparotomie pour GEU

4.6 Césarienne

4.7 Laparotomie pour hystérographie d'une rupture utérine

4.8 Hystérectomie subtotale pour rupture utérine

4.9 Transfusion sanguine

4.10 Liquides de remplissage

4.11 Transfusion sanguine

4.12 Prévention des infections

C'est la responsabilité de tout le personnel des sites de stage clinique de démontrer la pratique de ces compétences de sorte que les participants puissent voir que les compétences qu'on leur enseigne sont celles pratiquées dans les cliniques car les participants sont beaucoup plus aptes à mettre en pratique les compétences qu'ils apprennent s'ils voient autour d'eux des prestataires qui les appliquent de la façon dont ont leur a enseigné.

1.2 La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale

Au Rwanda, le taux de mortalité maternelle est de 750/100.000 naissances vivantes (EDS 2005) et les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent une des causes principales de décès chez les femmes en âge de procréer. Outre le décès maternel, bon nombre de femmes souffrent de maladies et problèmes de courte ou longue durée en rapport avec la grossesse et l'accouchement.

La présente session donne une vue d'ensemble des causes et moyens de mesure de la mortalité maternelle.

Qu'est-ce que le décès maternel?

Il y a de nombreuses définitions et idées sur ce qu'est un décès maternel. Il est important que tous les participants partagent la même compréhension de la définition du décès maternel.

Le décès maternel est le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans les 42 jours après la fin de la grossesse, quel qu'en soit le lieu ou la durée, à la suite d'une cause liée à, ou aggravée par la grossesse ou la gestion de celle-ci.

Ainsi, par exemple, si une femme enceinte meurt dans un accident de voiture, c'est tragique, mais ce n'est pas un décès maternel : la cause de son décès n'est pas liée à sa grossesse.

Qu'est la morbidité maternelle ?

Maladie à court ou à long terme causée par des complications obstétricales.

La fistule obstétricale est la plus grave (passage anormal des urines ou de matière fécales entre le vagin et la vessie ou le rectum, souvent causé par un travail dystocique qui n'est pas traité à temps.)

Comment la mortalité maternelle est-elle mesurée ?

Les prestataires doivent comprendre comment la mortalité maternelle est mesurée afin de pouvoir suivre les statistiques dans leurs structures, communautés, districts, régions, et dans le pays tout entier.

Il y a quatre mesures principales de la mortalité maternelle – le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité maternelle, le risque de mortalité maternelle pendant la durée de vie, et la mortalité maternelle proportionnelle.

Le ratio de mortalité maternelle représente le risque associé à chaque grossesse, i.e. le risque obstétrical. Il est calculé avec le nombre de décès maternel pendant une année donnée pour 100.000 naissances vivantes au cours de la même période. Bien que cette mesure ait traditionnellement été désignée sous le vocable de taux, c'est en fait un ratio et maintenant les chercheurs l'appellent ainsi généralement.

Note : le dénominateur correct pour le ratio de mortalité maternelle serait le nombre total de grossesses (naissances vivantes, morts nés, décès intra-utérins, avortements provoqués et spontanés, grossesses extra-utérines et molaires). Cependant, ce chiffre est rarement disponible, que ce soit dans les pays en développement où surviennent la plupart des

naissances, ou dans les pays développés, et donc le nombre de naissances vivantes est généralement utilisé comme le dénominateur.

Cette mesure indique le risque de décès maternel chez les femmes enceintes et celles en grossesse récente. C'est une mesure du risque obstétrical et elle reflète l'état de santé fondamental d'une femme, son accès aux soins de santé ainsi que la qualité des services qu'elle reçoit.

Le taux de mortalité maternelle mesure à la fois le risque obstétrical et la fréquence à laquelle les femmes y sont exposées. Il est calculé comme étant le nombre de décès maternels dans une période donnée pour 100 000 femmes en âge reproductif (habituellement 15 à 49 ans.)

Cette mesure indique à la fois le risque de décès chez les femmes enceintes et de grossesse récente, et la proportion de toutes les femmes tombées enceintes dans une année donnée. Elle peut être diminuée soit par la diminution du risque obstétrical et/ou par celle du nombre de grossesses.

Les termes « ratio » et « taux » sont souvent interchangeables; pour les besoins de clarté, il est donc essentiel, en parlant de l'une ou l'autre de ces mesures de mortalité maternelle, de spécifier le dénominateur utilisé.

Le risque de décès maternel pendant la durée de vie prend en compte à la fois la probabilité de tomber enceinte et celle de décéder à la suite de celle-ci, cumulées à travers les années reproductives d'une femme.

Note : Le décès pendant la durée de vie peut être estimé en multipliant le taux de mortalité maternelle par la durée de la période reproductive (environ 35 ans). Il peut aussi être estimé approximativement en calculant le produit du taux de fertilité total et des ratios de mortalité maternelle.

Cette mesure reflète la probabilité de décès maternel pour une femme moyenne, cumulée sur sa période totale de vie reproductive. Tout comme le taux de mortalité maternelle, elle reflète aussi bien le risque de décès maternel pour une femme et celui de tomber enceinte au cours de sa vie reproductive.

La mortalité maternelle proportionnelle mesure le nombre de décès maternel comme une proportion de tous les décès parmi les femmes en âge reproductif.

Ce chiffre indique combien la mortalité maternelle est une cause importante de décès chez les femmes d'âge reproductif.

Quelles sont les causes médicales du décès maternel?

Il existe de nombreuses causes pour le décès maternel—sociales, économiques, culturelles, géographiques, médicales directes et indirectes, etc. Les prestataires suivant le programme de formation en soins obstétricaux et néonatals d'urgence doivent comprendre que le curriculum a été élaboré sur la base des causes médicales principales de mortalité maternelle.

Les causes médicales de la mortalité maternelle sont les mêmes partout dans le monde. Elles sont soit directes, soient indirectes.

Les causes de décès maternel au Rwanda sont : l'hémorragie : 46,1% ; infection : 15,5%, paludisme : 15,4%, éclampsie : 8,7%, travail dystocique : 6,7%, anesthésie : 3,8%, Cardiomyopathie : 2,9, OAP : 1,9% (Ministère de la santé, Audit de décès maternels, 2008)

L'hémorragie, particulièrement celle du post-partum, est imprévisible, avec un déclenchement soudain, et d'autant plus dangereuse lorsqu'une femme est anémiée. La perte de sang peut rapidement entraîner la mort en l'absence de soins de secours prompts et appropriés dont notamment l'administration de médicaments pour contrôler le saignement, le massage de l'utérus pour stimuler les contractions et, si nécessaire, la transfusion sanguine.

L'infection, qui est souvent la conséquence d'une mauvaise hygiène pendant l'accouchement ou d'infections sexuellement transmises (IST) non traitées, est responsable pour quelque 8% des causes directes décès maternels directs. De telles infections peuvent être efficacement

prévenues en veillant soigneusement à la propreté de l'accouchement, et par la détection et gestion des IST pendant la grossesse. Les soins systématiques de post-partum garantiront une détection rapide de l'infection ainsi que sa gestion grâce à des antibiotiques appropriés.

Les troubles de la tension artérielle de la grossesse, particulièrement l'éclampsie (convulsions), constituent la cause de 13% environ de tous les décès maternels. Les décès dus aux troubles hypertensifs peuvent être prévenus par une surveillance attentive pendant la grossesse et par le traitement à l'aide de médicaments anticonvulsivants simples (ex. sulfate de magnésium) pour les cas sévères de pré- éclampsie et éclampsie.

Le travail prolongé ou obstrué, souvent causé par une disproportion céphalo-pelvienne (lorsque la tête du bébé ne peut pas passer à travers le pubis maternel) ou par une présentation anormale (lorsque le bébé est en mauvaise position pour passer par le canal génital). La disproportion est plus fréquente dans les zones où la malnutrition est endémique, particulièrement parmi les populations ayant diverses traditions et tabous sur le régime alimentaire des filles et femmes. Elle est plus grave lorsque les filles se marient encore jeunes et doivent prouver leur fertilité, souvent avant qu'elles n'aient terminé leur croissance.

Les complications de l'avortement à risque sont à l'origine d'une proportion importante (14%) des décès maternels. Ces décès peuvent être prévenus si les femmes ont accès aux informations et services de planning familial et aux soins pour les complications liées à l'avortement.

Environ 25% des décès maternels résultent d'affections préexistantes qui sont exacerbées par la grossesse ou la gestion de celle-ci. Une des causes indirectes les plus significatives de décès est l'anémie qui, tout en causant le décès par arrêt cardiovasculaire est également désigné comme cause d'une proportion de décès directs (en particulier ceux dus à l'hémorragie et l'infection). D'autres importantes causes indirectes de décès sont notamment, le paludisme, l'hépatite, les maladies cardiaques et, de manière croissante dans certaines zones, le Virus d'immunodéficience humaine (VIH) et le Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Beaucoup de ces causes sont des contre-indications relatives ou absolues pour la grossesse. Les femmes doivent être informées de ces problèmes afin de pouvoir empêcher d'autres grossesses pendant que ces affections sont en cours de traitement.

Les résultats de plusieurs études suggèrent que la grossesse, en plus des risques dus à des conditions cliniques préexistantes ou co-existantes, est associée à une incidence accrue de violence domestique. Dans certaines communautés, les homicides et suicides motivés par le stigmate du viol ou de la grossesse extraconjugale sont à l'origine de 6% des décès maternels dans certains pays.

Comment les lois et politiques des systèmes sanitaires affectent-elles la mortalité maternelle?

Bien que la formation des prestataires de services puisse faire la différence dans la mortalité maternelle, l'environnement social, politique et culturel possède un impact énorme sur la mortalité maternelle.

Les lois qui confinent les femmes à des rôles les mettant sous l'autorité de leurs frères et de leurs maris, constituent un obstacle aux soins médicaux adéquats et rendent vulnérables les femmes et filles. Lorsque des femmes, pour demander les soins sanitaires doivent obtenir l'autorisation de leurs maris, ou lorsque des adolescents recherchant ces mêmes services doivent obtenir l'autorisation de leurs parents, elles peuvent se trouver dans l'impossibilité de recevoir la permission ou effrayées de la demander et par conséquent ne recevront pas les soins nécessaires – qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Les systèmes des lois et politiques sanitaires restreignant les choix reproductifs des femmes sont d'habitude basés sur des relations historiques entre la sexualité et la moralité. Beaucoup de politiques restrictives reflètent l'idée que la sexualité des femmes et leurs accès au contrôle des naissances constituent un danger moral pour la sécurité familiale. Les lois hostiles à la fourniture de services et aux moyens de contraception ont été exprimées traditionnellement en termes de préservation de la moralité.

Un autre dysfonctionnement trouvé dans les lois et règlements ou politiques sanitaires est qu'ils exigent des qualifications des prestataires des services de santé trop élevées pour des soins obstétricaux de routine. De telles lois sont souvent promulguées avec la croyance qu'elles sont nécessaires pour protéger les femmes. Cependant, elles constituent fréquemment des obstacles indus aux soins, ou les rendent indisponibles à cause des limites des structures, personnels, ou des moyens financiers insuffisants des femmes pour satisfaire des coûts inopportunément élevés.

Les femmes refusent parfois de rechercher des services de santé disponibles parce qu'elles estiment que leur confidentialité médicale ne sera pas suffisamment respectée. Il en est ainsi particulièrement dans les petites communautés où les relations personnelles entre les patients et le personnel de santé existent dans la vie civile hors du cadre médical.

Quelles sont les causes socio-juridiques sous-jacentes à la mortalité maternelle?

La mortalité maternelle résulte, pour beaucoup, de causes socio-juridiques.

Les barrières à l'amélioration de la santé des femmes trouvent leurs racines souvent dans les conditions sociales, économiques, culturelles, légales et liées, qui dépassent les considérations sanitaires. Les facteurs sociaux tels que l'analphabétisme, et le manque d'opportunités éducatives ou d'emplois, privent les jeunes femmes d'alternative au mariage et à la maternité précoces, et de moyens économiques et autres d'accéder à la contraception.

La vulnérabilité des femmes face aux abus sexuels et autres, dans le mariage et en dehors de celui-ci, accroît les risques de grossesse et de maternité à risque.

Les coutumes sociales, religieuses et économiques deviennent incrustées dans les lois et ont été évoquées historiquement pour donner une justification à la discrimination contre les femmes.

Comment l'impuissance des femmes contribue-t-elle à la mortalité maternelle?

Les initiatives nationales de maternité sans risque qui ne prennent pas en charge l'impuissance des femmes auront un impact limité sur la mortalité maternelle.

De nombreuses femmes au Rwanda n'ont pas l'appui social et économique pour chercher de bons services sanitaires et de maternité sans risque. Les barrières physiques et psychologiques sont notamment:

- Exposition limitée aux informations et idées nouvelles : dans beaucoup de communautés, la grossesse n'est pas perçue comme nécessitant des soins spéciaux, et les femmes ne reconnaissent pas les signaux de danger pendant la grossesse, le travail, et la période du post-partum. Même si elles ressentent de la douleur et de la souffrance, on a pu leur inculquer que ces situations sont inévitables et par conséquent, elles ne recherchent pas les soins médicaux.
- Limites dans la prise de décision : dans beaucoup de pays en développement, ce sont les hommes qui décident de l'opportunité et du moment où leurs femmes (ou partenaires) auront des rapports sexuels, utiliseront des contraceptifs, auront des enfants, ou rechercheront des soins. Dans certaines communautés, les maris ou d'autres membres de la famille, ou les anciens dans la communauté, décident de l'endroit où la femme devra accoucher, et doivent lui donner la permission pour qu'elle soit emmenée à l'hôpital.
- Accès limité à l'éducation : lorsque les filles sont privées de l'école, devenues adultes, elles ont tendance à avoir une moins bonne santé, de plus grande famille, et leurs enfants sont plus vulnérables aux décès.
- Ressources limitées : la pauvreté, les traditions culturelles, et les lois locales restreignent l'accès des femmes aux ressources financières et à l'héritage dans certaines communautés. Sans argent, elles ne peuvent pas faire des choix indépendants concernant leur santé ni obtenir les services nécessaires.

- Des services de santé insensibles aux besoins des femmes ou dispensés par des prestataires de services discourtois n'offrent pas de choix réel aux femmes : Dans beaucoup de communautés, les femmes sont réticentes à utiliser les services sanitaires parce qu'elles se sentent menacées et humiliées par les agents de santé, ou elles subissent des pressions pour accepter des traitements qui sont contraires à leurs propres valeurs et coutumes.

Pourquoi les femmes meurent-elles?

Les femmes enceintes, leurs familles, les membres de la communauté, et les prestataires doivent travailler ensemble pour s'assurer que la femme recevra les soins appropriés en temps voulu.

Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir les soins dont elles ont besoin pour éviter de mettre leur vie en danger sont les suivants:

- L'inaccessibilité géographique;
- Un coût inabordable des soins (les frais directs pour les soins médicaux, le transport, les médicaments, etc.);
- Les charges multiples des femmes;
- L'impossibilité des femmes à prendre des décisions au sein de la famille ;
- Une mauvaise qualité des soins, un mauvais accueil ou un mauvais traitement des femmes par les prestataires, ne les encouragent pas à se rendre au centre pour se faire soigner.

Ces facteurs se traduisent par les quatre retards suivants :

- Retard à reconnaître le problème : quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication. Si les femmes enceintes, leurs familles, et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié.
- Retard à l'accès au centre de soins : quand une femme présente une complication, elle doit, avec sa famille, prendre la décision d'aller chez un prestataire qualifié. Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur de la famille. Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente. Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient pendant l'absence du décideur principal.
- Retard à l'arrivée de la structure appropriée : une fois la décision prise, la famille doit trouver un moyen de transport pour emmener la femme à une structure sanitaire. Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.

  De plus, il existe dans certains cas, une réticence de la part des prestataires à référer une femme au niveau supérieur. Quand un prestataire essaie de prendre une femme en charge alors qu'il n'en est pas compétent, il met la vie de la femme en danger.
- Retard à recevoir des soins de qualité : une fois arrivée à la structure appropriée, elle doit recevoir des soins de qualité. Si les soins délivrés ne sont ni de qualité, ni appropriés, elle serait arrivée en vain.

Quelles sont les conséquences sociales et économiques de la morbidité et du décès maternels?

Les prestataires, ministères et décideurs de politiques doivent comprendre que la promotion de la maternité sans risque est une intervention économique intelligente.

L'incapacité et le décès maternels ont des implications pour la famille et la communauté dans leur ensemble ainsi qu'un impact qui se répercute sur les générations. Ce sont notamment:

- Au moins 30 à 40% des décès infantiles résultent de soins de mauvaise qualité pendant la grossesse, l'accouchement, et les premières heures critiques après la naissance;
- La mauvaise santé et nutrition maternelles contribuent au faible poids à la naissance de 20 millions de bébés chaque année – environ 20% de toutes les naissances;
- Les enfants sans mères sont plus susceptibles de recevoir moins de soins de santé et d'éducation en grandissant, et peuvent s'avérer plus susceptibles de mourir pendant leur première année de vie;
- Les femmes représentent 70% des 1,3 milliards de personnes vivant dans la pauvreté absolue. Lorsque les femmes ne peuvent pas travailler à cause de problèmes de santé, la perte de leurs revenus ainsi que le coût des traitements peuvent les entraîner, de même que leurs familles, dans l'endettement;
- Au moins 60% des femmes enceintes dans les pays en développement sont anémiées, ce qui diminue leur énergie et fait baisser leurs revenus;
- Lorsque les femmes ne peuvent pas travailler, les conséquences peuvent être particulièrement graves pour les enfants.

1.3 Gestion des services de santé maternelle et néonatale

1.3.1 Définition

Dans le but d'optimiser le fonctionnement des services de maternité, un certain nombre d'activités doivent être menées de façon routinière dans le centre de santé et plus particulièrement dans le service de maternité. Entre autres, il faut veiller à:

1. Générer des soins de qualité, en:

   Renforçant l'hygiène du milieu de travail. Il faut aussi gérer les barrières physiques en mettant en œuvre la stratégie avancée pour les CPN et la vaccination et en donnant un appui technique (suivi, supervision) aux Animatrices de santé maternelle, les barrières culturelles, en améliorant la communication avec les communautés, les barrières financières en incitant la communauté à l'adhésion aux mutuelles de santé.

   S'organisant pour une meilleure prise en charge des complications obstétricales (utilisation de radio, téléphone pour références).

   Renforçant continuellement les compétences des prestataires par le biais de la formation sur le site, la supervision formative.

2. Renforcer l'organisation du service et créer un environnement favorable.

   Cela suppose que les centres de santé prennent l'initiative de mobiliser des ressources pour acheter le minimum de petit équipements indispensables pour garder le moral des prestataires (par exemple, des tensiomètres, des stéthoscopes, des thermomètres, des lampes d'examen, etc.) et leur permettre de réaliser des procédures de routine et des interventions d'urgences quand elles sont nécessaires.

3. Améliorer de façon continue les compétences des prestataires et la performance du service en renforçant la supervision.

   Fournir aux prestataires une formation intensive en compétences. Les stages pratiques et les sessions de formation doivent être centrés sur les compétences essentielles en matière clinique et cognitive, telles que la prévention des infections, le suivi du travail, la prévention et la gestion des complications obstétricales. Des rappels sur la

communication interpersonnelle et le conseil sont également nécessaires pour mettre l'accent sur le traitement compatissant des patientes et le conseil aux femmes et à leurs familles sur les préparatifs pour la naissance de l'enfant.

4. Mobiliser les communautés afin d'augmenter l'utilisation des services de maternité.
5. Surveiller les progrès et documenter les résultats afin d'assurer la pérennité de la qualité.

   Collecter de façon continue des informations relatives aux clients (es), aux produits utilisés (contraceptifs, médicaments, matériel, équipements).

   Ces renseignements permettent de gérer la formation sanitaire (FOSA) (ses activités, son personnel), de faire les rapports d'activités, de faire des plans d'action pour le futur dans une optique d'amélioration continue des services. Les données récoltées sont transmises aux autorités de tutelle. Elles sont interprétées, et permettent des conclusions/décisions, à même d'assurer la continuité et l'intégration des services.

   La gestion d'un service de maternité comprend donc la gestion du personnel, l'organisation des services (horaires, rendez-vous, circuit des client(e)s la logistique des produits, et l'information des clients(e)s dont la documentation des résultats.

1.3.2 Les outils de collecte de données concernant les client(e)s

On distingue huit (8) outils de collectes d'information des clients :

- Registre de consultation prénuptiale
- Fiche de consultation prénuptiale
- Registre de consultation prénatale
- Fiche individuelle de CPN **:** la cliente la conserve. Porte le même numéro que la fiche de consultation prénatale, et permet donc de retrouver celle-ci dans son classement. Elle sert d'aide-mémoire à la cliente pour le prochain rendez-vous.
- Registre d'accouchement
- Dossier maternel **:** il doit contenir toutes les informations en rapport avec le travail et l'accouchement et le post-partum immédiat (fiche d'hospitalisation, partogramme, résultats des examens complémentaires le cas échéant).
- Partogramme : un outil qui sert à évaluer la progression du travail et à indiquer le moment où il faut intervenir.
- Registre d'opération césarienne rupture utérine
- Registre de consultation postnatale

Le remplissage et la conservation des outils de gestion de l'information doivent être assurés en continu. Tous les supports d'information doivent être bien gardés. En l'occurrence, les fiches d'inscription doivent être classées dans des échéanciers par date de rendez-vous voire par lieu de provenance. Les cartes individuelles sont conservées par la cliente qui doit les prendre avec elle chaque fois qu'elle se rend au centre de santé ou chez un agent de santé.

1.3.3 La terminologie dans la collecte des données en santé maternelle et néonatale

Années de procréation : les années de procréation d'une femme se situent entre 15 et 49 ans.

Antepartum : qui intervient avant l'accouchement.

Besoin satisfait en termes des soins obstétricaux **d'urgence** : proportion des femmes traitées pour les complications obstétricales par rapport à toutes les femmes avec des complications attendues.

Décès maternel : le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de sa grossesse.

Décès obstétrique direct : décès dû à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum.

Décès obstétrique indirect : décès dû à des états pathologiques existants qui empirent pendant la grossesse ou l'accouchement.

Dystocie mécanique : se produit lorsque l'enfant ne peut pas passer à travers le bassin.

Grossesse ectopique : l'ovule fécondé s'implante en dehors de l'utérus – dans la cavité abdominale, les ovaires, la trompe de Fallope ou le col de l'utérus.

Hémorragie antepartum : perte de sang qui intervient à n'importe quel moment avant l'accouchement.

Hémorragie du post-partum : perte excessive de sang qui intervient après la naissance, habituellement dans les deux jours qui suivent l'accouchement.

Indicateurs : mesures ou statistiques utilisées pour évaluer les besoins, suivre la mise en œuvre et évaluer les progrès.

Indicateurs d'impact : ils donnent une indication des changements intervenus dans le phénomène ciblé, par exemple le nombre de décès maternels.

Indicateurs de processus : ils mesurent les changements dans les activités qui contribuent à un phénomène particulier ou empêchent qu'il se produise, comme les décès maternels.

Indicateurs de services obstétriques : une statistique qui mesure la disponibilité, l'utilisation ou la qualité des soins obstétriques.

Indice synthétique de fécondité : nombre moyen d'enfants par femme à la fin de sa vie reproductive.

Médicament ocytocique : terme qui s'applique à tout médicament qui stimule les contractions de l'utérus de façon à provoquer ou accélérer le travail.

Morbidité maternelle : maladie et/ou handicap liés à la grossesse.

Mortalité maternelle : statistique fondée sur le nombre de décès maternels.

Naissance vivante : terme utilisé à des fins statistiques pour dire qu'un nourrisson est né avec des signes de vie.

Parentéral : par toute voie qui n'emprunte pas le canal alimentaire, par exemple par voie intraveineuse.

Post-partum : qui intervient après la naissance.

Rapport de mortalité maternelle : le nombre de décès maternel pour 100 000 naissances vivantes.

Risque à vie de décès maternel : la probabilité, en moyenne, qu'une femme succombe à des causes maternelles. On le calcule en utilisant le risque moyen associé à la grossesse et le nombre moyen de fois qu'une femme est enceinte.

Soins obstétricaux d'urgence complets : comprend les fonctions des soins obstétricaux de base, ainsi que les transfusions sanguines et les césariennes.

Soins obstétricaux d'urgence de base : fonctions qui peuvent être accomplies par un médecin, une infirmière ou une sage-femme expérimentées, qui sauvent la vie de nombreuses femmes et stabilisent les femmes qui doivent être référées vers un traitement plus complexe.

Taux de létalité : le nombre de décès provoqués par une condition spécifique divisé par le nombre de personnes qui souffrent de cette condition.

Taux de mortalité maternelle : le nombre de décès maternels pour 100 000 femmes en âge de procréer, par an.

Taux brut de natalité : les naissances pour 1 000 habitants, par an.

Zone desservie : description officielle de la population et de la zone qu'un établissement de santé est censé desservir.

1.3.4 La gestion des produits utilisés en santé maternelle et néonatale

Les principaux produits utilisés en santé maternelle et néonatale sont les suivants : sulfate de magnésium, fer, acide folique, mébendazole, vitamine A, ocytocine, les mesures de prévention du paludisme pendant la grossesse, vaccins, ATB par voie parentérale.

Les outils de gestion des médicaments utilisés en santé maternelle et néonatale

On en utilise sept (7)

La fiche de gestion de stock	On y indique les entrées, les sorties, le stock existant. Etablir une fiche par produit. Enregistrer **tous** les mouvements de stock. Contrôler le stock : quantité de produit, date de péremption (inventaire physique).
Le bon de commande	A utiliser aussi en fonction des besoins.
Le bon de transfert	Utilisé pour le transfert de produits d'un magasin à un autre.
La fiche de réquisition interne	Utilisée pour la réquisition des produits du Dépôt du Centre de santé vers le point de prestations.
La fiche de pointage journalier	On y enregistre toute personne venue pour un service et les produits consommés.
Le rapport mensuel du prestataire	Mentionne tout ce que le prestataire a pu fournir comme activités dans le mois.
Le rapport et bon de commande mensuel de la FOSA	Il mentionne les quantités de produit en début de mois, les quantités reçues au cours du mois, les quantités consommées, le stock disponible en fin de mois et les quantités à commander.
Le rapport et bon de commande trimestriel des districts	Il mentionne les quantités de produits en début de trimestre, les quantités reçues au cours du trimestre, les quantités consommées, le stock disponible en fin de trimestre et les quantités à commander.

On gère les livraisons, les stocks et le local :

- La tenue des fiches et les rangements doivent être faits de préférence par une seule et même personne responsable
- Le local doit être tenu en ordre, propre, aéré, sec, à une t° < 24°c, protégé du soleil et de la lumière
- Les armoires doivent être fermées à clé. La clé est gardée par le responsable des stocks. S'il n'y a pas d'armoire, on utilise des étagères dans un local fermé à clé
- Etiqueter les rayons, mentionner la date de péremption. Respecter la date de péremption dans le rangement des produits : FEFO (« **f**irst **e**xpired, **f**irst **o**ut ») ou PPPS (« **p**remier **p**érimé, **p**remier **s**orti »), et mettre des signes particuliers sur les emballages des produits dont la péremption est proche
- Les produits doivent être conservés au sec, au frais et à l'abri de la lumière
- Les vaccins et l'ocytocine doivent être gardés au réfrigérateur selon leurs instructions.

Les éléments d'une commande de médicaments utilisés en santé maternelle et néonatale

La commande doit être faite à temps (lorsque le stock de sécurité (S) arrive en-dessous du point d'alerte (PA), ou régulièrement, en fonction de la « consommation mensuelle moyenne (CMM) : elle est égale à 1/12 de la somme des consommations des 12 derniers mois (ou 1/6 des 6 derniers mois, par ex). La commande doit inclure le type de conditionnement de chaque produit (cycles, doses, comprimés, etc.).

Le délai de livraison est le temps qui s'écoule entre la passation de commande et la livraison au magasinier (en mensualités).

Le point d'alerte (PA), est le stock qui, lorsqu'il est atteint, doit déclencher une commande d'urgence (point de commande d'urgence).

Le stock de sécurité (S) ou stock minimum**,** est la quantité qui permet d'éviter les ruptures de stock. Cette quantité est ce qui est utilisé pendant une période donnée. Au Rwanda, le **S** est de 6 mois de CMM pour la CAMERWA, 3 mois de CMM pour la pharmacie de district et 1 pour les FOSA.

Le stock disponible et utilisable (D) est tout ce que l'on a, mais qui n'est pas périmé. Pour connaître D on fait l'inventaire physique sur les étagères et pas sur les fiches de gestion de stock !

Le stock maximum est la quantité maximum à ne pas dépasser dans les stocks. Il vaut 2 CMM dans la FOSA et 6 CMM dans la pharmacie de district et 12 pour la CAMERWA.

1. En pratique, au CS, on commande tous les mois (réquisition mensuelle). Pour faire la réquisition des produits santé maternelle et néonatale à partir du CS
   - Déterminer la CMM
   - Déterminer le stock maximum qui est de 2 CMM
   - Quantité à commander = stock maximum – stock disponible et utilisable
2. On commande aussi si le Point d'Alerte est atteint. Il s'agit alors d'une commande en urgence. En résumé, on fait les 4 opérations suivantes, toutes contrôlées en permanence par le responsable:
   - Commander (à quel moment, quelle quantité?)
   - Réceptionner la commande, stocker, tenir la fiche de stock, vérifier les conditions de conservation
   - Distribuer et, si nécessaire, transférer
   - Le cycle est complet, on repart à la commande

1.3.5 Les rapports d'activités

Les indicateurs de processus de soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base sont*:*

- Le nombre de services de soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) disponibles
- La répartition géographique des structures sanitaires de SONU
- La proportion de total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires de SONU
- Les besoins en SONU satisfaits
- Le taux de létalité.

Chaque indicateur comporte des critères pour des niveaux acceptables par rapport auxquels des données réelles peuvent être comparées.

Les cinq indicateurs de processus des SONU

Indicateur de Processus de l'ONU	Définition	Niveau recommandé
1. Nombre de services de SONU disponibles	Nombre de structures sanitaires qui fournissent ces services de SONU de base et SONU complet	Minimum : 1 structure sanitaire de SONU complet pour 500 000 personnes Minimum : 4 structures sanitaires de SONU de base pour 500 000 personnes
2. Répartition géographique des structures sanitaires de SONU	Structures sanitaires qui fournissent des services de SONU adéquatement répartis au niveau infranational	Minimum : 100 % de zones sous-nationales ont les nombres minimums acceptables des structures sanitaires de SONU de base et complets
3. Accouchement assistés	Proportion du total des naissances attendues ayant lieu dans les structures sanitaires	Nombre des accouchements réalisés dans les structures de SONU par rapport aux naissances attendues Minimum : 15 %
4. Besoins en SOU satisfaits	Proportion de femmes présentant des complications obstétricales qui sont traitées dans les structures sanitaires de SONU	Nombre de complications prise en charge par rapport au nombre total de complications attendues (15% de toutes les grossesses) Proportion attendues = 100 %
5. Taux de létalité	Proportion des femmes qui présentent des complications obstétricales et meurent après avoir été admises dans une structure sanitaire de SONU	Maximum 1 %

Les indicateurs 1 et 2 se rapportent à la couverture des services de SONU ou à leur disponibilité et répondent à la question : existe-t-il assez de services de SONU pour desservir la population?

L'indicateur 3 a trait à l'utilisation des services de SONU et répond à la question : les femmes enceintes utilisent-elles les services de SONU?

L'indicateur 4 est également lié à l'utilisation des services mais se rapporte à la question relative aux complications : les services de SONU sont-ils utilisés par les femmes qui en ont réellement besoin, à savoir les femmes qui présentent des complications obstétricales?

L'indicateur 5 nous fournit des informations sur la qualité du service et répond à la question à savoir si les établissements sauvent la vie des femmes.

Les données des établissements nécessaires pour formuler ces indicateurs de processus comprennent:

- Le nombre d'accouchements survenus dans l'établissement,
- Le nombre de femmes avec des complications obstétricales,
- Le nombre de césariennes
- Le nombre de décès obstétricaux directs dans la structure sanitaire de SONU.
- Nombre de naissances dans les structures sanitaires de SONU
- Nombre de femmes qui présentent des complications et sont traitées dans les structures sanitaires de SONU.

Comment ces indicateurs de processus sont-ils calculés?

Indicateurs 1 et 2 : couverture des services de SONU

Toutes les six Fonctions Essentielles doivent avoir été pratiquées au cours des trois mois précédant afin qu'un établissement ait le statut de la structure sanitaire de SONU de base. En plus de l'intervention chirurgicale obstétricale et de la transfusion sanguine, ces six Fonctions Essentielles doivent avoir été pratiquées au cours de ces trois mois pour ce qui concerne les structures sanitaires de SOU complets.

Exemple

Une responsable d'un district envisage de déterminer le statut de 25 établissements dans une région. Au cours des visites de supervision dans ces établissements, elle constate qu'il existe une structure sanitaire de SOU complet et 3 structures sanitaires de SONU de base. Dans quatre autres établissements, quatre Fonctions Essentielles sur six sont pratiquées et elle en prend note.

D'après le recensement le plus récent, le district compte 745 730 habitants. Les lignes directrices utilisent le nombre de 500 000 habitants comme dénominateur afin d'établir la proportion d'établissements par rapport à la population. Elle commence par diviser 745 730 par 500 000.

$$\frac{\text{Nombre d'habitants de la région : 745 730}}{\text{Dénominateur : 500.000}} = 1{,}49$$

Elle obtient le chiffre 1,49 ou environ 1,5. Les *Lignes directrices* stipulent que le niveau minimal acceptable est 1 structure sanitaire de SONU complets pour 500 000 habitants.

Donc, elle a besoin de 1,5 fois autant de structures sanitaires de SONU complets qu'elle en a (1 multiplié par 1,5). Elle note qu'il pourrait y avoir une demande considérable insatisfaite de services avec uniquement une structure sanitaire de SONU complets et en fait, elle a observé que cet établissement est assez fréquenté.

Les *Lignes directrices* stipulent également qu'il devrait exister au minimum 4 structures sanitaires de SOU de base pour 500 000 habitants. Elle multiplie le niveau minimum acceptable de 4 par 1,5 pour sa région et constate que 6 structures sanitaires de SONU de base sont nécessaires pour une couverture adéquate. Toutefois, ce district dispose uniquement de 3 structures sanitaires de SONU de base, donc elle a besoin d'au moins trois autres établissements.

En analysant ses notes, elle se rappelle qu'il existe 4 établissements qui effectuent la plupart et non la totalité des fonctions essentielles. Ces établissements peuvent être modernisés sans occasionner un coût supplémentaire trop important – en fournissant aux femmes de la région la couverture dont elles ont besoin en matière de services d'urgence.

Indicateur 2 : se rapporte à la répartition géographique des structures sanitaires de SONU. Pour déterminer si les établissements sont bien répartis, observez simplement la répartition géographique de vos structures sanitaires de SONU sur une carte et la répartition de la population. Il se peut que vous ayez atteint le niveau minimum acceptable de 1 structure sanitaire de SONU complets et 4 structures sanitaires de SONU de base pour 500 000 habitants. Cependant, lorsque vous regardez ces établissements sur une carte, il se peut que vous trouviez qu'ils sont tous groupés près de la principale ville ou le long de la grande route et ne sont pas accessibles à une grande proportion des femmes dont la plupart vivent à la campagne.

Le temps constitue un élément vital lorsqu'il s'agit de sauver la vie des femmes qui nécessitent un traitement d'urgence. Les complications subites durant la grossesse et l'accouchement sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité maternelles. Au cas où elle ne ferait pas l'objet d'un traitement, l'hémorragie du postpartum peut entraîner la mort en quelques heures. Pour la majeure partie des autres complications, l'intervalle moyen

approximatif à partir du début de la complication jusqu'au décès se situe entre 12 heures et plusieurs jours.

Indicateur 3 : taux d'accouchement assistés dans les structures de SONU-B

Exemple

Le planificateur en santé d'une province souhaite établir la proportion des accouchements ayant lieu dans les structures sanitaires de SONU par rapport au total des naissances attendues. Il commence par consulter les chiffres du recensement qui indiquent que sa province compte 105 820 habitants. Ensuite, il vérifie à l'Institut national des statistiques qui estime que le taux brut de natalité du pays est de 40 naissances pour 1 000 habitants. Aucun chiffre n'est disponible pour sa province, il utilise donc le taux de natalité national estimatif. Il calcule que le nombre estimatif de naissances par an dans la province est 105 820 multiplié par 0,04 (c'est-à-dire 40 divisé par 1 000) ou 4 232. Le planificateur en santé recueille ensuite auprès de toutes les 10 structures sanitaires de SONU de la province les synthèses des données mensuelles à partir desquelles il met au point un sommaire annuel. Il trouve qu'il y a eu un nombre total de 402 accouchements dans les structures sanitaires de SONU au cours de cette année. Il s'est assuré que les 402 accouchements incluent la totalité des césariennes et des accouchements instrumentés (et non les accouchements 'normaux' uniquement).

Ensuite, il divise le numérateur – le nombre réel des accouchements survenus dans les structures sanitaires de SOU (402 accouchements) – par le dénominateur – le nombre de naissances attendues dans la région (4 232 naissances) et multiplie le résultat par 100 pour obtenir le pourcentage.

Numérateur : accouchements dans les structures sanitaires de SONU 402 = 0,095 x 100 = 9,5%
Dénominateur : naissances attendues pour la province 4 232

Environ 10% des femmes accouchent dans les établissements obstétricaux d'urgence alors que le niveau minimum requis est de 15%. La plupart des femmes accouchent ailleurs, peut-être à domicile ou dans des établissements qui ne fournissent pas des services d'urgence. Compte tenu de ces données, il est très probable que les femmes qui présentent des complications obstétricales ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin.

Indicateur 4 : besoins satisfaits. Ceci est un indicateur très important. Si les données sur les complications sont rassemblées correctement, les responsables de programmes disposent d'un excellent indicateur d'utilisation qui contribue directement à sauver la vie des femmes. La rubrique portant sur les besoins satisfaits décrit la proportion des femmes qui présentent des complications et reçoivent un traitement d'urgence sur le nombre total de femmes enceintes que vous vous attendriez à voir présenter des complications (15% des femmes enceintes). Si un programme fournit de plus en plus des services pour sauver la vie des femmes, et que les données du service sont correctement recueillies, les besoins satisfaits devraient s'accroître, ce qui signifie qu'une proportion croissante des femmes qui nécessitent des services obstétricaux d'urgence reçoivent ces services.

Pour les besoins satisfaits, le numérateur est le nombre réel de femmes avec des complications obstétricales qui ont été traitées par les services de SONU. La collecte des données sur les complications constitue souvent une nouvelle expérience pour les structures sanitaires de SONU

Pour les besoins satisfaits, le dénominateur est une estimation du nombre de femmes qui sont censées avoir des complications dans une zone. Comment pouvons-nous établir le nombre de femmes qui développeront des complications? L'OMS prévoit qu'au sein d'une population de femmes enceintes, au moins 15% sont censées présenter de graves complications obstétricales[12]. Le dénominateur est ainsi calculé en multipliant ce pourcentage de 15% par le nombre estimatif de naissances par an.

Exemple

Un responsable de projet a récemment amélioré les services de SONU dans les six établissements d'un district. En examinant les données de tous les établissements pour l'année écoulée, il découvre qu'un nombre total de 460 femmes qui présentaient des complications obstétricales majeures ont reçu un traitement dans les établissements au cours de cette année. Ceci représente son numérateur.

Il calcule le nombre de complications attendues comme suit. D'abord, il multiplie le nombre d'habitants dans son district (439 800 habitants) par le taux de natalité de la région 36 pour 1000. Il n'y a pas de taux de natalité pour son district mais il estime qu'il approximativement égal au taux régional. Le nombre escompté d'accouchements dans le district est de 439 800 x 0,036 ou 15 833. Il sait qu'il peut s'attendre à ce que 15% de ces femmes présentent une complication obstétricale, donc il multiplie 15 833 par 0,15 et obtient 2 375 complications attendues. Ce sera son dénominateur.

Il calcule ensuite les besoins satisfaits en divisant le nombre réel de femmes qui présentent des complications dans les établissements par le nombre escompté de femmes qui présentent des complications ou 460/2 375.

Numérateur : complications traitées dans les établissements 460 = 0,19 x 100 = 19 %
Dénominateur : nombre de complications attendues 2 375

Il multiplie 0,19 par 100 pour obtenir le pourcentage : la proportion de femmes qui nécessitaient des SOU et qui ont reçu un traitement est de 19%. Autrement dit, les besoins satisfaits constituent uniquement 19% alors qu'ils devraient être de 100% au moins.

Indicateur 5 : taux de létalité

Le dernier indicateur de processus, le taux de létalité fournit une indication approximative de la qualité des soins que les femmes reçoivent dans un établissement.

Le numérateur du taux de létalité est le nombre de décès obstétricaux directs survenus dans les structures sanitaires de SONU et le dénominateur est le nombre de complications notées dans les structures sanitaires de SONU. Les *Lignes directrices* recommandent un pourcentage de 1% pour le niveau maximum acceptable du taux de létalité.

Les taux de létalité sont mieux calculés et interprétés au niveau des établissements.

Exemple

La directrice médicale d'un hôpital de district examine les données annuelles et note qu'il y a eu 6 décès maternels sur 735 femmes qui présentaient des complications obstétricales directes. Après un examen plus minutieux, elle se rend compte qu'un des décès était dû à la malaria qui ne constitue pas une cause obstétricale directe de décès. Elle calcule donc le taux de létalité de l'établissement comme étant 5/735 x 100 ou 0,68 %.

Numérateur : décès obstétricaux directs 5 = 0,0069 x 100 = 0,68 %
Dénominateur : cas compliqués dans les établissements 735

Elle est heureuse de constater que beaucoup moins de 1% des femmes qui présentaient des complications à l'hôpital sont décédées, étant donné notamment que l'hôpital traite nombre de femmes qui nécessitent des interventions d'urgence. Certains établissements jugent utile de calculer les taux de létalité par cause afin de mieux comprendre les complications qui sont notamment potentiellement mortelles dans leurs environnements. Ceci peut aider la direction et les cliniciens à améliorer la qualité des soins ou peut faire apparaître la nécessité d'informer la communauté des signes et symptômes des complications potentiellement mortelles spécifiques qui doivent être acheminées vers les établissements en temps opportun.

Les fiches de rapport mensuel des hôpitaux et les centres de santés

CONSULTATIONS PRENATALES		
1	Nouvelles inscrites	
2	CPN 1er trimestre	
3	CPN 9ème mois	
4	CPN 4ème mois	
5	Grossesse à haut risque détectée lors de la CPN	
6	Grossesse chez les moins de 15 ans	
7	Grossesse à haut risque référée	
8	IPT 1 donné	
9	IPT 2 ou plus donné	
10	Supplément en fer et acide folique administres (90 comprimés/traitement complet)	
11	Moustiquaire imprégnées d'insecticides distribués lors de la CPN	
12	Déparasitage pendant la CPN	
13	Administration de la vitamine A lors de la CPN	
14	Dépistage de la malnutrition lors de la CPN	
15	Mesure du périmètre brachial (<21 cm)	
16	Test pour l'anémie lors de la CPN	
17	Test pour l'anémie sévère <7 gr/dl	
18	Test pour le VIH	
19	Test pour le VIH est positif	
20	Femmes VIH positives qui connaissent leurs résultats	
21	Test pour la syphilis	
22	Test pour la syphilis positif	

COMPLICATIONS OBSTETRICALES								
Cas et décès		ICD-10	Moins de 20 ans			20 ans et plus		
			OPD NC	Admissions	Décès	OPD NC	Admissions	Décès
1	Avortement (symptômes qui suggèrent un avortement provoqué)	004,9						
2	Avortement (spontané)	003						
3	Grossesse ectopique	000,9						
4	Danger d'accouchement prématuré	047,9						
5	Hémorragie antepartum (HAP)	046,9						
6	Hémorragie du postpartum (HPP)	072,`						
7	Septicémie/infection pp	085						
8	Travail prolongé ou difficile	066,9						
9	Eclampsie/prééclampsie sévère	015,9 014,1						
10	Rupture utérine	S37,6						
12	Détresse fœtale	068,9						
13	Déchirure périnatale (3ème degré)	070,2						
14	Fistule (vésico vaginale ou rectale)	N82,0 K60,4						
15	Anémie sévère <7gr/dl)	099,0						
16	Paludisme (confirmé) traité	096,6						
17	VIH/ infections opportunistes	098,7						
18	Autres complications (spécifier)	075,4						

B. Interventions des soins obstétricaux d'urgence (de base)		Nombre
1	Antibiotiques intraveineux	
2	Antihypertenseurs intraveineux	
3	Délivrance artificielle du placenta	
4	Aspiration manuelle par le vide (soins après avortement)	
5	Aspiration manuelle	
C. Femmes placées sous observation pendant 72 heures ou plus		

ACCOUCHEMENT DANS LES STRUCTURES SANITAIRES				
1	Accouchement normal			
2	Accouchement anormal (dystocique)			
3	Accouchements chez les moins de 15 ans			
4	Grossesses multiples (jumeaux, triplés)			
5	Accouchements référés à l'hôpital			
6	Décès maternels totaux (= somme de tous les décès tableau ci-dessus)			
7	Naissances vivantes			
8	Poids à la naissance <2,5 kg (vivant)			
9	Poids à la naissance <2,5 kg (parmi les prématurés de 23 à 37 semaines)			
10	Mort nés macéré (>22 semaines ou >500g)			
11	Mort- nés (>22 semaines ou >500 g)			
12	Décès de naissances vivantes	Décès dans la salle d'accouchement	Décès 0 à 6 jrs	Décès 7 à 28 js
13	Nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit l'accouchement			
14	Nouveaux nés qui n'ont pas crié à la naissance			
15	Nouveau – nés ressuscités			
16	Nouveau nés référés à plus haut niveau			

SOINS POSTNATAL		
1	Visite postnatale dans les 3 jours qui suivent la naissance	
2	Visite postnatale entre 4 et 10 jours après la naissance	
3	Vitamine C lors de la visite postnatale	
4	Dépistage pour la malnutrition lors de la visite postnatale (périmètre brachial)	
5	Malnutrition (périmètre brachial <21 cm)	
6	Complications référées lors de la visite postnatale	

CAUSES DES SOINS NEONATALS EXTERNES, HOSPITALISATION ET DECES								
		ICD-10	0 à 6 jours			7 à 28 jours		
			OPD NC	Admissions	Décès	OPD NC	Admissions	Décès
1	Asphyxie	P21,9						
2	Hypothermie	P80,9						
3	Prématurité (21 à 37 semaines)	P07,3						
4	Malformations congénitales	Q89,9						
5	Infections respiratoires	P28,8						
6	Méningite	P36,9						
7	Infections cutanées	P39,4						
8	Infections du tractus urinaire	P39,3						
9	Tétanos néonatal	A33						
10	Infections néonatales (autres)	P39,9						
11	Toutes autres causes de détresse néonatale							

COMPLICATIONS OBSTETRICALES								
		ICD-10	Moins de 20 ans			Plus de 20 ans		
			OPD NC	Admissions	Décès	OPD NC	Admissions	Décès
1	Avortement (symptômes qui suggèrent l'avortement provoqué)	004,9						
2	Fausse couche (avortement spontané)	003						
3	Grossesse ectopique	000,9						
4	Menace d'accouchement prématuré	047,9						
5	Hémorragie antepartum (HAP)	046,9						
6	Hémorragie pp (HPP)	072,1						
7	Septicémie /infection PP	085						
8	Travail prolongé ou difficile	066,9						
9	Eclampsie/prééclampsie sévère	015,9 014,1						
10	Rupture utérine	S37,6						
11	Détresse fœtale	068,9						
12	Déchirure périnatale (3ème degré)	070,2						
13	Fistule (vésico vaginale ou rectale)	N82,0 K60,4						
14	Anémie sévère <7gr/dl)	099,0						
15	Paludisme (confirmé) traité	098,6						
16	VIH/ infections opportunistes	098,7						
17	Autres complications obstétriques (spécifier)	075,4						

C. INTERVENTIONS D'URGENCE OBSTETRICALES (DE BASE ET COMPLETE)		Nombre
1	Antibiotiques intraveineux	
2	Antihypertenseurs intraveineux	
3	Ocytociques intraveineux	
4	Délivrance artificielle du placenta	
5	Aspiration manuelle par le vide (soins après avortement)	
6	Aspiration manuelle	
7	Césarienne	
8	Transfusion sanguine pendant l'accouchement	
	D. Femmes placées sous observation pendant 72 heures ou plus	

ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES DANS LES STRUCTURES SANITAIRES				
1	Accouchement normal			
2	Accouchement anormal (dystocique)			
3	Accouchements chez les moins de 15 ans			
4	Grossesses multiples (jumeaux, triplés)			
5	Accouchements référés à l'hôpital			
6	Décès maternels totaux (= somme de tous les décès tableau ci-dessus)			
7	Naissances vivantes			
8	Poids à la naissance <2,5 kg			
9	Mort nés macéré			
10	Mort- nés			
11	Décès de naissances vivantes	**Décès dans la salle d'accouchement**	**Décès 0 à 6 jrs (pas dans la salle d'accouchement)**	**Décès 7 à 28 js**
12	Nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit l'accouchement			
12	Nouveaux nés qui n'ont pas crié à la naissance			
14	Nouveau – nés ressuscités			
15	Nouveau nés référés à plus haut niveau			

CAUSES DES SOINS NEONATALS EXTERNES, HOSPITALISATION ET DECES								
		ICD-10	**0 à 6 jours**			**7 à 28 jours**		
			OPD NC	**Admissions**	**Décès**	**OPD NC**	**Admissions**	**Décès**
1	Asphyxie	P21,9						
2	Hypothermie	P80,9						
3	Prématurité (22 à 37 semaines)	P07,3						
4	Malformations congénitales	Q89,9						
5	Infections respiratoires	P28,8						
6	Méningite	P36,9						
7	Infections cutanées	P39,4						
8	Infections du tractus urinaire	P39,3						
9	Tétanos néonatal	A33						
10	Infections néonatales (autres)	P39,9						
11	Toutes autres causes de détresse néonatale							

1. 4 Audit des décès maternels basés sur les critères

Introduction

Un audit est une analyse objective, systématique et critique de la qualité des soins médicaux. Il englobe « les procédures utilisées pour le diagnostic et le traitement, l'utilisation des ressources, ainsi que l'issue du traitement et la qualité de la vie qui en résulte pour la patiente ».

L'audit *ne remplace pas* à un examen des décès maternels, mais il vient compléter le mécanisme d'étude.

Les audits peuvent couvrir un large éventail de sujets et ils peuvent être entrepris et menés à bien par des parties intéressées très diverses. Les seules conditions préalables pour effectuer un audit sont le désir d'examiner la situation en cours, des connaissances des soins médicaux suffisantes pour pouvoir identifier les critères et la volonté d'appliquer les changements.

Les audits dépendent de la présence de deux éléments :

- Les normes (ou protocoles, ou directives de traitement), sont indispensables au processus d'audit. Chaque pratique ou procédure utilisée dans un établissement de santé, qu'il s'agisse du traitement de complications qui mettent la vie en danger, du nettoyage des salles ou du respect de la vie privée du patient, devrait être régie par une norme. Les normes permettent de définir les critères qui forment l'assise des audits reposant sur des critères. Lorsqu'il n'existe pas de normes, il est impossible de mener à bien ce type d'audits.
- Les documents écrits sont essentiels pour pratiquement tous les audits des pratiques cliniques et pour la plupart des audits des procédures administratives, comme la gestion des stocks pharmaceutiques. En fait, il ne serait pas inutile de vérifier la complétude des dossiers avant d'entreprendre tout nouvel audit. Un examen rapide d'un échantillon de données peut indiquer que, tant que les dossiers ne seront pas mieux tenus, il ne sera pas possible de réaliser un audit reposant sur des critères.

1.4.1 Définition d'un audit

L'audit est un outil essentiel qui aide les cliniciens à améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent (Burnett & Winyard 1998); certains systèmes de santé vont même jusqu'à les financer. Pourtant, la pratique de l'audit n'est pas courante dans la plupart des pays en développement, ce qui nous oblige à nous poser la question suivante : pourquoi les systèmes de santé devraient-ils consacrer des ressources et un temps limités à des audits des soins médicaux? Pour trois raisons principales.

Les audits reposant sur des critères (ARC) sont utilisés dans les établissements de santé et par les entreprises et les institutions gouvernementales afin d'améliorer continuellement la qualité des tâches effectuées et des services fournis. Dans une institution soucieuse d'excellence, le processus d'audit est sans cesse en cours.

Domaines d'audit

On en distingue trois:

1. Technique : les soins cliniques que reçoivent les clients

   Voici quelques exemples de fonctions qui peuvent faire l'objet d'un audit:

   - Le nombre de femmes souffrant de pré-éclampsie sévère ou de crise éclamptique référées à l'hôpital de district (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas);
   - Le nombre de femmes dont les signes vitaux sont vérifiés et notés toutes les deux heures après l'accouchement (et le nombre de femmes pour qui ce n'est pas le cas);

- Les audits ont pour but de faire progresser le nombre de «meilleures pratiques» appliquées dans un établissement de santé. Par meilleures pratiques, on entend les meilleurs soins disponibles au moment où le traitement est administré.

2. Gestion : gestion (ou organisation) de l'établissement de santé
3. Aspects des soins médicaux liés aux droits humains

   Exemples d'aspects des droits fondamentaux dans un cadre clinique

   - Le personnel soignant parle-t-il la même langue que les patientes?
   - Explique-ton clairement le traitement aux patientes et à leur famille?
   - Les patientes et leurs familles doivent-elles verser des pots-de-vin pour avoir accès aux soins?
   - Le prix des différents services est-il indiqué clairement dans des langues compréhensibles?
   - Les patientes sont-elles accueillies chaleureusement et avec gentillesse à l'arrivée ou sont-elles ignorées ou traitées froidement?
   - Le personnel, à tous les niveaux, traite-t-il tous ses collègues avec respect?

1.4.2 Pourquoi réaliser un audit ?

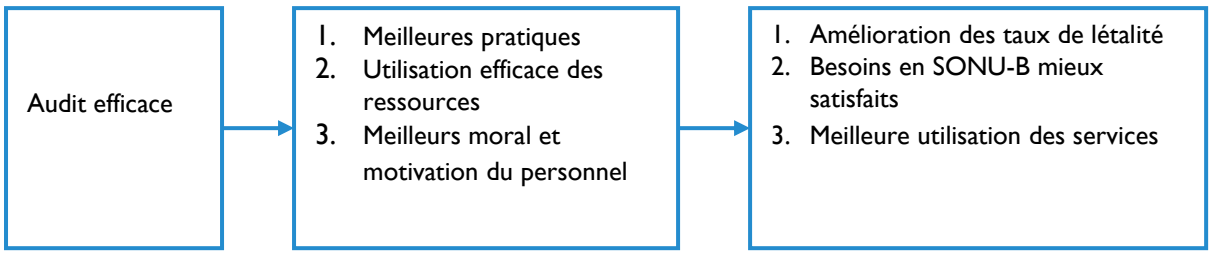
Optimiser les pratiques cliniques, par exemple, le placard dans lequel les médicaments sont conservés est fermé à clé pendant les week-ends et il faut envoyer quelqu'un chercher le responsable.

Rationaliser davantage l'utilisation des ressources, par exemple, l'épisiotomie de routine pour les primipares.

Améliorer le moral et la motivation du personnel:

- Pour accroître l'utilisation des services
- Pour accroître le besoin satisfait lié aux soins obstétricaux d'urgence
- Pour améliorer les taux de mortalité clinique

Pourquoi procéder à un audit?



Les étapes de l'audit

L'audit est axé sur le changement. Le processus peut être divisé en deux phases principales : la phase préparatoire et le cycle de l'audit à proprement parler.

La phase préparatoire est généralement divisée en étapes numérotées de 1 à 6 et le cycle de l'audit couvre les étapes 7 à 11.

Ce chapitre passe en revue le processus étape par étape.

Phase préparatoire : Cycle de l'Audit

1. Constitution d'une équipe d'audit
2. Choix d'un thème
3. Définition des cas/unité d'analyse
4. Définition des critères
5. Identification des sources d'information
6. Conception du formulaire d'extraction des données
7. Collecte des données d'audit pour évaluer le plan d'action
8. Analyse
9. Recommandations/plan d'action
10. Application du plan d'action
11. Répétition du cycle

Phase préparatoire

1. Constitution d'une équipe d'audit

Le soutien et la motivation de tous ceux qui participeront à la procédure d'audit sont essentiels. Dans certains cas, vous pourriez décider de consulter des responsables de votre hôpital de référence. Les facteurs de succès les plus importants au niveau local sont le désir de mieux connaître la situation et d'y apporter les améliorations nécessaires. Il est crucial que les participants sachent bien que l'audit n'a pas pour but de jeter le blâme.

Votre équipe devrait comprendre des représentants de tous les groupes qui participeront au processus d'audit. Selon le type d'audit, l'équipe pourrait être composée des personnes suivantes:

- Titulaire du centre de santé
- Sages-femmes
- Infirmières (Infirmiers)
- Responsables du nettoyage
- Techniciens de laboratoire
- Infirmier responsable de la pharmacie
- Préposé(s) à la collecte des données

L'équipe doit être dirigée par une personne motivée et prête à opérer des changements visant à améliorer la qualité des soins fournis aux femmes enceintes.

Votre équipe devrait commencer par identifier le contenu de chaque étape du cycle d'audit et établir un calendrier de travail. Elle devrait indiquer clairement les responsabilités de chacun. Les audits font partie du contrôle de qualité et n'exigent pas de ressources supplémentaires.

2. Choix d'un thème

La deuxième étape consiste à se faire une idée claire du problème que vous voulez évaluer et sur lequel vous voulez agir avec votre équipe grâce au processus d'audit.

Vous savez peut-être déjà ce que vous voulez faire. Le choix du problème est l'aspect le plus important du processus et tout le monde devrait en être bien conscient. Plusieurs choix se présentent. Exemples de problèmes pouvant faire l'objet d'un audit:

- Problèmes cliniques : procéder à un audit de la manière dont les protocoles sont respectés dans le traitement clinique.
- Problèmes de gestion : organisation du centre de santé en étudiant la structure des effectifs, les fonctions ou les équipements de l'établissement (par ex. banque du sang, prévention des infections, complétude des dossiers médicaux).
- Droits fondamentaux dans divers secteurs : contexte clinique, système de santé, législation relative aux procédures ou aux médications, systèmes de paiement, interactions entre le personnel et les patientes ou au sein de l'équipe.

Problèmes de gestion:

Si votre équipe a décidé de faire un audit des problèmes de gestion, votre choix peut porter sur:

- Retards des tests laboratoire ;
- Prévention des infections ;
- Elimination des aiguilles, des seringues et des lames ;
- Disponibilité des médicaments ;
- Complétude des dossiers des patients ;
- Emploi du temps du personnel.

Exemple de problème de gestion

Si vous découvrez lors d'une étude des décès maternels que les femmes admises après les heures d'ouverture (soirées et nuits) doivent généralement attendre longtemps avant d'être traitées, vous pouvez décider de faire un audit de ces admissions ou du personnel disponible le soir.

Droits fondamentaux

Si vous avez décidé de procéder à un audit des problèmes relatifs aux droits fondamentaux, des exemples de questions pertinentes figurent dans l'encadré ci-dessus.

Exemples d'aspects des droits fondamentaux dans un cadre clinique

- Le personnel soignant se comprend-il avec les patientes?
- Explique-ton clairement le traitement aux patientes et à leur famille?
- Les patientes et leurs familles doivent-elles verser des pots-de-vin pour avoir accès aux soins?
- Le prix des différents services est-il indiqué clairement dans des langues compréhensibles?
- Les patientes sont-elles accueillies chaleureusement et avec gentillesse à l'arrivée ou sont-elles ignorées ou traitées froidement?
- Le personnel, à tous les niveaux, traite-t-il tous ses collègues avec respect?

Définition des cas

L'équipe doit s'entendre sur toutes les définitions des cas lors des audits des problèmes cliniques, administratifs ou relatifs aux droits fondamentaux. Les définitions doivent être cochées par écrit.

Exemples de définitions des cas

Hémorragie de la délivrance	Saignement qui nécessite un traitement (perfusion intraveineuse, manœuvres d'arrêter les hémorragies de délivrance); Hémorragie grave due à des lacérations (vaginales ou du col de l'utérus) ou rétention placentaire
Orientation vers d'autres établissements	Tous les cas traités au départ dans un centre de santé et orientés vers un hôpital par le personnel du centre de santé
Admission après les heures de travail	Tous les cas obstétricaux admis entre 16h. du soir et 7h. du matin

Définition des critères

Comme indiqué plus haut, l'audit basé sur de critères exige qu'une comparaison soit faite entre les pratiques en cours et des normes documentées.

Les critères doivent:

- Reposer sur des preuves scientifiques solides
- Etre mesurables, en s'appuyant de préférence sur les dossiers des patients
- Etre réalistes, compte tenu des capacités de l'établissement en termes de personnel et de ressources

Le choix des critères ne signifie pas qu'il faut inclure toutes les actions souhaitables par rapport au thème choisi; n'oubliez pas que la simplicité est de mise.

Exemples de critères

Cliniques: Prise en charge active d la 3ème période du travail	▪ 10 unités IM d'ocytocine ont été administrées une minute avant la naissance du (dernier) bébé ▪ Traction contrôlée du cordon pour extraire le placenta ▪ Massage utérin pratiqué immédiatement avec l'extraction du placenta ▪ Massage utérin pratiqué toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures ▪ Observations enregistrées sur la perte de sang

Prise en charge: Processus de transfert	▪ Explication donnée aux patientes et aux familles sur l'aiguillage vers un autre établissement ▪ Antibiotiques administrés à des fins prophylactiques ▪ IV (solution saline normale ou soluté lactate de Ringer) avec installation d'une poche jetable ▪ Note *écrite* sur les médicaments administrés (par ex. diazépam) et les procédures appliquées (par ex. cathétérisme, aspiration pneumatique) accompagnent la patiente ▪ Note écrite expliquant pourquoi la patiente est référée vers un autre établissement accompagne la patiente ▪ Note écrite sur les antécédents médicaux de la patiente (par ex. césarienne ou hémorragie de la délivrance antérieure) accompagne la patiente
Droits fondamentaux: discrimination et accès aux SONU-B	▪ La famille ou la femme a dû verser un pot-de-vin à l'admission ou pour le traitement ▪ La famille a dû acheter les médicaments en dehors du centre de santé

3. Identification des sources d'information

Selon le thème de l'audit – traitement clinique, gestion de l'établissement ou aspects organisationnels liés au système de santé, ou encore questions liées aux droits fondamentaux – les données seront extraites de l'une ou plusieurs des sources suivantes:

- Registres hospitaliers
- Dossier des patientes
- Entretiens avec le personnel ou les familles
- Entretiens avec les patientes
- Listes des stocks de produits pharmaceutiques
- Liste des applications de laboratoire

1.5 Droits et responsabilités des clientes

Le plus souvent, la grossesse est un moment de joie et d'attente mais ce peut être aussi un moment d'anxiété et d'appréhension. Le fait d'établir un dialogue véritable avec la patiente et sa famille peut aider la patiente à se sentir en confiance avec ses prestataires de soins.

Lorsqu'une femme présente des complications, il arrive qu'elle éprouve des difficultés à se confier à celui qui la soigne et à lui exposer ses problèmes. Dans ce cas, il incombe à l'équipe soignante tout entière de discuter avec elle, en faisant preuve de respect, et de la mettre à l'aise.

Il est important que les prestataires de soins sachent quels sont les droits des patientes lorsqu'ils leur dispensent des soins liés à la maternité:

Enoncé : Toute Rwandaise enceinte doit bénéficier des droits suivants:

(Adapté de la Charte des Droits et Responsabilités des patientes : tth://www.gnb.ca/legis/bill)

Droits	Responsabilités
1. **Le droit d'avoir accès dans un délai raisonnable à des services de soins de santé en rapport avec son état et aux complications y relatives.** ✓ d'avoir des services de soins de qualité accessibles à tout moment, ✓ d'être adressée à d'autres services de soins SR dans un délai raisonnable ; les services fournis à tout moment ou à tout endroit étant déterminés par les PNP en SR 2008du Rwanda	o utiliser les services de soins de santé de manière raisonnable, qui comprend également la responsabilité d'accéder aux services de soins de santé de manière appropriée et de les utiliser à bon escient, en faisant attention aux avis ou instructions fournis; o apprendre à connaître et de faire des choix de style de vie sain.
2. **Le droit de recevoir des renseignements pertinents sur les soins de santé.** ✓ de recevoir des renseignements sur les services fournis par la Formation sanitaire, sur la façon d'y avoir accès ainsi que sur les autres services de soins de santé pertinents si les fournisseurs de soins de santé les connaissent; ✓ le droit de recevoir des renseignements sur les traitements, les interventions et les procédures qui sont appropriés à ses propres besoins; ✓ le droit de faire inscrire des renseignements pertinents en matière de santé dans son dossier de patient, d'examiner ce dossier et d'en obtenir des copies;	o communiquer des renseignements appropriés en matière de santé aux fournisseurs de soins de santé, notamment des renseignements sur ses besoins, décisions et antécédents en matière de santé et sur les intolérances connues ou soupçonnées aux médicaments; o informer les fournisseurs de soins de santé sur ses besoins particuliers en matière de communication.
3. **Le droit de prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé.** ✓ de participer à la planification et à l'examen de ses soins et de se faire expliquer par un professionnel approprié les traitements, les interventions et les procédures, ainsi que les risques, les effets secondaires et les options; ✓ de demander et de recevoir des renseignements sur la possibilité d'obtenir d'autres avis médicaux; ✓ de demander et de recevoir des renseignements sur les qualifications professionnelles de ses fournisseurs de soins de santé; ✓ de donner ou de refuser son consentement à tout traitement, à toute intervention ou à toute procédure; ✓ de poser des questions et de recevoir des réponses;	o participer activement aux décisions en matière de soins de santé, qui comprend la responsabilité de discuter des projets de traitements et de sortie et de demander et de fournir des renseignements, le cas échéant; o communiquer ses décisions en matière de soins de santé, qui comprend la responsabilité de désigner, le cas échéant, un décideur de remplacement.
4. **Le droit d'être traité en toute sécurité, avec confort et considération** ✓ le droit à des Formations sanitaires gérées en tenant compte de la sécurité et du confort des patientes; ✓ le droit d'être traitée avec politesse, considération et respect pour sa vie privée et pour la confidentialité de ses renseignements médicaux personnels;	o traiter les autres avec politesse et considération, o respecter la vie privée des prestataires mais aussi la confidentialité sur leurs renseignements médicaux personnels.
5. **Le droit à des enquêtes sur ses plaintes :** ✓ d'avoir facilement accès à des mécanismes de plaintes simples et clairs; ✓ de voir les plaintes faire rapidement l'objet d'enquêtes et être réglées, si possible, avec des explications à l'appui; ✓ de recevoir l'aide des autorités de la santé et du mieux-être, si nécessaire;	o utiliser les mécanismes de plaintes de manière appropriée ainsi que dans un esprit de coopération.

Exemples de problèmes relevant des droits humains avant et pendant la grossesse:

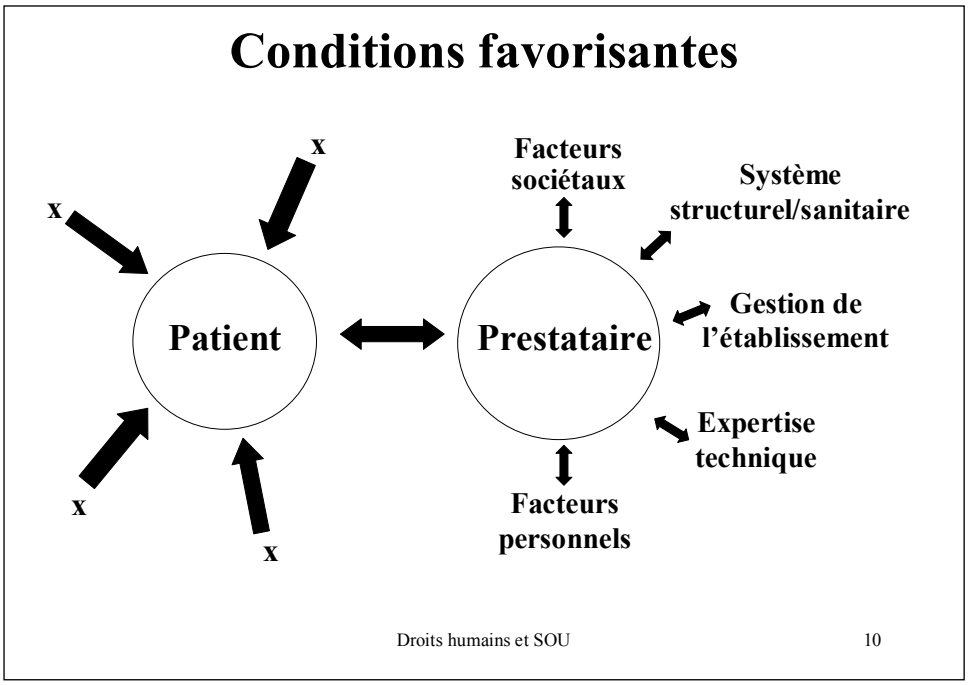
- Grossesse non souhaitée à cause du manque d'accès à la contraception
- Avortement à risque
- Complications non détectées à temps pendant la grossesse
- Retard pour aller consulter les soins : manque d'information sur les lieux et horaires pour aller se faire soigner, faible statut des femmes, pauvreté
- Retard pour se rendre à l'établissement adéquat : manque de moyen de transport et mauvaise infrastructure de communication
- Retard pour recevoir les soins : attitudes des prestataires de soins, prix élevés des médicaments, de l'équipement et des fournitures

Principes fondamentaux et valeurs de l'approche des droits humains:

- Chaque personne, chaque femme, homme ou enfant mérite d'être traité avec dignité.
- La dignité, en santé, ce n'est pas seulement prévenir le décès et la maladie, mais concerne également la manière dont les individus, les communautés et les sociétés obtiennent et maintiennent un niveau de santé.

Comment pouvons-nous créer des conditions qui facilitent le respect des droits humains ?

Etre axé TANT sur les patients QUE sur les prestataires



Comment mettre en œuvre ces droits?

- Formation et sensibilisation du personnel de santé
- Education des femmes enceintes et de leurs familles sur les droits
- Mener des audits des droits des clients
- Mener des enquêtes auprès des femmes et de leurs familles

1.6 Communication au cours des SONU

Lorsqu'un prestataire de soins parle à une patiente de sa grossesse ou d'une complication dont elle souffre ou a souffert, il doit avoir recours aux techniques de communication de base. Ces techniques l'aideront à établir une relation de sincérité, de bienveillance et de confiance avec la patiente. Une patiente qui fait confiance à un prestataire de soins et qui a le sentiment que celui-ci/celle-ci a à cœur de protéger ses intérêts, a plus de chances de revenir dans l'établissement pour accoucher ou de s'y présenter rapidement en cas de complication.

Techniques de communication

Parler calmement et assurer la patiente du caractère confidentiel de la conversation.

Prendre en considération tous les aspects culturels et religieux et faire preuve de respect pour ses opinions. Il convient également de:

- Encourager la patiente et sa famille à parler honnêtement et sans retenue de ce qui a entouré la complication;
- Ecouter ce que la patiente et sa famille ont à dire et les encourager à confier leurs préoccupations en essayant de ne pas les interrompre;
- Respecter l'intimité de la patiente en fermant la porte ou en tirant les rideaux qui entourent la table d'examen;
- Lui faire savoir qu'elle est écoutée et comprise;
- La soutenir en utilisant la communication non verbale, telle que des hochements de tête et des sourires;
- Répondre à ses questions de façon directe, sur un ton calme et rassurant;
- Lui expliquer comment on va procéder pour traiter la complication;
- Lui demander de répéter les points principaux pour s'assurer qu'elle les a compris.

Lorsqu'une patiente doit être référée, lui expliquer la nécessité de la référence et le risque encouru si le transfert n'est pas effectué.

Soutien affectif et psychologique

Les situations d'urgence sont souvent très choquantes pour toutes les personnes concernées et déclenchent toute une série de sentiments qui peuvent avoir des répercussions considérables.

Réactions sur le plan affectif et psychologique

La manière dont chaque parent réagit à une situation d'urgence dépend:

- De la situation familiale de la patiente et de ses relations avec son partenaire;
- De la situation sociale de la patiente/du couple, de leurs pratiques culturelles et religieuses et de leurs croyances;
- De la personnalité des personnes impliquées, de la qualité et de la nature sociale, pratique ou affective du soutien que ces personnes apportent à la patiente;
- De la nature, de la gravité et du pronostic de l'affection, de la possibilité ou non de recourir à des services de santé et de la qualité de ces services.

Parmi les réactions fréquentes à une urgence obstétricale ou à un décès, on observe:

- Un déni de la réalité (« ce n'est pas vrai »);
- Un sentiment de culpabilité tenant à une responsabilité éventuelle;
- De la colère (fréquemment dirigée contre le personnel soignant mais qui masque souvent une colère que les parents éprouvent vis-à-vis d'eux-mêmes pour avoir « échoué »);
- L'envie de marchander (en particulier si la patiente oscille entre la vie et la mort);
- De la dépression et une perte d'amour-propre qui peut se prolonger;
- Un sentiment d'isolement (l'impression d'être différent des autres, d'être à part) qui peut être renforcé par le fait que les soignants évitent parfois les personnes qui ont perdu un proche;
- Une désorientation.

Principes généraux à observer en matière de communication et de soutien

Bien que chaque urgence constitue un cas particulier, les principes ci-après donnent une orientation générale sur la conduite à tenir. La communication et la compassion sont probablement les principaux éléments d'une prise en charge efficace dans ce genre de situations.

Sur le moment

- Ecouter les personnes qui traversent une situation pénible. La patiente et la famille ont besoin d'extérioriser leur douleur, leur chagrin.
- Ne pas changer de sujet au profit de questions plus faciles ou moins douloureuses à aborder. Faire preuve de compassion.
- Donner le plus d'informations possibles à la patiente et à sa famille sur la situation. S'ils comprennent ce qui se passe et ce qu'on fait pour y remédier, ils seront moins inquiets et mieux préparés à la suite des événements.
- Etre honnête. Ne pas hésiter à reconnaître ce qu'on ignore. Il est plus important d'entretenir un climat de confiance que d'avoir l'air érudit.
- Si la langue constitue une barrière, se faire aider par un interprète.
- Ne pas déléguer le cas au personnel infirmier ou à des internes.
- Veiller à ce qu'une personne de son choix accompagne la patiente et, si possible, à ce que le même soignant la suive tout au long du travail et de l'accouchement. L'accompagnement peut permettre à une patiente de surmonter sa peur et sa douleur et de se sentir, en outre, moins seule et moins désemparée.
- Si possible, encourager l'accompagnant à participer activement aux soins. L'installer à la tête du lit pour qu'il puisse se concentrer sur les besoins affectifs de la patiente.
- Offrir la plus grande intimité possible à la patiente et à sa famille pendant et après les faits.

Par la suite

- Apporter une aide pratique, des informations et un soutien affectif.
- Faire preuve de respect à l'égard des croyances et coutumes locales et s'adapter autant que possible aux besoins de la famille.
- Apporter un soutien et un conseil à la patiente et à sa famille et leur permettre de réfléchir aux événements qui se sont déroulés.

- Leur expliquer ce qui s'est passé pour apaiser leurs angoisses et leur sentiment de culpabilité. Un grand nombre de femmes ou de familles se sentent responsables de ce qui est arrivé.
- Ecouter la patiente exprimer ce qu'elle ressent, lui montrer qu'elle est comprise sans être jugée. Parfois, la communication non verbale en dit plus que les mots : une simple pression de la main ou un regard témoignant d'un réel intérêt peuvent être riches de sens.
- Répéter l'information plusieurs fois et donner si possible des informations écrites. Les personnes confrontées à une urgence retiennent difficilement ce qu'on leur dit.
- Les prestataires de soins peuvent ressentir de la colère, de la culpabilité, du chagrin, de la douleur et de la frustration face aux urgences obstétricales, ce qui peut les amener à éviter la patiente/la famille. Ce n'est pas une preuve de faiblesse que de laisser transparaître ses émotions.
- Penser à prendre soin du personnel qui peut lui aussi éprouver des sentiments de culpabilité, de chagrin, de confusion ou autres.

1.7 MaP/Genre

1.7.1 Problématique

Les acteurs de services de santé (les prestataires) prennent les soins obstétricaux et néonatals d'urgence comme une affaire des femmes. Ceci est justifié par la gestion des IEC, counseling, où toujours on ne s'adresse qu'aux femmes. Cette approche n'implique pas les hommes et par conséquent l'utilisation des services de maternité reste basse.

La non sensibilité au genre pour les prestataires fait que :

- Les services de santé ne répondent pas aux besoins spécifiques et aux circonstances sociales des client(e)s
- Les iniquités dans les services et des inégalités basées sur le genre ne sont pas prise en compte
- Parfois les services ne sont pas acceptables, pas accessibles et ne sont pas abordables aux hommes/femmes.

1.7.2 Concept genre

Le genre se rapporte aux attributs, aux contraintes et aux opportunités économiques, sociaux, politiques et culturels associés au fait d'être un homme ou une femme. Ces attributs et les opportunités qui les accompagnent varient d'une culture à l'autre et changent avec le temps dans une même culture.

Le sexe, en revanche, se différencie du genre en ce qu'il se rapporte aux différences biologiques entre les femmes et les hommes.

1.7.3 Différences entre sexe et genre

Différences de sexe		Différences de genre (quel que soit le sexe)	
Masculin	**Féminin**	**Situation**	**Position**
Chromosome XY	Chromosome XX	Riches	Fonctionnaires
Pénis	Vagin	Pauvres	Chefs
Prostate	Utérus	Jeunes	Subalternes
Canal déférent	Trompes de Fallope	Cultivateurs	Députés
Spermatozoïdes	Ovules	Vieux, jeunes	Ministres
Féconde la femme	Porte la grossesse	Analphabètes	Professeurs

1.7.4 Définition des termes usuels en genre

1. Egalité des genres : c'est l'égalité des chances entre femmes et hommes, dans l'accès et le contrôle des ressources disponibles et des bénéfices de développement.
2. Equité entre les genres : l'équité entre les genres consiste à traiter les femmes et les hommes de manière équitable.
3. Discrimination de genre : la discrimination de genre ou inégale appliqué à un homme ou une femme sur la base de stéréotype de genre.
4. Problèmes de genre : problèmes liés à l'inégalité entre les hommes et les femmes.
5. Relations entre les genres : façon dont une société définit les droits, responsabilités et les identités des hommes et des femmes les uns par rapport aux autres.
6. Sensibilité au genre : avoir une conscience des différences entre les besoins, les rôles, les responsabilités et les problèmes entre les femmes et les hommes et en considérer dans les activités.
7. Les violences basées sur le genre : toute violence dirigée sur le genre qui cause du mal ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques aux femmes.

1.7.5 Quelques problèmes de santé de la reproduction liés au genre

Les violences basées sur le genre sont les suivantes:

- Harcèlement sexuel
- Violences physiques
- Violence morale
- Agression sexuelle
- Viol
- Inceste
- Les pratiques qui sont dangereuses pour la santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive, etc.

Quelques problèmes basés sur le genre

- Manque de pouvoir décisionnel
- Traumatisme
- Manque d'auto – gestion en matière de santé
- La mort

1.7.6 Décrire l'importance de l'intégration du genre dans les services de SR/PF

Intégrer le genre dans les services de SR/PF suppose que les prestataires eux-mêmes soient sensibles au genre. Le prestataire sensible au genre démontre le modèle suivant:

- Il aide les clients et à la communauté à faire face à la violence conjugales et sexuelles ;
- Le prestataire appui le pouvoir de décision des femmes ;
- Il assure un accès équitable aux informations sur les services aux hommes et aux femmes ;
- Le prestataire encourage la participation constructive des hommes dans la santé : en subvenant aux besoins de leurs femmes (exemple : nutrition, soins postnatals, accouchement, PF, VIH/SIDA, soins des enfants et malades), et...
- Il intervient pour changer les comportements masculins qui auront un impact négatif sur leur propres santé et sur celle des femmes (exemple : violence domestique, partenaires multiples, relations sexuelles non protégées, rapport sexuel non consensuel)

L'importance de l'intégration du genre dans les services de SR/PF

L'importance d'intégrer le genre dans les services de SR/PF c'est :

- L'augmentation de la fréquence des services de SR/ PF
- La réduction des rumeurs sur les produits contraceptifs
- La gestion partagée des effets secondaires de méthodes contraceptifs
- La décision partagée (HF) sur la planification familiale ; la PF devient une décision du couple
- La croissance démographique diminue la facilité de développement du pays sur tous les plans
- La réduction du taux de mortalité infantile et maternelle
- La diminution de vagabondage sexuel

Les indicateurs du succès d'intégration du genre dans les services de SR/PF sont :

- Taux de prévalence contraceptive élevée
- Fréquentation active des hommes dans les services de SR/PF
- Changement de comportement en matière de la santé surtout la santé de la reproduction et la planification familiale
- Les prestataires montrent leur sensibilité du genre à travers leurs prestations de service (IEC, Counseling, causerie éducative, prescriptions des produits contraceptifs, etc.).

1.7.7 Stratégies d'intégration du genre dans la SR/PF

Prise de conscience ? Sensibiliser des prestataires sur l'importance de l'intégration du genre dans les services de santé surtout en PF.

Renforcement des capacités des prestataires sur la dimension du genre.

Témoignage des hommes sensibles au genre pour faire prendre conscience/sensibiliser les autres hommes à l'utilisation des services de santé à travers les réunions communautaires

Utilisation de l'IEC et counseling sensible au genre.

Utilisation des bonnes pratiques sociales (se servir des cas réussis pour intégrer le genre dans tous les domaines de la santé).

Développement et utilisation d'outils sensible au genre ou les rôles de la femme et hommes sont dégagés.

Evaluation basée sur les cas concrets comme impact d'intégration du genre dans la SR/PF.

MODULE 2 SOINS OBSTETRICAUX ESSENTIELS

2.1 Prévention des infections
2.2 Consultation prénuptiale
2.3 Consultation prénatale recentrée
2.4 Effectuer l'évaluation initiale d'une femme en travail
2.5 Surveiller le travail à l'aide du partogramme
2.6 Bonnes pratiques de soins pendant l'accouchement
2.7 Pratiquer une épisiotomie et la réparer
2.8 Soins essentiels du nouveau-né
2.9 Soins Kangourou
2.10 La consultation postnatale

2.1 Prévention des infections

La **prévention des infections** (PI) dans le cadre des services de soins de santé a deux grands objectifs :

Prévenir les grandes infections du postpartum

Minimiser le risque de transmettre de graves infections telles que l'hépatite B[1] et le SIDA non seulement aux clients mais également aux prestataires de services et au personnel, y compris le personnel chargé du nettoyage et de l'entretien.

Les pratiques de PI décrites dans ce chapitre peuvent être utilisées dans tous les types de FOSA. Elles visent à économiser sur les coûts et ne nécessitent guère un matériel cher et souvent fragile et, pourtant, elles assurent un haut niveau de sécurité.

2.1.1 Principes de la Prévention des Infections (PI)

Les pratiques de PI recommandées se fondent sur les principes suivants :

- Partir du principe que chaque personne (client ou personnel) est infectieuse.
- Se laver les mains-la procédure la plus pratique pour prévenir la contamination croisée (personne à personne).
- Porter des gants avant de toucher tout ce qui est humide--peau lésée, muqueuses, sang ou autre liquide organique (sécrétions ou excrétions)--ou instruments sales et autres articles.
- Utiliser des barrières physiques (lunettes protectrices, masques pour visage et tabliers) si l'on craint que tout liquide organique n'éclabousse ou ne se renverse (sécrétions ou excrétions).
- Utiliser des pratiques de travail sûres, par exemple, ne pas remettre l'embout d'une seringue et ne pas tordre les aiguilles, se passer les instruments pointus en faisant très attention et jeter les déchets médicaux avec les mesures de précaution qui s'imposent.
- Isoler les patients uniquement si les sécrétions (aérogènes) ou les excrétions (urine ou matières fécales) ne peuvent pas être contenues.

Enfin, il faut traiter les instruments et autres articles (décontaminer, nettoyer, désinfecter à haut niveau ou stériliser) en utilisant les pratiques de PI recommandées.

Quand se laver les mains ?

Lavez vos mains fréquemment avec de l'eau et du savon. Lavez-les chaque fois qu'il y aura une possibilité que vos mains aient été contaminées, et chaque fois que vous risquez de vous contaminer ou de contaminer d'autres personnes. Lavez-vous toujours les mains:

- Immédiatement à votre arrivée au travail ou lorsque vous arrivez au domicile d'un client.
- Avant d'examiner chaque client.
- Après avoir examiné chaque client.
- Avant de mettre des gants pour un geste clinique (comme un examen vaginal ou un examen de placenta).
- Après avoir touché un instrument ou objet qui pourrait être contaminé par le sang ou d'autres liquides corporels, ou après avoir touché des muqueuses.
- Après avoir manipulé du sang, de l'urine ou d'autres spécimens (sécrétions organiques).
- Après avoir ôté des gants, de quelque sorte qu'ils soient (les mains peuvent être contaminées si les gants ont des trous ou déchirures minuscules).
- Après utilisation des toilettes ou latrines.
- Avant de quitter le lieu de travail ou le domicile du client.

L'expérience a montré que la manière la plus efficace de renforcer l'habitude de se laver les mains est de demander aux médecins ou autres personnes respectées (modèles) de se laver régulièrement les mains et d'encourager les autres à faire de même.

NB : Pour encourager le lavage des mains, les responsables de programme devraient faire tous les efforts possibles pour fournir du savon et avoir un approvisionnement continu d'eau salubre, soit d'un robinet, soit d'un seau et des serviettes à emploi unique. (Ne pas utiliser des serviettes partagées pour s'essuyer les mains.)

Préparation du col et du vagin

La peau ne peut pas être stérilisée mais si on la prépare avec une solution antiseptique, on minimise le nombre de micro-organismes pouvant contaminer la plaie chirurgicale et causer des infections. Des antiseptiques devraient être utilisés pour la préparation de la peau avant les injections, les procédures chirurgicales (par exemple, la minilaparotomie) et pour la préparation du vagin avant l'insertion du DIU.

Pour les préparations cervicales et vaginales, avant d'insérer un élévateur utérin pour la minilaparotomie ou l'insertion ou le retrait du DIU, choisissez un antiseptique aqueux (à base d'eau), tel qu'un iodophore ou un gluconate de chlorhéxidine (par exemple, Hibiclens ou Savlon). Ne pas utiliser d'alcool ou de préparation contenant de l'alcool (par exemple, teinture d'iode). L'alcool brûle, il sèche et irrite les muqueuses ce qui, à son tour, favorise la croissance des micro-organismes.

ETAPE 1 :	Ne rasez pas les poils sur le champ opératoire. En rasant, on augmente le risque d'infection car les minuscules estafilades de la peau sont un endroit idéal où les micro-organismes peuvent croître et se multiplier. S'il le faut, coupez-les au raz de la peau immédiatement avant l'intervention chirurgicale.
ETAPE 2 :	Demandez à la cliente si elle a des réactions allergiques (par exemple, pour préparation d'iode) avant de choisir une solution antiseptique.
ETAPE 3 :	Si la peau est sale, nettoyez attentivement la peau de la cliente ou les zones génitales externes avec du savon et de l'eau avant d'appliquer un antiseptique.
Note : Laisser assez de temps à l'antiseptique pour agir avant de commencer la procédure. Par exemple, si on utilise des iodophores, on a besoin de 2 minutes pour la libération de l'iode libre.	
ETAPE 4 :	Après avoir inséré le spéculum, appliquez généreusement la solution antiseptique d'abord sur le col (2 ou 3 fois) puis sur le vagin. (Il n'est pas nécessaire de préparer les zones génitales extérieures si elles semblent propres. Si elles ne semblent pas propres, il vaut mieux demander à la cliente de laver ses parties génitales soigneusement avec de l'eau et du savon avant de commencer la procédure.)

Instructions pour la préparation de la peau pour les injections

La peau est préparée avant les injections (par exemple, des contraceptifs injectables tels que le DMPA) pour enlever autant de micro-organismes que possible de la peau de la cliente et pour prévenir l'infection superficielle au moment de l'injection ou, peut-être, un abcès.

Etapes de préparation de la peau avant l'injection

ETAPE 1:	Avant de nettoyer la peau avec un antiseptique, enlevez toutes les saletés visibles du site de l'injection proposée.
ETAPE 2:	Avec un antiseptique appliqué sur une boule de coton, essuyez soigneusement le site de l'injection en faisant des mouvements circulaires répétés qui se chevauchent en commençant au centre.

Porter des gants

Porter des gants :

- En effectuant une procédure dans la clinique ou la salle d'opération
- En touchant des instruments, gants et autres articles utilisés
- En jetant des déchets contaminés (coton, gaze ou pansements)
- Une paire séparée de gants doit être utilisée pour chaque client pour éviter la contamination croisée.

Il vaut mieux utiliser des gants jetables mais si les ressources sont limitées, les gants chirurgicaux peuvent être réutilisés s'ils sont :

- Décontaminés en les faisant tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5%,
- Lavés et rincés, et
- Stérilisés (à l'autoclave) ou désinfectés à haut niveau (à la vapeur ou en les faisant bouillir).

Qui se blesse avec les aiguilles

En manipulant des aiguilles, vous pouvez vous piquer accidentellement.

Les chirurgiens se piquent le plus souvent avec des aiguilles dans la salle d'opération--se piquant accidentellement pendant qu'ils font des sutures.

Les infirmières se piquent souvent avec des aiguilles dans l'hôpital-elles se piquent accidentellement en touchant des aiguilles et des seringues hypodermiques ou en étant piquées accidentellement par des chirurgiens.

Le personnel de nettoyage se pique le plus souvent avec des aiguilles en traitant les instruments utilisés.

Le personnel de l'entretien se pique le plus souvent avec des aiguilles en jetant le matériel utilisé.

Prévenir les piqûres d'aiguilles

Prévenez toujours votre client lorsque vous allez lui administrer une injection, afin de diminuer la possibilité d'un mouvement soudain et imprévu que peuvent causer les piqûres d'aiguilles.

Manipuler les aiguilles hypodermiques et autres objets tranchants de manière minimale après utilisation et avec un soin extrême.

Ne pas plier, casser ou couper les aiguilles hypodermiques avant de les jeter.

Ne remettez pas les capuchons sur les aiguilles.

N'utiliser chaque seringue ou aiguille qu'une seule fois.

Ne pas désolidariser l'aiguille de la seringue après utilisation.

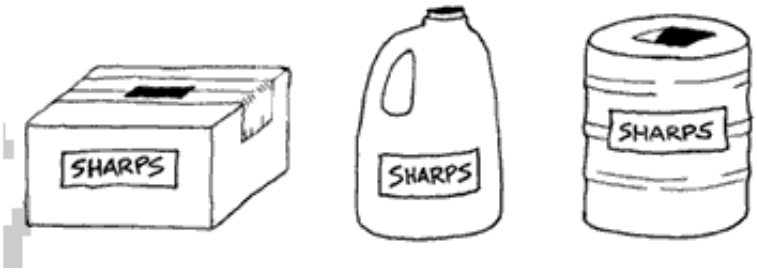
Utilisez la technique des "mains libres" lorsque vous utilisez des objets tranchants pendant les procédures cliniques, afin d'éviter de passer directement un objet tranchant d'une personne à une autre. Pour passer un objet tranchant d'une personne 1 à une personne 2:

- La personne 1 place l'instrument tranchant dans un haricot / bassin réniforme stérile ou dans une « zone sûre » désignée dans le champ stérile et indique à la personne 2 l'emplacement de l'instrument.
- La personne 2 prend l'instrument, l'utilise et le remet dans l'assiette stérile ou dans la zone sûre.

La technique des « mains libres »

Jeter les aiguilles et seringues dans un récipient qui ne risque pas d'être perforé.

Récipients imperforables pour la disposition des aiguilles et seringues



Brûler les aiguilles hypodermiques pour les rendre inutilisables.

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 »:

- Placer le capuchon sur une surface dure et plane,
- Tenir la seringue d'une main et se servir de l'aiguille pour « ramasser » le capuchon,
- Une fois que le capuchon recouvre entièrement l'aiguille, tenir celle-ci d'une main par la base et fixer le capuchon de l'autre main.

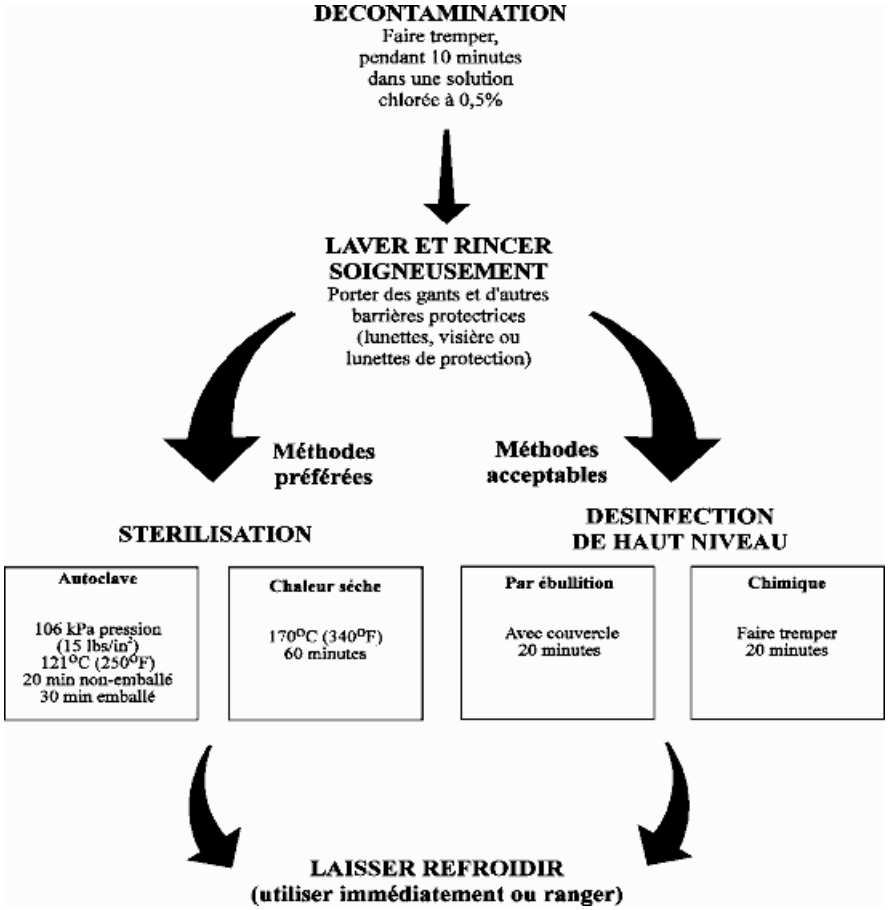
Méthode sûre pour recapuchonner les aiguilles

Ne jamais utiliser une seringue pour plus d'une injection. Des études ont montré qu'en changeant **uniquement** l'aiguille et non la seringue, d'un client à l'autre, on court le risque de transmettre le virus de l'hépatite B et peut-être le VIH/SIDA.

- Attacher l'aiguille à la seringue en tenant la garde (base) de l'aiguille et la pompe de la seringue.
- Retourner la fiole contenant le médicament et aspirer le liquide dans la seringue en utilisant la **même** aiguille que vous utiliserez pour l'injection.
- Retirer l'aiguille de la fiole.

Ne **pas** laisser une aiguille insérée dans l'arrêt en caoutchouc d'une fiole multidose. Cette pratique est **dangereuse** car c'est une route directe d'introduction pour les bactéries dans la fiole de médicaments qui peuvent contaminer le liquide entre chaque utilisation.

Etapes clés du traitement d'instruments et d'autres articles contaminés:



Décontamination

La décontamination permet une manutention plus sûre des instruments par le personnel avant le nettoyage. C'est la première étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres articles utilisés.

Immédiatement après l'utilisation, placez pendant 10 minutes les instruments et autres articles dans une solution chlorée à 0,5%. Cette étape inactive rapidement le VHB et le VIH.

Après la décontamination, les instruments devraient être rincés immédiatement avec de l'eau froide pour éviter la corrosion et pour enlever le matériel organique visible avant d'être soigneusement nettoyés.

Les surfaces (surtout les tables d'examen) qui ont pu entrer en contact avec les liquides organiques doivent également être décontaminées. Une manière facile et peu chère de décontaminer les grandes surfaces est de passer un désinfectant adéquat tel qu'une solution chlorée à 0,5% avant la réutilisation, lorsque les surfaces sont visiblement contaminées, ou du moins une fois par jour.

Formule pour préparer une solution diluée à partir d'un concentré

$$\text{Partes Totales (PT) } (H_2O) = \left[\frac{\%\ \text{Concentré}}{\%\ \text{Dilué}}\right] - 1$$

Exemple : Préparer une solution diluée (0,1%) à partir d'une solution concentrée à 5%.

1. Calculez $PT(H_2O) = \left[\frac{5,0\%}{0,1\%}\right] - 1 = 50 - 1 = 49$

2. Prenez 1 part de la solution concentrée et ajoutez à 49 parts d'eau bouillie (filtrée si nécessaire).

Formule pour préparer des solutions libérant du chlore à partir de poudres sèches

$$\text{Grammes/litre} = \left[\frac{\%\ Dilué}{\%\ Concentré}\right] x\ 1000$$

Exemple : Préparer une solution diluée libérant du chlore (0,5%) à partir d'une poudre concentrée (35%).

1. Calculez $\text{grammes/litres} = \left[\frac{0,5\%}{35\%}\right] x\ 1000 = 14.2\ g/l$

2. Ajoutez 14,2 grammes (≈14 g) à 1 litre d'eau

Formule pour préparer des solutions libérant du chlore à partir des comprimés

Suivez les instructions du fabricant, car le pourcentage de chlore actif varie d'un produit à l'autre. Si les comprimés qui vous sont fournis ne sont pas accompagnés d'instructions, demandez la notice d'emploi ou contactez le fabricant.

Le nettoyage est important car :

- C'est la manière la plus efficace de diminuer le nombre de micro-organismes sur les instruments et le matériel salis. (Cela réduit jusqu'à 80% de micro-organismes contaminant—voir le Tableau ci-dessous.)
- Ni les procédures de stérilisation ni la désinfection à haut niveau ne sont efficaces sans nettoyage préalable.
- Le nettoyage est également la meilleure manière de diminuer le nombre d'endospores qui causent le tétanos et la gangrène. Si le matériel de stérilisation n'est pas disponible, un nettoyage soigné est la seule manière de diminuer efficacement le nombre d'endospores.

	Efficacité (suppression ou inactivation des microbes)	Point final
Décontamination	Tue le VHB et le VIH	Tremper 10 minutes
Nettoyage (eau seulement)	Jusqu'à 50%	Jusqu'à ce que visiblement propre
Nettoyage (détergent et rincer avec de l'eau)	Jusqu'à 80%	Jusqu'à ce que visiblement propre
Stérilisation*	100%	Vapeur à haute pression (autoclave), chaleur sèche ou traitement chimique (voir ci-dessous)
Désinfection à haut niveau*	**95% (n'inactive pas certaines endospores)**	Bouillir, vapeur ou traitement chimique (voir ci-dessous)

*Décontamination et nettoyage soigné préalables nécessaires.

Conditions standard pour la stérilisation par vapeur pressurisée (autoclave) ou chaleur sèche (four)

Stérilisation à la vapeur

121°C (250°F)

106 kPa (15 lb/in^2) pression

20 minutes pour articles non enveloppés; 30 minutes pour articles enveloppés

Note : Les normes de pression (kPa ou lb/in^2) peuvent varier légèrement suivant le stérilisateur utilisé. Chaque fois que possible, suivre les recommandations du fabricant.

Ne pas surcharger le stérilisateur. (Laisser au moins 7,5 cm--3 pouces--entre les paquets et les parois du stérilisateur. En surchargeant, vous pouvez altérer la convection de chaleur et augmenter le temps nécessaire pour stériliser.)

Laisser tous les articles sécher avant de les retirer.

Stérilisation à la chaleur sèche

170°C (340°F)

1 heure (temps du cycle total--placer les instruments dans le four, chauffer à 170°C, fixer à 1 heure et ensuite refroidir--est de 2 heures à 2 heures ½)

ou

160°C (320°F)

2 heures (temps du cycle total est de 3 heures à 3 heures ½)

Idéal pour des instruments avec des bords qui coupent ou des pointes (par exemple, ciseaux, lames de bistouri, aiguilles).

Le temps d'exposition ne commence que lorsque le four a atteint la température spécifiée.

Les endoscopes (laparoscopes) et autres instruments qui seraient endommagés par la chaleur peuvent uniquement être stérilisés ou désinfectés à haut niveau (voir section suivante) en utilisant des produits chimiques.

Stérilisation chimique

Une autre option que la stérilisation à la vapeur ou à la chaleur sèche est la stérilisation par produit chimique en faisant tremper pendant 8 à 10 heures dans une solution de glutaraldéhyde ou pendant 24 heures au moins dans une solution de formaldéhyde à 8%. Des glutaraldéhydes, tel le Cidex®, sont souvent peu disponibles et chers mais ces produits, ainsi que le formaldéhyde, sont les seuls liquides pratiques de stérilisation utilisables pour des instruments tels que les laparoscopes qui ne peuvent pas être chauffés. Vu que les glutaraldéhydes et le formaldéhyde demandent un soin spécial et laissent des résidus sur les instruments traités, il vaut mieux rincer avec de l'eau stérile (qui ne peut être préparée que dans l'autoclave). (Vu qu'en bouillant, on n'inactive pas pour sûr certaines endospores, l'utilisation de l'eau bouillie peut contaminer les instruments stériles.)

Bien que le formaldéhyde soit moins cher que le glutaraldéhyde, il est plus irritant pour la peau, les yeux et les voies respiratoires. Lorsqu'on utilise soit du formaldéhyde, soit du glutaraldéhyde, il faut porter des gants, se protéger les yeux, limiter le temps d'exposition et utiliser les deux produits chimiques dans des endroits bien ventilés.

Désinfection à haut niveau des instruments et autres articles

Désinfection à haut niveau en faisant bouillir

Il faut commencer à chronométrer lorsque l'eau bout (bulles). Utiliser immédiatement les instruments et les autres articles ou les placer dans un bac couvert, sec et désinfecté à haut niveau. Conserver pendant 1 semaine maximum.

Conseils pour bouillir

- Toujours bouillir pendant 20 minutes dans une marmite avec un couvercle.
- Commencer à chronométrer lorsque l'eau entre en ébullition.
- Les articles devraient être entièrement couverts avec de l'eau pendant l'ébullition.
- Ne rien ajouter à la marmite avant que ne commence l'ébullition.
- Sécher à l'air dans un bac désinfecté à haut niveau avant l'utilisation ou le stockage.

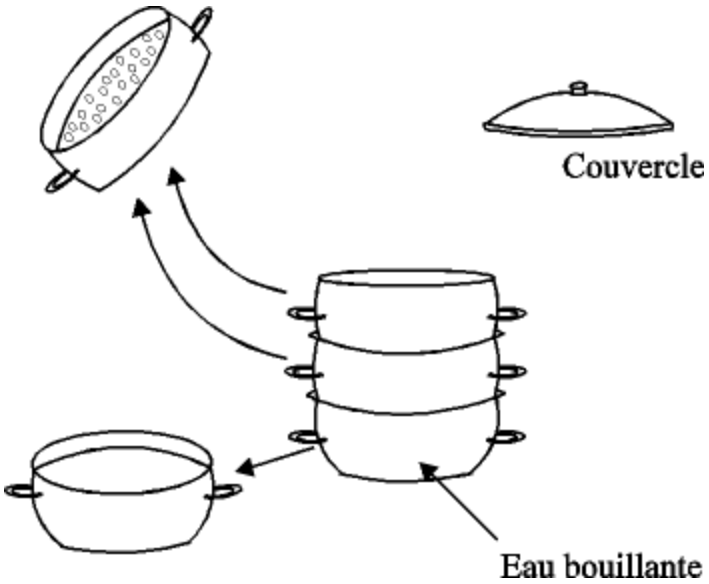
Désinfection à haut niveau par vapeur

Placer uniquement des articles propres et secs (par exemple, des gants chirurgicaux) dans des marmites à vapeur. Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir entre les marmites et le couvercle. Laisser sécher les articles désinfectés à haut niveau à l'air libre dans un coin propre de la pièce. Utiliser immédiatement les instruments et les autres articles ou les placer dans un bac couvert, sec et désinfecté à haut niveau. Conserver pendant 1 semaine maximum.

Conseils pour passer à la vapeur

- Toujours passer à la vapeur pendant 20 minutes dans une marmite à vapeur avec un couvercle.
- Réduire la chaleur pour que l'eau continue à bouillir.
- Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir entre les marmites et le couvercle.
- Ne pas utiliser plus de 3 marmites à vapeur.
- Laisser sécher à l'air libre dans les marmites à vapeur ou dans un bac désinfecté à haut niveau avant l'utilisation ou l'emmagasinage.

Marmite à vapeur utilisée pour la DHN



Désinfection chimique à haut niveau

Il existe divers désinfectants chimiques à haut niveau disponibles dans le monde, dont :

- Chlore à 0,1% (hypochlorite de sodium) 4
- Formaldéhyde à 8% (Formalin) 5
- Glutaraldéhydes à 2%

Bien que les alcools (60 à 90%), l'iode et les iodophores soient peu chers et facilement disponibles, ils ne sont plus classifiés comme désinfectants de haut niveau. Ils ne devraient être utilisés pour la désinfection que lorsque des désinfectants de haut niveau ne sont pas disponibles ou appropriés.

Etapes clés pour la DHN chimique

- Après la décontamination, nettoyer soigneusement et sécher tout le matériel et tous les instruments.
- Couvrir entièrement tous les articles avec la dilution correcte du désinfectant adéquatement emmagasiné.
- Laisser tremper pendant 20 minutes.
- Bien rincer avec de l'eau bouillie et laisser sécher à l'air libre.
- Conserver pendant 1 semaine maximum dans un bac désinfecté, couvert ou utiliser rapidement.
- Pour préparer un bac désinfecté à haut niveau, le faire bouillir (s'il est petit) ou le remplir avec une solution chlorée à 0,5% et laisser tremper pendant 20 minutes. (La solution chlorée peut être ensuite transférée dans un conteneur en plastique et réutilisée.) Rincer soigneusement l'intérieur avec de l'eau bouillie. Laisser sécher à l'air libre avant utilisation.

Elimination des déchets

Le but d'éliminer les déchets est de :

- Eviter la transmission des infections au personnel clinique qui manipule les déchets,
- Eviter la transmission des infections à la communauté locale, et
- Protéger ceux qui manipulent les déchets de blessures accidentelles.

Les déchets médicaux peuvent ou non être infectieux. Les déchets non contaminés (par exemple, le papier provenant des bureaux, boîtes) ne posent pas de risques infectieux et l'on peut s'en débarrasser selon les directives locales. La manipulation correcte des déchets contaminés (sang- ou liquide organiques-articles contaminés) est nécessaire pour minimiser la transmission des infections au personnel clinique et à la communauté locale. La manipulation correcte signifie :

- Porter des gants de ménage
- Transporter les déchets solides contaminés aux décharges dans des récipients couverts
- Mettre tous les articles tranchants ou pointus dans des récipients ne pouvant être troués
- Verser avec précaution les déchets liquides dans un drain ou dans des toilettes avec chasse d'eau
- Brûler ou enterrer les déchets solides contaminés
- Laver les mains, les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

2.2 Consultation prénuptiale

Introduction

Depuis longtemps, certaines composantes de la santé de la reproduction ont été négligées parmi les priorités de santé. Ses impacts sur la vie conjugale et familiale sont énormes et les défis ne cessent d'augmenter avec la pandémie du VIH/SIDA. La consultation prénuptiale qui est une activité nouvelle porte solution et prévention aux problèmes de santé pouvant avoir les répercussions sur la vie conjugale et familiale.

2.2.1 Définition et but

La consultation prénuptiale et de préparation à la vie commune consiste en un entretien et un examen médical, en général précédé par une causerie destinés aux futures conjoints avant le mariage. C'est une activité qui porte solution et prévention aux problèmes de santé pouvant avoir des répercussions sur la vie conjugale et familiale.

Elle a pour but de leur donner des informations et des conseils pour une parenté responsable, et de dépister et prendre en charge, le cas échéant, des affections qui pourraient poser à la famille des problèmes au cours du mariage et de leur vie commune. En outre, elle permet de sensibiliser le couple sur les questions/problèmes de population, la planification familiale, le genre, les droits et responsabilités des époux; et le dépistage des IST/VIH/SIDA.

2.2.2 Eléments constitutifs d'une consultation prénuptiale

- Le paquet d'activités du service de consultation prénuptiale
- La CCC au centre de santé
- Le counseling, l'interrogatoire et examen clinique
- Le laboratoire pour les examens complémentaires/dépistage volontaire de l'IST/VIH
- Les soins curatifs et la pharmacie pour le traitement éventuel.

L'IEC/CCC autour des thèmes suivants

L'IEC/CCC est un élément important d'une consultation prénuptiale et doit couvrir les thèmes suivants :

- Anatomie et physiologie des organes reproducteurs
- Sexualité et reproduction
- IST/VIH/SIDA
- PF et parenté responsable
- Affections pouvant avoir un retentissement sur la vie reproductive et la descendance (incompatibilité sanguine, maladies héréditaires, etc.)
- Prévention des maladies (paludisme, anémie)
- Vaccinations
- Sensibilité et questions liées au genre
- Droits et responsabilités des époux

Counseling du couple sur les thèmes développés en IEC et leurs répercussions sur la santé familiale

Interrogatoire et examens clinique et complémentaires

Prise en charge éventuelle.

2.2.3 Avantages d'une consultation prénuptiale

Les conseils pour une parenté responsable sont donnés aux futurs conjoints.

Le dépistage précoce et la prise en charge, le cas échéant, des affections qui pourraient poser des problèmes au cours du mariage et de leur vie commune.

2.2.4 Organisation d'une consultation prénuptiale

Matériels requis pour une consultation prénuptiale:

- Balance pèse-adulte
- Toise ou repère mural
- Tensiomètre
- Stéthoscope médical
- Stéthoscope obstétrical
- Table d'examen avec escabeau
- Registre de consultation prénuptiale
- Fiche de consultation prénuptiale
- Petit matériel : gants, ouate, compresses, gaze, désinfectant
- Spéculum
- Produits et matériels de labo pour les tests de dépistage de la syphilis et du VIH, pour les tests de groupage sanguin et de la grossesse
- Mobilier : bancs, chaises, tables, armoires, paravents
- Matériel didactique

- Poubelles
- Matériel de nettoyage.

Etapes de la mise en place d'un service de consultation prénuptiale:

- Tenir des réunions d'orientation du personnel sur la nouvelle activité
- Identifier les locaux et le matériel nécessaire
- Répartir les tâches
- Déterminer la population cible
- Etablir un calendrier pour cette activité
- Informer la communauté de la disponibilité du service.

2.2.5 Etapes de réalisation de la consultation prénuptiale

- Accueil et anamnèse des futurs conjoints:
  - Aménagement du lieu d'accueil
  - Bienvenue
  - Bon climat d'accueil (techniques d'écoute et d'expression)
  - Garantir la confidentialité
  - Respect des conditions socioculturelles des clients
  - Satisfaire les besoins du client
- Mener l'interrogatoire des futurs conjoints:
  - Demander les noms, prénoms, âge, profession, adresse de chaque membre du couple
  - Demander le motif de la visite : « nous voulons nous marier et désirons savoir si tout va bien »
  - Expliquer au couple l'ordre de passage : prendre en premier lieu la femme pour l'interrogatoire séparément
  - Ouvrir un dossier « femme » : demander
    - Les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, adresse, profession et habitudes alimentaires
    - Le mode de vie : alcool, tabac, drogue, etc.
  - Les antécédents personnels:
    - Médicaux : diabète, hypertension artérielle, IST/VIH/SIDA
    - Etat vaccinal (contre le tétanos, l'hépatite B)
    - Chirurgicaux : intervention sur le pelvis (kystectomie, appendicectomie, GEU, laparotomies, autres...)
    - Gynécologiques : âge des premières règles, durée du cycle, interruptions volontaires de grossesses par manœuvres endo-utérines, suites de ces interruptions volontaires de grossesse, infections pelviennes traitées
    - Obstétricaux : gestité, parité, nombre d'enfants vivants, âge du dernier enfant, nombre d'avortements, nombre d'accouchements prématurés
    - Les antécédents familiaux : maladies connues des ascendants, des collatéraux, des éventuels descendants

- Prendre en deuxième lieu l'homme et demander
- Les antécédents personnels:
  - Médicaux : hypertension artérielle, diabète, oreillons, maladies sexuellement transmissibles/VIH, urétrites avec douleurs au niveau des testicules
  - Chirurgicaux : cure de hernie, cure de varicocèle ou autres interventions
  - Les antécédents familiaux : ascendants collatéraux, descendants

- Mener l'examen physique et complémentaire:
  - Préparer le matériel
  - Expliquer le déroulement de l'examen (toujours faire séparément)
  - Se laver les mains
  - Faire l'examen physique chez la femme (ne pas insister en cas de refus)
  - Examen général : poids, taille, température, TA, pouls, coloration des muqueuses et téguments, état général
  - Examen gynécologique :
    - Des seins à la recherche de nodules
    - Palper l'abdomen à la recherche d'une éventuelle masse abdomino-pelvienne
    - Examen pelvien : inspecter la vulve à la recherche d'une malformation
    - Examen au spéculum pour apprécier l'aspect du vagin et du col
    - Toucher vaginal combiné au palper pour apprécier le col, l'utérus, les annexes

NB : Si la femme est vierge, faire un toucher rectal, mais pas l'examen au spéculum ni le toucher vaginal.

- Conclure :
  - Informer la cliente des résultats de l'examen
  - Recommander à la cliente d'informer son partenaire
  - Demander à la cliente de se retirer
  - Faire l'examen physique de l'homme (ne pas insister en cas de refus)
  - Examen général : poids, taille, température, pouls, tension artérielle, coloration des muqueuses et téguments, état général
  - Examen de l'appareil génital:
    - Vérifier la présence des testicules dans les bourses, leur sensibilité, leur taille, leur consistance
    - Rechercher une varicocèle, une hernie inguinale ou inguino-scrotale
    - Apprécier la position du méat urinaire (hypospadias, Epispadias)
    - Poursuivre l'examen physique par les autres appareils : cœur, poumons
    - Informer le client des résultats de l'examen physique
    - Recommander au client de porter les résultats à la connaissance de sa partenaire
  - Pour les deux futurs conjoints:
    - Demander le groupe sanguin, le rhésus, le test d'Emmel (recherche de la drépanocytose) ou de préférence l'électrophorèse de l'hémoglobine.
    - Sérologie VIH (si accepté)
    - Sérologie syphilitique

  - Hémoglobine
- Référence, le cas échéant pour:
  - Electrophorèse de l'hémoglobine
  - Spermogramme
  - Dosage hormonal
  - Recherche d'antigène de l'hépatite B
  - Sérologie des chlamydiae
- Sérologie de la toxoplasmose
  - Sérologie de la rubéole
- Faire le bilan et instaurer le traitement s'il y a lieu.

Traiter en fonction des résultats de l'examen physique et des examens complémentaires. Le tableau ci-dessous en donne quelques exemples

Pathologies pouvant être trouvées	Conséquences sur le futur couple	Prise en charge
▪ Torsion du testicule ▪ Traumatisme des organes génitaux ▪ Chirurgie des organes génitaux ▪ Hernie inguinale ▪ Hydrocèle vaginale	▪ Nécrose testiculaire, hypoganadisme testiculaire, ligature accidentelle des canaux déférents (rare) : Azoospermie et donc une infertlité primaire	Procréation médicalement assistée
▪ Antécédents de diabète, HTA, maladies cardiaques (personnel ou familial)	▪ Risques fœtaux voire des avortements à répétition, peut être familial, risques pour le fœtus et le nouveau-né, risques pour la personne affectée.	Gestion difficile, souvent source de déséquilibre familial
▪ Maladies héréditaires : asthme, diabète, certaines maladies mentales ▪ Surtout en cas de consanguinité	▪ Enfants atteints de maladie héréditaires (asthme, diabète, cancer, trisomie 21, maladie du cri du chat, albinisme, maladie de Duchenne, maladie mentale à expression précoce, etc.) ▪ incompatibilité ABO ou Rhésus avec des avortements à répétitions	Maladie chronique dans la famille, très souvent difficile et pénible à supporter
▪ Maladie virales (Oreillons)	▪ Destruction de la corticale du testicule (les cellules germinales) : stérilité primaire	

Pathologies pouvant être trouvées	Conséquences sur le futur couple	Prise en charge
▪ Infections sexuellement transmissibles et VIH (écoulements, ulcères, dysurie) ▪ Tuberculose : contagieux, risques de stérilité chez la femme (et parfois chez l'homme)	▪ Chez la femme ▪ Synéchie utérine, ▪ Occlusion des trompes, ▪ Chez l'homme ▪ Occlusion des tubes séminifères, des canaux déférents, contagieux, ▪ Fonte testiculaire (abcès des testicules) ▪ Avec infertilité et parfois des difficultés de la vie sexuelle (homme et femme)	Parfois des interventions chirurgicales itératives et sans résultats probants
▪ VIH	▪ Contamination du conjoint (e) ▪ Transmission de la mère à l'enfant (35%) ▪ Les IO peuvent occasionner des complications secondaires responsables d'infertilité	N'existe pas
▪ Femme : nain, boiterie, malformations du squelette (et spécialement de la colonne vertébrale, du bassin)	▪ Rétrécissement du bassin ▪ Accouchements dystociques	Césarienne à répétition
▪ Professions particulières : exposition à la chaleur, (camionneurs, boulangers, radiologistes, etc.)	▪ Destruction de la fonction gonadique (surtout les testicules et les ovaires en cas d'exposition prolongée au RX) ▪ Infertilité primaire par azoospermie ou anovulation	Prévoir une procréation médicalement assistée

2.3 Consultation prénatale recentrée

2.3.1 Introduction

Les soins que reçoit une femme au cours de sa grossesse aident à assurer qu'elle et son nouveau-né survivent à la grossesse, à l'accouchement et aux périodes postnatales et du postpartum en bonne santé. Une nouvelle approche intégrée, appelée soins prénatals focalises(SPF) est un moyen très efficace pour prodiguer des soins prénatals.

Les SPF se fient à des interventions visant la femme individuellement (c'est-à-dire ses besoins et ses préoccupations) appropriées à l'âge gestationnel de la grossesse.

2.3.2 Définition

Les soins prénatals ne feront la différence que si les prestataires traitent les femmes comme des partenaires dans les soins prodigués et utilisent des interventions efficaces et efficientes en matière de coût.

Les soins prénatals ne feront la différence que si les prestataires traitent les femmes comme des partenaires dans les soins prodigués et utilisent des interventions efficaces et efficientes en matière de coût.

Les soins prénatals (CPN) sont définis comme tous soins prodigués à la femme enceinte à tout moment durant la grossesse. Auparavant, les services de CPN étaient basés sur un modèle européen antérieur. Ce modèle comportait un nombre important de visites avec peu de considérations pour les coûts supportés par le client ou par le système de soins de santé.

2.3.3 Que sont les soins prénatals focalisés?

Ce sont:

- Des actions basées sur l'évidence scientifique, (raisonnement solide) dirigées vers un but
- Des soins individualisés, concentrés sur la cliente
- La qualité des consultations plutôt que le nombre
- Les soins prodigués par des prestataires compétents

Actions basées sur l'évidence et dirigées vers un but

- Abordent les problèmes de santé les plus prévalants des femmes et des nouveau-nés
- Ajustées pour des populations/régions spécifiques
- Appropriées à l'âge gestationnel

Soins individualisés concentrés sur la cliente individuelle

Basés sur:

- Les besoins et préoccupations spécifiques
- Les circonstances
- Les antécédents, l'examen physique, les tests
- Les ressources disponibles

Composantes des soins prénatals focalisés

Principes

La consultation prénatale devra adopter le concept de consultation prénatale recentrée qui est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.

Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque» développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent.

Principes des SPF :

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- La préparation à l'accouchement.

Types de consultations et objectifs :

1er Trimestre : (1ère visite) de la conception à 3 mois (jusqu'à 15 semaines depuis les dernières règles = 15 « semaines d'aménorrhée » (SA))

Objectif :

- Poser le diagnostic de grossesse, apprécier le terrain maternel en détectant les facteurs de risque et d'éventuelles affections
- Calculer la date de l'accouchement et l'âge gestationnel
- Effectuer un bilan approfondi
- Demander s'il y a des problèmes/signes de dangers.

Antécédents : menstruels et contraceptifs, grossesse actuelle, antécédents médicaux et obstétricaux

Examen physique : état général, TA, seins, abdomen, organes génitaux

Tests : taux d'hémoglobine, RPR, VIH, groupe sanguin, recherche d'albumine

Soins appropriés:

- Orientation pour les problèmes identifiés
- Le dépistage et les conseils volontaires pour le VIH
- Développement d'un plan pour l'accouchement
- Initiation des mesures préventives
- Messages sur la santé et conseils
- Vaccination antitétanique

2ème Trimestre : (2ème visite) début du 4ème au 6ème mois (15 SA + 1J à 28 SA)

Objectifs : suivre l'évolution normale de la grossesse

- Fixer le pronostic d'évolution en fonction des facteurs de risque détectés
- Prévenir les affections (micronutriments, moustiquaires, vermifuges...)
- Prendre en charge les affections détectées
- Détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies
- Détecter et prise en charge de la pré-éclampsie/éclampsie
- Confirmer la date présumée d'accouchement et les progrès normaux

Effectuer un bilan cible:

- Demander s'il y a des symptômes/des signes de danger

Antécédents : problèmes/changements depuis la dernière visite

Examen physique : EG, TA, abdomen

Tests : si indiqué

Prestation de soins:

- Continuation ou révision du plan de soins
- Orientation pour les problèmes identifiés
- Développement/revue supplémentaire du plan pour l'accouchement

Continuation des mesures préventives : Doses de, VAT et fer/acide folique

Messages sur la santé et conseils

3ème Trimestre : 3ème visite début du 7ème mois au 8 mois : (28 SA + 1J jusqu'à la 36 SA)

idem 2ème trimestre pour confirmer la présentation

Objectifs : Etablir le pronostic d'accouchement

- Déterminer le lieu de l'accouchement en tenant compte des facteurs de risque
- Prendre en charge les éventuelles anomalies détectées
- Préparer la femme à l'accouchement
- Détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies
- Confirmer la date présumée d'accouchement et les progrès normaux

Effectuer un bilan cible:

- Demander s'il y a des symptômes/des signes de danger

Antécédents : problèmes/changements depuis la dernière visite

Examen physique : EG, TA, abdomen

Tests : si indiqué

Prestation de soins:

- Continuation ou révision du plan de soins
- Orientation pour les problèmes identifiés
- Développement/revue supplémentaire du plan pour l'accouchement

Continuation des mesures préventives : VAT si indiqué et fer/acide folique

Messages sur la santé et conseils.

4eme visite : (36 SA + 1J jusqu'à la 40-42ème SA), la dernière au cours du 9ème mois:

Objectifs : établir le pronostic d'accouchement

- Déterminer le lieu de l'accouchement en tenant compte des facteurs de risque
- Prendre en charge les éventuelles anomalies détectées
- Préparer la femme à l'accouchement
- Détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies
- Confirmer la date présumée d'accouchement et les progrès normaux
- Effectuer un bilan cible
- Demander s'il y a des symptômes/des signes de danger

Antécédents : problèmes/changements depuis la dernière visite

Examen physique : EG, TA, abdomen

Tests : si indiqué

Prestation de soins:

- Continuation ou révision du plan de soins
- Orientation pour les problèmes identifiés

- Développement/revue supplémentaire du plan pour l'accouchement
- Continuation des mesures préventives : VAT si indiqué et fer/acide folique
- Messages sur la santé et conseils

2.3.4 Approche basée sur le risque

Par le passé, les différents pays utilisaient une « approche par le risque » pour essayer d'améliorer l'efficacité dans la prestation de services obstétricaux et influer sur la mortalité maternelle. Plus de dix ans d'expériences ont montré que cette approche comporte de nombreuses contraintes sans atteindre les résultats désirés.

Plus de 10 années d'expérience montrent que ce système comporte de nombreuses limitations, par exemple :

- Les « facteurs-risques » ne peuvent pas prédire les complications car, généralement, ils ne sont pas directement la cause de la complication (à savoir, le jeune âge est associé à un risque plus élevé d'éclampsie, mais n'est pas la cause de celle-ci).
- La majorité des femmes qui ont une complication étaient jugées à faibles risques» alors que la vaste majorité des femmes jugées à « hauts risques » ont accouché sans complications.

Au vu de la limitation de « l'approche risque, » que peut-on faire? La littérature suggère vivement que:

- Toutes les grossesses soient jugées « à risques » de connaître une complication et soient prises en charge avec les soins les plus attentifs;
- Les soins obstétricaux doivent changer d'orientation : moins prédire des complications qu'identifier les « facteurs-risques »;
- Dépistage de signes et symptômes de problèmes réels
- Éduquer les femmes, les hommes et les membres de la famille à propos des signes de danger et se préparer aux complications;
- Les « facteurs-risques » doivent être vus comme des « facteurs liés aux complications » plutôt que des indicateurs de complications. Leur importance pour chaque grossesse et accouchement doit être envisagée sur une base individuelle.

Nous ne recommandons pas d'abandonner les soins prénatals. Les patientes ont souvent une maladie préexistante ou des maladies qui se développent au moment de la grossesse et qui demandent des soins à des intervalles réguliers. Mais les soins prénatals ne peuvent pas être utilisés pour prédire les complications ultérieures. Ils ne sont pas utiles comme outils de dépistage. Ils sont importants pour détecter les problèmes actuels et pour garder une grossesse normale, « normale ».

NB : On ne peut pas prévoir les complications : toutes les femmes enceintes sont à risques de développer des complications

- Les facteurs de risques ne sont pas normalement la cause directe des complications

Quels facteurs ont été associés avérés aux complications et comment devraient-ils être gérés?

Examiner le tableau suivant de facteurs associés aux complications. Tandis que vous relevez les antécédents prénatals d'une femme, cherchez à savoir si elle présente ces facteurs et faire un plan de soins ainsi que recommandé.

Facteurs associés aux complications

Facteurs	Action à prendre
Primipare ou jeune âge (<15 ans)	▪ Une jeune fille pourrait avoir un bassin immature, ce qui peut entraîner une dystocie mécanique ▪ Si c'est une primigeste de taille inférieure à 150 cm, la valeur prédictive positive de la taille pour une disproportion céphalo-pelvienne est très faible, mais garder à l'esprit la petite taille de la femme à l'accouchement. ▪ Si c'est une multigeste de taille inférieure à 150 cm, vérifier les antécédents d'accouchement par voie basse : si on note des antécédents d'accouchement par césarienne pour DCP, alors prévoir un accouchement à l'hôpital.

Accouchement antérieur par césarienne	▪ Lorsqu'une femme a été antérieurement césarisée, le tissu cicatriciel sur l'utérus l'expose théoriquement à des problèmes pendant le travail et l'accouchement, et à la rupture utérine. Pour évaluer les risques pour cet accouchement, il est important de savoir :
	  ▪ Pourquoi la femme a-t-elle nécessitée une césarienne lors du précédent accouchement?
	  ▪ Quel type d'incision la femme a-t-elle reçue, et où a-t-elle subi l'opération, si possible ?

Le dernier bébé était mort-né ou mort à la naissance	Essayer de déterminer la cause du décès néonatal ou de la mortinatalité soit ante-partum ou intra-partum. Obtenir les informations suivantes pour identifier la cause: Si c'est un mort-né : ▪ Facteurs précédents la mortinatalité – ex. fièvre maternelle, éruption généralisée, saignement, etc. ▪ L'état du fœtus à la naissance (frais ou macérer), ▪ Tous signes de vie à l'accouchement (pour différentier un mort-né d'une naissance vivante suivi par un décès néonatal très peu après), ou ▪ Toutes complications de grossesse (présentation vicieuse, long travail, complications de travail ou d'accouchement, statut sérologique de syphilis actuel de la mère). ▪ Si c'est un décès néonatal : de temps le bébé a-t-il vécu, si le bébé a été nourri et ce que la femme pense être la cause du décès. ▪ Si c'est un mort-né ou un décès néonatal particulièrement si la sérologie de syphilis est non réactif et la femme n'est pas de Rhésus négatif : la gestion dans la grossesse et l'endroit recommandé pour l'accouchement dépendront de l'évaluation.
Accouchement antérieur avec saignement abondant	▪ Si une femme a déjà eu une hémorragie de post-partum, particulièrement si celle-ci s'est produite lors du dernier accouchement, elle put être plus susceptible de connaître une autre hémorragie pendant cet accouchement-ci. ▪ Evaluer pourquoi elle avait fait une hémorragie (travail prolongé, problème de coagulation, rétention placentaire, utérus trop distendu, etc.), et ▪ Décider de l'importance de ces résultats pour cette grossesse et cet accouchement
Accouchement antérieur avec convulsions	▪ Si la femme a souffert d'éclampsie au cours de l'accouchement ou de la grossesse antérieurs, elle est plus susceptible d'avoir une hypertension artérielle élevée pendant cette grossesse qu'une femme dont la tension était normale pendant sa grossesse. ▪ S'assurer de bien l'évaluer pour détecter une pré-éclampsie.
Accouchement antérieur par forceps ou ventouses ou déchirure documentée de troisième degré	▪ Si une femme a dû être assistée à son dernier accouchement par forceps ou ventouses, il est important de savoir pourquoi. Si elle a eu une déchirure documentée de troisième degré, la cicatrice est susceptible de se raviver. ▪ Selon la raison de l'accouchement assisté, décider du meilleur endroit pour accoucher. ▪ Pour une déchirure documentée de troisième degré, veiller à faire accoucher la femme dans un hôpital.
Accouchement avant terme	▪ Si le dernier accouchement était avant terme, il est important de savoir si une raison a été trouvée pour l'accouchement avant terme – infection, paludisme, problème de col, etc. et si c'est encore un problème pour cette grossesse. ▪ Si une cause n'a pas été trouvée, veiller à ce que la femme connaisse les

Facteurs	Action à prendre
	signes du travail prématuré de sorte à chercher des soins assez tôt.
Maladie chronique	▪ Lorsqu'une femme suit un traitement pour une maladie chronique, cette maladie pourrait compliquer la grossesse ou inversement la grossesse peut compliquer la maladie. Egalement, certains médicaments peuvent être nuisibles pour la grossesse, et il peut être nécessaire de les changer. ▪ Selon la maladie, ces femmes peuvent nécessiter une référence auprès d'un spécialiste.

Détection précoce des complications et/ou de maladies

2.3.5 Dépistage de maladies

Dépister les problèmes exigeant des soins supplémentaires

Paramètre	Condition
Peau, apparence générale, cécité nocturne, goitre	Malnutrition
Température, dysurie	Signes d'infection
Tension artérielle, œdème, protéinurie, réflexes	Signes de pré-éclampsie
Hémoglobine, conjonctives/paumes/pâleur de la langue	Signes d'anémie
Examen des seins	Maladie des seins
Mouvements du bébé, hauteur utérine, battements cardiaques du bébé	Détresse/décès fœtal(e)
Examen pelvien et au spéculum	Infections sexuellement transmissibles

Hypertension gestationnelle

Une lecture routinière de tension artérielle est habituellement faite en conjonction avec l'examen de la présence d'œdème et de protéinurie. La présence d'un œdème généralisé et de protéinurie a été avérée posséder une valeur prédictive médiocre pour détecter à la fois une tension artérielle diastolique élevée et pour identifier l'éclampsie. La protéinurie est un signe tardif dans le développement de la pré-éclampsie, et par conséquent n'est pas un signal utile. Pareillement, la majorité des femmes avec des œdèmes sont normo-tendues. La mesure la plus utile semble être une combinaison d'hypertension et de protéinurie, qui est significative.

Les troubles de la tension artérielle pendant la grossesse sont une cause importante de mortalité maternelle à travers le monde. Avec des soins prénatals très attentionnés, bon nombre de ces décès peuvent être prévenus. Bien qu'il soit incertain que la détection précoce de la pré-éclampsie puisse réduire l'incidence de l'éclampsie, l'amélioration de la détection et des soins peut toujours entraîner de meilleurs résultats. Par conséquent, la tension artérielle doit être vérifiée à chaque visite particulièrement à partir de 26 semaines de gestation. Outre la tension artérielle, il faudrait vérifier la présence de protéine dans l'urine de la femme enceinte. Si une femme développe de l'hypertension et/ou une protéinurie, elle devrait être étroitement surveillée et encouragée à accoucher dans une structure sanitaire avec des prestataires qualifiés.

Il y a de nombreux types de troubles de l'hypertension dans la grossesse. Il est important de bien les comprendre parce que leurs gestions sont différentes. Voici les types auxquels vous pouvez vous attendre:

Troubles de la tension artérielle	Critères de diagnostiques (signes et symptômes typiques)

Troubles de la tension artérielle	Critères de diagnostiques (signes et symptômes typiques)
Hypertension chronique	TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg avant 20 semaines de grossesse
Hypertension chronique avec pré-éclampsie surajoutée	▪ TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg avant 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie allant jusqu'à ++
Hypertension gestationnelle	▪ TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de grossesse ▪ Absence de protéinurie
Pré-éclampsie légère	▪ TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie allant jusqu'à ++
Pré-éclampsie sévère	▪ TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg après 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie supérieure ou égale à +++ ▪ Hyper réflexivité ▪ Céphalées (fréquence croissante, analgésiques classiques inefficaces) ▪ Vision floue ▪ Oligurie (diurèse inférieure à 400 ml en 24 h) ▪ Douleur abdominale haute (épigastrique ou de l'hypocondre droit) ▪ Œdème pulmonaire
Eclampsie	▪ Convulsions ▪ TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg après 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie au moins égale à ++ ▪ Coma (patiente inconsciente) ▪ Autres symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie sévère

Comment détecter l'hypertension liée à la grossesse

Faire un interrogatoire ciblé sur les symptômes. DEMANDER à la femme si elle a les symptômes suivants : douleurs épigastriques (brûlures d'estomac), maux de tête, vertiges, ou troubles visuels (double vision, vision partielle, cercles autour de lumières). Noter que ce sont là les signes d'alerte que la femme enceinte devrait surveiller.

Prendre la tension artérielle à chaque visite.

La tension artérielle devrait être vérifiée en position assise (la TA sera la plus élevée en position assise, un peu plus faible lorsqu'elle est allongée en supination, et au plus faible lorsqu'elle est allongée sur le flanc).

Se rappeler
- La TA normale est entre 80/60 et 140/90
- Lorsque la TA avant grossesse n'est pas connue, la TA prise 20 semaines auparavant est considérée comme la TA normale de la femme. On la mesure à l'endroit où le pouls radial disparaît ;
- Si le brassard ne couvre pas au moins les trois quarts de la circonférence du bras, la tension sera surestimée;
- Lorsque le diamètre du bras excède 30 cm, utiliser un brassard plus large que la normale ;
- La tension diastolique correspond à la résistance périphérique et ne varie pas en fonction de l'état affectif de la patiente dans la même mesure que la tension systolique.

Si la TA est >140/90, faire coucher la femme sur son côté gauche pendant 4 heures et vérifier à nouveau en position assise.

Si la tension artérielle est normale, faire connaître à la femme les signes d'alerte et la faire revenir dans
2 semaines pour une vérification de TA.

Si la tension artérielle est toujours élevée, vérifier un échantillon d'urine de milieu de jet pour détecter la présence de protéine.

S'il y a plus de 1+ de protéine dans l'urine:

- Vérifier que l'échantillon était un échantillon de milieu de jet propre
- Vérifier la présence d'infection des voies urinaires ou d'infection sexuellement transmise (particulièrement si la femme a une sécrétion vaginale abondante). Si la femme a une IST ou infection urinaire, traiter selon la cause en suivant les protocoles.

Se rappeler:
- A cause des changements de métabolisme pendant la grossesse, la femme enceinte déversera des protéines dans son urine et c'est normal tant que cela ne dépasse pas 1+.
- Bien que la protéinurie soit le plus souvent associée à la pré-éclampsie et éclampsie, l'urine d'une femme peut être avérée porteuse de protéine si la femme est gravement anémiée, à une maladie rénale ou une IVU ou si l'urine a été contaminée par du sang (ou si elle a une schistosomiase), un écoulement vaginal, ou du liquide amniotique.

Si la TA diastolique est supérieure à 90 mm Hg et la présence de protéine dans l'urine est supérieure à 1+:

- Exclure la pré-éclampsie : *vérifier les réflexes du biceps/rotules*. Si les réflexes sont vifs (+3 ou +4), la référer à l'hôpital/médecin.
- Exclure l'anémie : vérifier l'hémoglobine (s'il y a un laboratoire) ou vérifier les signes de l'anémie; si la femme a une légère anémie, traiter en conséquence; si c'est une anémie grave, la référer à l'hôpital/médecin.

L'anémie pendant la grossesse

Dans les pays en développement, l'anémie pendant la grossesse est un problème de santé majeure. L'anémie est associée au faible poids de naissance, à la naissance avant terme, à l'augmentation de la mortalité périnatale et à la possibilité d'un retard du développement cognitif chez l'enfant. Par ailleurs, les femmes anémiques ont une plus faible résistance à

l'infection et une plus faible capacité de travail. Egalement, l'anémie grave particulièrement chez les primigestes réduit la tolérance à l'hémorragie et au travail prolongé.

Détection de l'anémie pendant la grossesse

Lorsqu'une femme est anémiée, il est important de trouver l'étiologie de l'anémie, et de traiter à la fois l'anémie et la cause de celle-ci. Bien que la majorité des femmes enceintes avec anémie souffrent d'une anémie de déficience en fer, se rappeler qu'il y a de nombreuses catégories d'anémies et que le traitement varie pour chaque type.

A la première visite prénatale, demander à la femme ce qu'elle mange quotidiennement. Ne pas présumer qu'elle mange ce que vous mangez, ou qu'elle mange ce que le reste de sa famille mange. Lui demander si elle est allergique à des nourritures. Evite-t-elle des aliments en particulier parce qu'elle est enceinte (tabou alimentaire)? Peut-elle acheter et manger de la nourriture régulièrement et bien? Quelles nourritures n'aiment elle pas?

Prendre ses antécédents de régime alimentaire à la première visite prénatale. Examiner son régime chaque fois qu'elle semble avoir des difficultés. Par exemple, examiner son régime si elle est anémiée, a des nausées et vomissements, une constipation ou des problèmes sociaux à la maison. Pour avoir une image exacte, demander lui ce qu'elle a mangé dans la journée. Ne pas précipiter ses réponses. La plupart des gens doivent réfléchir une minute pour se rappeler quoi que ce soit. Demander:

- Qu'avez-vous mangé hier soir?
- Qu'avez-vous mangé hier dans la journée? Quelle quantité?
- C'est tout? Avez-vous pris des casse-croûtes?
- Qu'avez-vous bu?

A-t-elle mangé quelque chose qui n'est pas vraiment de la nourriture comme des cendres, de l'amidon, de l'argile, de la glace. Une femme qui a des envies et mange de telles choses est fréquemment anémique. Si elle mange ce type de chose, veiller à vérifier son hémoglobine.

Demander à la femme si elle souffre de fatigue, torpeur, essoufflement, palpitation, maux de tête, douleurs de la langue, perte d'appétit, nausées ou vomissements. Ces symptômes peuvent indiquer l'anémie.

Vérifier si la femme est susceptible d'avoir ou de développer l'anémie. Demander:

- A quand remonte votre dernière grossesse? (si la femme a eu des grossesses rapprochées-moins de deux ans d'écarts—elle est plus susceptible d'avoir une anémie.)
- Quelle était l'abondance de vos règles? Vous saigniez pendant combien de jours? Combien de serviettes utilisiez-vous par jour? (Les femmes avec des antécédents de règles longues ou abondantes peuvent être plus susceptibles d'avoir une anémie.)
- Avez-vous jamais eu l'anémie? (Les femmes avec des antécédents d'anémie sont plus susceptibles d'avoir une anémie.)
- Quand quelque chose cogne contre votre peau, avez-vous un point sombre? (Une femme qui a facilement une ecchymose est plus susceptible d'avoir une anémie.)
- Lorsque vous avez eu vos autres bébés avez-vous perdu beaucoup de sang? Avez-vous beaucoup saigné à un autre moment? (Les femmes avec des antécédents d'hémorragie pendant d'autres grossesses ou d'interventions chirurgicales sont plus susceptibles d'avoir une anémie.)

Demander à la femme qui d'autre lui donne des conseils? Quels conseils lui ont été donnés? Quels traitements utilise-elle en ce moment? Les conseils peuvent venir de nombreuses sources – famille, amis, herboristes, spiritualistes, tradipraticiens, ou autres praticiens de santé.

Chercher l'anémie lorsque vous faites l'examen physique à chaque visite. Regarder les conjonctives, la langue, les lits des ongles, les gencives et les paumes de la femme. Chez la femme en bonne santé:

La conjonctive, le lit des ongles, les gencives et les paumes sont roses.

Son rythme respiratoire sera de 16–24 respirations/minute.

Elle devrait pouvoir supporter les exercices et travailler sans être essoufflée.

Pendant la grossesse, le volume sanguin augmente de 1–2 L (augmentation moyenne de 1,1 L, ou une augmentation allant jusqu'à 42%). Cette augmentation du volume sanguin commence à la 6ème semaine de la grossesse, et atteint un plateau à 24–26 semaines. Elle s'accompagne d'une augmentation de 24% du volume de globules rouges (350 ml) qui commence plus tard dans le 1er trimestre que l'augmentation du volume du plasma. Ceci entraîne des fluctuations de l'hémoglobine et des hématocrites pendant la grossesse qu'on appelle « hémodilution ».

Voici les définitions de l'anémie:

- Anémie grave : pâleur grave/hémoglobine en dessous de 7 grammes (mg). Cette femme connaît une complication.
- Anémie modérée : légère pâleur et / ou hémoglobine supérieure à 7 grammes mais inférieure à 10 mg.

Identifier l'anémie et établir un plan de soins

Après avoir identifié les problèmes ou besoins, vous devez maintenant établir un plan individualisé de soins pour la femme :

- Si la femme reçoit des conseils ou traitements de source extérieure, la rassurer sur les conseils utiles, lui permettre de continuer les pratiques sans danger, et la conseiller soigneusement sur les dangers que les pratiques nocives peuvent comporter pour son bébé ou elle-même.
- Conseiller la femme sur les aliments à haute teneur de fer et de folate.
- Distribuer des comprimés de fer et conseiller. Le fer est essentiel pour compenser l'augmentation du volume sanguin survenant pendant la grossesse et pour assurer la croissance et le développement corrects du fœtus.

Note : Si la femme est séropositive du VIH, lui donner 60 mg de fer uniquement si elle ne peut pas satisfaire ses besoins en fer dans son alimentation.

A chaque visite, demander si elle a assez de médicaments. Vérifier qu'elle les prend correctement et régulièrement.

Prévention de l'anémie

Micronutriments :

- Fer : 60 mg de fer élément et 400 mcg d'acide folique pour les femmes qui ne souffrent pas de déficience en folate et conseils nutritionnels
- Vitamine A (pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse) : 10,000 UI (dose quotidienne) ou 25,000 UI (dose hebdomadaire)

Antihelminthique :

- Porter des chaussures
- Disposer des matières fécales d'une façon hygiénique
- Faire un traitement de présomption de mébendazole (500 mg en prise unique) dans le deuxième trimestre de la grossesse
- Si l'ankylostomiase est endémique (>50% prévalence), faire un deuxième traitement pendant le troisième trimestre de la grossesse

2.3.6 Soins spéciaux pour la femme séropositive au VIH[2]

Lorsqu'une femme séropositive au VIH, il faudrait assurer l'intégration des interventions de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH.

Facteurs de risque de la transmission mère enfant du VIH

Les femmes séropositives peuvent infecter leur bébé pendant la grossesse; cependant, la plupart des bébés nés de femmes séropositives ne le sont pas eux-mêmes. Le taux absolu de transmission du VIH pendant la grossesse est compris entre 5 et 10%.

Facteurs liés à la femme enceinte

Charge virale élevée (> 10000 copies /100ml) : à tous les stades de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation, une charge virale élevée chez la femme accroît la probabilité d'infection de l'enfant. La charge virale est élevée au stade de l'infection primaire, mais aussi durant les phases avancées de l'infection à VIH (lorsque la femme est immunodéprimée).

Stade d'évolution de la maladie : quelle que soit la charge virale, un nombre insuffisant de lymphocytes T à récepteurs CD4 chez la femme accroît la probabilité de transmission du VIH au nourrisson. Ce stade avance de la maladie se traduit par un taux bas de CD4 (< 500 cellules /ml).

Infection à VIH acquise durant la grossesse ou l'allaitement : la nouvelle infection de la femme enceinte ou de la femme allaitante accroît la probabilité de transmission du VIH au fœtus et au nourrisson.

Malnutrition maternelle sévère/anémie : l'anémie sévère de la mère a été incriminée parmi les facteurs de risque de transmission du VIH.

La carence en vitamine A chez la mère : le statut nutritionnel de mère notamment le déficit en micro nutriment tel que la vitamine A, a été incriminé parmi les facteurs de risque de transmission du VIH. Les études effectuées en milieu clinique indiquent que l'apport complémentaire de vitamine A n'empêche pas la transmission verticale du VIH et peut même accroître le risque de transmission du virus par l'intermédiaire du lait maternel.

Les autres facteurs associés à la transmission verticale incluent:

- L'élimination de cellules infectées par le VIH au niveau du col utérin et du vagin, l'amniotite consécutive à une maladie sexuellement transmissible
- Le comportement sexuel à haut risque
- Présence d'IST ou paludisme

Test volontaire et du counseling pour le VIH

Les consultations prénatales devront offrir une possibilité de test VIH volontaire et de conseil. Beaucoup de femmes positives au VIH recevront le diagnostic pour la première fois au cours de leur grossesse; ce service est donc essentiel pour le traitement continu, les soins et le soutien à la mère, sa famille et l'enfant nouveau-né.

Lors des visites de suivi de la grossesse, le prestataire doit:

[2] TRAC/MiniSanté/PRIME II. Counseling et Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH : Manuel de formation (Draft). MiniSanté : Kigali, Rwanda, 2004.

- A la première consultation prénatale : faire le counseling pour le test VIH chez toutes les femmes enceintes et leurs partenaires
- Faire le test rapide de dépistage du VIH
- Si positif, faire le prélèvement pour la confirmation et le prélèvement pour les CD4
- Prévenir et prendre en charge des maladies opportunistes
- Prescrire les ARV selon le cas et selon les directives nationales de prise en charge de la PTME
- Le rythme du suivi clinique doit être le même que celui pour une femme non infectée par le VIH
- Il faut traiter correctement toute infection cervico vaginale et IST
- L'amniocentèse et la cordoscentese sont contre indiquées
- Le nouveau-né doit bénéficier d'un suivi régulier

Note : quel que soit le statut VIH de la femme ou du prestataire au moment des soins prénatals, le prestataire doit suivre des précautions universelles dans tous les cas. Le lavage fréquent des mains et le port de gants (chaque fois que cela est possible) constituent des précautions critiques.

Soins prénatals pour la femme infectée au VIH

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant dépend néanmoins de l'identification des femmes positives au VIH.

Prise en charge de la femme enceinte infectée par le VIH : en plus des soins médicaux, de santé reproductive, ces femmes auront besoin d'un soutien émotionnel en rapport avec leurs conditions et celui de leur enfant.

L'accès au conseil volontaire et au traitement est important dans les consultations prénatales parce qu'il existe des moyens de prévenir et/ou diminuer le risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, par exemple:

- Le traitement antirétroviral (ARV) et la modification de certaines pratiques sexuelles
- L'utilisation des condoms (masculin ou féminin), le dépistage et traitement des IST, la tuberculose, et le paludisme
- La prise des micronutriments, notamment l'acide folique et la vitamine A

Donner des comprimés de fer uniquement aux femmes séropositives qui ne peuvent pas satisfaire leurs besoins en fer dans leur alimentation. Les études ont montré que l'administration du fer aux femmes séropositives augmente le risque des microhémorragies intestinales qui augmentent le risque de la TME. Comme il a été démontré que les verminoses peuvent être à la base de l'anémie ou l'aggraver chez la femme enceinte, la prise régulière (tous les 6 mois) de vermifuges, à partir du deuxième trimestre, doit se faire, comme chez la femme négative au VIH. La modification de l'alimentation pour le nourrisson : pour la femme enceinte séropositive qui envisage ses options d'alimentation du nourrisson, le prestataire devrait:

- Conseiller la mère en matière de sécurité, disponibilité et caractère abordable financièrement des options d'alimentation du nourrisson
- Aider la mère à choisir et à fournir la méthode la plus sûre pour alimenter le nouveau-né
- Enseigner à la mère à éviter la transmission sexuelle du VIH

Le lieu d'accouchement : La femme enceinte séropositive devrait se préparer pour accoucher dans un centre de PMTE afin qu'elle et son nouveau-né aient accès aux soins qui peuvent prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Dans le cas où elle ne peut pas accoucher dans

un de ces centres, elle devrait recevoir des ARV à prendre pour elle-même et à donner à son nouveau-né.

Prévenir la transmission mère-enfant du VIH (PTME)

Protocole de PTME (2010).

Les ARV chez les femmes enceintes positives au VIH.

Femmes enceintes VIH positives, éligibles au traitement ARV.

Toute femme ayant les CD4 <350 sans tenir compte du stade clinique OMS et toute femme au stade clinique 3 et 4 OMS sans tenir compte du taux des CD4 sont éligibles au traitement ARV. Ce traitement devrait débuter aussi tôt que possible sans tenir compte de l'âge de la grossesse.

Le régime est composé du Tenofovir 300mg + Lamivudine 300mg et Névirapine 200mg : TDF + 3TC + NVP

Posologie

Phase d'initiation pendant 14 jours	Phase d'entretien
TDF + 3TC : un comprimé combiné une fois par jour Plus (+) NVP : 1 comprimé une fois par jour.	TDF + 3TC : un comprimé combiné une fois par jour Plus(+) NVP : 1 comprimé le matin et 1comprimé le soir

Toute femme ayant une insuffisance rénale ou susceptible d'avoir une insuffisance rénale recevra l'Abacavir 300mg+ Lamivudine 150 mg et Névirapine 200mg : ABC+ 3TC + NVP

Posologie

Phase d'initiation pendant 14 jours:	Phase d'entretien:
ABC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir Plus(+) 3TC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir Plus(+) NVP : 1 comprimé une fois par jour.	ABC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir Plus(+) 3TC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir Plus(+) NVP : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir.

NB : Ce traitement sera pris à vie.

Femmes enceintes VIH positives avec des CD4 entre 350 et 500.

Toute femme enceinte VIH positive avec des CD4 entre 350 et 500 sera considéré en PTME comme une femme éligible au traitement ARV à vie ; elles recevront la trithérapie à partir de la 14ème semaine. Ceci pour éviter une discontinuation du traitement ARV chez une femme qui serait éligible ou même qui pourra encore concevoir quelque temps plus tard et recommencer les ARV. Leurs régimes seront semblables à ceux des femmes non éligibles citées ci-dessous.

Le régime ARV est le Tenofovir 300mg + Lamivudine 300mg et Efavirenz 600mg : TDF + 3TC + EFV (voir posologies ci-dessous).

Femmes enceintes VIH positives, non éligibles aux ARV.

Toute femme avec des CD4 >500 est non-éligibles au traitement ARV à vie.

Toutes les femmes enceintes VIH positives, non éligibles aux ARV, recevront la trithérapie à partir de la 14ème semaine d'aménorrhée jusqu'à l'arrêt de l'allaitement maternel, c'est à dire une semaine après l'arrêt de l'allaitement. La durée recommandée d'allaitement est de 18 mois.

Le régime ARV est le Tenofovir 300mg + Lamivudine 300mg et Efavirenz 600mg : TDF + 3TC + EFV

Posologie

TDF + 3TC + EFV : 1 comprimé combiné une fois par jour

NB : A cause de la longue durée de la 1/2 vie de l'Efavirenz, les ARV ne seront pas arrêtés au même moment, EFV devra être stoppé au moment de l'arrêt de l'allaitement et continuer TDF+3TC pendant une semaine puis arrêter la prophylaxie aux ARV.

Femmes enceintes VIH positives avec exposition antérieure à la dose unique de Névirapine

Toutes les femmes enceintes VIH positives qui ont été exposées à la dose unique de Névirapine à la grossesse précédente recevra le Tenofovir 300mg + Lamivudine 300mg et le Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) 250mg : TDF + 3TC + Lop/r

Posologie

TDF + 3TC : 1 comprimé combiné 1 fois par jour
Plus (+)
Kaletra : 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir.

NB : La prophylaxie aux ARV sera stoppée une semaine après l'arrêt de l'allaitement

Femmes enceintes VIH positives avec un problème d'insuffisance rénale

Toute femme ayant une insuffisance rénale ou susceptible d'avoir une insuffisance rénale recevra l'Abacavir 300mg+ Lamivudine 150 mg et Efavirenz 600mg : ABC+ 3TC + EFV

Posologie

ABC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir
Plus (+)
3TC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir
Plus(+)
EFV : 1 comprimé le soir.

NB : A cause de la longue durée de vie de l'Efavirenz les ARV ne seront pas arrêtés au même moment, EFV devra être stoppé au moment de l'arrêt de l'allaitement et continuer TDF+3TC pendant une semaine puis arrêter la prophylaxie aux ARV.

Toute femme ayant une insuffisance rénale ou susceptible d'avoir une insuffisance rénale qui a été exposée à la dose unique de Névirapine à la grossesse précédente recevra l'Abacavir

300mg+ Lamivudine 150 mg et le Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) 250mg : cependant la surveillance de la fonction rénale est importante : ABC+ 3TC + Kaletra

Posologie

ABC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir
Plus(+)
3TC : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir
Plus(+)
Kaletra : 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir

NB : La prophylaxie aux ARV sera stoppée une semaine après l'arrêt de l'allaitement.

Femmes enceintes VIH positives venant tard : après 34 semaines d'aménorrhée.

Toute femme séropositive qui vient après 34 semaines d'aménorrhée devra débuter : TDF + 3TC + EFV après bilan rénale (Créatinine) sans attendre les résultats des CD4.

Après les résultats des CD4 on devra savoir si le traitement sera à vie ou à arrêter après le sevrage :

- Si les CD4 <500 /mm3 la femme sera éligible au traitement ARV : elle continuera le traitement à vie.
- Si les CD4 > 500/mm3, elle continuera le même traitement jusqu'à la fin de l'allaitement (une semaine après le sevrage).

Femme enceinte séronégative en couple sérodiscordant.

Une femme séronégative en couple sérodiscordant, c'est-à-dire le partenaire est séropositif et la femme est séronégative : pour celle –ci, elle devra faire le test de VIH tous les 3 mois ainsi qu'au moment du travail d'accouchement.

Si elle se révèle positive : se référer à la section « prise en charge de la femme enceinte séropositive » (voir plus haut).

Si elle est toujours négative, elle recevra pendant le travail :

- Une dose unique de TDF+3TC+EFV et continuer TDF+3TC (un comprimé combiné par jour) pendant une semaine après l'accouchement.

Prophylaxie chez l'enfant:

- L'enfant devra prendre quotidiennement la NVP sirop jusqu'à l'arrêt de l'allaitement.
- Si la mère s'avère positive au moment de l'allaitement, elle devra être mise sous trithérapie aux ARV et l'enfant devra continuer la NVP pendant 6 semaines après le début de l'initiation de la trithérapie chez la mère.

Exceptions

La trithérapie à donner chez une femme enceinte sous antituberculeux ne doit pas inclure la NVP, et sera remplacée par l'EFV, et si l'âge de la grossesse est < 14 SA remplacer la NVP par l'Abacavir (ABC).

La prophylaxie aux ARV chez les enfants exposés au VIH (enfants nés des mères positives au VIH)

Tous les enfants nés des mères allaitantes ainsi que celles non allaitantes recevront la Névirapine (NVP) sirop pendant 6 premières semaines de vie.

Faire les vaccinations habituelles. Le BCG ne sera pas administré au nouveau-né s'il est séropositif au VIH. Tous les enfants nés de mère séropositive au VIH devront recevoir le vaccin contre l'hépatite virale B.

Traiter le bébé après l'accouchement selon les schémas /ARV pédiatrique en fonction du statut sérologique.

Traiter la mère selon le schéma PTME. Il faut proposer à la patiente une méthode contraceptive efficace tout en insistant sur la double protection (contraception orale et préservatif par exemple).

2.3.7 Paludisme pendant la grossesse

Le paludisme est une maladie parasitaire transmise par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle. L'agent pathogène est le plasmodium, le plus souvent le plasmodium falciparum. Le paludisme transforme une grossesse normale en une grossesse pathologique. Le paludisme chez la femme enceinte est toujours grave, pouvant tuer la mère et/ou l'enfant. De ce fait, la prévention du paludisme chez la femme enceinte est indispensable.

La situation dans le monde selon l'OMS

- 300 millions de cas chaque année à travers le monde
- 9 cas sur 10 surviennent en Afrique
- En Afrique, une personne meurt du paludisme toutes les 10 secondes
- Les femmes et les jeunes enfants sont les plus à risque
- Le paludisme affecte cinq fois plus de personnes que le SIDA, la rougeole et la tuberculose combinés.

Paludisme et grossesse en Afrique

- 25 millions de femmes africaines enceintes dans les régions paludéennes chaque année
- Le paludisme est plus fréquent et plus compliqué pendant la grossesse
- Dans les zones de paludisme endémique, le paludisme pendant la grossesse peut être responsable de:
  - Jusqu'à 15% de l'anémie maternelle
  - 8 à14% d'incidence de faible poids de naissance
  - 30% de faible poids de naissance évitable
  - 3 à 8% de mortalité infantile
- Examen complémentaire:
  - Goutte épaisse
  - Densité parasitaire
  - Groupe sanguin, rhésus
  - Taux d'hémoglobine
  - Hématocrite
  - Urines à l'état frais, coloration de Gram

Prévention et traitement du paludisme pendant la grossesse

Stratégie de Rwanda:

- Utiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)
- Prise en charge de cas des femmes présentant des signes et symptômes du paludisme
- Plateforme pour ces services : les soins prénatals focalisés (CPN focalisés) accompagnés d'éducation concernant le paludisme.

Prévention du paludisme

Antipaludique

Selon la politique en vigueur:

- Prévenir l'infestation par le plasmodium chez la femme enceinte.
- Encourager les femmes enceintes à se coucher sous une moustiquaire imprégnée.

Traitement:

- Si paludisme simple : au 2ème et 3ème trimestre de la grossesse, donner la Coartem® per os et si premier trimestre donner la quinine en comprimés se référant à la fiche thérapeutique technique
  - Si paludisme simple avec troubles digestives mineurs, voir le protocole de prise en charge du paludisme
  - Si paludisme grave, voir protocole de prise en charge du paludisme grave.

2.3.8 La prévention du Tétanos

Administration du vaccin antitétanique

Nature	Doses	Périodes
VAT1	0,5 ml	Dès le 1er contact ou 1ère consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt.
VAT2	0,5 ml	Un mois après VAT1.
VAT3	0,5 ml	6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure.
VAT4	0,5 ml	1 an après VAT_1 ou au cours d'une grossesse ultérieure.
VAT5	0,5 ml	1 an après VAT_2 ou au cours d'une grossesse ultérieure.

N.B : Une fois les 5 doses faites, la femme est protégée pour toute sa vie.

Détecter les pathologies au cours du 2ème et 3ème trimestre de la grossesse

Comment détecter un retard de croissance fœtale?

Lorsqu'une femme se présente en consultation prénatale, il est important de se rappeler qu'il y a deux clients – la femme et le fœtus/bébé.

Mesurer de la croissance fœtale

La mesure avec un ruban de la hauteur utérine (HU) est largement utilisée pendant les soins prénatals. Il n'y a pas un consensus général sur son utilité, cependant. Comme procédure, certains ont trouvé difficile de bien l'accomplir, tandis que d'autres l'ont trouvée simple et excellente comme mesure. Par ailleurs, on a soutenu que la hauteur symphyse-utérus ne peut pas être mesurée par différents observateurs avec un accord suffisant pour séparer les petites hauteurs utérines des non petites, limitant ainsi gravement l'utilisation de la technique dans les cliniques prénatales, où une femme est susceptible de voir plus d'un prestataire au cours de sa grossesse.

Par ailleurs, la littérature disponible indique que la mesure de routine de HU est une méthode valable pour détecter les bébés petits pour leurs âges gestationnels (PAG) dans les pays en développement, et qu'elle continue d'être une intervention potentiellement utile. La mesure de HU peut également aider à identifier les grossesses multiples et évaluer l'âge gestationnel à la première présentation. La mesure routinière de la hauteur utérine est un bon indicateur pour prédire un grave retard de croissance et, dans les cadres ruraux, le décès périnatal.

La recommandation actuelle est qu'il ne serait pas avisé d'abandonner l'utilisation de la mesure de la hauteur utérine à moins qu'une expérience beaucoup plus importante n'indique également qu'elle est inutile. Elle devrait être recommandée comme pratique standard pour les soins prénatals dans les pays en développement et devrait compléter, au lieu de remplacer, la palpation de l'utérus de la femme enceinte.

Procédure pour mesurer la hauteur utérine

Calculer le nombre de semaines de gestation (semaines par dates) à chaque visite. L'écrire et comparer avec les mesures de hauteur utérine.

Demandez si le bébé est actif et bouge souvent.

Palper l'abdomen de la femme. Mesurer pour estimer l'âge gestationnel (l'âge de la grossesse) chez les femmes en gestation de moins de 20 semaines. Vous pourriez mesurer en utilisant vos doigts et un ruban gradué. La hauteur de l'utérus peut être mesurée avec un ruban depuis le haut de la symphyse pubienne (os pubien) jusqu'au sommet de l'utérus. (Voir Figure 13.3.)

A partir de 20 semaines, le nombre de centimètres mesurés devrait être approximativement égal au nombre de semaine de gestation (±2 cm). La hauteur utérine augmente d'environ 1 cm/semaine ou 2 largeurs de doigts/mois.

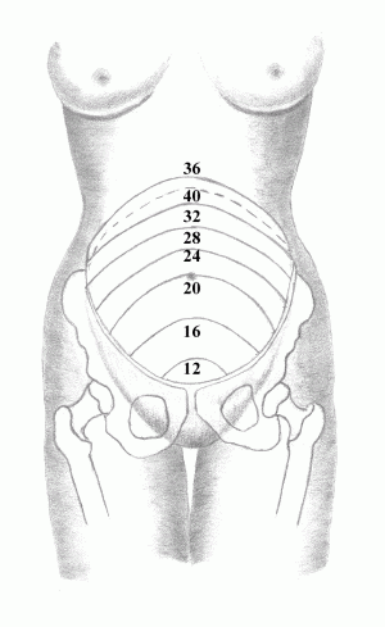
Hauteur utérine et développement fœtal:

- 2ème mois (8 semaines)—l'utérus ne peut pas être palpé à l'abdomen; il est de la taille d'une balle de tennis environ au palper bi-manuel; il est plus mou et plus rond qu'un utérus de femme non gravidique.
- 3ème mois (12 semaines)—l'utérus a 8 cm de diamètre environ, il est de forme globulaire, s'élève hors du pubis pour être palpé immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne.
- 4ème mois (16 semaines)—l'utérus est à mi-chemin entre la symphyse pubienne et le nombril (7.5 cm au-dessus de la symphyse pubienne); sa forme commence à être plus ovoïde.
- 5ème mois (20 semaines)—l'utérus juste sous le nombril ou environ 20 ± 1 cm au-dessus de la symphyse pubienne.
- 6ème mois (24 semaines)—le fond utérin est à la marge supérieure du nombril (environ 24 ± 1 cm au-dessus de la symphyse pubienne).
- 7ème mois (28 semaines)— fond utérin à mi-chemin entre le nombril et l'appendice xiphoïde (environ 28 ± 1 cm au-dessus de la symphyse pubienne).
- 8ème mois (32 semaines)—le fond utérin est plus près de l'appendice xiphoïde que du nombril; il a environ 30 - 32 cm de longueur; il est de forme ovoïde.
- 9ème mois (36 semaines)—le fond utérin touche l'appendice xiphoïde; environ 32-34 cm de longueur.
- 10ème mois (40 semaines)—le fond utérin descend pour baisser la pression contre l'appendice xiphoïde, le segment utérin inférieur s'amollit pour permettre à la présentation de s'installer dans le bassin, et c'est au bout de 40 semaines que cela se passe.

Mesurer la croissance fœtale à chaque visite prénatale. Comparer vos résultats à la taille que le bébé devrait avoir à ce point de la grossesse. Si possible essayer d'utiliser plusieurs méthodes ensemble pour calculer l'âge gestationnel, parce que beaucoup de femmes ont des retards de croissance intra-utérine, et donc la taille de l'utérine peut être inférieure par rapport à la taille attendue et le calcul de l'âge gestationnel serait erroné.

Chez les femmes dont la gestation dépasse 36 semaines, la croissance continuera au rythme approximatif d'un centimètre par semaine. Cependant si la tête a commencé à descendre dans le bassin de la mère, il peut sembler que la croissance n'est pas suffisante parce que vous ne mesurez pas le bébé tout entier. Essayez de détecter la descente de la tête fœtale si la croissance semble trop faible.

Mesure de la hauteur utérine



Identifier les discordances entre taille et date

Si l'utérus fait plus de 2cm de plus ou de moins que la taille prévue:

- Vérifier de nouveau la hauteur utérine dans 2 semaines. De nombreuses femmes auront une pointe de croissance entre 20 et 24 semaines, vous pouvez donc remarquer qu'elle est plus grosse que prévue pour une visite, et ensuite la grossesse s'équilibre.

Si, après 2 semaines il y a toujours une discordance:

- Trouver la cause de la discordance par ex. vessie pleine, date mal calculée, polyhydramnios, diabète, grossesse multiple, bébé de grande taille, siège, anomalie du bébé, trouble de l'hypertension gravidique, malnutrition maternelle, etc.
- Référer pour des tests Doppler pour vérifier la croissance fœtale et le volume liquide, avec une note de référence précise expliquant le problème.

Gérer selon la cause

Moyens de calculer la Date Approximative de l'Accouchement (DAP)

Méthode du calendrier:

- Pour trouver la DAP : prendre le premier mois des dernières règles et remonter 3 mois en arrière. Ensuite ajouter 7 jours. Par exemple, si ses dernières règles ont commencé le 6 mai, compter 3 mois (6 avril, 6 mars, 6 février). Ensuite ajouter 7 jours (6 février + 7 jours). Le 13 février est sa DAP. Vous pouvez également calculer ceci en ajoutant 9 mois et 7 jours au premier jour des dernières règles.

2.3.9 Counseling et promotion de la santé

La visite prénatale peut être utilisée comme l'occasion pour les prestataires de soins de santé de fournir une information à la femme enceinte et à sa famille.

Si l'on veut que les conseils ou informations soient utiles, le personnel des cliniques prénatales doit avoir:

- Une connaissance suffisante du sujet en question
- Suffisamment de temps pour donner des conseils pratiques
- Une bonne connaissance des croyances et tabous locaux entourant le sujet pendant la grossesse
- Une connaissance suffisante des interventions disponibles localement, faisables du point de vue culturel et abordables du point de vue financier.

Si l'on veut que les conseils ou informations en matière de nutrition soient utiles, les messages doivent être:

- Simples (« augmenter le nombre de fois que vous mangez par jour, » et « aucun aliment n'est tabou »)
- Réalistes – les conseils ne se traduiront par l'action que si les femmes sont effectivement en mesure d'adopter le conseil donné
- Spécifiques pour la femme et sa situation particulière.

Conseils axés sur le client et selon l'âge gestationnel pour les femmes, pour les partenaires, ainsi que pour la famille concernant les éléments suivants:

- Nutrition et micro nutriments
- Repos et éviter le travail physique dur
- Signes de dangers de complications et de maladie:
  - Disparition ou diminution des mouvements fœtaux
  - Fièvre
  - Saignement vaginal
  - Douleur pelvienne
  - Maux de tête
  - Troubles visuels
  - Perte de connaissance ou crise (de tremblements : éclampsie)
  - Œdèmes du visage ou des mains
  - Cécité nocturne
- Toute autre chose qui puisse la préoccuper :
  - Planification familiale

- Allaitement maternel
- Prophylaxie du paludisme
- Prévention du VIH/des IST
- Avoir un environnement sain
- Danger/conséquences de l'utilisation de tabac et d'alcool pendant la grossesse

2.3.10 Préparation à l'accouchement

Le plan pour l'accouchement

Puisque toute grossesse présente des risques, les prestataires doivent travailler avec toutes les femmes enceintes et leurs familles pour élaborer un plan d'accouchement. Ce plan permettra à la femme de recevoir à temps des soins de qualité, que ce soit pendant la grossesse, au cours de travail, d'un accouchement normal ou compliqué.

Les retards de la reconnaissance des signes de danger, de la prise de décision d'évacuation à la structure sanitaire appropriée, et de la réception de soins de qualité à temps sont responsables de nombreux décès maternels. Une solution est de travailler en partenariat avec les femmes enceintes et leurs familles pour élaborer un plan d'accouchement.

Le plan d'accouchement est un plan d'action réalisé, suite à des discussions entre la femme, les membres de sa famille et le prestataire de soins de santé. Il n'est pas nécessaire que le plan soit un document écrit. Ce n'est généralement pas le cas. Il s'agit plutôt d'une discussion suivie entre toutes les parties concernées pour s'assurer que la femme recevra les soins appropriés en temps voulu.

Planifier l'accouchement

- Discuter du concept et des éléments du plan pour l'accouchement lors de la première visite.
- Vérifier que le plan pour l'accouchement a été prévu lors de la troisième et la quatrième visite prénatale.
- S'assurer, dès le huitième mois, que des dispositions ont été prises pour que le prestataire qualifié soit présent à l'accouchement.

Voici les questions qu'il faudrait aborder et auxquelles il faudrait répondre lorsqu'on fait un plan pour l'accouchement:

- Définir un lieu pour l'accouchement
- Identifier un prestataire de soins compétent,
- Savoir comment contacter ce/cette prestataire
- Prévoir comment se rendre sur le lieu d'accouchement
- Choisir la personne qui va accompagner la femme jusqu'au lieu d'accouchement et lui tenir compagnie
- Nommer la personne qui va s'occuper de la famille pendant que la femme est absente
- Identifier la personne qui autorisera la femme à aller à la maternité
- Définir la somme d'argent qu'il faudra prévoir et comment la récolter.

Le fait d'avoir un plan pour l'accouchement peut limiter l'atmosphère de précipitation au moment de l'accouchement et accroître les chances de la femme de recevoir les soins appropriés en temps voulu.

- Préparer la trousse nécessaire pour l'accouchement

- Lors de la troisième visite prénatale, discuter des effets personnels qui seront nécessaires pour l'accouchement (les serviettes hygiéniques/les morceaux de pagnes propres, le savon, des draps propres, etc...)
- Lors de la dernière visite prénatale, s'assurer que la femme ou sa famille soit bien en train de rassembler tous les effets nécessaires
- Etablir un plan/système pour le financement de l'accouchement
- Discuter des fonds qu'il faut avoir à sa disposition lors de l'accouchement
- Discuter du concept et des modalités pour établir un compte d'épargne lors de la première visite
- Vérifier lors de toutes les visites de suivi prénatal que l'épargne ait été constituée et que la somme est disponible
- Préparer un plan pour les complications éventuelles.

La préparation d'un plan pour les complications éventuelles aidera la famille à répondre en temps voulu si la femme éprouve une complication.

Il est important d'impliquer autant que possible les membres de la famille dans l'élaboration d'un plan pour les complications éventuelles. Si la femme seule est impliquée, elle sera moins encline à mettre le plan en « marche » lorsque surviendra une complication.

Etablir un plan pour épargner à cet effet : il faut encourager la famille à épargner pour que les fonds nécessaires soient disponibles pour les soins d'urgence.

Etablir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir en l'absence du décideur principal : il est important de discuter de la question pour savoir comment la famille peut prendre des décisions urgentes sans perturber ou offenser les valeurs culturelles.

Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence:

- Où la femme devrait se rendre si elle souffre d'une complication
- Comment accéder au prochain niveau de soins en cas d'urgence
- Quel membre de la famille devrait l'accompagner
- Comment acquérir les fonds nécessaires en cas d'urgence.

Signes de danger

60% des décès maternels surviennent dans la période du post-partum. Par conséquent, il est extrêmement important de sensibiliser les femmes et leurs familles à reconnaître les signes de danger et à avoir un plan pour les complications éventuelles.

Nous savons que 15% des femmes enceintes vont développer une complication pendant la grossesse, le travail, l'expulsion ou lors du post-partum, et que 1 à 2% d'entre elles vont mourir. L'évidence montre qu'il est presque impossible de prévoir quelle femme présentera une complication. Il est donc extrêmement important de travailler en collaboration avec les femmes pour qu'elles soient en mesure de reconnaître les complications et d'établir un plan d'action, au cas où cette situation surviendrait. Une telle préparation pourrait sauver la vie de beaucoup de femmes et leur permettre d'arriver plus tôt sur les lieux d'accouchements où elles peuvent recevoir les soins de santé nécessaires, dans des services compétents.

Les membres de la famille et les soignants communautaires doivent savoir reconnaître les signes de danger. Les études ont montré que moins de 50% des familles des femmes qui sont

mortes pendant la grossesse, l'accouchement, ou la période du post-partum pouvaient reconnaître les signes de danger.

Signes de danger chez la femme enceinte

Si une femme enceinte présente les signes de danger suivants, elle devrait rejoindre un centre de santé au plus vite :

- Disparition ou diminution des mouvements fœtaux
- Fièvre
- Saignement vaginal
- Perte vaginale malodorante
- Ecoulement vaginal liquide
- Douleur à la miction
- Vomissements persistants
- Douleur pelvienne
- Maux de tête ou troubles visuels
- Perte de connaissance ou crise (de tremblements : éclampsie)
- Léthargie et fatigue
- Problèmes respiratoires
- Cécité nocturne
- Toute autre chose qui puisse les préoccuper.

Auxiliaire de travail – Eléments et chronologie de la visite prénatale

Paramètre	Première visite ou < 16 semaines	20–24 semaines	28–32 semaines	36 semaines et +
Examen physique				
Santé générale				
Infection				
Température				
Bactériurie asymptomatique				
Signes de pré-éclampsie				
Tension artérielle				
Protéinurie				
Réflexes (seulement si la TA est élevée et une protéinurie)				
Anémie				
Hémoglobine				
Pâleur conjonctivale et palmaire				
Pouls				
Aspect général				
Seins				

Paramètre	Première visite ou < 16 semaines	20–24 semaines	28–32 semaines	36 semaines et +
Risque chirurgical				
Taille				
Cicatrices sur l'abdomen et la musculature				
Présentation et situation du bébé				
Engagement de la tête du bébé				
Bon état général du bébé				
Mouvements du bébé				
Taille utérine				
Rythme cardiaque du bébé				
Santé génitale				
Procédures de dépistage				
Sang				
Hémoglobine				
Groupe et facteur rhésus (si non connu)				
VDRL ou RPR				
VIH (si indiqué)				
Drépanocytose (si indiqué)				
Urine				
Protéine				
Sucre				
Test de grossesse (si indiqué)				
Selles				
Œuf et parasites (si en laboratoire)				

Auxiliaire de travail – Résultats normaux pendant la visite de CPN

Evaluation : grossesse normale	
Paramètre	**Résultats normaux**
Aspect général	▪ Une femme enceinte normale, en bonne santé et bien nourrie est heureuse, ressent de la fatigue les premier et troisième trimestres mais a assez d'énergie pour faire ses travaux, se sent bien, a une bonne apparence et n'a pas d'abcès ou de plaies de la peau. ▪ L'absence de handicap physique améliore aussi le résultat de la grossesse
Température et symptômes d'infection	▪ Température <37.5°C ▪ Pas de signes/symptômes d'infection
TA	▪ TA Systolique entre 90 et 140 ▪ TA Diastolique entre 60 et 90

Evaluation : grossesse normale	
Paramètre	**Résultats normaux**
Urine	▪ A cause des changements de métabolisme pendant la grossesse, la femme enceinte déversera des protéines dans son urine et c'est normal tant que cela ne dépasse pas 1+. ▪ Bien que la protéinurie soit le plus souvent associée à la pré-éclampsie et à l'éclampsie, l'urine d'une femme peut être avérée porteuse de protéine si la femme est gravement anémiée, à une maladie rénale ou une infection urinaire ou si l'urine a été contaminée par du sang (ou si elle a une schistosomiase), un écoulement vaginal, ou du liquide amniotique.
Symptômes de l'anémie	▪ Chez une femme en bonne santé, la conjonctive, le lit de l'ongle, les gencives et paumes seront roses ▪ Le taux respiratoire à 16–24 respirations/minute ▪ La femme supporte les exercices et le travail sans être essoufflée ▪ Le taux normal d'hémoglobine est : 10–12 g/dl (29-33%)
Seins	▪ Accroissement bilatéral de la taille—souvent accompagné de picotements, tension et tendresse. Survient pendant le premier trimestre. ▪ Sensation nodulaire et lobulaire plus rude et généralisée des seins due à l'hypertrophie des alvéoles mammaires. Survient pendant le premier trimestre. ▪ Ecoulement de colostrum à partir des mamelons. Peut se produire dès la 6ème semaine de gestation sous l'apparence d'un liquide visqueux clair pouvant devenir jaune et moins visqueux plus tard dans la grossesse. ▪ Follicules de Montgomery—glandes sébacées hypertrophiées dans les aréoles. Survient pendant le premier trimestre. ▪ Grossissement et plus grande érectilité des mamelons. Survient pendant le premier trimestre. ▪ Elargissement et plus grande pigmentation des aréoles. Survient pendant le premier trimestre. ▪ Dilatation des veines sous cutanées habituellement visibles sous la peau avec l'apparence d'un tracé de veine bleuâtre. Survient pendant le premier trimestre. ▪ Angiome arachnéens sur le haut de la poitrine (aussi sur le haut des bras, le nez et le visage). Survient pendant le deuxième trimestre. ▪ Strie des seins. Peuvent se produire avec un accroissement excessif de la taille des seins.
Abdomen	▪ Pas de cicatrices à l'abdomen et à l'utérus ▪ Les Linea nigra et striae gravidarum peuvent être présents ou non, mais sont normaux dans tous les cas et sont induits par les hormones. ▪ Une diastasis recti modérée est normal
Position fœtale	▪ 7ème mois (28 semaines) —parties fœtales peuvent être identifiées ▪ 8ème mois (32 semaines) —contour des parties fœtales facilement décelable ▪ 9ème mois (36 semaines) —fœtus en position, le ratio de liquide amniotique au fœtus baisse de sorte que les changements de position fœtale ne sont pas aussi fréquents qu'auparavant ▪ 10ème mois (40 semaines) —l'enfant est en position pour la naissance
Mouvement fœtal	▪ 4ème mois (16 semaines) —peut sentir une accélération ▪ 5ème mois (20 semaines) —l'accélération devrait s'être produite ▪ le bébé devrait bouger au moins 10 fois en 12 heures ▪ Les bébés ont des périodes de sommeil et repos et leurs mouvements diminuent à ces moments ▪ La sensibilité aux mouvements fœtaux varie d'une femme à une autre. Certaines femmes ne sont pas toujours conscientes des mouvements du fœtus surtout de brève durée, et d'autres femmes se trompent en prenant le hoquet fœtal ou les contractions de Braxton Hicks pour des mouvements. ▪ De nombreux facteurs non dangereux peuvent affecter le mouvement fœtal—les sons, l'apport nutritionnel, le toucher, la stimulation externe.
Hauteur utérine	▪ A partir de 20 semaines, le nombre de cm mesuré devrait être égale environ au nombre de semaines de gestation (±2 cm)

Evaluation : grossesse normale	
Paramètre	**Résultats normaux**
Cœur fœtal	▪ L'éventail normal est de 120–160 battements/minute ▪ 3ème mois (12 semaines) —le cœur fœtal est habituellement audible par examen Doppler ▪ 4ème mois (16 semaines) —souffle utérin entendu ▪ 5ème mois (20 semaines) —le cœur fœtal devient audible avec un stéthoscope fœtal
Santé génitale	▪ Normalement la peau dans cette zone est lisse et aucune plaie ou ganglion ne peut être sentie. ▪ Normalement il n'y a pas de démangeaisons, enflement, plaie ou saignement ▪ L'augmentation d'estrogène pendant la grossesse entraîne une hyperplasie de la muqueuse vaginale et une augmentation de la production de mucus par les glandes endocervicales. Ceci veut dire que la plupart des femmes enceintes auront des leucorrhées normales, mais l'écoulement vaginal normal sera clair ou blanc et sans odeur.

2.4. Effectuer l'évaluation initiale d'une femme en travail

2.4.1 Examen initial de la femme en travail[3]

Rappel des termes

Les prestataires devraient comprendre les définitions des stades et les phases du travail de l'accouchement afin de pouvoir poser correctement le diagnostic du travail.

Diagnostic du stade et de la phase du travail

Symptômes et signes cliniques	Stade	Phase
Col non dilaté	Faux travail/travail non entamé	
Dilatation du col inférieure à 4 cm	Premier stade	Phase de latence
Dilatation du col comprise entre 4 et 9 cm Rythme de dilatation généralement de 1 cm/h au moins Début de la descente fœtale	Premier stade	Phase active
Col complètement dilaté (10 cm) Poursuite de la descente fœtale Pas de forte envie de pousser	Deuxième stade	Phase initiale (de non-expulsion)
Col complètement dilaté (10 cm) La présentation fœtale atteint le plancher pelvien Forte envie de pousser	Deuxième stade	Phase finale (d'expulsion)

L'évaluation pendant le travail (antécédents et examen général)

La première rencontre avec une femme en travail est extrêmement importante. Un interrogatoire et un examen physique exhaustifs vous permettront de déterminer si la femme a des complications et de suivre son travail.

[3] *Adapté de :* AMDD, MNH/Jhpiego. *Soins obstétricaux d'urgence à l'intention du médecin et de la sage-femme : Cahier du Formateur.* MNH/Jhpiego : Baltimore, janvier 2004.

Se préparer:

1. Préparer l'équipement nécessaire.
2. Accueillir la femme avec respect et amabilité et se présenter.
3. Souhaiter la bienvenue à la personne qui accompagne la femme.
4. Aider la femme à monter sur la table d'examen.
5. Dire à la femme et à la personne qui l'accompagne ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.
6. Ecouter ce que disent la femme et la personne qui l'accompagne.
7. Evaluer immédiatement si l'accouchement est imminent (poussée, geignement expiratoire, ampliation périnéale ou vagin béant et tête visible):
   - Si c'est le cas, se préparer pour la naissance.
   - Sinon, continuer avec les étapes ci-dessous.

Motif de consultation :

1. Demander à la femme comment elle se sent et agir immédiatement en cas de:
   - Saignement vaginal
   - Maux de tête prononcés
   - Vision trouble
   - Douleur abdominale prononcée
   - Difficulté respiratoire
   - Fièvre
2. Antécédents:
   - Age
   - Nombre de grossesses/accouchements précédents
   - Naissances précédentes avec césarienne, accouchements par une application de forceps ou accouchements par ventouse
   - Autres problèmes avec des grossesses/accouchements précédents
   - Problèmes médicaux généraux
   - Médicaments
   - Statut relatif au VIH (si connu)
3. Complément d'anamnèse :
   - Quand le travail a-t-il commencé?
   - Les membranes/la poche des eaux se sont-elles rompues? (Si c'est le cas, quel est la couleur du liquide amniotique/des eaux?)
   - Fréquence des contractions
   - Force des contractions
   - Présence de saignement vaginal
   - Présence de mouvements du fœtus
   - Demander à la femme si elle planifie d'allaiter son bébé au sein.
   - Passer en revue avec la femme son plan individualisé de naissance.

Examen général :

1. Prendre la tension artérielle, le pouls et la température de la femme. Enregistrer les résultats.
2. Examiner les conjonctives de la femme et ses paumes pour voir s'elles sont pâles.
3. Observer la réponse émotionnelle de la femme:
   - Peur
   - Anxiété

L'examen abdominal pendant le travail

L'examen abdominal, s'il est bien fait, vous permettra de déterminer la présentation du fœtus, la durée et le nombre des contractions, et de dire si le fœtus supporte le travail.

1. Demander à la femme si elle a besoin de vider sa vessie. (Garder l'urine pour la tester, si c'est nécessaire.)
2. Aider la femme à monter sur la table d'examen et placer un oreiller sous sa tête et épaules.
3. Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec (ou les laisser sécher à l'air libre).
4. Expliquer chaque étape de l'examen abdominal à la femme tout en l'effectuant et l'encourager à poser des questions.
5. Demander à la femme de placer ses bras le long du corps ou ses mains contre la poitrine et de fléchir légèrement ses genoux.
6. Observer la forme et la taille de l'abdomen et voir s'il y a des cicatrices.

Evaluer les contractions utérines

PALPER les contractions. De bonnes contractions utérines sont nécessaires pour l'évolution du travail. Normalement les contractions deviennent plus fréquentes et durent plus longtemps au fur et à mesure que le travail avance.

PALPER l'abdomen pour contrôler l'intensité et la durée des contractions pendant 10 minutes à chaque heure durant la phase de latence du travail, et toutes les 30 minutes pendant la phase active.

Deux observations sont faites pour les contractions, notamment la fréquence et la durée. Toutes les deux seront enregistrées sur le partogramme. Posez-vous les questions suivantes:

A quelle fréquence dois-je sentir les contractions (fréquence)? Evaluer la fréquence en comptant le nombre de contractions dans une période de 10 minutes.

Combien de temps durent-elles (durée)? Mesurer la durée à partir du moment où vous sentez la contraction pour la première fois sous votre main dans l'abdomen de la femme jusqu'au moment où vous ne la sentez plus.

En début de travail, les contractions commencent d'habitude environ toutes les 20 minutes, durent 15 secondes à peu près, et l'utérus peut être marqué avec le doigt. A mesure que le travail avance, les contractions deviennent plus fréquentes, durent plus longtemps, et deviennent plus fortes : les contractions surviennent d'habitude toutes les 2 à 3 minutes, durent plus de 40 secondes et l'utérus ne peut pas être marqué par le doigt.

Important : PALPER le relâchement de l'utérus ENTRE les contractions. Ce relâchement est TRES IMPORTANT pour l'intérêt du bébé, de la femme et de l'utérus.

Le relâchement de l'utérus permet au bébé d'avoir de l'oxygène à travers le placenta. Il accorde un temps de repos à la femme et empêche la fatigue de l'utérus.

Lorsque les contractions se produisent plus fréquemment que toutes les 2 minutes et durent plus de 90 secondes, le temps de relâchement est trop cours. Le bébé ne reçoit pas suffisamment d'oxygène. La femme n'a pas de temps pour se reposer. Le muscle utérin n'arrête pas de travailler, ne se relâche pas et l'efficacité de la contraction baisse.

1. Dire à la femme de se coucher sur le côté gauche.
2. Placer votre main sur l'abdomen de la femme pour sentir les contractions.

Palper l'abdomen pour compter le nombre de contractions dans une période de 10 minutes et chronométrer leur durée en secondes.

Enregistrer vos résultats sur le partogramme comme suit:

- Si elles durent moins de 20 secondes,
- Si elles durent entre 20 et 40 secondes,
- Si elles durent plus de 40 secondes

Estimer la hauteur utérine:

1. Placer un côté du mètre ruban juste en-dessous de la symphyse pubienne (os pubien).
2. Tirer le mètre ruban jusqu'au fond utérin.
3. Estimer la hauteur utérine en centimètres.

Déterminer la présentation :

1. Faire face à la tête de la femme.
2. Placer les mains sur les côtés du fond utérin et courber les doigts autour du sommet du fond utérin.
   - Sentir la contraction.
   - Garder les mains dans la même position pendant toute la durée de la contraction.
   - Sentir la force de la contraction.
   - Noter la durée de la contraction.
3. Entre les contractions, palper la forme, taille, consistance et mobilité :
   - Le siège fœtal va être irrégulier au toucher, plus gros et volumineux qu'une tête; on ne peut pas bien définir le siège, ni le bouger ou le ballotter facilement.
   - La tête fœtale va être arrondie et dure au toucher et l'on peut la ballotter entre deux mains ou entre le pouce et un doigt d'une seule main.

Première palpation pour déterminer la présentation du fœtus

4. Maintenant, placer une main sur l'un ou l'autre des côtés de l'utérus à environ mi-chemin entre la symphyse pubienne et le fond de l'utérus:

Le dos du fœtus va être comme une masse ferme, courbée, continuellement lisse au toucher s'étendant du siège au cou.

5. Exercer une pression sur un côté de l'utérus en poussant le fœtus de l'autre côté de l'abdomen contre l'autre main (la main d'examen).
6. Maintenir cette pression alors que la main d'examen palpe l'autre côté de l'utérus, de la ligne médiane abdominale au côté latéral et de la symphyse pubienne au fond utérin:
   - Les mains, pieds, genoux et coudes fœtaux vont paraître petits, comme des petites bosses et irréguliers au toucher et vont bouger si l'on appuie dessus.
7. Inverser la procédure pour examiner l'autre côté de l'utérus.

Deuxième palpation pour déterminer la présentation du fœtus

8. Maintenant, utiliser le pouce et l'index pour saisir la portion du bas-ventre immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne.

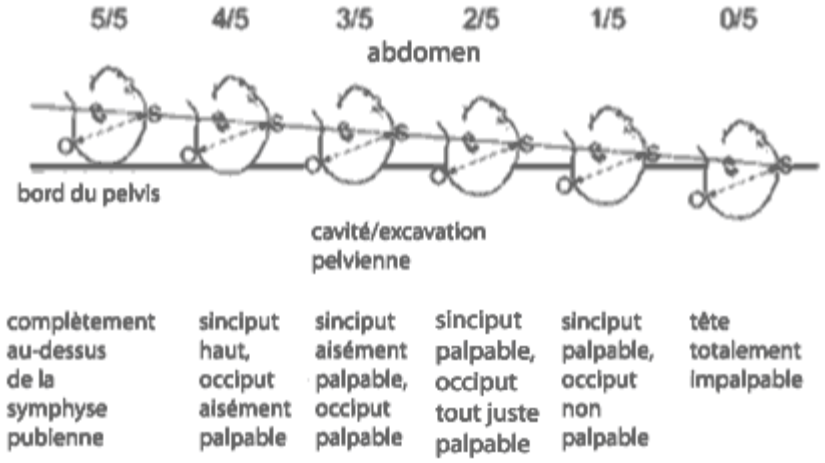
9. Presser doucement mais fermement dans l'abdomen pour sentir la partie présentant entre le pouce et index.
10. Palper pour voir la forme, taille, consistance et mobilité pour déterminer si l'on est en présence de la tête ou du siège:
    - Si la partie présentant est la tête, on va sentir une masse que l'on peut bouger si la tête n'est pas engagée.
11. Maintenant se tourner en faisant face aux pieds de la femme.
12. S'assurer que les genoux de la femme sont toujours fléchis.
13. Placer une main sur l'un ou l'autre des côtés de l'utérus avec les paumes juste en-dessous du niveau de l'ombilic et les doigts orientés directement vers la symphyse pubienne.
14. Appuyer profondément dans le bas-ventre avec le bout des doigts et les déplacer vers le détroit supérieur:
    - Une présentation du sommet est indiquée si une main sent le sinciput (masse dure et arrondie) du même côté de l'abdomen où les petites parties du fœtus ont été senties, alors qu'en même temps, l'autre main continue vers le bas vers le bassin.
    - Une présentation de la face est indiquée si une main sent l'occiput (masse dure et arrondie) du même côté de l'abdomen où le dos du fœtus a été senti, alors qu'en même temps, l'autre main continue vers le bas vers le bassin.
    - Une présentation du front est indiquée si les deux mains sentent le sinciput et l'occiput en même temps.
    - Une présentation du siège est indiquée si les deux mains continuent à se déplacer vers le détroit supérieur du bassin et ressentent une sensation d'« affaissement » avec le tronc du fœtus.

Troisième palpation pour déterminer la présentation du fœtus

Evaluer la descente de la tête fœtale

Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.

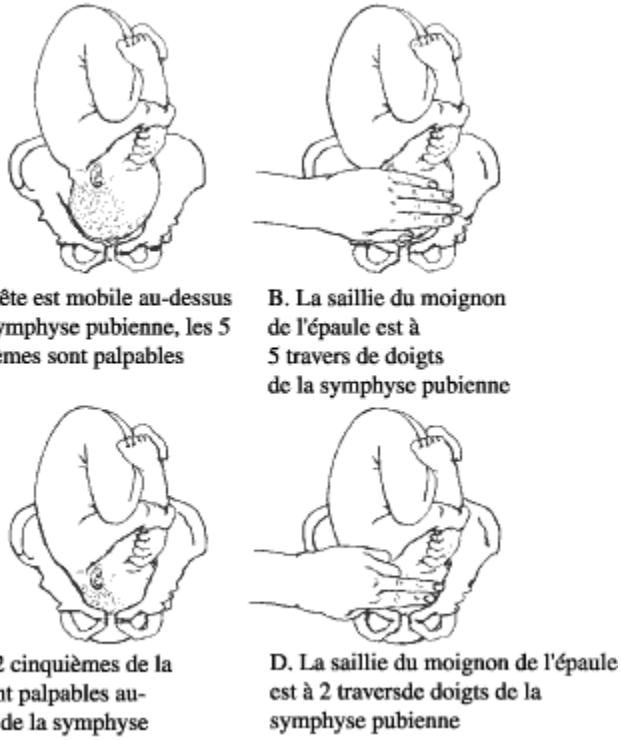
Descente évaluée à la palpation de l'abdomen



- Par un palper abdominal, mesurer la descente de la tête en cinquièmes de tête palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
- Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes (5/5) sont palpables.
- Lorsque la tête se trouve entièrement au-dessous de la symphyse pubienne, elle n'est pas du tout (0/5) palpable.

1. Situer l'épaule antérieure du fœtus avec une main.
2. Placer les doigts de l'autre main horizontalement au-dessus de la symphyse pubienne:
   - 5 largeurs de doigt = 5/5 (cinq-cinquième) au-dessus du détroit supérieur
   - 4 largeurs de doigt = 4/5 (quatre-cinquième) au-dessus du détroit supérieur
   - 3 largeurs de doigt = 3/5 (trois-cinquième) au-dessus du détroit supérieur
   - 2 largeurs de doigt = 2/5 (deux-cinquième) au-dessus du détroit supérieur (on considère généralement que la tête est engagée quand la portion au-dessus du détroit supérieur équivaut à deux doigts).

Palper abdominal évaluant la descente de la tête fœtale



A. La tête est mobile au-dessus de la symphyse pubienne, les 5 cinquièmes sont palpables

B. La saillie du moignon de l'épaule est à 5 travers de doigts de la symphyse pubienne

C. les 2 cinquièmes de la tête sont palpables au-dessus de la symphyse

D. La saillie du moignon de l'épaule est à 2 traversde doigts de la symphyse pubienne

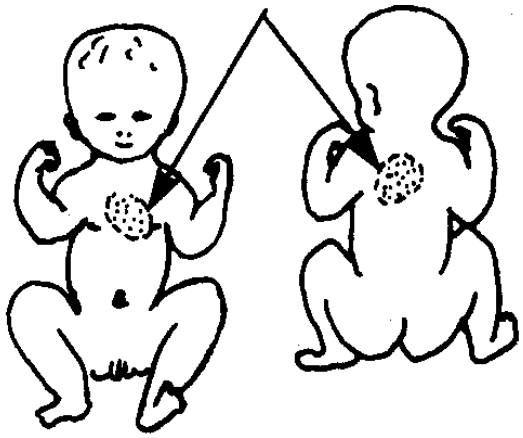
Note : Lorsqu'il y a une grosse bosse séro-sanguine ou un degré important de modelage de la tête, il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par un toucher vaginal.

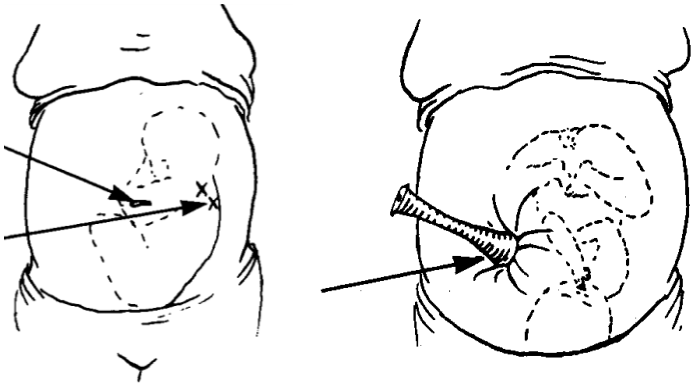
Note : Lorsqu'il y a une grosse tête, il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par un toucher vaginal.

Ecouter le cœur fœtal

1. Placer le stéthoscope fœtal sur l'abdomen de la femme à angle droit par rapport à celui-ci.
2. Placer l'oreille en contact ferme avec le stéthoscope et près de celui-ci.
3. Déplacer le stéthoscope partout jusqu'à ce que le cœur fœtal soit entendu le plus clairement possible.

Endroits pour ausculter les bruits du cœur fœtal





4. Pour les présentations du sommet et du siège, écouter à travers le dos du fœtus.
5. Pour les présentations de la face, écouter à travers la poitrine du fœtus.
6. En écoutant le cœur fœtal, la main ne devrait pas toucher le stéthoscope.

Auscultation des bruits du cœur fœtal

7. Ecouter pendant une bonne minute en comptant les battements par rapport à l'aiguille des secondes d'une montre.

Note : Palper le pouls de la femme aux poignets simultanément pour vous assurer que vous êtes en train de mesurer le bruit cardiaque fœtal et non le pouls maternel. Le pouls maternel sera plus lent que le rythme cardiaque fœtal.

8. Enregistrer tous les résultats de l'examen abdominal.

L'examen vaginal pendant le travail

Un examen vaginal soigneux vous permettra de faire un diagnostic exact du travail, de déterminer si la femme est en travail réel ou faux, diagnostiquer à quels stade et phase de travail la femme se trouve, et vérifier la position et la présentation du fœtus.

Pour une femme en travail normal, il y a 5 moments où il est indiqué de faire un examen vaginal pendant le premier stade:

- A l'admission, pour établir des données d'information de départ
- Avant de décider de la nature, quantité et voie de tout médicament
- Pour vérifier la dilatation complète afin d'encourager ou décourager les efforts d'expulsion spontanés maternelle
- Apres une rupture spontanée des membranes si une procidence du cordon est suspectée ou possible

- Pour vérifier s'il n'y a pas de procidence du cordon lorsque les décélérations du cœur fœtal ne s'améliorent pas avec les manœuvres habituelles.

Quand ne devez-vous pas faire d'examen vaginal?

- Lorsqu'il y a saignement vaginal actif. Un examen vaginal peut déloger un placenta en basse position, augmentant ainsi le risque d'hémorragie et de décès.
- Lorsque la poche des eaux est rompue et il n'y a pas de contractions. Lorsque les membranes sont rompues avant le début du travail, l'examen vaginal peut introduire l'infection et mettre en danger le pronostic vital de la mère et de l'enfant.
- Un examen vaginal n'est pas très confortable et peut être une cause d'infection chez la femme. Il est important de le faire seulement lorsque c'est nécessaire et seulement lorsque vous savez pourquoi vous le faites.

A chaque toucher vaginal, noter les informations suivantes :

- Couleur du liquide amniotique;
- Dilatation du col;
- Etat du col;
- Application du col sur la présentation;
- Descente (également mesurable au moyen d'un palper abdominal).

Il convient de faire un toucher vaginal au moins toutes les 4 heures au premier stade du travail et après la rupture des membranes. Reporter les résultats sur un partogramme. Si le col n'est pas dilaté lors du premier examen, il risque d'être impossible d'établir un diagnostic de travail. Si les contractions persistent, réexaminer la patiente 4 h plus tard et rechercher des modifications au niveau du col. A ce moment-là, s'il y a eu effacement et dilatation du col, la patiente est en travail; s'il n'y a pas de modification, diagnostiquer un faux travail.

Au deuxième stade du travail, faire un toucher vaginal toutes les heures si nécessaire.

- Se préparer.
- Préparer l'équipement nécessaire.
- Dire à la femme et à la personne qui l'accompagne ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.
- Ecouter ce que disent la femme et la personne qui l'accompagne.

Examen de la vulve

1. Se mettre un tablier propre en plastique ou en caoutchouc.
2. Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec (ou les laisser sécher à l'air libre).
3. Se mettre de nouveaux gants d'examen ou des gants désinfectés à haut niveau aux deux mains.
4. Demander à la femme de fléchir ses genoux et de séparer ses jambes.
5. Observer la vulve et la présence de:
    - Sang
    - Glaire
    - Liquide amniotique (si présent, couleur et odeur)
    - Autres sécrétions
    - Condylomes ou tissus chéloïdes qui pourraient interférer avec l'accouchement.

6. Nettoyer la vulve avec une main gantée (pas la main d'examen) en utilisant une solution antiseptique.

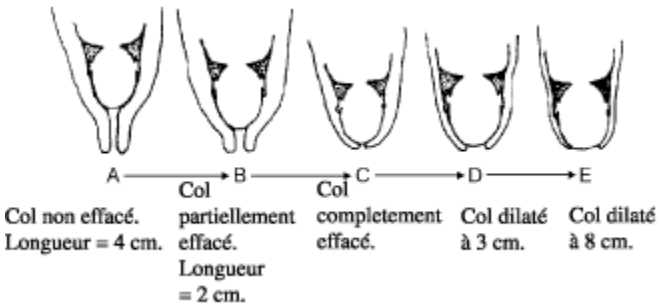
Examen du vagin

1. Tremper l'index et le majeur de la main d'examen gantée dans un lubrifiant antiseptique.
2. Utiliser le pouce et l'index de l'autre main pour séparer les lèvres.
3. Introduire doucement les deux doigts lubrifiés de la main d'examen vers le bas et en arrière dans le vagin.
4. Diriger les doigts le long de la paroi antérieure du vagin et constater:
   - La température et l'humidité vaginales (le vagin devrait être chaud et humide)
   - La texture vaginale (devrait être molle et apte à être distendue).

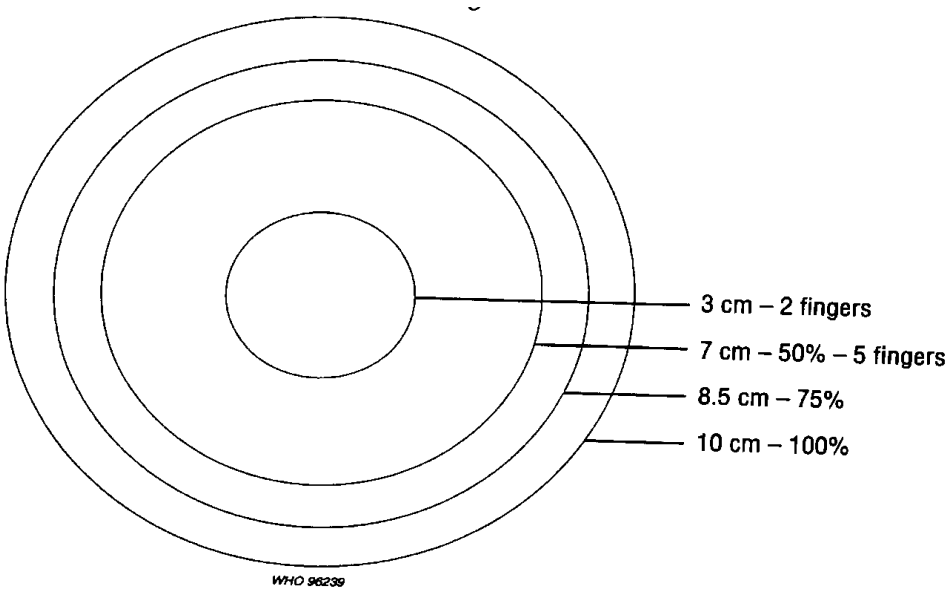
Examen du col utérin

1. Lorsque les doigts d'examen atteignent le fond du vagin, tourner la pulpe des doigts vers le haut pour venir en contact avec le col utérin.
2. Palper les culs de sacs et sentir la proximité de la partie présentant du fœtus avec les doigts.
3. Faire parcourir les doigts doucement d'un côté à l'autre pour situer l'orifice du col utérin:
   - Normalement, le col se situe au centre mais parfois, au début du travail, il se peut qu'il se situe très postérieurement.
4. Constater la longueur du col utérin:
   - Un col long, fortement fermé indique que le travail n'a pas encore commencé.
5. Sentir la consistance du col utérin:
   - Il faudrait qu'il soit souple et élastique et en contact étroit avec la partie présentant.
   - Un col œdémateux pourrait indiquer qu'il y ait des problèmes avec le travail.
6. Mesurer la dilatation de l'orifice du col utérin en estimant la distance, en centimètres, entre les deux doigts d'examen:
   - 0 cm est égal à un orifice du col externe fermé
   - 10 cm est égal à une dilatation complète

Effacement et dilatation du col



Dilatation du col

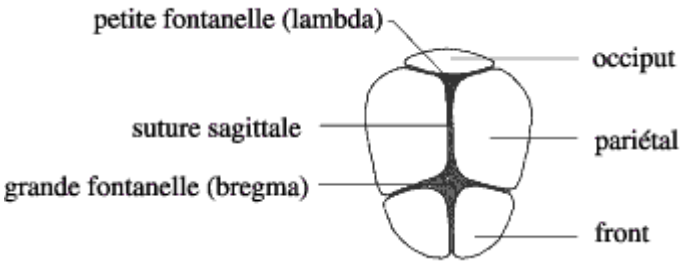


7. Sentir la poche des eaux:
   - On peut sentir les membranes intactes à travers l'orifice du col dilaté.
   - Si les membranes se sont rompues, s'assurer qu'il n'y a pas de procidence du cordon.
   - Déterminer la présentation.

La présentation la plus courante est le sommet de la tête fœtale. Pour toute présentation autre que le sommet, se reporter au tableau.

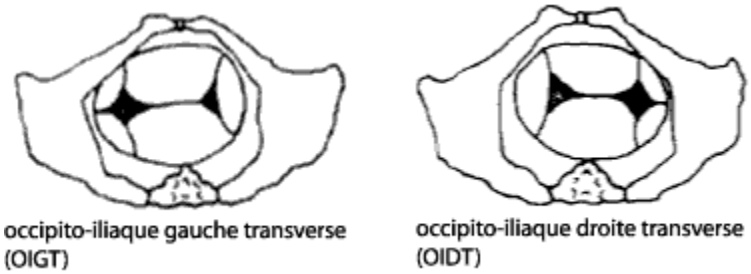
Pour la présentation du sommet, utiliser les repères du crâne fœtal pour déterminer la position de la tête.

Repères du crâne fœtal



Déterminer la position de la tête fœtale ; normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien (axe antéro-postérieur) du bassin maternel.

Positions occipito-iliaques transverses

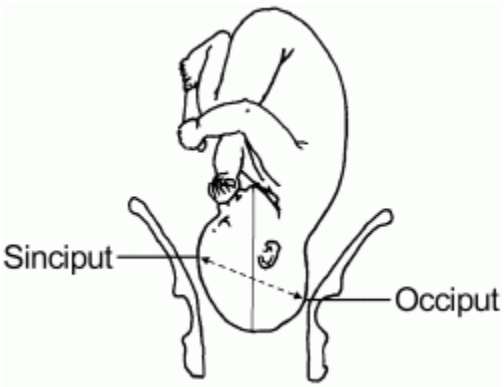


La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel. En l'absence de rotation d'une position transverse à une position occipitale antérieure, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure.

Positions occipitales antérieures

La présentation normale a une caractéristique supplémentaire : c'est un sommet bien fléchi, position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma).

Sommet bien fléchi



Si la tête fœtale est bien fléchie, en position occipitale antérieure ou transverse (au début du travail), procéder à l'accouchement.

Si la tête fœtale n'est pas en position occipitale antérieure, déterminer la position et procéder comme il convient.

Pour une présentation non céphalique ou si la tête n'est pas bien fléchie, déterminer la présentation et procéder comme il convient.

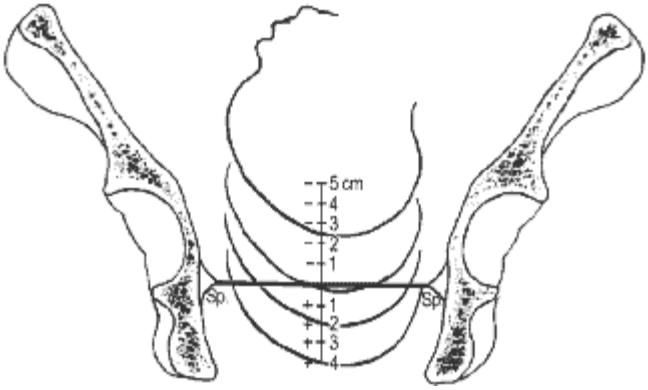
Identifier la présentation

8. Identifier la présentation :
   - Dans les présentations du sommet (96% des cas), on sent les os durs de la voûte crânienne.
9. Déterminer la position en sentant les caractéristiques de la partie présentant :
   - Constater l'inclinaison de la suture sagittale qui se trouve le plus fréquemment dans le diamètre oblique droit ou gauche du bassin.
10. Suivre la suture sagittale avec le doigt jusqu'à ce qu'on arrive à une fontanelle.
    - Au toucher, la fontanelle postérieure va être petite et de forme triangulaire.
    - Au toucher, la fontanelle antérieure va être plus grande et avoir la forme d'un diamant.
    - La situation des fontanelles va fournir des informations sur la situation de l'occiput par rapport au bassin.
11. Si nécessaire, procéder à un toucher vaginal pour estimer la descente du mobile fœtal en appréciant la hauteur de la présentation par rapport aux épines sciatiques du bassin maternel.

Note : Lorsqu'il y a une grosse bosse séro-sanguine ou un degré important de modelage de la tête, il est plus utile d'estimer la descente de la tête fœtale par un palper abdominal en utilisant la méthode des cinquièmes de tête palpables que par un toucher vaginal.

Estimation de la descente de la tête fœtale par un toucher vaginal; le niveau 0 se trouve au niveau des épines sciatiques.

Estimation de la descente de la tête fœtale par un toucher vaginal; le niveau 0 se trouve au niveau des épines sciatiques



12. Evaluer l'importance du modelage de la tête : noter
    - Si les os du crâne sont apposés
    - S'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible
    - S'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible
13. Retirer doucement les doigts du vagin.
14. Immerger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%:
    - Retirer les gants en les tournant à l'envers.
    - Si l'on va jeter les gants, les placer dans un récipient étanche ou un sac en plastique.
    - Si l'on va réutiliser les gants, les immerger dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.

15. Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec (ou les laisser sécher à l'air libre).
16. Informer la femme des résultats et la réconforter.
17. Enregistrer tous les résultats de l'examen vaginal.

Le diagnostic du travail

Un diagnostic erroné du travail peut être une source d'anxiété et d'interventions inutiles

Le diagnostic du travail comprend:

- Evaluation de l'état de la femme
- Evaluation de l'état du fœtus
- Diagnostic et confirmation du travail
- Diagnostic du stade et de la phase du travail
- Evaluation de l'engagement et de la descente du fœtus
- Détermination de la présentation et de la position du fœtus
- Evaluation des contractions

Diagnostic et confirmation du travail

On peut présumer que le travail est commencé ou commencera sous peu si la patiente a:

- Des douleurs abdominales intermittentes après 22 semaines de grossesse;
- Des douleurs généralement associées à des pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (expulsion du bouchon muqueux);
- Des pertes vaginales aqueuses ou un écoulement d'eau soudain.

Le début du travail est confirmé s'il y a:

- Effacement du col : raccourcissement et amincissement progressifs du col; et
- Dilatation du col : élargissement du diamètre de l'orifice, en cm

Estimation du déroulement du travail

Une fois qu'on a diagnostiqué le travail, on peut évaluer son déroulement:

- En surveillant l'état de la femme et du fœtus pendant le travail
- En mesurant l'effacement et la dilatation progressifs du col pendant la phase de latence
- En mesurant le rythme de la dilatation du col et de la descente du mobile fœtal pendant la phase active
- En estimant la suite de la descente pendant le deuxième stade

Il convient de reporter le déroulement du premier stade du travail sur un partogramme une fois que la femme entre dans la phase active du travail.

2.4.2 Le déroulement du travail et la prise en charge

Le diagnostic précoce d'un travail prolongé vous permettra de faire des interventions opportunes qui sauveront la femme et le fœtus.

Premier stade du travail

Déroulement favorable du premier stade du travail

Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable du premier stade du travail:

- Contractions régulières de fréquence et de durée croissantes;
- Progression de la dilatation de 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci);
- Col bien appliqué sur la présentation.

Si le travail se déroule favorablement, continuer à surveiller le progrès du travail en se servant du partogramme.

Déroulement défavorable du premier stade du travail

Les éléments suivants indiquent un déroulement défavorable du premier stade du travail:

- Contractions irrégulières et peu fréquentes après la phase de latence; OU
- Progression de la dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation à droite de la ligne d'alerte); OU
- Col mal appliqué sur la présentation.

Note : Un déroulement défavorable du travail peut se traduire par un travail prolongé.

Si le travail se déroule défavorablement, suivre les protocoles pour la prise en charge.

Deuxième stade du travail

Déroulement favorable du deuxième stade du travail

Les éléments suivants indiquent un déroulement favorable du deuxième stade du travail:

- Descente constante du fœtus dans la filière génitale;
- Début de la phase d'expulsion (efforts de poussée).

Si le travail se déroule favorablement, effectuer l'accouchement.

Déroulement défavorable du deuxième stade du travail

Les éléments suivants indiquent un déroulement défavorable du deuxième stade du travail :

- Absence de descente du fœtus dans la filière génitale;
- Echec de l'expulsion à la fin de la phase finale (d'expulsion).

Si le travail se déroule défavorablement, suivre les protocoles pour la prise en charge.

Evolution de l'état du fœtus

Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 120 btts/min ou supérieur à 160 btts/min), penser à une souffrance fœtale.

Pendant le travail, les positions ou présentations autres que la présentation d'un sommet bien fléchi en position occipito-iliaque antérieure sont considérées comme des présentations et positions dystociques.

Si la progression du travail est apparemment défavorable ou si le travail est prolongé, traiter la cause du retard.

Evolution de l'état de la future mère

Examiner la patiente et rechercher des signes de détresse:

- Si son pouls s'accélère, c'est peut-être qu'elle est déshydratée ou qu'elle souffre. Veiller à bien l'hydrater par voie orale ou intraveineuse et à lui donner l'analgésie nécessaire.
- Si sa tension artérielle baisse, penser à une hémorragie.
- Si elle a de l'acétone dans les urines, envisager la possibilité qu'elle soit en hypoglycémie et lui injecter une solution intraveineuse de dextrose.

Auxiliaire de travail—Résultats normaux pendant le travail de l'accouchement

Evaluation : travail normal

Paramètre	Résultats normaux
Aspect général	▪ Une femme enceinte normale, en bonne santé et bien nourrie est heureuse ▪ La femme ressent de la fatigue mais a assez d'énergie pour faire le travail de l'accouchement ▪ La femme se sent bien, a une bonne apparence et n'a pas d'abcès ou de plaies de la peau. ▪ La femme n'a pas de handicaps physiques
Température	▪ Température <37.5°C ▪ Pas de signes/symptômes d'infection ▪ A cause des changements de métabolisme pendant le travail de l'accouchement, la température pourrait augmenter de 1 à 2°C
TA	▪ TA Systolique entre 90 et 140 entre les contractions ▪ TA Diastolique entre 60 et 90 entre les contractions ▪ La TA systolique et diastolique augmente pendant une contraction utérine
Pouls	▪ Pouls entre 60 et 90 btts/minute entre les contractions ▪ Le pouls augmente pendant une contraction utérine
Urine	A cause des changements de métabolisme pendant le travail de l'accouchement, la femme déversera des protéines dans son urine et c'est normal tant que cela ne dépasse pas 1+. Bien que la protéinurie soit le plus souvent associée à la pré-éclampsie et à l'éclampsie, l'urine d'une femme peut être avérée porteuse de protéine si la femme est gravement anémiée, à une maladie rénale ou une infection urinaire ou si l'urine a été contaminée par du sang (ou si elle a une schistosomiase), un écoulement vaginal, ou du liquide amniotique.
Réflexes	Le bas de la jambe bougera un peu dès que vous tapotez le tendon
Symptômes de l'anémie	▪ Chez une femme en bonne santé, la conjonctive, le lit de l'ongle, les gencives et paumes seront roses ▪ Le taux respiratoire à 16–24 respirations/minute ▪ La femme n'est pas essoufflée ▪ Le taux normal d'hémoglobine est : 10–12 g/dl (29-33%)

Paramètre	Résultats normaux
Risque opératoire	▪ Pas de cicatrices à l'abdomen et à l'utérus ▪ Si la femme est une multipare, elle a déjà accouché par voie basse ▪ Si la femme est une primipare, sa taille est supérieure à >150 cm
Présentation et position fœtale	▪ Présentation du sommet en position occipitale antérieure ▪ Un sommet bien fléchi, position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput (bregma)
Hauteur utérine	A partir de 20 semaines, le nombre de cm mesuré devrait être égale environ au nombre de semaines de gestation (±2 cm)
Cœur fœtal	▪ Entre 120 et 160 btts/minute ▪ Le cœur fœtal se ralenti pendant une contraction mais devrait reprendre rapidement après la fin de la contraction
Dilatation et effacement du col	▪ Le col est généralement complètement effacé quand il est dilaté à 3 cm ▪ Une dilatation lente s'effectue pendant la phase latente (dilatation du col inférieure à 4 cm) ▪ Le col se dilate rapidement pendant la phase active (dilatation du col comprise entre 4 et 9 cm) ▪ Le rythme de dilatation pendant la phase active est généralement de 1 cm/h au moins
Descente foetale	▪ Le début de la descente fœtale est généralement pendant la phase active du premier stade du travail ▪ La descente fœtale continue progressivement durant le du deuxième stade du travail ▪ Pendant la phase initiale (de non expulsion) du deuxième stade du travail le col est complètement dilaté (10 cm), on trouve la poursuite de la descente fœtale, mais la femme n'a pas de forte envie de pousser ▪ Pendant la phase finale (d'expulsion) du deuxième stade du travail, le col est complètement dilaté (10 cm), la présentation fœtale atteint le plancher pelvien, et la femme a une forte envie de pousser
Envie de pousser	La femme n'a généralement pas l'envie de pousser jusqu'à que la présentation fœtale atteigne le plancher pelvien (pendant la phase finale (d'expulsion) du deuxième stade du travail Dans des positions dystociques, comme les positions occipitales postérieures, la femme pourrait ressentir l'envie de pousser avant la dilatation complète ou même avant que la présentation fœtale atteigne le plancher pelvien
Contractions utérines	Au moins 3 contractions en 10 minutes, chacune durant au moins 40 secondes Les contractions sont régulières et sont accompagnées d'une dilatation progressive du col d'au moins 1 cm/h La fréquence et la durée des contractions augmentent progressivement
Modelage de la tête	▪ Une bonne application du col sur la présentation ▪ Un modelage de la tête du premier ou deuxième degré
Poche des eaux	▪ Les membranes peuvent se rompre à n'importe quel moment pendant le travail de l'accouchement ▪ Le liquide amniotique est clair ▪ Le bébé est né dans les 12 heures qui suivent la rupture de la poche des eaux
Région génitale	Normalement la peau dans cette zone est lisse et aucune plaie ou ganglion ne peut être sentie, pas d'excoriations cutanées, signes de grattage, pas de plaie, pas de saignement ou trace de sang.

2.5 Surveiller le travail à l'aide du partogramme

Selon l'OMS, environ un demi-million de femmes meurent chaque année des complications liées à la grossesse, dont plus de 80% ont lieu pendant le travail. Le partogramme permet un enregistrement graphique, méthodique et synthétique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus. Il sert de « système d'alarme précoce »

pour toute anomalie dans la progression du travail autorisant la mise en œuvre de mesures de prévention, de transfert de la patiente ou d'accélération ou de terminaison du travail. Il permet de réduire sensiblement le risque de dystocie, de souffrance fœtale, de rupture utérine et les risques ultérieurs d'hémorragie de la délivrance et de septicémie.

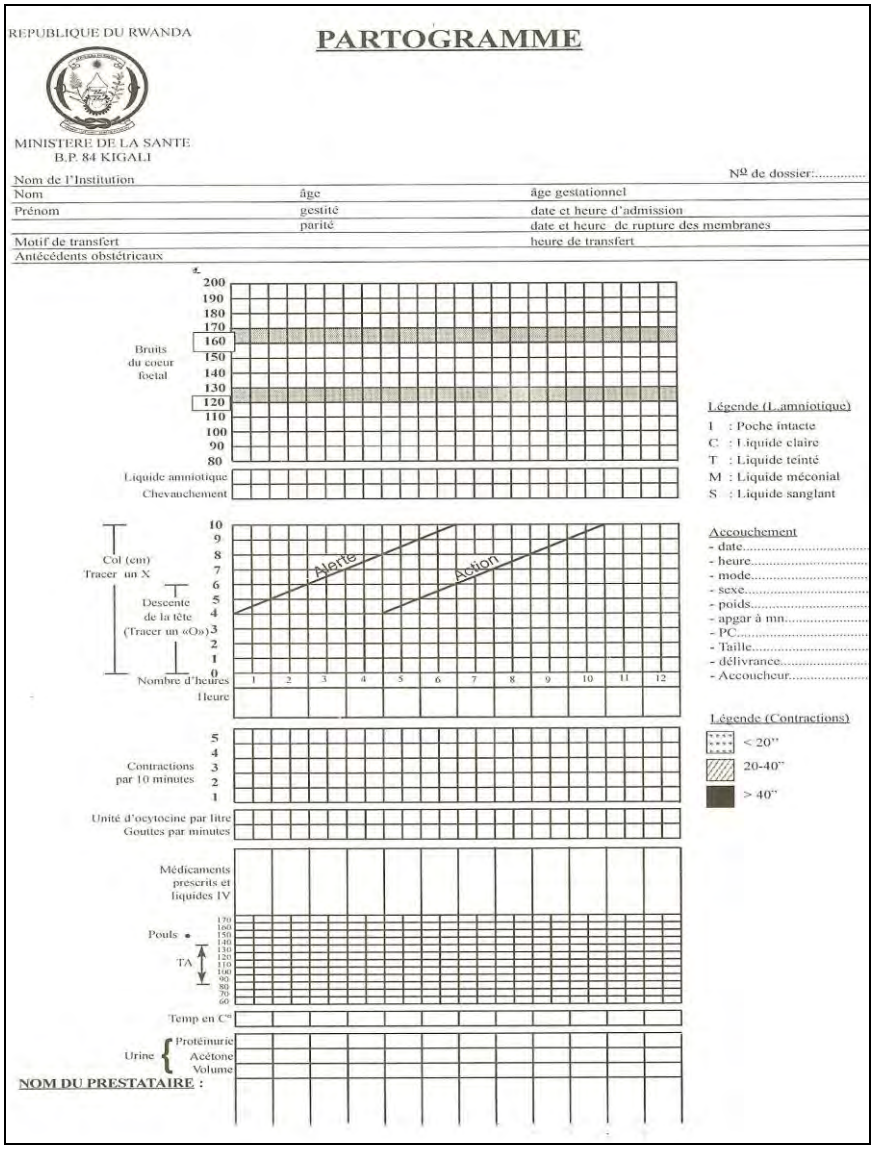
2.5.1 Surveiller l'évolution du travail

On apprécie l'évolution du travail en observant la femme; son apparence, son comportement, ses contractions et la descente de la présentation. La mesure la plus précise est la dilatation du col. Tout écart par rapport à un taux de dilatation normal défini arbitrairement devrait justifier un réexamen des plans de gestion du travail. Dans la méthode du partogramme de l'OMS, la ligne d'alerte est dépassée si la dilatation est inférieure à 1 cm par heure; si la femme se trouve dans un centre de santé, c'est là une raison de la transférer dans un hôpital. La ligne d'action est dépassée si l'évolution demeure trop lente pendant encore quatre heures.

Les éléments du partogramme

1. Information sur la patiente : nom, gestité, parité, numéro du dossier/hôpital, date et heure d'admission, et moment de rupture des membranes
2. Rythme cardiaque fœtal
3. Liquide amniotique
4. Modelage de la tête
5. Dilatation du col (en cm)
6. Descente de la tête
7. Ligne d'alerte
8. Ligne d'action
9. Nombre d'heures
10. Nombre de contractions (en 10 mn)
11. Ocytocine : U/L et gouttes/min
12. Médicaments et injections IV
13. Pulsation
14. TA
15. Température (°C)
16. Urine
17. Les données sur l'accouchement et le suivi du post partum

Partogramme


REPUBLIQUE DU RWANDA

MINISTERE DE LA SANTE
B.P. 84 KIGALI

PARTOGRAMME

Nº de dossier:.....

Nom de l'Institution
Nom | âge | âge gestationnel
Prénom | gestité | date et heure d'admission
parité | date et heure de rupture des membranes
Motif de transfert | heure de transfert
Antécédents obstétricaux

Bruits du coeur foetal: 200, 190, 180, 170, 160, 150, 140, 130, 120, 110, 100, 90, 80

Liquide amniotique
Chevauchement

Col (cm) Tracer un X: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0
Descente de la tête (Tracer un «O»)
Alerte
Action
Nombre d'heures: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Heure

Contractions par 10 minutes: 5, 4, 3, 2, 1

Unité d'oeytocine par litre
Gouttes par minutes

Médicaments prescrits et liquides IV

Pouls •
TA

Temp en C°

Urine: Protéinurie, Acétone, Volume

NOM DU PRESTATAIRE :

Légende (L.amniotique)
I : Poche intacte
C : Liquide claire
T : Liquide teinté
M : Liquide méconial
S : Liquide sanglant

Accouchement
- date.....
- heure.....
- mode.....
- sexe.....
- poids.....
- apgar à mn.....
- PC.....
- Taille.....
- délivrance.....
- Accoucheur.....

Légende (Contractions)
< 20"
20-40"
> 40"

Utilisation du partogramme

Le partogramme : il s'agit d'un outil qui peut servir à évaluer la progression du travail et à indiquer le moment où il faut intervenir. Des études ont montré qu'il pouvait être très utile pour réduire les complications d'un travail prolongé et pour améliorer la qualité de soins donnés aux femmes lors du travail et l'accouchement.

Le partogramme : outil pour l'estimation du déroulement du travail. Une fois qu'on a diagnostiqué le travail, on peut évaluer son déroulement :

- En mesurant l'état fœtal
- En mesurant le l'état maternel
- En suivant l'évolution du travail.

Le partogramme : outil d'aide à la communication et à la décision

- Aide à la communication : de nombreux professionnels interviennent en salle de naissance (sages-femmes, médecins obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmières, étudiants). Le partogramme, témoin fidèle et objectif de l'évolution du travail, est le support de transmission entre ces différents professionnels.

- Aide à la décision : la présentation visuelle des informations cliniques facilite l'analyse de la progression du travail, à tout moment et par tous les membres de l'équipe.

Le partogramme permet de vérifier la normalité du travail et de dépister de façon précoce toute anomalie. Le partogramme est un outil de conduite du travail, qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale.

Enfin, en cas d'accouchement dystocique, le partogramme permettra d'établir une conduite à tenir pour un accouchement ultérieur.

Le partogramme : document médico-légal

L'obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal, et le partogramme est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale.

Le partogramme : support de référence pour l'enseignement, la recherche clinique et l'évaluation des pratiques

- Support de référence pour l'enseignement : le partogramme est aussi un support d'enseignement pour les étudiants (médecins et sages-femmes).
- Support de recherche clinique : comme tout dossier médical, le partogramme est une source importante d'informations pour la recherche clinique.
- Support d'évaluation des pratiques professionnelles : le partogramme est un des reflets de la qualité de la prise en charge materno-fœtale.

Conclusion

Le partogramme est le témoignage écrit du déroulement de l'accouchement. Son intérêt est à la fois clinique, décisionnel, pédagogique et médico-légal. Les informations qu'il contient doivent donc être précises, claires et complètes. La bonne tenue du partogramme (comme celle du dossier du patient en général) est un indicateur performant de la qualité de la prise en charge materno-fœtale.

2.5.2 Le partogramme et son utilisation

Le partogramme de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 4 cm. Noter qu'il convient de le ramener à l'échelle réelle avant de l'utiliser. Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes:

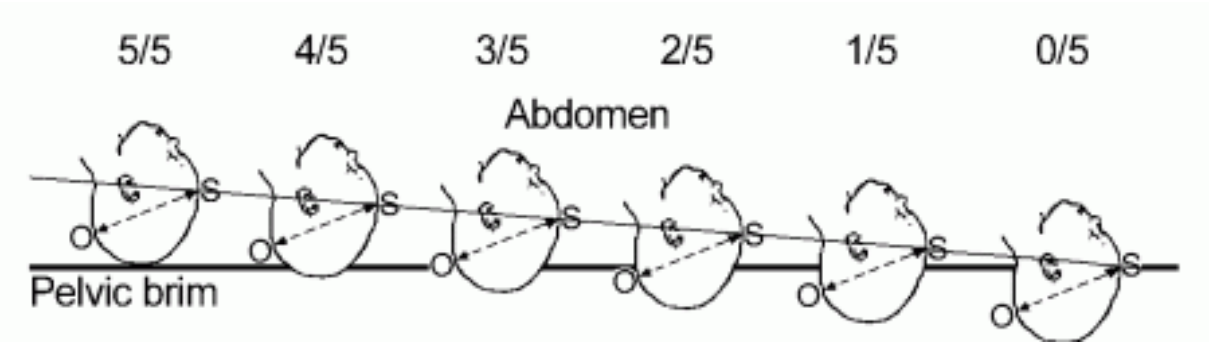
- Renseignements concernant la patiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes;
- Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures;
- Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal, inscrire en outre:
  - Un « I » si les membranes sont intactes,
  - Un « C » si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair,
  - Un « M » si le liquide amniotique est teinté de méconium,
  - Un « S » si le liquide amniotique est teinté de sang.

Modelage de la tête : noter

- « 1 » si les os du crâne sont apposés,
- « 2 » s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible,

- « 3 » s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible ;
- Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal et marquer d'une croix (×), commencer le tracé de la courbe à 4 cm;
- Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure;
- Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite;
- Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne; la marquer d'un cercle (❍) à chaque toucher vaginal; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne;

Descente évaluée à la palpation de l'abdomen



Bord du pelvis cavité/excavation pelvienne

5/5 : complètement au-dessus de la symphyse pubienne

4/5 : sinciput haut, occiput aisément palpable

3/5 : sinciput aisément palpable, occiput palpable

2/5 : sinciput palpable, occiput tout juste palpable

1/5 : sinciput palpable, occiput non palpable

0/5 : tête totalement impalpable

- Nombre d'heures : concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit);
- Heure : l'heure qu'il est;
- Nombre de contractions : toutes les heures pendant la phase de latence, et toutes les demi-heures pendant la phase active; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée (en secondes),
  - ▩ si elles durent moins de 20 secondes,
  - ▨ si elles durent entre 20 et 40 secondes,
  - ■ si elles durent plus de 40 secondes
- Ocytocine : en cas d'utilisation, noté toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute;
- Médicaments : noter tout apport médicamenteux;
- Pouls : toutes les 30 minutes et marquer d'un point (●);
- Tension artérielle : mesurer toutes les 4 h et indiquer avec des flèches;
- Température : toutes les 2 h;
- Urine : quantité de protéines, d'acétone et volume : noter à chaque miction.

2.5.3 Déroulement défavorable du travail sur le partogramme

Réaliser un examen complet de la mère et de l'enfant ainsi que l'évolution du travail

A la fin de l'examen, tirer une conclusion : dystocie dynamique (anomalies de CU), dystocie du col, bassin rétréci, disproportion fœto-pelvienne, présentation dystocique, obstacle prævia, souffrance fœtale.

Informer la parturiente et les parents des résultats de votre examen.

Prendre les dispositions pour référer:

- Mettre en place une perfusion de sérum salé isotonique ou de Ringer-lactate au cathéter G18
- Administrer des antibiotiques : Ampicilline 2g IV si la poche des eaux est rompue
- Informer les parents et la parturiente de la nécessité de référer
- Remplir la fiche de référence
- Référer la parturiente, munie de sa perfusion

Fiche technique 11 : utilisation du partogramme

Renseignements sur la parturiente : marquer le nom, la gestité, la parité, le nombre d'avortement, le nombre d'enfant vivant, l'intervalle intergénésique, la date et l'heure d'admission, la date et heure de début des contractions.

BCF : écouter et marquer à chaque examen après une contraction utérine. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF. Le rythme cardiaque fœtal normal se situe entre 120 et 160 battements/mn.

Contractions utérines : apprécier à chaque examen. Palper le nombre de CU en 5 minutes et mesurer leur durée en secondes.

Liquide amniotique (LA) : marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV :

I = membranes intactes

C = LA clair

M = LA méconial

S = LA sanguinolent

Dilatation du col : évaluer à chaque TV et marquer par une croix (X). Le TV doit être fait toutes les quatre (4) heures pendant la phase de latence et le premier stade du travail et après la rupture de membranes.

La phase de la latence est celle de la dilatation inférieure à 4 cm. Elle ne devrait normalement pas durer plus de 8 heures.

La phase active est celle de la dilatation de 4 à 10 cm, à un rythme qui devrait être au moins d'1 cm/heure.

La ligne d'alerte : commence à 4 cm et s'étend à un point situé à 10 cm, au rythme d'1 cm par heure.

La ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte et distante de 4 heures.

Lorsque l'admission dans la FOSA a eu lieu pendant la phase active, la dilatation à l'admission est immédiatement notée sur la ligne d'alerte.

Lorsque le travail est dans la phase de latence l'enregistrement se fait dans le dossier maternel.

Lorsque le travail passe de la phase de latence à la phase active, l'enregistrement de la dilatation sur le partogramme commence immédiatement sur la ligne d'alerte.

L'heure sera toujours marquée à gauche de la dilatation.

Si la progression est satisfaisante, toutes les croix représentant la dilatation du col seront situées sur la ligne d'alerte ou à gauche de cette ligne.

Engagement apprécie la descente : si la présentation est engagée (signes de Faraboeuf).

Médicaments administrés :

Ocytocine : en cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion. Préciser la quantité en gouttes par minutes (Cf. fiche technique).

Marquer tout autre médicament administré.

TA, Température, Pouls : prendre à chaque examen et marquer.

2.6 Bonnes pratiques de soins pendant l'accouchement

Introduction

De nombreuses complications entraînant des décès maternels et néonatals peuvent être évitées grâce à l'accouchement propre et sans risque. Les complications peuvent être évitées grâce à des mesures appropriées pendant l'accouchement normal, et toute complication survenant peut être rapidement reconnue et gérée. Les prestataires compétents évitent les interventions médicales superflues qui aggravent les risques pour la mère et le fœtus.

2.6.1 L'accouchement normal

Processus physiologique aboutissant à la naissance dans les 12 heures (en moyenne) d'un enfant sain, à terme (fin de la 37ème - début de la 42ème semaine) sans altération de l'état de santé de la mère.

Prévention des infections

Pendant le travail et l'accouchement, une part importante de votre travail consiste à protéger la femme et le nouveau-né de l'infection résultant d'un environnement contaminé : instruments, vêtements, périnée, mains, qui n'ont pas été convenablement nettoyés. Il est cependant tout aussi important que vous vous protégiez vous-mêmes de toute exposition pouvant entraîner l'infection.

Précautions pour se protéger de l'infection

Les précautions suivantes contribueront à réduire votre exposition au sang et aux autres liquides corporels pendant le travail et l'accouchement et aussi à vous protéger de l'infection.

1. Se laver les mains
2. Mettre des vêtements de protection
   - Gants chirurgicaux:
   - Masques
   - Blouses et tabliers imperméables
   - Bonnets
   - Protège œil/visière faciale (lunettes)

3. Porter le type de gants appropriés
   - Mettre des gants chirurgicaux stériles / désinfectés à haut niveau (DHN)
   - Mettre des gants d'examen propres
   - Mettre des gants de travail (gants de cuisine en caoutchouc) propres
4. Prévenir les éclaboussures de sang ou de liquide amniotique.
   - Eviter de laisser les gants claquer lorsque vous les enlevez.
   - Maintenir les instruments et autres articles sous la surface de l'eau lorsque vous les frottez et nettoyez, afin d'éviter les éclaboussements.
   - Mettre les objets dans le seau de décontamination sans faire éclabousser la solution.
   - Se tenir de côté lorsque vous déchirez des membranes pour éviter que le liquide amniotique ne vous éclabousse directement.

Avertissement : si du sang ou des liquides corporels entrent dans votre bouche ou touchent votre peau, lavez la partie concernée abondamment avec de l'eau et du savon aussitôt que possible et dès que les conditions de sécurité pour la femme et le bébé sont remplies. Si le sang ou les liquides corporels atteignent vos yeux, il faut les irriguer abondamment avec de l'eau.

5. Prévenir les piqûres d'aiguilles
6. Manipuler le placenta soigneusement
   - Toujours porter des gants en manipulant un placenta.
   - Garder le placenta dans un sac plastique ou autre récipient jusqu'à ce qu'il puisse être traité par incinération ou enfouissement. Le placenta ne doit pas être jeté dans une rivière ou dans une décharge ouverte.

Planifier les soins pendant le premier stade de l'accouchement

Accompagnement pendant le travail et l'accouchement

Si la patiente est anxieuse ou effrayée ou si elle souffre pendant le travail:

- La féliciter, l'encourager et la rassurer;
- Lui expliquer le processus du travail et la tenir au courant du déroulement des événements;
- L'écouter et être attentif à ce qu'elle ressent ;
- Encourager la future mère à se faire accompagner par une personne de son choix qui lui apportera un soutien personnel tout au long du travail et de l'accouchement ;
  - Encourager l'accompagnant qu'elle a choisi pour son accouchement à la soutenir;
  - Faire le nécessaire pour que l'accompagnant puisse s'asseoir auprès d'elle;
  - Encourager l'accompagnant à lui apporter un soutien adapté pendant le travail et l'accouchement (à lui masser le dos, lui essuyer le front avec un gant humide, l'aider à se déplacer).

Veiller à ce que la communication passe bien avec le personnel et à ce que celui-ci apporte un soutien satisfaisant à la patiente : explication sur le progrès du travail, encouragement, demander la permission et discuter des résultats avec la femme et sa famille, respect de sa volonté, intimité et confidentialité.

Veiller à l'hygiène de la patiente et de son environnement:

- L'encourager à se laver, à prendre un bain ou une douche au début du travail;
- Laver les régions de la vulve et du périnée avant chaque examen;
- Se laver les mains au savon avant et après chaque examen;

- Veiller à la propreté du/des lieux(x) prévu(s) pour le travail et l'accouchement;
- Nettoyer immédiatement toute projection ou tout écoulement de liquide.

Veiller à sa mobilité:

- L'encourager à se déplacer librement;
- Approuver la position qu'elle a choisie pour accoucher.

L'encourager à vider sa vessie régulièrement : uriner au moins toutes les 2 heures ou plus fréquemment si possible (risque d'entraver la descente fœtale, entraînant ainsi l'obstruction du travail, d'atonie utérine, de gêner la descente des épaules, d'entraîner l'hypotonicité de la vessie en post-partum).

Une femme en travail devrait au moins uriner toutes les 2 heures. Une vessie pleine ralentira la descente fœtale et rendra la femme inconfortable. Aussi, lorsqu'une femme urine fréquemment, vous pouvez éviter le sondage vésical; celui-ci augmente le risque de contracter une infection.

Note : Ne pas donner systématiquement un lavement aux femmes en travail.

L'encourager à boire et manger à sa convenance.

Lui enseigner les techniques respiratoires pour le travail et l'accouchement. L'encourager à expirer plus lentement qu'à l'accoutumée et à se détendre à chaque expiration.

Si la douleur est très pénible:

- Suggérer à la patiente de changer de position (Figure 9.1);
- L'encourager à ne pas rester immobile;
- Encourager son accompagnant à lui masser le dos ou à lui tenir la main et à lui éponger le visage entre les contractions;
- L'encourager à mettre les techniques respiratoires en application;
- L'encourager à prendre un bain ou une douche chaud(e);

Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant le travail

Appui—Encourager le soutien par une personne de compagnie choisie par la parturiente, et mettre un siège à côté de la femme pour la compagne ou le compagnon. Préparer-le ou -la à donner un soutien convenable à la femme pendant le travail et l'accouchement.

Discuter avec le compagnon ou la compagne de ce qu'il/elle devra faire:

- Toujours rester aux côtés de la femme
- L'encourager
- L'aider à respirer et se détendre
- Lui frictionner le dos, lui éponger le front avec un tissu mouillé, faire d'autres actes de soutien
- L'encourager à bouger librement
- Lui permettre de manger modérément ce qu'elle a envie de manger sans la forcer à manger, et l'encourager à boire des liquides

- L'encourager à uriner au moins toutes les 2 heures
- Au besoin, l'aider dans la salle de bain

Demander au compagnon d'appeler à l'aide si:

- Il y a saignement vaginal
- La parturiente ressent soudain une douleur beaucoup plus vive
- La parturiente perd conscience ou à des crises
- Il y a un quelconque problème
- La parturiente éprouve le besoin soudain de pousser
- Ils ont des questions ou des soucis

Dites à l'accompagnant(e) qu'il/elle ne devrait PAS:

- L'encourager à pousser
- Employer des pratiques qui dérangent la femme
- La garder au lit si elle veut bouger
- Donner les médicaments indigènes

NB : La parturiente ne peut pas accoucher dans le centre de santé dans certaines conditions (référer):

- Age <16 ans
- Parité > 6
- Utérus trop gros
- Hémorragie vaginale
- L'enfant ne bouge pas
- Position transversale
- Position siège
- Antécédent de césarienne
- Le liquide amniotique méconial:
  - Dans ce cas, informer la parturiente et ses parents, leur expliquer pourquoi il faut référer et les aider pour la référence
  - Avertir le centre de référence
  - Chercher un moyen de transport
  - Référer à l'hôpital de district le plus proche

Routines nuisibles lors du travail d'accouchement

Utilisation de lavement : désagréable, peut endommager les intestins, ne change pas la durée du travail, incidence d'infection néonatale ou infection de la plaie périnatale

Rasage de la pilosité pubienne : désagréable quand les poils repoussent, ne réduit pas l'infection, peut augmenter la transmission du VIH et de l'hépatite

Lavage de l'utérus après l'accouchement : peut être cause d'infection, traumatisme mécanique ou choc

Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement

Pratiques inadéquates :

- Examen rectal : incidence analogue de l'infection puerpérale, désagréable pour la femme

- Utilisation routinière de la pelvimétrie par radiographie : augmente l'incidence de la leucémie infantile
- Limiter les aliments et les liquides pendant le travail
- Perfusion intraveineuse routinière pendant le travail
- Examens vaginaux répétés ou fréquents, surtout par plusieurs prestataires
- Déplacer la femme en travail à une pièce différente dès le début du second stade

Adhésion rigide à une durée stipulée du deuxième stade du travail (par exemple, 1 heure) en cas de bonnes conditions maternelles et fœtales et si le travail évolue favorablement

Utilisation ample ou régulière de l'épisiotomie. Risques : grave traumatisme vaginal/périnéal, sutures nécessaires, traumatisme périnéal postérieur/antérieur, douleur périnéale, dyspareunie, incontinence urinaire, difficultés à guérir, infection périnéale.

En plus du jugement du prestataire, l'épisiotomie est indiquée dans ces conditions : accouchement avec assistance (forceps ou ventouse obstétricale), accouchement à pré terme, accouchement par le siège, macrosomie prévue, déchirures imminentes présumées (menace de déchirure du 3e degré ou antécédents de déchirures du 3e degré lors d'un accouchement précédent)

Utilisation ample ou régulière de l'amniotomie

Sondage de la vessie

Position :

- Utilisation routinière de la position couchée sur le dos pendant le travail
- Utilisation routinière de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail

Interventions nuisibles

- Administration d'ocytocine à n'importe quel moment avant l'accouchement de telle sorte qu'on ne peut pas contrôler l'effet pendant le deuxième stade du travail
- Masser et étirer le périnée lors du second stade du travail (aucune preuve à l'appui)
- Masser et étirer le périnée lors du second stade du travail (aucune preuve à l'appui)
- Pression sur l'utérus pendant le travail

2.6.2 Réaliser un accouchement propre et sûr

La fourniture de soins de soutien à la femme au cours du 2ème stade peut prévenir certains accouchements par césarienne ou instrumentaux.

Le deuxième stade du travail commence lorsque la dilatation du col est complète, et se termine avec la sortie du bébé. Les signes qui indiquent que le 2ème stade approche sont notamment:

- La femme veut pousser
- Le périnée est bombé
- La femme a envie d'aller à la selle
- L'orifice vulvo-vaginal et le sphincter anal sont dilatés
- La quantité de liquide amniotique augmente.

La confirmation du 2ème stade se fait en effectuant un toucher vaginal pour vérifier que vous ne pouvez plus sentir le col et qu'il est par conséquent complètement dilaté.

Une fois que le diagnostic du 2ème stade est fait, procéder aux préparatifs pour l'accouchement. On devrait permettre aux femmes de suivre leur envie naturelle de pousser. Permettre aussi les poussées non dirigées.

Equipements

- Deux pinces de Kocher
- 1 Paire de ciseaux
- Eau
- Savon
- Solution de décontamination
- Fils pour ligature du cordon
- 2 récipients pour la décontamination
- 1 récipient pour le linge souillé
- Bols et tampons d'ouate et antiseptique
- Serviettes / tissu très propre
- Compresses
- Montre ou horloge
- Stéthoscope
- Stéthoscope obstétrical
- Plateau de délivrance
- Thermomètre
- Gants stériles / DHN
- Ocytocine 10 UI
- Bassin de lit
- Le nécessaire pour la suture
- Une montre
- Seringues de 5 ml
- Boite à instruments tranchants
- Tensiomètre
- Equipement de réanimation du nouveau-né
- Dispositif d'aspiration mécanique et cathéter 12F ou extracteur de mucus (dispositif d'aspiration DeLee)
- Equipement de protection personnel (bonnet, lunettes, masque, tablier de protection et bottes/sabots, serviette)
- Deux masques pour nouveau-né (un pour nouveau-né normal et un pour nouveau-né de petite taille)
- Des serviettes tièdes et une couverture
- Ambu bag (sac autogonflant; taille adapté au nouveau-né)

La surveillance pendant le deuxième stade

Pendant le deuxième stade, surveiller les paramètres suivants ainsi qu'ils apparaissent dans le tableau:

Paramètre	Deuxième stade
Réaction psychologique	Continuellement
Tension artérielle	Toutes les 15 min
Vérifier les indicateurs vitaux: ▪ Respiration ▪ Température ▪ Pouls	 Toutes les 30 min 1 fois par heure Toutes les 15 min
Toucher vaginal	Toutes les heures mais selon le jugement du prestataire
Vérifier le bien-être du bébé: Rythme cardiaque fœtal	 Après chaque contraction
Vérifier l'évolution du travail: ▪ Etat de la poche des eaux ▪ Couleur du liquide amniotique ▪ Descente de la tête ▪ Contractions utérines ▪ Envie de pousser	 Continuellement Continuellement Après chaque contraction Toutes les 15 min Pendant chaque contraction
Vérifier l'hydratation	1 fois par heure
Vérifier la vessie	1 fois par heure

Préparation de la femme/famille

S'assurer d'une bonne hygiène pour prévenir l'infection

Les principes de propreté à l'accouchement sont:

- Mains propres : vos mains doivent être lavées avec du savon et de l'eau.
- Périnée propre : le périnée de la femme en travail doit aussi être lavé avec de l'eau et du savon.
- Ne rien introduire dans le vagin qui ne soit propre
- Aire d'accouchement propre : l'endroit où le bébé est délivré doit être propre.
- Propreté lors de la section et des soins du cordon ombilical et dans le soin au cordon : les instruments, la gaze et les ligatures servant à la section du cordon doivent être stérilisés/ DHN.
- Nettoyer les organes génitaux de la femme avec du savon et de l'eau ou un liquide antiseptique si possible (ex. Savlon ou Bétadine). Rincer en descendant de la vulve vers le sphincter anal.
- Eviter d'introduire de la matière fécale dans le vagin.

Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant l'accouchement

Préparer l'accompagnant(e)

Préparer la salle d'accouchement

Veiller à un éclairage convenable

Veiller à une bonne hygiène

Vérifier que tous les équipements nécessaires sont prêts

S'assurer que les équipements de base de réanimation de nouveau-né sont disponibles et en état de fonctionner bien avant tout accouchement.

Rompre les membranes (amniotomie)

Au besoin, effectuer une amniotomie lors des contractions, si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- La poche amniotique n'est pas rompue, et
- Le col est entièrement dilaté, et
- La tête fœtale est bien engagée.

Soins de la femme pendant le 2ème stade

- Soutenir la femme
- Soutenir les efforts expulsifs de la femme

Ne jamais appliquer de pression sur le fond utérin pour assister la sortie du bébé, ceci peut provoquer une rupture utérine, le décollement prématuré du placenta, et un traumatisme crânien fœtal.

Maintenir l'intégrité du périnée

Avant la sortie de la tête:

Assurez-vous que la vessie de la femme est vide, tandis qu'elle pousse et se rapproche de l'expulsion. Aidez-la à la vider si elle en éprouve le besoin.

Sortie de la tête

Lorsque la tête est sur le point de sortir, aider la femme à se mettre dans la position d'accouchement qu'elle préfère :

- Semi-assise
- Sur les mains et les genoux
- Accroupie
- Couchée sur le flanc gauche (veiller à ce que quelqu'un maintienne sa jambe soulevée)
- L'épisiotomie de routine n'est pas recommandée.
- Prévenir les déchirures dans la zone de l'orifice vaginal.

Si le bébé arrive très rapidement, dites à la femme d'arrêter de pousser avec une contraction et de souffler. Pour éviter de pousser, la femme devrait pousser des souffles courts, rapides et forts. Conseillez-la en disant « souffle–souffle–souffle, ne pousse pas, souffle–souffle–souffle, ne pousse pas ». Quand la contraction est terminée, dites-lui d'exercer une petite poussée. Chaque fois, un peu plus de la tête va sortir.

Si le bébé sort lentement, elle devrait pousser avec chaque contraction.

Sortie contrôlée de la tête

Pour contrôler la sortie de la tête, placer les doigts d'une main sur la tête du bébé pour la maintenir fléchie.

Protection du périnée

Lorsque vous voyez la tête sortir, soutenez le périnée avec votre main droite sous un tissu et votre main gauche sur la tête du bébé (si vous êtes droitier). Laisser la tête sortir progressivement dans votre main gauche grâce à une pression faible mais non restrictive. Soutenir doucement le périnée pendant que la tête du bébé est en train de sortir.

Travailler avec la femme

Les bons gestes manuels et les bonnes techniques ne remplacent pas la bonne communication.

Une fois que la tête du bébé est sortie, dites à la femme de ne pas pousser.

Essuyer doucement le visage, le nez, et la bouche du bébé.

Aspirer les mucosités dans la bouche et le nez de l'enfant.

Passer la main autour de son cou pour chercher le cordon ombilical:

- Si le cordon est enroulé autour du cou mais lâche, le faire glisser par-dessus la tête du bébé;
- S'il est enroulé étroitement autour du cou de l'enfant, le clamper en deux endroits et le couper avant de le dérouler.

Dégagement des épaules et du corps

Laisser la rotation de la tête se faire spontanément.

Ensuite, poser une main de chaque côté de la tête de l'enfant et demander à la patiente de pousser calmement à la contraction suivante.

Réduire le risque de déchirure en ne dégageant qu'une épaule à la fois. Ramener la tête de l'enfant vers l'arrière pour dégager l'épaule antérieure (Schéma 1).

Pour délivrer l'épaule postérieure, déplacer doucement la tête du bébé vers le ventre de la mère (Schéma 2).

Ne pas plier le cou du bébé et ne pas tirer sur la tête du bébé.

Après que les épaules soient sorties, habituellement le reste du corps glisse facilement pour sortir.

Soutenir le reste du corps de l'enfant d'une main pendant qu'il se dégage (Schéma 3).

Poser l'enfant sur le ventre de sa mère. Le sécher soigneusement, lui essuyer les yeux et apprécier sa respiration (Schéma 4).

Figure 2-16. Pulling Gently Downward to Deliver the Anterior Shoulder during Normal Vaginal Birth

Schéma 1

Figure 2-17. Pulling Gently Upward to Deliver the Posterior Shoulder during Normal Vaginal Birth

Schéma 2

Figure 2-18. Supporting the Baby during Normal Vaginal Birth

Schéma 3

Schéma 4

Note : La plupart des bébés commencent à crier ou à respirer spontanément dans les 30 secondes qui suivent la naissance.

- Si le bébé crie ou respire (sa poitrine se soulève au moins 30 fois par minute), le laisser avec sa mère.
- Si le bébé ne commence pas à respirer dans les 30 secondes, APPELER A L'AIDE et prendre les mesures qui s'imposent pour le réanimer.

Anticiper le besoin de réanimation et s'organiser pour pouvoir obtenir de l'aide pour toutes les naissances, et plus particulièrement en cas d'éclampsie, d'hémorragie, de travail prolongé, d'accouchement prématuré ou de contexte infectieux.

Clamper le cordon ombilical et le sectionner.

Veiller à ce que le bébé soit au chaud. L'installer sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. L'envelopper dans un linge doux et sec puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit bien couverte pour éviter qu'il ne se refroidisse.

Si la mère ne se sent pas bien, demander à un/une aide de s'occuper de l'enfant.

Palper l'abdomen pour écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant et poursuivre en prenant activement en charge le troisième stade du travail.

Aider la nouvelle mère à allaiter lorsque le bébé montrera des signes qu'il est prêt à téter. La première tétée a lieu normalement pendant la première heure de vie.

2.6.3 Prise en charge active du 3ème stade du travail

La délivrance du placenta le plus tôt possible après l'accouchement prévient la perte de sang. La prise en charge active du 3ème stade du travail permet une délivrance plus rapide du placenta, un troisième stade plus court, et diminue la perte de sang. Il a été démontré que la prise en charge active du 3ème stade du travail réduisait l'incidence de l'hémorragie du post-partum.

Surveillance pendant le 3ème stade

Dans la plupart des cas, le 3ème stade ne dure pas plus de 15 minutes et n'exige pas de surveillance spéciale. Une surveillance spéciale est nécessaire lorsque le 3ème stade dure plus de 15 minutes

Paramètre	3ème stade
Réaction psychologique	Continuellement
Evaluer la perte de sang	A la fin du 3ème stade
Vérifier les signes vitaux: - TA - Pouls	Toutes les 15 minutes
Surveiller le saignement vaginal et s'assurer que l'utérus est bien rétracté	Continuellement
Vérifier la température et la respiration	Une fois pendant le 3ème stade
Vérifier la vessie et aider la femme à uriner si elle est pleine	Une fois pendant le 3ème stade
Voir s'il y a déchirures ou hématomes	Une fois pendant le 3ème stade
Examiner le placenta	Une fois pendant le 3ème stade
Vérifier l'hydratation	Une fois pendant le 3ème stade
Vérifier et surveiller l'allaitement	Une fois pendant le 3ème stade

Gestion sans risque de toutes les femmes dans le 3ème stade

Surveillance constante de la femme pendant tout le 3ème stade et vigilance pour détecter tout flot de sang provenant du vagin.

Massage de l'utérus après délivrance du placenta.

Recommander l'allaitement au sein exclusif pour stimuler les contractions utérines.

S'assurer que la vessie est vide.

Prise en charge active du 3ème 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 de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un autre/d'autres fœtus
- Exercer une traction mesurée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus
- Masser l'utérus.

Ocytocine

Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour s'assurer de l'absence d'un autre/d'autres fœtus et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.

On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait son 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 donner 600 mcg de Misoprostol® par voie orale.

S'assurer qu'il n'y a pas d'autre fœtus avant d'injecter ces médicaments.

Ne pas donner d'ergométrine aux femmes atteintes de pré éclampsie, d'éclampsie, d'hypertension artérielle, ou d'hémoglobinopathies (drépanocytose) 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. 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 pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et 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 min).

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 du 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.
- A la contraction suivante, renouveler la traction mesurée sur le cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus-pubienne.

Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine après quatre (4) essais d'une traction mesurée, redouter un placenta accreta et préparer la patiente pour une intervention chirurgicale.

Si le cordon a été préalablement rompu, demander à la femme de s'accroupir et faire expulser le placenta. Si le placenta n'est pas délivré après cette intervention, introduire une main dans la cavité utérine et procéder à la délivrance artificielle.

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 du col avec des gants désinfectés 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.

En cas d'inversion utérine, repositionner immédiatement l'utérus.

Si le cordon est arraché, il peut être nécessaire de procéder à une délivrance artificielle.

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 2 premières heures.

S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.

Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.

Aider la femme à allaiter au sein. L'ocytocine produite avec l'allaitement permet à l'utérus de rester contracté. Si la femme ne peut pas allaiter, recommander la stimulation manuelle des mamelons.

Vérifier l'utérus et le saignement vaginal toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures en pratiquant un massage aussi souvent et autant que nécessaire pour maintenir sa dureté. Assurez-vous que l'utérus ne devient pas mou (relâché) quand vous cessez de masser.

Examiner le périnée et le vagin

Pendant que vous nettoyez la vulve et le périnée avec de l'eau tiède et du savon ou une solution antiseptique appropriée, vérifier doucement s'il y a des déchirures ou un saignement nouveau. Expliquer que vous cherchez à voir s'il y a eu des déchirures au moment où le bébé sortait.

Examiner soigneusement la vulve pour détecter les déchirures.

Examiner soigneusement le vagin et le périnée pour détecter les déchirures.

Examiner soigneusement l'anus pour détecter des déchirures.

Procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou de l'épisiotomie.

Examiner le placenta et les membranes.

Cordon ombilical:

- Nombre de vaisseaux de cordon : une veine et deux artères disposées en spirale

Membranes:

- Vérifier que les membranes soient complètes.

Placenta:

- Vérifier que le placenta soit complet.

Evaluer la perte de sang

Vous pouvez estimer la perte de sang en vous demandant, « Combien de bouteilles de 500 ml ce sang remplirait-il ? » On accepte généralement que toute perte de sang inférieure à 500 ml soit normale. Souvenez-vous que les évaluations de pertes de sang ne sont qu'un seul moyen d'évaluer l'état de la femme. Il est beaucoup plus important d'examiner fréquemment la femme pendant les 6 premières heures du post-partum et d'évaluer sa perte de sang à travers les signes vitaux, et par la visualisation du sang au périnée et l'évaluation de la tonicité utérine.

2.6.4 Soins spéciaux pour la femme séropositive au VIH[4]

Lorsqu'une femme est séropositive au VIH ou dans le cas où l'on ne connaît pas son statut , il faudrait assurer l'intégration des interventions de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH.

Les femmes séropositives peuvent infecter leur bébé lors de l'accouchement et durant la période d'allaitement; cependant, la plupart des bébés nés de femmes séropositives ne le sont pas eux-mêmes. Le taux absolu de transmission du VIH pendant l'accouchement est compris entre 10 et 20%. Il varie pendant l'allaitement, puisqu'il est compris entre 5 et 15% parmi les femmes qui allaitent pendant une période inférieure ou égale à 6 mois et entre 10 et 20% parmi celles qui allaitent pendant plus de 6 mois.

Les facteurs obstétricaux qui peuvent augmenter le risque de la transmission mère-enfant sont les suivants:

- L'accouchement par voie basse : selon diverses études, l'accouchement par voie basse entraîne un risque accru de transmission du VIH de la mère à l'enfant, alors qu'on a pu montrer que le recours à la césarienne élective tend à diminuer ce risque.
- Rupture prolongée des membranes : si les membranes restent rompues pendant plus de 4 heures, il peut y avoir un risque de transmission accru.
- Épisiotomie : l'épisiotomie de routine est à déconseiller. Il ne faut avoir recours à cette procédure qu'en présence d'indications obstétriques spécifiques.
- Hémorragie au cours de l'accouchement : certaines études ont signalé une association entre cette condition et une transmission accrue du VIH de la mère à l'enfant, du fait de la présence du sang maternel dans le tractus génital au moment de l'accouchement.
- La prématurité est également citée comme un facteur de risque de la transmission du fait de l'immaturité du fœtus entraînant ainsi un risque plus accru de l'infection au VIH.
- Les méthodes invasives d'accouchement : telles que le forceps augmente le risque de transmission

Les autres facteurs associés à la transmission verticale incluent:

- Tout acte invasif

[4] TRAC/MiniSanté/PRIME II. *Counseling et Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH : Manuel de formation (Draft).* MiniSanté : Kigali, Rwanda, 2004.

- Tractions sur le cordon ombilical
- Aspirations intempestives des mucosités du bébé
- Transfusion du nouveau-né par le cordon
- Déchirures
- Utilisation d'un même instrument pour la mère et la section du cordon.

Facteurs liés à l'allaitement maternel

Les facteurs de risque de transmission du VIH par l'intermédiaire du lait maternel incluent:

- Une charge virale élevée dans le plasma et le lait maternel
- Une quantité insuffisante de lymphocytes T à récepteurs CD4
- Une maladie buccale chez l'enfant, par exemple la stomatite, le muguet
- Une mauvaise technique d'allaitement entraînant des crevasses
- Une alimentation mixte
- L'allaitement maternel est l'aliment adapté au tube digestif de tout nouveau-né
- Risque de lésions intestinales ouvrant une porte d'entrée au virus contenu dans le lait maternel.

Séroconversion de la mère pendant allaitement :

- La durée de l'allaitement
- Les saignements au niveau des mamelons (lorsqu'ils sont crevassés)
- La mastite subclinique ou clinique, et l'abcès mammaire

Comment diminuer le risque de transmission mère-enfant du VIH/SIDA

Les interventions pendant le travail et l'accouchement qui peuvent diminuer le risque de la transmission mère enfant sont les suivantes:

- Minimiser l'induction du travail : l'induction du travail utilise souvent la rupture artificielle des membranes et l'administration d'ocytocique ou de prostaglandine. La rupture prolongée des membranes étant associée à un risque élevé de transmission, ceci peut être dangereux pour les femmes positives. Là où l'induction du travail est requise, les membranes doivent être laissées intactes le plus longtemps possible. La rupture artificielle des membranes ne doit être pratiquée que pour des indications spécifiques (ex. un déroulement défavorable du travail ou une détresse fœtale).
- Eviter la rupture prolongée des membranes. Si une femme enceinte présente une rupture prématurée des membranes avant le début travail une césarienne devrait être envisagée selon les possibilités.
- Utiliser le partogramme : son utilisation doit être de rigueur pour un meilleur suivi de la progression du travail et un dépistage précoce d'un déroulement défavorable et d'une détresse fœtale ou maternelle.
- Réduire ou éviter l'usage des procédures invasives : il s'agit de l'amniocentèse, la cardiocentèse, la rupture artificielle des membranes, l'épisiotomie, l'extraction au Forceps
- Faire le lavage vaginal : on a montré que l'emploi de chlorhéxidine à 0,25% pour nettoyer le passage vaginal après chaque examen vaginal et pendant le travail et la délivrance réduisait significativement la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Respecter les précautions universelles : quel que soit le statut VIH de la femme ou du prestataire au moment de l'accouchement, le prestataire doit suivre des précautions

universelles dans tous les cas et des soins—Le lavage fréquent des mains et le port de gants (chaque fois que cela est possible) constituent des précautions critiques.

- Réduire le risque de déchirure : maintenir l'intégrité du périnée afin de minimiser le contact au sang et aux secrétions cervicales et, par conséquent, minimiser la transmission du VIH.
- Éduquer les accoucheuses traditionnelles : elles jouent un rôle important dans l'accouchement et la délivrance de nombreuses femmes de par le monde. Les sages-femmes et les infirmières sont souvent chargées de leur éducation à la prévention et aux soins vis-à-vis du VIH et aux précautions universelles. Cette éducation devra inclure le recours aux ARV et le traitement des MST. Il faudra aussi encourager les accoucheuses traditionnelles à ne pas recourir aux pratiques traditionnelles qui peuvent accroître le risque de transmission du VIH (par exemple la scarification et le recours à l'administration par voie vaginale de potions à base de plantes).
- Faire attention à la prise de la Vitamine A après l'accouchement : Les études effectuées en milieu clinique indiquent que l'apport complémentaire de vitamine A n'empêche pas la transmission verticale du VIH et peut même accroître le risque de transmission du virus par l'intermédiaire du lait maternel. Eviter, donc, de donner la dose de 200.000 UI de la Vitamine A à la nouvelle accouchée qui est séropositive au VIH. Assurer que la femme connaît les aliments riches en Vitamine A et l'aider à trouver des solutions pour en prendre.

Faire attention à la prise du fer après l'accouchement :

- Donner de comprimés de fer uniquement aux femmes séropositives qui ne peuvent pas satisfaire leurs besoins en fer dans leur alimentation. Les études ont montré que l'administration du fer aux femmes séropositives augmente le risque des microhémorragies intestinales qui augmentent le risque de la TME.
- Assurer la prise d'acide folique après l'accouchement : donner 400 mcg de l'acide folique à toute nouvelle accouchée pendant au moins 6 semaines.

Administration des ARV

Les ARV débutent durant la grossesse idéalement à 14 semaines d'aménorrhée.

Si la femme est testée pendant le travail et devient séropositive, débuter la trithérapie

La prophylaxie aux ARV chez les enfants exposés au VIH (enfants nés des mères positives au VIH)

Tous les enfants nés des mères allaitantes ainsi que celles non allaitantes recevront la Névirapine (NVP) sirop pendant 6 semaines de vie.

Vaccination : suivre le calendrier vaccinal habituel

Traiter le bébé après l'accouchement selon les schémas /ARV pédiatrique en fonction du statut sérologique

Traiter la mère selon le schéma PTME. Il faut proposer à la patiente une méthode contraceptive efficace tout en insistant sur la double protection (contraception orale et préservatif par exemple).

Récapitulatif

Counseling et examen volontaires

Les soins prénatals, intrapartum et postpartum à la mère peuvent diminuer le risque de transmission de la mère à l'enfant

La thérapie antirétrovirale peut aussi diminuer le risque de transmission

Soins au nouveau-né : allaitement

La planification familiale est une intervention importante dans le cadre de la PTME.

2.7 Pratiquer une épisiotomie et la réparer

Exécution et réparation de l'épisiotomie et réparation des lacérations génitales[5,6,7,8]

Cette session présente une vue d'ensemble sur la manière d'exécuter l'épisiotomie et de la réparer l'épisiotomie.

Note : désormais, il n'est plus recommandé de pratiquer systématiquement une épisiotomie. Il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique réduisait les lésions périnéales, ni le risque de colpocèle ou d'incontinence urinaire. En fait, l'épisiotomie systématique est associée à un nombre de déchirures périnéales complètes et compliquées et à une proportion de dysfonctionnement du sphincter anal qui en résultent, supérieurs à la moyenne.

Il convient de n'envisager l'épisiotomie que dans les cas suivants:

- Accouchement par voie basse compliqué (siège, dystocie des épaules, extraction par forceps ou par ventouse obstétricale);
- Cicatrices de mutilations sexuelles ou de déchirures complètes ou complètes compliquées mal soignées;
- Souffrance fœtale.

Equipement

- Un foyer lumineux comme une lampe torche, une lanterne, une lampe sur pied ou autre source lumineuse puissante
- Savon et eau pour laver les parties génitales et les mains
- Gants
- Pince à aiguille ou clamp dentelé
- Ciseaux à bout arrondis ou ciseaux de pansement (en bon état)
- Pinces porte tampon (pinces à anneau), 1 ou 2
- Suture avec aiguille ou suture et aiguille de suture arrondie
- Pinces de pouce (pinces de tissu)
- Anesthésie locale comme de l'hydrochloride de lidocaïne à 1% sans épinéphrine
- Seringues : 10 à 20 cc, de préférence. Utiliser ce qui est disponible.
- Aiguille d'injection : 1 ½ pouce jauge 22 idéalement, mais utiliser ce qui est disponible.
- Gaze (4 x 4 pouce)
- Tampon vaginal

Maintenir l'intégrité du périnée

[5] *Adapté de* : Marshall MA, Buffington ST. *Life Saving Skills : A manual for midwives.* Washington, D.C. : ACNM, 1998.
[6] *Adapté de* : AMDD, MNH/Jhpiego. *Soins obstétricaux d'urgence à l'intention du médecin et de la sage-femme : Cahier du Formateur.* MNH/Jhpiego : Baltimore, janvier 2004.
[7] *Adapté de* : OMS. *Managing complications in pregnancy and childbirth : A guide for midwives and doctors.* Genève, Suisse : OMS, 2001.
[8] Les guides d'apprentissages sont de MNH/Jhpiego.

En tant que prestataire, vous pouvez beaucoup faire pour prévenir les déchirures. Les femmes qui marchent, restent debout, ou prennent une position droite pendant une durée de temps importante lorsqu'elles sont en travail (environ la moitié du temps du travail), connaissent un taux d'accouchement médicalisé (extraction par ventouse, forceps ou par césarienne) qui est de moitié plus faible que celui des femmes qui restent inactives Vous pouvez encourager et expliquer les raisons de la position droite, de la marche et du changement de position pour une femme en travail. Vous pouvez aider à prévenir les déchirures autour de l'orifice vaginal en positionnant la femme, appliquant des tissus tièdes sur le périnée et en ralentissant la sortie de la tête.

Parfois la tête du bébé peut déchirer le périnée d'une femme ou le pourtour de l'orifice vaginal. Ceci est plus fréquent avec les primigestes ou les femmes qui ont subi des mutilations génitales. Les lacérations surviennent avec les accouchements non contrôlés, avec les très gros bébés, les accouchements par instruments (extraction par ventouse ou par forceps) et avec les déchirures (extension de l'épisiotomie). Egalement, elles sont plus aptes à se produire chez les femmes qui ont une très mauvaise alimentation et qui ont eu des infections vaginales répétées.

Avant la sortie de la tête

Assurez-vous que la vessie de la femme est vide, tandis qu'elle pousse et se rapproche de l'expulsion. Aider-la à la vider si elle en éprouve le besoin.

Sortie de la tête

Lorsque la tête est sur le point de sortir, aider la femme à se mettre dans la position d'accouchement qu'elle préfère :

- Semi-assise
- Sur les mains et les genoux
- Accroupie
- Couchée sur le flanc gauche (veiller à ce que quelqu'un maintienne sa jambe soulevée)
- Rappelez-vous que l'épisiotomie de routine n'est pas recommandée.

Prévenir les déchirures dans la zone de l'orifice vaginal.

Poussée contrôlée

Lorsque la tête du bébé sort, demander à la femme de haleter ou d'exercer seulement de petites poussées avec les contractions. A ce moment, l'envie de pousser avec une contraction peut être très forte, et la femme voudra pousser le bébé et le sortir rapidement. Si la tête du bébé sort lentement, la peau de la femme à plus de temps pour s'étirer et elle est moins disposée à se déchirer.

Note : Le meilleur moment pour apprendre à une femme comment cesser de pousser est celui avant le travail. Un moment idéal pour lui montrer comment le faire est à l'occasion d'une visite prénatale pendant son troisième trimestre. Revoir cet aspect avec elle pendant le travail. Lui expliquer que son envie de pousser sera très forte et que son périnée peut être chaud (brûlant).

Si le bébé arrive très rapidement, dites-lui d'arrêter de pousser avec une contraction et de souffler. Pour éviter de pousser, la femme devrait pousser des souffles courts, rapides et forts. Conseiller à la femme de respirer normalement.

Si le bébé sort lentement, elle devrait pousser avec chaque contraction.

Sortie contrôlée de la tête

Pour contrôler la sortie de la tête, placer les doigts d'une main sur la tête du bébé pour la maintenir fléchie. Après que la partie la plus large de la tête soit sortie, le reste de la tête peut sortir sans aucune poussée.

Protection du périnée

Lorsque vous voyez la tête sortir, soutenez le périnée avec votre main droite sous un tissu et votre main gauche sur la tête du bébé (si vous êtes droitier). Laisser la tête sortir progressivement dans votre main gauche grâce à une pression faible mais non restrictive. Soutenir doucement le périnée pendant que la tête du bébé est en train de sortir.

Travailler avec la femme

Les bons gestes manuels et les bonnes techniques ne remplacent pas la bonne communication. Une des plus importantes manières de prévenir les déchirures consiste à travailler avec et non sur la femme. Communiquer avec elle. Expliquer ce qui se passe. Encouragez-la lorsqu'elle pousse. Regardez ses expressions de visage et ses efforts expulsifs. Indiquez-lui quand pousser et quand cesser de pousser ou haleter.

2.7.1 Pratiquer une Episiotomie

C'est avec l'expérience que l'on apprend à décider de l'opportunité d'une épisiotomie. Il existe plusieurs raisons que vous devez décider pour pratiquer une épisiotomie, notamment:

- Accélérer l'accouchement en cas de souffrance fœtale;
- Faciliter l'accouchement lorsqu'il y a un accouchement par voie basse compliqué (siège, dystocie des épaules, extraction par forceps ou ventouses obstétricales);
- Pour limiter les dommages aux organes génitaux de la femme lorsqu'elle présente des lacérations ou cicatrices de mutilations génitales ou de déchirures de troisième et quatrième degré mal guéries.

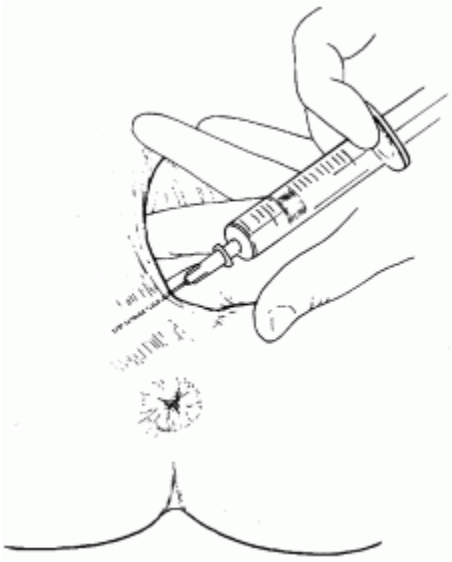
L'épisiotomie entraîne un saignement. Elle ne devrait donc pas être faite trop tôt.

Administrer une anesthésie locale avant de pratiquer l'épisiotomie

1. Préparer l'équipement nécessaire.
2. Dire à la femme et à la personne qui l'accompagne ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.
3. Ecouter ce que disent la femme et la personne qui l'accompagne.
4. S'assurer que la femme n'est pas allergique à la lidocaïne ou aux médicaments apparentés.
5. Nettoyer le périnée avec une solution antiseptique.
6. Tirer 10 ml de lidocaïne à 0,5% dans une seringue.
7. Placer deux doigts dans le vagin le long de la ligne d'incision proposée (voir la Figure 5.1 ci-dessous). Placer deux doigts entre la tête de l'enfant et le périnée. Il est très important que vos doigts servent de protection devant la tête du bébé. L'injection d'anesthésie dans la tête de ce bébé peut entraîner la mort.
8. Insérer l'aiguille 4 à 5 cm sous la peau en suivant la même ligne.
9. Tirer le piston de seringue pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin:
   - Si du sang revient dans la seringue, retirer l'aiguille et ressayer.
   - Si l'on ne retire pas de sang, continuer avec les étapes ci-après.

10. Injecter de la lidocaïne dans la muqueuse vaginale, sous la peau du périnée et dans le muscle périnéal.
11. Attendre deux minutes et ensuite pincer le site de l'incision avec des pinces.
12. Si la femme sent le pincement, attendre deux minutes de plus et tester à nouveau.

Infiltration des tissus du périnée avec un anesthésique local



Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

S'il n'y a pas assez de temps pour attendre l'effet de l'anesthésie pour l'épisiotomie, rappelez-vous que l'amincissement et l'étirement du périnée accordent une anesthésie naturelle. L'anesthésie devra produire son effet lorsque vous commencerez la réparation.

Pratiquer une épisiotomie medio-latérale

Avant de réaliser l'épisiotomie, attendre que:

- Le périnée soit aminci; et que
- 3 ou 4 cm de la tête du bébé soient visibles lors des contractions.

L'épisiotomie entraîne un saignement. Il importe, par conséquent, de ne pas la réaliser trop tôt.

Après avoir enfilé des gants stériles, introduire deux doigts entre la tête de l'enfant et le périnée.

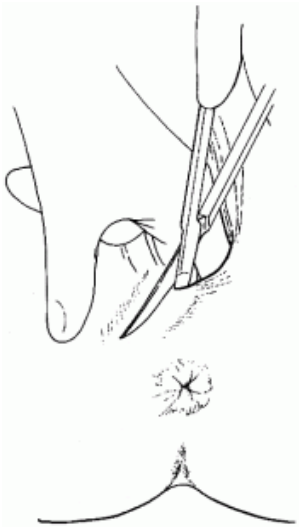
Faire une incision medio-latérale du périnée aux ciseaux, sur 3 à 4 cm (voir la Figure 2 ci-dessous).

Faire une incision de 2 à 3 cm dans le vagin, jusqu'au milieu de la paroi vaginale postérieure aux ciseaux.

Soutenir la tête et les épaules de l'enfant pendant leur dégagement, en s'assurant que la rotation a bien eu lieu et que les épaules sont bien dans l'axe médian pour prévenir une extension de l'épisiotomie.

Examiner attentivement la patiente et rechercher d'éventuelles extensions de l'épisiotomie et d'autres lésions et, le cas échéant, procéder à leur réfection (voir plus bas).

Faire l'incision en introduisant deux doigts dans le vagin pour protéger la tête de l'enfant



Réparer une épisiotomie ou une lacération

Les déchirures du canal génital sont la deuxième des causes les plus fréquentes de l'HPP. Les déchirures peuvent coexister avec l'atonie utérine. Le saignement du post-partum alors qu'il y a un bon globe de sécurité est causé généralement par une déchirure du col ou du vagin.

Il y a plusieurs moyens qui peuvent être utilisés pour réparer l'épisiotomie et les lacérations. La méthode qui sera montrée ici est appelée méthode continue d'économie de suture. Cette méthode a été choisie parce qu'elle comporte plusieurs avantages. Le prestataire a besoin de connaître seulement un type de point de suture et un ou deux types de nœuds. Elle cause aussi moins de douleurs pour la femme après la réparation parce que seulement une petite quantité de suture est laissée dans ses tissus. Se rappeler que cette réparation de base peut être modifiée au besoin. Si une femme présente une lacération ou extension (déchirure) inhabituellement profonde de son épisiotomie, une couche complémentaire en points séparés (individuelle) peut être utilisée pour obtenir une suture plus solide.

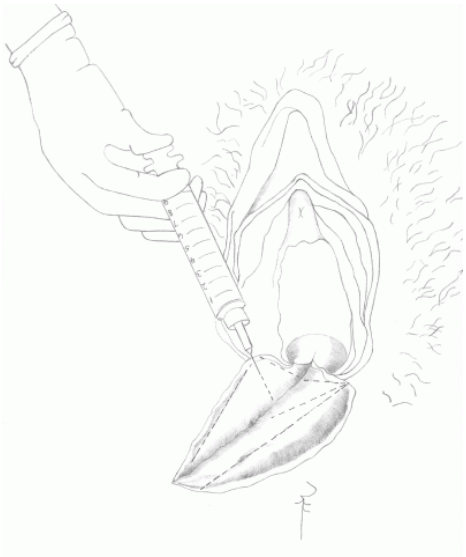
Administration d'anesthésie locale après épisiotomie et naissance du bébé.

Si la femme est inconfortable pendant la réparation, injecter jusqu'à 10cc d'anesthésie supplémentaire à l'endroit où la femme ressent une douleur. Toujours essayer d'injecter de manière égale tout en retirant la seringue afin d'empêcher que la solution ne reste dans un seul endroit, et de diminuer les risques de l'injecter dans un vaisseau sanguin. Avec l'expérience vous serez en mesure généralement d'administrer un anesthésique avant l'accouchement.

1. Préparer l'équipement nécessaire.
2. Dire à la femme et à la personne qui l'accompagne ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.
3. Ecouter ce que disent la femme et la personne qui l'accompagne.
4. S'assurer que la femme n'est pas allergique à la lidocaïne ou aux médicaments apparentés.
5. Nettoyer le périnée avec une solution antiseptique.
6. Tirer 10 ml de lidocaïne à 0,5% dans une seringue.
7. Placer deux doigts dans le vagin le long de la ligne d'incision proposée.
8. Insérer l'aiguille 4 à 5 cm sous la peau en suivant la même ligne.

9. Tirer le piston de seringue pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin:
   - Si du sang revient dans la seringue, retirer l'aiguille et ressayer.
   - Si l'on ne retire pas de sang, continuer avec les étapes ci-après.
10. Injecter de la lidocaïne dans la muqueuse vaginale, sous la peau du périnée et dans le muscle périnéal (voir la Figure 5.3 ci-dessous). Puisque l'épisiotomie (ou la lacération) est déjà faite, vous avez maintenant deux cotés qui doivent être anesthésiés. Regarder attentivement la forme de la déchirure.
11. Insérer la longueur totale de l'aiguille à partir des points d'entrée comme indiqué sur le schéma. Tirer sur le piston de la seringue pour vous assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau (aspirer). Injecter de manière égale tout en retirant l'aiguille. Retirer l'aiguille immédiatement de sous la peau.

Injection d'anesthésie locale après accouchement



A présent, placer l'angle de l'aiguille au-dessus du centre et répéter l'étape 3. Recommencer en allant sous le centre. Retirer l'aiguille. Recommencer sur l'autre côté de l'épisiotomie dans les 3 positions montrées (voir ligne en pointillée). A ce moment, vous avez du injecter 10cc d'anesthésique.

Attendre deux minutes et ensuite pincer le site de l'incision avec des pinces.

12. Si la femme sent le pincement, attendre deux minutes de plus et tester à nouveau.

Si la femme est inconfortable pendant la réparation, injecter jusqu'à 10cc d'anesthésie supplémentaire à l'endroit où la femme ressent une douleur. Toujours essayer d'injecter de manière égale tout en retirant la seringue afin d'empêcher que la solution ne reste dans un seul endroit, et de diminuer les risques de l'injecter dans un vaisseau sanguin.

Préparation pour la réparation

Se laver les mains avec du savon et de l'eau et les sécher sur une serviette ou tissu propre et sec.

Mettre des gants stériles ou de haut niveau de désinfection.

Positionner les fesses de la femme sur le bout du lit ou de la table. Ses jambes peuvent être soutenues par des étriers ou tenue élevée par des membres de la famille.

Retirer tout tissu souillé en dessous d'elle ; puis laver ses parties génitales.

Mettre des gants propres ou laver vos gants avec du savon et de l'eau. Placer un tampon ou de la gaze dans le vagin au besoin pour tenir le sang à l'écart de l'endroit que vous devez suturer.

Placer une serviette ou tissu stériles ou très propre sous ses fesses.

Si vous lui avez administré une anesthésie locale avant de faire l'épisiotomie, vérifier qu'elle fonctionne bien. Pour cela, pincer les zones incisées avec des pinces pour vérifier que l'anesthésie fait son effet. Si elle ressent une vive douleur, vous devez lui donner plus d'anesthésie avant la réparation. Si vous réparez une lacération ou si vous n'étiez pas en mesure d'administrer l'anesthésie avant l'épisiotomie, administrer maintenant l'anesthésie locale. Voir la section sur l'anesthésie locale.

Demander à quelqu'un d'ajuster la source lumineuse pour vous permettre de bien regarder dans le vagin. Ceci est très important. Si vous ne pouvez pas bien voir, il est facile de manquer une lacération ou de ne pas voir le sommet de l'épisiotomie.

Asseyez-vous et mettez-vous à l'aise. Si vous êtes détendu, vous accomplirez un meilleur travail.

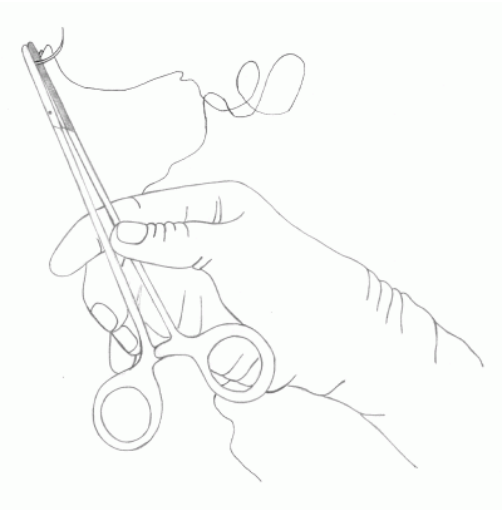
Si vous ne l'avez pas déjà fait, procédez à une inspection complète du vagin, col et périnée ainsi que décrit dans la Procédure d'inspection du vagin et du col.

Ouvrir la suture et l'étirer doucement, jusqu'à ce qu'elle soit droite. Choisir le fil 2-0 en acide polyglycolique ou du fil en catgut chromé. Le premier est bon pour réparer l'épisiotomie et lacération parce qu'il est flexible, fort, dure assez longtemps pour permettre la cicatrisation, n'a pas besoin d'être retiré et cause un minimum de réaction tissulaire. S'il n'est pas disponible, utiliser ce que vous avez. Si vous utilisez un fil ordinaire ou une suture non résorbable, pratiquer des points de suture interrompus ainsi que la méthode à une couche. Les fils de suture non résorbables doivent être retirés lorsque la guérison est terminée (5 à 10 jours). Ceci peut poser un problème pour des femmes qui doivent voyager sur de grandes distances. Se référer aux Imprimés sur la sélection de la suture pour de plus amples informations.

Note : Il est important d'utiliser des fils résorbables pour suturer les déchirures. Préférer les fils en acide polyglycolique aux fils en catgut chromé pour leur élasticité, leurs propriétés hypoallergéniques et la faible probabilité de complications infectieuses et de rupture qui leur est associée. Le catgut chromé est une alternative acceptable mais pas idéale.

Placer l'aiguille dans la pince à aiguille à 90°. (Voir Figure 5.4). Clamper les dents de la pince pour bien les fermer. Si elle n'est pas bien clampée, l'aiguille tournera dans le tissu pendant que vous coudrez et sera difficile à contrôler.

Angle correct de l'aiguille dans la pince



Réparation d'épisiotomie medio-latérale

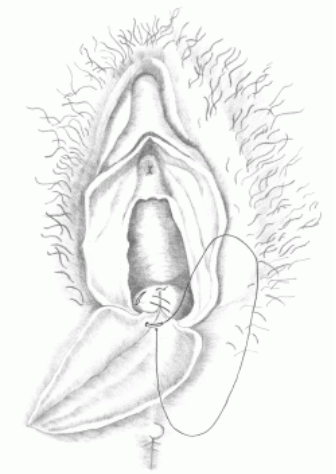
La méthode continue d'économie de suture est utilisée dans la réparation d'une épisiotomie medio-latérale. Lorsque vous incisez en biais (comme pour une incision medio latérale), les tissus se séparent inégalement et un côté semble plus épais que l'autre. Vous devez saisir une plus grande quantité de tissu sur un coté de l'incision pour le faire sortir de manière égale. Vous devez placer votre corps et votre pince à aiguille sur le côté pour être aligné parallèlement à la blessure. Tenir la pince à aiguille parallèle à la blessure (incision) en suturant pour obtenir un angle de suture correct.

Dans les figures 4.5 et 4.6, les sutures continues sont les mêmes que pour la réparation de l'épisiotomie médiane. Parce que le périnée a été incisé en biais, l'ouverture penche un peu sur le côté. Lorsque vous commencez la suture du périnée (Figure 5.7 à 4.12), vous devez changer l'angle de votre corps et celui de votre pince à aiguille. Voyez combien la quantité de tissu sur un côté est plus importante que sur l'autre. Vous aurez l'impression que vous êtes en train de suturer « en montant la colline (vers le haut) ». Si l'épisiotomie est exceptionnellement profonde ou de profondeur inégale, il est possible de placer plusieurs sutures interrompues ou une entière rangée de suture interrompue dans la partie profonde avant de procéder avec le reste de la réparation comme d'habitude. Pour apprendre comment faire des sutures interrompues, voir la section sur la réparation des lacérations du col.

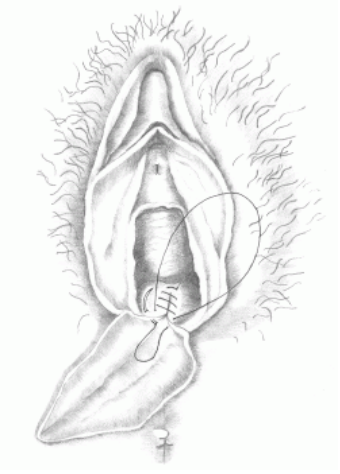
Parcourir du doigt la plaie en entier (incision). Voir clairement où se trouve le sommet de l'incision. Placer votre premier point de suture à environ 1 cm (½ pouce) au-dessus du sommet de la blessure dans le vagin. Tenir la pince de pouce avec l'autre main. Se servir de la pince de pouce pour tirer l'aiguille dans le tissu. Ne jamais utiliser vos doigts. Il est dangereux d'utiliser le doigt pour sentir l'aiguille. Vous pouvez vous piquer le doigt ou faire des déchirures minuscules dans vos gants augmentant ainsi considérablement le risque d'attraper une infection portée par le sang comme le VIH ou l'hépatite B. Attacher la suture avec un nœud plat et couper le bout de fil court à environ 1 cm (½ pouce).

Suture de la muqueuse vaginale par point continu (Suture continue) en cousant vers le bas vers l'anneau hyménéal. (Voir Figure 5.6.)

Suturer la muqueuse vaginale



Suture continue vers l'anneau hyménéal

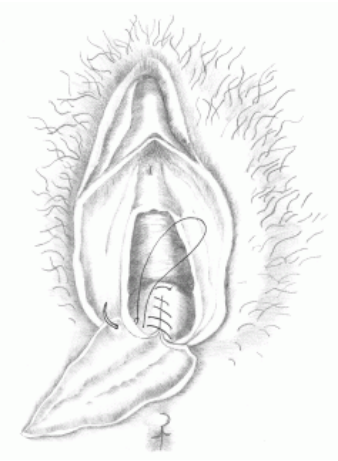


L'aiguille traverse alors la muqueuse vaginale, derrière l'anneau hyménéal, puis est ramenée sur la blessure du périnée. (Voir Figure 5.7.) Remarquer comme l'aiguille est proche du sommet de la blessure.

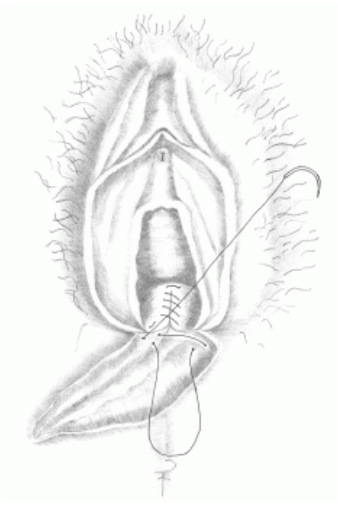
Utiliser une suture continue pour la couche musculaire. CHERCHER la couche musculaire à l'intérieur de l'incision. Elle paraît un peu rouge et ferme au toucher. Il est important de coudre muscle contre muscle. SENTIR le bas de l'incision. La suture devrait venir

immédiatement au-dessus du bas de l'incision. Lorsque vous atteignez le bout de la blessure, vous avez fermé la couche musculaire profonde.

Suture déplacée ver le périnée



La suture continue se poursuit

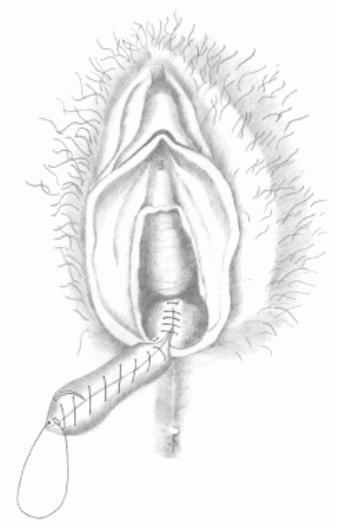


Une fois que vous avez atteint l'extrémité de la blessure (Figure 5.9), retourner votre aiguille et commencer à coudre en allant vers le vagin avec des points continus pour fermer le tissu sous-cuticulaire (Figure 5.10). CHERCHER la couche sous-cuticulaire immédiatement sous la peau. Ces tissus sont doux au toucher et sont de la même couleur que la muqueuse vaginale. Vous êtes maintenant en train de faire une deuxième couche de point de suture.

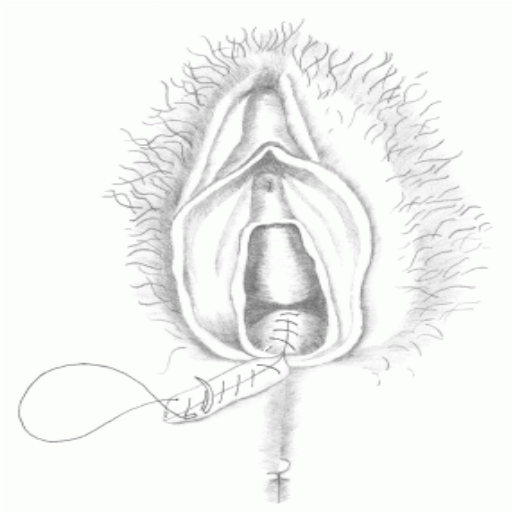
Remarquer l'angle de l'aiguille dans les figures 4.9 et 4/10. Cette deuxième couche de suture laissera la blessure ouverte sur 0.5 cm (¼ pouce). Elle se refermera d'elle-même en guérissant.

Souvenez-vous de toujours tirer la suture avec votre pince de pouce. Ne pas utiliser le bout du doigt pour sentir la pointe de l'aiguille.

Coudre à partir de l'extrémité même de la blessure

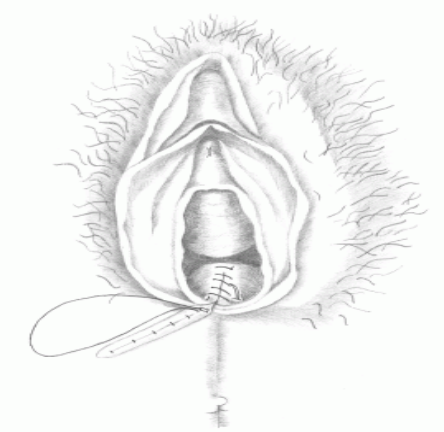


La couche sous-cuticulaire commence

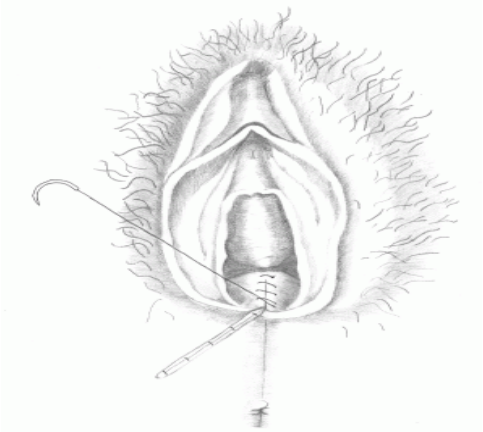


A présent, déplacer la suture à nouveau de la partie périnéale de la blessure de retour dans le vagin derrière l'anneau hyménal pour le protéger, l'attacher et la couper. Cf. figures 4.11 et 4.12 pour voir comment la suture ressort par l'arrière de l'anneau hyménal.

Ramener l'aiguille dans le vagin



Ligaturer dans le vagin



Terminer la suture avec un nœud plat. Pour assurer le nœud davantage, faire un nœud et demi. Couper les deux bouts de la suture en laissant environ 1cm. Si vous coupez les bouts trop courts, la couture peut se défaire. Si cela se passe, l'épisiotomie tout entière devient lâche ou se défait.

Vérifier pour vous assurer que vous n'avez pas laissé de gaze, tampon, ou instruments dans le vagin de la femme. Laver ses parties génitales avec de l'eau savonneuse. Séchez-la et mettez-la à l'aise.

Conseiller à la femme de bien laver la zone avec de l'eau savonneuse 3 à 4 fois par jour. Autrement elle devrait maintenir son périnée propre et sec. Décourager-la de mettre quoi que ce soit dans son vagin. Elle ne devrait pas prendre de bain trop chaud. Dites-lui de revenir pour une visite de suivi ou dans une semaine de sorte que vous puissiez vérifier la guérison de la plaie. Noter les résultats, soins et médicaments.

Si possible vérifier le périnée chaque jour pendant 3 à 4 jours. Détecter rougeur, pus, relâchement ou ouverture des sutures ou un hématome. Donner des instructions d'hygiène et des signes d'alerte pouvant indiquer que la femme a un problème et devrait rechercher des soins. Un hématome peut ressembler à une enflure meurtrie ou brillante. Voir s'il grossit. S'il fait plus de 3 à 4 cm, la référer à un hôpital pour l'ouvrir et suturer le vaisseau sanguin.

2.8 Soins essentiels du nouveau-né

Introduction

Les soins essentiels du nouveau-né sont des soins à prodiguer au nouveau-né pour l'aider à s'adapter à la vie extra utérine (de0-24h).

Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère ou sur une autre surface chaude. Le sécher immédiatement avec un linge propre (et chaud), et l'envelopper (le recouvrir), à l'exception du visage. Lutter contre l'hypothermie en évitant les courants d'air dans la salle d'accouchement.

2.8.1 Evaluer et reconnaître à temps le problème

Si le nouveau-né pleure, la respiration est normale et aucune réanimation n'est nécessaire. Prodiguer les soins habituels qui sont : essuyer le nouveau-né, dégager les voies respiratoires, soins du cordon, soins des yeux.

Etablissement du score d'Apgar

Il n'est pas indispensable d'établir le score d'Apgar avant de réanimer. La nécessité d'une réanimation doit être reconnue dans la minute qui suit la naissance, qui est aussi celle de l'établissement du premier score d'Apgar, la minute d'or. L'absence de respiration après la naissance est le signe le plus important, c'est pourquoi si l'enfant ne respire pas, la réanimation doit être immédiatement commencée.

L'établissement du score d'Apgar a été employé systématiquement pour évaluer et documenter l'état clinique du nouveau-né à la naissance, ou plus précisément à 1 minute, à 5 minutes et à 10 minutes de la naissance. On examine cinq signes chez le nouveau-né : la respiration, la fréquence cardiaque, le tonus musculaire, la réactivité réflexe et la coloration. Il faut être bien entraîné pour établir correctement un score d'Apgar. Ce dernier dépend non seulement de la gravité de la détresse respiratoire, mais aussi d'autres facteurs : médicaments ou anesthésiques administrés à la mère, infection fœtale, anomalies fœtales et prématurité.

Signe	Score		
	0	1	2
Fréquence cardiaque	Nulle/Absent	Faible (< à 100 battements/minute)	100 battements/minute
Respiration	Nulle/Absent	Lente, irrégulière	Bon, cri vigoureux
Tonus musculaire	Hypotonie globale/Flasque	Léger tonus en flexion/Quelque mouvements de réflexion des extrémités	Mouvements actifs
Réactivité (Irritabilité) des réflexes	Nulle/Néant	Grimaces de la face	Vive (toux, éternuements, cri)
Coloration	Cyanose ou pâleur	Corps rose et extrémités cyanosées	Totalement rose

Soins de routine du nouveau-né

Si le liquide amniotique est clair, commencer par sécher et stimuler le bébé dans la première minute.

Si le liquide amniotique est méconial, commencer par dégager les voies aériennes (aspiration) pour éviter l'inhalation du méconium.

Si le bébé crie, il a besoin des soins de routine : sécher, chauffer (contact peau à peau), couper le cordon, allaitement dans la première heure.

Etapes de soins de routine:

- Si méconium, dégager les voie aérienne
- Sécher minutieusement
- Voir si le bébé crie
- Garder le bébé au chaud
- Vérifier la respiration
- Clamper et couper le cordon

Soins oculaires

Mettre le bébé sur la poitrine de la mère et encourager l'allaitement.

Si dans la première minute le bébé ne crie pas l'aider à respirer : aspiration des secrétions, ventilation avec embu bag.

Soins à donner quand le bébé est stable :

- Mesurer la taille et le périmètre crânien
- Faire l'examen général pour détecter les malformations congénitales
- Vacciner le bébé : vaccin Bacille bilié Calmette-Guérin(BCG), vaccin anti poliomyélitique oral(OPV) et vaccin contre le virus de l'hépatite B (HBV).

Détecter et prendre en charge les nouveau-nés avec complication:

- Prendre en charge le nouveau-né traumatisé
- Effectuer tous les gestes avec douceur et sous asepsie rigoureuse
- Faire l'examen physique

Pour rechercher :

- Une bosse séro-sanguine
- Une élongation du plexus brachial (membre supérieur flasque)
- Une fracture de la clavicule (déformation de la clavicule, pleurs à la mobilisation), une fracture de l'humérus (bras déformé et raccourci)
- Une fracture du fémur (cuisse déformée et raccourcie; pleurs à la mobilisation)
- Une luxation de l'épaule (comblement de l'aisselle, abaissement de l'épaule, pleurs à la mobilisation.

Faire les examens complémentaires : groupe sanguin, rhésus du bébé

Instaurer le traitement :

- Bosse sérosanguine, rassurer la mère, surveiller
- Fracture de la clavicule, rassurer la mère
- Autres lésions traumatiques : immobiliser le membre. Informer la mère du résultat de l'examen et de la décision de référer. Remplir la fiche de référence et référer.
- Référer les luxations et les traumatismes crânio-céphaliques graves.

Prendre en charge le nouveau-né infecté:

- Règle générale : la possibilité de l'existence d'une infection du nouveau-né nécessite un dépistage systématique après la naissance.

On distingue surtout :

- Les infections néonatales bactériennes, fréquentes et accessibles au traitement antibiotique
- Les embryofoetopathies (syphilis congénitale, rubéole congénitale, toxoplasmose congénitale, hépatite à virus B)
- Le paludisme congénital.

Faire un examen physique

Procéder à l'inspection générale du nouveau-né, à la recherche d'anomalies : (voir examen clinique du nouveau-né à la maternité, gêne respiratoire, enfant flasque)

Vérifier le réflexe de succion

Prendre la température axillaire : (hyperthermie ≥ 37,3° ; hypothermie < 36,5°)

Prendre le poids, la taille, le périmètre crânien

Procéder à l'inspection générale du nouveau-né, à la recherche des anomalies :

- De la coloration
- De la respiration
- Du tonus
- Des réflexes archaïques
- Ballonnement abdominal

A la fin de l'examen conclure :

- Nouveau-né normal = absence des facteurs de risque d'infection, examen physique normal
- Nouveau-né à risque d'infection = existence de facteur de risque d'infection mais examen physique normal
- Nouveau-né infecté = existence de facteur de risque d'infection + examen physique anormal

Informer la mère des résultats de l'examen et de la conduite que vous vous proposez de tenir

2.9 Soins Kangourou pour les nouveau-nés de faible poids de naissance

2.9.1 Bébé avec un faible poids de naissance (FPN) et sa prise en charge

Définition d'un faible poids de naissance (FPN)

Catégories de bébés ayant un FPN:

Un FPN se définit comme un poids de naissance inférieur à 2,5 kilogrammes. Il existe trois types de bébés ayant un FPN:

- Prématuré : né avant 37 semaines révolues*.
- Né bien avant terme : né avant 32 semaines révolues.
- PAG : poids de naissance plus bas que prévu pour son âge gestationnel (peut être né à terme ou prématuré).

En outre, certains bébés ayant un FPN peuvent être : de très faible poids à la naissance : poids de naissance inférieur à 1,5 kilogrammes; de poids extrêmement faible à la naissance : poids de naissance inférieur à 1 kilogramme.

*Les nourrissons ayant un FPN peuvent être nés à terme.

Impact du FPN sur l'issue pour le nouveau-né et le nourrisson.

Il naît chaque année environ 20 millions de bébés ayant un FPN. Le poids à la naissance a un fort impact sur les chances de survie et de développement du nouveau-né lors de la période néonatale et pendant la petite enfance. Environ un cinquième des près de 4 millions de décès néonataux annuels survient parmi les bébés ayant un FPN et les prématurés. Dans certains cas, jusqu'à 40 à 80 pour cent de la totalité des décès néonataux survient parmi les bébés

ayant un FPN. Dans les nations industrialisées, la prématurité est le principal facteur des FPN. Dans les pays moins développés, les taux élevés de FPN sont dus aux naissances avant terme comme aux développements utérins contrariés.

Par rapport aux bébés ayant un poids de naissance normal, les bébés présentant un FPN courent de bien plus grands risques de mortalité pendant la période néonatale comme pendant la petite enfance (29 à 365 jours). Parmi ces bébés, ceux qui survivent risquent de mal grandir et sont davantage exposés aux maladies infectieuses lors de la petite enfance et pendant l'enfance. Leur développement cognitif, moteur et comportemental peut éventuellement s'en trouver compromis.

Pour qu'ils survivent, les bébés ayant un FPN requièrent une attention particulière, surtout en termes de chaleur, d'allaitement et de pratiques d'hygiène, ainsi qu'une prompte identification et un rapide traitement des complications. Les soins maternels kangourou (SMK) constituent une approche simple et peu coûteuse qui peut répondre à beaucoup de ces besoins essentiels des nouveau-nés.

Causes du faible poids de naissance

Facteurs associés au FPN:

- Les causes d'un FPN sont nombreuses et complexes. Il n'existe pas de cause directe unique, mais cela arrive plus fréquemment à certaines mères ou s'il y a certains problèmes fœtaux ou placentaires.

Les mères qui:

- Ont déjà eu un bébé de faible poids à la naissance;
- Sont jeunes (moins de 20 ans) ou plus âgées (plus de 35 ans);
- Effectuent des travaux physiques pendant de nombreuses heures sans prendre de repos;
- Ont des grossesses rapprochées (moins de trois ans entre les grossesses);
- Ont des problèmes de grossesse et d'accouchement tels que:
  - Une mauvaise alimentation ou un faible gain de poids pendant la grossesse;
  - Une anémie grave;
  - La pré-éclampsie ou l'éclampsie;
  - Une infection pendant la grossesse (infections sexuelles, virus de l'immunodéficience humaine [HIV]/syndrome immunodéficitaire acquis [SIDA], infection de la vessie et des reins, hépatite);
  - Rupture prématurée ou avant terme des membranes;
  - Chorioamnionite ou infection du fluide amniotique;
  - Malaria;
  - Grossesses multiples;
  - Hypertension;
  - Maladie du rein;
  - Maladie chronique;
  - Drépanocytose (anémie à cellules falciformes);
  - Drogues (alcool, cigarettes, certaines substances illicites);
  - Stress intense, soutien social insuffisant, maltraitance physique ou émotionnelle;

Problèmes fœtaux : bébés ayant les problèmes ou les conditions physiques suivantes:

- Troubles chromosomiques et/ou certaines anomalies congénitales;

- Infections fœtales chroniques (ex : rubéole congénitale, syphilis);
- Grossesses multiples

Anomalies placentaires:

- Insuffisance placentaire (entravant le développement intra-utérin);
- Placenta prævia;
- Infiltration du placenta par le parasite de la malaria;
- Infarcissement;
- Décollement placentaire avant terme (abruptio placentae);
- Syndrome transfuseur-transfusé.

Identification et examen physique du bébé ayant un faible poids de naissance

Caractéristiques physiques du prématuré

Le tableau ci-dessous énumère les caractéristiques physiques du prématuré.

	Caractéristiques physiques
Poids	▪ Moins de 2,5 kilogrammes ▪ Certains prématurés peuvent peser plus de 2,5 kilogrammes.
Peau	▪ Fine avec des veines apparentes en raison de la faible couche adipeuse sous la peau ▪ Peut être recouverte à la naissance d'une épaisse substance huileuse à l'aspect de fromage (vernix caseosa) ▪ Recouverte d'un fin duvet (lanugo)
Tête	▪ Relativement grosse par rapport à la taille du corps ▪ Les sutures et l'endroit mou (fontanelle) sont larges ▪ L'oreille n'a pas de cartilage avant 25 semaines, elle peut être repliée et ne pas immédiatement reprendre sa forme normale
Poitrine	Pas de tissu mammaire avant 34 semaines de grossesse
Réflexe de succion	Peut être faible ou absent
Jambes/bras	▪ Peuvent être lâches ▪ Jambes en général étendues ou peu fléchies ▪ Bras rarement fléchis ou même étendus
Pieds	Plis sur 1/3 de l'avant de la plante du pied
Organes génitaux	▪ Petits ▪ Filles : les grandes lèvres ne recouvrent pas les petites lèvres ▪ Garçons : les testicules peuvent n'être pas descendus dans le scrotum, peu ou pas de plis sur le scrotum

Caractéristiques physiques du bébé petit pour son âge gestationnel

Le bébé est en général né à terme ou presque mais avec un FPN. (Il est à noter qu'un bébé PAG/hypotrophe peut aussi être prématuré.) Les bébés petits pour leur âge gestationnel sont également qualifiés de « petits pour leur âge ».

Le tableau ci-dessous énumère les caractéristiques physiques du bébé petit pour son âge gestationnel.

Caractéristiques physiques	
Poids	Moins de 2,5 kilogrammes
Peau	▪ Faible couche adipeuse sous la peau ▪ Peau sèche et crevassée
Tête	▪ Relativement grosse par rapport à la taille du corps ▪ L'oreille a du cartilage et reprend sa forme normale lorsqu'elle est pliée ▪ Les yeux sont souvent grands et bien ouverts
Poitrine	Tissu mammaire présent
Réflexe de succion	Habituellement vigoureux, parfois excessif
Jambes/bras	Minces, généralement fléchis
Pieds	La peau de la plante des pieds est couverte de plis
Activité	Actif, alerte, semble trop alerte pour sa petite taille

Comment évaluer la maturité d'un bébé ayant un FPN

L'âge gestationnel du nouveau-né peut être estimé par l'observation et l'examen des caractéristiques physiques suivantes:

Caractéristiques	Né bien avant terme	Prématuré	Né à terme
Lanugo	Aucun	Abondant	Presque pas de pilosité
Plis sur la plante des pieds	Aucun	Quelques plis près des orteils	Plis sur toute la plante des pieds
Organes génitaux	▪ Scrotum lisse et vide; testicules non descendus ▪ Petites lèvres protubérantes	▪ Scrotum un peu plissé; testicules hauts dans le canal ▪ Petites lèvres de même taille que les grandes	▪ Scrotum très plissé; testicules dans le scrotum ▪ Les grandes lèvres recouvrent les petites
Poitrine	Aréoles pâles et plates	Mamelon, tissu mammaire minimal ou absent	Tissu mammaire >10 mm de diamètre
Oreilles	Pavillon de l'oreille plat et lisse, sans détente	Pavillon plat et élastique	Bord recourbé avec cartilage ; détente ferme
Peau de l'abdomen	Peau fine, veines apparentes	Peau fine, veines moins apparentes	Peau épaisse, sèche, plissée, crevassée ou qui pèle
Position	Membres allongés	Position de la grenouille	Membres complètement fléchis

PRÉMATURÉ

Quelques plis près des orteils

NÉ À TERME

Plis sur toute la plante du pied

Besoins et problèmes des bébés ayant un FPN

Bien que les nouveau-nés ayant un FPN aient des besoins spécifiques, tous les bébés ont besoin de soins de base qui contribuent à garantir leur survie et leur bien-être. Ces soins (souvent baptisés soins essentiels au nouveau-né) incluent la chaleur, l'établissement et le maintien d'une respiration régulière, une alimentation adéquate, un soutien physique et émotionnel et la protection contre les infections. Les soins du cordon à la naissance et dans les jours qui suivent font aussi partie de ces soins essentiels. Le fait de répondre à ces besoins de base contribue à éviter des problèmes graves ou mettant en jeu le pronostic vital. Le tableau ci-dessous résume les besoins essentiels du nouveau-né, ses problèmes et les actions préventives correspondantes.

Besoin	Problème	Action
Chaleur	Hypothermie	▪ Sécher le bébé y compris la tête ▪ Soins maternels kangourou ▪ Différez le bain ▪ Maintenez la tête du bébé couverte.
Respiration	Asphyxie, apnée, syndrome de détresse respiratoire	▪ Aspiration ▪ Stimulation/ réanimation ▪ Surveiller les difficultés respiratoires ▪ Oxygène si nécessaire
Alimentation	Hypoglycémie Malnutrition	▪ Commencez l'allaitement rapidement après la naissance ▪ Allaitement exclusif ▪ Évitez l'alimentation mixte ▪ Les SMK contribuent à stimuler la production de lait maternel
Protection contre les infections	Infection	▪ Pratique d'accouchement et de soins de cordon propres ▪ Pratiques d'hygiène ▪ Allaitement précoce et exclusif
Gestion rapide des infections	Infection	Diagnostic rapide et traitement/référence vers un spécialiste
Soutien physique et émotionnel	Obstacle à l'instauration de liens Négligence et abandon	▪ Soins maternels kangourou ▪ Impliquez la famille dans le soutien

En raison de leur taille et de l'immaturité de leurs organes et systèmes, les bébés ayant un FPN sont davantage susceptibles de développer des problèmes de santé que les bébés ayant un poids normal. Outre les soins essentiels au nouveau-né, les bébés ayant un FPN exigent une attention et des soins particuliers pour empêcher ou répondre à ces problèmes. Le

tableau suivant énumère les problèmes qui peuvent survenir chez les bébés ayant un FPN et les soins recommandés.

Problèmes possibles chez un bébé ayant un FPN

Problèmes	Soins recommandés
Problèmes respiratoires à la naissance et après (en particulier chez les prématurés)	Réanimez le bébé s'il ne respire pas, s'il halète ou s'il a moins de 30 respirations par minute. Les prématurés ont des poumons immatures, prennent facilement froid et sont davantage sensibles aux infections, d'où des problèmes respiratoires.
Température corporelle basse en raison de la minceur de la couche adipeuse et de l'immaturité du système de régulation de la température du nouveau-né.	Les soins maternels kangourou avec un contact peau contre peau constant entre la mère et le bébé contribuent à garder le nouveau-né au chaud.
Faible taux de sucre dans le sang en raison de la très faible quantité d'énergie stockée dans le corps d'un bébé ayant un FPN	Ces bébés ont besoin du lait maternel (colostrum) dès que possible à leur naissance et très fréquemment (toutes les 2 heures) au cours des premières semaines.
Problèmes d'alimentation dus à la petite taille du bébé, à son manque d'énergie, aux dimensions réduites de son estomac et à son incapacité à téter.	Le bébé ayant un FPN peut en général téter correctement avec un peu d'aide. Il peut avoir besoin de nombreuses et fréquentes petites tétées. Les prématurés peuvent ne pas être assez forts ou mûrs pour téter correctement au début. Les SMK contribuent à stimuler la production de lait maternel. L'alimentation à la tasse peut s'avérer nécessaire pour certains bébés.
Infections dues à l'immaturité du système immunitaire	Le personnel soignant doit avoir recours à des pratiques de prévention des infections et se laver soigneusement les mains avant de s'occuper d'un bébé ayant un FPN. Dans l'établissement de soins, n'hébergez pas de bébé sain ayant un FPN dans la même chambre que des nouveau-nés infectés ou des enfants malades. Éloignez les personnes malades (visiteurs ou personnel) d'un bébé ayant un FPN.
Jaunisse (bilirubine élevée) due à l'immaturité du foie	Un prématuré ayant un poids insuffisant à la naissance jaunit plus tôt et plus longtemps qu'un bébé à terme. S'il y a de quelconques signes de jaunisse au cours des premières 24 heures ou après 2 semaines, ou si le bébé est jaune et présente d'autres signes de danger, orientez-le vers une structure mieux équipée. Dans ce cas, la mère doit allaiter le nouveau-né qui a la jaunisse plus souvent (toutes les 2 heures au moins) pour l'aider à se débarrasser de la bilirubine par les selles.
Problèmes d'hémorragie dus à l'immaturité de la capacité de coagulation à la naissance	Donnez de la vitamine K au bébé à la naissance.

Tableau tiré de : Manuel de référence des soins au nouveau-né (Save the Children 2004)

2.9.2 Vue d'ensemble des soins maternels KANGOUROU (SMK)

Contexte

Les soins maternels kangourou constituent une solution simple et peu coûteuse de prendre soin des nourrissons ayant un FPN. La méthode a été initiée à Bogotá, en Colombie, vers la fin des années 70 par les docteurs Martinez et Rey, en réponse au surpeuplement des unités

néonatales et à la pénurie de couveuses. Dans les SMK, le bébé stable ayant un FPN est placé peau contre peau sur la poitrine de sa mère, uniquement vêtu d'une couche, d'un bonnet et de chaussettes. Le bébé est alors placé droit entre les seins de sa mère, sous la blouse de celle-ci, et maintenu par une écharpe enroulée autour de la mère et du bébé. Dans les SMK continus, le bébé est constamment maintenu dans cette position, sauf pendant de brefs instants pour le bain, le changement de couche ou lorsque la mère doit s'occuper d'elle-même. Dans ces moments-là, le père ou un autre parent peut contribuer à garder le bébé au chaud par un contact peau contre peau.

La méthode des SMK facilite l'allaitement à la demande, l'instauration de liens entre la mère et l'enfant. Elle maintient le bébé au chaud. Elle a depuis été adoptée par le corps médical, dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement, à titre d'alternative sûre et efficace, ou pour compléter les soins en couveuse pour les bébés ayant un FPN. De nombreux hôpitaux en Europe et aux États-Unis ont adopté les SMK. Ils ont aussi été adoptés dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie.

À ce jour, la plupart des expériences et des témoignages publiés sur les SMK proviennent d'établissements hospitaliers ou de centres de soins où des prestataires compétents les ont prodigués à des enfants stables. La mère poursuit ensuite les soins chez elle, avec une étroite supervision et un suivi régulier de l'établissement de soins. Plusieurs études sont néanmoins en cours pour tester l'efficacité de la méthode dans d'autres contextes où les centres équipés et le personnel formé sont limités.

Définition des soins maternels kangourou

Les soins maternels kangourou constituent une méthode universellement disponible et biologiquement saine de soins aux nouveau-nés, en particulier pour les prématurés et les bébés ayant un FPN. Elle se définit comme un contact peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son nouveau-né ayant un FPN. Ces soins peuvent s'organiser à l'hôpital comme à domicile et sont généralement poursuivis jusqu'à ce que le bébé atteigne un poids d'au moins 2 000 grammes.

Lorsque c'est souhaitable, les responsables de programmes peuvent être incités à choisir des termes locaux appropriés pour décrire les SMK et autres concepts associés. Dans certains pays, de nouvelles expressions ont été créées, de nombreuses langues n'ayant aucun équivalent pour le mot « kangourou » cet animal n'existant pas dans leur région. Dans certaines sociétés, mettre sur le même plan une action humaine et la même chez l'animal est même offensant. Certaines régions ont par conséquent opté pour des expressions proches de « peau contre peau », ou quelque chose d'équivalent pour décrire les SMK.

Qui peut fournir les soins maternels kangourou?

Tout le monde peut prodiguer les SMK à condition d'en comprendre la méthode et d'être motivé pour la pratiquer. Tous ceux qui veulent aider la mère peuvent pratiquer les SMK, comme les grand-mères, les sœurs, les tantes, les maris et même les amis.

Types de soins maternels kangourou

Soins SMK continus

C'est quand les SMK sont pratiqués 24 heures sur 24 tous les jours (excepté pour de très courts laps de temps pendant lesquels la mère doit se baigner ou vaquer à d'autres besoins personnels) et qu'ils requièrent le soutien des membres de la famille, mari inclus. C'est le type de SMK idéal pour les bébés ayant un FPN.

Soins SMK intermittents

Ce type de SMK ne se pratique pas 24 heures sur 24 mais seulement pendant certains moments de la journée. La mère reste à la maison ou à l'hôpital mais se rend à l'unité néonatale pour pratiquer les SMK à des heures spécifiées; le nouveau-né est dans une couveuse le reste du temps. Ce type de SMK est surtout pratiqué avec des bébés très petits et malades, et/ou pour des mères qui ne veulent pas ou ne sont pas encore prêtes ou en mesure de pratiquer les SMK en continu. Les nourrissons ayant un FPN et les mères en convalescence après une intervention chirurgicale en sont des exemples (voir chapitre C).

Durée des SMK

Les deux types de SMK se pratiquent aussi longtemps que possible jusqu'à ce que le bébé ne tolère plus la méthode. Les bébés qui sont trop grands pour les SMK deviennent agités et essaient en principe de sortir de la position peau contre peau. Les protocoles locaux de SMK peuvent varier en termes de poids auquel les bébés ne relèvent plus des SMK. Il est toutefois à noter que l'allaitement doit se poursuivre et que le bébé doit être maintenu au chaud même si les SMK ne sont plus dispensés.

2.9.3 Comment pratiquer les soins maternels Kangourou

Quand commencer les SMK

Les SMK doivent être initiés lorsque le petit prématuré ou le bébé ayant un FPN est stable; sans quoi ils devront être différés. Le moment exact où les SMK peuvent commencer dépend de l'état et du statut du bébé et de la mère. Il importe toutefois d'encourager la mère à adopter les SMK très tôt.

Critères d'éligibilité aux SMK

Les critères suivants doivent être utilisés pour déterminer si une mère doit ou non commencer les SMK:

La volonté de la mère ou d'un membre de la famille si la maman n'est pas disponible (ex : vient de subir une césarienne) de pratiquer les SMK.

Le bébé doit présenter un état stable:

- Ne présenter aucune maladie grave telle que sepsis, pneumonie, méningite, détresse respiratoire ou convulsions;
- Les bébés qui ont été mis sous antibiotiques pour une infection suspectée peuvent commencer les SMK dès qu'ils sont stables;
- Des SMK intermittents peuvent être utilisés chez les bébés complètements stables.

Les bébés sous photothérapie peuvent être évalués pour déterminer s'ils peuvent recevoir des SMK.

Orientez tous les bébés dont le poids est inférieur à 2 000 grammes vers l'hôpital du district doté de services SMK le plus proche ou vers un établissement mieux équipé.

Comment pratiquer les soins maternels kangourou

Positionnement de la mère et du bébé

Dans les SMK le bébé, vêtu seulement d'une couche, de chaussettes et d'un bonnet, est maintenu droit entre les seins de sa mère, en contact permanent avec elle (contact peau contre peau). La position du bébé contre la poitrine de sa mère sous l'écharpe doit en principe lui assurer un bon maintien de la tête et du cou.

Légende : Mère avec son bébé en position kangourou.

La mère recouvre son bébé avec ses propres vêtements et une couverture supplémentaire ou un châle pour le garder au chaud. Lorsqu'elle se repose, la mère doit être à l'aise, légèrement inclinée à un angle d'environ 30 degrés, soutenue par des oreillers pour davantage de confort.

Lorsque la mère se déplace, le bébé est maintenu droit par l'écharpe. La couche doit absolument être changée rapidement quand elle est mouillée ou souillée, non seulement pour le confort de la mère et du bébé mais aussi pour réduire la perte de chaleur.

Maintenir le bébé dans la position des SMK peut être très éprouvant pour la mère, la pratique des SMK continus étant une tâche fatigante. Pour aider la mère lorsqu'elle est fatiguée ou vaque à des besoins personnels tels que le bain, les autres membres de la famille (tels que le mari, les grands-mères, la belle-mère ou des frères et sœurs) peuvent apprendre à prendre soin du bébé dans la position kangourou afin de soulager la mère quand c'est nécessaire.

Étapes du positionnement du bébé pour les SMK:

- Habillez le bébé de chaussettes/chaussons, d'une couche et d'un bonnet;
- Enlever le soutien-gorge et les bijoux chez la mère
- Placez le bébé entre les seins de sa mère en position de grenouille; avec les bras places contre la poitrine et les jambes en dessous des seins; la tête sur le cote;
- Maintenez-le fermement contre la poitrine de sa mère à l'aide d'une écharpe (gitenge);
- Recouvrez-le d'une couverture ou d'un châle pour qu'il ait plus chaud;

Dites à la mère de se vêtir d'un vêtement qui s'ouvre devant : un vêtement ouvert devant permet au visage, à la poitrine, à l'abdomen, aux bras et aux jambes du bébé de rester en contact peau contre peau continu avec la poitrine et l'abdomen de la mère;

- Expliquez à la mère qu'il faut maintenir le bébé droit lorsqu'elle marche ou lorsqu'elle s'assoit;
- Conseillez-lui de maintenir le contact peau contre peau avec le bébé 24 heures sur 24 (ou moins s'il s'agit de SMK intermittents);
- Conseillez à la mère de dormir en position à moitié assise afin de maintenir le bébé en position verticale.

Légende : (Illustration adaptée de *Home Based Life Saving Skills - Baby Information [*Compétences pour sauver des vies à domicile : informations concernant les bébés]. Buffington, Sibley, Beck and

Armbruster. 2004. American College of Nurse-Midwives (École américaine des infirmières-sage-femmes). ISBN 0-914324-09-8.)

Légende : Enveloppez le bébé à l'aide d'une écharpe solidement nouée autour de la mère (Illustration adaptée de *Home Based Life Saving Skills - Baby Information.* Buffington, Sibley, Beck and Armbruster. 2004. American College of Nurse-Midwives. ISBN 0-914324-09-8.)

Légende : Mettez des habits amples par-dessus l'écharpe. (Illustration adaptée de *Home Based Life Saving Skills - Baby Information.* Buffington, Sibley, Beck and Armbruster. 2004. American College of Nurse-Midwives. ISBN 0-914324-09-8.)

** Plusieurs types d'étoffe ou d'écharpe peuvent être utilisés pour maintenir solidement l'enfant. Utilisez n'importe quelle étoffe disponible qui soit appropriée. Gardez toutefois à l'esprit que vous devez maintenir l'enfant solidement pendant de longues durées, mais qu'il doit pouvoir respirer et bouger. C'est particulièrement important pour les prématurés. Des exemples de différents types de système d'attache sont énumérés ci-dessous:

Bolivie	Tee-shirt attaché avec une ceinture ou un lien autour de la taille
Malawi	Étoffe de fabrication locale avec une blouse ou une robe ouverte
Colombie	Écharpe en lycra, un tissu synthétique élastique mais solide
Inde	Courroie ou écharpe avec une blouse, un sari ou un châle ouvert
Zimbabwe	Étoffe de fabrication locale pour envelopper le bébé avec une blouse ou une robe ouverte
États-Unis	Blouse ample ou écharpe

2.9.4 Suivi de l'alimentation et de la croissance pendant les soins maternels Kangourou

Techniques d'allaitement pendant les SMK

Les bébés ayant un FPN doivent être nourris exclusivement avec du lait maternel. L'allaitement immédiat et exclusif est recommandé pour tous les bébés. Commencer l'allaitement dès que possible, de préférence immédiatement après la naissance. Allaiter un bébé ayant un FPN peut néanmoins être fatigant et frustrant par moments : la mère aura donc besoin de beaucoup de soutien et d'encouragement pour nourrir convenablement son bébé.

Les nouveau-nés doivent être allaités à la demande, toutes les 2 à 3 heures au moins. La mère peut toutefois avoir besoin de réveiller son bébé pour s'assurer qu'il absorbe suffisamment de lait. Les bébés ayant un FPN et les prématurés doivent parfois être alimentés jusqu'à toutes les heures et demie ou toutes les deux heures. Si le bébé ne peut pas téter, une autre méthode d'alimentation au lait maternel devra être choisie. Comme le souligne le tableau suivant, le plus important à prendre en compte est la capacité du bébé à téter, à avaler et à coordonner sa déglutition et sa respiration.

Critères	Méthode d'alimentation recommandée	Remarques
Si le bébé n'a pas de réflexe de succion ou n'est pas capable d'avaler et de coordonner sa déglutition et sa respiration	Donnez du LME à l'aide d'une sonde (nasogastrique [NG] ou oro-gastrique).	L'alimentation par sonde peut s'effectuer lorsque le bébé est en position de SMK
Si le bébé est capable de boire à la tasse/cuillère :	Donnez-lui du LME à l'aide d'une tasse/cuillère OU Faites gicler le lait directement dans la bouche du bébé OU Alimentez-le à la seringue ou avec un compte-goutte.	Passez graduellement de l'alimentation par sonde à l'alimentation à la tasse – commencez par l'alimentation à la sonde et à la tasse puis réduisez progressivement le nombre de prises alimentaires par sonde. Enveloppez le bébé dans une couverture chaude lorsqu'il est extrait des SMK pour l'alimentation à la tasse.
Si le réflexe de succion est acquis, les signes qui indiquent que le bébé est prêt à téter sont des mouvements de la langue et de la bouche et un intérêt pour la succion:	Nourrir exclusivement au sein.	Transition progressive de l'alimentation à la tasse à l'allaitement. Laisser d'abord le bébé lécher de temps à autre le mamelon, puis donnez-lui un peu le sein tout en continuant l'alimentation à la tasse et passez à l'allaitement lorsque le bébé peut téter correctement et efficacement.

Quantité et fréquence

La fréquence des tétées dépend de la quantité de lait par tétée que le bébé peut tolérer et du montant quotidien requis en fonction de son poids. À titre indicatif, le volume par tétée pour un petit prématuré nouveau-né devrait augmenter régulièrement de 5,0 ml par jour ou tous les deux jours. Les tableaux 1 et 2 sont de bons repères pour calculer le volume des tétées.

Si le bébé ne grandit pas et si son abdomen n'est pas distendu et qu'il ne vomit pas, les quantités peuvent être augmentées. La dose maximale est normalement de 200 ml quotidiens par kg répartis sur huit tétées.

Les très petits bébés doivent être nourris toutes les deux heures, les bébés plus gros toutes les trois heures. S'il y a lieu, réveillez la mère et le bébé pendant la journée et la nuit pour garantir une alimentation régulière.

N'oubliez pas : les prématurés ne s'alimentent pas toujours à la demande, ils peuvent donc avoir besoin d'être nourris selon un programme

Quantité quotidienne de lait (ou de liquide) nécessaire selon le poids à la naissance et l'âge

Poids à la naissance	Allaiter toutes les	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6 à 13	Jour 14
1 à 1,49 kg ≥ 1,5 kg	2 heures 3 heures	60 ml/kg	80 ml/kg	90 ml/kg	100 ml/kg	110 ml/kg	120 à 180 ml/kg	180 à 200 ml/kg

Quantité approximative de lait maternel nécessaire par tétée selon le poids à la naissance et l'âge

Poids à la naissance	Nombre de tétées	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6 à 13	Jour 14
1 kg	12	5 ml/kg	7 ml/kg	8 ml/kg	9 ml/kg	10 ml/kg	11 à 16 ml/kg	17 ml/kg
1,25 kg	12	6 ml/kg	8 ml/kg	9 ml/kg	11 ml/kg	12 ml/kg	14 à 19 ml/kg	21 ml/kg
1,5 kg	8	12 ml/kg	15 ml/kg	17 m/kg	19 ml/kg	21 ml/kg	23 à 33 ml/kg	35 ml/kg
1,75 kg	8	14 ml/kg	18 ml/kg	20 ml/kg	22 ml/kg	24 ml/kg	26 à 42 ml/kg	45 ml/kg
2 kg	8	15 ml/kg	20 ml/kg	23 ml/kg	25 ml/kg	28 ml/kg	30 à 45 ml/kg	50 ml/kg

Les tableaux 1 et 2 sont adaptés du Manuel 2003 des SMK de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Encouragez le démarrage de l'allaitement dès que le bébé manifeste des signes d'intérêt. Au début, le bébé peut ne pas téter suffisamment, mais même de brèves tétées stimulent la production de lait et contribuent à ce que le bébé s'habitue à téter. Rassurez constamment la mère et aidez-la à allaiter le bébé. Au fur et à mesure que le bébé grandit, remplacez progressivement les tétées programmées par un allaitement à la demande.

Lorsque le bébé passe à l'allaitement exclusif et qu'il n'est pas possible d'évaluer le volume de lait ingéré, le gain de poids demeure le seul moyen d'estimer si l'allaitement est adéquat.

2.10 La consultation postnatale

La première consultation post natale se déroule habituellement à la 6ème semaine après l'accouchement. Cependant elle peut être précéder d'une consultation au 6ème jour après l'accouchement.

La consultation post natale comprend les éléments suivants:

Interrogatoire

Il faut recevoir la mère et son nouveau-né dans une salle propre et bien aéré. Il faut poser à la mère les questions sur:

- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux
- Le déroulement de la dernière grossesse et du dernier accouchement
- Les évènements depuis l'accouchement
- La santé du nouveau-né, son alimentation
- L'alimentation de la mère, la sexualité, la notion de contraception, les habitudes de vie (alcool, tabac, drogue ?)

Il faut examiner le carnet de consultation prénatale de la dernière grossesse si la femme l'a amené avec elle.

Examen de la mère

Etat général

- Apprécier l'apparence générale de la femme, son état nutritionnel et la coloration des conjonctives
- rechercher un œdème des membres inférieurs

Signes vitaux

- Déterminer : poids, tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire

Examen des seins

- Apprécier la montée laiteuse
- Observer la mère mettre l'enfant au sein
- Rechercher : douleur à la palpation, nodule du sein, gerçures, etc.

Examen abdominal

Apprécier les éléments suivants:

- Tonicité de la paroi abdominale
- Existence d'une organomégalie (foie, rate, etc.)
- Fond utérin?, sensibilité de l'utérus?

Examen génital

- Lochies ou leucorrhées? abondance, odeur
- Cicatrice du périnée?
- Recherche d'un prolapsus génital ou d'une incontinence urinaire en demandant à la femme de pousser comme si elle allait à la selle.

Examen des autres appareils

- Il faut terminer par l'examen du cœur, des poumons, appareil locomoteur, etc.

Examen du nourrisson

Il faut examiner le nourrisson de la tête au pied.

Soins

Dépistage de maladies :

- Il faut proposer le dépistage du VIH, de la syphilis si ce cela n'a pas été fait pendant la grossesse.

Vaccinations :

- Il faut compléter éventuellement le vaccin antitétanique de la mère.
- Vérifier que les vaccins du nouveau-né sont à jour selon le calendrier vaccinal.

Prévention du paludisme et de l'anémie :

- Il faut conseiller à la femme d'utiliser pour elle et son nourrisson une moustiquaire imprégnée d'insecticide.
- Fournir du fer et de l'acide folique à prendre jusqu'à 3 mois après l'accouchement

Conseils :

- Préparation aux complications et signes de danger.
- Il faut enseigner à la mère les signes de danger concernant elle-même et son nouveau-né.
- Il faut également discuter d'un plan de préparation aux complications et d'un mécanisme de référence en cas de besoin.

Signes de danger pour la mère

- Saignement vaginal
- Difficulté à respirer
- Fièvre
- Douleurs abdominales intenses
- Maux de tête intenses
- Convulsions et/ou perte de connaissance
- Pertes vaginales malodorantes
- Douleur au mollet avec ou sans œdème
- Troubles de l'humeur ou du comportement

Signes de danger pour le nouveau-né

- Difficulté respiratoire
- Convulsions ou perte de connaissance
- Cyanose
- Fièvre
- Saignement ou pus au niveau du cordon

- Ictère
- pâleur des conjonctives
- Diarrhée
- Vomissement persistant ou distension abdominale
- Refus de téter
- Léthargie

Conseils sur l'allaitement :

- Il faut conseiller la mère sur la technique et les bienfaits de l'allaitement et son rôle comme moyen contraceptif si les conditions de la MAMA sont réunies.

Nutrition

Il faut donner les conseils nutritionnels suivants à la mère :

- Avoir une alimentation équilibrée avec une variété d'aliments

Du fait de l'allaitement:

- Avoir une alimentation apportant 300–500 calories supplémentaires
- Manger des aliments riches en calcium (légumes à feuilles vertes, riz, sardines et produits laitiers)
- Boire 2 litres de liquide par jour et une tasse chaque fois qu'elle donne le sein a l'enfant
- Varier les liquides y compris le lait, l'eau et les jus
- Eviter l'alcool, le tabac qui peuvent diminuer la production de lait.
- Prendre des micronutriments
- Se reposer suffisamment et éviter les travaux fatigants

Planification familiale

Il faut insister sur:

- La MAMA durant les 6 premiers mois du post partum comme méthode de contraception
- La notion d'Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé : expliquer à la femme qu'elle doit attendre au moins 2 ans avant de démarrer une nouvelle grossesse

Sexualité

Il faut discuter de la reprise de la sexualité et de ses implications à savoir IST/VIH, grossesse, etc.

Soins du nourrisson:

- Il faut insister sur les bonnes pratiques en matière d'allaitement et d'alimentation du nourrisson, sur les pratiques nuisibles (gavage, alimentation mixte si VIH+, etc.)

MODULE 3 SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE DE BASE

3.1 Evaluation initiale rapide

3.2 Prise en charge du choc

3.3 Saignement vaginal en début de grossesse

3.4 Avortement et soins après avortement

3.5 Menace d'accouchement prématuré (MAP)

3.6 Saignement en fin de grossesse ou pendant le travail

3.7 Céphalées, vision floue, convulsions ou pertes de connaissance, tension artérielle élevée

3.8 Fièvre pendant la grossesse

3.9 Déroulement anormal du travail

3.10 Dystocie du Siège

3.11 Prise en charge de la dystocie d'épaule

3.12 Procidence du cordon

3.13 Saignement vaginal après l'accouchement

3.14 Fièvre pendant le travail et après l'accouchement

3.15 Réanimation du nouveau-né

3.16 Prévention des infections

3.17 Système de référence et contre référence

Introduction

Les 7 fonctions pour les SONU de base sont :

- Administration parentérale des antibiotiques (IM ou IV)
- Administration de médicaments ocytociques (IM ou IV)
- Administration d'anticonvulsivants (IM ou IV)
- Délivrance artificielle
- Extraction des produits retenus de la conception par AMIU
- Accouchement par voie basse avec assistance (ventouse obstétricale)
- Réanimation du nouveau-né

Tout centre de santé doit pouvoir assurer l'ensemble de ces fonctions. Toute pathologie qui dépasse les compétences du personnel du centre de santé doit être référée au niveau de l'hôpital de district.

3.1 Evaluation initiale rapide

Pour pouvoir instituer rapidement un traitement, il est nécessaire de pouvoir reconnaître immédiatement le problème en cause et d'agir rapidement. Les conditions requises pour cela sont les suivantes:

- Avoir un personnel formé – réceptionnistes, gardes, concierges et standardistes compris – à réagir selon les règles dont il aura été convenu (« sonner l'alarme », appeler à l'aide) lorsqu'une femme présentant une urgence obstétricale ou une complication de la grossesse arrive dans une FOSA ou lorsque celle-ci est informée qu'une femme y est transférée;
- Faire participer le personnel à des exercices cliniques ou à des exercices d'urgence afin de s'assurer qu'il est paré à ce genre d'éventualités à tous les niveaux;
- Veiller à ce que l'accès ne soit pas entravé (à ce que les clés soient accessibles), à ce que le matériel soit en état de marche (vérification quotidienne) et à ce que le personnel soit convenablement formé à s'en servir;
- Etablir des protocoles (et s'assurer que le personnel sait les appliquer) pour reconnaître les urgences véritables et savoir immédiatement quelle est la conduite à tenir;
- Former le personnel à identifier précisément, dans la salle d'attente, les femmes – même celles qui sont venues pour une consultation de routine – dont l'état justifie que le professionnel de santé s'occupe d'elles rapidement, voire immédiatement, et qui doivent par conséquent passer au début de la file d'attente. En effet, elles doivent être vues immédiatement par un professionnel de santé;
- Convenir de modalités pour dispenser les femmes présentant une urgence du règlement des honoraires, au moins provisoirement.

3.1.1 Quelles sont les étapes de l'évaluation initiale

Les prestataires ont besoin d'un système ou d'une méthode qui devienne une routine lorsqu'ils examinent et décident d'un plan de soins pour une femme se présentant avec un problème. Pour cela, les étapes suivantes sont à considérer:
Etape 1 : Faire un interrogatoire ciblé
Etape 2 : Effectuer un examen physique ciblé
Etape 3 : Identifier les besoins et problèmes
Etape 4 : Faire un plan de soins basé sur les besoins et problèmes identifiés

Etape 1 : Faire un interrogatoire ciblé

Lorsqu'un client se présente dans une structure sanitaire, il/elle aura habituellement une plainte principale. Pour organiser les données que vous rassemblez au cours de l'interrogatoire et de l'examen physique, vous ferez d'abord une note mentale de tous les problèmes/diagnostics que la plainte principale est susceptible d'accompagner.

Exemple

Lorsqu'une femme enceinte se présente à la structure sanitaire avec des saignements à 38 semaines de grossesse, vous savez que cela pourrait être le début du travail de l'accouchement, un cas d'un hématome rétro-placentaire, d'une rupture utérine ou de placenta prævia. Toutes les informations que vous rassemblerez auront pour but de confirmer ou d'exclure ces diagnostics principaux.

Dans cette étape, vous poserez des questions spécifiques sur la plainte, de sorte que vous puissiez en déterminer la cause ou poser un diagnostic. Veiller à ce que la femme se sente la bienvenue. L'aider à se sentir à l'aise avec ce que vous faites. Trouver un endroit intime pour parler. Poser vos questions de manière aimable et attentive. Soigneusement écouter toutes les réponses. Ces réponses sont importantes et vous aideront à identifier les problèmes.

Ecrire les points importants de ces réponses, de sorte à ne pas oublier. Il existe deux types d'interrogatoires:

- Un interrogatoire ciblé qui est pratiqué lorsqu'un client se présente avec une plainte. Vous construirez vos questions autour de la plainte du client et vous aurez les informations qui vous aideront à identifier les problèmes ou poser un diagnostic. Vous voulez relever les antécédents du client et connaître tout sur ce qui s'est passé.

Exemple, suite …

Vous pouvez poser des questions sur les signes et symptômes suivants pour vous aider à établir un diagnostic:

Avez- vous des pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang ? Ceux-ci sont des signes de l'expulsion du bouchon muqueux et pourraient vous aider à faire un diagnostic du début du travail de l'accouchement.

Votre bébé, bouge-t-il bien? Avez-vous remarqué un changement de mouvements? Rappelez-vous que la faiblesse / absence des mouvements fœtaux sont des symptômes clés de l'hématome rétroplacentaire ou d'une rupture utérine.

Avez-vous des douleurs abdominales? Comment pourriez-vous les caractérisez? Rappelez-vous que les douleurs abdominales intermittentes ou constantes sont des symptômes clés de l'hématome rétroplacentaire, alors qu'une forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) accompagnée d'un abdomen sensible sont des symptômes clés de rupture utérine.

Le saignement, a-t-il été être précipité par les rapports sexuels? Rappelez-vous qu'un saignement précipité par les rapports sexuels est un signe clé du placenta prævia.

- L'interrogatoire de routine est pratiqué pour toute femme venue en consultation de routine prénatale, après accouchement ou de planning familial. Chaque personne venue pour des soins se verra poser les mêmes questions, et les informations seront consignées sur une fiche standard.

Situations exigeant un bilan initial rapide

Si une femme vient avec une urgence, vous poserez très peu de questions car une action immédiate peut s'avérer nécessaire. Il se peut que vous soyez obligé de poser vos questions au parent accompagnant la femme.

Une femme a besoin qu'on s'occupe d'elle rapidement si elle présente un des signes suivants:

- Pertes vaginales gluantes et filantes, teintées de sang (bouchon muqueux) accompagnées de contractions décelables au toucher
- Membranes rompues
- Pâleur
- Asthénie
- Evanouissement
- Céphalées sévères
- Vision floue
- Vomissements
- Fièvre
- Détresse respiratoire
- Il convient alors de la faire passer au début de la file d'attente et de la traiter au plus vite.
- Saignements vaginaux
- Douleurs abdominales

Etape 2 : Effectuer un examen physique ciblé

Effectuer un examen physique ciblé. Ce type d'examen est fait lorsqu'un client se présente avec une plainte. Vous construirez l'examen physique autour de la plainte, et vous obtiendrez les informations utiles pour identifier les problèmes ou poser un diagnostic. Examiner les parties corporelles concernées par la liste de problèmes/diagnostics probables et par les informations rassemblées dans l'étape 1.

Exemple, suite

Vous devez vous souvenir de la liste des diagnostics probable que vous avez faite : le début du travail de l'accouchement, un cas d'un hématome retro-placentaire, d'une rupture utérine ou de placenta prævia. Vous devez effectuer l'examen suivant pour vous aider à poser un diagnostic:

Faire une évaluation rapide de l'état général de la patiente, en particulier des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température) – pour chercher les signes du choc

Rappelez-vous que le prestataire ne doit pas faire de toucher vaginal avant de savoir que le saignement ne s'agit pas d'un placenta prævia.

Palper l'abdomen pour détecter une distension, tendresse, douleur à la palpation, la forme de l'utérus, la présentation et position du fœtus, et la consistance utérine – pour chercher les signes d'un hématome rétroplacentaire (utérus distendu/sensible) ou d'une rupture utérine (abdomen sensible, distension abdominale/liquide libre, forme anormale de l'utérus, parties du corps fœtal aisément palpables).

Observer et palper l'abdomen pour évaluer les mouvements fœtaux - pour chercher les signes d'un hématome rétroplacentaire (faiblesse / absence des mouvements fœtaux) ou d'une rupture utérine (absence des mouvements fœtaux).

Mesurer la taille utérine—pour estimer l'âge gestationnel et évaluer la correspondance avec l'âge gestationnel estimé par la dernière date des règles.

Vérifier les contractions utérines pour savoir la fréquence et durée des contractions et pour vérifier si l'utérus se détend entre les contractions—pour chercher les signes d'un hématome rétroplacentaire (douleurs abdominales intermittentes ou constantes) ou d'une rupture utérine (forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture).

Ecouter les bruits du cœur fœtal pour évaluer l'état du fœtus—pour chercher les signes d'un hématome rétroplacentaire (souffrance fœtale ou absence des bruits du cœur fœtal) ou d'une rupture utérine (absence des bruits du cœur fœtal).

Examiner les organes génitaux externes (vulve et périnée) pour détecter un saignement/écoulement anormal, inflammation ou lésions—pour vérifier que le saignement est d'origine utérine ou du périnée.

Il y a deux types d'examen physique, l'examen ciblé et l'examen de routine. Vous Ce dernier est un examen corporel général ou complet. Dans le cas d'une femme inscrite pour des soins prénatals, il vous faudra connaître la condition de son corps tout entier. Un examen corporel général peut aussi vous aider à trouver des problèmes que la femme elle-même n'a pas reconnus.

Etape 3 : Identifier les besoins et problèmes

Grâce aux informations de l'étape 1 et 2, vous pourrez identifier les problèmes éprouvés par la femme. Vous y parviendrez en réfléchissant sur vos constatations, les déclarations de la femme (antécédents) et les résultats de l'examen physique. Vous comparerez les résultats avec ce que vous savez est normal, pour déterminer si l'état est normal ou s'il y a un problème.

Si tous les résultats sont normaux, un problème clinique n'existe pas. Vous poursuivrez pour identifier les besoins de la femme. Ce sont notamment, les choses dont les femmes ont besoin pour rester en bonne santé, par exemple, les signes de danger pendant la grossesse, les signes du commencement du travail de l'accouchement, le vaccin antitétanique, le counseling alimentaire et la prévention des IST/VIH.

Si les résultats indiquent qu'il y a un problème, vous comparerez les résultats anormaux avec vos connaissances ou notes de références sur les diagnostics. Si vos résultats ressemblent à ceux d'un diagnostic (par exemple, le début du travail de l'accouchement, le placenta prævia ou l'hématome rétroplacentaire), vous déterminerez le diagnostic. Il est parfois difficile de déterminer un diagnostic précis. Dans ce cas, il suffit de documenter le problème et de référer la femme pour un diagnostic médical.

Il est important que tous les problèmes et besoins de la femme soient traités, et non seulement le problème qui l'a poussée à venir vers vous. Elle peut être venue pour une seule plainte ou question. Veiller à écrire tous les problèmes ou besoins sur son dossier/fiche de planification familiale.

Etape 4 : Faire un plan de soins

Vous déciderez de ce qu'il faut faire pour résoudre chaque problème ou combler chaque besoin. Les actions suivantes devront être envisagées pour chaque problème ou besoin, et vous devez décider de celles qu'il faudra faire en premier lieu, en deuxième, et ainsi de suite. Parfois, le traitement médical sera le premier besoin. Par exemple, si une femme se présente avec une très grande fatigue, vous testerez son hémoglobine avant de lui administrer un traitement, l'éduquer, lui prodiguer du counseling ou la référer.

Traitement médical. Selon la cause, vous allez choisir les soins d'urgence, la procédure ou le traitement indiqué en suivant les Protocoles Cliniques. Par exemple, si elle évoque un choc, vous allez commencer le traitement du choc

Education, pour permettre à la femme d'apprendre à bien s'occuper d'elle-même. Par exemple, si elle a expulsé un bouchon muqueux, elle devrait connaître les signes du début du travail de l'accouchement. Malgré le diagnostic, il faut toujours profiter de la présence de la femme pour lui apprendre comment prévenir les IST/VIH, les signes de danger, la préparation pour l'accouchement, et où aller si elles développent l'un des signes de danger.

Counseling. Aider la femme à comprendre les problèmes ou besoins. Travailler avec elle pour trouver un moyen de traiter le problème ou combler les besoins. Par exemple, si elle a un hématome rétroplacentaire, vous allez lui parler du mécanisme de la maladie, des modalités du traitement, du besoin du transfert à un niveau supérieur pour suivre le traitement, de comment elle doit se sentir avec le traitement, du besoin de chercher un donneur du sang dans le cas où elle a besoin d'une transfusion sanguine, etc.

Tests de laboratoire ou autres investigations. Ce sont notamment les tests de laboratoires, les examens radios, suivre les directives du Protocole Clinique pour l'utilisation correcte de ces méthodes, afin d'obtenir davantage d'informations sur le problème. Pour l'exemple de saignement en fin de grossesse et pendant le travail, vous pouvez demander des tests de laboratoire suivants, si possible et nécessaire, pour vous aider à poser le diagnostic :

- Test de groupe sanguin et de compatibilité
- Taux d'hémoglobine

Références. Recourir à d'autres ressources dans la zone, telles que les médecins, hôpitaux, programmes éducatifs, groupements féminins ou organisations caritatives, pour l'aider à satisfaire ses besoins. Pour l'exemple de saignement en fin de grossesse et pendant le travail, vous devez recourir à d'autres ressources dans le cas où vous n'arrivez pas à poser un diagnostic ou si vous pensez que les soins vous dépassent.

Prévoir le suivi. Si vous décidez de garder la femme dans l'infrastructure sanitaire, lui expliquer comment son état sera suivi – examens, surveillance, etc. Si vous constatez qu'elle

n'a pas un problème médical et qu'elle n'a pas besoin d'être gardée dans l'infrastructure sanitaire, la remercier pour être venue vous voir, et lui demander de revenir pour le suivi. Lui expliquer pourquoi vous voulez qu'elle revienne. Veiller à ce qu'elle connaisse les signes de danger pour son diagnostic, et souligner qu'elle doit revenir immédiatement si elle constate un signe de danger. Lorsque vous programmez la visite, le moment devra dépendre de la gravité de son problème et du temps nécessaire pour son amélioration. Vous pouvez être amené à la revoir dans 24 heures, 3 jours, 2 semaines ou plus tard. Si elle risque de développer une grave complication à cause de son problème, elle devra être vue fréquemment jusqu'à ce qu'elle soit hors de danger.

3.1.2 Comment les soins doivent-ils être documentés?

Les femmes peuvent recevoir des soins auprès de nombreux prestataires. Il est essentiel de documenter soigneusement tous les soins dispensés, pour en assurer leur continuité.

Points clés, en même temps que l'enregistrement de la date et du temps :

- Tous les symptômes, sur la base des déclarations de la femme
- Les résultats à partir de l'examen physique et des informations de laboratoire
- Les problèmes et besoins identifiés.

Lorsque vous écrivez le plan de soins, veiller à ce qu'il soit conçu de manière à répondre aux problèmes et besoins identifiés. Pour chaque problème/besoin identifié, écrire les informations suivantes:

- Traitement prescrit
- Prophylaxie prescrite
- Examens de laboratoire et autres demandés
- Counseling et éducation dispensés
- Références/orientations effectuées
- Date de retour aux soins

Tous les points devraient être soigneusement et clairement écrits sur sa fiche, dans le registre et dans tous autres supports d'information utilisés au niveau des FOSA.
Lorsque l'enregistrement est bon et complet, les soins sont habituellement bons et complets.

3.1.3 Comment les soins de suivi sont-ils planifiés?

Les femmes peuvent recevoir des soins auprès de nombreux prestataires. Il est essentiel de documenter soigneusement tous les soins dispensés, pour en assurer leur continuité.

Répéter la méthode de résolution de problème lorsque vous voyez la cliente à sa prochaine visite. En répétant la méthode de résolution de problème, vous saurez si le problème est réglé, resté le même ou s'il a empiré. Vous aurez peut-être besoin de développer un nouveau plan pour la traiter. Il se peut qu'elle doive se faire répéter les informations pour être sûre de comprendre. Il se peut qu'elle ait besoin de médicaments ou traitements différents ou d'être orientée vers un médecin ou hôpital. Vous verrez aussi s'il n'y a pas d'autres nouveaux problèmes ou des besoins différents. Se rappeler d'enregistrer vos actions. Un rapport clair dans le dossier de la cliente aidera d'autres à continuer la dispense de soins de qualité.

Après avoir pris l'action appropriée, vous verrez la femme de nouveau et répéterez le processus :

Etape 1 : vous allez faire une interrogation ciblée pour savoir si le traitement / le plan de soins a réussi et que la femme aille mieux. Pour l'exemple de saignement en fin de grossesse et pendant le travail, vous allez demander si la femme a toujours les mêmes plaintes que lorsqu'elle est venue se faire consulter.

Etape 2 : vous allez faire un examen physique ciblé pour vous rassurer que tous les signes aient disparu ou aillent mieux. Pour l'exemple de saignement en fin de grossesse et pendant le travail, vous allez répéter uniquement les examens qui ont souligné un problème ainsi que les examens qui vont vous aider à évaluer l'état du fœtus et de la femme..

Etape 3 : vous allez établir une nouvelle liste de problèmes / besoins ou décider que les problèmes ont été résolus. Pour le cas de la dysurie, vous allez décider si le traitement a été efficace ou s'il y a d'autres problèmes soulignés lors de la visite.

Etape 4 : vous allez planifier les soins. Pour l'exemple de saignement en fin de grossesse et pendant le travail, vous allez décider si vous avez encore besoin de la voir et d'autres actions à prendre, ou si vous pouvez suivre le même plan d'action établi lors de la première visite. En plus, vous allez décider si vous avez encore besoin de la revoir.

Résumé des étapes de l'évaluation initiale

Avec tous les clients, se souvenir qu'il y a des étapes à suivre. Dresser la liste de tous les problèmes que le client est susceptible d'avoir, et puis, suivre les étapes suivantes pour poser un diagnostic:

Etape 1 : faire un interrogatoire ciblé

- Relever les antécédents du client qui orientent vers une pathologie précise

Etape 2 : effectuer un examen physique ciblé:

- Faire un examen physique
- Effectuer des tests de laboratoire

Etape 3 : identifier les besoins et problèmes

- Etudier toutes les informations
- Identifier les problèmes/besoins
- Lister les problèmes et besoins

Etape 4 : faire un plan de soins basé sur les besoins et problèmes identifiés

- Faire un plan de soins
- Prendre les actions appropriées
- Administrer les traitements, médicaments
- Donner une éducation générale
- Faire des recommandations pour des problèmes spécifiques
- Effectuer d'autres tests de laboratoire ou autres examens, au besoin
- Référer, au besoin
- Enregistrer les informations
- Programmer un rendez-vous de visite de retour pour:
- Répéter entièrement la méthode de résolution de problème
- Evaluer l'évolution ou l'amélioration
- Refaire les tests de laboratoire au besoin

3.1.4 Tableau d'évaluation initiale rapide : signes, symptômes/syndromes, CAT

Evaluer	Signes de danger	Penser à	CAT
Détresse respiratoire	**Rechercher** : ▪ Une cyanose (coloration bleue) ▪ Une détresse respiratoire **Examiner** : ▪ La peau : pâleur ▪ Les poumons : sibilance ou râles	▪ Anémie sévère ▪ Insuffisance cardiaque ▪ Pneumonie ▪ Asthme	1. Stabiliser ▪ Si la patiente ne respire pas, – Appeler à l'aide – Laisser la patiente couchée sur le dos, la tête en légère extension (vers l'arrière) – Relever le menton pour dégager les voies aériennes – Inspecter la bouche à la recherche de corps étrangers et les retirer si besoin, – 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 toujours avec des difficultés, – Vérifier les signes vitaux (TA, poules, fréquence respiratoire) 2. Référer immédiatement vers l'Hôpital
Choc	**Rechercher/Examiner** (signes de choc) ▪ Perte de connaissance ▪ Anxiété, désorientation, ▪ Transpiration (peau moite, extrémités froides) ▪ Pouls rapide (110 btts/min ▪ ou plus et filant), ▪ Respiration (30 mouvements ou plus par minute) ▪ TA basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg)	▪ Avortement incomplet ▪ GEU rompue, ▪ Décollement prématuré du placenta, ▪ Placenta prævia ▪ Rupture utérine ▪ Atonie utérine, ▪ Rétention placentaire ▪ Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales, ▪ Sepsis (métrite, péritonite)	1. Stabiliser ▪ Appeler à l'aide ▪ Tourner la patiente de côté afin de limiter le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies respiratoires, ▪ Réchauffer, ▪ Surélever les jambes de la patiente pour assurer une bonne irrigation cérébrale ▪ Perfusion IV (60 gouttes/mn de soluté isotonique ou de Ringer lactate) ▪ Surveiller : TA, pouls mouvements respiratoires 2. Référer dès l'état de la patiente le permet

Evaluer	Signes de danger	Penser à	CAT
Saignement vaginal (en début ou en fin de grossesse ou après l'accouchement)	**Demander si:** ▪ Enceinte : si oui, depuis combien de temps ▪ Présence de douleurs abdominales ▪ Si grossesse plus de 22 SA, ▪ Accouchement récent ▪ Placenta expulsé ▪ Saignement lent et continu ? **Examiner**: ▪ Vulve : importance du saignement, ▪ Vagin : déchirures, débris placentaires, ▪ Col : déchirures, débris placentaires ▪ Utérus : atonie, rétention placentaire ▪ Vessie : pleine NE PAS FAIRE D'EXAMEN VAGINAL À CE STADE	**Avortement** ▪ Grossesse ectopique ▪ Grossesse môlaire (voir **Saignement vaginal en début de grossesse**) ▪ Hématome rétroplacentaire ▪ Rupture utérine ▪ Placenta prævia (voir **Saignement vaginal en fin de grossesse et pendant le travail**) ▪ Atonie utérine ▪ Déchirures cervicales et vaginales ▪ Rétention placentaire ▪ Inversion utérine (voir **Saignement vaginal après l'accouchement**)	Stabiliser ▪ Déterminer la cause du saignement en fonction de l'âge gestationnel et traiter en conséquence Si nécessaire, référer
Perte de connaissance ou convulsions	**Demander si**: ▪ Enceinte : si oui, depuis combien de temps **Examiner**: ▪ Tension artérielle : élevée (TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm HG) ▪ Température : 38 °C ou plus	**Eclampsie** : ▪ Paludisme ▪ Epilepsie ▪ Tétanos (voir **Convulsions ou perte de connaissance**)	Stabiliser, ▪ Appeler à l'aide (mais ne pas laisser la patiente seule afin d'éviter qu'elle se blesse) ▪ Si perte de connaissance : ▪ Vérifier si les voies aériennes sont libres, ▪ Allonger la patiente du côté gauche et la caler avec deux oreillers, ▪ Vérifier si le cou n'est pas raide (éliminer une méningite ou un tétanos) ▪ Si convulsions, éviter qu'elle n'inhale les vomissures et dégager les voies respiratoires ▪ Sulfate de magnésie (4 g en IV en 5mn) si absence de sulfate de magnésie, faire du diazépam 10 mg dilués avec 5 cc d'eau distillée en IV en 2 mn Référer pour meilleure prise en charge

Evaluer	Signes de danger	Penser à	CAT
Fièvre (température > 38°C et plus)	**Demander si**: ▪ Faible, léthargique ▪ Mictions fréquentes et douloureuses **Examiner**: ▪ Température : 38 °C ou plus ▪ Perte de connaissance ▪ Nuque raide ▪ Poumons : respiration superficielle, foyers de condensation massive ▪ Abdomen : extrêmement ▪ Sensible ▪ Vulve : collection suppurée ▪ Seins : sensibles	▪ infection urinaire ▪ paludisme (voir **Fièvre pendant la grossesse ou le travail**) ▪ Endométrite ▪ Abcès pelvien ▪ Péritonite ▪ Infection mammaire (voir **Fièvre après l'accouchement**) ▪ complications de l'avortement (voir **Saignement vaginal en début de grossesse**) ▪ Pneumonie (voir **Difficultés respiratoires**)	Stabiliser : ▪ Administrer 2g d'ampicilline en IV ▪ Prendre une voie veineuse avec un soluté isotonique ▪ Goutte épaisse, ▪ Corps cétoniques Référer pour de meilleurs soins
Douleurs abdominales	**DEMANDER SI** : ▪ Enceinte : si oui, depuis combien de temps **Examiner** : ▪ Tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg) ▪ Pouls : rapide (110 btts/min ou plus) ▪ Température : 38 °C ou plus ▪ Utérus : gravide	▪ Avortement ▪ Grossesse ectopique ▪ Grossesse môlaire ▪ Hématome rétroplacentaire ▪ Rupture utérine ▪ Amniotite ▪ Kyste de l'ovaire ▪ Appendicite ▪ Menace d'accouchement prématuré ▪ Amniotite	▪ Etablir le diagnostic présomptif, ▪ Prendre en charge ce qui est du ressort du centre de santé (avortement) Référer pour les autres causes

3.2 Prise en charge du choc [9,10,11,12]

Définition

Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux. C'est une affection qui met la vie de la femme en danger et qui nécessite un traitement immédiat et intensif.

3.2.1 Identifier le choc

Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux. C'est une affection qui met en danger le pronostic vital et qui nécessite un traitement immédiat et intensif.

Redouter ou s'attendre à un choc si la patiente présente au moins un des problèmes suivants:

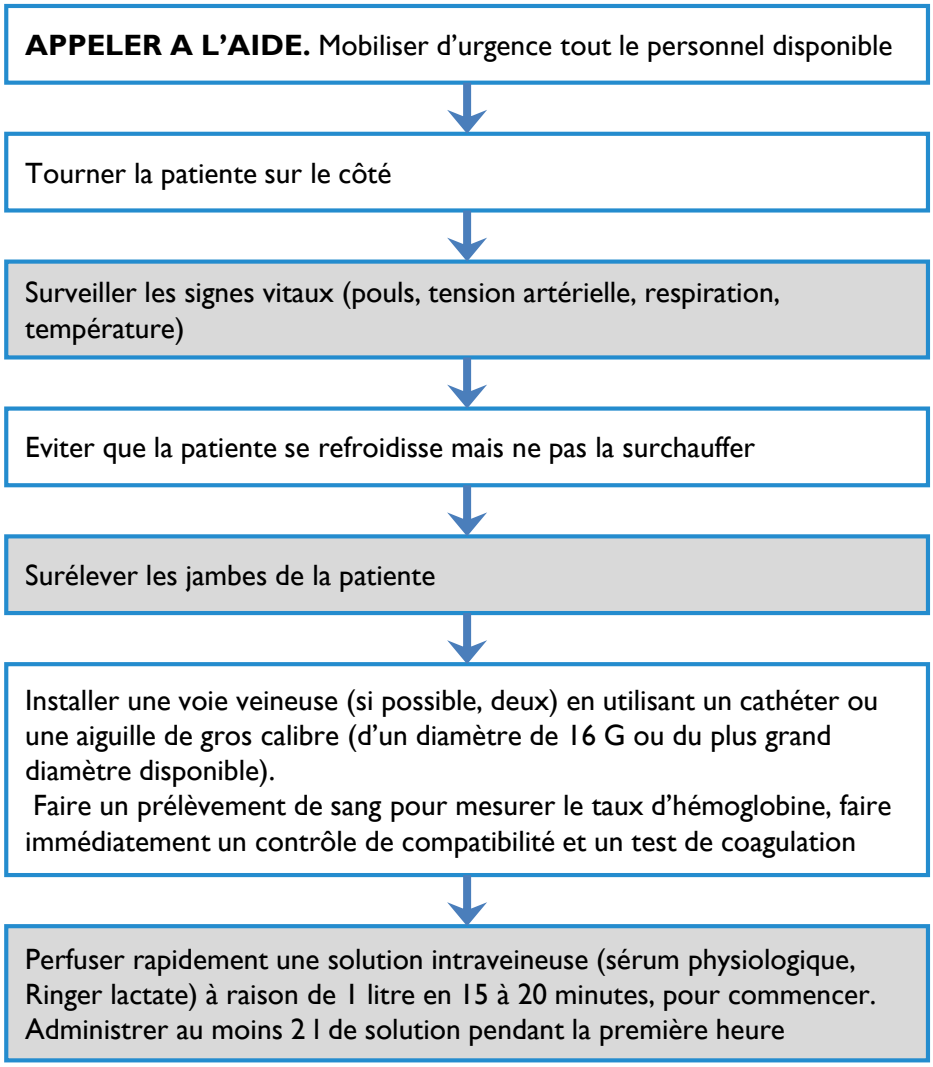
- Saignement en début de grossesse (avortement, grossesse ectopique ou grossesse môlaire, par exemple);
- Saignement en fin de grossesse ou pendant le travail (placenta prævia, hématome rétro placentaire, rupture utérine, par exemple);
- Saignement après l'accouchement (rupture utérine, atonie utérine, lésions traumatiques des voies génitales, rétention placentaire partielle ou complète, par exemple);
- Infection (avortement non médicalisé ou avec complications infectieuses, amniotite, endométrite ou pyélonéphrite, par exemple);
- Trauma (lésion traumatique de l'utérus ou de l'intestin pendant un avortement, rupture utérine, lésions traumatiques des voies génitales, par exemple).

Le choc est une urgence qui met la vie de la femme en danger ! Diagnostiquer un choc si la patiente présente les symptômes ou signes cliniques suivants:

- Pouls rapide et filant (110 btts/min ou plus);
- Tension artérielle basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg).
- Il existe d'autres symptômes et signes cliniques de choc tels que:
  - pâleur (en particulier des conjonctives, de la paume des mains et du contour de la bouche);
  - sueurs ou peau moite, extrémités froides;
  - respiration rapide (30 respirations par minute ou plus);
  - anxiété, confusion, perte de connaissance;
  - débit urinaire très faible (inférieur à 30 ml/h).

[9] *Adapté de* : Marshall, MA., Buffington, ST,. *Life Saving Skills : A manual for midwives.* Washington, D.C. : ACNM, 1998.
[10] *Adapté de* : OMS. *Managing complications in pregnancy and childbirth : A guide for midwives and doctors.* Genève, Suisse : OMS, 2001.
[11] Guides d'apprentissages : MNH/Jhpiego.
[12] *Adapté de* : AMDD, MNH/Jhpiego. *Soins obstétricaux d'urgence à l'intention du médecin et de la sage-femme : Cahier du Formateur.* MNH/Jhpiego : Baltimore, janvier 2004.

Algorithme de la PEC du Choc



3.2.2 Comportement à adopter en cas d'urgence

Prise en charge dans l'immédiat

- APPELER A L'AIDE. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- 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.
- Eviter que la patiente se refroidisse mais ne pas la surchauffer car cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.
- Surélever les jambes de la patiente afin de permettre au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit).

Prise en charge spécifique

Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant un cathéter ou une aiguille de gros calibre (d'un diamètre de 16 G ou du plus grand diamètre disponible). Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la patiente (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.

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

Note : les solutions de dextrose sont des liquides inadéquats de remplissage. Ne pas les utiliser, à moins qu'il n'existe aucune autre possibilité. Ne pas utiliser le plasma ou de l'eau pure.

Administrer au moins 2 l de solution pendant la première heure, ce qui est supérieur aux quantités de liquides de remplissage vasculaire indiquées pour compenser les pertes de sang en cours.

Note : pour traiter un choc résultant d'une hémorragie, il est nécessaire de perfuser à un débit plus important afin de remplacer 2 à 3 fois le volume estimé de sang perdu.

Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.

S'il est impossible de mettre en place une voie veineuse, référer et continuer à surveiller les signes vitaux (toutes les 15 minutes) et la perte de sang.

Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire.

Les gestes pendant le transfert de la femme à l'hôpital :

- La maintenir au chaud, sans la surchauffer.
- Maintenir ses pieds et jambes un peu plus haut que sa tête et continuer la perfusion.

Se rappeler de prendre le dossier médical de la femme, notamment toutes les actions prises jusqu'à ce moment, de sorte que le médecin puisse avoir autant d'informations que possible à son sujet.

Aider la femme et sa famille à comprendre ce qui se passe afin qu'elles ne soient pas trop effrayées et nerveuses.

Toujours aller avec la femme chez le médecin ou à l'hôpital afin de pouvoir prendre soin d'elle pendant le déplacement.

L'aider, ainsi que sa famille, pour qu'elles n'aient pas trop peur et dire au médecin ce qui ne va pas avec elle.

3.3 Saignement vaginal en début de grossesse

Problème

- Un saignement vaginal survient au cours des 22 premières semaines de la grossesse.

Prise en charge générale

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, notamment les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- Si l'état de la patiente évoque un choc, commencer immédiatement le traitement. Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si un choc survient, il est important de commencer le traitement immédiatement.
- Si la patiente est en état de choc, envisager la possibilité d'une rupture de grossesse ectopique
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser

Diagnostic

- Envisager la possibilité d'une grossesse ectopique chez toute femme présentant une anémie, une infection génitale haute (IGH), une menace d'avortement ou des douleurs abdominales inhabituelles.

Note : en cas de grossesse ectopique présumée, réaliser un examen bimanuel avec douceur car une grossesse ectopique débutante peut se rompre facilement.

- Envisager la possibilité d'une grossesse molaire
- Envisager la possibilité d'un avortement chez toute femme en âge de procréer qui a un retard de règles (dernières règles normales remontant à plus d'un mois) et présente au moins un des signes suivants : saignement, crampes, expulsion partielle de produits de conception, col dilaté ou utérus trop petit pour le terme.
- S'il peut s'agir d'un avortement, identifier les complications éventuelles et les traiter immédiatement.

Diagnostic d'un saignement vaginal en début de grossesse

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
▪ Saignement léger a ▪ Col fermé ▪ Hauteur utérine correspondant au terme	▪ Crampes/douleurs abdominales basses ▪ Utérus plus mou que la normale	Menace d'avortement*
▪ Saignement léger ▪ Douleur abdominale ▪ Col fermé ▪ Utérus légèrement plus gros que la normale ▪ Utérus plus mou que la normale	▪ Evanouissements ▪ Masse latéro-utérine sensible ▪ Aménorrhée ▪ Mobilisation du col douloureuse	Grossesse ectopique
▪ Saignement léger ▪ Col fermé ▪ Utérus petit pour le terme ▪ Utérus plus mou que la normale	▪ Crampes/douleurs abdominales basses légères ▪ Expulsion de produits de ▪ Conception à une date antérieure	Avortement complet*
▪ Saignement abondant ▪ Col dilaté ▪ Hauteur utérine correspondant au terme	▪ Crampes/douleurs abdominales basses ▪ Utérus sensible ▪ Absence d'expulsion de produits de conception	Avortement inévitable*
▪ Saignement abondant ▪ Col dilaté ▪ Utérus petit pour le terme	▪ Crampes/douleurs abdominales basses ▪ Expulsion partielle de produits de conception	Avortement incomplet*
▪ Saignement abondant ▪ Col dilaté ▪ Utérus gros pour le terme ▪ Utérus plus mou que la normale ▪ Expulsion partielle de produits de conception en grappe de raisin	▪ Nausées/vomissements ▪ Avortement spontané ▪ Crampes/douleurs abdominales basses ▪ Kystes ovariens (qui se rompent facilement) ▪ Pré-éclampsie précoce ▪ Pas de fœtus apparent	Grossesse môlaire

Reference : OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale : Prise en charge de complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destinée à la sage-femme et au médecin, édition 2002, P S-9

a. Saignement léger : il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

b. Saignement abondant : il faut moins de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

* L'avortement et les soins après-avortement sont détaillés dans la session 3.1.3

3.3.1 Grossesse ectopique

Une grossesse ectopique est une grossesse implantée en dehors de la cavité utérine. Les trompes de Fallope sont le siège le plus fréquent des grossesses ectopiques (dans plus de 90% des cas).

Les symptômes et signes cliniques sont extrêmement variables selon que la grossesse s'est rompue ou non. La culdocentèse (ponction du cul-de-sac de Douglas) est un bon moyen de diagnostic de la rupture d'une grossesse ectopique, mais elle est moins fiable que l'association d'un test de grossesse sanguin et d'une échographie. Si le sang ramené à la culdocentèse ne coagule pas, prendre la patiente en charge immédiatement.

Symptômes et signes cliniques de grossesse ectopique rompue ou non rompue

Grossesse ectopique non rompue	Grossesse ectopique rompue
▪ Symptômes de grossesse débutante (pertes sanguines microscopiques, métrorragies et métrorragies irrégulières, nausées, tension mammaire, coloration bleuâtre du vagin et du col, ramollissement du col, léger agrandissement de l'utérus, mictions fréquentes) ▪ Douleurs abdominales et pelviennes	▪ Malaises et asthénie ▪ Pouls rapide et filant (110 btts/min ou plus) ▪ Hypotension ▪ Hypovolémie ▪ Douleurs abdominales et pelviennes aiguës ▪ Distension abdominale ▪ Douleur abdominale à la décompression ▪ Pâleur
Associé à une matité mobile, un abdomen distendu peut indiquer la présence de sang libre dans la cavité abdominale.	

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la grossesse ectopique le plus courant est la menace d'avortement. Néanmoins, d'autres diagnostics différentiels comme une infection génitale haute aiguë ou chronique, une torsion ou une rupture de kyste ovarien ou une appendicite aiguë sont possibles.

Prise en charge dans l'immédiat

- Prendre une voie veineuse
- Prendre les dispositions nécessaires pour un transfert immédiat

3.3.2 Grossesse molaire

La grossesse môlaire est caractérisée par une prolifération anormale des villosités choriales du placenta.

Prise en charge dans l'immédiat

- Si le diagnostic de grossesse môlaire est établi, évacuer l'utérus et référer
  - Si une dilatation du col est nécessaire, pratiquer un bloc para cervical
  - Procéder à une aspiration – l'aspiration manuelle intra-utérine est la méthode la plus sûre et celle qui génère le moins de pertes de sang alors que le risque de perforation est élevé lorsqu'on utilise une curette métallique;
  - Se munir de trois seringues assemblées et prêtes à l'emploi pour l'évacuation de l'utérus; le contenu de l'utérus est abondant et il est important de l'évacuer rapidement.

- Perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute de manière à prévenir une hémorragie une fois que l'évacuation est commencée.

Prise en charge ultérieure

- Recommander à la patiente d'utiliser une méthode de planification familiale hormonale pendant une durée d'un an au moins afin de prévenir une nouvelle grossesse. Il est possible de lui proposer un transfert pour une ligature des trompes si elle a autant d'enfants qu'elle en souhaitait.
- Suivre la patiente toutes les 8 semaines pendant au moins 1 an et procéder à chaque fois à un test urinaire de grossesse à cause du risque de maladie trophoblastique persistante ou de choriocarcinome.

Si le test urinaire de grossesse n'est pas négatif au bout de 8 semaines ou est à nouveau positif moins d'un an après la grossesse môlaire, orienter la patiente vers un centre de soins supérieur pour un suivi et une prise en charge approfondis.

3.4 Avortement et soins après avortement

Les avortements occupent une place non négligeable des morbidités faisant état d'hospitalisation. Une étude sur les SONU effectuée par l'UNICEF en 2004 dans les hôpitaux de Gakoma, Kabaya, Muhororo et Nyanza, a montré que les complications d'avortement représentent la moitié (50%) du nombre total des complications obstétricales directes. Ces complications sont dues à des hémorragies (14 %), les obstacles à l'engagement et le travail prolongé (12 %) et les résidus de tissus placentaires (7 %). La rupture de l'utérus et la sepsie post partum représentent 1 % chacun. La forte proportion de complication d'avortement est due au fait que certains avortements ont donné lieu à des complications (ex : accompagnées d'infection et d'hémorragie).

Les SAA sauvent la vie des femmes, augmentent l'accès à la PF et son utilisation.

Selon l'USAID, l'avortement est une question sensible et le soutien aux SAA ne veut pas dire le soutien à l'avortement provoqué. Il est essentiel et logique de lier les services de soins d'urgence après avortement avec les autres services de santé de la reproduction.

Définition et types d'avortement

L'avortement spontané est défini comme la terminaison d'une grossesse avant que le fœtus soit viable (avant 22 semaines de gestation).

L'avortement spontané peut passer par différents stades qui sont:

- La menace d'avortement (la grossesse est susceptible de se poursuivre);
- L'avortement inévitable (la grossesse ne se poursuivra pas et débouchera sur un avortement incomplet/complet);
- L'avortement incomplet (expulsion d'une partie des produits de conception);
- L'avortement complet (expulsion de la totalité des produits de conception).

L'avortement provoqué est défini comme un processus par lequel on met volontairement un terme à une grossesse avant que le fœtus soit viable. On en distingue 2 types :

- L'avortement médical/thérapeutique qui nécessite un accord collégial d'au moins deux médecins et,
- L'avortement clandestin.

Toutefois, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est défini comme un avortement réalisé soit par des personnes n'ayant pas les compétences requises, soit 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. Si des agents pathogènes apparaissent dans les voies génitales basses à la suite d'un avortement spontané ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, puis se répandent dans l'organisme, l'infection peut se transformer en septicémie. Le risque de septicémie est plus grand si les produits de conception sont retenus in utero et qu'on tarde à les évacuer. La septicémie est une complication courante de l'avortement instrumental pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

En cas de présomption d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, rechercher des signes d'infection ou des lésions traumatiques vaginales, utérines ou intestinales et irriguer abondamment le vagin pour en retirer toutes les préparations à base de plantes, médications locales ou substances caustiques qui peuvent s'y trouver.

3.4.1 Prise en charge

Menace d'avortement

- En général, aucun traitement médical n'est nécessaire.
- Conseiller à la patiente d'éviter les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'elle garde le lit.
- Si le saignement cesse, faire suivre la patiente en consultation prénatale. Si le saignement reprend, la réexaminer.
- Si le saignement persiste, apprécier la viabilité du fœtus (test de grossesse/échographie) ou rechercher une grossesse ectopique (échographie). Un saignement persistant, en particulier si l'utérus est trop gros pour le terme, peut indiquer la présence de jumeaux ou une grossesse môlaire.

Ne pas administrer d'hormones (comme les estrogènes ou les progestatifs) ni de tocolytiques (comme le salbutamol ou l'indométacine) car ils n'empêchent pas une fausse couche.

3.4.2 Avortement inévitable

Il va aboutir à un avortement incomplet ou complet.

- Si la grossesse est ≤ 12 semaines, prévoir d'évacuer le contenu de l'utérus. S'il est impossible de procéder immédiatement à une évacuation de la cavité utérine:
  - Prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir procéder à l'évacuation utérine au plus vite.
- Si la grossesse est > 12 semaines:
  - Attendre l'expulsion spontanée des produits de conception puis, le cas échéant, évacuer les débris intra-utérins;
  - Si nécessaire perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 500ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute pour faciliter l'expulsion des produits de conception.

Assurer le suivi de la patiente après l'avoir traitée.

3.4.3 Avortement incomplet

L'avortement incomplet est au centre des Soins Après Avortement (SAA).

Le concept de SAA a été développé au cours des années 1990 pour mieux prendre en charge les patientes qui avaient des avortements car les avortements sont cause de mortalité (13% selon l'OMS) et de morbidité (stérilité définitive par exemple) maternelles.

Les SAA comportent 3 composantes essentielles selon le modèle de l'USAID:

- Traitement d'urgence des complications de l'avortement
- Counseling et fourniture des services suivants : PF, dépistage IST/VIH/Sida,
- Sensibilisation et mobilisation de la communauté en faveur des SAA et des services de SR en général.

NB. Le consortium des SAA qui regroupe plusieurs ONG travaillant dans le domaine de la SR distingue 5 composantes pour les SAA:

- Traitement d'urgence de l'avortement incomplet et à risque y compris l'AMIU;
- Counseling pour répondre aux besoins spécifiques des femmes;
- Services de planification familiale;
- Liens avec les autres services de SR (prise en charge intégrée);
- Partenariat entre la communauté et les dispensateurs de services.

Traitement d'urgence des complications de l'avortement

Cette première composante consiste à:

- Prendre en charge toute complication de l'avortement : hémorragie, choc, infection
- Evacuer les débris ovulaires de l'utérus. Ceci peut se faire de plusieurs manières et dépend de l'âge de la grossesse.

Grossesse d'âge ≤ 12 semaines d'aménorrhée : deux options. Il faut expliquer chacune des options à la cliente et la laisser choisir.

On peut donner 600µg de misoprostol par voie oral et donner rendez-vous à la patiente dans une semaine. En principe les débris ovulaires seront évacués au bout d'une semaine.

Il faut informer la cliente des effets secondaires possibles du misoprostol : frissons, fièvre, vomissements et diarrhées. Ces effets sont habituellement passagers. La femme peut revenir à tout moment dans la formation pour n'importe quelle raison.

Si au bout d'une semaine, tous les débris ovulaires n'ont pas été totalement évacués, on peut donner une deuxième dose de misoprostol ou faire une Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU). La cliente choisira la solution qui lui convient.

Faire une aspiration manuelle intra-utérine

On utilise une seringue sous vide pour aspirer le contenu utérin. Elle se fait en ambulatoire sous anesthésie locale. L'introduction de l'AMIU a permis d'améliorer l'accès aux services de SAA.

Grossesse de plus de 12 semaines d'aménorrhée:

- La technique d'évacuation dépend de la quantité de produits restants et de l'âge avancé ou non de la grossesse (avortement du 2nd trimestre). On a plusieurs options thérapeutiques:

- Perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 500cc de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 40 gouttes par minute jusqu'à expulsion des produits de conception;
- 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les 4 h jusqu'à expulsion des produits de conception, sans dépasser 800 µg;
- Utiliser l'AMIU

Dans tous les cas, il faut assurer le suivi de la patiente après l'avoir traitée

Counseling et fourniture des services suivants : PF, dépistage IST/VIH/Sida

- Au cours du counseling d'une femme qui a eu un avortement, deux informations importantes doivent lui être communiquées:
  - Elle peut tomber de nouveau enceinte 11 jours après un avortement précoce
  - Pour lui permettre de bien récupérer il est mieux d'attendre au moins 6 mois avant d'essayer de tomber enceinte de nouveau.

Le tableau suivant indique les différentes méthodes contraceptives que l'on peut proposer après un avortement.

Type de contraception	Conseiller de débuter cette méthode
Contraceptifs hormonaux (pilules, injections, implants)	▪ Immédiatement
Préservatifs	▪ Immédiatement
Dispositif intra-utérin (DIU)	▪ Immédiatement ▪ En cas d'infection présumée ou avérée, repousser la pose du dispositif jusqu'à ce que toute trace d'infection ait disparu ▪ Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl, repousser la pose jusqu'à ce que l'anémie ait disparu ▪ Fournir un moyen de contraception provisoire (par exemple, des préservatifs)
Ligature volontaire des trompes	▪ Immédiatement ▪ En cas d'infection présumée ou avérée, repousser l'opération jusqu'à ce que toute trace d'infection ait disparu ▪ Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl, repousser l'opération jusqu'à ce que l'anémie soit résorbée ▪ Fournir un moyen de contraception provisoire (par exemple, des préservatifs)

Sensibilisation et mobilisation de la communauté en faveur des SAA et des services de SR en général

- Pourquoi est-il important d'impliquer la communauté dans la délivrance des services de santé reproductive ?
  - Aide à comprendre le contexte dans lequel les femmes et leurs familles vivent
  - Révèle les attitudes et les impressions de la communauté concernant l'avortement et les prestations de santé de haute qualité
  - Détermine l'étendue de la prise de conscience de la communauté concernant la grossesse non planifiée, l'avortement à risque, la contraception et les services de santé disponibles

  - Permet de mettre au point les messages de sensibilisation et d'éducation sanitaire concernant la grossesse non planifiée, l'avortement à risque, le besoin de prestations liées à l'avortement et la manière d'identifier les complications liées à l'avortement
  - Identifie les obstacles existants aux prestations liées à l'avortement et aux soins de suivi
  - Forge des rapports de confiance entre les prestataires et les membres de la communauté
  - Aide à comprendre les opportunités et les contraintes rencontrées lors de la délivrance de prestations liées à l'avortement dans la communauté
  - Aide à identifier l'opposition de la communauté à l'avortement et les moyens de la réduire
- Etablir une interaction étroite et productive entre la communauté et les établissements de santé pour pouvoir offrir de meilleurs services aux femmes
- Aide à identifier des alliés pouvant aider à promouvoir l'accès aux services de santé reproductive
- Aide à identifier les problèmes de façon proactive et à développer des solutions
- Identifie les raisons latentes à une grossesse non désirée et les moyens de les amoindrir
- Renforce l'identification rapide des complications liées à l'avortement
- Identifie les sources des services d'avortement à risque et les moyens de les supprimer
- Permet aux communautés de travailler ensemble vers un changement des politiques en vue de protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes

3.4.4 Avortement complet

- En général, il n'est pas nécessaire d'évacuer la cavité utérine. Rassurer la femme à ce sujet.
- Faire le counseling et assurer des services de PF et les autres services de SR

3.5 Menace d'accouchement prématuré (MAP)

Définition

La MAP se définit comme la survenue de contractions utérines douloureuses, persistantes, s'accompagnant d'une modification du col utérin dont l'issue est un accouchement prématuré en l'absence d'intervention.

On distingue 2 types d'accouchements prématurés:

- L'accouchement prématuré provoqué pour sauver la mère et/ou le bébé
- L'accouchement prématuré spontané

Etude clinique

Signes cliniques et signes fonctionnels

L'interrogatoire va retrouver:

- Un terme de moins de 37 SA selon la DDR

- Des douleurs abdominales intermittentes siégeant au niveau de l'utérus
- Parfois des métrorragies de sang rouge
- Un écoulement liquidien dans certains cas
- Un antécédent d'accouchement prématuré ou d'avortement tardif
  - Signes généraux : variables en fonction de l'étiologie de la MAP.
  - Signes physiques

L'examen obstétrical va objectiver:

- A la palpation de l'utérus mise en évidence des CU régulières et douloureuses
- Au spéculum : un écoulement de LA ou de sang
- Au TV des modifications du col de l'utérus qui vont se traduire par un col centré, court qui a tendance à s'ouvrir ou qui est carrément dilaté

Les quatre éléments cliniques suivants : CU, modifications du col, RPM et métrorragies permettent d'établir un score de tocolyse.

Les examens complémentaires

Trois groupes d'examens complémentaires:

- Examens à but de diagnostic : ils sont au nombre de trois:
  - Cardiotocographie externe pour documenter les CU et apprécier le bien être fœtal
  - Echographie du col utérin par voie endovaginale pour mesurer la longueur du col
  - La recherche de la fibronectine fœtale dans les sécrétions vaginales.
- Examens à visée étiologique:
  - Echographie obstétricale qui va apprécier le poids et la vitalité du fœtus, localiser le placenta, rechercher une malformation utérine ou fœtale
  - Bilan infectieux : NFS, prélèvement cervico-vaginal, ECBU
- Examens à but pré thérapeutique si utilisation de β mimétiques:
  - Ionogramme sanguin et glycémie
  - Electrocardiogramme

A l'issue du bilan clinique et para clinique, on peut classifier la MAP en trois degrés:

- Les MAP légères : quelques CU et une discrète modification du col
- MAP moyennes : CU importantes et régulières avec modifications cervicales nettes, c'est à dire col ramolli, raccourci et perméable
- MAP sévères : col franchement dilaté

Evolution

- Grâce à un traitement efficace et rapide cédation de la MAP. Mais une surveillance rigoureuse s'impose car possibilité de récidives.
- En l'absence de TTT ou si la cause persiste, survient alors l'accouchement prématuré.
- Sur le plan clinique, on note les éléments suivants:

- Une accentuation des signes la MAP avec des CU plus intenses et plus régulières, un col effacé et dilaté avec souvent une rupture des membranes.

L'accouchement du prématuré présente certaines caractéristiques:

- La présentation est souvent en siège
- La dystocie dynamique avec dilatation trainante
- Ailleurs on peut avoir un travail très rapide avec expulsion en boulet de canon pouvant créer un traumatisme crânien et des lésions du périnée

Diagnostic

Diagnostic positif

Repose sur les éléments suivants:

- Grossesse de moins de 37 SA
- Contractions utérines régulières et douloureuses
- Modifications du col au TV
- Echographie longueur du col, 20-30mm

Diagnostic différentiel

- Accouchement normal : erreur de DDR
- Contractions utérines de Braxton Hicks : elles surviennent en fin de grossesse et ne sont pas douloureuses.
- Eliminer les autres causes de métrorragies au 3ème trimestre : Placenta Prævia, hématome rétro placentaire.

Diagnostic étiologique

La recherche étiologique est un temps capital devant une MAP. On distingue:

Les causes et facteurs maternels. Elles sont de deux ordres : les causes maternelles locales

- Il peut s'agir:
  - d'une malformation utérine
  - d'un fibrome endocavitaire
  - surtout d'une béance cervico-isthmique congénitale ou acquise

Les causes maternelles générales

On peut citer:

- Les infections : à rechercher systématiquement devant toute MAP. Il peut s'agir d'une infection urinaire, d'un accès palustre, d'une chorioamniotite ou d'une listériose
- L'anémie maternelle
- Le diabète
- Le VIH
- Un traumatisme abdominal accidentel
- Les facteurs socio-économiques
- Age maternel < 18 ans ou > 35 ans

- Travail pénible
- Longs trajets quotidiens
- Mère célibataire
- Grossesse illégitime
- Grossesses très rapprochées (moins d'un an)
- Bas niveau socio-économique
- Tabagisme

Les causes fœtales

- La grossesse gémellaire
- Les malformations fœtales

Les causes annexielles

- Le placenta prævia
- L'hydramnios quel que soit sa cause
- La rupture prématurée des membranes

Dans 40% des cas, aucune étiologie n'est retrouvée. Sur la base de l'ensemble de ces causes et facteurs de risque, PAPIERNIK a établi le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP). Ce coefficient permet d'évaluer pour chaque femme le risque d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

Traitement

Préventif

La prévention repose sur le dépistage et la PEC des facteurs prédisposants à savoir:

- TTT précoce des infections cervico-vaginales et urinaires
- Cerclage à 14-16 SA en cas de BCI confirmée
- Amélioration des conditions de travail
- Prévention systématique du paludisme

Curatif

Buts

- Prolonger la grossesse
- Réduire la morbidité et la mortalité néonatales

Moyens

- Les mesures hygiéno-diététiques
  - Le repos au lit
  - L'hospitalisation
  - Les médicaments

Il s'agit essentiellement des médicaments tocolytiques qui constituent le traitement symptomatique de la MAP. Ces médicaments inhibent les contractions utérines. Trois classes de tocolytiques sont surtout utilisées:

- Les mimétiques : se lient aux récepteurs B du myomètre inhibant ainsi les contractions utérines. Le produit le plus utilisé est le salbutamol amp de 0,5 mg, suppositoire de 1mg et comprimé de 2 mg
- Le traitement d'attaque : 5mg dans 500cc de Solution de glucosé 5 à raison de 10 gouttes/mn. Arrêter la perfusion 12 heures après la dernière contraction utérine
- Les inhibiteurs calciques : inhibent les contractions utérines en bloquant les canaux calciques présents dans les fibres musculaires lisses utérines. Les produits utilisés sont : Nifédipine (Adalate) et la Nicardipine (Loxen)
- Les antagonistes de l'ocytocine : Atosiban. Efficace, bien toléré mais cher.
- Anti inflammatoires non stéroïdiens : Indométacine suppositoire ou comprimé : 100 mg per os ou rectale puis 25 mg/6 heures pendant 48 heures au maximum.

Maturation pulmonaire par les corticostéroïdes

La corticothérapie est utilisée pour la maturation pulmonaire dans la MAP. On administre 2 doses de 12 mg de bétaméthasone en IM à 12 h d'intervalle.

En dehors du traitement symptomatique si une cause de MAP est retrouvée il faut la traiter si possible.

Indications

Le traitement curatif dépend de l'existence ou non d'une rupture prématurée des membranes associée et du terme de la grossesse.

- MAP avec membranes intactes
  - Menace modérée : tocolyse
  - Menace sévère avant 34 SA : tocolyse
  - Menace sévère après 34 SA : laisser l'accouchement se faire

Dans tous les cas où la grossesse a moins de 34 SA administrer la corticothérapie sauf s'il existe un tableau infectieux franc.

- MAP avant 34 SA avec membranes rompues :
  - repos+ ATB+ Tocolyse+ corticothérapie + traitement étiologique+ surveillance materno-fœtale
- MAP après 34 SA avec membranes rompues : laisser l'accouchement se faire

3. 6 Saignement en fin de grossesse ou pendant le travail

Problèmes

- Saignement vaginal après 22 semaines de grossesse.
- Saignement vaginal pendant le travail, mais avant l'accouchement.

Types de saignements

Type de saignement	Diagnostic probable	Conduite à tenir
Mucus teinté de sang (expulsion du bouchon	Entrée en travail	Procéder comme pour un travail et un accouchement

muqueux)		eutociques
Tout simplement autre	Hémorragie de l'antepartum	Déterminer la cause du saignement

Prise en charge générale

- APPELER A L'AIDE. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible
- Faire une évaluation rapide de l'état général de la patiente, en particulier des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).

Ne pas faire de toucher vaginal à ce stade.

- Si l'état de la patiente évoque un choc, commencer immédiatement le traitement. Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si un choc survient, il est important de commencer le traitement immédiatement.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser.

Diagnostic de l'hémorragie de l'antepartum

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
▪ Saignement après 22 semaines de grossesse (qui peut être contenu dans l'utérus) ▪ Douleurs abdominales intermittentes ou constantes	▪ Choc ▪ Utérus distendu/sensible ▪ Faiblesse/absence des ▪ Mouvements fœtaux ▪ Souffrance fœtale ou absence ▪ Des bruits du cœur fœtal	Hématome rétro placentaire
▪ Saignement (intra-abdominal et/ou vaginal) ▪ Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture)	▪ Choc ▪ Distension abdominale/liquide libre ▪ Forme anormale de l'utérus ▪ Abdomen sensible ▪ Parties du corps fœtal aisément palpables ▪ Absence des mouvements fœtaux et des bruits du cœur fœtal ▪ Pouls maternel rapide	Rupture utérine
▪ Saignement après 22 semaines de grossesse	▪ Choc ▪ Le saignement peut être précipité par les rapports sexuels ▪ Utérus détendu ▪ Présentation absente du bassin maternel/pôle inférieur de l'utérus vide au toucher ▪ Le fœtus se porte bien	Placenta prævia

3.6.1 Hématome rétro-placentaire

Prise en charge

L'hématome rétro-placentaire est le décollement du placenta normalement inséré, qui se détache de la paroi utérine avant l'accouchement.

- Evaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente. Si au bout de 7 minutes le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Référer pour une prise en charge adéquate.
- Si le saignement est abondant (apparent ou non), procéder à l'accouchement le plus vite possible :
  - Si le col est complètement dilaté, extraire le fœtus par ventouse obstétricale ;
  - Si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent, référer ;

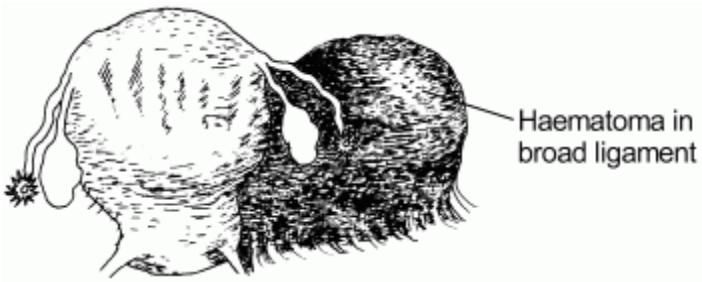
Note : Pour tous les cas d'hématome rétro placentaire, se préparer à faire face à une hémorragie du post-partum.

- Si le saignement est léger à modéré (la patiente n'est pas en danger dans l'immédiat), la conduite à tenir dépend des bruits du cœur fœtal.
- Si le rythme cardiaque fœtal est normal ou absent, rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher:
- Si les contractions sont de mauvaise qualité
- Si le col est défavorable à l'accouchement (col ferme, épais, fermé), référer
- Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 120 btts/min ou supérieur à 160 btts/min) : référer.

3.6.2 Rupture utérine

Le sang provenant d'une rupture utérine s'écoule généralement par le vagin, à moins que la tête fœtale n'obstrue le pelvis. Dans ce cas, le saignement peut aussi être intra-abdominal. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'une rupture du segment inférieur de l'utérus qui s'étend jusqu'au ligament large, le sang ne se déverse pas dans la cavité abdominale.

Une rupture du segment inférieur de l'utérus qui s'étend au ligament large avec un hématome au niveau de ligament large

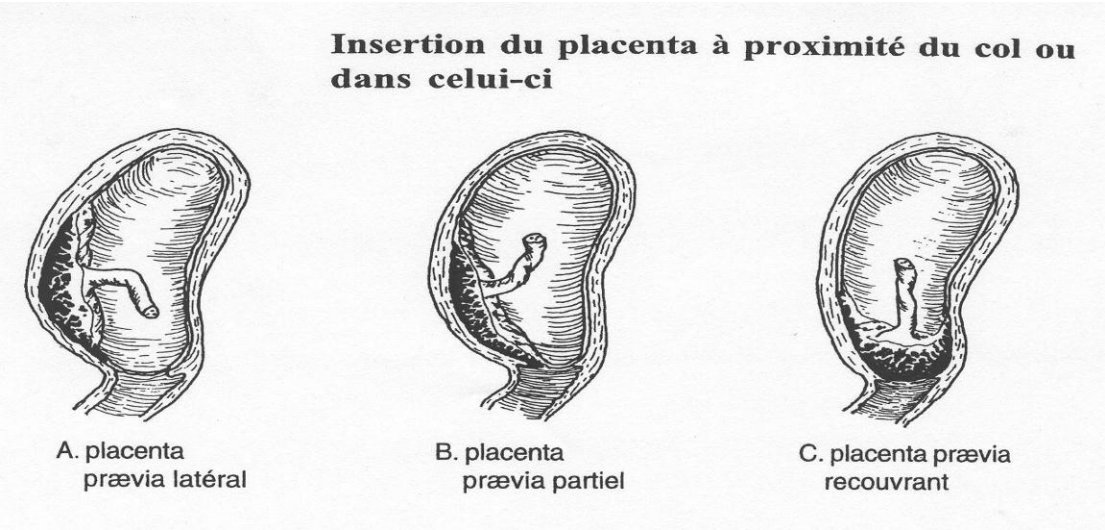


- Rétablir le volume sanguin en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) avant de référer pour l'intervention chirurgicale.

Le risque de rupture lors des grossesses à venir étant élevé, une fois l'urgence traitée, il est nécessaire d'aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente.

3.6.3 Placenta prævia

Le placenta prævia est caractérisé par son insertion à proximité du col ou dans celui-ci.



Mise en garde : Ne pas faire d'examen vaginal référer immédiatement

Il est possible de faire un examen attentif au spéculum pour éliminer d'autres causes de saignement telles que les cervicites, les lésions traumatiques, les polypes endocervicaux ou les tumeurs malignes du col. En revanche, la présence d'une de ces affections n'exclut pas la possibilité d'un placenta prævia.

- Rétablir le volume sanguin en perfusant une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate).

Evaluer l'importance du saignement:

- Si le saignement est abondant et continu, prendre les dispositions pour la référence ;
- Si le saignement est faible ou s'il a cessé et que le fœtus est vivant mais risque d'être prématuré ;
- Corriger l'anémie en donnant 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;
- Envisager la solution d'expectative (faire la référence pour attendre à l'hôpital, en surveillant la patiente) jusqu'à ce que l'accouchement ait lieu ou que le saignement redevienne abondant ;
- Si le saignement reprend, comparer les avantages et les risques qu'il y aurait pour la patiente et le fœtus à ce que l'on continue à attendre au lieu de procéder à l'accouchement, puis prendre une décision de référence.

Référer pour la confirmation du diagnostic, la prise en charge et la conduite de l'accouchement selon le cas.

3.6.4 Coagulopathie (défaut de coagulation)

La coagulopathie est à la fois une cause et une conséquence de l'hémorragie obstétricale massive. Elle peut être déclenchée par un hématome rétro-placentaire, une mort fœtale in utero, une éclampsie, une embolie amniotique et bien d'autres complications obstétricales. Le tableau clinique de la coagulopathie va de l'hémorragie grave associée ou non à des complications de type thrombose, à un état cliniquement stable dans lequel l'affection ne peut être détectée que par des analyses biologiques.

Le diagnostic de coagulopathie peut être fait facilement par le test de coagulation au lit du malade.

Note : Dans de nombreux cas de pertes de sang importantes, il est possible d'empêcher le développement d'une coagulopathie en rétablissant rapidement le volume sanguin par une perfusion de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate).

Référer pour traiter la cause éventuelle de la déficience:

- Hématome rétroplacentaire
- Eclampsie

La prise en charge de la coagulaopathie associe:

- Administration de sang frais
- Apport de facteurs de la coagulation

3.7 Céphalées, vision floue, convulsions ou pertes de connaissance, tension artérielle élevée

Problèmes

- Une femme enceinte ou une accouchée récente se plaint de violents maux de tête ou d'une vision floue.
- Une femme enceinte ou une accouchée récente est trouvée inconsciente ou dans un état convulsif (crises convulsives).
- Une femme enceinte a une tension artérielle élevée.

Prise en charge générale

Si une femme est inconsciente ou dans un état convulsif, APPELER A L'AIDE. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.

Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) tout en cherchant à déterminer ses antécédents médicaux (en l'interrogeant ou en interrogeant sa famille) et l'histoire de la maladie actuelle.

Si elle ne respire pas ou si elle a une respiration superficielle:

- Vérifier que les voies aériennes sont bien dégagées.
- Si elle ne respire pas, permettre la ventilation à l'aide d'un ballon d'insufflation (type Ambu) et d'un masque.

Si elle est inconsciente:

- Vérifier que ses voies aériennes sont bien dégagées et prendre sa température ;
- L'allonger sur le côté gauche ;
- Vérifier si elle a la nuque raide.

Si elle a des convulsions:

- L'allonger sur le côté gauche pour éviter l'inhalation de sécrétions, de liquide gastrique ou de sang;
- L'empêcher de se blesser ou de tomber, mais sans l'attacher;
- La surveiller en permanence;
- Si on diagnostique une éclampsie, lui donner du sulfate de magnésium, et suivre le traitement pour la pré-éclampsie sévère;
- Si la cause des convulsions n'est pas encore déterminée, procéder comme pour une éclampsie;
- Référer.

Diagnostic des céphalées, de la vision floue, des convulsions ou pertes de connaissance et de la tension artérielle élevée

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg avant 20 semaines de grossesse		Hypertension chronique
TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg avant 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie allant jusqu'à 2+		Hypertension chronique avec pré-éclampsie surajoutée
▪ TA diastolique comprise entre 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de grossesse ▪ Absence de protéinurie		Hypertension gestationnelle
▪ TA diastolique comprise entre ▪ 90 et 110 mm Hg en deux occasions, à 4 h d'intervalle, après 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie allant jusqu'à 2+		Pré-éclampsie légère
▪ TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg après ▪ 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie supérieure ou égale à 3+	▪ Céphalées (fréquence croissante, analgésiques classiques inefficaces) ▪ Vision floue ▪ Oligurie (diurèse inférieure à 400 ml en 24 h) ▪ Douleur abdominale haute (épigastrique ou de l'hypocondre droit) ▪ Œdème pulmonaire	Pré-éclampsie sévère(a)
▪ Convulsions ▪ TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg après 20 semaines de grossesse ▪ Protéinurie au moins égale à 2+	▪ Coma (patiente inconsciente) ▪ Autres symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie sévère	Eclampsie
▪ Trismus (difficulté à ouvrir la bouche et à mastiquer)	▪ Spasmes du visage, du cou et du tronc ▪ Dos arqué ▪ Ventre de bois ▪ Violents spasmes spontanés	Tétanos
▪ Convulsions ▪ Convulsions antérieures ▪ Tension artérielle normale		Epilepsie (b)

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
▪ Fièvre ▪ Frissons ▪ Céphalées ▪ Douleurs musculaires/articulaires	▪ Splénomégalie	Paludisme simple
▪ Symptômes et signes cliniques de paludisme simple ▪ Coma ▪ Anémie	▪ Convulsions ▪ Ictère	Paludisme sévère/compliqué
▪ Céphalées ▪ Nuque raide ▪ Photophobie ▪ Fièvre	▪ Convulsions ▪ Confusion ▪ Somnolence ▪ Coma	Méningite c ou Encéphalite (c)
▪ Céphalées ▪ Vision floue	▪ Vomissements	Migraine (d)

a. Si une patiente présente un des symptômes ou signes cliniques énumérés sur cette ligne, diagnostiquer une pré-éclampsie sévère.

b. Si le diagnostic d'éclampsie ne peut être éliminé, continuer à traiter comme une éclampsie.

c. Examiner le liquide céphalo-rachidien et administrer un traitement approprié contre la méningite et l'encéphalite.

d. Administrer des analgésiques (par exemple, 500 mg de paracétamol par voie orale, en fonction des besoins).

Une petite proportion des femmes atteintes d'éclampsie ont une tension artérielle normale. Traiter toutes les patientes qui ont des convulsions comme pour une éclampsie jusqu'à confirmation d'un autre diagnostic.

Ne pas oublier:

- La pré-éclampsie légère est souvent asymptomatique.
- L'augmentation de la protéinurie est un signe d'aggravation de la pré-éclampsie.
- La présence d'œdèmes au niveau des pieds et des membres inférieurs n'est pas considérée comme un signe fiable de pré-éclampsie.

Une patiente atteinte d'hypertension gestationnelle peut ne présenter aucun symptôme et avoir comme seul signe clinique une hypertension.

- La pré-éclampsie légère peut évoluer rapidement vers une pré-éclampsie sévère. Le risque de complications, en particulier d'éclampsie, est considérablement accru avec la pré-éclampsie sévère.
- L'association de convulsions et de signes de pré-éclampsie indique une éclampsie. Ces convulsions:
  - Peuvent survenir indépendamment de la gravité de l'hypertension;
  - Sont difficiles à prévoir et surviennent généralement en l'absence d'hyper réflectivité ostéo-tendineuse, de céphalées ou de troubles de la vision;
  - Surviennent après l'accouchement dans 25% des cas;
  - Sont tonico-cloniques et ressemblent aux convulsions épileptiques du grand mal;
  - Sont susceptibles de se répéter à intervalles courts, comme dans l'état de mal épileptique et peuvent entraîner la mort;
  - Ne seront pas constatées si la patiente est seule;
  - Peuvent être suivies d'un coma qui peut durer plusieurs minutes à plusieurs heures selon leur fréquence.

3.7.1 Hypertension gestationnelle

- Prendre la patiente en charge en ambulatoire.
- Surveiller la tension artérielle, les urines (recherche de protéinurie) et l'état du fœtus une fois par semaine.
- Si la tension artérielle de la patiente augmente, procéder comme pour la pré-éclampsie.
- S'il y a apparemment un important retard de croissance fœtale ou une souffrance fœtale référer.
- Informer la patiente et la famille des signes de danger indiquant une pré-éclampsie ou une éclampsie.
- Si tous les signes observés restent stables, laisser le travail et l'accouchement se dérouler normalement

3.7.2 Pré-éclampsie légère

La grossesse à moins de 37 semaines

Si les signes cliniques restent inchangés ou se normalisent, suivre la patiente deux fois par semaine en consultation externe. Surveiller la tension artérielle, les urines (recherche de protéinurie), les réflexes et l'état du fœtus. Informer la patiente et sa famille des signes de danger de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie. Encourager la patiente à se reposer plus qu'à l'accoutumée. L'encourager à garder une alimentation normale (déconseiller la restriction sodée). N'administrer ni anticonvulsivants, ni antihypertenseurs, ni sédatifs, ni tranquillisants. S'il n'est pas possible de suivre la patiente en consultation externe, l'hospitaliser:

- Lui donner une alimentation normale (la restriction sodée est déconseillée);
- Surveiller sa tension artérielle (deux fois par jour) et ses urines (recherche de protéinurie) (une fois par jour);
- Ne lui donner ni anticonvulsivants, ni antihypertenseurs, ni sédatifs, ni tranquillisants à moins que sa tension artérielle ou sa protéinurie n'augmentent;
- Ne pas lui donner de diurétiques car ils sont dangereux et ne sont indiqués que dans les cas de pré-éclampsie compliquée d'un œdème pulmonaire ou d'une insuffisance cardiaque globale;
- Si sa tension diastolique revient à un niveau normal ou si son état est stable, la renvoyer à son domicile et;
- Lui recommander de se reposer et de prêter attention à tout gonflement ou à tout autre symptôme de pré-éclampsie sévère;
    - La voir en consultation deux fois par semaine pour surveiller sa tension artérielle, ses urines (recherche de protéinurie) et l'état du fœtus et pour rechercher, à l'examen, des symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie sévère
- Si sa tension diastolique augmente à nouveau, la ré-hospitaliser;
- Si les signes cliniques restent inchangés, la garder à l'hôpital, poursuivre les soins entrepris et surveiller la croissance fœtale en mesurant la hauteur utérine;
- S'il y a apparemment une hypotrophie fœtale, envisager un accouchement anticipé, sinon, poursuivre l'hospitalisation jusqu'au terme.

Si le taux de protéinurie augmente, procéder comme pour une pré-éclampsie sévère (voir plus bas).

Note : Les symptômes et signes cliniques de pré-éclampsie ne disparaissent pas complètement tant que la grossesse n'est pas terminée.

La grossesse a plus de 37 semaines référer pour la prise en charge adéquate

S'il y a des signes de souffrance fœtale, examiner le col et accélérer l'accouchement:

- Si le col est favorable (mou, mince et partiellement dilaté), rompre les membranes à l'aide d'une pince à rompre ou d'une pince de Kocher et déclencher le travail en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines;
- Si le col est défavorable (ferme, épais et fermé), l'amener à maturation en administrant des prostaglandines ou à l'aide d'une sonde de Foley ou pratiquer une césarienne.

3.7.3 Pré-éclampsie sévère et éclampsie

On prend en charge la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie de la même manière si ce n'est que dans le cas de l'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 h qui suivent le début des convulsions. Il convient de prendre activement en charge TOUS les cas de pré-éclampsie sévère. Les symptômes et signes cliniques d' « éclampsie imminente » (vision floue, hyper réflectivité ostéo-tendineuse) ne sont pas fiables et la solution d'expectative n'est pas recommandée.

Référer au centre spécialisé

Administrer le sulfate de magnésium. Il est le médicament de choix pour prévenir et traiter les convulsions pré-éclamptiques et éclamptiques. Si l'établissement ne dispose pas de sulfate de magnésium, il est possible d'utiliser du diazépam bien qu'il y ait un plus grand risque de dépression respiratoire néonatale dans la mesure où le diazépam traverse librement le placenta.

Si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg, administrer des antihypertenseurs. Faire baisser la tension diastolique au-dessous de 100 mm Hg, mais sans descendre au-dessous de 90 mm Hg. Poser une voie veineuse et commencer à perfuser. Consigner strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse sur un graphique représentant l'équilibre hydrique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de surcharge hydrique. Poser une sonde urinaire pour pouvoir surveiller la diurèse et la protéinurie.

Si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure:

- Cesser d'administrer du sulfate de magnésium et le remplacer par une perfusion de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'1 l en 8 h;
- Craindre l'apparition d'un œdème pulmonaire ou surveiller son évolution.

Ne jamais laisser la patiente seule. Si, à la suite d'une convulsion, la patiente inhale les matières vomies, cela peut la tuer et tuer le fœtus. Observer les signes vitaux et les réflexes ainsi que le rythme cardiaque fœtal toutes les heures.

Ausculter la base des poumons toutes les heures et rechercher des râles crépitants qui évoqueraient un œdème pulmonaire. Si l'auscultation révèle la présence de râles, retirer la perfusion et injecter une dose unique de 40 mg de furosémide en IV.

Evaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente. Si au bout de 7 minutes le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie. Référer.

3.7.4 Traitement de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

Anticonvulsivants

La clé du traitement anticonvulsivant réside dans la bonne administration des médicaments. Très souvent, les convulsions survenant chez les patientes hospitalisées sont le résultat d'un traitement insuffisant. Le sulfate de magnésium est le médicament de choix pour prévenir et traiter les convulsions éclamptiques.

Si l'établissement ne dispose pas de sulfate de magnésium, il est possible d'utiliser du diazépam bien qu'il y ait un plus grand risque de dépression respiratoire néonatale dans la mesure où le diazépam traverse librement le placenta. Toutefois, il est rare que l'administration d'une dose unique de diazépam destinée à faire cesser une convulsion provoque une dépression respiratoire néonatale. L'administration continue de diazépam par voie veineuse pendant une longue durée augmente le risque de dépression respiratoire chez les nouveau-nés qui souffraient probablement déjà des conséquences d'une ischémie utéro-placentaire ou d'un accouchement prématuré. Ces effets peuvent durer plusieurs jours.

Modalités d'administration du sulfate de magnésium pour la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie

Dose de charge

Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20 % en IV en 5 minutes. Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50 % 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. 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 (solution à 50 %) en IV, en 5 minutes.

Dose d'entretien

Injecter 5 g de sulfate de magnésium (solution à 50 %) + 1 ml de lidocaïne à 2 % en IM, toutes les 4 h, tour à tour dans une fesse puis dans l'autre.

Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.

Avant de renouveler l'injection, s'assurer que:

- La fréquence respiratoire est au moins de 16 mvts/min;
- Les réflexes rotuliens sont présents;
- La diurèse est au moins de 30 ml/h pendant 4 h d'affilée.

INTERROMPRE OU DIFFERER LE TRAITEMENT SI:

- La fréquence respiratoire passe en-dessous de 16 mvts/min;
- 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.

Modalités d'administration du diazépam pour la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie

Note : n'utiliser du diazépam que si l'établissement ne dispose pas de sulfate de magnésium.

Administration par voie intraveineuse

Dose de charge

- Injecter lentement 10 mg de diazépam par voie intraveineuse en 2 minutes.
- Si les convulsions reprennent, renouveler l'injection.

Dose d'entretien

- Perfuser 40 mg de diazépam dilués dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) de façon à obtenir une sédation tout en maintenant l'état de veille.
- Si les doses administrées excèdent 30 mg en 1 h, la patiente risque une dépression respiratoire.
- Si nécessaire, faciliter la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation).
- Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 h.

Administration par voie rectale

Administrer le diazépam par voie rectale en cas d'impossibilité par voie veineuse. Pour la dose de charge, administrer 20 mg avec une seringue de 10 ml. Retirer l'aiguille, lubrifier la seringue et l'enfoncer à moitié dans le rectum. Injecter le contenu, laisser la seringue en place et maintenir les fesses de la patiente serrées pendant 10 minutes pour éviter l'expulsion du produit. Une autre solution consiste à instiller la solution dans le rectum à l'aide d'une sonde.

Si les convulsions ne sont pas maîtrisées dans les 10 minutes, administrer 10 mg supplémentaires ou plus, par heure, en fonction du poids de la patiente et de la réponse clinique.

Antihypertenseurs

Si la tension diastolique de la patiente est supérieure ou égale à 110 mm Hg, lui administrer des antihypertenseurs. L'objet de cette pratique est de maintenir la tension diastolique entre 90 et 100 mm Hg, afin de prévenir une hémorragie cérébrale. L'hydralazine est la médication de choix.

Injecter lentement 5 mg d'hydralazine, toutes les 5 minutes, jusqu'à ce que la tension artérielle soit redescendue. Renouveler l'opération toutes les heures en fonction des besoins ou injecter 12,5 mg d'hydralazine en IM toutes les 2 h, en fonction des besoins.

Si l'établissement ne dispose pas d'hydralazine, administrer:

- 10 mg de labétalol en IV ;
- Si la réponse n'est pas satisfaisante (si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg) après 10 minutes, injecter 20 mg de labétalol en IV;

- Augmenter la dose à 40 mg puis à 80 mg si les injections ne donnent pas lieu à une réaction satisfaisante au bout de 10 minutes;
- OU administrer 5 mg de nifédipine par voie perlinguale; et
- Si la réponse n'est pas satisfaisante (si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg) après 10 minutes, administrer 5 mg supplémentaires de nifédipine, par voie perlinguale.

Note : il pourrait exister une interaction entre ces antihypertenseurs et le sulfate de magnésium qui se traduirait par une hypotension, ce qui suscite des craintes.

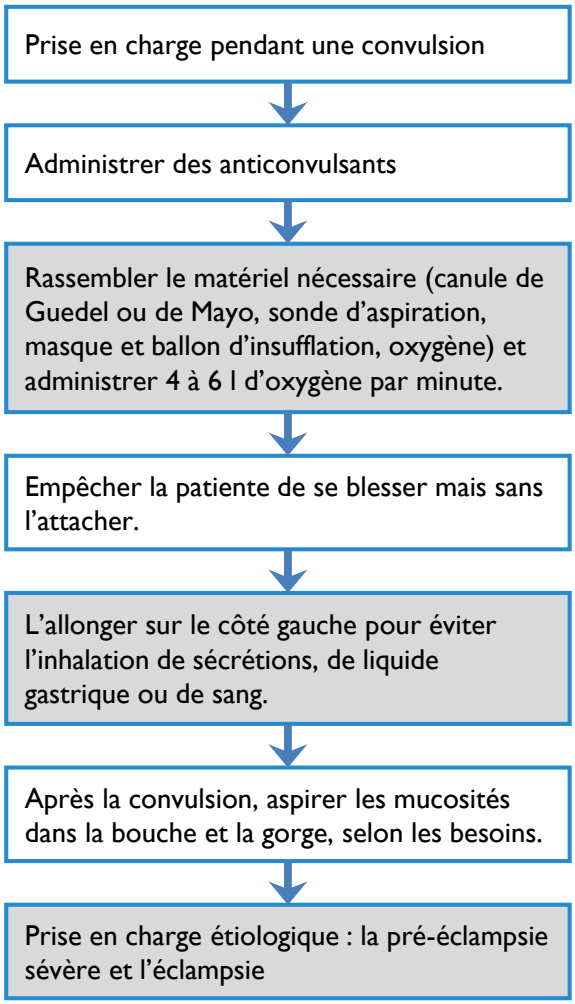
Accouchement

Il convient de procéder à l'accouchement dès que la patiente est stabilisée. Le fait de retarder l'accouchement pour permettre au fœtus d'arriver à maturité risquerait de mettre en danger la vie de la patiente et celle du fœtus. Il convient par conséquent de procéder à l'accouchement sans tenir compte de l'âge gestationnel.

Dans les cas de pré-éclampsie sévère, l'accouchement doit avoir lieu dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes. Dans les cas d'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans les 12 heures qui suivent le début des convulsions. Référer.

Soins du post-partum

Il convient de poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24 h qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements. Poursuivre le traitement antihypertenseur tant que la tension diastolique est supérieure ou égale à 110 mm Hg. Continuer à surveiller la diurèse. En cas diminution de celle-ci, référer vers l'hôpital ou l'on peut faire une dialyse car il faut craindre une insuffisance rénale.



Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20 % en IV en 5 minutes

Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50 % 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. 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 (solution à 50 %) en IV, en 5 minutes.
- Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20 % en IV en 5 minutes.
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50 % 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. 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 (solution à 50 %) en IV, en 5 minutes.
- Si la tension diastolique reste supérieure à 110 mm Hg, administrer des antihypertenseurs. Faire baisser la tension diastolique au-dessous de 100 mm Hg, mais sans descendre au-dessous de 90 mm Hg.
- Poser une voie veineuse et commencer à perfuser.
- Consigner strictement les quantités de liquide administrées et la diurèse sur un graphique représentant l'équilibre hydrique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de surcharge hydrique.
- Poser une sonde urinaire pour pouvoir surveiller la diurèse et la protéinurie.
- Si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure :
  - Cesser d'administrer du sulfate de magnésium et le remplacer par une perfusion de solution ;
  - Intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'1 l en 8 h ;
  - Craindre l'apparition d'un œdème pulmonaire ou surveiller son évolution.
- Ne jamais laisser la patiente seule. Si, à la suite d'une convulsion, la patiente inhale les matières vomies, cela peut la tuer et tuer le fœtus.
- Observer les signes vitaux et les réflexes ainsi que le rythme cardiaque fœtal toutes les heures.
- Ausculter la base des poumons toutes les heures et rechercher des râles crépitants qui évoqueraient un œdème pulmonaire. Si l'auscultation révèle la présence de râles, retirer la perfusion et injecter une dose unique de 40 mg de furosémide en IV.
- Evaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente. Si au bout de 7 minutes le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

3.8 Fièvre pendant la grossesse

Problème

- Une femme enceinte a de la fièvre (température de 38 °C ou davantage).

Prise en charge générale

- L'encourager à rester alitée.
- L'encourager à boire plus qu'à l'accoutumée.
- Lui faire un enveloppement humide à l'eau fraîche pour faire baisser sa température.

Diagnostic d'une fièvre pendant la grossesse ou le travail

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
▪ Dysurie ▪ Mictions plus fréquentes et plus impérieuses	▪ Douleur vésicale/sus pubienne ▪ Douleurs abdominales	Cystite

Signes d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
▪ Dysurie ▪ Fièvre oscillante/frissons ▪ Fréquence et urgence accrue de la miction ▪ Douleurs abdominales	▪ Douleur vésicale/sus pubienne ▪ Douleur/sensibilité rénale ▪ Sensibilité de la cage thoracique ▪ Anorexie ▪ Nausées/vomissements	▪ Pyélonéphrite Aiguë
▪ Leucorrhées nauséabondes avant 22 semaines ▪ Fièvre ▪ Utérus sensible	▪ Douleurs abdominales basses ▪ Douleur abdominale à la décompression ▪ Saignement prolongé ▪ Collection suppurée au niveau du col	▪ Avortement septique
▪ Fièvre/frissons ▪ Ecoulement vaginal aqueux et nauséabond après 22 semaines ▪ Douleurs abdominales	▪ Ecoulement antérieur de liquide ▪ Utérus sensible ▪ Rythme cardiaque fœtal rapide ▪ Saignement vaginal léger	Amniotite
▪ Fièvre ▪ Dyspnée ▪ Toux accompagnée d'expectorations ▪ Douleur thoracique	▪ Foyers de condensation massive ▪ Gorge congestionnée ▪ Respiration rapide ▪ Ronchi/râles ronflants	Paludisme simple
▪ Symptôme et signes cliniques de paludisme simple ▪ Coma ▪ Anémie	▪ Convulsions ▪ Ictère	▪ Paludisme sévère ou compliqué
▪ Fièvre ▪ Céphalées ▪ Toux sèche ▪ Malaises ▪ Anorexie ▪ Splénomégalie	▪ Confusion ▪ Stupeur	Typhoïde
▪ Fièvre ▪ Malaises ▪ Anorexie ▪ Nausées ▪ Urines foncées et selles décolorées ▪ Ictère ▪ Hépatomégalie	▪ Douleurs musculaires articulaires ▪ Urticaire ▪ Splénomégalie	Hépatite

3.9 Déroulement anormal du travail

Le partogramme est l'outil essentiel de surveillance du travail d'accouchement. Bien utilisé il permet de dépister différentes pathologies en rapport avec la marche de l'accouchement.

3.9.1 Anomalies du partogramme et autres évolutions défavorables du travail

Faits observés	Diagnostic
La dilatation du col ne dépasse pas 4 cm après 8h de contractions régulières	Phase de latence prolongée,
▪ Dilatation du col à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme ▪ Arrêt secondaire de la dilatation du col et de la descente de la présentation malgré des contractions de bonne qualité ▪ Arrêt secondaire de la dilatation du col et de la descente de la présentation associé à une grosse bosse séro-sanguine, un modelage du troisième degré, une mauvaise application du col sur la présentation, un col œdémateux, un gonflement du segment inférieur de l'utérus, la formation d'un anneau de rétraction, une détresse maternelle et fœtale. ▪ Moins de trois contractions en 10 minutes, chaque contraction durant moins de 40 secondes.	▪ Phase active prolongée ▪ Disproportion céphalo-pelvienne, ▪ Dystocie mécanique, ▪ Anomalie de la dynamique utérine
Col complètement dilaté et « envie de pousser », mais absence de descente	Phase d'expulsion prolongée
Anomalie des bruits du cœur associée à une modification du liquide amniotique	Souffrance fœtale aigüe
Col non dilaté. Contractions non palpables/peu fréquentes	Faux travail
Femme en travail et dilatation < 4cm pendant plus de 8 heures	Phase de latence prolongée

3.9.2 Prise en charge générale

Faire une évaluation rapide de l'état de la patiente et du fœtus et dispenser des soins de soutien. Noter les derniers résultats de l'examen sur le partogramme. Prendre les dispositions pour la référence au besoin.

3.9.3 Prise en charge selon le diagnostic

Faux travail

Examiner la patiente et rechercher une infection des voies urinaires ou un autre type d'infection, déterminer si les membranes sont rompues et traiter en conséquence. S'il n'y a pas d'infection et que les membranes ne sont pas rompues, autoriser la patiente à quitter l'établissement et l'inciter à revenir si les signes du travail réapparaissent.

Phase de latence prolongée

Le diagnostic de phase de latence prolongée s'établit à posteriori. Lorsque les contractions cessent, on dit que la patiente était en faux travail. Lorsque les contractions deviennent régulières et que la dilatation dépasse 4 cm, on dit que la patiente était en phase de latence.

En cas de faux travail, un diagnostic erroné de phase de latence prolongée peut amener à déclencher le travail ou à renforcer l'activité utérine sans succès, ce qui peut ensuite se traduire par des césariennes inutiles et des amniotites qui auraient pu être évitées.

Si une femme est admise en travail dans la phase de latence (dilatation inférieure à 4cm et reste dans la phase de latence pendant les 8 heures suivantes, son déroulement n'est pas favorable.

Si la patiente est en phase de latence depuis plus de 8 h et que la progression est apparemment faible, référer la femme. Avant la référence, réévaluer la situation en examinant le col:

- S'il n'y a eu aucune évolution de l'effacement ou de la dilatation du col et qu'il n'y a pas de souffrance fœtale, revoir le diagnostic –il se peut que la patiente ne soit pas en travail

Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes):

- Transférer la patiente immédiatement si on est dans un centre de santé ;
- Lui administrer la première dose d'un traitement associant plusieurs antibiotiques : 2 g d'ampicilline en IV plus 5 mg de gentamicine par kg, en IV avant le transfert.

S'il y a eu un changement dans l'effacement ou la dilatation du col :

- Encourager la prise orale d'aliments et liquides
- Encourager la femme à changer fréquemment de position et à être mobile
- Encourager la femme à uriner chaque heure
- Donner un soutien émotionnel
- Prendre des dispositions pour le confort de la patiente
- Continuer à surveiller la femme jusqu'à ce qu'elle parvienne à la structure de référence
- Envisager de la laisser accoucher dans le centre de santé
- Ecrire tous vos résultats et actions sur le partogramme

Phase active prolongée

Dans la phase active du travail, la dilatation du col (tracé X) restera sur ou à gauche de la ligne d'alerte. Lorsque la dilatation passe à droite de la ligne d'alerte, ceci indique que la progression du travail n'est pas satisfaisante ; c'est un avertissement que le travail peut être prolongé. Si la dilatation se déplace à la droite de la ligne d'alerte, la femme doit être transférée vers une structure où une augmentation et une opération césarienne peuvent être effectuées à moins qu'elle ne soit sur le point d'accoucher incessamment.

Si vous travaillez dans un centre sanitaire ou un poste de santé:

Si la dilatation du col traverse la ligne d'alerte:

- Référer la femme à une structure où une augmentation et une opération césarienne peuvent être effectuées
- Administrer des liquides IV (Sérum physiologique ou Ringer's Lactate) et encourager la prise orale d'aliments et liquides
- Encourager la femme à changer fréquemment de position et à être mobile
- Encourager la femme à uriner chaque heure
- Donner un soutien émotionnel
- Prendre des dispositions de confort
- Continuer à surveiller le travail en utilisant le partogramme jusqu'à ce que la femme parvienne à la structure de référence.

Ecrire tous vos résultats et actions sur le partogramme. Marquer REFERER lorsqu'une femme est transférée à un hôpital pour des soins.

Se rappeler

Toutes les femmes dont la dilatation du col (tracé X) passe à droite de la ligne d'alerte doivent être transférée vers une structure où l'augmentation et l'opération césarienne peuvent être effectuée, à moins que l'accouchement ne soit imminent.

A la ligne d'action, il faut faire de nouveau le point sur l'absence de progrès. Le médecin doit décider des actions à prendre. Parmi celles possibles, il y a notamment l'hydratation; réexaminer le pelvis et si c'est indiqué, observer pendant 2 heures de plus ; augmentation du travail ; opération césarienne et autres.

Anomalie de la dynamique utérine

L'inertie utérine se réfère à une faible ou mauvaise tonicité des fibres musculaire de l'utérus. Ceci entraîne des contractions utérines inefficaces, qui ne sont pas assez fréquentes, ne durent pas assez longtemps, ou ne sont pas assez puissantes pour permettre au travail d'avancer normalement. La dilatation du col est lente et le travail prolongé. Si le travail se poursuit pendant plusieurs heures sans progrès, la femme sera fatiguée pour le deuxième stade du travail, et pour accoucher.

Les contractions utérines inefficaces sont plus fréquentes chez une primigeste que chez une multigeste. Le travail prolongé chez une multigeste est plus susceptible d'être causé par une présentation vicieuse ou une disproportion céphalo-pelvienne que par une anomalie de la dynamique utérine. L'augmentation du travail devrait se faire uniquement dans une structure où une opération césarienne peut être effectuée.

Le travail prolongé augmente le risque de souffrance fœtale et maternelle, d'hémorragie, et d'infection si les membranes sont rompues. L'anomalie de la dynamique utérine peut se produire au début du travail ou une fois le travail démarre.

Faire un interrogatoire ciblé

La femme vous dira que les contractions ne sont pas douloureuses. Elle se sent bien au début parce qu'elle est en mesure de se reposer. Plus tard elle devient fatiguée et souffrante parce qu'aucun progrès n'est en train de se faire.

Faire un examen physique ciblé

Les contractions sont inefficaces si elles sont inférieures à 3 contractions en 10 minutes, chacune prenant moins de 40 secondes. Lorsque les contractions utérines sont inefficaces, l'examen abdominal montrera une lenteur ou absence de la descente fœtale, et le toucher vaginal confirmera l'absence de progrès dans la dilatation du col, la descente fœtale.

Identifier le problème

Une anomalie de la dynamique utérine est évoquée si :

- La phase de latence dure plus de 8 h.
- La ligne indiquant la dilatation cervicale sur le partogramme se situe à droite de la ligne d'alerte.
- La patiente ressent les douleurs du travail depuis 12 h et n'a toujours pas accouché (travail prolongé).
- Aucune présentation dystocique n'a été diagnostiquée.
- On note moins de 10 contractions utérines en 10 minutes chacune durant moins de 40 secondes.

Faire un plan de soins pour les contractions utérines inefficaces

Lorsque les contractions utérines inefficaces sont la cause d'un déroulement défavorable du travail, le travail aura probablement besoin d'être augmenté en utilisant de l'ocytocine. La femme doit être transférée à un hôpital où cette procédure peut être accomplie.

Expliquer à la femme et à sa famille que le médecin à l'hôpital peut l'aider à stimuler son travail en lui donnant des médicaments (infusion ocytocique) pour permettre à son utérus de se contracter.

Continuer à soutenir la femme en attendant la référence et même lorsque l'augmentation a démarré:

- Prévenir la fatigue maternelle en donnant des liquides (réhydratation) et de la nourriture.
- L'aider à se mettre à l'aise, peut se laver, se promener.
- Lui faire un massage du dos pour l'aider à se relaxer et se reposer.

Rassurer la femme et sa famille. Parfois les émotions comme la peur ou ne pas vouloir un autre bébé peuvent ralentir un travail. Parler avec la femme, la soutenir et l'encourager.

Aider la femme à apprendre comment stimuler ses mamelons, en lui expliquant que ceci peut aider à favoriser les contractions. Stimuler le bout de sein en le roulant entre le pouce et un doigt et le tirant légèrement.

Phase d'expulsion prolongée

Les efforts expulsifs déployés par la parturiente accroissent le risque pour le fœtus en réduisant l'apport d'oxygène au placenta. Il convient par conséquent de laisser la parturiente « pousser » spontanément, mais de ne pas l'encourager à fournir un effort prolongé et à retenir sa respiration.

Diagnostic

Prise en charge

Si vous êtes infirmière ou sage-femme ou si vous travaillez dans un centre de santé ou un poste de santé:

- Faire une évaluation rapide de l'état de la femme (pouls, TA, respirations)
- Faire une évaluation de l'état du fœtus
- Encourager la prise des boissons PO ou administrer des liquides IV selon l'exigence de l'état de la patiente
- Commencer les antibiotiques (amoxicilline ou ampicilline) si les membranes se sont rompues depuis 12 heures ou plus, ou s'il y a des signes d'infection
- Encourager la femme à changer de position fréquemment et choisir la position la plus confortable pour elle
- Encourager la femme à uriner ou la sonder si la vessie est plaine et qu'elle n'est pas capable d'uriner elle-même
- Donner du soutien psychologique
- Donner des mesures de confort
- Continuer à surveiller l'état du fœtus et de la mère ainsi que le progrès du travail jusqu'à ce que le bébé soit né ou que la femme ait atteint la structure de référence
- Référer la femme pour que l'on puisse faire éventuellement une application de ventouse ou de forceps

Souffrance fœtale

L'identification opportune de la souffrance fœtale peut sauver la vie des nouveau-nés.

Problèmes

- Rythme cardiaque fœtal anormal (inférieur à 120 battements/min ou supérieur à 160 battements/min).
- Présence de méconium épais dans le liquide amniotique.
- Rythme cardiaque fœtal anormal.

Il arrive qu'un rythme cardiaque fœtal normal ralentisse pendant une contraction mais il redevient habituellement normal dès que l'utérus se relâche.

- Si le rythme cardiaque fœtal devient très lent en l'absence de contractions ou s'il reste très lent après les contractions, c'est un signe évocateur d'une souffrance fœtale.
- Si le rythme cardiaque maternel n'est pas rapide, il convient de considérer un rythme cardiaque fœtal rapide comme un signe de souffrance fœtale.
- Un rythme cardiaque fœtal rapide peut être dû à une fièvre maternelle, à des médicaments provoquant une accélération du rythme cardiaque maternel (par exemple, des tocolytiques), à une hypertension maternelle ou à une amniotite.

Prise en charge générale

Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (inférieur à 120 btts/min ou supérieur à 160 btts/min):

- Redresser la patiente ou l'allonger sur le côté gauche.
- Donner de l'oxygène, si disponible.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser. Perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison 60 gouttes/mn pendant une heure. Ecouter aux BCF pendant et entre les contractions pendant les 3 contractions suivantes.

Chercher une cause maternelle en faisant un examen clinique **complet** : prendre la TA, la température, le pouls; examiner les écoulements vaginaux pour voir s'il y a de leucorrhées nauséabondes; palper l'abdomen pour voir s'il y a une douleur à la palpation.

S'il est établi que la souffrance fœtale est d'origine maternelle (par exemple, la déshydratation maternelle, une fièvre maternelle ou l'absorption de médicaments), entamer le traitement approprié; ou référer la femme. Continuer à surveiller l'état du fœtus et de la mère ainsi que le progrès du travail.

S'il n'est pas établi que la souffrance fœtale est d'origine maternelle et que le rythme cardiaque fœtal reste anormal pendant au moins trois contractions, faire un examen vaginal et rechercher des signes qui pourraient expliquer cette souffrance fœtale

S'il y a un saignement accompagné de douleurs intermittentes ou permanentes, redouter un hématome rétro-placentaire et référer la femme. Continuer à surveiller l'état du fœtus et de la mère ainsi que le progrès du travail.

Si la patiente présente des signes d'infection (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les antibiotiques prévus pour l'amniotite ou référer la femme. Continuer à surveiller l'état du fœtus et de la mère ainsi que le progrès du travail.

Si le cordon ombilical est en avant de la présentation ou s'il est saillant dans le vagin, procéder comme indiqué pour une procidence du cordon.

Si les anomalies du rythme cardiaque fœtal persistent ou s'il y a d'autres signes de détresse (liquide amniotique teinté de méconium épais), programmer l'accouchement:

- Si le col est complètement dilaté et que, au plus, un cinquième de la tête fœtale est palpable au-dessus de la symphyse pubienne ou que l'os du crâne fœtal qui est à l'avant de la présentation est au niveau 0, procéder à une extraction par ventouse obstétricale.
- Si le col n'est pas complètement dilaté ou si plus d'un cinquième de la tête fœtale est palpable au-dessus de la symphyse pubienne ou que l'os du crâne fœtal qui est à l'avant de la présentation est au-dessus du niveau 0, prendre des mesures pour référer.

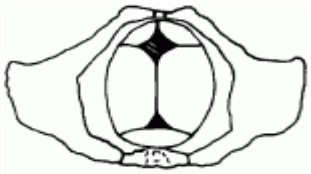
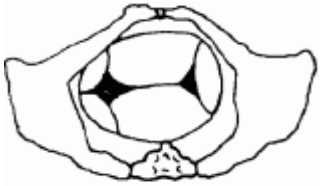
Présence de méconium dans le liquide amniotique

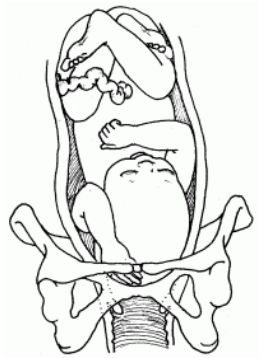
On observe fréquemment une coloration méconiale du liquide amniotique pendant que le fœtus grandit et ce n'est pas en soi une indication de souffrance fœtale. Une coloration méconiale légère sans anomalie du rythme cardiaque fœtal est une indication de vigilance.

La présence d'un méconium épais évoque une émission de méconium dans un liquide amniotique en quantité réduite et peut indiquer qu'il est nécessaire d'accélérer l'accouchement et d'aspirer les voies aériennes supérieures de l'enfant dès la naissance pour prévenir l'inhalation de méconium.

Dans les cas de présentation du siège, du méconium est expulsé pendant le travail du fait de la compression de l'abdomen fœtal qui accompagne l'accouchement. Ce n'est pas un signe de détresse à moins qu'il ne se produise au début du travail.

L'identification opportune des positions et présentations vicieuses peut prévenir le travail prolongé et obstrué, et sauver la vie des femmes et nouveau-nés.

Présentations dystociques	Description	Symptômes et signes cliniques à la palpation abdominale	Symptômes et signes cliniques au toucher vaginal
Positions occipitales postérieures  occipito-sacrée (OS) occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP)	Les positions occipitales postérieures sont les positions de la tête fœtale dans lesquelles l'occiput se situe à l'arrière du bassin maternel	A la palpation abdominale, la partie inférieure de l'abdomen est aplatie, les membres fœtaux sont palpables sur la face antérieure et il arrive que le cœur fœtal soit audible sur le flanc.	Au toucher vaginal, la petite fontanelle est dirigée vers le sacrum et on peut aisément sentir la grande fontanelle si la tête est défléchie.
Positions transverses  occipito-iliaque gauche transverse (OIGT)	Les positions transverses sont les positions de la tête fœtale dans lesquelles la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe sacro-pubien du bassin maternel. Si la tête est toujours en position transverse à la fin du premier stade du travail, il convient de procéder comme pour une position occipitale postérieure		
Présentation du front 	La présentation du front est le résultat d'une déflexion partielle de la tête fœtale de sorte que l'occiput se trouve plus haut que le sinciput	A la palpation abdominale, plus de la moitié de la tête fœtale est au-dessus de la symphyse pubienne et l'occiput est palpable plus haut que le sinciput.	Au toucher vaginal, la grande fontanelle et les orbites sont palpables.

Présentations dystociques	Description	Symptômes et signes cliniques à la palpation abdominale	Symptômes et signes cliniques au toucher vaginal
Présentation de la face	La présentation de la face est le résultat d'une déflexion complète de la tête fœtale de sorte que ni l'occiput, ni le sinciput (bregma) ne sont palpables au toucher vaginal.	A la palpation abdominale, on sent un sillon entre l'occiput et le dos.	Au toucher vaginal, la face est palpable, le doigt de l'examinateur entre facilement dans la bouche et les mâchoires sont palpables.
Présentation mixte 	La présentation mixte est une présentation dans laquelle un bras descend le long de la présentation. Le bras qui fait prolapsus et la tête fœtale se présentent en même temps dans le bassin		
Présentations transversales et de l'épaule	Dans les présentations transversales et de l'épaule le grand axe du fœtus est en position transversale par rapport à l'axe sacro-pubien du bassin maternel. Le plus souvent, l'épaule constitue la présentation.	A la palpation abdominale, on ne peut sentir ni la tête, ni les fesses au niveau de la zone sus-pubienne et on sent généralement la tête dans un flanc.	Au toucher vaginal, on peut sentir une épaule, mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive qu'il y ait procidence d'un bras et que l'on sente le coude, le bras ou la main dans le vagin.

Prise en charge des présentations vicieuses

Lorsque le fœtus est dans une position ou présentation anormale, cela peut entraîner un travail prolongé ou obstrué.

Si le prestataire suspecte que le fœtus est en position ou présentation anormale, les mesures suivantes devront être prises pour évaluer l'état de la femme et du fœtus afin de décider des soins à prodiguer à la femme et gérer le travail et l'accouchement :

- Evaluer les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle, et respiration)
- Faire un examen obstétrical complet : palper abdominal, HU, BDCF, TV
- Analyser les informations rassemblées à partir de l'interrogatoire, l'examen physique pour identifier le type de position/présentation vicieuse
- Décider de la conduite à tenir en fonction du type de présentation

Les présentations vicieuses augmentent le risque de rupture utérine.

Prise en charge de la position occipitale postérieure (POP)

La position occipitale postérieure est considérée comme une variante à la position normale. Elle peut prolonger le travail de la femme. L'arrêt du travail peut survenir lorsque la tête n'effectue pas de rotation ou ne descend pas. Les déchirures périnéales ou l'extension d'une épisiotomie peuvent compliquer l'accouchement

Les signes qui permettent de suspecter une position occipitale postérieure sont

- A l'interrogatoire la femme se plaindra de douleurs du dos et paraîtra agiter tandis qu'elle cherchera à trouver une position confortable. Elle voudra marcher, s'asseoir, se coucher et se retourner, parfois tout ceci en même temps.
- A la palpation de l'abdomen on verre souvent une dépression au niveau ou en dessous du nombril. Parfois, la vessie semblera pleine, la tête haute avec la dépression au-dessus ressemblant à une vessie pleine.

La plus fréquente cause d'une tête haute chez une primigeste pendant les dernières semaines de la grossesse et du travail est la position postérieure. La tête semble très grande parce que défléchie, elle présente une plus grande circonférence. Le dos est difficile à PALPER. Les membres sont sentis sur les deux côtés de l'abdomen. SENTIR la position lorsque vous faites un examen vaginal. Vous SENTIREZ la fontanelle antérieure en forme de losange vers le pubis avec la suture sagittale oblique ou antérieure - postérieure.

Evolution défavorable du travail avec la position OP:

- Elle va se traduire par un arrêt de la descente ou de la rotation de la tête fœtale. Ceci est dû au fait que la tête ne s'est pas fléchie.
- Si vous travaillez dans un centre de santé, il faut référer la femme dans un hôpital de district des que vous dépister une évolution défavorable d'une position postérieure.

Evolution favorable de la position OP:

- Si le travail se déroule normalement, et la femme et le fœtus le supportent bien, surveiller de près la femme et lui prodiguer les soins suivants
- Expliquer à la femme et à la famille quel est le problème et ce que vous faites pour aider la femme.
- Demander à la femme d'essayer d'uriner chaque heure et de boire fréquemment.
- Encourager la femme de rester mobile aussi longtemps que possible et de prendre la position qu'elle trouve la plus confortable.

- L'encourager à se détendre entre les contractions en lui frottant le dos ou en faisant tout ce qui la met à l'aise.
- Surveiller l'évolution du travail ainsi que l'état du fœtus et de la femme en utilisant le partogramme.
- Etre prêt à agir rapidement si le travail passe à droite de la ligne d'alerte ou si la femme ou le fœtus ne supporte pas le travail (souffrance maternelle ou fœtale).

Accouchement de la position occipitale postérieure

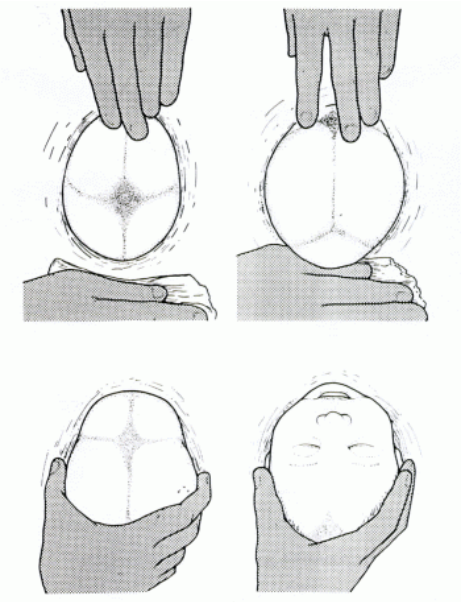
Si vous ne pouvez pas emmener la femme chez un médecin disposant d'installations pour une opération césarienne, ou si le col est totalement dilaté et la femme prête à pousser, essayer d'accroître la flexion:

S'assurer que sa vessie est vidée. Expliquer à la femme et à la famille ce que vous êtes en train de faire. Aider la femme à se mettre en position genoux contre poitrine (genoux contre bras). Si cette position est trop difficile pour la femme, l'aider à se coucher sur son flanc gauche. Placer un oreiller ou tissu plié sous sa hanche et demander à une assistante de tenir la jambe droite de la femme.

La femme en position genoux contre poitrine

Insérer vos doigts dans le vagin sous la symphyse pubienne. Presser sur le front du bébé avant la contraction suivante. La pression doit être faite vers le haut, en direction de l'abdomen de la femme. Maintenir cette position pendant une contraction pour aider à fléchir la tête du bébé.

Accouchement de la tête en position OP persistante



La tête du bébé devrait fléchir et sortir après 2 ou 3 contractions. Si le bébé ne sort pas et vous ne pouvez pas encore aller à l'hôpital, aider la femme à se mettre en position accroupie et essayer de fléchir la tête entre les contractions. L'encourager à bien pousser avec chaque contraction. Lui donner à boire et la rassurer.

La femme en position accroupie

Si le bébé ne sort pas et vous ne pouvez pas encore aller à l'hôpital, assister l'accouchement avec une ventouse obstétricale. Se préparer pour un cas de bébé déprimé/asphyxié. Se préparer pour un saignement dû aux lacérations chez la femme. Lorsque vous terminez l'accouchement, soignez la femme et son bébé. Soyez préparé pour une hémorragie du post-partum. Enregistrer vos actions et résultats.

3.10 Dystocie du Siège

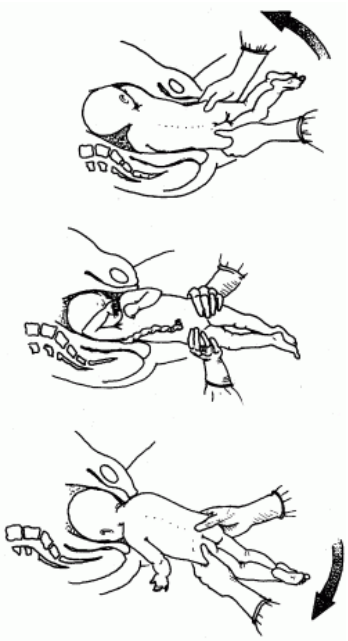
L'accouchement du siège peut aboutir des complications pour la mère et le fœtus. Ceci amène parfois à faire une césarienne avant que la femme n'entre en travail. Dans les conditions idéales l'accouchement des dystocies du siège doit se faire à l'hôpital. Parmi les complications de l'accouchement du siège on peut avoir.

3.10.1 Bras relevés ou enroulés autour du cou

Utiliser la manœuvre de Løvset qui se déroule de la manière suivante:

- Prendre l'enfant par les hanches et lui imprimer une rotation de 90°, en lui maintenant le dos tourné en haut et en exerçant une traction vers le bas, de façon à ce que le bras postérieur devienne le bras antérieur et descende sous le promontoire.
- Faciliter le dégagement du bras en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. Amener le bras vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage.
- Pour dégager le deuxième bras, imprimer à l'enfant une rotation de 180° dans l'autre sens, en lui maintenant toujours le dos en haut et en exerçant une traction vers le bas, et faire passer le bras sous le promontoire comme pour le premier.

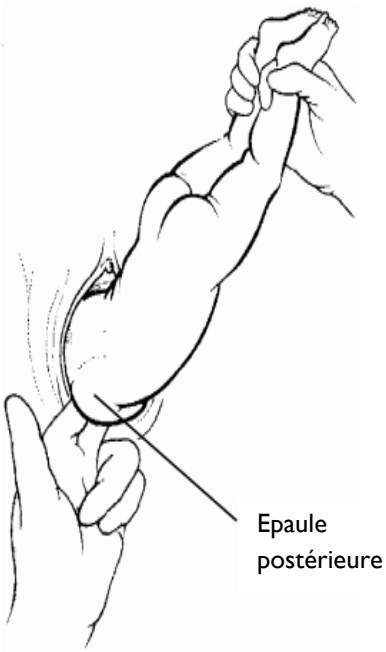
Manœuvre de Løvset



S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégager l'épaule postérieure:

- Prendre le bébé par les chevilles et le soulever;
- Orienter le thorax vers l'intérieur de la jambe de la mère, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager;
- Dégager le bras puis la main;
- Ramener le bébé en position allongée en le tenant toujours par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager;
- Dégager le bras puis la main.

Dégagement de l'épaule postérieure



Dégagement de la tête

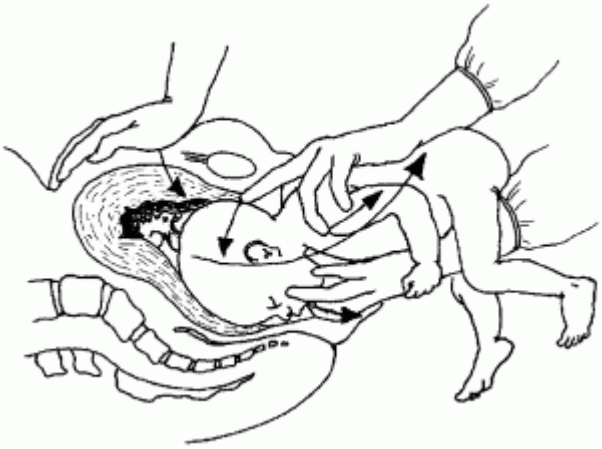
Dégager la tête à l'aide de la manœuvre de Mauriceau qui se déroule de la façon suivante:

- Glisser la main et l'avant-bras sous le corps et le visage du bébé.
- Placer l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé et insérer le majeur dans la bouche de façon à tirer la mâchoire vers le bas et à fléchir la tête.
- De l'autre main, saisir les épaules.
- Pousser délicatement la tête avec deux doigts pour l'incliner sur la poitrine, tout en exerçant une pression vers le bas sur la mâchoire, de façon à amener la tête du bébé vers le bas jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.
- Exercer une traction délicate pour dégager la tête.

Note : demander à un aide de pousser au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pendant le dégagement de la tête. Cela aide à maintenir la tête du bébé en flexion.

En maintenant le bébé à cheval sur l'avant-bras, le soulever jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés.

Manœuvre de Mauriceau



Rétention de la tête (tête enclavée) : référer, risque de nécrose de la paroi vésicale postérieure ou de l'urètre, occasionnant des FVV voire FRV ou les deux à la fois.

Siège décomplété mode des pieds

En général, pour les présentations du siège mode des pieds, il convient de pratiquer une césarienne.

Présentation du siège mode des pieds, avec une jambe en extension complète

Limiter l'accouchement par le siège, par voie basse au niveau de l'hôpital et par conséquent, quand on est au niveau centre de santé, il faut référer.

3.11 Prise en charge de la dystocie d'épaule

La dystocie d'épaule ne peut pas être prévue. Le meilleur moyen de vous assurer que vous puissiez réagir rapidement et correctement à la dystocie d'épaule et d'être préparé pour la dystocie d'épaule à tous les accouchements surtout si vous attendez un gros bébé. Une des meilleures préventions c'est une bonne CPN qui détecte les gros bébés.
Quand elle survient, il déjà trop tard!! Essayer de limiter les problèmes chez la mère. Référer en cas de nécessité pour éviter une complication mortelle pour la mère.

La dystocie d'épaule est la difficulté à délivrer les épaules au moment d'une présentation du sommet. Les épaules sont coincées. Le bébé est en danger ! Le bébé peut être blessé ou même mourir. La femme est en danger ! Elle peut avoir des lacérations du périnée et du vagin. L'accouchement est traumatisant et douloureux. Il est important que vous soyez capable de gérer la dystocie d'épaule, parce que vous ne pouvez identifier le problème qu'une fois la tête sortie. La tête est fortement collée à la vulve de la femme, comme si elle voulait retourner à l'intérieur.

Faire un examen physique ciblé

Quelques-uns des procédés pour diagnostiquer la dystocie d'épaule sont notamment:

- Parfois, il est possible de dire si les épaules risquent d'être coincées par la manière dont la tête est sortie. La tête peut sortir seulement après de nombreuses poussées fortes, au lieu de sortir facilement.
- Après que la tête est sortie, le menton du bébé se rétracte et s'appuie sur le périnée, donnant l'impression que la tête va retourner dans le vagin. On appelle ceci le signe de la tortue.
- La traction de la tête n'arrive pas à délivrer l'épaule qui est prise derrière la symphyse pubienne.

Essayer de DETECTER un bébé anormal (grand abdomen, tumeur, ou œdème), jumeaux accrochés ou collés, anneau de rétraction de Bandl, ou le cordon peut être court ou enroulé autour du cou. Si le *cordon est tendu*, le pincer et le couper. S'assurer que la vessie est vide au moment du deuxième stade pour tous les accouchements, de sorte qu'il y est autant

d'espace que possible pour le bébé. L'accouchement est plus confortable pour la femme. Puisque ceci est une urgence, vous n'avez pas à tenter de la sonder.

Identifier le problème—La dystocie d'épaule

Etre prêt à faire face à une dystocie des épaules lors de tout accouchement, en particulier si l'on s'attend à la naissance d'un gros enfant. S'entourer de plusieurs personnes pour se faire aider.

Diagnostic

La tête fœtale est dégagée mais reste « collée » à la vulve. Le menton se rétracte et provoque une dépression du périnée. La traction exercée sur la tête ne suffit pas à dégager l'épaule antérieure qui est impactée derrière la symphyse pubienne.

La tête est dégagée mais les épaules sont enclavées et ne peuvent être dégagées.

Faire un plan de soins pour la dystocie d'épaule.

APPELER A L'AIDE! S'apprêter rapidement. Vous devez travailler calmement mais rapidement pour diriger vos assistants. Vous pouvez nécessiter toute l'aide que vous aurez.

Se préparer pour l'hémorragie. Demander à une assistante de préparer l'ocytocique. Un utérus trop distendu par un gros bébé ou un utérus fatigué par un premier et un deuxième stade long peut augmenter les risques que la femme saigne trop après l'accouchement.

Expliquer à la femme et à sa famille que les épaules du bébé sont coincées. Leur dire ce que vous allez faire. Expliquer que vous demanderez à la femme de travailler très dur, probablement plus dur que jamais avant. Son effort est très important alors que vous aidez le bébé à sortir. Chacun doit se concentrer et écouter très attentivement.

Réaliser une épisiotomie suffisamment large pour réduire l'obstacle constitué par les parties molles et faciliter la manipulation

La patiente est allongée sur le dos. Lui demander de mettre ses cuisses en hyperflexion, et de remonter les genoux le plus haut possible sur sa poitrine. Demander à deux aides de lui tenir fermement les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine.

Aide poussant fermement les genoux fléchis de la patiente vers sa poitrine

Après avoir mis des gants stériles:

- Exercer une traction ferme et continue sur la tête fœtale, vers soi, afin d'abaisser, puis de faire pivoter l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne;
- Note : éviter toute traction excessive sur la tête car cela risquerait de provoquer un traumatisme du plexus brachial.
- Faire exercer simultanément une pression sus-pubienne vers le bas, par un aide, afin de faciliter le dégagement de l'épaule.

Note : ne pas faire d'expression utérine car cela enclaverait plus encore l'épaule et risquerait de provoquer une rupture utérine.

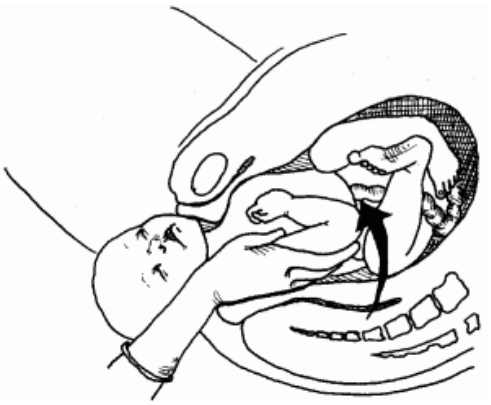
Si l'épaule n'est toujours pas dégagée**:**

- Après avoir mis des gants stériles, introduire une main dans le vagin;
- Exercer une pression sur l'épaule antérieure en direction du sternum fœtal pour obtenir une rotation de l'épaule et faire diminuer le diamètre bis acromial;
- Si nécessaire, exercer une pression sur l'épaule postérieure, en direction du sternum.

Si malgré ces mesures, l'épaule n'est toujours pas dégagée:

- Introduire à nouveau une main dans le vagin;
- Saisir l'humérus du bras postérieur et, tout en maintenant le bras de l'enfant fléchi au niveau du coude, le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui laisse à l'épaule antérieure la place nécessaire pour pivoter sous la symphyse pubienne.

Saisir l'humérus du bras postérieur et le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen



Si toutes les manœuvres ci-dessus ne suffisent pas à dégager l'épaule, il existe d'autres solutions possibles:

- Fracturer la clavicule afin de réduire le diamètre bis acromial et de libérer l'épaule antérieure;
- Exercer une traction sur l'aisselle à l'aide d'un crochet pour extraire le bras postérieur**.**

Essayer d'accoucher en utilisant la méthode du tire-bouchon.

Essayer de tourner le bébé. Avec vos mains dans le vagin, tourner le bébé d'un demi-cercle de sorte que l'épaule postérieure se trouve à l'endroit précédemment occupé par l'épaule antérieure. *Toujours tourner le corps du bébé de sorte que le dos soit en position antérieur*. Essayer de délivrer comme indiqué ci-dessus.

Si le bébé n'est pas délivré, *le tourner dans sa position originale tout en tirant doucement vers le bas.*

Si le bébé n'est pas délivré, la femme aura peut-être besoin de se mettre sur les mains et genoux. Encourager la et dites-lui que vous aurez besoin d'essayer quelque chose d'autre pour délivrer son bébé.

Manœuvre du tire-bouchon

Essayer d'accoucher avec la femme positionnée sur les mains et genoux.

Aider la femme à changer de position. Demandez à votre assistant de l'aider à adopter cette position avec la tête plus haute que les hanches. Demander à la femme de pousser aussi fort qu'elle peut.

Placer les paumes de vos mains autour des côtés de la tête du bébé (ne pas tenir le cou du bébé) et délivrer les épaules en exerçant une pression vers le bas et l'extérieur en comptant jusqu'à 15. Tirer avec force et fermeté; faire attention à ne pas tirer, tourner, plier, ou secouer le cou du bébé. La pression devrait être ferme mais pas excessive. Si le bébé n'est pas délivré, changer de direction et délivrer les épaules par une pression vers le haut et l'extérieur en comptant jusqu'à 15.

Si le bébé n'est pas délivré, demander à la femme de respirer longuement et lentement. Lui expliquer qu'elle devrait rester sur ses mains et genoux.

Essayer d'accoucher le bébé en cassant la clavicule.

Casser la clavicule du bébé. Essayer d'atteindre avec les doigts des deux mains la clavicule antérieure. *Tirer vers le haut* (pour ne pas trouer le poumon du bébé) sur le milieu de la clavicule entre vos deux pouces et la casser. Ceci requiert beaucoup de pression. Cela permettra à l'épaule antérieure de se libérer par l'arrière de la symphyse pubienne.

Demander à la femme de pousser; en même temps placer les paumes de vos mains autour des côtés de la tête du bébé et délivrer les épaules en exerçant une pression vers le bas et l'extérieur en comptant jusqu'à 15. Si le bébé n'est pas délivré, changer de direction et délivrer les épaules par une pression vers le haut et l'extérieur en comptant jusqu'à 15.

Continuer avec des soins à l'enfant et la réanimation autant que nécessaire. Se préparer pour les soins du troisième stade.

Lorsque vous avez pris soin de la femme et du bébé, enregistrer les actions prises. Evacuer la cliente si besoin en prenant toute les dispositions utiles.

3.12 Procidence du cordon

Une compression du cordon est une URGENCE. Souvent nous ne savons pas que le cordon est comprimé. Si le cordon est enroulé autour du corps ou du cou du bébé, s'il a un nœud ou s'il est pris devant ou sur le

flanc du bébé, il peut être comprimé (pincé ou resserré). Dans toutes ces situations, il est difficile au sang de traverser le cordon pour apporter l'oxygène au bébé. Le bébé peut mourir si le sang ne peut pas se déplacer à travers le cordon. Il faut prendre en charge rapidement ou référer immédiatement.

Lorsque les membranes (poche des eaux) se rompent, le cordon descend parfois dans le canal génital en face ou à côté du bébé. Tout problème pouvant empêcher la partie en présentation de s'engager convenablement dans le canal génital, peut également créer de la place où le cordon peut glisser derrière le bébé. Ceci est plus probable dans les cas de multiparités lorsque la partie en présentation peut ne pas être engagée quand les membranes se rompent ou sont artificiellement rompues (RAM). D'autres problèmes tels que la prématurité, l'hydramnios (abondance de liquide amniotique), un long cordon, un bébé trop gros ou trop petit, un siège ou une présentation vicieuse peuvent provoquer la procidence du cordon. Si le cordon est hors de la vulve, les vaisseaux sanguins du nombril auront des spasmes à cause de la température plus fraîche. Ces spasmes ralentissent ou arrêtent le flux sanguin et par conséquent l'oxygène. La procidence du cordon survient dans un accouchement sur 400. C'est une urgence.

1. Faire un interrogatoire ciblé
2. Faire un examen physique ciblé

   ECOUTER régulièrement le cœur fœtal pendant le travail. Tout changement dans le rythme du cœur fœtal pendant le travail, en particulier le ralentissement pendant le premier stade peut être un signe de souffrance fœtale.

   CHERCHER le cordon à la vulve en faisant le toucher vaginal s'il y un signe de souffrance fœtale. Chaque fois que vous faites un toucher vaginal et après une rupture spontanée des membranes, essayer de DETECTER le cordon, noter la présentation du bébé et la dilatation du col.
3. Identifier le problème – Procidence du Cordon

   L'identification précoce du problème est une action rapide peuvent sauver la vie du bébé. Le prestataire doit toujours ECOUTER et DETECTER la possibilité de problèmes pour chaque femme en travail.

   Si le prestataire IDENTIFIE que le cordon est dans le vagin ou situé hors de la vulve, une ACTION doit être prise. Si le rythme cardiaque du bébé baisse soudainement, surtout immédiatement après la rupture des poches et ne revient pas à la normale, il faut prendre une ACTION. Si le rythme cardiaque du bébé ralentit fortement pendant chaque contraction, il faut prendre une ACTION.

   Si vous pouvez voir ou sentir le cordon, mettez des gants stériles et DETECTEZ la dilatation du col et touchez le cordon doucement pour SENTIR le pouls du cordon (battement).
4. Faire un plan de soins pour la procidence du cordon avec un cordon pulsatile

   Si le cordon est pulsatile, le fœtus est vivant. Diagnostiquer le stade du travail en cours en procédant immédiatement à un examen vaginal. Si la patiente en est au premier stade du travail, dans tous les cas:

   - Après avoir mis des gants désinfectés, introduire une main dans le vagin et pousser la présentation en arrière afin de la déloger du bassin et de diminuer la compression du cordon;
   - Placer l'autre main sur l'abdomen, sur la région sus-pubienne, afin de maintenir la présentation hors du bassin;
   - Une fois que la présentation est fermement maintenue au-dessus du bord pelvien, retirer la première main du vagin et garder l'autre main sur l'abdomen, jusqu'à la réalisation de la césarienne;
   - Si l'établissement en dispose, injecter lentement 0,5 mg de salbutamol en IV, en 2 minutes, pour faire diminuer les contractions;

- Donner des explications à la femme et à la famille;
- Continuer à observer la femme et à la soutenir pendant le travail;
- Préparer le transfert de la femme et de la famille;
- Référer la parturiente.

Si la patiente en est au deuxième stade du travail:

- Accélérer l'accouchement en réalisant une épisiotomie et une extraction par ventouse obstétricale;
- A se tenir prêt à réanimer le nouveau-né;

5. Faire un plan de soins pour la procidence du cordon avec cordon non pulsatile.

   Si le cordon n'est pas pulsatile, le fœtus est mort.

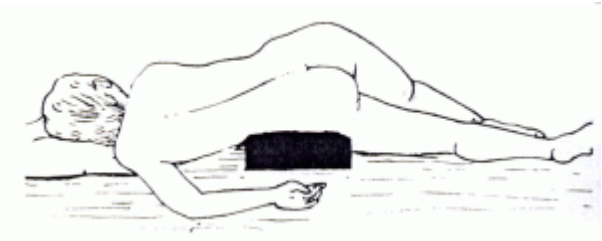
   - Accoucher la patiente selon le mode le plus sûr et prendre des dispositions pour l'accouchement ou le transfert de la femme.
   - Donner des explications à la femme et à la famille.
   - Continuer à observer la femme et à la soutenir pendant le travail.
   - Préparer la femme et la famille à accoucher d'un mort-né.
   - Prodiguer des soins et du soutien à la femme et à sa famille.
   - Enregistrer toutes les actions prises.

S'il n'est pas possible d'amener la femme à l'hôpital en cas de procidence du cordon battant

Positionner la femme de sorte que ses hanches soient plus hautes que sa poitrine, en la faisant changer souvent de position (position latérale gauche avec des oreillers sous les fesses, les mains et les genoux, position bras aux genoux ou genoux-épaules) et surveiller le travail. Continuer à essayer d'obtenir un moyen de transport; ne pas abandonner la parturiente. Des prestataires ont signalé des cas où ils ont pu tenir la pression à l'écart du cordon pendant 3 heures, et un bébé vivant a été accouché par opération césarienne.

Femme en position génu-pectorale

Femme en position de Sims exagérée.



Protéger le cordon de l'air froid. Ne pas manipuler le cordon. Continuer à pousser sur la partie en présentation avec votre main abdominale, surtout pendant les contractions, jusqu'à ce que la femme arrive au deuxième stade. Si elle est au deuxième stade, délivrer le bébé aussi rapidement que possible, en faisant une épisiotomie et en utilisant des ventouses obstétricales, si possible. Etre préparé à réanimer le nouveau-né. Etre préparé à aider la femme et la famille au mieux possible. Lorsque l'accouchement est terminé, enregistrer les actions et résultats.

3.13 Saignement vaginal après l'accouchement

L'hémorragie du post partum est la première cause de décès maternel.

Si la femme est accouchée, et elle saigne, elle peut perdre une grande quantité de sang très rapidement. Elle est en danger de choc et de décès. Dans cette situation vous devez agir immédiatement pour essayer d'arrêter le saignement tout en rassemblant des informations.

Dès que l'on constate un saignement vaginal anormal (c'est à dire plus abondant que les lochies), il faut suivre les étapes ci-dessous.

3.13.1 Exécuter les mesures d'urgence suivantes:

- APPELER A L'AIDE. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.
- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).
- Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots.
- Administrer 10 unités d'ocytocine en IM.
- Installer une voie veineuse et commencer à perfuser des cristalloïdes.
- Sonder la vessie.
- Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.
- Examiner le col, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.
- Demander les examens de laboratoire suivants : NFS, GSRH, tests de coagulation.

3.13.2 Faire le diagnostic étiologique du saignement vaginal après l'accouchement

Afin de prendre en charge correctement l'hémorragie du post-partum, les prestataires doivent être en mesure d'identifier la cause de l'hémorragie.

En utilisant les informations que vous avez réunies au cours des procédures de prise en charge d'urgence, faire un diagnostic étiologique.

Utiliser le tableau ci-après, SAIGNEMENT DE POSTPARTUM pour identifier la cause du saignement. Se rappeler que plusieurs causes de saignement peuvent souvent exister ensemble. Par exemple, l'atonie utérine entraîne souvent la rétention placentaire ou la rétention de débris placentaires.

SAIGNEMENT DU POSTPARTUM : Liste des causes possibles

Diagnostic probable	Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents
Atonie utérine	▪ Hémorragie du post-partum immédiat ▪ Utérus mou/non contracté ▪ Choc
Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales	▪ Hémorragie du post-partum immédiat ▪ Placenta complet ▪ Utérus contracté ▪ Présence de lacérations au niveau du périnée, du vaginal ou du col à l'inspection ou à l'examen sous valves
Rétention placentaire complète	▪ Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement ▪ Hémorragie du post-partum immédiat ▪ Utérus contracté
Rétention placentaire partielle	▪ Absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux ▪ Hémorragie du post-partum immédiat ▪ Utérus contracté
Inversion utérine	▪ Fond utérin non perçu à la palpation abdominale ▪ Douleur légère ou intense ▪ Utérus inversé, visible au niveau de la vulve ▪ Hémorragie du post-partum immédiat

3.13.3 Assurer une prise en charge étiologique

Etablir un plan de soins pour l'atonie utérine

L'atonie utérine est la cause la plus fréquente de l'hémorragie du post-partum. L'utérus est fatigué après l'accouchement. Les muscles utérins ne peuvent pas se contracter (se resserrer) et se rétracter (se raccourcir) de sorte que le saignement continu. Si la femme perd trop de sang, elle va se trouver en choc et mourir.

Habituellement dans le cas de l'atonie utérine, il n'y a pas assez de temps pour référer la femme à l'hôpital. Si l'accouchement se passe dans un hôpital, il n'y a pas assez de temps pour attendre que le docteur arrive. Vous devez agir rapidement. La compression bi-manuelle de l'utérus est une procédure d'urgence utilisée pour permettre à l'utérus de se contracter et ralentir la perte de sang. Ceci peut prévenir le décès de la femme. Les facteurs favorisant de l'atonie utérine sont:

- Grande multiparité
- Hydramnios
- Accouchement gémellaire ou d'un gros enfant (poids≥ 4000gs)
- Travail prolongé
- Abus des antispasmodiques
- Vessie pleine

Prise en charge de l'atonie utérine

Selon les recommandations de l'OMS il faut faire une escalade thérapeutique (référence à mettre).

- Premiers gestes
  - Continuer le massage utérin

- Administrer les ocytociques suivants selon leur disponibilité : ocytocine, ergométrine ou misoprostol (voir Tableau page suivante)

- Si le saignement continue
  - Utiliser les techniques de compression non chirurgicale : compression bi-manuelle interne ou compression par condom
  - Administrer de l'acide tranxénamique : 1 gr en IV lente (1minute) puis 1 g 30 minutes plus tard
  - Si le saignement continue
    - Utiliser les compressions chirurgicales : technique de B Lynch ou
    - Ligature des artères hypogastriques
    - Si le saignement continue : hystérectomie subtotale

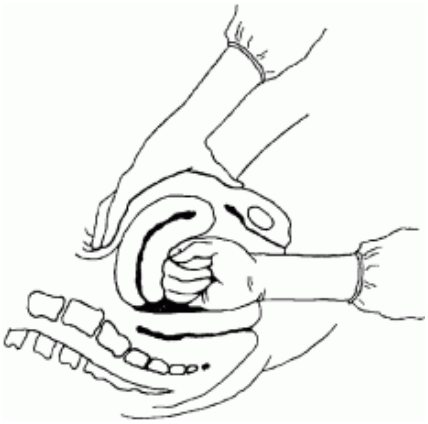
Utilisation des ocytociques dans l'atonie utérine

	Ocytocine	Ergométrine	Misoprostol
Dose d'attaque	10UI en IM plus 20 UI dans un litre de SS ou RL en perfusion à raison de 60 gouttes/mn	0,2mg IM puis 0,2 mg IM 15 minutes plus tard	200–800 µg en sublingual
Dose d'entretien	20 UI dans un litre de SS ou RL a raison de 40 gouttes/mn jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie	0,2mg IM toutes les 4 heures sans dépasser 1 mg soit 5 ampoules	Ne pas dépasser la dose totale de 800µ soit 4 comprimés
Effets secondaires		HTA	Frissons, fièvre, diarrhée, vomissements

Technique de compression bi-manuelle interne : expliquer à la patiente ce que l'on va faire et la rassurer

- Se laver les mains et porter des gants de révision utérine ou à défaut des gants stériles ou désinfectés, introduire une main dans le vagin et former 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.

Compression bimanuelle de l'utérus



Si l'utérus se contracte et le saignement ralenti:

- Retirer votre main et continuer à surveiller l'utérus pendant la référence. Relever le pouls et la tension artérielle toutes les 30 minutes toutes les 2 heures. S'ils sont normaux, vérifier les signes vitaux pendant 4 heures supplémentaires.
- Encourager l'allaitement au sein.
- Laisser les liquides IV en place pendant 3 à 6 heures encore jusqu'à ce que vous soyez sûr que l'hémorragie est contrôlée. La patiente devrait manger et boire normalement même si la perfusion est encore en place.
- Dispenser des soins de routine de post-partum.
- Avant d'enlever les gants, jeter la gaze et les autres déchets dans un récipient ne pouvant être percé ou un sac en plastique.
- Immerger les deux mains gantées dans une solution de chlore à 0,5% pour les décontaminer. Retirer les gants en les retournant et jeter les dans un récipient ne pouvant être percé ou un sac en plastique
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher.
- Enregistrer les résultats et les actions prises dans le dossier.

A défaut de pouvoir exercer une compression bi-manuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte abdominale.

Technique de compression de l'aorte abdominale :

- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale ;
- Le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche;
- Pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale.

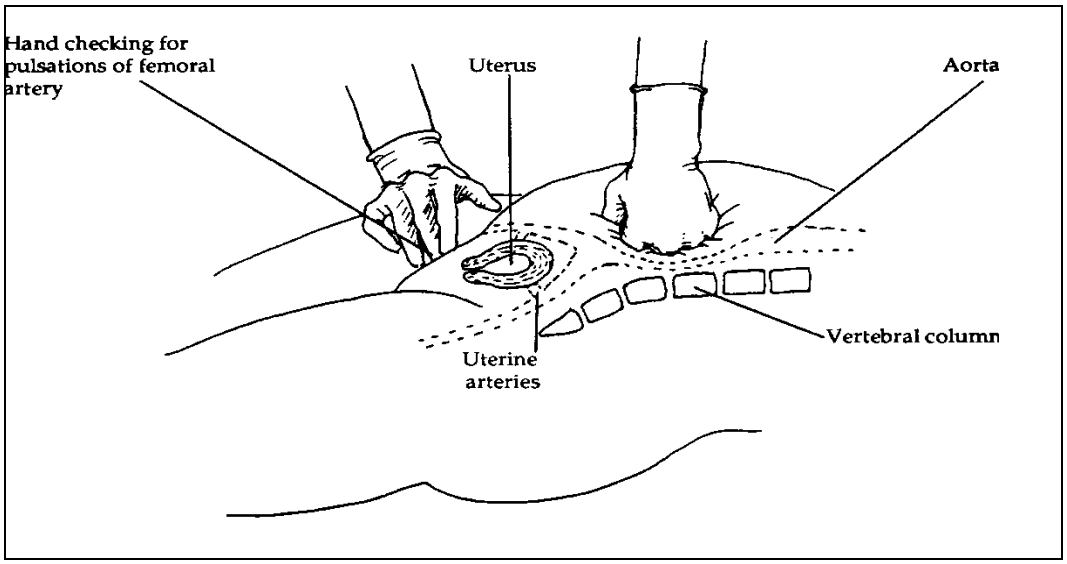
Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral

Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante:

- Si le pouls est palpable pendant la compression, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante.
- Si le pouls fémoral n'est pas palpable, la pression est suffisante.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.

- Rassurer la femme et sa famille.

Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral



- Technique de B Lynch
- Technique de tamponnement intra-utérin avec le condom
- Technique de ligature artérielle
- Technique de l'hystérectomie sub-totale

3.13.4 Diagnostic et prise en charge des lacérations génitales

Les déchirures du canal génital sont la deuxième cause de l'HPP. Les déchirures peuvent coexister avec l'atonie utérine. Le saignement du post-partum avec une contraction de l'utérus est souvent causé par une déchirure du col ou du vagin.

Diagnostiquer une lacération des voies génitales

Le diagnostic est basé sur l'inspection des parties génitales de l'extérieur vers l'intérieur :

- Inspecter le périnée pour mettre en évidence une déchirure
- Inspecter le vagin soigneusement et le col ensuite

L'inspection est inconfortable et même douloureuse parfois. Vous devez donc:

- Expliquer à la femme ce que vous allez faire. L'informer que la procédure va causer de l'inconfort, mais que vous allez la faire aussi rapidement et aussi doucement que possible. Lui faire savoir qu'il est important de s'assurer qu'elle n'a pas de déchirure qui peut lui causer de saignement excessif;
- Effectuer la procédure aussi rapidement que possible;
- Administrer un antalgique si la situation le permet et la femme en a besoin.

Les étapes suivantes sont prises pour inspecter le vagin et le col:

- Nettoyer doucement les parties génitales de la femme avec une solution antiseptique ou de l'eau avec du savon.
- Avec votre main gantée, séparer doucement les lèvres du vagin. Dire à votre assistante de diriger un faisceau lumineux dans le vagin. Chercher soigneusement toute déchirure ou hématome (collection de sang sous le tissu).
- Insérer trois à quatre doigts, la paume vers le bas, le long de la paroi postérieure du vagin. Presser fermement sur la paroi arrière du vagin avec vos doigts. Regarder profondément dans le vagin. Le saignement causé par une lacération peut être un suintement lent ou des giclements d'une artère en pompage.
- Presser lentement contre la paroi vaginale et déplacer vos doigts vers le haut de la paroi du vagin, un coté à la fois. REGARDER et TOUCHER. La surface est-elle lisse? Y a-t-il des points où vous remarquez un saignement? Assurez-vous de toucher jusqu'au col.

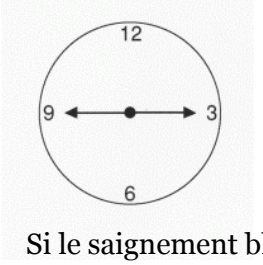
REGARDER et TOUCHER pour détecter les déchirures du vagin ou du col.

Ensuite dites à votre assistante de presser fermement le fond utérin vers le bas sur l'utérus de la femme. Ceci déplacera le col plus bas dans le vagin pour que vous puissiez l'examiner avec le plus grand soin. Presser fermement sur la paroi arrière du vagin avec une main si vous voyez un saignement ou des déchirures, prenez votre pince porte tampon et clamper la lèvre antérieure du col. Tirer doucement sur la pince.

ATTENTION : si vous ne placez pas la pince bien sur le tissu, vous pouvez déchirer un morceau du col, causant davantage de saignement.

Vous devez maintenant être en mesure de voir clairement le col. REGARDER soigneusement tous les côtés du col. Voyez-vous des suintements ou giclements de sang? Les lacérations surviennent le plus souvent sur les côtés du col à 3 ou 9 heures (au milieu à gauche et à droite).

Emplacements les plus habituels des déchirures du col.



Si le saignement bloque la vue de sorte qu'il est difficile de voir d'où il vient, prendre de la gaze ou du tissu stérile et essuyer le sang.

Si aucune lacération ou saignement n'est notée, enlever la pince porte tampon, mettez la femme à l'aise, et continuer à surveiller ses signes vitaux avec soins pendant 2 heures.

Une fois que vous avez procédé à l'inspection du col et du vagin et que vous avez trouvé les endroits où le tissu est déchiré, vous devez décider de référer la femme ou de faire vous-même la réparation. Souvenez-vous que les femmes décèdent à la suite de perte de sang causée par de simples lacérations qui n'ont pas été décelées ou réparée.

Si les lacérations constatées sont importantes et/ou profondes, ou si la femme ne s'améliore pas après une réhydratation intraveineuse, prendre des dispositions pour l'évacuer immédiatement vers une structure sanitaire dotée d'installation chirurgicale (salle d'opération). Il se peut qu'elle souffre d'une rupture utérine, de lacérations des artères utérines ou d'autres complications.

Réparation des lacérations des voies génitales

Lacérations péri-urétrales

Les lacérations autour du clitoris et de l'urètre peuvent saigner abondamment et s'avérer très difficile à réparer. Si possible, référer la patiente. En préparation de la référence, poser les compresses sanitaires et autres bandages bien contre la vulve et faites-lui croiser les jambes. Vous pouvez enrouler ses cuisses avec des tissus pour lui rappeler de maintenir ses jambes bien pressées l'une contre l'autre.

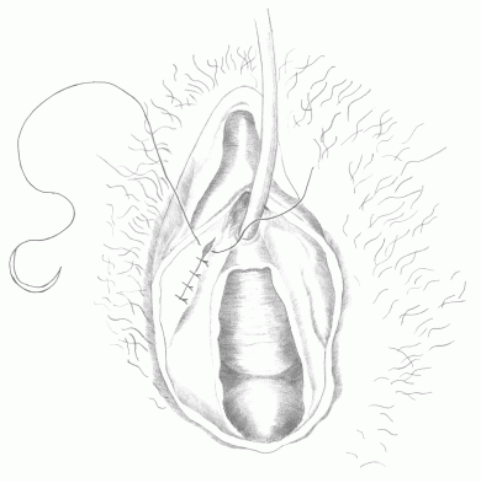
Placer une sonde dans la vessie. Ceci vous permettra d'identifier l'urètre et vous empêchera de fermer l'urètre par suture ou de l'endommager accidentellement.

Choisir la suture la plus fine à votre disposition (voir l'imprimé intitulé choisir une suture).

Presser les tissus ensemble. Ne vous pressez pas dans cette étape. Les lacérations sont comme des puzzles. Les pièces déchirées doivent retourner ensemble de sorte que le tissu retrouve son apparence antérieure. Mieux vous aurez pressé les tissus ensemble et préparé l'endroit où placer la suture, meilleur sera son apparence une fois guéris.

Placer des sutures interrompues (individuel) le long de la déchirure étroite, espacées d'environ 1 cm les unes des autres (voir la Figure 5.13 ci-dessous). Si le saignement persiste alors que l'on a placé tous les points de suture, on peut comprimer la lacération avec une compresse pendant 10 minutes. Respecter les mesures de prévention des infections et documenter la procédure.

Réparation d'une lacération péri-urétrale antérieure



Lacération vaginale

Les lacérations du vagin sont réparées de la même manière que celle décrite pour la réparation des lacérations péri-urétrales sauf qu'il n'est pas nécessaire de placer une sonde dans l'urètre à moins que la lacération ne se trouve dans la paroi antérieure du vagin.

Lacérations du périnée

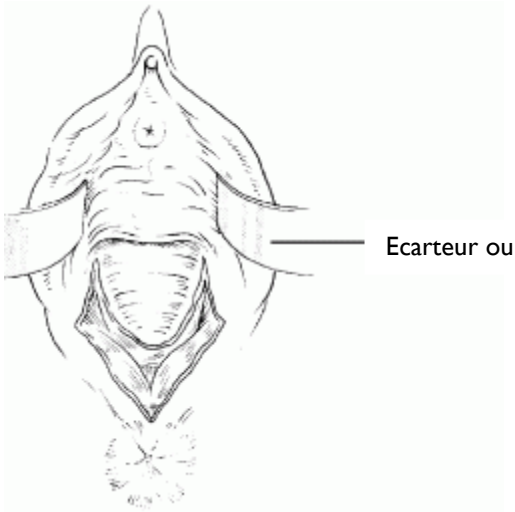
Trois types de déchirures périnéales peuvent survenir lors de l'accouchement:

- Les déchirures périnéales simples qui intéressent la muqueuse vaginale, le tissu conjonctif et, parfois, le plan musculaire superficiel;
- Les déchirures périnéales complètes qui comprennent une rupture complète du sphincter anal;
- Les déchirures périnéales complètes compliquées qui intéressent en outre la muqueuse anale.

Réfection des déchirures périnéales simples

La plupart des déchirures périnéales simples n'intéressant pas le plan musculaire superficiel se ferment spontanément, sans qu'il soit besoin de les suturer. Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Faire une infiltration locale de lidocaïne. S'assurer que la patiente n'est pas allergique à la lidocaine.

Exposer une déchirure périnéale



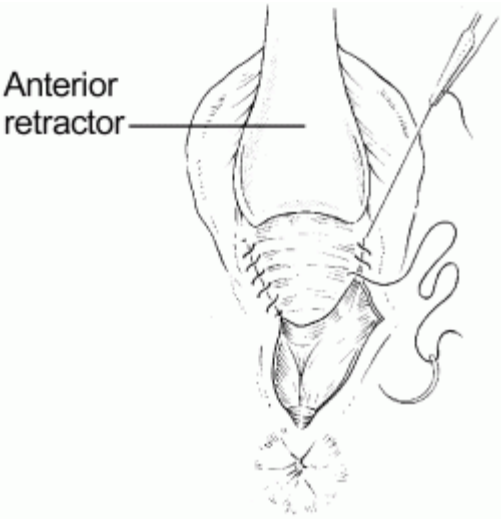
Badigeonner la région de la déchirure avec une solution antiseptique. Faire une infiltration sous-épithéliale de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec 10 ml de solution de lidocaïne à 0,5 %. Eviter d'injecter dans un vaisseau car cela peut être fatal à la patiente. Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la région anesthésiée avec une pince. Si la patiente réagit au stimulus, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Suturer la muqueuse vaginale avec un surjet de fil 2/0 (voir la Figure 5.15 ci-dessous) :

- Commencer la suture environ 1 cm au-dessus de la partie apicale (la plus externe) de la déchirure vaginale et suturer jusqu'au niveau de l'orifice vaginal;
- Au niveau de l'orifice vaginal, affronter les berges de la déchirure;

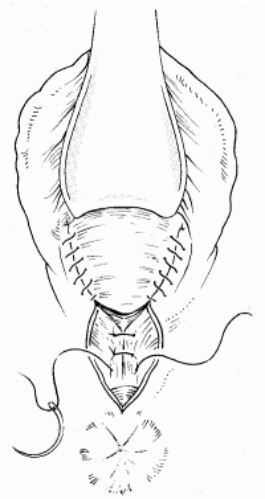
- Faire passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la faire ressortir par la déchirure périnéale, puis nouer.

Réfection de la muqueuse vaginale



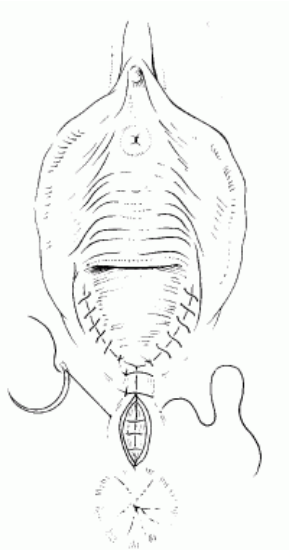
Suturer les muscles du périnée avec des points séparés de fil 2/0(voir la Figure 5.16 ci-dessous). Si la plaie est profonde, faire un deuxième plan identique au premier pour clore l'espace mort.

Réfection des muscles du périnée



Suturer la peau avec des points séparés (ou par un surjet intradermique) de fil 2/0, en commençant à l'orifice vaginal (voir la Figure 5.17 ci-dessous). Si la plaie était profonde, faire un toucher rectal. S'assurer qu'il n'y a pas de point de suture dans le rectum.

Réfection de la peau



Réfection des déchirures périnéales complètes et complètes compliquées.

Note : la patiente risque de ne plus pouvoir maîtriser ses défécations ni ses émissions de gaz si le sphincter anal est déchiré et n'est pas correctement réparé. Si on omet de suturer une déchirure du rectum, la patiente est exposée à un risque d'infection et de fistule recto-vaginale (émission de selles par le vagin).

Suturer la déchirure en salle d'opération. Revoir les principes généraux à observer pour les soins.

Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Faire un bloc des nerfs honteux ou une anesthésie à la kétamine. Dans certains cas rares, si toutes les berges de la déchirure sont visibles, la réfection peut se faire après infiltration locale de lidocaïne (voir plus haut) et injection lente de péthidine et de diazépam par voie intraveineuse (ne pas les mettre dans la même seringue).

Demander à un aide de masser l'utérus et de continuer à surveiller les signes vitaux et le globe de sécurité. Badigeonner la déchirure avec une solution antiseptique et retirer, le cas échéant, les matières fécales. S'assurer que la patiente ne souffre d'aucune allergie connue à la lidocaïne ou aux médicaments de la même famille.

Faire une infiltration sous-épithéliale de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec 10 ml de solution de lidocaïne à 0,5 %.

Note : aspirer (tirer sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Si, à l'aspiration, du sang remonte dans la seringue, retirer l'aiguille, la déplacer et en vérifier soigneusement la position puis l'enfoncer à nouveau. Ne jamais injecter de lidocaïne si du sang remonte dans la seringue. Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente.

Une fois la série d'injections terminée, attendre 2 minutes puis pincer la région anesthésiée avec une pince. Si la patiente réagit au stimulus, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

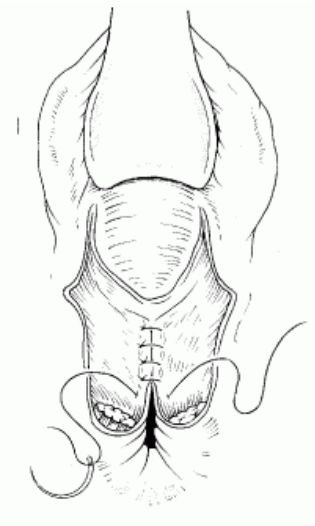
Il est mieux de faire cette réparation sous anesthésie générale si possible.

Suturer la paroi musculaire du rectum avec des points séparés de 3/0 ou de 4/0 distants de 0,5 cm pour reconstruire la muqueuse (voir la Figure 5.18 ci-dessous).

Ne pas oublier : faire passer la suture dans la musculeuse (et pas seulement dans la muqueuse). Couvrir le plan musculeux en affrontant les berges de l'aponévrose et en

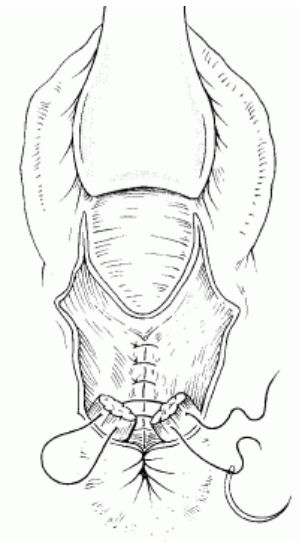
suturant avec des points séparés; Badigeonner fréquemment la région avec une solution antiseptique.

Suturer la paroi musculaire du rectum



- Saisir chacune de ses extrémités avec une pince d'Allis (le sphincter se rétracte lorsqu'il est déchiré) ; il est résistant et ne se déchirera pas lorsqu'on tirera dessus;
- Suturer le sphincter avec 2 ou 3 points séparés de fil 2/0 (voir la Figure 5.19 ci-dessous).

Suture du sphincter anal



- Badigeonner à nouveau la région avec une solution antiseptique.
- Examiner l'anus avec un doigt ganté pour s'assurer de la bonne réfection du rectum et du sphincter. Ensuite, retirer les gants et en mettre d'autres, stériles ou désinfectés.
- Suturer la muqueuse vaginale, les muscles du périnée et la peau.

Soins post-opératoires

En cas de déchirure complète compliquée du périnée, administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : 500 mg d'ampicilline par voie orale ; PLUS 400 mg de métronidazole par voie orale. Assurer un suivi étroit de la patiente pour pouvoir détecter, le

cas échéant, les signes d'une infection locale. Eviter les lavements ou les touchers rectaux pendant 2 semaines. Si possible, donner un émollient des selles pendant 1 semaine.

Lacérations du col

Les lacérations du col surviennent le plus souvent dans le milieu du col à droite ou à gauche (3 et 9 heures). Les lacérations seront localisées lorsque vous examinez le col et le vagin.

Parce que le col ne se contracte pas comme l'utérus, l'administration d'ocytocique n'arrêtera pas le saignement du col.

Les lacérations du col peuvent également survenir si la femme commence à pousser avant que le col ne soit totalement ouvert. Le col peut se déchirer afin que le bébé puisse sortir. Les lacérations du col peuvent survenir dans les accouchements faciles. Pour cette raison, il faut examiner avec soin le col et le vagin de chaque femme en cas d'hémorragie du post partum. Les femmes meurent à la suite de petites lacérations du col qui auraient pu être réparées avec deux ou trois points de sutures.

Les étapes de la réparation de la déchirure du col sont les suivantes:

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et badigeonner le vagin et le col avec une solution antiseptique.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Pour la plupart des déchirures du col, l'anesthésie n'est pas nécessaire. Pour les lésions hautes et étendues, injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement en IV ou de la kétamine.
- Demander à un aide de masser l'utérus et de continuer à surveiller les signes vitaux et le globe de sécurité.
- Saisir doucement le col avec des pinces porte-tampons. Saisir les deux berges de la plaie avec les pinces et tirer doucement dans diverses directions pour inspecter la totalité du col. Il se peut qu'il y ait d'autres lésions.
- Suturer les lésions cervicales avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente) 0 en partant de la partie apicale (extrémité supérieure de la lésion), qui est souvent la source du saignement.

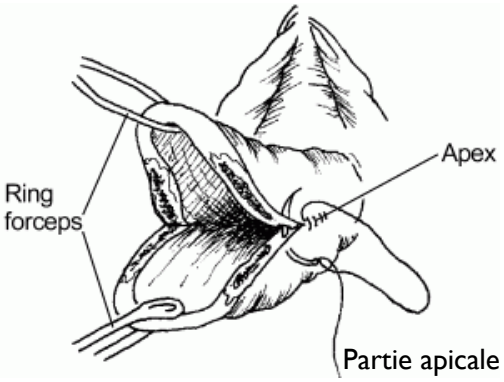
Si une grande portion du bord de l'orifice est déchirée, suturer par en-dessous par un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente).

Si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer, peut-être est-il possible de la saisir avec une pince hémostatique ou une pince porte-tampons. Laisser la pince en place pendant 4 h. Ne pas renouveler les tentatives de suture des sources de saignement, cela risquerait d'accroître le saignement. Ensuite:

- Attendre 4 h puis desserrer partiellement le mors de la pince mais ne pas la retirer;
- Attendre 4 h supplémentaires puis retirer complètement la pince.

Il peut être nécessaire de faire une laparotomie pour réparer une déchirure du col qui s'étend bien au-delà du dôme vaginal.

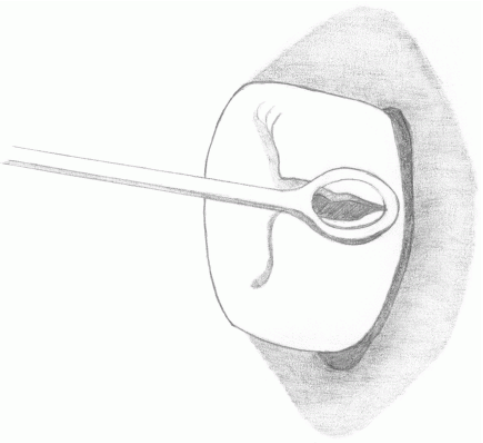
Réfection d'une déchirure du col



S'il ne vous est pas possible de réparer la lacération du col:

- Saisir doucement la partie apicale (partie supérieure) de la déchirure avec une pince porte tampon comme illustré dans la Figure 5.21 ci-après. Parfois, il suffit d'exercer une pression sur les points de saignement pour arrêter le saignement.
- Préparer la famille et la femme pour une référence vers un endroit où un médecin expérimenté pourra réparer la lacération.
- Laisser la pince en position pendant 4 heures. Si vous n'avez pas encore atteint le site de référence, desserrer les pinces partiellement mais ne pas les enlever sauf si la femme est arrivée au point de référence ou si 4 heures supplémentaires se sont écoulées.

Pinces porte tampon sur la lacération du col



3.13.5 Prise en charge de la rétention placentaire

La rétention placentaire peut causer l'hémorragie du post-partum, le choc et la mort. La délivrance artificielle d'un placenta retenu est une procédure d'urgence pour prévenir le décès de la femme.

Il arrive que la rétention placentaire ne s'accompagne pas d'un saignement. Il n'y a pas de danger immédiat tant que la femme ne saigne PAS. S'assurer que l'utérus ne saigne pas et qu'il ne se remplit pas de sang. SURVEILLER une élévation du fond ET/OU une augmentation de la taille de l'utérus. Se rappeler que toute quantité de sang perdu peut être importante pour la femme. Le sang peut demeurer à l'intérieur de l'abdomen ou sortir à l'extérieur. Garder à l'esprit que si la femme a un taux d'hémoglobine de 6 grammes et si elle perd 150cc de sang à l'accouchement, la perte de sang est plus importante pour elle que pour une femme avec un taux d'hémoglobine de 12 grammes ayant subi la même perte de 150cc.

Causes possibles de la rétention placentaire

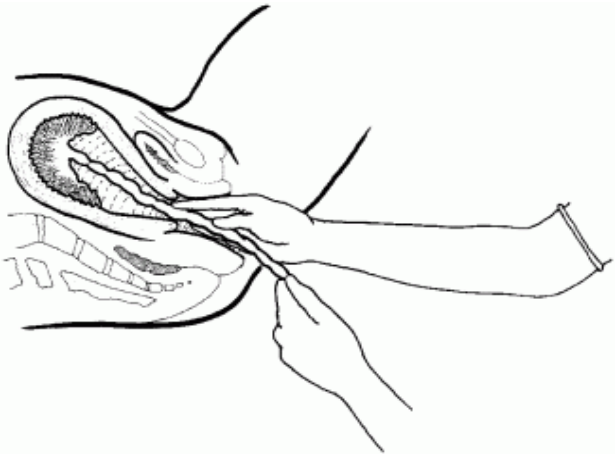
- Mauvaises contractions utérines (inertie ou fatigue de l'utérus).
- La rétention des membranes qui collent à la paroi utérine.
- Placenta accreta : placenta anormalement adhérent à la paroi utérine.

Prise en charge de la rétention placentaire

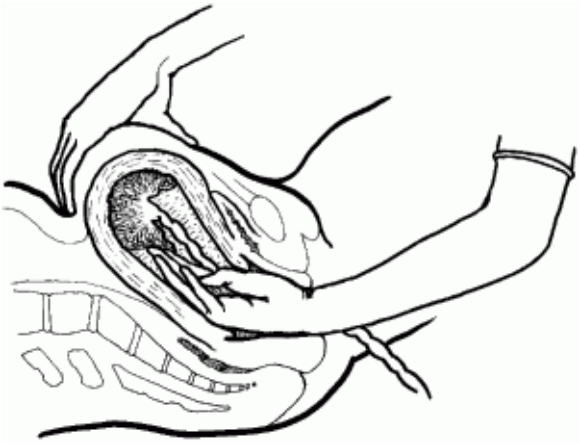
Selon les recommandations de l'OMS, on doit suivre les étapes suivantes:

- Première étape : administrer 10 UI d'ocytocine et faire la GATPA. Si échec:
- Deuxième étape : injecter 10IU dans la veine ombilicale au niveau du cordon rattaché au placenta et attendre le décollement du placenta. Si échec de cette technique :
- Troisième étape : faire une délivrance artificielle
- Réunir tout le matériel dont on aura besoin pour faire la révision utérine
- Expliquer à la femme ce que l'on va faire et la rassurer
- Administrer 2 g d'ampicilline en IVD
- Administrer une anesthésie générale ou une sédation avec 10 mg de Diazépam en IV lente
- Se laver les mains et porter des gants de révision utérine
- Nettoyer la vulve et le vagin avec un antiseptique
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol. (Figure 1)
- Engager l'autre main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus au niveau de l'insertion du cordon sur le placenta (Figure 1)
- Lâcher le cordon et empaumer le fond utérin avec la main qui tenait le cordon (Figure 2)
- Insinuer le bord cubital de la main intra-utérine entre le placenta et la cavité utérine pour décoller progressivement (Figure 3)
- Ramener le placenta décollé dans le vagin et procéder à une révision utérine pour s'assurer que l'utérus est vide et intacte
- Sortir le placenta et l'examiner
- 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.
- Nettoyer à nouveau la vulve et le vagin avec un antiseptique
- Décontaminer les gants, les jeter, se laver les mains et les sécher
- Documenter la procédure dans le dossier de la patiente.

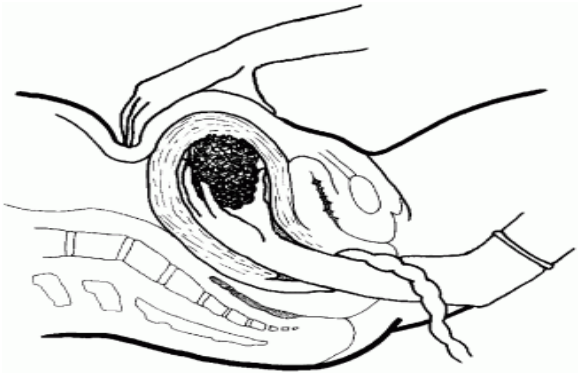
Localisation du placenta par introduction d'une main dans l'utérus



Début du décollement du placenta



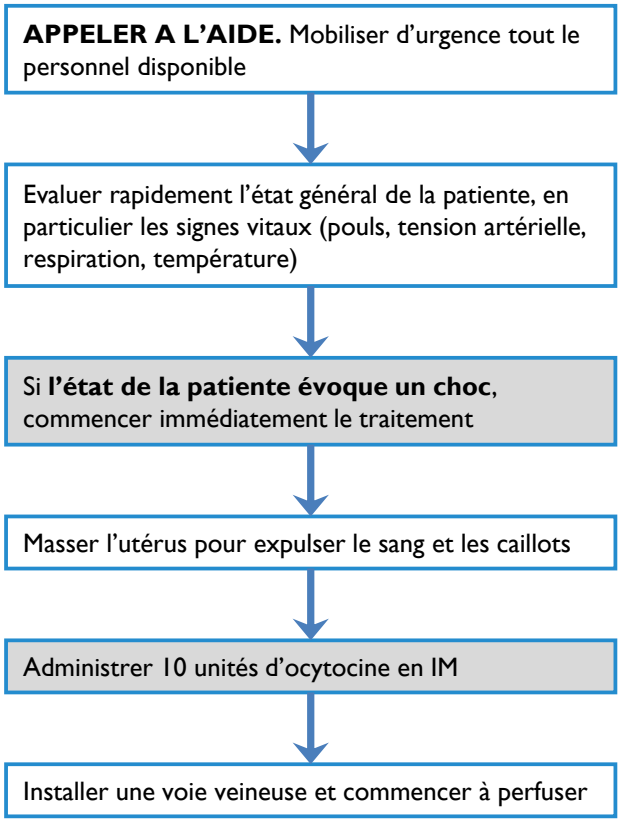
Décollement manuel du placenta



Soins après la délivrance artificielle :

- Observer attentivement la patiente jusqu'à ce que l'effet de la sédation intraveineuse se soit dissipé.
- Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) toutes les 30 minutes pendant les 6 h 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.
- Maintenir la perfusion.

Algorithme #2 : Saignement vaginal après l'accouchement



- HPP du post-partum immédiat
- utérus mou/non contracté

ATONIE UTERINE

- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des ocytociques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres
- Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins.
- Si **le saignement persiste** :
  - examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet
- Puis, si **le saignement n'a toujours pas cessé** :
  - procéder à une compression bimanuelle de l'utérus
  - A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte
  - Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé

- HPP du post-partum immédiat
- placenta complet
- utérus contracté

DECHIRURES CERVICALES, VAGINALES PERINEALES

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicale, vaginales ou périnéales.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente

- absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement
- absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux
- HPP du post-partum immédiat
- utérus contracté

RETENTION PLACENTAIRE

- Si **le placenta est visible**, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. S'**il est palpable** au toucher vaginal, procéder à son extraction.
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si **le placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.
- 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
- Si **la traction mesurée sur le cordon est sans succès**, faire une tentative de délivrance artificielle
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite

3.14 Fièvre pendant le travail et après l'accouchement

La fièvre est fréquente pendant le travail et dans les suites de couches dans les pays en développement. L'infection est la 3ème cause de mortalité maternelle dans ces pays.

Une des causes les plus fréquentes dans le post partum est l'infection puerpérale. On appelle infection puerpérale une infection qui survient dans les suites de couches. Elle a pour porte d'entrée les voies génitales, et plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elle se manifeste par une poussée hyperthermique à 38° et plus, survenant dans les 10 premiers jours après l'accouchement. Limitée à l'utérus, c'est l'endométrite. Elle peut ensuite diffuser et causer un abcès pelvien, une péritonite généralisée, une septicémie ou un choc septique.

Les facteurs favorisant des infections puerpérales sont:

- Rupture prématurée des membranes.
- Travail prolongé.
- Episiotomie, lacération ou accouchement traumatisant.
- Toucher vaginal trop fréquent pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat.
- Mauvaise hygiène du périnée après l'accouchement.
- Rétention de tissu placentaire ou de membranes,
- Avortement septique.
- Hémorragie pendant le travail.

La prise en charge d'une infection puerpérale comporte les étapes suivantes:

Prodiguer des soins d'urgence

Lorsqu'une femme se présente avec une suspicion d'infection puerpérale, il faut rechercher des signes de gravité et les prendre en charge immédiatement:

- Hyperthermie maligne c'est à dire température ≥ 40° C : antipyrétique en IV
- Etat de choc infectieux : antibiothérapie avant d'identifier le germe en cause

Interroger la femme : POSER les questions suivantes et ECOUTER les réponses:

- Depuis combien de temps votre corps est-il chaud (fièvre) ? Avez-vous des frissons ? Pensez-vous que vous avez le paludisme?
- Avez-vous des douleurs ? Montrez-moi où sont les douleurs.
- Urinez-vous souvent ? Y a-t-il une douleur lorsque vous urinez ? Avez-vous une douleur dans le dos?
- Avez-vous le nez qui coule, une toux ou la gorge douloureuse?
- *Si la femme vient d'avorter* : Quand avez-vous perdu la grossesse?

Si la femme vient d'accoucher:

- La délivrance a-t-elle été normale et complète ?
- Avez-vous constaté une quelconque anomalie aux seins ? Une douleur ou une masse, un saignement ou un écoulement anormal ?
- Avez-vous une douleur dans les jambes ou dans les cuisses?

Faire un examen clinique ciblé

- Examiner la femme en utilisant les informations qu'elle vous a données (REGARDER et PALPER) et faire un diagnostic différentiel.
- Vérifier les signes vitaux.
- Vérifier les mollets : sensibilité, enflement, masse.
- Ausculter les poumons : râles, ronchus, rythme respiratoire.
- Palper les seins : sensibilité, masse, gonflement fluctuant, érythème, allaitement.
- Palper l'abdomen : distension, sensibilité, douleur à la palpation appuyée, taille utérine, sensibilité supra pubienne, sensibilité de l'angle costo-vertébral (tapoter le bas du dos au-dessus de chaque rein avec votre poing – voir ci-dessous), grossissement du foie et de la rate.

- Pour voir s'il y a une sensibilité à l'angle costo-vertébral, percuter le bas du dos au-dessus de chaque rein avec votre poing
- Examiner les organes génitaux externes (vulve et périnée) : cicatrisation des lacérations/épisiotomie, saignement, écoulement anormal, inflammation, ou lésions
- Examen au spéculum - visualisation : Ecoulement et saignement du col, signes de lésions du col
- Examen bi-manuel – examen digital : Consistance et longueur du col, dilatation du col interne et externe, taille utérine (involution), consistance utérine, sensibilité utérine, sensibilité du col aux mouvements, sensibilité annexielle et masse
- EXAMINER le placenta/tissu très attentivement pour s'assurer que le placenta et les membranes sont complets, si elle vient d'accoucher.

Demander des tests de laboratoire, si possible:

- NFS
- Goutte épaisse
- Analyse d'urine
- Hémoculture
- A l'issue du bilan la pathologie en cause est identifiée.
- Liste des causes possibles des infections puerpérales.

Diagnostic probable	Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents
Endométrite puerpérale	▪ Fièvre et frissons ▪ Douleurs pelviennes ▪ Lochies purulentes et nauséabondes ▪ Utérus sensible ▪ Saignement vaginal léger[13] ▪ Choc	▪ Saignement vaginal léger ▪ Choc
Abcès pelvien	▪ Douleur et distension abdominales basses ▪ Fièvre oscillante et frissons persistants ▪ Utérus sensible ▪ Réponse faible aux antibiotiques ▪ Tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas ▪ La culdocentèse ramène du pus	▪ Tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas ▪ La culdocentèse ramène du ▪ Pus
Péritonite	▪ Fièvre légère/frissons légers ▪ Douleurs abdominales basses ▪ Absence de borborygmes ▪ Douleur abdominale à la décompression ▪ Distension abdominale ▪ Anorexie ▪ Nausées/vomissements ▪ Choc	▪ Douleur abdominale à la décompression ▪ Distension abdominale ▪ Anorexie ▪ Nausées/vomissements ▪ Choc
Abcès, épanchement séreux ou hématome de paroi	▪ Plaie plus sensible que la normale avec écoulement de sang ou de sérosités ▪ Léger érythème s'étendant au-delà de la plaie	▪ Léger érythème s'étendant au-delà de la plaie

NB : les infections du post partum se manifestent presque toujours par de la fièvre. Il faudra éliminer les autres causes possibles de fièvre dans le post partum à savoir:

- Paludisme simple ou compliqué
- Fièvre typhoïde
- Hépatite virale
- Engorgement mammaire
- Mastite

Prise en charge étiologique

Endométrite non compliquée :

- Hospitaliser
- Amoxicilline 500 mg (2 comprimés 3 fois/j) + métronidazole 250 mg + autre ocytocique 5 U 2 fois/j IM
- Maintenir le traitement jusqu'à disparition complète des signes locaux
- Corriger une anémie éventuelle avec du fer (Si Hb< 7 g/dl, référer)
- Donner du paracétamol à la demande
- Soins locaux : toilette vulvaire et vaginale (2 fois/j) avec de l'eau bouillie tiède additionnée d'antiseptique, avec du matériel stérile et une technique rigoureusement aseptique ovules antibiotiques matin et soir garnitures stériles (si possible)

[13] Saignement léger : il faut plus de 5 minutes pour qu'une garniture ou un linge propre soient complètement souillés de sang.

- Surveiller : l'état général maternel matin et soir l'involution utérine la diminution des lochies et leur éclaircissement
- Evaluer l'évolution au bout de 48-72 h : évolution favorable : continuer le traitement à domicile évolution défavorable : penser à une complication
- Endométrite compliquée : lorsque l'évolution ne vous semble pas favorable (en 48-72 h) ou lorsque surviennent les signes suivants :
  - Fièvre ondulatoire avec frissons, ou récurrente
  - Pouls rapide et mal frappé, avec tension artérielle normale ou abaissée
  - Asthénie marquée, avec yeux cernés, excavés, langue sèche, rôtie, signes de déshydratation
  - Douleur abdominale aiguë
  - Ballonnement abdominal intense avec arrêt des matières et des gaz ou, plus souvent, diarrhées et vomissements, il faut penser à une pelvipéritonite, une péritonite, un choc infectieux ou à une septicémie dont les signes sont : température basse ou fièvre importante, pouls rapide et mal frappé, tension artérielle abaissée, fatigue, yeux cernés, ballonnement abdominal intense.
- Référer à l'hôpital de district le plus proche
- Abcès pelvien
- Le traitement est chirurgical. Il faut référer si on est dans un centre de santé
- Péritonite
- Perfuser une solution intraveineuse
- Triple antibiothérapie
- Référer à l'hôpital de district pour la prise en charge
- Infection des plaies périnéales, abcès, épanchements ou hématomes de parois
- Si la plaie contient du pus ou du liquide, l'ouvrir et la drainer
- Retirer les sutures cutanées ou sous-cutanées infectées et faire un débridement. Ne pas retirer les sutures de l'aponévrose
- Si la patiente présente un abcès sans cellulite, il n'est pas nécessaire de lui administrer des antibiotiques
- Placer un pansement humide dans la plaie et faire revenir la patiente toutes les 24 h pour changer le pansement
- Lui expliquer qu'une bonne hygiène est nécessaire et qu'il faut utiliser des tampons et des serviettes hygiéniques propres et les changer fréquemment
- En cas de nécessité, ne pas hésiter à référer.

3.15 Réanimation du nouveau-né

Il faut prévoir l'éventualité d'une réanimation pour chaque accouchement. Cela veut dire que:
Tout personnel de santé qui fait un accouchement doit être formé à la réanimation du nouveau-né
Le matériel et les consommables doivent être disponibles

La réanimation du nouveau-né en salle de naissance est à la portée de tout personnel de santé qui a été formé.

Les procédures avancées (compression thoracique, intubation, administration d'oxygène, utilisation de médicaments) sont nécessaires seulement dans une faible proportion de cas. Ces procédures ont des indications strictes et sont bénéfiques seulement dans des circonstances spécifiques et si elles sont exécutées.

3.15.1 Facteurs de risque de la détresse respiratoire à la naissance

- Des maladies de la mère telles que les maladies sexuellement transmissibles
- Un paludisme
- Une éclampsie (et son traitement)
- Des saignements survenant avant et pendant le travail
- Une fièvre pendant le travail
- Une sédation, une analgésie ou une anesthésie de la mère
- Une rupture prématurée des membranes
- Une présentation par le siège ou une autre présentation anormale
- Un travail prolongé
- Un accouchement difficile ou traumatique
- Une procidence du cordon
- Un liquide amniotique méconial
- Une naissance prématurée
- Un terme dépassé
- Une naissance multiple
- Une anomalie congénitale.

3.15.2 Matériel et consommables pour la réanimation du nouveau-né

Un établissement de santé doit disposer d'au moins deux jeux de matériel pour les cas de naissances multiples, de naissances simultanées, ou de défaillance d'un des appareils.

Pour la ventilation :

- Ballon d'insufflation. Il peut être utilisé simplement pour insuffler de l'air dans les poumons (qui contient 21% d'oxygène).
- Masque

  Il est essentiel d'avoir un bon masque qui s'ajuste bien sur le visage pour obtenir une ventilation en pression positive efficace. Les recherches et expériences montrent qu'un masque circulaire mou dont la forme s'adapte aux contours du visage du nouveau-né est bien étanche et fuit moins que d'autres types de masques. On a besoin pour chaque ballon de deux masques de tailles différentes pour les nouveau-nés normaux ou de petite taille.

Pour l'aspiration :

- L'aspirateur

  Il est préférable d'employer un dispositif mécanique pour obtenir la pression négative nécessaire à l'aspiration. Cette pression ne doit pas dépasser 100 mm Hg (130 cm d'eau).

- La sonde d'aspiration

  Il doit être suffisamment large pour permettre d'éliminer le méconium avec efficacité. Le calibre recommandé est le 12F et la sonde doit être percée d'orifices latéraux à son extrémité. On peut utiliser pour tous les nouveau-nés une seule taille de la sonde. Il n'est pas recommandé d'utiliser une poire pour aspirer la bouche et le nez du nouveau-né, sauf s'il existe des dispositifs de nettoyage particuliers, car elle est difficile à nettoyer. Une poire sale peut devenir une source d'infection croisée.

  La méthode la moins recommandée pour dégager les voies aériennes consiste à essuyer la bouche avec un doigt emmailloté dans un morceau de tissu ou de matériau absorbant. Rien ne permet de penser que cette méthode soit efficace pour dégager les voies aériennes et elle risque d'endommager la muqueuse buccale.

Pour prévenir l'hypothermie

En dehors du fait de sécher le nouveau-né et de l'envelopper dans un linge, la meilleure façon de le réchauffer pour la réanimation consiste à employer un radiateur à foyer rayonnant l'amener auprès de l'enfant. On suivra scrupuleusement les instructions relatives à la distance à respecter entre la source de chaleur et le nouveau-né pour éviter l'hyperthermie, les brûlures ou l'hypothermie. On a signalé des cas de brûlures chez des nouveau-nés réanimés sous des appareils à foyer rayonnant, malgré les précautions qui avaient été prises.

Horloge

En cas d'urgence, comme lors de la naissance d'un nouveau-né présentant une détresse respiratoire, les gens n'ont souvent pas une bonne notion du temps qui s'écoule. Une bonne pratique exige que l'on note l'heure de la naissance et, en cas de réanimation, que l'on vérifie souvent le temps écoulé de façon à pouvoir prendre les décisions qui s'imposent. Une grosse horloge murale munie d'une trotteuse doit donc être accrochée bien en vue dans la salle d'accouchement.

3.15.3 Principes d'une bonne réanimation

- Un personnel convenablement formé à la réanimation de base du nouveau-né devrait être physiquement présent à chaque accouchement.

  Ceci devrait être le cas même si on prévoit que ce sera une naissance normale d'un bébé en bonne santé. On ne peut jamais être certain que la nécessite d'une réanimation ne surviendra pas.

- Le personnel dans la salle d'accouchement ne doit pas seulement savoir ce qu'ils ont à faire, mais ils doivent être capables de la faire avec efficience et efficacité.

  Les compétences requises doivent avoir été pratiquées *avant* de devoir être utilisées dans la salle d'accouchement. Aussi, des mesures devraient être prises pour être certain que les compétences (et les connaissances liées) sont maintenues par une utilisation fréquente ou une pratique programmée.

- Le personnel impliqué dans la réanimation d'un bébé doit travailler ensemble comme une équipe ou unité coordonnée.

  Ce concept est important à travers toutes les étapes des actions de réanimation. Le personnel doit non seulement posséder les compétences et savoir exactement quelles sont ses responsabilités, mais il doit être capable de coordonner ses efforts en vue d'une réanimation efficiente et efficace.

- Les procédures initiales de la réanimation doivent être promptement démarrées et chaque étape supplémentaire doit être choisie sur la base de la réaction spécifique du patient.

  La réanimation du nouveau-né n'est *pas* une procédure applicable à tous les nouveau-nés, ni une collection d'événements aléatoires. La procédure totale de réanimation est constituée d'une série d'étape unifiée et coordonnée. Chaque étape suivant logiquement la précédente, basée sur l'évaluation de l'état et de la réaction du nouveau-né.

- Partout où des soins sont dispensés au nouveau-né, des équipements de réanimation appropriés devraient être immédiatement disponible et en bon état de fonctionnement.

  Les conséquences découlant d'un retard à instaurer la réanimation peuvent être dévastatrices. Le prix d'un équipement correct de réanimation disponible sous la main ne peut pas égaler celui de la perte du bébé ou d'un bébé avec des séquelles

- Eviter les pratiques de réanimations inefficaces ou dangereuses

  Ce sont:

  - L'aspiration systématique de la bouche et du nez du bébé dès la sortie de la tête, ou par la suite lorsque le liquide amniotique est clair;
  - L'aspiration gastrique systématique à la naissance;
  - Le fait de stimuler le nouveau-né en lui donnant de petites tapes ou des pichenettes sous la plante des pieds;
  - Le drainage postural avec tapes dans le dos;
  - La compression thoracique pour éliminer les sécrétions présentes dans les voies aériennes;
  - L'administration systématique de bicarbonate de soude aux nouveau-nés qui ne respirent pas;
  - L'intubation pratiquée par une personne non qualifiée.

3.15.4 Quand démarrer la réanimation du nouveau-né ?

Si le nouveau-né pleure, la respiration est normale et aucune réanimation n'est nécessaire. Prodiguer les soins habituels.

S'il ne pleure pas, évaluer la respiration : si la poitrine se soulève symétriquement à une fréquence >30/minute, il n'y a pas lieu de faire quoi que ce soit dans l'immédiat.

Si l'enfant ne respire pas ou à des gasps, commencer immédiatement la réanimation. Des gasps occasionnels ne sont pas considérés comme une respiration.

3.15.5 Les étapes de la réanimation du nouveau-né

Se préparer

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Porter des gants stériles. Ne pas utiliser ceux que l'on a portés pour faire l'accouchement

Informer la mère

- Il faut lui expliquer rapidement le problème et ce que l'on va faire. Lui demander de surveiller une éventuelle hémorragie vaginale - et de vous appeler si elle commence à saigner.

Prévenir la déperdition de chaleur

- On appliquera des méthodes qui permettent d'éviter la déperdition de chaleur par évaporation, radiation, conduction et convection. Chaque nouveau-né doit être d'abord

séché puis recouvert d'un linge sec. La surface sur laquelle on le dépose doit toujours être chaude, plane, ferme et propre. Le fait de les sécher est une stimulation suffisante pour faire respirer les nouveau-nés qui présentent une dépression légère et dans ce cas aucune autre stimulation n'est nécessaire.

Dégager les voies aériennes

- Pour dégager les voies aériennes chez un nouveau-né qui ne respire pas, il faut le mettre sur le dos, le cou légèrement en extension. Les voies aériennes supérieures (la bouche et le nez) doivent être aspirées afin d'éliminer les liquides qu'ils contiennent s'ils sont teintés de sang ou de méconium. L'aspiration doit être effectuée soigneusement, doucement et rapidement. Elle constitue une stimulation de plus pour la respiration.
  - Allonger le nouveau-né sur le dos;
  - Positionner la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes;
  - Veiller à ce qu'il reste bien enveloppé ou couvert, à l'exception du visage et du haut du torse.

Bonne position de la tête pour la ventilation - noter que le cou est moins en extension que chez l'adulte

Dégager les voies aériennes en aspirant les mucosités, d'abord dans la bouche, puis dans les fosses nasales. Si la bouche ou le nez de l'enfant contiennent du sang ou du méconium, les aspirer immédiatement afin d'empêcher l'enfant de les inhaler.

Note : ne pas aspirer les mucosités au fond de la gorge car cela risquerait d'entraîner un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire chez l'enfant.

A la suite de l'aspiration si le nouveau ne crie ou commence à respirer, il n'y a pas lieu de faire quoi que ce soit d'autre dans l'immédiat et il convient ensuite de lui prodiguer les premiers soins néonatals;

S'il ne respire toujours pas, commencer la ventilation.

La ventilation en pression positive

- C'est la manœuvre de réanimation la plus importante, car elle assure une bonne ventilation des poumons, l'oxygénation des organes vitaux (cœur et cerveau) et l'instauration de la respiration spontanée. On peut presque toujours ventiler à l'aide d'un insufflateur à main et l'air ambiant (il est rarement nécessaire d'intuber).

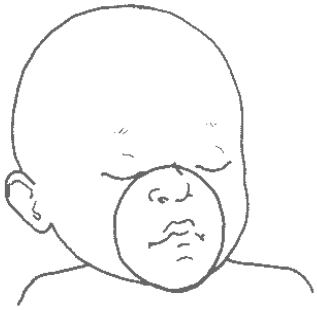
La ventilation au masque et au ballon se déroule de la manière suivante:

- Vérifier à nouveau la position de l'enfant. Le cou doit être en légère extension
- Positionner le masque et en vérifier l'étanchéité
  - Appliquer le masque sur le visage de l'enfant, de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez
  - Créer une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant
  - Presser le ballon avec deux doigts seulement ou avec la main tout entière, en fonction de la taille du ballon

- Vérifier l'étanchéité du masque en ventilant à deux reprises et en regardant si la poitrine se soulève.

Ventilation au ballon et au masque

Position correcte du masque



Une fois le masque bien ajusté et le mouvement de la cage thoracique établi, ventiler l'enfant. Observer un rythme correct (environ 40 mvts/min) et une pression adéquate (regarder si la poitrine se soulève et s'abaisse aisément).

- Si **la poitrine de l'enfant se soulève**, la pression de ventilation est probablement suffisante.
- Si **la poitrine de l'enfant ne se soulève pas**:
  - Vérifier à nouveau la position de l'enfant et, le cas échéant, la corriger;
  - Réajuster le masque afin d'en améliorer l'étanchéité;
  - Presser le ballon avec plus de force afin d'augmenter la pression de ventilation;
  - Aspirer à nouveau la bouche et le nez de l'enfant pour retirer le mucus, le sang ou le méconium qui obstruent les voies aériennes.

Ventiler l'enfant pendant 1 minute puis arrêter et vérifier rapidement s'il respire spontanément:

- S'**il respire normalement** (30 à 60 mvts/min), ne présente **pas de tirage intercostal et** n'émet **pas de geignement expiratoire pendant 1 minute**, il n'est plus nécessaire de le réanimer et il convient ensuite de lui prodiguer les premiers soins néonatals;
- S'**il ne respire pas** ou s'**il a une respiration faible**, poursuivre la ventilation jusqu'à ce qu'une respiration spontanée s'établisse.

Si **l'enfant crie**, arrêter la ventilation et continuer à observer sa respiration pendant 5 minutes une fois qu'il a cessé de pleurer:

- S'il respire normalement (30 à 60 mvts/min), ne présente pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement expiratoire pendant 1 minute, il n'est plus nécessaire de le ranimer et il convient ensuite de lui prodiguer les premiers soins néonatals;
- Si sa fréquence respiratoire est inférieure à 30 mvts/min, poursuivre la ventilation;
- S'il présente un **tirage intercostal sévère**, le ventiler, dans la mesure du possible, avec de l'oxygène et prendre les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.

Si l'enfant ne respire pas régulièrement au bout de 20 minutes de ventilation:

- Le transférer dans le service approprié pour les nouveau-nés malades;
- Pendant le transfert, le maintenir au chaud et continuer à le ventiler, si nécessaire.

S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, cesser de ventiler l'enfant : il est mort-né. Apporter un soutien affectif à la famille.

3.15.6 Soins post-réanimation

Les soins dispensés dépendront de la réussite ou non des efforts de réanimation.

Soins post-réanimation : réanimation réussie

Prévenir la déperdition de chaleur:

- Mettre l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau et lui couvrir le corps et la tête;
- Ne pas séparer le nouveau-né de sa mère. Le laisser sur sa poitrine en contact cutané;
- Une autre solution consiste à l'installer sous une lampe chauffante.

Examiner l'enfant et compter le nombre de mouvements respiratoires par minute:

- Si l'enfant est cyanosé (bleuâtre) ou s'il a du mal à respirer (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire), lui administrer de l'oxygène à l'aide d'une canule ou d'une sonde nasale.

Mesurer sa température axillaire:

- Si sa température est supérieure ou égale à 36 °C, le laisser sur la poitrine de sa mère, peau contre peau et encourager la mère à l'allaiter;
- Si sa température est inférieure à 36 °C, le réchauffer.

Inciter la mère à établir l'allaitement. Un nouveau-né qui a dû être réanimé présente un risque d'hypoglycémie plus élevé que la moyenne.

- S'il tète bien, c'est qu'il récupère bien.
- S'il ne tète pas bien, le transférer dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.

Assurer une surveillance régulière du nouveau-né pendant les 24 h suivantes. Si des signes de difficulté respiratoire surviennent à nouveau, prendre les dispositions nécessaires pour le transfert de l'enfant dans le service le plus à même de dispenser les soins aux nouveau-nés malades.

Conseiller la mère et à la famille:

- Discuter de la réanimation
- Encourager la mère à allaiter son enfant dès possible
- Encourager la mère à garder l'enfant en contact peau à peau

- Expliquer que l'enfant a un petit risque de souffrir d'autres problèmes suite à l'asphyxie et à la réanimation (infection pulmonaire, problèmes d'allaitement, convulsions) et l'inciter à chercher des soins dès que l'on les remarque.

Soins pour le bébé:

- Surveiller le bébé étroitement pendant au moins 6 heures – température, respirations
- Prodiguer les soins essentiels au nouveau-né
- Suivi : planifier une visite de suivi dans 2 ou 3 jours

Soins post-réanimation : réanimation réussie mais le bébé a toujours des difficultés

Signes de danger :

- Absence de respiration ou présence de hoquets espacés;
- Respiration difficile (moins de 30 mvts/min ou plus de 60, tirage intercostal ou geignement expiratoire);
- Cyanose (coloration bleutée);
- Absence de réactivité;

Conseiller la mère et à la famille:

- Discuter de la réanimation
- Expliquer les raisons pour la référence
- Encourager la mère à allaiter son enfant dès que possible
- Encourager la mère à garder l'enfant en contact peau à peau

Pendant la référence:

- La mère devrait accompagner l'enfant, si possible
- Allaiter l'enfant aussi souvent que possible
- Garder l'enfant au chaud (chapeau, chaussettes, peau à peau, couverture pour la maman et l'enfant)
- Donner de l'oxygène, si disponible

Soins pour le bébé:

- Surveiller le bébé étroitement– température, respirations
- Prodiguer les soins essentiels au nouveau-né
- Suivi : planifier une visite de suivi dans 2 ou 3 jours

Soins post-réanimation : réanimation sans succès

Toutes les réanimations ne parviendront pas à réanimer le nouveau-né. Il est très important d'informer les parents totalement sur l'échec de réanimation, en leur expliquant d'une manière qu'ils puissent comprendre les circonstances et causes probables de l'échec.

Conseiller la mère et à la famille:

- Discuter de la réanimation et la situation actuelle. Répondre aux questions posées. Donner-leur l'occasion de parler
- Aider la mère et la famille à connaître leur bébé
- Demander s'ils veulent tenir le bébé, et leur donner l'occasion de le faire
- Donner de l'intimité à la mère et à la famille pendant qu'ils tiennent le bébé

- Expliquer que la mère aura besoin de repos, une alimentation équilibrée, et du soutien à la maison. Discuter des modalités pour aider la mère à trouver du soutien.

Soins pour les seins:

- La femme va souffrir de l'engorgement mammaire 2 à 3 jours après l'accouchement
- Assurer le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge;
- Lui appliquer des compresses froides sur les seins pour diminuer la congestion et calmer la douleur;
- Eviter de masser les seins et de les exposer à la chaleur;
- Eviter de stimuler les mamelons;
- Lui administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire;
- La suivre pendant 3 jours à partir de la prise en charge afin de s'assurer de l'amélioration de son état

Planification familiale :

- Discuter des options pour le planning familial et expliquer que la femme devient fertile très vite après l'accouchement. Si la femme choisit une méthode (DIP post partum par exemple), octroyer la méthode

3.14.7 Documentation

Tous les établissements de soins de santé doivent conserver des dossiers dans lesquels figurent les renseignements essentiels relatifs à chaque naissance. Ces données de base doivent comporter certains détails importants concernant l'état général du nouveau-né à la naissance et la réanimation qui a été nécessaire, le cas échéant. Ces renseignements doivent également être notés dans le carnet de santé de l'enfant.

Il est important d'établir un compte rendu des affections dont souffre un nouveau-né à la naissance et des manœuvres qui ont été appliquées à divers titres, entre autres pour des motifs médico-légaux. Si un problème surgit par la suite, un dossier complet permettra de comprendre les circonstances ayant entouré la naissance. Les études de cas servent également de base à l'enseignement spécialisé et permettent d'améliorer la pratique.

Noter les détails suivants:

- Etat du bébé à la naissance
- Procédures nécessaires pour initier la respiration
- Temps entre la naissance et l'initiation de la respiration spontanée
- Observations cliniques pendant et après les interventions de réanimation
- Résultats des interventions de réanimation
- En cas d'échec des interventions de réanimation, raisons possibles de l'échec
- Nomes des prestataires impliqués dans l'effort de réanimation

3.15.8 Lavage, nettoyage et décontamination du matériel de réanimation

Les équipements et fournitures doivent être nettoyés et désinfectés après chaque utilisation. Les fabricants donnent des instructions spécifiques pour nettoyer, désinfecter et/ou stériliser les équipements, et celles-ci devraient être suivies soigneusement. Lorsque des instructions ne sont pas disponibles, les recommandations générales sont comme suit:

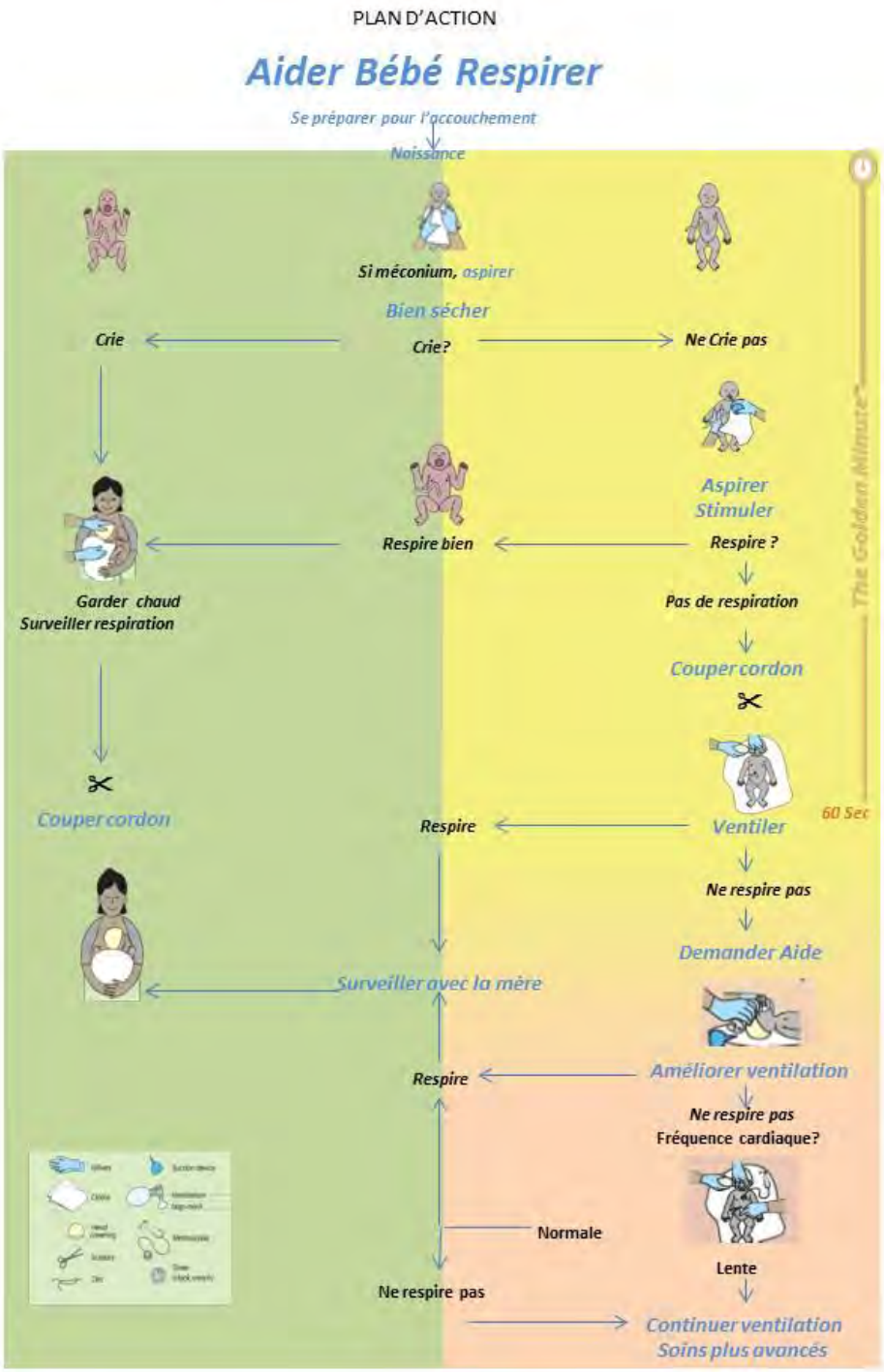
1. Placer les sondes jetables et les extracteurs de mucosités dans un récipient réservé aux “déchets contaminés”
2. Pour les sondes et les extracteurs de mucosités réutilisables:
   - Les placer dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes pour la décontamination
   - Les laver dans de l’eau avec un détergent
   - Utiliser une seringue pour rincer les sondes/la tubulure
   - Les faire bouillir ou les désinfecter dans une solution chimique appropriée
3. Démonter la valve et le masque et les inspecter pour voir s’il y a des fissures et des déchirures
4. Laver la valve et le masque et avec de l’eau et un détergent, tout en vérifiant s’ils sont endommagés, et les rincer
5. Choisir une méthode de stérilisation ou de désinfection de haut niveau

   On peut faire bouillir les ballons en silicone et en caoutchouc et l’on peut faire bouillir les valves pendant 10 minutes après les avoir désinfecté dans une solution chlorée à 0.5%, nettoyé et séché. On peut également les stériliser à l’autoclave à 136 ou dans une solution chimique appropriée (qui peut varier selon les instructions fournies par le fabricant). Toutefois, il d’abord décontaminer, laver puis sécher les instruments avant de les stériliser ou pratiquer la DHN
6. Se laver soigneusement les mains avec de l’eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec (ou bien les laisser sécher à l’air libre)
7. Après la désinfection chimique, rincer tout l’équipement avec de l’eau propre et le laisser sécher à l’air libre
8. Remonter le ballon
9. Tester le ballon pour s’assurer qu’il fonctionne:

   Bloquer le débouché de la valve en créant l’étanchéité avec la paume de la main et observer si le ballon se regonfle quand l’obturation est relâchée

   Répéter le test avec le masque attaché au ballon.

Job Aid sur la Réanimation du nouveau-né (Aider Bébé Respirer)



3.15.9 Prévention des infections

Voir Chapitre 1 Soins Obstétricaux Essentiels

3.15.10 Système de référence et de contre référence au Rwanda

Principes de référence et contre référence

La référence et contre référence assure les soins globaux et continus aux malades dans un environnement à ressources limitées et dispersées.

La référence et contre référence doit être organisée comme un système ou un réseau qui comprend les structures de prévention et de prise en charge avec tous les acteurs œuvrant dans un espace géographique, sanitaire et démographique bien délimitée qui est la zone de rayonnement d'un centre de santé (secteur), le district sanitaire ou la province selon le cas et l'accessibilité géographique de la population aux structures qui offrent les services en sachant que ces services offerts sont complémentaires par rapport à chaque niveau opérationnel tel que défini par la politique sanitaire de notre pays conformément aux plateaux techniques de chaque structure :

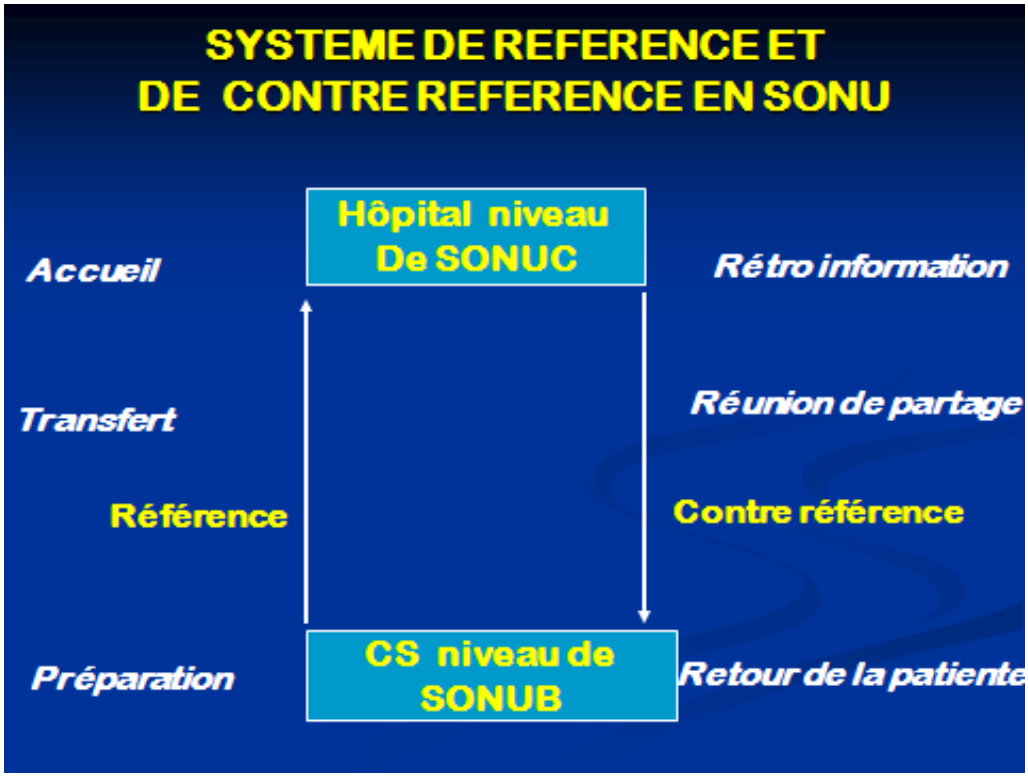
Niveau 1 : communauté

Niveau 2 : centre de santé

Niveau 3 : hôpital de district

Niveau 4 : hôpital de référence

La référence et contre référence en SONU peut être schématisé comme suit



Le Ministère de la santé du Rwanda a renforcé le système de référence et contre référence en fournissant au moins 3 ambulances par hôpital. Le système de rapide SMS permet aussi à la communauté d'informer le centre de santé quand il y a une femme enceinte avec un signe de danger dans la communauté et l'ambulance peut être envoyée pour chercher la femme dans la communauté.

FICHE NATIONALE DE REFERENCE ET DE CONTREREFERENCE

IDENTIFICATION DE LA FORMATION :

NOM DE LA FORMATION REFERANTE	NOM DE LA FORMATION DE REFERENCE

STATUT DE LA FORMATION REFERENTE		STATUT DE LA FORMATION DE REFERENCE	
Poste de santé	Centre de santé	Poste de santé :	Centre de santé:
Hôpital de district	Hôpital de référence	Hôpital de district	Hôpital de référence

IDENTIFICATION DU MALADE

NOM : PRENOM :

AGE : DISTRICT : SECTEUR :

CELLULE : VILLAGE :

ANAMNESE ET EXAMENS CLINIQUES (y compris l'état de conscience, TA, T0 et Pouls):

RESULTATS DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

DIAGNOSTIC (S) RETENU (S) :

TRAITEMENTS RECUS (y compris la durée):

MOTIF DE (CONTRE) REFERENCE:

NOM ET SIGNATURE DU (CONTRE) REFERANT

(+ CACHET PROFESSIONNEL
ET DE L'INSTITUTION) DATE:

Ministère de la Santé – Rwanda

MODULE 4 SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCE COMPLETS

4.1 Application de ventouse obstétricale
4.2 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)
4.3 Principes des soins préopératoires, per opératoires et post opératoires
4.4 Craniotomie
4.5 Laparotomie pour GEU
4.6 Césarienne
4.7 Laparotomie pour hystérographie d'une rupture utérine
4.8 Hystérectomie subtotale pour rupture utérine
4.9 Transfusion sanguine
4.10 Liquides de remplissage
4.11 Transfusion sanguine
4.12 Prévention des infections

Introduction

En plus des SONU de base, 9 fonctions des SONU complets sont :

- Administration parentérale des antibiotiques (IM ou IV)
- Administration de médicaments ocytociques (IM ou IV)
- Administration d'anticonvulsivants (IM ou IV)
- Délivrance artificielle
- Extraction des produits retenus de la conception par AMIU
- Accouchement par voie basse avec assistance (ventouse obstétricale)
- Réanimation du nouveau-né
- Transfusion sanguine
- Chirurgie obstétricale

L'ensemble de ces fonctions doivent être disponibles aussi bien dans les hôpitaux universitaires que dans les hôpitaux de district.

La différence fondamentale entre les SONU de base et les SONU complets réside au niveau des compétences chirurgicales.

NB. Les chapitres vus dans les soins obstétricaux essentiels et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base ne seront pas repris ici.

4.1 Application de ventouse obstétricale

La ventouse obstétricale est un instrument d'extraction fœtale dont le principe d'action est basé sur le vide.

Indications de la ventouse

- Fatigue maternelle en phase expulsive avec poussées maternelles insuffisantes
- Souffrance fœtale en phase expulsive
- Aide à l'expulsion chez les patientes porteuses d'une cardiopathie ou d'une anémie sévère

Matériel et consommables

- Une ventouse fonctionnelle
- Une boite d'accouchement
- Une boite d'épisiotomie
- Un kit d'accouchement
- Des fils de sutures
- Lidocaine 1%
- Antiseptique type povidone iodée

Technique d'application de ventouse

Expliquer à la patiente ce qui va être fait et la rassurer. Réexaminer la patiente et vérifier que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies:

- Le fœtus est en présentation du sommet;
- La grossesse est à terme;
- Le col est complètement dilaté;
- La tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne.
- Vérifier tous les raccords et tester la ventouse sur la main après avoir enfilé un gant.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager.
- Si nécessaire, faire un bloc des nerfs honteux internes.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, vérifier la position de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles en particulier la petite fontanelle.
- Appliquer la cupule la plus large possible sur la présentation, en plaçant le centre sur le point de flexion, 1 cm en avant de la petite fontanelle.

Positionnée ainsi, la cupule favorise la flexion, la descente et la rotation naturelle de la tête qui doivent résulter de la traction. A ce stade, il peut être nécessaire de faire une épisiotomie pour pouvoir positionner la cupule correctement.

Si l'épisiotomie n'est pas nécessaire pour positionner la cupule, en retarder la réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ou jusqu'à ce que le périnée se trouve dans l'axe de traction. De cette manière, on évite une perte de sang inutile.

Vérifier que la cupule est bien appliquée. S'assurer qu'il n'y a aucune partie molle (tissu cervical ou vaginal) sous le bord de la cupule.

Avec la pompe, créer un vide en exerçant une dépression de 0,2 kg/cm2 et vérifier la pose de la cupule. Augmenter la dépression jusqu'à 0,8 kg/cm2 et vérifier la pose de la cupule.

Après avoir atteint la dépression maximale, entamer une traction dans l'axe pelvien, perpendiculairement à la cupule. Si la tête fœtale est inclinée sur un côté ou mal fléchie, il convient d'orienter la traction de façon à corriger l'asynclitisme ou la déflexion (c'est-à dire, soit d'un côté, soit de l'autre, et pas nécessairement sur la ligne médiane).

Lors de chaque contraction, appliquer une traction perpendiculaire au plan de la cupule Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, mettre un doigt sur le crâne de l'enfant, au contact de la cupule, pour évaluer un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.

Entre les contractions, vérifier :

- Le rythme cardiaque fœtal;
- La pose de la cupule.

Conseils

- Ne jamais manipuler la cupule pour provoquer délibérément une rotation de la tête. Celle-ci se fera d'elle-même avec la traction
- Les premières tractions permettent de trouver la direction dans laquelle il convient de tirer
- Ne pas tirer entre les contractions et les efforts expulsifs
- S'il y a progression et en l'absence de souffrance fœtale, poursuivre les tractions de « guidage » pendant 30 minutes au maximum.

Echec

- Considérer que l'extraction par ventouse obstétricale a échoué si:
  - La tête n'avance pas avec chaque traction;
  - Le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes;
  - La cupule glisse deux fois sur la tête dans le sens même de la traction à la dépression maximale.
- Considérer toute traction comme une tentative d'extraction. Ne pas persister si on n'observe pas de descente à toutes les tractions
- Si l'extraction par ventouse obstétricale est sans succès, référer.

Complications liées à la ventouse

Les complications proviennent généralement du fait que les conditions d'utilisation de cette méthode n'ont pas été respectées ou que l'on a poursuivi les efforts au-delà des limites indiquées ci-dessus.

Complications fœtales

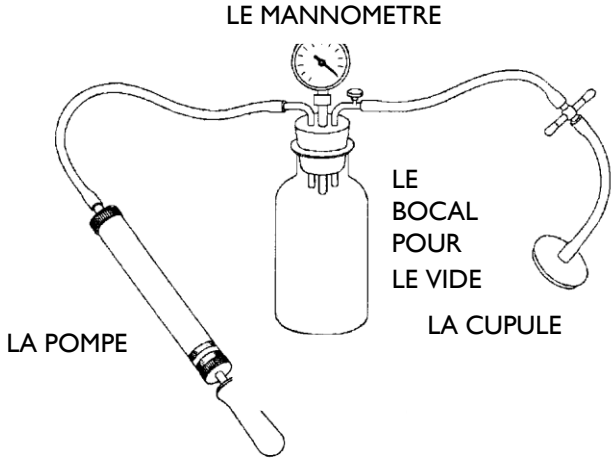
- L'œdème localisé au niveau du scalp (bosse séro-sanguine artificielle) sous la cupule de la ventouse est sans danger et disparaît en quelques heures

- Le céphalhématome exige une mise en observation et se résorbe généralement en 3 à 4 semaines
- Des écorchures (fréquentes et sans danger) et des déchirures du scalp sont possibles. Nettoyer les déchirures et les examiner pour déterminer si des sutures sont nécessaires
- La nécrose est extrêmement rare, des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

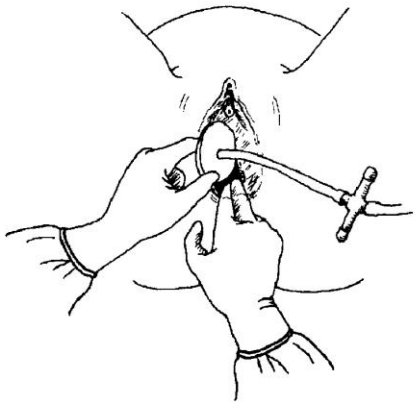
Complications maternelles

- Des déchirures des voies génitales sont possibles. Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

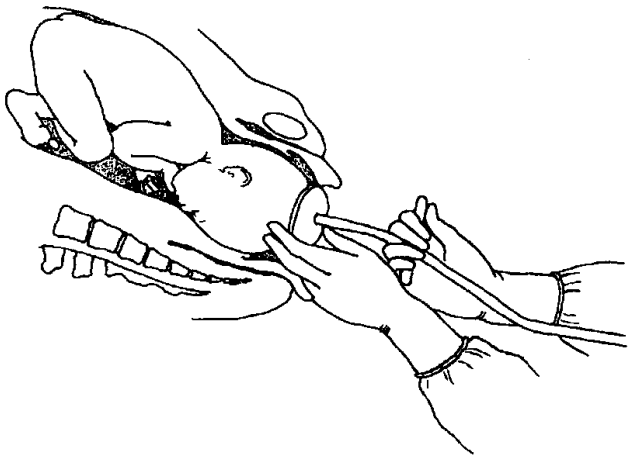
La ventouse obstétricale



Application de la cupule



Traction sur la tête pour la faire descendre



4.2 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

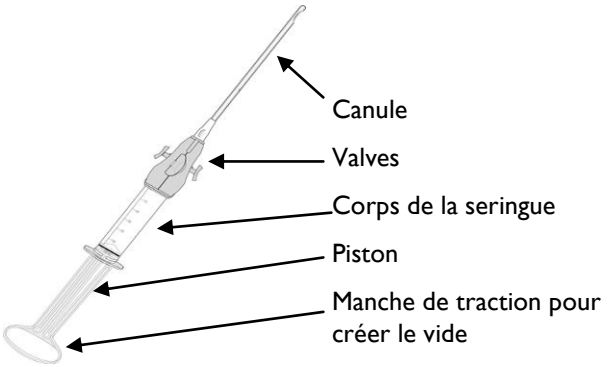
Préparation de la patiente

Expliquer ce qui va être fait et rassurer la patiente. Fournir 500 mg de paracétamol à prendre 30 minutes avant la procédure

Matériel

- Une seringue d'aspiration de 60 ml munie d'un piston et de 2 valves pour faire le vide, des canules et des dilatateurs de différentes tailles en matière plastique souple
- Un speculum vaginal stérile
- Un antiseptique type povidone iodée
- Des gants stériles
- Des compresses stériles
- De la lidocaine 1%
- Une seringue de 10 cc

Seringue d'AMIU



Technique

La procédure comporte les étapes suivantes:

- Mise en place d'un spéculum vaginal puis nettoyage du col utérin et du vagin avec une solution antiseptique
- Saisie du col utérin avec une pince de Pozzi
- Administration de l'anesthésie para cervicale avec 10 ml de lidocaïne non adrénalinée à 1%, l'injection est effectuée au niveau de la jonction entre l'épithélium vaginal et le col sur une profondeur de 3 mm, les points d'injection sont situés à 3 heures, 5 heures, 7 heures et 9 heures. Attendre 5 minutes pour permettre à l'anesthésique d'avoir un effet
- Introduction dans l'utérus d'une canule dont le calibre est adapté au degré d'ouverture du col utérin
- Articulation de la seringue à la canule après y avoir créé le vide
- Libération des valves pour transférer le vide de la canule dans la cavité utérine
- Evacuation des débris ovulaires en mobilisant l'ensemble seringue-canule grâce à des mouvements limités de va et vient et de pronation-supination.
- Si la seringue se remplit, elle sera désarticulée, vidée puis remise en place jusqu'à l'évacuation utérine complète.
- Une fois que l'utérus est vide, retirer la canule et la seringue
- La vacuité utérine est annoncée par l'apparition d'une mousse rosâtre dans la canule et par la rétraction de l'utérus sur la canule.
- Retirer le speculum, nettoyer le vagin.

Taches post procédure

- Décontamination des instruments
- Elimination des compresses souillées et de la seringue
- Rédaction de la procédure dans le dossier de la patiente

- Mise en observation de la patiente pendant 2 heures après lui avoir fourni des conseils sur la planification familiale et les IST/VIH/Sida
- Si elle désire une méthode de PF la lui fournir avant son retour à domicile.

Incident et accidents de l'AMIU

- Si la technique est mal exécutée on peut avoir des complications qui demeurent cependant rares
- Perte du vide par retrait total de la canule de la cavité utérine
- Evacuation incomplète de l'utérus
- Infection utérine par défaut d'asepsie
- Perforation utérine.

4.3 Principes des soins préopératoires, per opératoires et post opératoires

Introduction

La patiente fait l'objet de toute l'attention du médecin, de la sage-femme et de l'infirmière et de l'anesthésiste pendant l'intervention chirurgicale. Chacun doit jouer son rôle pour éviter les complications pouvant mettre en jeu la vie de la patiente et de son fœtus.

Soins préopératoires

Préparer la salle d'opération :

- L'endroit est propre
- Les fournitures et l'équipement nécessaires sont disponibles, notamment les médicaments et l'oxygène
- Le matériel nécessaire en cas d'urgence est disponible et fonctionne correctement
- Des fournitures stériles adéquates sont disponibles
- Il existe suffisamment de blouses chirurgicales et autres habits protecteurs pour tous les membres de l'équipe chirurgicale

Préparer la patiente pour l'intervention chirurgicale :

- Expliquer la procédure et son objectif et obtenir un consentement informé
- La préparer émotionnellement et psychologiquement
- Passer en revue ses antécédents médicaux pour noter les problèmes, effectuer les tests de laboratoire et suivre les signes vitaux
- Nettoyer la zone chirurgicale proposée
- Administrer les médicaments pré anesthésiques et sonder la vessie, si nécessaire
- Fournir l'information pertinente aux autres membres de l'équipe.

Soins intra-opératoires

Placer la patiente dans une bonne position pour l'intervention tout en garantissant :

- La meilleure exposition possible du site opératoire
- L'accès pour l'anesthésie et le suivi
- La sécurité de la patiente (et de son bébé)
- La dignité et la pudeur de la patiente.

Lavage chirurgical des mains avant de mettre la blouse :

- Retirer tous les bijoux
- Garder les mains au-dessus du niveau des coudes
- Laver des ongles aux coudes avec de l'eau et du savon pendant 3–5 minutes
- Rincer chaque main et bras séparément avec de l'eau courante propre, en maintenant les mains au-dessus du niveau des coudes
- Sécher chaque main avec une serviette propre ou jetable en séchant du bout des doigts vers le coude.

Nettoyer le site de l'incision avec une solution antiseptique, un coton ou de la gaze :

- Commencer sur le site de l'incision et nettoyer vers l'extérieur en mouvements circulaires
- Répéter deux fois, en utilisant un nouvel écouvillon à chaque fois.
- Recouvrir la patiente, exposant uniquement le site chirurgical
- Suivre les signes vitaux tout au long de la procédure et démarrer le traitement si l'état s'aggrave
- Soulager la douleur et maintenir l'hydratation
- Administrer, le cas échéant, des antibiotiques prophylactiques.

Soins per opératoires

- Faire une incision uniquement aussi large que nécessaire pour la procédure
- Manier doucement les tissus pour minimiser les lésions et diminuer et risque d'infection
- Maintenir à un minimum les pertes de sang
- Maintenir en place un drain abdominal si le saignement persiste ou si l'infection est présente ou soupçonnée
- Vérifier le nombre d'instruments, d'outils tranchants ou piquants et d'éponges à la fin de la procédure
- Utiliser le type et la taille adéquats de sutures pour le tissu
- Recouvrir la plaie avec un pansement stérile.

Premiers soins post-opératoires

Placer la patiente dans la position de récupération

Evaluer l'état de la patiente :

- Suivre les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant la première heure et ensuite, toutes les 30 minutes dans l'heure qui suit
- Suivre l'état de connaissance toutes les 15 minutes jusqu'à ce que la patiente soit alerte.
- Intervenir si l'état s'aggrave
- Maintenir les voies aériennes ouvertes et une ventilation adéquate
- Maintenir une hydratation adéquate et transfuser, si nécessaire

- Soulager adéquatement la douleur.

Soins ultérieurs :

- Suivre les signes vitaux et le débit urinaire
- Démarrer les liquides par voie buccale, tels que tolérés, et passer à un repas normal
- Si nécessaire, administrer des liquides en IV jusqu'à ce que les liquides par voie buccale soient bien tolérés
- Retirer le pansement après la cicatrisation de la plaie.
- Retirer le drain une fois l'infection guérie ou s'il n'y a pas de drainage pendant 48 heures
- Soulager la douleur et donner des antibiotiques, si indiqué
- Retirer la sonde urinaire dès que les urines sont claires
- Encourager les mouvements
- Retirer les sutures de la peau 5 jours après l'intervention chirurgicale.

4.4 Craniotomie

Définition

C'est l'extraction d'un fœtus mort après réduction du volume du crâne par perforation et évidement de la matière cérébrale.

Indications

- Enfant mort sur macrosomie
- Enfant mort et fatigue maternelle en phase expulsive

Conditions de réalisation de la craniotomie

- Enfant mort
- Dilatation du col complète
- Présentation céphalique engagée ou fixée
- Vessie vide
- Opérateur connaissant la technique.

Matériel et consommables

- Kit d'accouchement
- 2 Valves vaginales
- Bistouri
- 1 paire de ciseaux droits longs
- 4 ou pinces de MUSEUX ou de KOCHER.

Technique

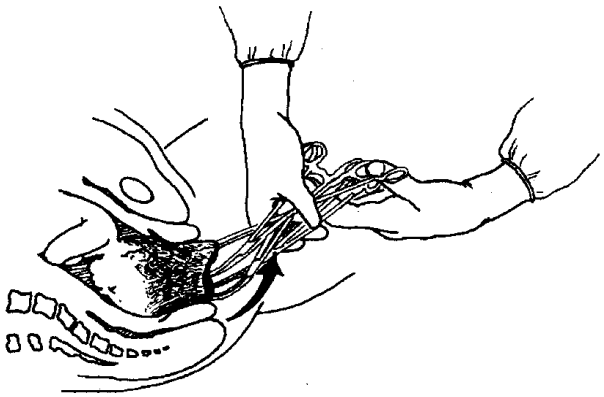
- Expliquer à la patiente ce que l'on va faire et obtenir sa coopération. En général on n'a pas besoin d'anesthésie. Dans de rares cas, on peut administrer un sédatif à la patiente pour calmer son anxiété
- Faire vider la vessie
- Vérifier que la dilatation du col est à complète
- Nettoyer la vulve et le vagin
- Vérifier les BDCF une nouvelle fois pour s'assurer que l'enfant est effectivement mort
- Demander à un aide d'exposer la tête fœtale à l'aide des valves vaginales
- A l'aide du bistouri réaliser une incision cruciforme sur le crane fœtal jusqu'à atteindre et traverser les os du crane (figure 1)
- Introduire les ciseaux droits dans l'ouverture du crane pour vider la matière cérébrale par des mouvements d'ouverture et de fermeture des branches des ciseaux
- Saisir les berges de la craniotomie avec les pinces de MUSEUX ou de KOCHER (figure 2)
- Exercer une traction sur le crane fœtal à l'aide des pinces de MUSEUX ou de KOCHER pour extraire la tête du fœtus
- Après la sortie du crâne, enlever les pinces et terminer l'accouchement comme pour un accouchement normal
- Après l'extraction du fœtus, appliquer la GATPA pour la délivrance
- Rechercher et suturer toute déchirure du périnée, du vagin ou du col
- Suturer le crâne du nouveau-né avant de le remettre à la famille
- Noter la procédure sur le dossier de la femme.

Incidents et Accidents

Il s'agit essentiellement des déchirures du vagin ou du col. Plus rarement on peut avoir une atteinte de la vessie.

Incision en croix sur le crâne fœtal

Traction sur le crâne a l'aide des pinces



4.5 Laparotomie pour GEU

Matériel

- Une boite de laparotomie
- Des blouses chirurgicales stériles
- Un kit de laparotomie comprenant : fils de suture, compresses stériles, gants stériles, solution antiseptique, 2grs d'ampicilline, 2 seringues de 10cc

Préparation de la patiente

- Informer du diagnostic et de ce qui va être fait
- Rassurer la patiente

Préparation du chirurgien et de l'aide

- Lavage chirurgical des mains
- Port de blouses, bonnet et masque stériles
- Port de gants stériles

Technique proprement dit

- Installation de la patiente au bloc opératoire : décubitus dorsal
- Nettoyage de la peau avec un antiseptique du centre de l'abdomen vers la périphérie
- Mise en place des champs opératoires
- Incision cutanée : Pfannenstiel ou médiane verticale sous ombilicale
- Exploration de la cavité abdominale pour localiser la GEU et la clamper si elle est rompue
- Salpingectomie : lier les vaisseaux tubaires en allant du pavillon vers la corne utérine. Ne pas faire de résection cunéiforme car fragilise la corne utérine
- Aspiration de l'épanchement sanguin si GEU rompue
- Vérification de l'hémostase

- Exploration des organes abdominaux notamment utérus, autre annexe, appendice
  - Fermeture de la paroi abdominale plan par plan
- Pansement stérile sur la plaie opératoire.

Tâches postopératoires

Mesures de prévention des infections:

- Mettre les compresses souillées dans une poubelle
- Décontaminer les instruments
- Décontaminer les gants, les enlever et les jeter dans une poubelle
- Se laver les mains et les sécher.

Rédaction du protocole opératoire

Consignes pour les soins post opératoires :

- Eléments de surveillance post opératoire : signes vitaux, état de conscience, recherche d'une hémorragie vaginale
- Liquides à perfuser
- Délai d'autorisation d'une alimentation liquide.

4.6 Césarienne

Indications de la césarienne

Il existe plusieurs classifications des indications de césarienne. Les plus simples sont les suivantes:

- Césariennes urgentes
- Césariennes non urgentes

Matériel

On a besoin pour réaliser une césarienne du matériel et consommables suivants:

- 1 boite de césarienne
- Un kit de césarienne comprenant : compresses, gants, fils de suture, antibiotique, clamp de cordon, ocytocique, seringues, antiseptique cutané, sparadrap.

Préparation de la patiente

- Informer sur l'indication
- Obtenir consentement verbal
- Rassurer et soutenir

Préparation du chirurgien et de l'aide

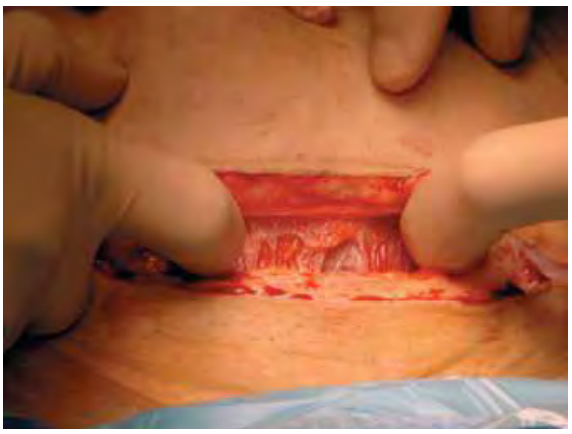
- Lavage chirurgical des mains
- Port de blouse, masque et bonnet stériles
- Port de gants stériles.

Technique proprement dit

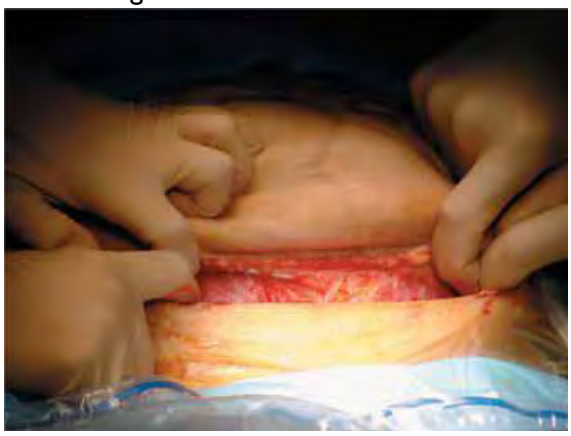
- Nous allons décrire la technique de Misgav Ladach qui est la plus pratiquée aujourd'hui (Reference).
- Installation de la patiente au bloc opératoire en léger décubitus latéral gauche
- Operateur à droite de la patiente et l'aide à gauche
- Nettoyage de la peau.

1 Incision cutanée selon la technique de Joel Cohen qui est une incision rectiligne transversale à environ 3 cm en dessous de la ligne unissant les épines iliaques antéro-supérieures.

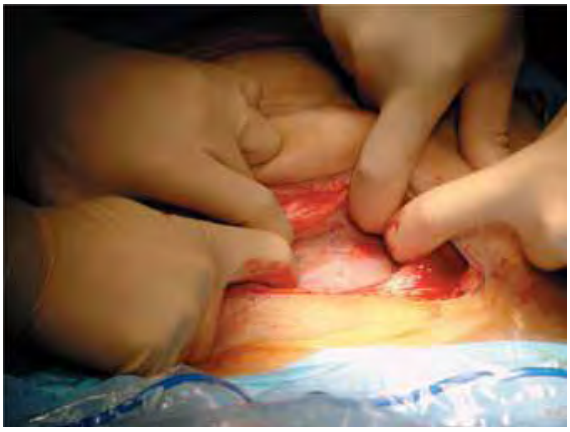
2 Dissection de l'aponévrose aux doigts après l'avoir ouvert aux ciseaux par deux mouchetures transverses d'environ 2 cm de part et d'autre de la ligne médiane



3 Poursuite de la dissection de l'aponévrose aux doigts



4 Dissection du péritoine aux doigts



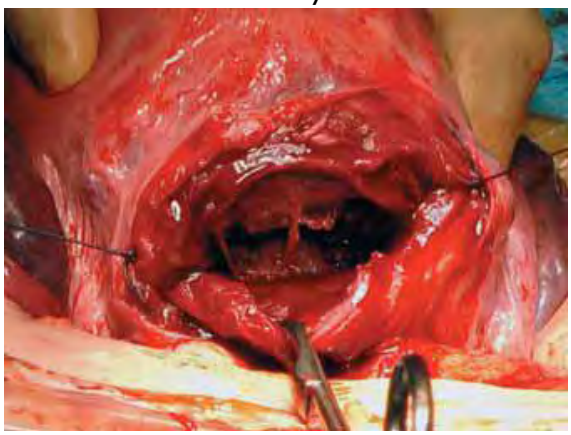
5 Ouverture du péritoine aux doigts

6 Exposition du segment inferieur

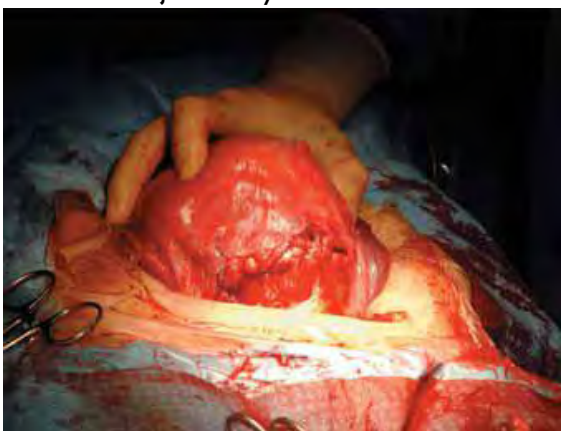
7 Hystérotomie basse transversale sans décollement du péritoine du segment inferieur

8 Extraction du fœtus suivie de celle du placenta

9 Début de suture de l'hystérotomie



10 Fin du surjet de l'hystérotomie



- Vérification de l'hémostase
- Fermeture de l'aponévrose sans fermeture du péritoine
- Fermeture de la peau par un surjet ou 3 points de Blair Donati
- Pansement stérile non compressif sur la peau
- Nettoyage du vagin.

Taches post opératoires

- Mesures de prévention des infections
- Mettre les compresses souillées dans une poubelle
- Décontaminer les instruments
- Décontaminer les gants, les enlever et les jeter dans une poubelle
- Se laver les mains et les sécher.

Rédaction du protocole opératoire

- Consignes pour les soins post opératoires
- Eléments de surveillance post opératoire : signes vitaux, état de conscience, recherche d'une hémorragie vaginale
- Liquides à perfuser
- Délai d'autorisation d'une alimentation liquide.

Complications de la césarienne

Complications per opératoires

- Hémorragie si défaut d'hémostase
- Blessure possible d'organes abdominaux si cicatrice abdominale antérieure
- Accidents anesthésiques surtout si anesthésie générale

Complications post opératoires

- Hémorragie post opératoire par atonie utérine

- Infection de la plaie opératoire
- Péritonite post opératoire
- Décès de la patiente

Les particularités de la césarienne selon la technique de Misgav Ladach

- Ouverture pariétale selon la méthode de Joel-Cohen
- Ouverture transversale du péritoine pariétal
- Pas de champs abdominaux
- Hystérotomie segmentaire transversale
- Suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé
- Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- Suture aponévrotique par un surjet non passé
- Rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donnati très espacés.

4.7 Laparotomie pour hystérographie d'une rupture utérine

Matériel

- Boite de laparotomie
- Kit de laparotomie avec sérum salés supplémentaires pour le lavage péritonéal.

Préparation de la patiente

- Informer du diagnostic et du geste opératoire
- Rassurer
- Installer dans une position confortable.

Préparation du chirurgien et de l'aide

- Lavage chirurgical des mains
- Port de blouse, masque et bonnet stériles
- Port de gants stériles.

Technique proprement dit

- Installation de la patiente en décubitus dorsal
- Nettoyage de la peau avec du savon et un antiseptique
- Mise en place des champs opératoires
- Incision cutanée médiane sous ombilicale
- Extraction du nouveau-né et du placenta

- Evaluation de la rupture utérine : siège, étendue, atteinte des vaisseaux utérins, atteinte de la vessie
- Avivement des berges si nécessaire
- Hystérorraphie en un ou deux plans
- Repéritonisation si jugée nécessaire
- Vérification de l'hémostase
- Nettoyage de la cavité abdominale au sérum sale tiède
- Fermeture de la paroi en un plan sans drainage abdominal
- Pansement stérile sur la peau.

Taches post opératoires

Mesures de prévention des infections

- Mettre les compresses souillées dans une poubelle
- Décontaminer les instruments
- Décontaminer les gants, les enlever et les jeter dans une poubelle
- Se laver les mains et les sécher.

Rédaction du protocole opératoire

Consignes pour les soins post opératoires

- Eléments de surveillance post opératoire : signes vitaux, état de conscience, recherche d'une hémorragie vaginale, diurèse
- Liquides à perfuser
- Type et durée de l'antibiothérapie post opératoire
- Délai d'autorisation d'une alimentation liquide

Complications

Complications per opératoires

- Hémorragie si défaut d'hémostase
- Blessure possible d'organes abdominaux au cours de la laparotomie si cicatrice abdominale antérieure
- Accidents anesthésiques

Complications post opératoires

- Hémorragie post opératoire
- Infection de la plaie opératoire
- Péritonite post opératoire
- Décès de la patiente

4.8 Hystérectomie subtotale pour rupture utérine

Matériel

- Boite de laparotomie
- Kit de laparotomie avec sérum salés supplémentaires pour le lavage péritonéal.

Préparation de la patiente

- Informer du diagnostic et du geste opératoire
- Rassurer la patiente

Préparation du chirurgien et de l'aide

- Lavage chirurgical des mains
- Port de blouse, masque et bonnet stériles
- Port de gants stériles.

Technique proprement dit

- Installation de la patiente au bloc opératoire
- Nettoyage de la peau
- Incision cutanée : médiane sous ombilicale
- Extraction du nouveau-né et du placenta
- Evaluation de la rupture utérine : siège, étendue, atteinte des vaisseaux utérins, atteinte de la vessie
- Hystérectomie subtotale
- Ligature section des pédicules vasculaires utéro-ovariens et tubo-ovariens
- Ligature section des ligaments ronds
- Ligature section des artères utérines
- Section transversale de l'utérus au-dessus du col
- Fermeture du moignon utérin suivie de sa suspension aux ligaments ronds
- Vérification de l'hémostase
- Nettoyage de la cavité abdominale suivie de son lavage au sérum sale tiède
- Fermeture de la paroi en un plan sans drainage abdominal

- Pansement stérile sur la peau.

Taches post opératoires

Mesures de prévention des infections

- Mettre les compresses souillées dans une poubelle
- Décontaminer les instruments
- Décontaminer les gants, les enlever et les jeter dans une poubelle
- Se laver les mains et les sécher.

Rédaction du protocole opératoire

Consignes pour les soins post opératoires

- Eléments de surveillance post opératoire : signes vitaux, état de conscience, recherche d'une hémorragie vaginale, diurèse
- Liquides à perfuser
- Type et durée de l'antibiothérapie post opératoire
- Délai d'autorisation d'une alimentation liquide.

Complications

Complications per opératoires

- Hémorragie si défaut d'hémostase
- Section des uretères
- Blessure possible d'organes abdominaux au cours de la laparotomie si cicatrice abdominale antérieure
- Accidents anesthésiques.

Complications post opératoires

- Hémorragie post opératoire
- Infection de la plaie opératoire
- Péritonite post opératoire
- Décès de la patiente.

4.9 Transfusion sanguine

Définition

La transfusion sanguine est une thérapeutique substitutive qui consiste à apporter à un patient les éléments du sang qui lui font provisoirement défaut en raison d'une pathologie (placenta prævia, hémorragie de la délivrance), à l'occasion d'une intervention chirurgicale (saignement lors de l'intervention), d'un traumatisme, d'une maladie (anémie ferriprive par exemple) ou d'un traitement (chimiothérapie aplasiante).

Différents types de produits sanguins et leurs indications

Le sang total

Il est rarement utilisé aujourd'hui.

Les concentrés globulaires

Ils sont indiqués lorsqu'il y a une anémie c'est à-dire une diminution du taux de l'hémoglobine du patient. En effet, c'est l'hémoglobine qui permet de transporter l'oxygène nécessaire au bon fonctionnement de tous les tissus de l'organisme.

La chute du taux de l'hémoglobine peut être brutale et s'accompagner d'une diminution du volume du sang circulant : c'est le cas des hémorragies aigues accidentelles (plaies artérielles par exemple, polytraumatisme) ou des hémorragies opératoires lors de certaines interventions chirurgicale dites à haut risque hémorragique.

La transfusion de Concentrés de Globules Rouges permet dans ces cas-là de rétablir la volémie et d'assurer le transport de l'oxygène aux tissus en attendant la réparation de la plaie ou la fin de l'intervention

Les concentrés de plaquettes

Ils sont indiqués lorsque la chute du taux des plaquettes atteint un seuil hémorragique. Les plaquettes sont des petites cellules anucléées qui jouent un rôle primordial dans la coagulation du sang. Lorsque le chiffre des plaquettes est très diminué, le pronostic vital est en jeu à cause du risque important d'hémorragie, particulièrement cérébro-méningée. De nombreuses situations pathologiques ou certains traitements entraînent une diminution du taux de plaquettes.

Le plasma

Il est indiqué dans certaines situations de troubles de la coagulation extrêmement ciblées : le patient présente une hémorragie parce qu'il lui manque les protéines plasmatiques de la coagulation appelés facteurs de coagulation qui éviteraient le saignement. La transfusion de plasma apporte la totalité de ces facteurs manquants ce qui permet l'arrêt du saignement.

Suivi d'une femme sous transfusion sanguine

Suivre la femme avant la transfusion, au démarrage, 15 mn après le démarrage, toutes les heures et à des intervalles de 4 heures après avoir achevé la transfusion.

Evaluer :

- L'apparence générale
- La température
- Le pouls

- La tension artérielle
- La respiration
- L'équilibre hydrique

Noter le volume transfusé, les numéros des poches de sang, les effets adverses.

Incidents et accidents de la transfusion sanguine.

Risques de transfusion de sang entier ou plasma :

- Réaction à la transfusion (démangeaison de la peau suite aux chocs anaphylactiques)
- Transmission d'agents infectieux (VIH, hépatite B et C, syphilis, maladie de Chagas)
- Infection bactérienne si le sang est fabriqué ou emmagasiné dans les mauvaises conditions
- Augmentation des risques quand augmente le volume transfusé.

Prise en charge du choc anaphylactique lié à la transfusion de sang non compatible

Administrer :

- Adrénaline en solution 1:1000, 0,1 ml en 10 ml sérum normal en IV, lentement
- 10 mg de prométhazine en IV
- 1 g d'hydrocortisone en IV toutes les 2 heures, tel que nécessaire
- 250 mg d'aminophylline dans 10 ml de sérum normal en IV, lentement, pour bronchospasmes
- Suivre la fonction rénale, pulmonaire et cardiaque
- Transférer au centre de référence lorsqu'elle est stable
- Documenter et noter la réaction.

4.10 Liquides de remplissage

Introduction

Le corps est composé à 60% d'eau par poids chez les adultes. Les liquides corporels sont répartis dans :

- Le compartiment intracellulaire

Le compartiment extracellulaire, qui comprend:

- Le compartiment interstitiel
- Le compartiment intravasculaire

Compartiments liquidiens de l'organisme

2/3 compartiment intracellulaire	1/3 compartiment extracellulaire
Liquide intracellulaire	Liquide interstitiel = 75%
	Liquide intravasculaire= 25%

Le compartiment intravasculaire

Comprend :

- Les composantes cellulaires du sang
- Les protéines
- Les ions – surtout sodium, chlorures et bicarbonates
- Potassium – seule une petite partie dans le plasma

Le volume normal du sang est de 2 ml/kg de poids corporel.

Le compartiment interstitiel

Plus grand que le compartiment intravasculaire. L'eau et les électrolytes circulent librement entre le sang et les espaces interstitiels qui ont une composition ionique similaire. Les protéines plasmatiques ne peuvent pas quitter l'espace intravasculaire à moins de lésions des capillaires, à savoir choc septique ou brûlure. En cas de perte de liquides ou de chute de tension artérielle, l'eau et les électrolytes passent du compartiment interstitiel dans le sang (intravasculaire) pour maintenir le volume (priorité physiologique).

Le compartiment intracellulaire

Eau dans les cellules : réservoir le plus important d'eau du corps.

Composition ionique différente de celle du liquide extracellulaire. Contient une concentration élevée d'ions de potassium et une concentration faible d'ions de sodium et de chlorure.

Sérum physiologique IV : tend à rester dans le compartiment extracellulaire.

La solution de glucose est distribuée dans l'ensemble des compartiments du corps.

Eau pure en IV : entraîne hémolyse massive (dangereuse!).

Principes du traitement à base de liquides

Les liquides administrés devraient se rapprocher autant que possible du volume et de la composition des liquides perdus

Les pertes aiguës doivent être compensées rapidement

Pertes chroniques—remplacer avec prudence; l'infusion rapide peut entraîner une surcharge de liquide et une insuffisance cardiaque

Mieux remplacer par la réhydratation orale ou rectale

Surtout manque d'eau : ne pas surcharger avec du sodium.

Traitement à base de liquides pendant l'intervention chirurgicale

Utiliser une solution salée – Sérum physiologique ou Ringer lactate

Pré charger un litre avant la rachianesthésie

Pas besoin de pré charger avec l'anesthésie à la Kétamine

Liquide d'entretien 4ml/kg/heure

Rééquilibrer l'apport hydrique

Perte de sang à compenser avec des cristalloïdes 3 fois le volume des pertes de sang

Pertes de sang de plus d'un litre, donner du sang

Il est souhaitable d'avoir un taux d'hémoglobine minimum de 8 à 9 mg après l'intervention

Estimation des pertes de sang

Subjective

Serpillière imbibée, qui goutte – environ 100 ml

Suivre fréquence cardiaque, tension artérielle tout au long de l'opération

Débit urinaire – 0,5 mL/kg/h égal au rééquilibre hydrique.

Pertes de liquides

Evaluation

Antécédents de la patiente

Types de pertes de liquides : vomissement, diarrhée, fistule

Combien de temps ?

Sensation de soif ?

Examiner la patiente

Peau sèche, peau moins élastique

Pouls, tension artérielle, circulation périphérique et débit urinaire

Pertes anormales de liquides

Perte normale d'ions Na et K – 1 mmol/kg/h

Perte d'eau – ½ ml/kg/h (+ ½ ml/kg/h par rein)

Pertes anormales

Transpiration plus abondante dans un contexte chaud

Fièvre – hausse de 1 degré=10% plus élevé que les besoins hydriques normaux par jour

Pertes intestinales – diarrhée

Pertes rénales – diurétique et diabète

Traumatisme (perte du troisième espace) – brûlures.

Types de Liquides IV

Cristalloïdes :

- Dextrose 5% dans aqua
- Dextrose 5% dans NaCl
- Sérum physiologique (NaCl)
- Solution Hartman
- Solution Ringer lactate
- Sérum Choléra

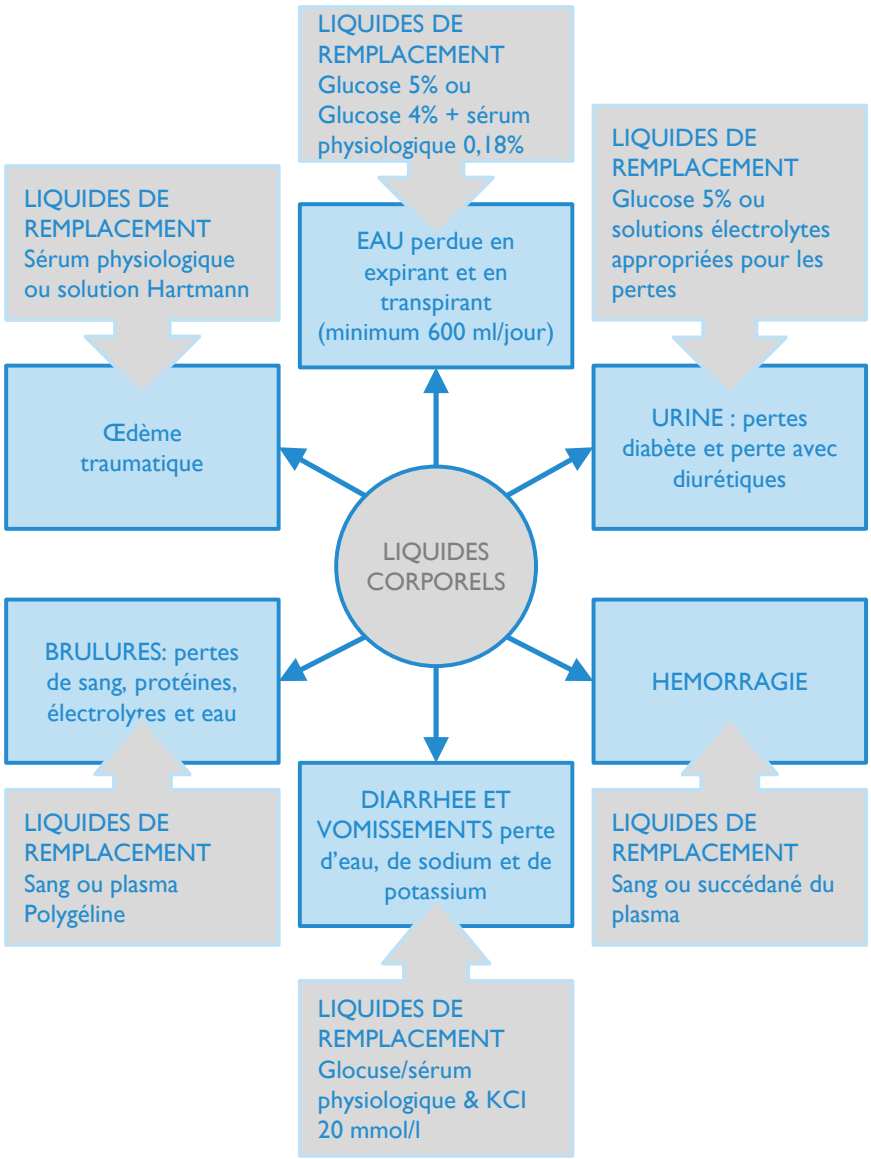
Colloïdes

- Dextran 40, 70
- Préparations Gelatin, par exemple, Haemacel
- Hetastarch, Pentastarch

Distribution des liquides IV dans les compartiments du corps

Distribution de 1 000 ml de liquides en IV		Liquide intracellulaire	Liquide interstitiel	Liquide intravasculaire
Dextrose à 5%		666	249	83
Cristalloïde		0	750	250
Colloïde	Immédiat	0	0	1 000
	Après 4 heures	0	750	250
Sang		0	0	1 000

Rééquilibre hydrique IV



En Collaboration avec :