JHPIEGO
An Affiliate of Johns Hopkins University
UN LEADER MONDIAL POUR AMÉLIORER LES SOINS DE SANTÉ DES FEMMES ET DES FAMILLES

Soins maternels et néonatals de base :

Un guide destiné au prestataire qualifié

auteurs

Barbara Kinzie
Patricia Gomez

édition

Rebecca Chase

Santé Maternelle & Néonatale

JHPIEGO An Affiliate of Johns Hopkins University
UN LEADER MONDIAL POUR AMÉLIORER LES SOINS DE SANTÉ DES FEMMES ET DES FAMILLES

Soins maternels et néonatals de base :

Un guide destiné au prestataire qualifié

auteurs

Barbara Kinzie
Patricia Gomez

édition

Rebecca Chase

USAID
UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

Santé Maternelle & Néonatale

Le Programme de santé maternelle et néonatale (PSMN) a pour mission de sauver la vie de la mère et du nouveau-né par l'entremise de l'utilisation rapide des pratiques essentielles de santé et nutrition maternelles et néonatales. Le Programme SMN est mis en œuvre conjointement par JHPIEGO, Johns Hopkins University/Centre pour les Programmes de Communication, le Centre for Development and Population Activities (CEDPA), le Program for Appropriate Technology in Health (PATH). www.mnh.jhpiego.org

JHPIEGO, affilié à Johns Hopkins University, forge des partenariats à l'échelle mondiale et locale pour renforcer la qualité des soins destinés à des femmes et familles du monde entier. JHPIEGO est un chef de file international de la création d'approches novatrices et efficaces au développement des ressources de santé. www.jhpiego.org

Droits d'auteur © 2004 par JHPIEGO. Tous droits réservés. Original publié en février 2004. Traduction française publiée en septembre 2004.

Publié par :

JHPIEGO
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, Maryland 21231-3492, USA

Auteurs	Barbara Kinzie Patricia Gomez
Edition	Rebecca Chase
Assistance éditoriale	Melissa McCormick Erin Wagner Katrin DeCamp Roxana C. Del Barco Dana Lewison Ann Blouse
Illustrations	Kimberly M. Battista
Traduction française	Catherine Utz
Assistance éditoriale à la traduction	Frances Kleeman Eliane Lanusse
Assistance graphique et maquette	Deborah Raynor Youngae Kim
Conception page de garde	Youngae Kim
Photos couverture	*En haut à gauche* "Mères et nouveau-nés qui attendent d'être reçus par un prestataire qualifié" Prise par Erwin Ochoa (Hospital de Area Roberto Suazo Cordova, La Paz, Comayagua, Honduras; 2003) *En bas à gauche* "Kader (volontaire communautaire) informant un couple sur la prévention de l'hémorragie du post-partum" Prise par Harshad Sanghvi (Baleh Endah, Bandung, Indonésie; 2003) *Centre* "Une jeune mère qui sourit à son bébé" Prise par Susheela Engelbrecht (Ghana, 2000) *A droite* "Famille dans le village de Suami SIAGA" Prise par Sereen Thaddeus (Java orientale, Indonésie; 1999) Toutes les photos proviennent des archives de photos du Programme JHPIEGO/SMN

ISBN 0-929817-83-4

NOMS DE MARQUE: Tous les noms de marque et noms de produit sont des marques déposées par leur société respective.

Imprimé aux Etats-Unis d'Amérique

TABLE DES MATIERES

Liste des Diagrammes et Figures vi
Liste des Tableaux viii
Liste des Encadrés x
Préface et Remerciements xiii
Evaluation par l'Utilisateur xv
Comment Utiliser ce Manuel xix
Liste des Abréviations xxiii

PREMIERE SECTION : ASPECTS FONDAMENTAUX DES SOINS DE BASE

Chapitre 1 : Introduction aux soins de base
Que sont les soins de base ? 1-1
Principes généraux des soins de base 1-5
Le système de prestation de soins 1-10

Chapitre 2 : Bien-fondé des composantes des soins de base
Vue générale 1-15
Composantes essentielles des soins de base 1-15
Prestation de soins supplémentaires 1-34

Chapitre 3 : Outils essentiels des soins de base
Vue générale 1-45
Prise de décisions cliniques 1-45
Compétences interpersonnelles 1-46
Prévention des infections 1-52
Tenue de dossiers 1-62

SECTION DEUX : COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE BASE

Chapitre 4 : Consultation de soins maternels et néonatals de base
Activités essentielles préalables a la consultation 2-1
Accueil de la patiente et de sa famille 2-1
Evaluation de base 2-2
Prestation des soins de base 2-3
Donner un rendez-vous pour la visite de retour 2-3

Chapitre 5 : Soins prénatals
Vue générale 2-5
Evaluation prénatale 2-6
Antécédents 2-6
Examen physique 2-15
Test 2-25
Prestation des soins prénatals 2-27
Conseils nutritionnels 2-27
Plan de préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications 2-28
Auto-soins et autres pratiques saines 2-30
Conseils et dépistage du VIH (première visite/tel que nécessaire) 2-35
Vaccinations et autres mesures préventives 2-36

Chapitre 6 : Soins liés au travail et à l'accouchement
Vue générale....2-39
Evaluation et soins de soutien continus....2-40
Evaluation du travail/accouchement....2-52
Antécédents....2-52
Examen physique....2-58
Tests....2-71
Soins liés au travail/accouchement....2-71
Gestes obstétricaux clés pour le 1er stade du travail....2-71
Gestes obstétricaux clés pour les 2e et 3e stades du travail....2-73
Actes obstétricaux clés pour le 4e stade du travail....2-81

Chapitre 7 : Soins du post-partum
Vue générale....2-85
Evaluation et soins de soutien continus....2-86
Evaluation du post-partum....2-89
Antécédents....2-89
Examen physique....2-98
Tests....2-105
Soins du post-partum....2-105
Allaitement maternel et soins des seins....2-105
Plan de préparatifs en cas de complication....2-106
Soutien pour les relations mère-bébé-famille....2-107
Planification familiale....2-108
Conseils nutritionnels....2-109
Auto-soins et autres pratiques saines....2-109
Conseils et dépistage du VIH (première visite/tel que nécessaire)....2-111
Vaccinations et autres mesures préventives....2-111

Chapitre 8 : Soins du nouveau-né
Vue générale....2-113
Evaluation et soins de soutien continus....2-114
Evaluation du nouveau-né....2-117
Antecedents....2-117
Examen physique/Observation....2-124
Soins du nouveau-ne....2-134
Allaitement maternel précoce et exclusif....2-134
Plan de préparatifs en cas de complications....2-135
Soins du nouveau-né et autres pratiques saines....2-135
Vaccinations et autres mesures préventives....2-140

SECTION TROIS : SOINS SUPPLEMENTAIRES

Chapitre 9 : Troubles et préoccupations courants
Vue générale....3-1
Troubles courants lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement et lors de la période du post-partum....3-3
Troubles courants lors de la période néonatale....3-25

Chapitre 10 : Besoins spéciaux
Vue générale....3-35
Besoins spéciaux pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et lors de la période du post-partum....3-37
Besoins spéciaux de la période néonatale....3-83

Chapitre 11 : Complications pouvant mettre la vie en danger
Vue générale....3-89
Evaluation initiale rapide de la mère....3-90
Stabilisation de la patiente....3-92
Evaluation initiale rapide du nouveau-né....3-97
Réanimation du nouveau-ne....3-99
Complications maternelles pouvant mettre la vie en danger....3-103
Complications pouvant mettre la vie en danger pendant la période néonatale....3-123

SECTION QUATRE : ANNEXES

Annexe 1 : Préparation du lieu des soins
Propreté, confort et rangement en général....4-1
Approvisionnement en eau salubre....4-1
Source de lumière....4-1
Meubles....4-2

Annexe 2 : Equipement et fournitures essentiels....4-3

Annexe 3 : Le partogramme
Utilisation du partogramme....4-7

Annexe 4 : Interventions supplémentaires
Rupture artificielle des membranes....4-11
Accouchement par le siège (en situation d'urgence uniquement)....4-11
Réduction d'une inversion utérine....4-15
Défibulation....4-17
Episiotomie....4-19
Examen du vagin, du périnée et du col pour détecter les déchirures....4-20
Délivrance artificielle du placenta ou des fragments placentaires....4-22
Multiples naissances (en situations d'urgence uniquement)....4-26
Examen pelvien....4-27
Examen au spéculum....4-28
Examen bi-manuel....4-32
Réfection des déchirures cervicales....4-38
Réfection de l'épisiotomie....4-39
Réfection des déchirures vaginales et périnéales (1er et 2e degrés)....4-40
Dystocie des épaules (épaules enclavées)....4-42
Examen....4-44
Analyse des urines pour détecter la présence de protéine....4-44
Mesurer le taux d'hémoglobine....4-45
Epreuve rapide de la réagine plasmatique (RPR)....4-46
Extraction par ventouse obstétricale....4-46

Annexe 5 : Counseling et messages de santé supplémentaires
Soutien à l'allaitement maternel....4-49
Allaitement maternel versus produit de remplacement du lait maternel....4-51
Utiliser un produit de remplacement du lait maternel....4-53
Donner à manger en utilisant une tasse, une tasse et cuillère ou autre ustensile....4-54
Contraception du post-partum....4-55

Annexe 6 : Bilan rapide....4-63

Annexe 7 : Directives pour référer/transférer....4-65

LISTE DES DIAGRAMMES ET FIGURES

1-1. Portée des soins de base 1-5
1-2. Fabriquer des gants à hauteur du coude à partir de gants chirurgicaux utilisés auparavant 1-57
1-3. Mettre les gants sans doigts (A) et les gants chirurgicaux (B) 1-57
2-1. Mesure prénatale de la hauteur utérine 2-21
2-2. Palpation fundique 2-22
2-3. Palpation latérale 2-22
2-4. Palpation pelvienne (supra-pubienne) 2-22
2-5. Vérifier la glande de Skene 2-25
2-6. Vérifier la glande de Bartholin 2-25
2-7. Palpation abdominale de la descente de la tête fœtale 2-64
2-8. Dilation du col en centimètres 2-68
2-9. Repères du crâne fœtal normal 2-69
2-10. Os apposés (Os qui se touchent) dans le crâne fœtal 2-69
2-11. Position pour pousser : demi assise/adossée 2-75
2-12. Position pour pousser : accroupie 2-75
2-13. Position pour pousser : Sur les mains et les genoux 2-75
2-14. Position pour pousser : couchée de côté 2-75
2-15. Soutien périnéal durant l'accouchement eutocique 2-77
2-16. Tirer doucement vers le bas pour dégager l'épaule antérieure pendant un accouchement eutocique 2-78
2-17. Tirer doucement vers le haut pour dégager l'épaule postérieure pendant un accouchement eutocique 2-78
2-18. Soutenir le bébé pendant un accouchement eutocique 2-78
2-19. Placer le bébé sur l'abdomen de la mère immédiatement après l'accouchement eutocique 2-79
2-20. Hauteur utérine lors du post-partum : Involution 2-102
2-21. Spasmes (A) et Opisthotonos (B) 2-129
2-22. Paralysie faciale 2-129
2-23. Paralysie de Duchenne-Erb 2-129
2-24. Distension abdominale 2-131
2-25. Attachement correct (A) et incorrect (B) du nouveau-né au sein 2-133
3-1. Type I Zone coupée (gauche) et guérie (droite) 3-50
3-2. Type II Zone coupée (gauche) et guérie (droite) 3-50
3-3. Type III Zone coupée (gauche) et guérie (droite) 3-50
3-4. Position correcte de la tête pour la ventilation 3-100
3-5. Positionner le masque et en assurer l'étanchéité 3-101
3-6. Compression bimanuelle de l'utérus 3-106
3-7. Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral 3-106
4-1. Descente fœtale à la palpation de l'abdomen 4-7
4-2. Partogramme modifié de l'OMS 4-9

4-3. Présentation par le siège : Siège complet (gauche) et décomplété (droite) 4-12
4-4. Tenir le bébé par les hanches 4-13
4-5. Manœuvre de Lovset 4-13
4-6. Dégagement de l'épaule postérieure 4-14
4-7. Manoeuvre de Mauriceau-Smellie-Veit 4-15
4-8. Réduction manuelle de l'utérus inversé 4-16
4-9. Infiltration des tissus du périnée avec un anesthésique local 4-19
4-10. Faire l'incision en introduisant deux doigts dans le vagin pour protéger la tête de l'enfant 4-20
4-11. Engager une main dans le vagin, le long du cordon 4-24
4-12. Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta 4-24
4-13. Retirer la main de l'utérus 4-25
4-14. Insérer le spéculum (gauche et droite) 4-28
4-15. Rotation du spéculum 4-29
4-16. Ouvrir les lames du spéculum 4-29
4-17. Spéculum en place avec lames ouvertes 4-29
4-18. Retirer le spéculum 4-30
4-19. Insérer les doigts dans le vagin 4-32
4-20. Palpation d'un utérus antéversé 4-33
4-21. Palpation d'un utérus rétroversé 4-33
4-22. Vérifier le mouvement cervical (gauche et droite) 4-34
4-23. Localiser les ovaires 4-37
4-24. Réfection d'une déchirure du col 4-38
4-25. Réfection de l'épisiotomie (Etapes 1, 2, et 3) 4-40
4-26. Genoux fléchis et remontés vers la poitrine 4-43
4-27. Ventouse obstétricale 4-47
4-28. Exercer une traction avec la cupule Malmstrom 4-48
4-29. Allaitement maternel : position Berceau 4-49
4-30. Allaitement maternel : position/Berceau-entrecroisée 4-49
4-31. Allaitement maternel : Position Berceau/sous le bras 4-49
4-32. Allaitement maternel : Position couchée de côté 4-49
4-33. Extraire le lait maternel 4-51
4-34. Autres méthodes d'alimentation : Tasse (A), Paladai (B), Cuillère (C) 4-55
4-35. Moment recommandé pour démarrer les contraceptifs pour les femmes qui allaitent 4-57
4-36. Moment recommandé pour démarrer les contraceptifs pour les femmes qui n'allaitent pas 4-57

LISTE DES TABLEAUX

1-1. Bien-fondés des éléments de l'anamnèse maternelle....1-16
1-2. Bien-fondés des éléments des antécédents néonatals....1-19
1-3. Bien-fondés des éléments de l'examen physique maternel....1-21
1-4. Bien-fondés des éléments de l'examen physique/observation du nouveau-né....1-23
1-5. Bien-fondés des éléments des tests maternels....1-24
1-6. Bien-fondés des éléments de la prestation des soins de base maternels....1-26
1-7. Bien-fondés des éléments de la prestation des soins de base néonatals....1-28
1-8. Bien-fondés de l'évaluation continue lors des quatre stades du travail....1-29
1-9. Bien-fondés pour les mesures continues de soutien pendant les quatre stades du travail....1-30
1-10. Bien-fondés des mesures clés pour la patiente et le bébé pendant le 2e et 3e stades du travail....1-32
1-11. Bien-fondés des mesures clés pour la patiente et le bébé pendant le 4e stade du travail....1-33
1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né....1-35
1-13. Diagnostics possibles liés à des complications pouvant s'avérer fatales pour la mère....1-42
1-14. Diagnostics possibles liés à des complications pouvant s'avérer fatales pour le nouveau-né....1-44
1-15. Exigences en matière de gants pour la pratique des gestes médicaux et obstétricaux courants....1-56
2-1. Calendrier des visites de soins de base....2-4
2-2. Calendrier et vue générale des soins prénatals....2-5
2-3. Calendrier des vaccinations antitétaniques....2-36
2-4. Calendrier et vue générale des soins liés au travail et à l'accouchement....2-39
2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement....2-41
2-6. Evaluation continue du bébé pendant le travail et l'accouchement....2-48
2-7. Mesures de soins de suivi continues pour le travail et l'accouchement....2-49
2-8. Confirmer le vrai travail et évaluer stade/phase du travail....2-69
2-9. Récapitulatif du 1er stade du travail....2-72
2-10. Récapitulatif des 2e et 3e stades du travail....2-73
2-11. Récapitulatif du 4e stade du travail....2-82
2-12. Calendrier et vue générale des soins du post-partum....2-85
2-13. Evaluation continue de la patiente pendant les 2 à 6 premières heures après l'accouchement....2-87
2-14. Soins de soutien continus de la patiente jusqu'à la sortie de l'établissement ou à domicile....2-88
2-15. Calendrier et vue générale des soins du nouveau-né....2-113
2-16. Evaluation continue du nouveau-né pendant les 2 à 6 premières heures après la naissance....2-115
2-17. Soins de soutien continus pour le nouveau-né jusqu'à la sortie de l'établissement ou à domicile....2-116
2-18. Description des selles du nouveau-né....2-122
2-19. Mesures de suivi en cas de malformations congénitales....2-123
2-20. Calendrier de vaccinations....2-140
3-1. Protocole de prophylaxie de médicaments antirétroviraux (ARV) pour la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH....3-54

3-2. Directives pour l'utilisation de Névirapine (NVP) pour la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH dans différents scénarios 3-55
3-3. Médicaments utérotoniques 3-107
3-4. Traitement antibiotique pour la fièvre pendant la grossesse, le travail ou le post-partum..... 3-117
4-1. Equipement et fournitures essentiels : Soins routiniers (Section 2)..... 4-3
4-2. Equipement et fournitures essentiels : Prévention des infections 4-4
4-3. Equipement et fournitures essentiels : Soins d'urgence/soins spéciaux (Section 3)..... 4-5
4-4. Equipement et fournitures essentiels : Médicament et vaccins (Sections 2 et 3)..... 4-6
4-5. Classification programmatique des critères de recevabilité médicale de l'OMS 4-58
4-6. Structure de counseling pour l'utilisation de la contraception lors du post-partum 4-58
4-7. Signes de danger ou signes/symptômes de travail avancé à observer ou questions à poser lors du bilan rapide..... 4-64

LISTE DES ENCADRES

1-1. Préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications : une responsabilité partagée 1-4
1-2. Réponse en cas d'urgence à domicile 1-12
1-3. Travailler avec les accoucheuses traditionnelles 1-13
1-4. Le partogramme : une aide pour la prise de décisions cliniques 1-31
1-5. Compétences interpersonnelles pendant le travail/l'accouchement et lors de la période du post-partum/néonatale 1-48
1-6. Individualiser les messages de santé et le counseling 1-50
1-7. Conseils pour réaliser une séance efficace d'éducation en groupe 1-51
1-8. Conseils de sécurité pour l'utilisation d'aiguilles et de seringues hypodermiques 1-58
1-9. Conseils pour traiter le linge 1-62
2-1. Suivi de résultats anormaux/potentiellement anormaux 2-3
2-2. Préparer le transfert pour des soins continus du post-partum/néonatals 2-4
2-3. Questions générales de suivi 2-7
2-4. Troubles courants de la grossesse 2-8
2-5. Symptômes de grossesse 2-9
2-6. Méthodes pour calculer la date estimée de l'accouchement 2-9
2-7. Préparation pour l'examen supplémentaire 2-17
2-8. Examiner si les mamelons rentrés sont protractiles 2-18
2-9. Technique de la mesure de la hauteur utérine 2-20
2-10. Technique pour déterminer la position et la présentation du fœtus 2-21
2-11. Technique d'évaluation des battements cardiaques fœtaux (après 20 semaines de grossesse) 2-22
2-12. Technique pour l'examen génital/vaginal 2-24
2-13. Etapes post-examen 2-25
2-14. Pourquoi il est important que les femmes enceintes se couchent sur le côté 2-32
2-15. Mécaniques corporelles correctes 2-33
2-16. Troubles courants du travail/accouchement 2-53
2-17. Composantes essentielles des préparatifs en cas de complications pendant le travail et l'accouchement 2-53
2-18. Suivi si on ne connaît pas la date estimée de l'accouchement 2-53
2-19. Déterminer la descente fœtale à la palpation abdominale 2-64
2-20. Evaluation de l'efficacité des contractions 2-65
2-21. Evaluer la dilatation du col 2-68
2-22. Evaluation de la condition du liquide amniotique et des membranes 2-68
2-23. Evaluer la présentation et la position du fœtus et le modelage de la tête 2-68
2-24. Technique de respiration pendant le travail 2-75
2-25. Signes de danger lors de la période du post-partum immédiat/néonatale 2-83
2-26. Traitement des yeux du nouveau-né 2-84
2-27. Troubles courants de la période du post-partum 2-90
2-28. Signes de danger lors de la période néonatale/post-partum 2-107

2-29. Aspects importants dont devraient tenir compte les femmes qui utilisent la méthode MAMA..... 2-108
2-30. Questions générales de suivi (nouveau-né)..... 2-118
2-31. Troubles courants lors de la période néonatale..... 2-118
2-32. Préparation de l'examen physique du nouveau-né..... 2-125
2-33. Examen du palais..... 2-129
2-34. Etapes post-examen (nouveau-né)..... 2-131
2-35. Signes de danger lors de la période néonatale..... 2-135
2-36. Technique pour baigner le bébé..... 2-138
3-1. Index des troubles courants lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement et de la période du post-partum..... 3-2
3-2. Index des troubles courants lors de la période néonatale..... 3-2
3-3. Index des besoins spéciaux pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et lors de la période du post-partum..... 3-36
3-4. Index des besoins spéciaux lors de la période néonatale..... 3-36
3-5. Compétences interpersonnelles à accentuer tout particulièrement chez la femme adolescente..... 3-38
3-6. Aider la femme adolescente à identifier son système de soutien..... 3-38
3-7. Soutien nutritionnel pour la femme adolescente..... 3-39
3-8. Messages de santé et counseling pour la femme adolescente..... 3-39
3-9. Faciliter les liens avec des sources locales de soutien..... 3-40
3-10. Causes possibles de l'anémie et suivi adéquat..... 3-42
3-11. Soins supplémentaires pour un attachement/succion inefficace..... 3-44
3-12. Soins supplémentaires pour les seins engorgés/canaux obstrués..... 3-44
3-13. Soins supplémentaires pour mamelons douloureux et craquelés..... 3-45
3-14. Soins supplémentaires pour la mastite..... 3-45
3-15. Soins supplémentaires si la mère est préoccupée de ne pas avoir suffisamment de lait..... 3-46
3-16. Soins supplémentaires pour apport inadéquat..... 3-46
3-17. Signes/symptômes d'affections et d'infections opportunistes coexistantes chez la femme séropositive-VIH..... 3-53
3-18. Counseling post-test pour un résultat positif au test de dépistage du VIH..... 3-53
3-19. Options d'alimentation du nouveau-né pour la femme séropositive-VIH..... 3-56
3-20. Soutien nutritionnel supplémentaire pour la femme séropositive-VIH..... 3-56
3-21. Messages de santé et counseling sur lesquels il faut insister dans le cas de la femme séropositive-VIH..... 3-57
3-22. Messages de santé et counseling pour les femmes vivant dans des régions où le paludisme est endémique..... 3-60
3-23. Evaluation supplémentaire/suivi pour les convulsions lors d'une grossesse, d'un travail/accouchement ou d'une période du post-partum/néonatale précédent..... 3-65
3-24. Evaluation supplémentaire/suivi pour trois avortements spontanés ou plus lors d'une grossesse précédente..... 3-65
3-25. Evaluation supplémentaire/suivi pour la césarienne ou autres chirurgies utérines lors d'une grossesse ou d'un accouchement précédent..... 3-66
3-26. Evaluation supplémentaire/suivi pour des déchirures du 3e ou 4e degré lors d'une grossesse précédente..... 3-66

3-27. Evaluation supplémentaire/suivi pour complications ou décès précédent du nouveau-né 3-67
3-28. Méthodes pour confirmer la rupture des membranes 3-71
3-29. Compétences interpersonnelles à utiliser avec une femme et la famille en cas de mort-né ou de décès du nouveau-né 3-75
3-30. Compétences interpersonnelles supplémentaires pour la prestation de soins aux femmes victimes de la violence 3-82
3-31. Plan de sécurité pour les femmes victimes d'acte de violence 3-82
3-32. Index des complications pouvant mettre la vie en danger 3-90
3-33. Dose de charge et dose d'entretien du sulfate de magnésium 3-94
3-34. Dose de charge et dose d'entretien pour le diazépam 3-95
3-35. Directives pour installer une voie veineuse ou administrer des sels de réhydratation orale SRO) 3-96
3-36. Comment préparer les SRO 3-96
3-37. Faire la distinction entre les sursauts/trémoussements et les convulsions/spasmes 3-98
3-38. Soins après la réanimation du nouveau-né 3-102
3-39. Prise en charge de l'atonie utérine 3-106
3-40. Prise en charge de la rétention placentaire ou des fragments placentaires 3-108
3-41. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum retardée (plus de 24 heures après l'accouchement) 3-108
3-42. Prise en charge du liquide amniotique teinté de méconium 3-112
3-43. Prise en charge des mouvements fœtaux diminués ou absents 3-112
3-44. Prise en charge des battements cardiaques fœtaux absents 3-113
3-45. Prise en charge du rythme cardiaque fœtal anormal 3-114
3-46. Prise en charge de la température axillaire du nouveau-né de moins de 36,5°C 3-124
3-47. Prise en charge de la température axillaire du nouveau-né de plus de 37,5°C 3-124
3-48. Prise en charge de moins de 10 lésions cutanées ou lésions qui couvrent moins de la moitié du corps 3-129
3-49. Prise en charge des plaques blanches dans la bouche ou dans la partie recouverte par les couches/langes 3-129
4-1. Directives supplémentaires pour des femmes avec des mamelons rentrés 4-50
4-2. Extraction de lait maternel 4-51
4-3. Evaluer la faisabilité de l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel 4-53
4-4. Directives pour référence/transfert pour la mère et le nouveau-né 4-66

PREFACE

Soins maternels et néonatals de base : Un guide destiné au prestataire qualifié (SMNB) part du principe qu'une prestation de soins de base de qualité à des femmes connaissant des grossesses, des naissances et des périodes du post-partum normales, ainsi qu'à leurs nouveau-nés normaux, non seulement améliorent la santé de la mère et du bébé mais également permet de sauver des vies. Les soins de santé que devraient recevoir toutes les femmes en âge de procréer et les nouveau-nés constituent les soins maternels et néonatals de base. Souvent, les systèmes sanitaires consacrent leurs ressources au traitement des femmes et des nouveau-nés qui ont des complications, oubliant que la prestation de soins de base de qualité à toutes les familles et à tous les nouveau-nés peut soutenir et aider à maintenir les processus normaux et à prévenir un grand nombre de complications et/ou à les dépister et à les traiter avant qu'elles ne mettent la vie de la mère ou de l'enfant en danger. La prestation des soins de base accorde également une grande importance aux messages de santé et aux conseils donnés aux femmes et à leur famille pour qu'elles puissent prendre une part active à leurs propres soins de santé.

Le manuel SMNB se destine à des prestataires qualifiés (dont les sages-femmes, les médecins et les infirmiers) qui s'occupent des femmes et des nouveau-nés dans les contextes à ressources limitées. Les soins de base peuvent être prodigués dans diverses structures, dont le domicile de la femme, le centre de santé périphérique et l'hôpital de référence du district. On suppose que le prestataire qualifié fournira tous les soins de base, dépistera et prendra en charge les complications courantes et stabilisera (le cas échéant) et référera/transférera les femmes et les nouveau-nés ayant besoin d'interventions supplémentaires ou plus complexes. Toutefois, on reconnaît que certains prestataires qualifiés seront également en mesure de traiter des affections plus complexes et n'auront pas besoin d'orienter la femme ou le nouveau-né vers un niveau de soin plus élevé. Pour des informations supplémentaires sur les complications, le présent manuel recommande *La prise en charge des complications lors de la grossesse et de l'accouchement : Un guide destiné à la sage-femme et au médecin*[1] et *La prise en charge des problèmes du nouveau-né : Un guide pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes*[2], faisant partie de la série de la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Si ce manuel se veut essentiellement un ouvrage de référence pour les prestataires qualifiés, les soins décrits ici reposent néanmoins sur les faits scientifiques les plus courants et/ou opinions d'experts et pourront donc servir aux programmes de formation, tant avant l'emploi qu'en cours d'emploi. Pour les programmes en cours d'emploi, le manuel sera une référence pour les prestataires qui suivent un recyclage dans des domaines spéciaux des soins maternels et néonatals de base. Dans le cadre des programmes d'éducation avant l'emploi, il viendra compléter le matériel scientifique fondamental au fur et à mesure que les étudiants apprennent davantage à reconnaître et à soutenir les périodes normales de la grossesse, du travail, de l'accouchement, du post-partum et du nouveau-né alors qu'ils apprennent à dépister et à prendre en charge les complications courantes. Le manuel est conçu pour être utilisé avec l'Ensemble de Ressources d'Apprentissage (BMNC Learning Resource Package), également publié par le Programme de Santé maternelle et néonatale de JHPIEGO qui comprend tout le matériel nécessaire pour réaliser un stage de formation axé sur la compétence (emplois du temps, sommaires du stage, prétest et post-tests, listes de vérification des compétences, jeux de rôle et études de cas).

Ce manuel étant un « test de terrain, » nous encourageons les utilisateurs du monde entier à nous donner leurs opinions sur sa structure et son contenu (Voir Evaluation par l'Utilisateur, **page xv**.)

Nous espérons que ce manuel constituera le soutien nécessaire à une prestation de soins de base à des femmes et des nouveau-nés dans le monde entier, tant pour maintenir que pour promouvoir leur santé et aider à assurer leur survie.

---

[1] OMS. 2000. *La prise en charge des complications lors de la grossesse et de l'accouchement : Un guide destiné à la sage-femme et au médecin.* OMS : Genève.

[2] OMS. 2003. *La prise en charge des problèmes du nouveau-né : Un guide pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes.* OMS : Genève.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à faire mention des personnes et organisations suivantes, dont le temps, l'expertise et autres contributions précieux ont aidé à mettre au point le présent manuel.

Contributions :

Frances Ganges
Elena Kehoe
Harshad Sanghvi

Nous sommes particulièrement reconnaissants pour la contribution toute spéciale de Susheela Engelbrecht, dont le manuscrit a aidé à informer la mise au point du présent manuel.

Examinateurs[*] :

Jean Anderson
Luc de Bernis
Annie Clark
Annie Davenport
Sylvia Deganus
Susheela Engelbrecht
Frances Ganges
Kamlesh Giri
Anne Hyre
Rajshree Jha
Robert Johnson
Joy Lawn
Pamela Lynam
Matthews Mathai
Melissa McCormick
Gloria Metcalfe
Asmuyeni Muchtar
Indira Narayanan
Judith O'Heir
Emmanuel Otolorin
Harshad Sanghvi
Ilse Santizo
Della R. Sherratt
Jeffrey Smith
Mary Ellen Stanton
Patricia Stephenson
Betty Sweet
Jelka Zupan

Remerciements spéciaux :

Le texte/graphiques choisis présentés dans ce document ont été adaptés/réimprimé de :

- *La prise en charge des complications lors de la grossesse et de l'accouchement : Un guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Organisation mondiale de la Santé (OMS) : Genève, 2000 ; et
- *La prise en charge des problèmes du nouveau-né : Un guide pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes.* OMS : Genève, 2003.

Un soutien financier pour cette publication a été fourni par la Division Nutrition et Santé maternelle, Office de Santé et Nutrition, Bureau de Santé globale, Agence des Etats-Unis pour le Développement international, dans le cadre des termes de l'Accord No. HRN-A-00-98-00043-00. Les opinions exprimées ici incombent à JHPIEGO et ne reflètent pas forcément celles de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international.

[*] Ces personnes ont revu tout le manuel ou, selon leur domaine d'expertise, une partie du manuel.

EVALUATION PAR L'UTILISATEUR

Soins maternels et néonatals de base : Un guide destiné au prestataire qualifié étant un manuel de « test de terrain», nous encourageons les utilisateurs du monde entier travaillant dans autant de contextes que possible de nous fournir leurs opinions sur sa structure et son contenu. Après avoir rempli ce formulaire (en attachant des pages si nécessaire), prière de le renvoyer à l'adresse suivante :

Patricia Gomez
Director for Midwifery, MNH
JHPIEGO
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3492, USA
Courrier électronique : pgomez@jhpiego.net
Tél : 410.537.1862
Fax : 410.537.1479

A. Information sur l'utilisateur

1. Nom et prénoms_____ Date _____

2. Quel type de professionnel de la santé êtes-vous ? (ne cocher qu'une mention)
   - ☐ Médecin/chirurgien
   - ☐ Infirmier
   - ☐ Etudiant en médecine
   - ☐ Interne (ou équivalent)
   - ☐ Infirmier/sage-femme
   - ☐ Sage-femme
   - ☐ Etudiant en soins infirmiers/obstétricaux
   - ☐ Autre (spécifier) _____

3. Quelle est votre spécialité ?
   - ☐ Obstétrique/gynécologie
   - ☐ Soins infirmiers
   - ☐ Pédiatrie
   - ☐ Soins obstétricaux
   - ☐ Soins infirmiers/obstétricaux
   - ☐ Autre (spécifier) _____

4. Nom et adresse de l'institution où vous dispensez des soins de santé maternelle et néonatale

   Nom de l'institution_____

   Adresse _____

   Ville_____ Pays _____

5. Type d'institution
   - ☐ Dispensaire de santé
   - ☐ Centre de santé
   - ☐ Hôpital de district
   - ☐ Hôpital régional
   - ☐ Clinique/hôpital privé
   - ☐ Ecole d'infirmières/de sages-femmes
   - ☐ Autre (spécifier) _____ _____

6. Quelle est votre principale responsabilité ?
   - ☐ Prestataire de soins de santé
   - ☐ Superviseur en formation clinique
   - ☐ Enseignant/Educateur/Moniteur
   - ☐ Autre (spécifier) _____

7. Prière d'estimer le **pourcentage de votre temps professionnel** chaque semaine que vous consacrez aux activités suivantes. **(Le total doit arriver à 100%.)**

Soins Patiente/Cliente	_____%
Formation clinique	_____%
Enseignement/Education/Encadrement (pas dans un contexte clinique)	_____%
Autre (spécifier) _____	_____%
TOTAL	**100 %**

8. Comment utilisez-vous *Soins maternels et néonatals de base : Un guide destiné au prestataire qualifié* ? (cocher tout ce qui s'applique)
   - ☐ Prestation de soins aux patients
   - ☐ Formation de base (avant l'emploi)
   - ☐ Formation continue (en cours d'emploi)

9. Est-ce que le manuel convient pour la structure et/ou le niveau auquel vous travaillez ?

   ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

B. Prière d'indiquer votre opinion de ce manuel en utilisant l'échelle de 1 à 5 suivante :

5-Excellent **4-**Très bon **3-**Satisfaisant **2-**A besoin d'être amélioré* **1-**Non satisfaisant*

CONTENU	COMPLET (contient toute l'information qu'il faut connaître)	EXACT (le contenu est correct et à jour)	CONVIVIAL (facile à lire, à comprendre et à utiliser)	UTILE (pour la résolution de problèmes et la prise de décisions)	PRATIQUE (des diagrammes, des tableaux et des encadrés)
Chapitre 1 : Introduction aux soins de base					
Chapitre 2 : Bien-fondé des composantes des soins de base					
Chapitre 3 : Outils essentiels des soins de base					
Chapitre 4 : Consultation de soins maternels et néonatals de base					
Chapitre 5 : Soins prénatals—Evaluation et prestation de soins					
Chapitre 6 : Soins liés au travail et à l'accouchement—Evaluation et prestation de soins					
Chapitre 7 : Soins du post-partum—Evaluation et prestation de soins					
Chapitre 8 : Soins du nouveau-né—Evaluation et prestation de soins					
Chapitre 9 : Troubles et préoccupations courants					
Chapitre 10 : Besoins spéciaux					
Chapitre 11 : Complications pouvant mettre la vie en danger					
Annexe 1 : Préparation du lieu des soins					
Annexe 2 : Equipement et fournitures essentiels					
Annexe 3 : Le partogramme					
Annexe 4 : Interventions supplémentaires					
Annexe 5 : Counseling et messages de santé supplémentaires					
Annexe 6 : Bilan rapide					
Annexe 7 : Directives pour référer/transférer					
En général (le manuel entier)					

* Prière de faire les commentaires au verso (sous D) si vous avez noté le manuel comme non satisfaisant

C. Prière de répondre aux questions suivantes :

1. Dans la **Section 1** (**Chapitres 1–3**): Quels sont les thèmes qu'il faudrait ajouter ou décrire avec plus de détails ? Quels sont les thèmes qui devraient être omis ou décrits avec moins de détails ?

2. Existe-t-il d'autres recommandations globales/de soins de base pour le bilan et les soins de la femme et du nouveau-né qu'il faudrait inclure à la **Section 2** pour que les **chapitres suivants** soient plus utiles ? Si oui, quelles sont ces recommandations ?

   Chapitre 4 : Consultation de soins maternels et néonatals de base

   Chapitre 5 : Soins prénatals

   Chapitre 6 : Soins liés au travail et à l'accouchement

   Chapitre 7 : Soins du post-partum

   Chapitre 8 : Soins du nouveau-né

3. D'autres changements devraient-ils être portés à la **Section 2** (à l'organisation ou au contenu) ?

4. Existe-t-il d'autres troubles courants qu'il faudrait ajouter ou alors supprimer pour que le **Chapitre 9** soit plus utile ? Si oui, lesquels ?

5. Existe-t-il des Besoins spéciaux qu'il faudrait inclure ou supprimer pour rendre le **Chapitre 10** plus utile ? Si oui, lesquels ?

6. Existe-t-il des Complications pouvant mettre la vie en danger qu'il faudrait inclure ou supprimer pour rendre le **Chapitre 11** plus utile ? Si oui, lesquelles ?

7. D'autres changements devraient-ils être portés à la **Section 3** (à l'organisation ou au contenu) ?

8. **Dans la section 4 (Annexes 1 à 7)** : Quels sont les thèmes qui devraient être ajoutés ou décrits plus dans le détail ? Quels sont les thèmes qui devraient être omis ou décrits moins dans le détail ?

9. D'autres changements devraient-ils être portés à la **Section 4** (à l'organisation ou au contenu) ?

10. Existe-t-il des aides professionnelles spécifiques qui rendraient le manuel plus utile ou qui faciliteraient son emploi ? Si oui, prière de décrire

11. Existe-t-il d'autres figures, diagrammes, tableaux ou encadrés (ou changements aux graphiques existants) qui compléteraient le texte ou le rendraient plus compréhensibles ? Si oui, prière de décrire.

D. Commentaires supplémentaires

Merci !

COMMENT UTILISER CE MANUEL

Différentes parties de ce manuel pourront être utilisées par un groupe diversifié de personnes dans la communauté des soins de santé et de manière différente suivant leurs objectifs individuels. Par exemple, les superviseurs de la structure sanitaire pourront se concentrer sur certaines sections, les guidant à intégrer l'utilisation du manuel à la pratique actuelle et pour évaluer et améliorer les techniques/systèmes existants ou même en mettre au point de nouveaux techniques/systèmes, si c'est nécessaire. Les décideurs pourront tirer partie d'autres sections lorsqu'ils préconisent les changements nécessaires dans les protocoles de soins de santé aux niveaux communautaire, régional ou national. Le présent manuel peut être un bon point de départ pour susciter réflexion et discussion portant sur ces efforts et bien d'autres visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale dans les pays en développement. Toutefois, c'est le prestataire qualifié (**page 1-6**) qui est l'utilisateur principal. C'est ce prestataire qui apporte les soins aux femmes à tous les stades du cycle de procréation, ainsi qu'aux nouveau-nés pendant les six premiers jours de la vie. Les directives suivantes aideront donc le prestataire qualifié à utiliser ce manuel pour fournir ce soin de la manière la plus efficace et efficiente possible.

Le manuel comprend quatre sections, chacune numérotée séparément et désignée par un code numéroté. Des références croisées sont souvent faites tout au long du texte pour permettre à l'utilisateur de trouver rapidement l'information pertinente dans toutes les sections du manuel. Voici une description de ces sections.

La **Section Un : Aspects fondamentaux des soins de base** (désignée par le numéro « 1 » précédent les numéros des pages, des diagrammes, des tableaux et des encadrés) comprend des informations sur les questions, concepts et compétences en général qui constituent le fondement des soins de base pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi que pendant la période du post-partum et la période néonatale.

- Le **Chapitre 1** décrit les principes généraux et la portée des soins de base, ainsi que le contexte dans lequel ils sont le mieux dispensés—aspects qu'il faudra envisager aux niveaux de la structure sanitaire/communauté avant que le prestataire qualifié ne soit en mesure d'utiliser le manuel de la manière la plus efficace possible pour soigner les femmes et les nouveau-nés.
- Le **Chapitre 2** donne le bien-fondé de toutes les composantes des soins de base. L'hypothèse est la suivante : les soins seront plus « ciblés » (et, par conséquent, plus efficients et efficaces) si le prestataire comprend l'objectif de chaque élément de l'évaluation/bilan et de la prestation de soins.
- Le **Chapitre 3** fait un examen général des compétences essentielles (dont le prestataire qualifié aura déjà une maîtrise parfaite) qui revêtent une importance fondamentale pour une prestation sûre et efficace de tous les soins de base.

Note : Même si le prestataire n'a pas besoin d'avoir accès à cette section de manière continue ou tous les jours, il devrait comprendre, savoir et—le cas échéant—être en mesure d'appliquer son contenu avant d'utiliser les sections techniques.

La **Section Deux : Composantes essentielles des Soins de Base** (désignée par le numéro « 2 » précédent les numéros des pages, des diagrammes, des tableaux et des encadrés) peut être prise comme le texte pivot du manuel puisqu'elle fournit les directives pratiques pour soigner les femmes dont la grossesse, le travail/ accouchement et la période du post-partum se déroulent normalement, ainsi que pour les nouveau-nés normaux. Une femme ou un nouveau-né peut connaître, à n'importe quel moment, une complication très grave ou souffrir d'une infection posant une menace pour sa santé et sa survie et, par conséquent, cette section est reliée aux sections (Sections 3 et 4) qui fournissent des directives pratiques pour reconnaître et prendre les mesures qui s'imposent face à toute une gamme de problèmes et les problèmes éventuels pouvant entraîner des conséquences négatives pour la femme et le nouveau-né.

- Le **Chapitre 4** fournit des directives générales sur la manière d'effectuer une consultation de soins maternels ou néonatals.
    - Le Chapitre 4 est également un supplément pratique facile à utiliser puisqu'il montre exactement comment le prestataire peut naviguer dans les différentes sections du manuel tout au long d'une consultation.
- Les **Chapitres 5 à 8** fournissent des directives étape par étape sur les soins d'une femme pendant une grossesse, un travail et un accouchement normaux, une période normale du post-partum ou pour un nouveau-né normal.
    - Chacun des chapitres techniques (Chapitres 5–8) commence par une vue générale/calendrier des soins.
    - Les **tableaux de l'évaluation de base** suivent la vue générale. Ils guident le prestataire tout au long de chaque composante de l'évaluation ou du bilan (anamnèse, examen physique, test)—dans la séquence dans laquelle elle est généralement effectuée. Les tableaux récapitulent les résultats normaux et indiquent les résultats pouvant indiquer un problème et/ou le besoin de faire une évaluation supplémentaire. Les **mesures de suivi**—intégrées tout au long des tableaux d'évaluation—peuvent simplement faire ressortir l'élément des soins de base qui est le plus pertinent à l'élément donné d'évaluation (le prestataire est orienté vers l'information sur le régime alimentaire d'une patiente pour individualiser les conseils nutritionnels) ; ou—quand les résultats dénotent un problème ou un problème éventuel—ces mesures orientent généralement le prestataire vers la Section 3 ou 4 où des directives supplémentaires sont données sur l'évaluation et les soins ou alors, l'Annexe 7, qui fournit des directives pour la référence/transfert urgent.

Note : C'est le niveau de compétence/capacité du prestataire/structure sanitaire et des ressources disponibles qui détermine si le prestataire va traiter ou référer/transférer la patiente ou le nouveau-né après la stabilisation (si nécessaire). C'est une question dont il faudra discuter ou décider auparavant.

- Vient ensuite, après les tableaux d'évaluation, la **prestation des soins de base,** information détaillée sur les messages et les conseils de santé, les vaccinations et autres mesures préventives, ainsi que d'autres composantes de soins qui sont individualisées pour chaque femme et bébé en fonction de leurs besoins et situations uniques.

Note : Le prestataire aura peut-être besoin de consulter cette section tous les jours ou de manière continue et il connaîtra suffisamment bien le contenu pour que le calendrier/vue générale au début de chaque chapitre technique puisse être utilisé par la suite comme un guide rapide.

La **Section Trois : Soins supplémentaires** (désignée par le numéro « 3 » précédent les numéros des pages, des diagrammes, des tableaux et des encadrés) fournit des directives pratiques sur l'évaluation et les soins supplémentaires dont a besoin une femme ou un nouveau-né connaissant certains problèmes ou des problèmes éventuels (tels que dépister/détecter à la Section Deux). Les **mesures de suivi** intégrées tout au long orientent généralement le prestataire vers d'autres parties de la Section ou de la Section 4, où sont données des directives supplémentaires sur une évaluation ou des soins plus poussés, ou l'Annexe 7, qui fournit des directives pour une référence/transfert urgent.

- Le **Chapitre 9** fournit des directives pratiques sur les soins d'une patiente connaissant des problèmes courants (signes/symptômes qui se présentent parfois pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et la période du post-partum), qui sont généralement ou habituellement des problèmes normaux, mais qui peuvent être cause d'angoisse chez la femme. Des directives sont également fournies pour faire face à des problèmes communs de la période néonatale, qui sont également des problèmes généralement ou habituellement normaux, mais qui peuvent angoisser la mère. Le prestataire consulte ce chapitre, tel qu'indiqué à la Section 2. Des instructions pour l'utilisation de ce chapitre sont données à la **page 3-1**.

- Le **Chapitre 10** apporte des directives pratiques pour les soins des patientes et des nouveau-nés connaissant des besoins spéciaux qui sont les conditions, situations ou facteurs demandant une attention, une évaluation ou des soins spéciaux en plus des composantes essentielles des soins de base. L'évaluation supplémentaire, conjuguée aux composantes essentielles de l'évaluation (Section Deux), aide le prestataire à faire la différence entre des affections qui peuvent ou qui ne peuvent pas être prises en charge adéquatement au vu de la portée de ce manuel. Si de telles affections ne sont pas décelées, la prestation de soins supplémentaires, combinée aux composantes essentielles de la prestation des soins (Section Deux), aide à revenir à « l'état normal » et à le maintenir. Le prestataire consulte ce chapitre, tel qu'indiqué à la Section 2. Les instructions pour l'utilisation de ce chapitre sont données à la **page 3-35**.
- Le **Chapitre 11** apporte des directives pratiques sur les soins initiaux spécialisés (pouvant inclure des mesures salvatrices) concernant les complications rencontrées le plus souvent qui peuvent également être fatales. Une évaluation supplémentaire, conjuguée aux composantes essentielles de l'évaluation (Section Deux), aide le prestataire à faire la différence entre les affections qui peuvent et qui ne peuvent pas être prises en charge adéquatement au vu de la portée de ce manuel. Si de telles affections ne sont pas décelées, la prestation de soins supplémentaires, combinée aux composantes essentielles de la prestation des soins (Section Deux), aide à revenir à « l'état normal » ou à le maintenir. Le prestataire consulte ce chapitre, tel qu'indiqué à la Section 2 ou le Bilan rapide (Annexe 6). Les instructions pour l'utilisation de ce chapitre sont données à la **page 3-89**.

Note : Vu que les soins dans cette section sont généralement fournis en plus—et non pas à la place—de ceux dont il est question à la Section Deux, le prestataire devrait connaître autant que possible son contenu et organisation avant d'utiliser ce manuel. En effet, s'il connaît l'approche générale de cette section et sait comment les deux sections travaillent ensemble, le prestataire peut les intégrer plus harmonieusement pour les soins d'une femme ou d'un nouveau-né.

La **Section Quatre : Annexes** (désignée par le numéro « 4 » précédent les numéros des pages, des diagrammes, des tableaux et des encadrés) contient les Annexes suivantes. Si elles sont de nature complémentaire (par exemple, Soutien à l'Allaitement maternel à l'Annexe 5), d'autres par contre représentent une composante essentielle des soins pour toutes les femmes et tous les nouveau-nés (par exemple, Bilan rapide, Annexe 6).

- L'**Annexe 1** décrit la préparation des soins, qui devrait être faite au niveau de la structure sanitaire/ communauté pour que le prestataire qualifié utilise le manuel de la manière la plus efficace qui soit pour soigner les femmes et les bébés.
- L'**Annexe 2** présente l'équipement, les fournitures et les médicaments essentiels dont il faudrait disposer au niveau de la structure sanitaire/communauté pour que le prestataire qualifié puisse utiliser le manuel de la manière la plus efficace pour soigner les femmes et les bébés.
- L'**Annexe 3** comporte des instructions sur l'utilisation du partogramme, ainsi qu'un exemple de partogramme qui peut être copié et rempli par le prestataire alors qu'il fournit des soins à une femme pendant le travail et l'accouchement.
- L'**Annexe 4** fournit des directives sur des interventions supplémentaires dont peut avoir besoin une femme ou un bébé pendant les soins de base. Le prestataire ne devrait pas sauter la Section Deux ou Trois pour prendre connaissance directement de cette Annexe (ou de quelconque rubrique individuellle). La Section Deux ou Trois explique le contexte de cette Annexe, qui n'est pas prévue ou conçue comme un document indépendant.
- L'**Annexe 5** apporte des directives sur les messages et conseils supplémentaires dont peuvent avoir besoin une patiente ou un bébé pendant les soins de base. Le prestataire peut sauter les sections précédentes pour consulter directement cette Annexe (ou une rubrique individuelle), mais la Section Deux ou Trois n'en apporte pas moins un contexte utile pour chacun des thèmes couverts.

- L'**Annexe 6**, qui vient immédiatement après l'intercalaire rouge concerne le bilan rapide que chaque femme ou bébé devrait avoir en tant que première étape des soins de base. La manière dont il est utilisé et par qui sera décidée au niveau de la structure sanitaire/communauté pour que le prestataire qualifié soit en mesure d'utiliser le manuel de la manière la plus efficace pour apporter des soins aux femmes et aux bébés. L'utilisation de cette Annexe devrait être entièrement intégrée aux procédures de l'établissement pour que le prestataire qualifié utilise le manuel de la manière la plus efficace pour apporter des soins aux femmes et aux bébés.
- L'**Annexe 7** fournit des directives pour la référence/transfert de la patiente ou du nouveau-né. Le prestataire ne devrait pas sauter la Section Deux ou Trois ou l'Annexe 6 pour consulter directement cette Annexe. La Section Deux ou Trois ou l'Annexe 6 fournissent un contexte nécessaire à cette Annexe qui n'est pas prévue ou conçue pour être utilisée comme un document autonome. L'utilisation de cette Annexe devrait être entièrement intégrée aux procédures de l'établissement pour que le prestataire qualifié utilise le manuel de la manière la plus efficace pour fournir des soins aux patientes et aux bébés.

LISTE DES ABREVIATIONS

3TC	Lamivudine
ARV	Antirétroviral
AT	Accoucheuse traditionnelle
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille Calmette-Guérin (pour la vaccination contre la tuberculose)
CIC	Contraceptif injectable combiné
cm	Centimètre
COC	Contraceptif oral combiné
CP	Contraceptif à seuls progestatifs
DEA	Date estimée de l'accouchement
DHN	Désinfection à haut niveau
DIU	Dispositif intra-utérin
dl	Décilitre
DT-Coq	diphthérie, coqueluche, tétanos
g	Gramme
G6PD	Glucose-6-phosphate-déshydrogénase
HBV	Virus de l'hépatite B
IM	Intramusculaire
IPPF	Fédération internationale pour la Planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
IV	Intraveineuse
kg	Kilogramme
kPa	KiloPascal
l	Litre
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
mcg	Microgramme
mg	Milligramme
MII	Moustiquaires imprégnées aux insecticides
min	Minute
ml	Millilitre
mmHg	Millimètre de mercure
MNP	*Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses, and Midwives*
N/A	Non applicable
NVP	Névirapine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPV	Vaccin oral antipoliomyélitique
PCCGA	*Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*
PI	Prévention des infections

PP	Pilule progestative
PTME	Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
Rh	Facteur Rhésus
RPR/VDRL	Epreuve rapide de la réagine plasmatique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNN	Soins néonatals
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SP	Sulfadoxine pyriméthamine
SPN	Soins prénatals
SPP	Soins du post-partum
SRO	Solution de réhydratation orale
TA	Tension artérielle
TB	Tuberculose
TME	Transmission mère-à-enfant du VIH
TPI	Traitement préventif intermittent
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise
ZDV	Zidovudine

CHAPITRE UN

INTRODUCTION AUX SOINS DE BASE

QUE SONT LES SOINS DE BASE ?

La réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales constituent encore un obstacle de taille freinant le développement humain. Chaque année, plus de 500 000 femmes meurent suite aux complications de la grossesse ou de l'accouchement et plus de 3 millions de bébés meurent pendant la première semaine de la vie. Aussi, n'est-il guère surprenant que tant de manuels concernant la santé maternelle et néonatale soient axés sur des problèmes et des complications qui se présentent pendant le cycle de la procréation (grossesse, travail et accouchement et période du post-partum) et la période néonatale (les premiers 28 jours de la vie). Par ailleurs, la plupart des femmes et des bébés traversent le cycle de la procréation et la période natale sans connaître de complications et les soins maternels et néonatals de base suffisent donc pour la majorité des femmes et des nouveau-nés.

Les soins maternels et néonatals de base sont constitués des services de soins de santé que devraient recevoir toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés. Voici le type de services décrits dans ce manuel :

- Adaptés aux contextes à ressources limitées ;
- Fondés sur des données probantes, ayant fait leurs preuves, ayant amélioré la santé et la survie des patientes et des nouveau-né, et basés sur de solides justifications plutôt que sur l'habitude ou la tradition ; et
- Parfaitement ciblés, par l'entremise d'une évaluation déterminée et de soins individualisés, sur les principaux problèmes affectant les femmes et leurs bébés.

La présence d'un prestataire qualifié lors de chaque accouchement, élément d'importance critique sauvant la vie des patientes et des nouveau-nés, est une pratique clé des soins de base. En outre, les soins de base doivent être reliés à une gamme complète de services, dont les soins d'urgence, puisque chaque femme en âge de procréer et nouveau-né courent le risque de connaître une complication mettant sa vie en danger.

Buts des soins de base

Les soins de base ont pour objet de maintenir un cycle normal de procréation et une période néonatale normale afin de garantir une issue favorable pour la patiente et le bébé.

Généralement, le cycle de procréation et la période néonatale se déroulent normalement, sans complications. Aussi, ne faudrait-il pas « médicaliser » de manière excessive les soins de base en se concentrant uniquement sur les problèmes qui peuvent survenir. Au contraire, il faudrait s'efforcer essentiellement à soutenir la santé maternelle et fœtale/néonatale. Cherchant ainsi à atteindre les buts essentiels des soins de base, le prestataire qualifié se tourne vers les buts connexes suivants dont il est question dans les quatre sections ci-après :

- Promotion de la santé et prévention des maladies
- Dépistage de maladies existantes et traitement
- Dépistage et prise en charge rapides des complications
- Préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications

Promotion de la santé et prévention des maladies

Intégrés tout au long des soins de base, les messages et les conseils de santé favorisent une bonne santé en donnant aux femmes les moyens de prendre bon soin d'elles-mêmes et de leur bébé et en les aidant à prévenir les éventuels problèmes. A cet effet, le prestataire qualifié vérifiera que la femme et sa famille disposent de l'information dont elles ont besoin pour prendre des décisions saines tout au long de la grossesse, de

l'accouchement et de la période du post-partum/néonatale, et il leur fournira suffisamment de directives pour appliquer cette information dans leur situation particulière. Voici certains thèmes dont peuvent traiter les messages et les conseils de santé :

- Soutien et conseils nutritionnels
- Signes de danger et préparatifs en cas de complications
- Soins pour les malaises courants pendant la grossesse, l'accouchement/la naissance et la période du post-partum
- Conseils et dépistage du VIH
- Hygiène et prévention des infections
- Allaitement maternel et soins des seins
- Relations sexuelles et rapports sexuels sans risques
- Planification familiale
- Soins du nouveau-né
- Prévention du tétanos et de l'anémie
- Décourager les pratiques traditionnelles nuisibles tout en encourageant les pratiques traditionnelles bénéfiques

Les messages et les conseils de santé/counseling feront partie de chaque consultation des soins de base. Par contre, certains thèmes seront probablement traités de manière plus efficace dans le contexte d'un groupe. Par exemple, une communauté entière peut avoir besoin d'information sur des thèmes tels que la nutrition et le VIH/SIDA. Réalisant une séance d'éducation en groupe dans une structure sanitaire/niveau communautaire, le prestataire qualifié peut se concentrer davantage sur le counseling—qui relève d'une activité face-à-face—pendant les visites.

Si le cycle de la procréation et la période néonatale se déroulent sans incident en règle générale, la promotion d'interventions sûres, simples et efficaces par rapport aux coûts pour prévenir certaines affections n'en reste pas moins un but important des soins de base. Les interventions clés mentionnées ci-après se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales :

- Vaccination antitétanique
- Supplémentation en fer/folate
- Traitement préventif intermittent
- Utilisation des pratiques de prévention des infections
- Prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH
- Utilisation du partogramme
- Utilisation limitée de l'épisiotomie
- Prise en charge active du 3^{e} stade du travail
- Allaitement maternel précoce et exclusif
- Réchauffement immédiat du nouveau-né
- Vaccinations du nouveau-né
- Services de planification familiale

Dépistage de maladies existantes et traitement

Le dépistage des maladies et infections existantes pouvant compliquer le cycle de la procréation et la période néonatale est un autre objectif des soins de base, outre la promotion de la santé et la prévention des maladies et autres problèmes. Les soins de base consistent notamment à fournir ou à faciliter le traitement indiqué de tout problème dépisté. Par l'intermédiaire d'une évaluation ciblée se fondant sur les besoins individuels, le prestataire qualifié a un entretien avec la patiente et l'examine ou le nouveau-né pour détecter tout signe et symptôme de maladies/affections chroniques ou infectieuses qui sont endémiques au sein de la population desservie, toute malformation congénitale ou autres problèmes pouvant nuire à la santé de la patiente ou du nouveau-né, par exemple :

- Syphilis et autres infections sexuellement transmissibles (IST)
- VIH/SIDA
- Paludisme
- Tuberculose
- Anémie
- Maladie cardiaque
- Diabète
- Malnutrition

Dépistage et prise en charge rapides des complications

Cherchant à atteindre un autre but étroitement relié aux soins de base, le prestataire qualifié note les signes et symptômes des complications maternelles et néonatales. Les gestes salvateurs et la prise en charge de toute complication détectée font également partie des soins de base. Les complications suivantes représentent les principales causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales :

- Hémorragie (femme)
- Travail dystocique (femme et fœtus)
- Prééclampsie/éclampsie (femme)
- Septicémie/infection (femme et nouveau-né)
- Asphyxie (nouveau-né)
- Hypothermie (nouveau-né)

Préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications

Si la femme et sa famille sont bien préparées pour un accouchement normal ainsi que pour toute éventuelle complication de la mère ou du nouveau-né, elle et le bébé sont plus susceptibles de recevoir les soins qualifiés en temps opportun pour préserver leur santé et garantir leur survie. Certes, le manuel se concentre sur ce que peuvent faire le prestataire qualifié, la femme et sa famille pour se préparer à la naissance et aux complications possibles, et pourtant, les préparations à la naissance et les préparatifs en cas de complications relèvent d'une question concernant toute la communauté, tel qu'indiqué à l'**Encadré 1-1** (**page 1-4**).

La femme et sa famille peuvent mettre au point un plan de naissance dans le cadre des soins prénatals ciblés pour vérifier que toutes les préparations nécessaires ont été faites à l'avance de la date estimée de l'accouchement. Dans ce plan figurent les dipositions qui seront pris pour un accouchement normal et la période du post-partum/néonatale, avec les éléments suivants :

- Prestataire qualifié qui assistera à la naissance et prendra soin de la patiente et du nouveau-né lors de la période immédiate du post-partum/néonatale

- Endroit indiqué de l'accouchement (domicile, structure sanitaire ou centre de référence)
- Transport du/vers le prestataire qualifié
- Fonds
- Accompagnant
- Matériel nécessaire pour un accouchement sans risques dans les bonnes conditions d'hygiène, ainsi que pour le nouveau-né
- Assistance à domicile pour les autres enfants

Toute femme et tout nouveau-né courant le risque de connaître une complication—complication que l'on ne peut pas prévoir en général—le plan doit également comprendre les préparatifs en cas de complications pour vérifier que les mesures adéquates pourront être prises rapidement si une complication se présente. Les préparatifs en cas de complications aident à éviter tout retard quand il s'agit de reconnaître et de prendre les bonnes mesures en cas de complications qui pourraient s'avérer fatales. Dans certains cas, le temps nécessaire pour prendre les dispositions—qui auraient pu être pris avant l'urgence—fait toute la différence entre la survie et le décès de la patiente et/ou l'enfant. Lors de la préparation d'un plan en cas de complications, il faudra tenir compte des facteurs suivants :

- Connaissance des éventuels signes de danger et réponses adéquates
- Comment avoir accès aux fonds d'urgence
- Comment avoir accès aux transports d'urgence
- Où se rendre en cas d'urgence
- Donneurs de sang

Encadré 1-1. Préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications : une responsabilité partagée

La préparation à la naissance et les préparatifs en cas de complications relèvent d'une responsabilité partagée. En effet, les femmes, les familles, les communautés, les décideurs et le personnel des structures sanitaires devraient travailler individuellement et ensemble pour créer un contexte qui favorise les préparations à la naissance et celles en cas de complications. A cet effet, les mesures suivantes peuvent être prises :

- Trouver et savoir comment entrer en contact avec un prestataire qualifié
- Financement (plan personnel, communautaire et de remboursement) pour payer les dépenses encourues
- Moyens de transport commun auxquels on peut faire appel en cas de complications très graves
- Présence de prestataires qualifiés, 24 heures sur 24, et amélioration des routes et systèmes de communication

Portée des soins de base

Si certaines femmes et nouveau-nés ont besoin de soins spécialisés à cause de complications ou autres affections éventuellement dangereuses, la vaste majorité d'entre elles pourtant—dont les grossesses, les accouchements et la période du post-partum/néonatale se déroulent normalement—n'ont besoin que de services de soins de base.

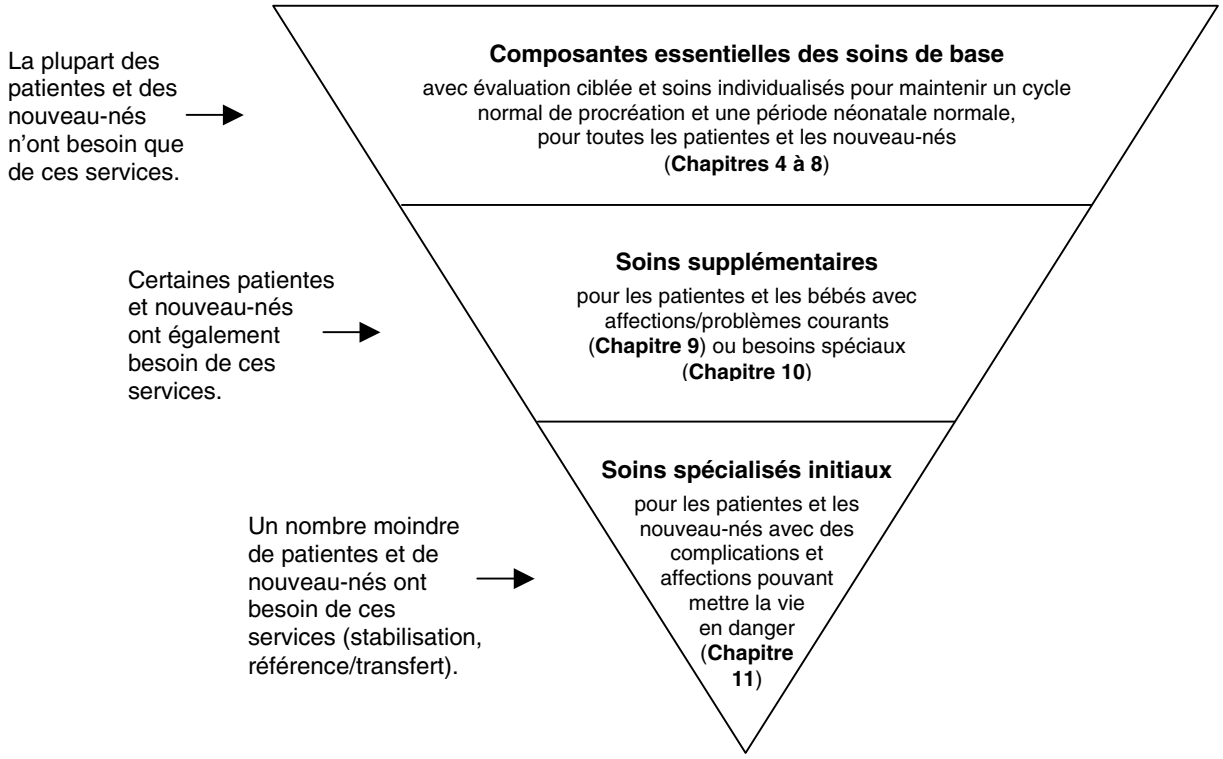
Les composantes essentielles des soins de base sont les services que devraient recevoir toutes les patientes et nouveau-nés pour garantir, soutenir et maintenir un cycle normal de procréation et une période néonatale normale (**Diagramme 1-1, page 1-5**). Les soins de base comporteront les aspects suivants au minimum :

- Evaluation ciblée pour faciliter le dépistage précoce des complications, des affections chroniques et autres problèmes/éventuels problèmes
- Soins individualisés avec mesures de prévention, messages et conseils de santé et préparation à la naissance, ainsi que planification en cas de complications

Les soins de base recoupent également les scénarios de soins suivants :

- Soins supplémentaires : pour les patientes et les bébés avec troubles courants/préoccupations ou besoins spéciaux
  - Problèmes/malaises/troubles courants (**Chapitre 9, page 3-1**) : changements normaux, signes et symptômes et comportements physiques et émotionnels qui peuvent se présenter pendant le cycle de procréation (mal au dos, sensibilité des seins, rêves paraissant très réels) et la période néonatale (tête déformée, pleurs accrus)
  - Besoins spéciaux (**Chapitre 10, page 3-35**) : conditions ou facteurs sociaux/personnels dont il faut tenir compte en planifiant et en prêtant les soins
- Soins spécialisés initiaux (**Chapitre 11, page 3-89**) : pour les femmes et les bébés avec des complications pouvant s'avérer fatales et autres affections dont le diagnostic et la prise en charge n'entrent pas dans la portée du présent manuel

Diagramme 1-1. Portée des soins de base



PRINCIPES GENERAUX DES SOINS DE BASE

Vue générale

Les services doivent être prêtés conformément à certains principes généraux pour que les soins maternels et néonatals de base permettent effectivement de réduire la mortalité et la morbidité chez les femmes et les bébés. Non seulement doivent-ils reposer sur des données probantes et de solides justifications, mais les soins maternels et néonatals de haute qualité doivent également être :

- Prodigués par un prestataire qualifié (**page 1-6**) dans le contexte d'un système de soins (**page 1-10**) qui dispose d'un endroit propre et sûr pour les soins de la patiente et d'un système de réponse en cas d'urgence

- Dispensés de manière respectueuse et sensible aux besoins de la patiente, de son nouveau-né et de la famille (**page 1-7**) et de leur culture (**page 1-9**)
- Individualisés pour répondre aux besoins uniques de la patiente et de son nouveau-né et de la famille (**page 1-7**)
- Intégrés aux compétences essentielles suivantes :
  - Prise de décisions cliniques (**page 1-45**)
  - Compétences interpersonnelles (**page 1-46**)
  - Prévention des infections (**page 1-53**)
  - Tenue de dossiers (**page 1-62**)

Le prestataire qualifié

La présence d'un prestataire qualifié pendant l'accouchement et la période du post-partum/néonatale immédiate revêt un aspect très important pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés. Le prestataire qualifié dispose des connaissances, compétences et qualifications[1] nécessaires pour fournir des soins maternels et néonatals essentiels dans tout contexte—à domicile, dans le poste de santé communautaire, le centre de santé et l'hôpital de district. Le terme prestataire qualifié ne se rapporte pas particulièrement à telle ou telle profession. Il désigne une personne (sage-femme, médecin, infirmière ou autre agent de santé qualifié) comptant certaines aptitudes essentielles. Ces aptitudes essentielles recoupent notamment les compétences de base et les gestes salvateurs. C'est l'ensemble minimal de compétences du prestataire qualifié. Celui-ci a également des responsabilités pour aider à créer et à maintenir des services de santé efficaces et sans risques.

Cette section présente les compétences et responsabilités essentielles du prestataire qualifié (telles que définies dans le contexte de ce manuel) liées à la prise en charge du cycle normal de la procréation et de la période néonatale normale. Voici les capacités du prestataire qualifié :

- Collecter une information pertinente sur la patiente ou le nouveau-né en prenant les antécédents (anamnèse ciblée), en faisant un examen physique et les tests pour s'assurer que le cycle de procréation et la période néonatale se déroulent normalement
- Analyser l'information réunie de manière logique et systématique pour prendre des décisions cliniques à propos des soins
- Fournir les soins à la patiente et au bébé pendant le cycle normal de procréation et la période néonatale normale grâce aux mesures suivantes :
  - Fournir conseils et counseling continus
  - Prendre des mesures de prévention (vaccinations, médicaments et supplémentation en micronutriments)
  - Aider à procéder aux préparations de la naissance et à la planification en cas de complications
  - Apporter une assistance au travail et à l'accouchement normaux : suivi continu pendant le travail et l'accouchement en utilisant le partogramme, accouchement sans risques et dans de bonnes conditions d'hygiène et prise en charge active du 3e stade du travail
  - Fournir un soutien immédiat au nouveau-né après la naissance pour être sûr qu'il respire et est gardé au chaud, qu'il reçoit les soins nécessaires du cordon et des yeux et qu'il est vacciné
  - Suivre de près la patiente et le bébé pendant les 6 premières heures du post-partum et ensuite, à 6 jours et la patiente à nouveau à 6 semaines pour pouvoir dépister et traiter rapidement les éventuels problèmes

[1] Les qualifications dont devrait disposer un prestataire qualifié diffèrent d'un pays à l'autre.

  - Encourager et apporter des directives en ce qui concerne l'allaitement maternel précoce et exclusif et autres mesures clés d'auto-soins et de soins du nouveau-né
  - Fournir des services de planification familiale et autres services essentiels de santé de la reproduction
- Anticiper et reconnaître les éventuels problèmes par le biais suivant :
  - Noter tout ce qui sort de la normale
  - Dépister les signes et symptômes des grandes causes de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales
  - Contrôler la présence de signes et symptômes invoquant d'autres affections pouvant avoir des répercussions négatives pour la patiente et le nouveau-né
  - Identifier les facteurs qui sont associés aux complications
- Répondre adéquatement aux principales complications/affections par le biais suivant :
  - Effectuer les gestes salvateurs nécessaires
  - Traiter le problème ou organiser la référence/le transfert d'une patiente ou d'un nouveau-né vers un niveau de soins plus élevé
- Utiliser tous les moyens disponibles et adéquats aux fins suivantes :
  - Protéger et promouvoir la santé/survie de la patiente et du nouveau-né
  - Dépister les complications/affections
  - Prendre en charge et/ou référer/transférer pour complications/affections
- Continuer à apprendre et à renforcer sa base de connaissances et son ensemble de compétences
- Fournir des soins conformément aux politiques et normes nationales, aux directives de soins cliniques et aux ressources locales
- Evaluer continuellement les services existants pour :
  - Renforcer les points forts
  - Cerner les lacunes
  - Chercher des solutions pratiques pour combler ces lacunes
- Soutenir des activités qui préconisent ou facilitent les liens entre les agents de santé, les structures sanitaires, les communautés et autres parties prenantes à la prestation de soins

Soins-amis de la mère et du nouveau-né

Des soins-amis de la mère et du nouveau-né mettent au premier plan la santé et la survie, les droits humains et le confort de la mère et du nouveau-né. Les préférences et souhaits personnels de la patiente sont également jugés importants. Les principes suivants régissent la prestation de soins-amis de la mère et du nouveau-né :

- Rendre les services acceptables aux yeux de la patiente et de sa famille :
  - Respecter les croyances et les traditions de leur culture (**page 1-9**), ainsi que les rôles et les relations liés au genre
  - Demander aux membres de la famille ou autres accompagnants de prendre part aux soins prodigués à la patiente et au nouveau-né, si celle-ci le désire
  - Assure le caractère pertinent et faisable des messages et recommandations de santé au vu des ressources, capacités et limitations de la patiente

- Donner à la patiente et à sa famille les moyens et compétences nécessaires pour qu'elles deviennent des parties prenantes à leurs propres soins de santé et les soutenir pour venir à bout des obstacles les empêchant de maintenir ou d'améliorer leur santé :
  - La patiente reçoit l'information dont elle a besoin pour planifier l'accouchement, survivre à une urgence et prendre bon soin d'elle-même et de son nouveau-né
  - La patiente et sa famille reçoivent une assistance pour résoudre les problèmes et prendre des décisions concernant sa santé et celle du nouveau-né
- Vérifier que les prestataires qualifiés et autres agents de soins de santé connaissent les droits des femmes :
  - L'information à propos de leur santé et de la santé du bébé est partagée avec la patiente.
  - La patiente est continuellement informée de ce qui lui arrivera ensuite pendant la consultation.
  - La permission/le consentement de la patiente est obtenu tout au long de l'examen physique et des tests (avant de passer à l'élément suivant) et avant d'exécuter des interventions spéciales.
  - La patiente est priée de donner son opinion à propos des services reçus.
- Vérifier que tout le personnel de l'établissement de santé dispose et utilise de bonnes aptitudes interpersonnelles (**page 1-46**).
- Garder la patiente et le nouveau-né ensemble pour encourager les liens et faire honneur au duo mère-bébé.

Rappel : Respecter et maintenir le duo mère-bébé, les garder ensemble dans la mesure du possible, tout au long de la période du post-partum/néonatale.

- Eviter de séparer la mère et le nouveau-né, même pendant une évaluation et des soins individuels.
- Mettre le bébé peau-à-peau immédiatement à la naissance et faciliter l'allaitement maternel immédiat.
- Encourager et faciliter le fait de mettre dans la même pièce le bébé et la mère, jour et nuit.
- Encourager la participation de la patiente à l'examen et aux soins du bébé.

- Envisager le bien-être émotionnel, psychologique et social de la patiente et du nouveau-né comme des éléments aussi importants que leur bien-être physique.

Engagement des hommes

On s'accorde de plus en plus pour dire que les partenaires masculins devraient prendre part activement aux soins de la mère et du nouveau-né. La communication, la participation et le partenariat au sein du couple afin d'arriver à la bonne décision concernant les soins permettent à la patiente, au nouveau-né et à sa famille une expérience avec le moins de risques possibles pendant cette période périnatale. Voici certaines manières dont les prestataires qualifiés peuvent encourager et faciliter la participation des partenaires masculins aux soins des patientes et des nouveau-nés pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum/néonatale—chaque fois que cela convient et quand la patiente le souhaite :

- Reconnaître et chercher à supprimer les préjugés des prestataires qualifiés à l'égard des partenaires masculins
- Aider le partenaire masculin à se sentir à l'aise en participant aux soins prénatals, obstétricaux et du post-partum/néonatals
- Faire un effort spécial pour inclure le partenaire masculin à la préparation pour la naissance et les préparatifs en cas de complications
- Soulever des thèmes lors des séances de conseils qui sont particulièrement pertinents pour le partenaire masculin (planification familiale, relations sexuelles et relations sans risques, relations mère-bébé-famille)

Soins adaptés à la culture

La grossesse et l'accouchement sont des étapes individuelles, familiales et communautaires, riches en signification spirituelle. Chaque culture compte ses propres rituels, tabous et interdictions entourant la grossesse et l'accouchement. Ces traditions sont solidement ancrées et elles se transmettent de génération en génération. Elles peuvent même être institutionnalisées par la loi et la religion. Elles définissent ce qu'une culture juge une conduite acceptable ou inacceptable de la part de la femme enceinte, de son partenaire, de la famille et des autres qui prennent soin d'elle. Aussi, la compréhension culturelle, la compétence et l'ouverture sont-elles des traits essentiels de la prise en charge de la patiente à cette étape si importante de sa vie.

Le prestataire qualifié coopère et coordonne, chaque fois que possible, avec les systèmes de santé traditionnels. Aussi bien les prestataires qualifiés que les accoucheuses traditionnelles jugent que leurs connaissances sont importantes et légitimes. S'il existe un clivage entre les recommandations d'un prestataire qualifié et le contexte culturel d'une patiente, celle-ci ou sa famille ne les jugera probablement pas aussi importantes que les conseils faisant davantage autorité en la matière provenant de la communauté et, par conséquent, ces recommandations ne seront pas suivies.

Le prestataire qualifié peut montrer qu'il est sensible et ouvert à la culture lorsqu'il est en contact avec la patiente et sa famille en observant les attitudes suivantes :

- Parler à la patiente dans sa propre langue ou demander à quelqu'un qui parle cette langue d'être présent
- Observer les règles et normes de la culture de la patiente et du nouveau-né
- Comprendre qui prend les décisions dans la vie de la patiente et du nouveau-né et, le cas échéant, faire participer cette personne à la prise de décisions
- Travailler, chaque fois que possible, avec des accoucheuses traditionnelles (pour plus d'information, voir Liens entre l'établissement de santé et la communauté, **page 1-12**.)
- Faire preuve de respect pour les pratiques traditionnelles :
  - Chercher à comprendre les détails des pratiques traditionnelles et les raisons à leur existence
  - Encourager et renforcer les pratiques traditionnelles positives ou « neutres »
  - Offrir d'autres possibilités aux pratiques qui sont éventuellement nuisibles ou qui s'écartent des pratiques bénéfiques
  - Faire preuve de sensibilité et reconnaître que le changement peut être une étape difficile lorsqu'il est nécessaire de supprimer une pratique traditionnelle

Note : Quand une pratique culturelle spécifique a été reconnue comme une violation des droits humains, les prestataires qualifiés doivent évaluer attentivement l'utilisation de la pratique dans leur région et—de pair avec d'autres prestataires qualifiés et des personnes influentes au niveau local—mettre au point un plan pour préconiser et défendre le changement.

Individualisation des soins

Ce manuel propose un ensemble standard de services de base que toutes les patientes et les bébés devraient recevoir pendant le cycle de procréation et la période néonatale. Par ailleurs, il reconnaît l'importance de formuler un plan de soins qui réponde aux besoins individuels de chaque femme et de chaque nouveau-né. Prenant en compte toute l'information qu'il connaît à propos d'une patiente et d'un nouveau-né—santé actuelle, antécédents médicaux, habitudes et style de vie quotidien, croyances et coutumes culturelles et toute autre circonstance—le prestataire qualifié peut individualiser les composantes évaluation et prestation de soins du plan de services. Par exemple, si l'anamnèse indique que la patiente a souffert par le passé de diabète gestationnel, le prestataire qualifié prescrira un examen des urines pour déterminer le taux de glucose. Ou

alors, si un nouveau-né a des problèmes pour se positionner correctement au sein, le prestataire qualifié peut souligner les techniques pour un allaitement maternel réussi.

LE SYSTEME DE PRESTATION DE SOINS

Les soins qualifiés sont un volet d'importance critique pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Toutefois, si l'on veut que les prestataires qualifiés puissent mener à bien leurs tâches, ils doivent être soutenus par un système de soins adéquat. Le système de soins recoupe un grand nombre de systèmes plus petits qui doivent travailler ensemble pour fonctionner comme un tout et, conformément aux politiques et normes nationales, garantir une issue positive pour les patientes et les bébés. Un système de soins adéquat compte les traits suivants :

- Infrastructure nécessaire qui comprend les éléments suivants :
  - Etablissements qui sont construits correctement et qui disposent de sources fiables d'électricité et d'eau courante
  - Equipement, matériel et médicaments essentiels disponibles à tous les niveaux du système de soins, ainsi que système de réapprovisionnement et de maintien de ces ressources
  - Systèmes de financement de la santé pour aider les clients à économiser, pour couvrir ou partager les coûts des services et pour rembourser les prestataires qualifiés
  - Routes qui relient les communautés, même dans les régions reculées, aux structures sanitaires à tous les niveaux du système de soins de santé
  - Ressources humaines (prestataires qualifiés, personnel de soutien médical et non médical) disponibles en nombre suffisant et à tous les endroits où on a besoin de leurs services
- Système opérationnel de référence/transfert :
  - Chaque prestataire qualifié, établissement de santé et communauté compte un plan de préparatifs en cas de complications et peut avoir accès au système de référence/transfert en cas d'urgence
- Système d'assurance de la qualité organisé avec les éléments suivants :
  - Directives de services communiquées à tous les niveaux du système de soins
  - Mise en place de mécanismes pour l'évaluation continue de la qualité et l'amélioration des services de soins de santé
- Systèmes pour renforcer et maintenir les compétences cliniques :
  - Programmes d'éducation avant l'emploi pour doter les prestataires qualifiés des connaissances, compétences et qualifications nécessaires à la prestation de soins maternels et néonatals de haute qualité
  - Programmes de formation en cours d'emploi pour mettre à jour et augmenter la base de connaissances et l'ensemble de compétences des prestataires qualifiés qui travaillent déjà et pour les aider à améliorer la qualité des services prêtés

Préparation du lieu des soins de santé

La structure elle-même doit être suffisamment préparée avant de pouvoir fournir des services sûrs et efficaces aux patientes et aux nouveau-nés. Que la patiente ou le nouveau-né vienne à l'établissement de santé pour recevoir des soins ou que ces soins leur soient dispensés à domicile, il incombe au prestataire qualifié de vérifier que les éléments suivants sont en place :

- La zone de soins des patientes est propre et organisée (**Annexe 1, page 4-1**),

- Les fournitures et l'équipement essentiels sont disponibles et prêts à être utilisés (**Annexe 2, page 4-3**), et
- Un système de réponse en cas d'urgence est mis en place (ci-après).

Système de réponse en cas d'urgence

Tout le personnel d'un établissement de santé doit être formé pour savoir reconnaître les signes de danger indiquant que la patiente ou le nouveau-né peuvent connaître des complications risquant de mettre leur vie en danger ou des signes de travail avancé et pour qu'il sache répondre de la manière dont on a convenu. Cette formation est la base sur laquelle repose la réponse efficace en cas d'urgence. Le fait d'avoir mis en place un système de réponse en cas d'urgence vérifie qu'une patiente ou un nouveau-né avec les premiers symptômes d'un problème seront identifiés, stabilisés (si nécessaire) et traités aussi rapidement que possible. Ce système garantit la réponse adéquate car, en cas d'urgence, le personnel de l'établissement sait exactement ce qu'il faut faire (à savoir, techniques et protocoles exacts) et dispose des ressources nécessaires (transports d'urgence, fournitures, médicaments). (Pour de plus amples informations sur les réponses en cas d'urgence à domicile, voir **Encadré 1-2, page 1-12**.)

En général, un système de réponse en cas d'urgence repose sur les composantes suivantes :

- Identification/dépistage
- Réponse initiale
- Prise en charge ou référence/transfert

Identification/dépistage

Afin d'éviter tout retard et d'effectuer immédiatement des gestes salvateurs dès qu'une patiente ou le nouveau-né présente les premiers signes d'un problème, un membre désigné du personnel de l'établissement—qui est formé/équipé pour détecter les signes de danger et les signes du travail avancé et de mobiliser l'équipe d'urgence—réalise un bilan rapide (**Annexe 6, page 4-63**). Le bilan rapide est fait immédiatement dès l'arrivée de la patiente ou du nouveau-né à l'établissement (ou dans une section différente du même établissement, par exemple, le service post-partum ou néonatal).

Réponse initiale

Si un signe de danger est détecté (ou l'a été récemment), la personne qui a réalisé le bilan rapide démarre immédiatement les interventions indiquées en cas d'urgence. (Il faut notifier le prestataire qualifié dès que possible, si une personne autre que ce dernier a réalisé le bilan rapide.) Ensuite, le prestataire qualifié fait une évaluation initiale rapide pour déterminer la nature générale du problème de la patiente ou du nouveau-né le besoin de stabilisation. C'est à ce moment-là que l'on commence à dispenser les soins appropriés à une patiente présentant des signes du travail avancé.

Prise en charge ou référence/transfert

Une fois la patiente ou le nouveau-né stabilisé (si nécessaire), le prestataire qualifié soit traite la complication/problème (s'il est qualifié et équipé pour le faire), soit organise un transfert d'urgence de la patiente ou du nouveau-né vers un établissement sanitaire équipé pour fournir les soins obstétricaux complets et essentiels (SOCE), mentionnés ci-après :

- Anesthésie
- Transfusion de sang
- Interventions obstétricales, notamment :
  - Césarienne
  - Réfection de déchirures vaginales du 3e et du 4e degré et déchirures cervicales étendues

  - Laparotomie (traitement chirurgical de la septicémie, hystérectomie, extraction de la grossesse ectopique)[2]
- Soins du nouveau-né malade ou du nouveau-né d'un poids insuffisant

Si la patiente ou le nouveau-né n'ont pas besoin de stabilisation/réanimation, le prestataire qualifié la traitera ou le nouveau-né en fonction des directives données pour le signe de danger présent, effectuant, selon le cas, les gestes suivants :

- Soins de base avec certaines adjonctions et/ou priorités
- Référence/transfert vers un spécialiste ou un niveau de soins plus élevé

Les tâches suivantes facilitent la référence/le transfert :

- Obtenir ou aider la patiente à obtenir des moyens de transport fiables pour se rendre à l'établissement de référence
- Prendre les dispositions nécessaires pour que la patiente reçoive les soins indiqués et le soutien nécessaire pendant le transport
- Envoyer le dossier complet avec le problème/affection de la patiente au site de référence avec toutes les interventions et tous les résultats pertinents
- Communiquer avec le site de référence, si nécessaire, pour assurer la continuité des soins et un suivi approprié pour la patiente

Encadré 1-2. Réponse en cas d'urgence à domicile

- Le bilan rapide (**Annexe 6, page 4-63**) est la première étape du membre désigné du personnel de l'établissement de santé quand il arrive au domicile de la patiente, au même titre que c'est la première mesure à l'arrivée de la patiente ou du nouveau-né à l'établissement de santé.
- Si l'on constate des signes de danger, les mesures indiquées seront prises en faisant une évaluation initiale rapide, une stabilisation (si nécessaire), ainsi qu'un traitement ou une référence/un transfert de la patiente vers l'établissement indiqué.
  - Le plan de préparatifs en cas de complications (**page 2-28**) spécifie les dispositions qui ont été prises, dont les transports d'urgence et les fonds nécessaires à la prise de décisions, les donneurs de sang et le soutien. Ce plan permet au prestataire qualifié et aux membres de la famille de donner les bonnes réponses immédiatement—même à domicile.
  - S'il n'existe pas de plan de préparatifs en cas de complications, prendre les dispositions susmentionnées avec la patiente et sa famille et procéder de manière aussi rapide que possible.

Liens entre l'établissement de santé et la communauté

Si les prestataires qualifiés, les établissements de santé et le système de soins de santé sont ceux responsables en dernière analyse de prêter des soins maternels et néonatals de haute qualité, il n'en reste pas moins que les communautés assument également un rôle important au niveau de cette qualité. C'est la raison pour laquelle les établissements de santé et les agents de santé devraient continuellement collaborer avec les patientes, les familles et les communautés pour les sensibiliser davantage à l'existence des services de haute qualité et augmenter la demande et l'accès à de tels services.

Le prestataire qualifié peut aider à organiser les activités pour renforcer les liens entre l'établissement de santé et la communauté, telles que :

- Inviter la communauté à en apprendre davantage à propos du rôle, de la fonction, des contraintes et des limitations de l'établissement de santé et faire partie du comité de développement des soins de santé.

[2] *Adapté de* : Organisation mondiale de la Santé. 2000. Fiche de Faits No. 245 (Juin).

- Faire participer les membres de la communauté au développement, à l'évaluation et à la forme des services tout au long d'un dialogue constructif sur les besoins mutuels, les diverses questions et la responsabilisation.
- Prendre davantage connaissance des « soins traditionnels » existants dans la communauté et faciliter leur intégration, chaque fois qu'approprié, avec ceux dispensés par l'établissement de santé (travailler avec des accoucheuses traditionnelles ; **Encadré 1-3**, ci-après).
- Collaborer avec la communauté pour mettre en place des systèmes de transport, de financement et de référence pour éviter tout retard dans l'obtention de soins pour les patientes et les nouveau-nés.
- Organiser des événements porte ouverte pour célébrer la maternité sans risques avec la communauté.

Encadré 1-3. Travailler avec les accoucheuses traditionnelles

Les accoucheuses traditionnelles (AT), les autres femmes de la famille, les voisins et autres accoucheuses de la communauté sont des membres importants, présentes au moment de la naissance partout dans le monde en développement. Les accoucheuses traditionnelles jouissent généralement de positions de respect et d'influence au sein de leur communauté et sont donc dans une bonne position pour informer et aider les patientes et leur famille à se préparer à la naissance. Les établissements de santé et les prestataires qualifiés doivent respecter les accoucheuses traditionnelles en tant que membres du système sanitaire informel. Ils doivent donc :

- Inclure les accoucheuses traditionnelles pour qu'elles soutiennent les patientes et leur famille tout au long du cycle de la procréation et de la période néonatale
- Faire appel aux accoucheuses traditionnelles pour qu'elles aident à communiquer les messages et l'information sanitaires de caractère vital aux familles et aux communautés de manière qui soit indiquée dans la culture en question :
  - Vérifier que les accoucheuses traditionnelles disposent de l'information correcte et comprennent les messages de la maternité sans risques
  - Soutenir, et non pas s'opposer, au rôle inhérent qu'assument les accoucheuses traditionnelles en donnant conseils et informations aux communautés et aux familles
  - Equiper les accoucheuses traditionnelles pour qu'elles puissent fournir une éducation sanitaire sur des thèmes tels que la nutrition, les IST (dont le VIH), l'allaitement maternel, les soins du nouveau-né, les signes de danger et pour indiquer où se rendre en cas d'urgence
- Travailler en partenariat avec les accoucheuses traditionnelles pour identifier les femmes dans la communauté qui ont besoin de soins de santé et les aider à se rendre dans les services
- Répondre respectueusement et rapidement aux accoucheuses traditionnelles qui amènent une patiente dans un établissement de santé ou chez un prestataire qualifié
- Permettre/seconder les accoucheuses traditionnelles à fournir un soutien émotionnel et social aux patientes pendant le travail et l'accouchement, que ce soit dans l'établissement de santé ou à domicile

CHAPITRE DEUX

BIEN-FONDE DES COMPOSANTES DES SOINS DE BASE

VUE GENERALE

Les pratiques des soins maternels et néonatals de base recommandées dans ce manuel reposent sur des données probantes et de solides justificatifs. Ce chapitre décrit les composantes essentielles des soins de base et le bien-fondé de leur présence dans ce manuel. Armés d'une meilleure connaissance de l'objectif de chaque composante essentielle, les prestataires qualifiés seront en mesure d'orienter plus efficacement leurs soins.

COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE BASE

Les composantes essentielles des soins de base sont les services que devraient recevoir toutes les femmes et tous les nouveau-nés pour garantir, soutenir et maintenir un cycle normal de procréation et une période néonatale normale. Les soins de base devraient inclure au minimum les éléments suivants :

- Evaluation ciblée pour vérifier l'évolution normale du cycle de procréation et de la période néonatale et faciliter le dépistage précoce des complications, des affections chroniques et autres problèmes/éventuels problèmes ; et
- Prestation de soins individualisés pour aider à maintenir l'évolution normale, avec mesures préventives, soins de soutien, messages et conseils de santé, préparation à la naissance et plan de préparation en cas de complications.

Bilan rapide

Le bilan rapide permet de vérifier qu'une patiente ou qu'un nouveau-né ayant besoin d'attention médicale immédiate est identifié, stabilisé (si nécessaire) et traité ou référé/transféré aussi rapidement que possible. Un rapide bilan est fait dès l'arrivée de chaque femme ou nouveau-né qui viennent au centre de santé pour recevoir des soins (ou qui sont soignés à la maison). Tout le personnel de l'établissement de santé devrait recevoir une formation et être équipé pour reconnaître et répondre immédiatement aux affections risquant d'être fatales. Si des signes de danger sont décelés, le prestataire qualifié fait une évaluation initiale rapide pour juger de la gravité de la maladie et de la nécessité de stabiliser ou de fournir des soins d'urgence avant de procéder. Le bilan rapide est également utilisé pour reconnaître et répondre aux signes de travail avancé chez la femme enceinte et aux signes de danger chez le nouveau-né.

Evaluation initiale

Si le bilan rapide conclut que la patiente ou le nouveau-né ne présente aucune affection, le prestataire qualifié pourra continuer et passer à l'évaluation. Par l'intermédiaire de cette évaluation, le prestataire qualifié pourra :

- S'assurer du bien-être de la mère ou du nouveau-né et/ou de la présence d'une grossesse normale
- Réunir des informations qui peuvent être utilisées pour individualiser un plan de soin pour répondre au mieux aux besoins de la patiente ou du nouveau-né
- Cerner des troubles courants, des préoccupations et des besoins spéciaux
- Déceler les affections qui n'entrent pas dans la portée des soins de base, dont les complications pouvant s'avérer fatales
- Etablir une relation de confiance et de respect avec la patiente et son accompagnant/partenaire/famille

Pendant l'évaluation, le prestataire qualifié prend les antécédents de la patiente ou du nouveau-né, réalise un examen physique et fait les tests nécessaires.

Anamnèse

L'anamnèse d'une patiente ou d'un nouveau-né dégage l'information qui aide le prestataire qualifié à orienter l'examen physique et les tests et individualise le plan de soins. L'anamnèse facilite également l'identification troubles courants, des préoccupations et des besoins spéciaux et le dépistage de signes et symptômes anormaux guidant les soins supplémentaires nécessaires. Le **Tableau 1-1** (ci-après) et le **Tableau 1-2** (**page 1-19**) présentent le bien-fondé de chaque élément de l'anamnèse.

Tableau 1-1. Bien-fondés des éléments de l'anamnèse maternelle

ELEMENT*	BIEN-FONDE
Information personnelle	• Utilisée pour : – Identifier et contacter la patiente. – Créer de bons rapports. – Obtenir une idée générale : qui est-elle et quelle est sa situation. – Guider la mise au point du plan de préparation à la naissance/préparatifs en cas de complications. – Guider l'évaluation plus poussée et l'individualisation des soins, les messages de santé et les conseils. – Identifier l'adolescente qui pourrait avoir des besoins spéciaux et qui a besoin de soins supplémentaires.
Habitudes quotidiennes et style de vie	• Aident à guider la formulation de messages et de conseils de santé individualisés et personnalisés. • Aident à traiter d'autres problèmes, par exemple : – Travail quotidien, repos et régime alimentaire : aident à déterminer s'il existe un bon équilibre entre les demandes physiques dans la vie quotidienne d'une femme et son repos et ses apports alimentaires. – Utilisation de substances pouvant être dangereuses : aide à individualiser les messages de santé et les conseils à propos de l'utilisation d'alcool, de tabac et de médicaments. – Membres du ménage : aident à guider la formulation d'un plan de préparation à la naissance/plan de préparatifs en cas de complications. • Aident à identifier les femmes qui sont des victimes d'actes de violence, besoin spécial nécessitant des soins supplémentaires.
Antécédents en matière de menstruation et contraception	• Aident à calculer l'âge gestationnel de la grossesse et la date estimée de l'accouchement (DEA). La DEA aide à juger si le fœtus se développe normalement. • Permettent de personnaliser les messages et conseils de santé à propos de la planification familiale. • Le fait de poser des questions à propos des méthodes précédentes de planification familiale ou de l'intention d'utiliser des méthodes de planification familiale à l'avenir guide la formulation de soins, messages et conseils de santé personnalisés.

* A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, chaque élément devrait être évalué à chaque partie du cycle de procréation.

Tableau 1-1. Bien-fondés des éléments de l'anamnèse maternelle *(suite)*

ELEMENT*	BIEN-FONDE
Antécédents obstétricaux	• Une femme qui a connu des complications ou des problèmes lors d'une grossesse précédente, lors du travail/accouchement ou de la période du post-partum aura peut-être besoin de soins supplémentaires, même si cela signifie uniquement un soutien actif ou le fait de la rassurer. Des complications ou problèmes analogues risquent de se présenter lors de la grossesse, travail/accouchement ou période du post-partum actuelle suivant la cause et certaines complications ou problèmes précédents nécessiteront le transfert à un niveau de soins plus élevé. Le prestataire qualifié devrait poser des questions à propos des complications et problèmes suivants afin de pouvoir individualiser les soins, les messages de santé et les conseils : – Convulsions – Césarienne – Rupture de l'utérus – Déchirures périnéales – Mort-nés – Bébé prématuré ou d'un poids insuffisant à la naissance – Bébés qui sont morts avant l'âge d'un mois – Trois avortements spontanés ou plus – Prééclampsie/éclampsie – Dépression/psychose du post-partum – Problèmes au niveau de l'allaitement maternel
Grossesse actuelle (SPN et SA uniquement)	• Guide l'évaluation plus poussée, l'individualisation des soins, les messages de santé et les conseils. – Des convulsions ou saignements vaginaux indiqués pendant la présente grossesse aident le prestataire qualifié à mettre au point un plan de soins qui traitera de manière adéquate des besoins de la patiente et permettra de prévenir les complications connexes lors de la période du post-partum. • Aide à évaluer : – Les mouvements fœtaux : calculer/confirmer l'âge gestationnel et faire une observation initiale pour pouvoir comparer les indications ultérieures de diminution ou d'absence de mouvement fœtal, qui est un besoin spécial exigeant des soins supplémentaires. – Les troubles/malaises courants : déterminer si des soins supplémentaires sont nécessaires, notamment évaluation de la patiente pour écarter toute cause plus grave, la rassurer et lui recommander divers moyens pour soulager son angoisse et trouble. – Les problèmes émotionnels/grossesse non souhaitée : guident l'individualisation des conseils et référence (par exemple, services de santé mentale).
Travail/ accouchement actuels (SA uniquement)	• La rupture des membranes aide à déterminer si des soins supplémentaires sont nécessaires pour prévenir l'infection chez la patiente et le bébé. Le caractère (couleur, odeur) du liquide amniotique apporte une information supplémentaire sur les complications possibles pour la patiente ou le fœtus, dont l'amniotite et la détresse du fœtus. • La fréquence et la durée des contractions dégagent une information supplémentaire nécessaire pour déterminer le début du travail et la progression du travail. – Mouvements fœtaux : sont une indication du bien-être fœtal. L'observation de diminution ou absence de mouvements fœtaux dans les dernières 24 heures peut être la première indication de la détresse du fœtus. – Utilisation de substances risquant d'être nuisibles : montre qu'il faut être particulièrement vigilant pour détecter les signes de toxicité, travail rapide ou ralenti et/ou détresse du fœtus. – Aliments et liquides : si la patiente n'a pas mangé et n'a rien bu ces 8 dernières heures, le prestataire qualifié devra faire attention aux signes de déshydratation, d'épuisement et de cétose pouvant entraver le déroulement normal du travail.

* A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, chaque élément devrait être évalué à chaque partie du cycle de procréation.

Tableau 1-1. Bien-fondés des éléments de l'anamnèse maternelle *(suite)*

ELEMENT*	RATIONALE
Grossesse et travail/accouchement actuels (SPP uniquement)	• Aident à guider l'évaluation plus poussée et l'individualisation des soins, les messages de santé et les conseils : – Quand la naissance a eu lieu : la signification clinique d'un grand nombre d'observations et les soins dont a besoin la patiente varient en fonction de la durée qui s'est écoulée depuis l'accouchement. – Contexte de la naissance et présence de soins qualifiés : si un accouchement a lieu à domicile sans la présence d'un prestataire qualifié, le prestataire qualifié dispensant les soins du post-partum devrait faire attention aux signes et symptômes indiquant des problèmes qui risquent de ne pas avoir été détectés ou pris en charge au moment de l'accouchement (par exemple, septicémie). – Grossesse actuelle : toute indication de convulsions ou de saignements vaginaux pendant cette grossesse aide le prestataire qualifié à mettre au point et à suivre un plan de soins qui traitera de manière adéquate des besoins de la patiente et permettra de prévenir les complications connexes pendant la période du post-partum. – Accouchement actuel : toute indication de césarienne ou autre accouchement chirurgical/instrumentale, rupture de l'utérus, déchirures périnéales ou épisiotomie ou convulsions pendant cet accouchement guidera l'évaluation complémentaire et la prestation de soins. Ainsi, on pourra mettre au point et appliquer un plan de soins qui permettra de subvenir de manière adéquate aux besoins de la patiente et de prévenir les complications connexes lors de la période du post-partum.
Période actuelle du post-partum (SPP uniquement)	• Aide à guider l'évaluation plus poussée et la prestation de soins pour problèmes ou complications présentes : – Saignement vaginal : saignement abondant ou prolongé invoquant des complications pouvant s'avérer fatales. Des antécédents de saignement vaginal guideront l'évaluation pour dépister l'anémie ou d'autres problèmes. – Lochies : les anormalités dans la couleur, la qualité ou la quantité de lochies guident l'évaluation plus poussée pour détecter d'autres signes et symptômes de septicémie ou de subinvolution de l'utérus. – Fonction intestinale/de la vessie : les problèmes indiqués au niveau du fonctionnement des intestins ou de la vessie guident l'évaluation plus poussée pour dépister les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, les infections des voies urinaires, la rétention urinaire ou la constipation. – Allaitement maternel : les problèmes au niveau de l'allaitement maternel demandent une attention rapide pour que la mère ne se décourage pas et arrête d'allaiter. – Réponse émotionnelle au bébé : les problèmes émotionnels, les symptômes psychotiques, la tristesse du post-partum ou la dépression peuvent interférer avec la capacité de la mère à se soigner ou à soigner son bébé et peuvent demander qu'elle soit orientée vers des services de santé mentale ou autre groupe de soutien. – Ajustement de la famille au bébé : si le partenaire ou d'autres membres de la famille ne s'ajustent pas bien au bébé, la mère/famille auront peut-être besoin de conseils supplémentaires ou devront être orientées vers des groupes de soutien ou des organisations qui les aideront à faciliter une dynamique familiale plus harmonieuse.
Antécédents lors de la période intérimaire (SPN et SPP uniquement)	• Un antécédent de problème qui s'est présenté depuis la dernière consultation aide le prestataire qualifié à évaluer l'efficacité du plan de soins de la patiente, à faire une évaluation ciblée et à fournir des soins déterminés, ainsi qu'à dépister des problèmes demandant traitement ou référence. Les observations guideront également le prestataire qualifié à ajuster le plan de soins, si nécessaire, pour mieux répondre aux besoins de la patiente.

* A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, chaque élément devrait être évalué à chaque partie du cycle de procréation.

Tableau 1-2. Bien-fondés des éléments des antécédents néonatals

ELEMENT	BIEN-FONDE
Information personnelle	• Utilisée pour faciliter les aspects suivants: – Identifier le nouveau-né et contacter la mère. – Aider à établir le rapport avec la patiente et montrer que le prestataire qualifié pense que le bébé est important. – Guider l'évaluation plus poussée—la signification clinique d'un grand nombre d'observations varie suivant l'âge du nouveau-né. – Guider l'individualisation des soins, des messages de santé et des conseils. – Guider la mise au point du plan de préparatifs en cas de complications.
Naissance du bébé	• Aide à guider l'évaluation plus poussée du nouveau-né. – Contexte de la naissance et présence de soins qualifiés : si la naissance a eu lieu à domicile sans la présence d'un prestataire qualifié, le prestataire qualifié devrait faire attention aux signes de conditions/complications qui risquent de ne pas avoir été traitées de manière adéquate. – Complications maternelles : l'indication, par la mère, d'une rupture de membranes plus de 18 heures avant la naissance ou d'une infection utérine ou encore de fièvre pendant le travail ou après la naissance guideront l'évaluation plus poussée et la prestation des soins. – Complications du nouveau-né : toute indication de complication qui a pu entraîner des blessures, telles qu'une dystocie de l'épaule, un accouchement par le siège, un bébé grand ou une chirurgie instrumentale (extraction par ventouse obstétricale, forceps) suggère qu'il faut faire une évaluation plus poussée pour détecter des signes de blessure lors de l'accouchement. – Asphyxie à la naissance : faire attention aux signes de détresse respiratoire/ difficulté à respirer. – Insuffisance pondérale à la naissance : le poids à la naissance, faible ou élevé, guidera l'évaluation plus poussée et les soins. Un poids à la naissance inférieur à 2 kg est un problème très grave mettant en danger la vie du bébé et qui ne relève pas des soins de base. Un bébé qui pèse 2–2,5 kg ou plus de 4 kg a des besoins spéciaux. – Naissance à moins de 24 mois de la naissance précédente : incidence plus élevée de mortalité du nouveau-né.
Période néonatale actuelle	• Aide le prestataire qualifié à comprendre l'état actuel du nouveau-né et à prévoir des soins appropriés, avec conseils pour la mère ou autre personne qui s'occupe du bébé. – Habitudes alimentaires du bébé : guident une évaluation plus poussée si les apports alimentaires semblent insuffisants. – Allaitement maternel : guide une évaluation plus poussée, des messages de santé et des conseils. – Selles et urine : la fréquence de la miction du nouveau-né permet de savoir si celui-ci reçoit suffisamment de lait et guident les conseils et les messages de santé. La fréquence et la consistance des selles du nouveau-né détermineront également si l'alimentation est adéquate ou si le bébé a un problème (diarrhée ou sang dans les selles). – Malformation congénitale : indique que le bébé souffre d'une affection qui ne relève pas des soins de base et qui ne demande pas une attention immédiate. – Vaccinations du nouveau-né : guident la prestation de soins plus poussés.
Antécédents médicaux de la mère	• L'information recueillie sur toute infection maternelle au moment de la naissance guidera l'évaluation plus poussée et l'individualisation des soins, des messages de santé et des conseils. • Patiente diabétique : indique qu'un bébé de moins de 3 jours connaît un problème qui ne relève pas des soins de base. • Patiente avec hépatite B (HBV), VIH, syphilis ou tuberculose : guide l'évaluation plus poussée et la prestation de soins. • Sentiments de la mère à l'égard du bébé : si la mère se sent fatiguée ou dépassée/accablée ou a une attitude négative à l'égard du bébé, une évaluation plus poussée de la mère sera probablement nécessaire.

Tableau 1-2. Bien-fondés des éléments des antécédents néonatals *(suite)*

ELEMENT	BIEN-FONDE
Antécédents lors de la période intérimaire	• Toute information sur des problèmes qui ont pu se présenter depuis la dernière consultation toute information sur le traitement ou soin du nouveau-né guideront le prestataire qualifié à planifier et à dispenser les soins, y compris référence/transfert (le cas échéant). Cette information guide également les conseils qui sont donnés à la mère ou au prestataire. Tout problème qui pourrait demander que la mère amène le nouveau-né pour traitement doit être pris comme une priorité pour maintenir la confiance de la mère et l'encourager à continuer à être vigilante dans ses observations et soins de son bébé.

Examen physique

L'examen physique aide le prestataire qualifié à dépister et à identifier les signes anormaux, les besoins spéciaux et autres éventuels problèmes dont il ferait tenir compte lors de l'évaluation plus poussée et lorsqu'on planifie et dispense les soins. Un bien-fondé pour chaque élément de l'examen physique est décrit au **Tableau 1-3** (**page 1-21**) et au **Tableau 1-4** (**page 1-23**).

Tableau 1-3. Bien-fondés des éléments de l'examen physique maternel

ELEMENT*	BIEN-FONDE
Démarche et mouvements	• Le fait de boiter ou la démarche instable peut indiquer un manque prolongé d'alimentation ou de boisson, l'utilisation de médicaments/traitements à base d'herbes, une blessure ou autre affection pouvant être grave (dépression/psychose du post-partum). • Pendant le travail : une démarche et des mouvements anormaux peuvent également indiquer que la patiente se trouve au milieu d'une contraction.
Comportement, vocalisations et expressions du visage	• La non-réponse, l'angoisse ou tout autre comportement inconvenant dans la culture pourrait être un signe de détresse émotionnelle, de manque prolongé de nourriture ou de boisson, d'utilisation de drogues/médicaments ou autre problème éventuellement grave (dépression/psychose du post-partum). • Pendant le travail : une démarche et des mouvements anormaux peuvent également indiquer que la patiente se trouve au milieu d'une contraction.
Hygiène générale	• Le manque de propreté est un signe qu'il faut communiquer des messages et conseils sur l'hygiène/prévention des infections. • Une mauvaise odeur demande que soient donnés des messages et des conseils sur l'hygiène/prévention des infections. Le prestataire qualifié doit être vigilant aux signes d'un problème plus grave (infection).
Peau	• Des hématomes ou coupures pourraient indiquer des actes de violence, des blessures d'autre origine ou une affection grave.
Conjonctive	• La pâleur peut être un signe d'anémie ; des tests supplémentaires peuvent être nécessaires.
Respiration	• Une respiration forcée ou sifflante pourrait indiquer des difficultés à respirer.
Tension artérielle	• Une tension artérielle élevée peut être un signe de prééclampsie/éclampsie ; une évaluation plus poussée s'avère nécessaire. • Une faible tension artérielle peut être un signe de choc.
Température	• La fièvre (38°C ou plus) est un signe d'infection.
Pouls	• Une fréquence rapide (110 battements par minute ou plus) peut être un signe de déshydratation, d'angoisse, de surmenage ou d'un autre problème plus grave (anémie, choc, infection, maladie cardiaque).
Seins	• Des anormalités marquées (squamosité de la peau, capiton cutané, contours irréguliers) peuvent être un signe de cancer. • Pendant la période du post-partum : – Zones localisées de rougeur, chaleur ou douleur ; pus/sang s'écoulant des mamelons ou seins rouges, chauds, douloureux peuvent être des signes d'une infection (abcès ou mastite). – Des seins enflés, durs et tendus peuvent indiquer un engorgement. – Des mamelons craquelés/douloureux peuvent indiquer des problèmes au sein ou des problèmes d'allaitement maternel. – Des mamelons rentrés peuvent indiquer besoin d'assistance en matière d'allaitement maternel.

* A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, chaque élément devrait être évalué à chaque partie du cycle de procréation.

Tableau 1-3. Bien-fondés des éléments de l'examen physique maternel *(suite)*

ELEMENT*	BIEN-FONDE
Examen abdominal	• Les cicatrices sont des signes de chirurgie ou de traumatisme précédents. • La hauteur utérine aide à calculer l'âge gestationnel (après 12 semaines) et détermine la position (après 36 semaines). • La palpation de l'utérus pour noter les parties fœtales (après 24 semaines) et le mouvement fœtal (après 22 semaines) et l'écoute des battements cardiaques fœtaux (après 20 semaines) témoignent de la vie fœtale. • Aide à identifier les écarts taille-date et l'absence de battements cardiaques fœtaux, ainsi que la mauvaise présentation du fœtus (après 36 semaines). • Pendant le travail et l'accouchement : – Le suivi de la descente fœtale aide à évaluer la progression du travail. – Un utérus qui ne se relaxe pas entre les contractions indique la nécessité de faire une évaluation plus poussée. • Lors de la période du post-partum : – Eventuels signes d'infection : incision abdominale (sutures) dont s'écoule du pus ou dont les bords sont rouges ou écartés ou utérus extrêmement sensible. – Utérus mou ou œdémateux ou utérus qui a augmenté ou qui n'a pas diminué depuis la dernière visite, peut indiquer une subinvolution utérine. – Une vessie palpable peut être un signe de rétention urinaire.
Examen génital	• Des lésions, ulcérations, condylomes et lèvres douloureuses peuvent indiquer une IST. • Des pertes vaginales malodorantes peuvent indiquer une infection. • Des pertes d'urine/matières fécales du vagin peuvent être un signe de fistule. • Lors de la grossesse : le saignement peut indiquer une hémorragie. • Lors de la période du post-partum : – Eventuels signes d'infection : incision périnéale (sutures) dont s'écoule du pus ou qui a des bords rouges ou écartés ou des lochies malodorantes. – Une incision (sutures) de la déchirure périnéale ou épisiotomie indique la nécessité de fournir des soins supplémentaires. – Un saignement abondant peut indiquer une hémorragie. – Une couleur ou des quantités anormales de lochies peuvent indiquer une hémorragie et/ou une subinvolution. – Une tuméfaction, un œdème ou un périnée très sensible indique la nécessité de fournir des soins supplémentaires.
Examen du col (SA uniquement)	• La présentation du fœtus peut être confirmée. • Le degré de dilatation du col aide à déterminer le stade, la phase et l'évolution du travail. • Une rupture des membranes plus de 18 heures avant la naissance augmente le risque d'infection. • Le degré de modelage de la tête peut déceler un travail dystocique. • Le liquide amniotique rouge/verdâtre/brunâtre et/ou malodorant peut indiquer la présence de méconium ou des signes d'infection. • La palpation du cordon peut indiquer la procidence du cordon.
Examen des jambes (SPP uniquement)	• Des douleurs dans le mollet avec dorsiflexion du pied peut indiquer une thrombose veineuse profonde.

* A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, chaque élément devrait être évalué à chaque partie du cycle de procréation.

Tableau 1-4. Bien-fondés des éléments de l'examen physique/observation du nouveau-né

ELEMENT	BIEN-FONDE
Poids	• Un poids à la naissance inférieur à 2,5 kg (moins de 2 kg chez certaines populations) ou supérieur à 4 kg dénote un besoin spécial et une affection pouvant s'avérer grave.
Température	• Une fièvre (plus de 37,5°C axillaire) ou hypothermie (moins de 36,5°C axillaire) peut indiquer la présence d'une infection, un danger environnemental ou autre affection grave.
Poitrine/respiration	• Des respirations anormales, difficultés respiratoires ou geignements expiratoires ou des mouvements irréguliers/asymétriques de la poitrine peuvent indiquer une détresse respiratoire, d'autres problèmes respiratoires ou autre affection grave.
Couleur	• Une cyanose centrale peut indiquer une détresse respiratoire. • La jaunisse/ teint jaune peut indiquer une septicémie, l'incompatibilité sanguine ou autre affection grave. • La pâleur peut indiquer une anémie, un saignement interne ou une anormalité sanguine, ou autre affection grave (par exemple, problème cardiaque).
Mouvements et posture	• Des convulsions ou une grande instabilité peuvent indiquer des lésions du système nerveux central ou autre affection grave (hypoglycémie). • Des spasmes et/ou une hyperextension extrême peuvent être un signe de tétanos.
Niveau d'alerte et tonus musculaire	• La léthargie peut indiquer des lésions du système nerveux central, une septicémie, un sevrage de drogue, une hypoglycémie ou autre condition grave. • Des mouvements irréguliers/asymétriques peuvent indiquer des blessures lors de la naissance ou autre affection plus grave.
Peau	• Des hématomes peuvent indiquer des blessures lors de la naissance ou autre affection plus grave (troubles de coagulation). • Des lésions peuvent indiquer une syphilis congénitale ou autre affection grave. • Des coupures et abrasions peuvent indiquer des blessures/traumatismes lors de la naissance.
Tête	• Une taille disproportionnée, une fontanelle antérieure saillante ou des sutures trop larges peuvent indiquer l'hydrocéphalus, une malformation congénitale ou autre affection grave.
Visage et bouche	• Des traits irréguliers/asymétriques (par exemple, bec de lièvre), des mouvements du visage ou une paralysie peuvent indiquer une malformation congénitale ou autre affection grave.
Yeux	• Une rougeur, des yeux enflés ou du pus peuvent indiquer une infection.
Abdomen	• Le météorisme (ballonnement) abdominal peut indiquer l'infection ou l'obstruction intestinale. • Des protrusions anormales non couvertes par la peau (par exemple, hernie ombilicale/omphalocèle) peuvent indiquer une malformation congénitale.
Moignon du cordon/ombilic	• Un saignement peut indiquer la nécessité de nouer à nouveau le cordon ou autre affection plus grave. • Une rougeur, un enflement ou du pus peuvent indiquer une infection. • Les protrusions à la base peuvent indiquer une hernie ombilicale ou autre affection plus grave (hernie ombilicale/omphalocèle).
Parties génitales externes et anus	• L'irrégularité des parties génitales ou l'imperforation de l'anus peuvent indiquer une malformation congénitale.
Dos	• Une bosse ou une ouverture sur la colonne vertébrale peuvent indiquer une malformation grave (spina-bifida).

Tableau 1-4. Bien-fondés des éléments de l'examen physique/observation du nouveau-né *(suite)*

ELEMENT	BIEN-FONDE
Membres	• Un os ou une articulation enflée ou des mouvements irréguliers/asymétriques peuvent indiquer une blessure lors de la naissance. • Des malformations à la naissance (par exemple, pied bot) peuvent indiquer une affection grave.
Allaitement maternel	• Des problèmes pour tenir, positionner ou attacher le nouveau-né peuvent indiquer le manque de connaissance de la technique (et la nécessité d'un soutien pour l'allaitement maternel), des problèmes de seins (par exemple, mamelons douloureux/craquelés) ou autre affection plus grave (bébé incapable de téter).
Liens mère-bébé	• Des problèmes de contact physique, de « communication » ou d'empathie entre la mère et son bébé peuvent indiquer une tristesse du post-partum ou autre affection plus grave (dépression/psychose du post-partum).

Tests maternels

Des tests peuvent indiquer des anormalités qui n'étaient pas apparentes lors de l'anamnèse ou de l'examen physique. Le bien-fondé de chaque élément des tests est décrit au **Tableau 1-5** (ci-après).

Tableau 1-5. Bien-fondés des éléments des tests maternels

ELEMENT*	BIEN-FONDE
Niveaux d'hémoglobine (SPN uniquement ; SA et SPP, tel qu'indiqué)	Utilisés pour dépister l'anémie. Ce test doit être répété si la patiente a des signes ou symptômes d'anémie.
Rapid Plasma Reagent (RPR) or VDRL (SPN et SA uniquement)	Utilisé pour le dépistage de la syphilis, besoin spécial.
VIH	Utilisé pour dépister la présence d'anticorps anti-VIH qui indiquent la présence d'une infection à VIH. Le test de dépistage du VIH doit être fait aussi tôt que possible lors d'une grossesse. Toute femme peut bénéficier de la connaissance de son statut VIH. Normalement, le test est combiné à des conseils, un prétest et un post-test. Un test positif (réactif) au VIH permet à la patiente de recevoir des soins supplémentaires pour qu'elle reste autant que possible en bonne santé, prévenir la transmission à son bébé et partenaire et l'aider à prendre des décisions à propos de l'avenir. Le prestataire qualifié peut également donner des conseils aux femmes séronégatives-VIH pour qu'elles restent non infectées.
Groupe sanguin, Rhésus (SPN et SA uniquement)	Utilisé pour déterminer le groupe sanguin, ou Rhésus, pour trouver des donneurs de sang, tel qu'indiqué par le plan de préparatifs aux complications (si une transfusion de sang s'avère nécessaire) et pour identifier les femmes Rh-négatif qui recevront une injection d'immunoglobuline D.
Analyse des urines pour glucose (SPN uniquement dans les régions/populations où existe une prévalence élevée du diabète)	Utilisée pour le test du diabète.
Autres tests des IST conformément aux directives locales	Utilisés pour le dépistage et le traitement des IST.

* A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, chaque élément devrait être évalué à chaque partie du cycle de procréation.

Prestation des soins de base

Eléments généraux

Si tous les résultats de l'évaluation sont normaux, les soins de base sont tout à fait indiqués pour la femme ou le nouveau-né. Il est bon de traiter toutes les composantes des soins de base lors de la première visite, puis de les renforcer ou de les prendre en charge, tel que nécessaire, lors des visites ultérieures. Pendant cette partie de la visite des soins de base, le prestataire qualifié aide à soutenir et à maintenir un cycle de procréation normal et une période néonatale normale grâce aux mesures suivantes :

- Aider à prévenir les problèmes qui pourraient avoir des répercussions négatives sur la santé de la femme, du fœtus ou du nouveau-né : ce sont les mesures préventives
- Apporter une assistance à la femme et à sa famille pour procéder aux préparations d'un accouchement normal et faire face aux complications possibles
- Donner à la femme toute l'information qui lui permet de maintenir sa santé et de protéger sa vie ainsi que la santé et la vie de son bébé
- Continuer à forger une relation basée sur la confiance et le respect avec la femme et son compagnon/partenaire/famille

Le bien-fondé de chaque élément de la prestation des soins de base est décrit au **Tableau 1-6** (**page 1-26**) et au **Tableau 1-7** (**page 1-28**).

Tableau 1-6. Bien-fondés des éléments de la prestation des soins de base maternels

ELEMENT[1]	RATIONALE
Allaitement maternel et soins des seins	• L'allaitement maternel comporte un grand nombre d'avantages pour la santé du nouveau-né et renforce les liens entre la mère et le bébé. La femme devrait être sensibilisée à l'importance de l'allaitement maternel pendant la période prénatale et ainsi, elle demandera que son bébé soit mis au sein immédiatement après la naissance. Bien des problèmes liés à l'allaitement maternel peuvent être évités si la mère comprend les principes fondamentaux de la production de lait, si elle applique les bonnes techniques de l'allaitement maternel et utilise de simples mesures de soin propre.
Conseils et dépistage du VIH	• Des services de conseils et de dépistage du VIH sont proposés à toutes les femmes. – Les femmes qui sont séronégatives-VIH apprendront à rester non infectées. – Une femme qui est séropositive-VIH peut prendre les mesures indiquées pour rester autant que possible en bonne santé, prendre des décisions informées sur son avenir, aider à protéger son partenaire et diminuer le risque de transmission à son bébé.
Messages de santé et counseling	• Utilisation de substances nuisibles : la consommation d'alcool, de tabac et de certaines drogues/médicaments pendant la grossesse peut être la cause de malformation du fœtus, de problèmes du système nerveux central et de limitation de la croissance intra-utérine. Pendant l'allaitement maternel, la consommation de telles substances diminue la production de lait et entraîne des problèmes pour le nouveau-né. • Hygiène/prévention de l'infection : de bonnes pratiques d'hygiène et de prévention de l'infection (se laver les mains) aident la mère à se protéger, ainsi que son bébé, contre toute infection locale et systémique. • Repos et activité : les femmes ont besoin de se reposer davantage tout au long du cycle de procréation à cause de toutes les demandes élevées d'énergie que supposent une grossesse, la récupération lors du post-partum et la production de lait. Il faut équilibrer le niveau d'activité, la charge de travail et les apports alimentaires de la mère. • Relations sexuelles et rapports sexuels sans risques : la femme doit savoir quelle est la place ou l'importance à donner aux relations sexuelles lors du cycle de procréation. Elle doit également savoir comment se protéger elle-même contre les IST qui peuvent avoir des effets nuisibles pour la femme et l'enfant, surtout s'ils sont contractés pendant la grossesse. • Envisager les aspects suivants lors des soins du post-partum : – Soins du nouveau-né : les informations sur les soins du nouveau-né donneront confiance à une femme qui est mère pour la première fois et permettront de s'assurer que le nouveau-né reçoit les soins dont il a besoin pour rester en bonne santé. – Relation femme-nouveau-né et relations familiales : alors que la mère et sa famille s'ajustent au mode de vie pour satisfaire aux besoins d'une nouvelle vie très dépendante, des messages et conseils de santé peuvent faciliter la tâche, renforcer les liens et anticiper et traiter tout problème risquant de se présenter.
Planification familiale	• Pendant le cycle de procréation, les femmes et leur famille sont davantage sensibilisées aux demandes d'une famille qui s'agrandit—et c'est donc un bon moment pour discuter de la planification familiale. L'espacement des naissances et le choix de la méthode de planification familiale qui est la plus indiquée pour la femme offrent bien des avantages de santé pour elle-même, son bébé et son partenaire. La planification familiale est une composante clé des soins de base du post-partum car la fertilité d'une femme reviendra probablement à la fin de la période du post-partum, à moins qu'elle ne pratique l'allaitement maternel exclusif.

[1] Les éléments sont classés par ordre alphabétique.

Tableau 1-6. Bien-fondés des éléments de la prestation des soins de base maternels (*suite*)

ELEMENT[1]	RATIONALE
Préparation à la naissance et plan de préparatifs en cas de complications	• Le plan de préparation à la naissance permet de s'assurer que toutes les dispositions pour un accouchement sans risques et dans les bonnes conditions d'hygiène, dont la présence d'un prestataire qualifié, sont prises bien avant la date prévue de l'accouchement. • Toutes les femmes sont exposées au risque de complications lors du cycle de procréation et, bien que la majorité des complications ne puissent pas être prévues à l'avance, la femme et sa famille devraient pourtant être préparées à prendre les mesures qui s'imposent dans une situation d'urgence. En effet, de telles préparations aident à prévenir des délais qui peuvent s'avérer fatals lorsqu'il faut reconnaître et répondre rapidement aux complications. Dans certains cas, le temps nécessaire pour prendre ces arrangements—qui auraient dû être pris avant l'urgence—peut vraiment faire la différence entre la survie et le décès de la femme et de l'enfant.
Soutien nutritionnel	• Des messages et conseils de santé devraient être donnés, montrant l'importance d'un apport suffisant en calories, protéines et nutriments (en fonction des besoins individuels de la femme). Une femme enceinte a besoin de 200 calories supplémentaires par jour (par exemple, 12 arachides ou 1 portion de bouillie de maïs) ou plus si son poids avant la naissance était faible. Une femme qui allaite a besoin de 500 calories en plus par jour. • Conséquences de la malnutrition pour la femme : risque accru d'infection et d'anémie, fonction immunitaire diminuée, faiblesse, léthargie et productivité plus faible. Pour le fœtus/bébé, la malnutrition maternelle peut entraîner des problèmes, tels que le risque accru de mortalité périnatale, une croissance intra-utérine plus faible, une naissance prématurée, une insuffisance pondérale à la naissance, une fonction immunitaire diminuée, des malformations congénitales et des retards du développement mental et physique.
Vaccinations et autres mesures préventives	• Vaccination contre le tétanos : c'est un vaccin sûr et stable qui protège la femme et l'enfant contre le tétanos (doit être donné en fonction du calendrier recommandé). • Supplémentation en fer/folate : les suppléments quotidiens de fer/folate réduisent l'incidence de l'anémie pouvant être à l'origine d'une morbidité et mortalité maternelles et fœtales. • Prévention du paludisme[2] : le traitement préventif intermittent (TPI) réduit l'incidence du paludisme pendant la grossesse. Les moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII), si elles sont utilisées directement par le prestataire qualifié, aident à protéger contre le paludisme puisqu'elles tuent ou repoussent des moustiques porteurs de l'infection. • Prévention de l'infection imputable à l'ankylostome[2] : le traitement de présomption prévient l'ankylostome, une des grandes causes de l'anémie ferriprive. • Supplémentation en vitamine A[2] : après les 60 premiers jours suivant la conception, des suppléments de vitamine A aident à réduire l'incidence de la mortalité maternelle et de la cécité nocturne. • Supplémentation en iode[2] : la carence en iode est associée à un plus grand nombre de décès de nouveau-nés, de problèmes de performance cognitive et motrice et de morbidité et mortalité périnatales.

[1] Les éléments sont classés par ordre alphabétique.
[2] Dans les régions/populations où il existe une prévalence élevée de l'affection ou de la carence.

Tableau 1-7. Bien-fondés des éléments de la prestation des soins de base néonatals

ELEMENT*	BIEN-FONDE
Allaitement maternel	• L'allaitement maternel apporte au nouveau-né la nutrition idéale, lui confère des anticorps pour le protéger contre les infections, renforce les liens entre le nouveau-né et la mère et confère une protection contre les allergies, même plus tard dans la vie.
Hygiène	• Presque un tiers des décès de nouveau-nés sont imputables aux infections. Le fait de se laver les mains étant le moyen le plus efficace de prévenir les infections, chaque personne qui touche le nouveau-né doit se laver les mains avant et après avoir touché le nouveau-né.
Laver et baigner	• Si le bébé n'est pas séché immédiatement et attentivement et enveloppé/habillé pour le tenir bien au chaud après un bain, l'évaporation de l'eau fait baisser la température du corps. Pour le premier bain du bébé, il faudrait attendre au moins six heures après la naissance—de préférence, 24—pour le protéger contre l'hypothermie.
Maintenir le bébé au chaud	• L'hypothermie demande au corps du bébé de dispenser plus d'énergie pour le garder au chaud plutôt que pour grandir et représente un stress pour ses organes fragiles. L'hypothermie et l'hyperthermie (fièvre) sont des signes de septicémie.
Préparatifs aux complications	• Tous les bébés sont exposés au risque de complications et, bien que la majorité des complications ne puissent pas être prévues à l'avance, la femme et sa famille devraient pourtant être préparées à prendre les mesures qui s'imposent dans une situation d'urgence. La femme et sa famille doivent connaître les signes de danger indiquant un problème et doivent savoir où se rendre pour chercher de l'aide. En effet, de telles préparations aident à prévenir des délais qui peuvent s'avérer fatals lorsqu'il faut reconnaître et répondre rapidement aux complications. Dans certains cas, le temps nécessaire pour prendre ces dispositions—qui auraient dû être pris avant l'urgence—peut vraiment faire la différence entre la survie et le décès.
Soins du cordon	• Un cordon propre et sec protège le nouveau-né contre le tétanos. L'application d'alcool, de teinture, de pommades et autres substances sur le moignon coupé du cordon augmente le risque d'infection.
Sommeil et autres besoins/ comportements	• Si l'on comprend les comportements normaux de sommeil, d'alimentation et de pleurs du bébé, la mère sera moins angoissée pour rien.
Vaccinations	• Les vaccinations suivantes protègent le nouveau-né contre certaines maladies : – BCG : tuberculose – Hépatite-1 et Hépatite-2 : virus de l'hépatite B – Polio orale polio-0 et polio orale-1 : poliomyélite – DT-Coq 1 : diphtérie, coqueluche et tétanos

* Les éléments sont classés par ordre alphabétique.

Eléments uniques au travail/accouchement

Même si les résultats du bilan rapide et de l'évaluation de base sont normaux, l'état de la patiente ou du bébé peut changer très soudainement pendant le travail, l'accouchement et la période immédiate du post-partum. Aussi, est-il capital de suivre l'état de la femme et du bébé à une fréquence appropriée pour le stade et la phase du travail afin de garantir le bien-être continu de la femme et du bébé et de pouvoir dépister de suite toute anormalité. (**Note :** Pendant le 1er stade/phase active du travail jusqu'à l'accouchement, le partogramme permet d'évaluer l'évolution du travail. Voir **Tableau 1-8** [**page 1-29**] pour de plus amples détails.)

Tableau 1-8. Bien-fondés de l'évaluation continue lors des quatre stades du travail

ELEMENT	BIEN-FONDE
Tension artérielle maternelle	Prééclampsie/éclampsie et choc
Température maternelle	Fièvre (38°C ou plus) et infection
Pouls maternel	Détresse et choc maternels
Battements cardiaques du fœtus	Battements anormaux ou absence de battements cardiaques du fœtus (indiquant détresse fœtale)
Membranes et liquide amniotique	Rupture des membranes plus de 18 heures avant la naissance, méconium (pouvant indiquer la détresse fœtale) et infection.
Fréquence et durée des contractions	Déroulement défavorable du travail
Dilatation du col	Déroulement défavorable du travail
Présentation du fœtus	Mauvaise présentation
Descente fœtale	Déroulement défavorable du travail
Utérus	Hémorragie du post-partum
Sécrétions ou saignements vaginaux	Hémorragie
Vessie	Rétention urinaire
Capacité maternelle à affronter la situation/ réponse au travail et accouchements	Problèmes à affronter le travail et douleurs très prononcées
Respiration du nouveau-né	Détresse respiratoire
Température du nouveau-né	Fièvre (plus de 37,5°C axillaire) pouvant indiquer une infection ou une hypothermie (moins de 36,5°C axillaire)
Couleur du nouveau-né	Cyanose centrale (pouvant indiquer une détresse respiratoire)

Un soutien émotionnel et physique continu tout au long du travail est associé à un travail plus court, à une utilisation de moins de médicaments (dont l'analgésie épidurale) et à moins d'accouchements par intervention chirurgicale. Même s'ils se déroulent normalement, le travail et l'accouchement peuvent être stressants et épuisants pour la femme ; aussi est-il important que le prestataire qualifié, l'accompagnant et le personnel de l'établissement sanitaire encouragent et apportent un soutien tout du long, tenant compte du bien-être émotionnel, du confort et des souhaits de la patiente, ainsi que de ses besoins physiques. Au fur et à mesure que se déroule le travail, il faudra augmenter le niveau de soutien physique et émotionnel car l'intensité croissante du travail s'accompagne de demandes plus élevées pour la patiente. Voir **Tableau 1-9** (**page 1-30**) pour de plus amples détails.

Tableau 1-9. Bien-fondés pour les mesures continues de soutien pendant les quatre stades du travail

ELEMENT	BIEN-FONDE
Communication/assistance	• Des soins continus par le même prestataire qualifié tout au long de l'accouchement plutôt que de la part de différents prestataires qualifiés permettent en général d'obtenir de meilleurs résultats. Quand un accompagnant est présent tout au long du travail, la patiente a moins besoin de médicaments contre la douleur. En plus, on a moins recours à la césarienne et autres interventions chirurgicales. Une communication ouverte entre tous deux présents—savoir écouter et répondre aux questions—permet de créer un contexte dans lequel la patiente se sent protégée et valorisée.
Positions de repos et d'activité	• En facilitant un bon équilibre entre l'activité et le repos, on aide la patiente à se reposer alors qu'elle entre dans le 2e stade du travail qui nécessite le plus d'énergie et de force. Permettre à la patiente de choisir la position dans laquelle elle est le plus à l'aise est une partie importante des soins amis-de-la-mère et culturellement appropriés. Les positions autres que celles couchée sur le dos comportent bien des avantages par rapport aux positions en décubitus dorsal.
Mesures de confort	• Les mesures de confort physique et émotionnel (masser le dos, lui essuyer le front avec un gant humide, techniques de relaxation) aident la patiente à affronter le travail et sont associées aux résultats suivants : – Besoin moindre d'analgésie – Moins d'accouchements par intervention chirurgicale – Moins d'incidence de dépression du post-partum à 6 semaines
Nutrition	• La littérature actuelle indique que les femmes peuvent manger et boire autant qu'elles le souhaitent lors d'un travail normal. (Chez les femmes privées de nourriture et de liquide, le niveau de cétone dans le sang augmente alors que diminue la quantité d'acides aminés essentiels.) Un apport plus important en liquides prévient la déshydratation et est associé à une durée plus courte du travail et à un besoin moindre d'augmentation du travail à l'aide d'infusion d'ocytocine.
Elimination	• Encourager la patiente à vider sa vessie au moins toutes les deux heures et ses intestins, quand c'est nécessaire, pour prévenir l'obstruction du travail et une activité utérine inefficace. Les lavements ne sont plus recommandés car ils sont pénibles, peuvent causer des lésions aux intestins et ne réduisent pas le travail, ni diminuent les infections du nouveau-né et de la plaie périnéale. Il convient d'éviter la pose routinière de sondes au vu du risque accru d'infection.
Hygiène/prévention des infections	• Les pratiques de prévention des infections pendant le travail et l'accouchement aident à protéger la patiente et le nouveau-né contre la septicémie et la transmission du VIH, l'hépatite B et autres maladies infectieuses.
Lien mère-bébé (4e stade du travail)	• Le lien qui s'établit entre la patiente et le bébé est une connexion précoce extrêmement importante qui renforce l'alimentation, les soins et la protection du bébé par sa mère, diminue le risque d'infection chez le bébé et aide à maintenir le bébé au chaud. Ce lien stimule également un allaitement maternel réussi.

Gestes obstétricaux essentiels pendant les quatre stades du travail

Lors de chaque stade/phase du travail, le prestataire qualifié prend des mesures spécifiques adaptées au stade/phase du travail tout en continuant l'évaluation et les mesures de soutien susmentionnées.

1e Stade/phase active du travail

Un travail prolongé est une des grandes causes de décès chez les femmes enceintes et les nouveau-nés dans le monde en développement. Le travail risque d'être plus prolongé si le bassin d'une femme n'est pas suffisamment large pour laisser passer la tête du bébé ou si l'utérus d'une patiente ne se contracte pas suffisamment. Si le travail ne se déroule pas normalement, la patiente peut connaître des complications

graves, telles que le travail dystocique, la déshydratation, l'épuisement ou la rupture de l'utérus. Un travail prolongé peut également contribuer à l'infection et l'hémorragie chez la mère et à l'infection chez le nouveau-né.

Le partogramme (**Encadré 1-4**, ci-après) est un diagramme simple permettant de noter les informations sur le déroulement du travail et de suivre l'état de la patiente et de son bébé pendant le travail. Il apporte des données objectives informant les décisions cliniques pendant le 1e stade/phase active du travail et renforce la communication au sein des membres de l'équipe de prestataires qualifiés qui prennent en charge la patiente et ainsi, les décisions peuvent être prises en temps opportun. Une prise en charge qualifiée du travail en utilisant un partogramme est essentielle pour prévenir et traiter un travail prolongé et ses complications. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande d'utiliser le partogramme pour améliorer la prise en charge du travail et informer la prise de décisions concernant la nécessité d'intervenir. S'il est utilisé correctement, le partogramme aide les prestataires qualifiés à identifier le travail prolongé et à déterminer quand il faut prendre les mesures indiquées.

Encadré 1-4. Le partogramme : une aide pour la prise de décisions cliniques

Le partogramme aide le prestataire qualifié à prendre des décisions concernant les soins de la patiente puisqu'il apporte une représentation visuelle de l'état, tant de la patiente que du fœtus. L'information ainsi donnée aide le prestataire qualifié à déterminer s'il faut intervenir en cas de déroulement défavorable du travail. Chaque fois que le prestataire qualifié porte les données et fait le tracé sur le graphique, il/elle devrait envisager, « Est-ce que c'est ce qui se passe en ce moment ? »

- Si la réponse est oui, le prestataire qualifié envisagera ensuite ce qui doit se passer dans les 2 à 4 heures qui suivent si le travail se déroule normalement. Ainsi, on a un point de repère pour comparer le déroulement du travail de la patiente, ainsi que l'état du fœtus.
- Si la réponse est non, le prestataire qualifié devra envisager les mesures à prendre pour répondre à l'état de la patiente ou du fœtus. Par exemple, si la dilatation du col est indiquée à droite de la « ligne d'alerte, » il/elle sait que le déroulement est anormal et que la patiente a besoin de soins supplémentaires et peut-être d'un transfert urgent pour complications.

Utilisé de cette manière, le partogramme aide à vérifier que le patientes et les fœtus sont suivis attentivement pendant le travail, que les interventions qui ne sont pas nécessaires sont évitées et que les complications sont retenues et prises en charge en temps opportun.

2e et 3e stades du travail

Le 2e stade du travail commence avec la dilatation complète du col et se termine par la naissance du bébé. La descente régulière du fœtus pendant le 2e stade est l'indicateur le plus exact d'un travail normal. Pendant cette phase, il est très important de soutenir la patiente dans ses efforts et de lui apporter une assistance pratique. Le 3e stade du travail commence par la naissance et se termine par la délivrance, phase que le prestataire qualifié prend en charge activement pour diminuer la quantité de sang que perd la patiente. Le bien-fondé de chaque mesure essentielle pour la patiente et le bébé pendant le 2e et le 3e stades du travail est donné au **Tableau 1-10** (**page 1-32**).

Tableau 1-10. Bien-fondés des mesures clés pour la patiente et le bébé pendant le 2e et 3e stades du travail

ELEMENT	BIEN-FONDE
Aider à pousser	• On encourage la femme à pousser si elle a envie de pousser puis à se reposer entre les contractions. Elle ne doit pas pousser si l'envie ne s'en fait ressentir car cela ne diminue pas la durée du 2e stade et, de fait, risque de l'épuiser et de la décourager. Le prestataire qualifié indique à la patiente l'intensité d'effort qu'elle doit faire et l'aide à pousser en contrôlant quand la tête du bébé sort pour éviter les lacérations.
Faciliter la position choisie	• Il est important de laisser la patiente choisir la position dans laquelle elle est la plus à l'aise. Toutefois des positions autres que celles couchée sur le dos (verticales, sur le côté) comportent bien des avantages dont : – 2e stade du travail plus court – Moins de naissances avec intervention instrumentale – Moins d'épisiotomies – Moins de douleurs sévères – Moins de rythmes cardiaques anormaux du fœtus
Assistance pour l'accouchement par voie basse	• Les mouvements de main utilisés lors de l'accouchement par voie basse facilitent le passage du bébé, préviennent les déchirures pour la patiente et protègent le bébé contre les traumatismes et le manque d'oxygène. L'expulsion contrôlée de la tête évite les déchirures et la nécessité de procéder à une épisiotomie. Les épisiotomies ne doivent pas être réalisées de manière systématique à cause de l'incidence accrue de déchirures de l'anus et du rectum et parce qu'elles augmentent la douleur périnéale lors du post-partum et s'accompagnent d'un risque accru d'incontinence rectale.
Soins immédiats du nouveau-né	• Il faut sécher attentivement et couvrir le bébé avec un linge sec et placer le bébé sur l'abdomen de la patiente pour éviter les pertes de chaleur. Les pertes de chaleur s'accompagnent de besoins supplémentaires en oxygène pour le nouveau-né et de stress pour les organes vitaux. • L'évaluation immédiate de la respiration permet de s'assurer que le bébé reçoit tout l'oxygène dont il a besoin. • Le clampage et la section du cordon ombilical aident à prévenir la perte de sang et les mesures standard de prévention de l'infection aident à prévenir l'infection du cordon qui peut s'avérer fatale. • En essuyant les yeux du bébé avec un écouvillon ou un tissu propre, on enlève les organismes et bactéries transitoires qui peuvent nuire aux yeux du bébé.
Prise en charge active du 3e stade du travail	• Au vu du risque d'hémorragie du post-partum, la délivrance (l'expulsion) du placenta et des membranes est probablement la partie la plus risquée de l'accouchement. Plusieurs études concluantes ont constaté que les femmes bénéficiant d'une prise en charge active avaient un 3e stade du travail plus court et avaient moins besoin de transfusion de sang et de médicaments utérotoniques. – L'administration de médicaments utérotoniques dans la minute qui suit la naissance du bébé facilite les contractions de l'utérus et le décollement du placenta. – La traction contrôlée sur le cordon avec contre-traction supra-pubienne pendant une contraction facilite la descente du placenta. – Le massage de l'utérus aide l'utérus à rester contracté. – L'inspection du placenta et des membranes pour voir si elles sont complètes permet d'évaluer la présence d'une hémorragie. – L'examen du vagin et du périnée pour détecter les déchirures aide à prévenir les saignements.

4e stade du travail

Lors du 4e stade du travail (les 2 premières heures après la délivrance du placenta), le prestataire qualifié facilite les liens entre la mère et le bébé, recommande l'allaitement maternel et réalise d'autres tâches pour aider la patiente à se remettre du travail et le nouveau-né à s'ajuster à la vie à l'extérieur de l'utérus. Un bien-fondé

pour chaque mesure essentielle pour la patient et le bébé lors du 4e stade du travail est décrit au **Tableau 1-11** (ci-après).

Tableau 1-11. Bien-fondés des mesures clés pour la patiente et le bébé pendant le 4e stade du travail

ELEMENT	BIEN-FONDE	
	PATIENTE	**NOUVEAU-NE**
Suivre de près des signes vitaux, du saignement vaginal et de la profondeur de l'utérus	• Cela permet de dépister l'hémorragie pour intervenir à temps.	
Aider à démarrer de suite l'allaitement maternel exclusif	• Un allaitement maternel immédiat aide à stimuler l'utérus de la patiente pour qu'il se contracte, diminuant ainsi les pertes de sang.	• Un allaitement maternel immédiat prépare un mode d'allaitement réussi, évite l'hypothermie et l'hypoglycémie du nouveau-né, donne de l'énergie dont le bébé a besoin pour s'ajuster à la vie à l'extérieur de l'utérus et renforce les liens entre la mère et le bébé.
Revoir le plan de préparatifs en cas de complications	• Permet de s'assurer que la patiente et la famille sont préparées pour une urgence éventuelle.	
Messages et conseils de santé	• Il faut les limiter aux aspects essentiels (ci-après) et aux questions et préoccupations de la patiente car celle-ci doit se concentrer sur son bébé ou elle est probablement trop fatiguée ou excitée pour absorber la nouvelle information. – Hygiène : Bonnes mesures d'hygiène, surtout d'hygiène périnatale et soins du nouveau-né, prévenir l'infection locale et systémique. – Nouveau-né gardé au chaud : Prévient l'hypothermie du nouveau-né. – Massage de l'utérus : Aide à maintenir un utérus ferme et prévient l'hémorragie du post-partum.	
Attacher une étiquette d'identification (nouveau-né)		• Cette mesure assure l'identification correcte du bébé par le personnel de l'établissement et la famille.
Traitement des yeux (nouveau-né)		• Mettre un produit antimicrobien dans les yeux du bébé pour tuer les organismes introduits pendant le travail et qui peuvent être la cause de graves infections.
Faire un examen physique complet (nouveau-né)		• Voir **Tableau 1-4** (**page 1-23**).

PRESTATION DE SOINS SUPPLEMENTAIRES

Des soins supplémentaires sont fournis, le cas échéant, aux patientes avec des accouchements normaux qui connaissent des problèmes courants ou qui ont des besoins spéciaux, et des soins initiaux sont fournis aux patientes et aux nouveau-nés connaissant des complications pouvant mettre leur vie en danger.

Préoccupations/troubles courants

Des changements normaux et des comportements physiques et émotionnels normaux pouvant se présenter pendant le cycle de procréation et la période néonatale sont au titre de ces problèmes courants : douleurs au dos, vergetures et nausées ou vomissements. Le nouveau-né peut également avoir des problèmes courants : rougeurs causées par les langes, tête déformée (modelage) et des yeux rouges ou enflés. Si ces problèmes courants ne sont généralement pas graves pour la patiente ou le nouveau-né, ils n'en auront pas moins besoin de soins en plus des composantes essentielles des soins de base. Lorsque le prestataire qualifié a écarté des causes pouvant être plus graves pour les symptômes de la patiente ou du nouveau-né, il faut rassurer la patiente et lui offrir des conseils pratiques sur la manière de traiter ces problèmes. On pourra également l'informer des signes d'alerte pouvant indiquer un problème plus grave. Le **Chapitre 9 (page 3-1**) apporte des directives sur les soins supplémentaires pour les femmes et les bébés avec préoccupations/problèmes courants.

Besoins spéciaux

Certaines femmes et certains bébés présentent un problème exigeant un traitement spécial ou alors, ils ont des signes et symptômes anormaux qui demandent une évaluation plus poussée. D'autres ont des facteurs sociaux ou personnels qui devraient être pris en compte lorsqu'on planifie et qu'on fournit les soins. D'autres encore ont besoin de mesures préventives supplémentaires car ils vivent dans une région où certaines maladies ou carences revêtent un caractère endémique. Les femmes et les bébés ayant des besoins spéciaux nécessitent des soins en plus des composantes essentielles des soins de base. Le **Chapitre 10** (**page 3-35**) fournit des directives sur les soins supplémentaires pour les femmes et les bébés avec des besoins spéciaux. Le **Tableau 1-12** (**page 1-35**) décrit les besoins spéciaux traités dans ce manuel, ainsi que les effets possibles sur les femmes et les bébés.

Tableau 1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né

FACTEUR/CAUSE	DESCRIPTION/ INFORMATION GENERALE	EFFETS POSSIBLES SUR LA PATIENTE	EFFETS POSSIBLES SUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NE
Adolescence (19 ans et moins)	Dans bien des cultures, la femme adolescente est vue comme une « adulte, » parfois elle est mariée et souhaite vivement tomber enceinte—même à un âge très jeune—pour prouver sa fécondité et obtenir ainsi le respect de sa famille, de sa belle-famille ou de la communauté. Par contre, dans d'autres cultures, la grossesse pendant l'adolescence est clairement découragée. Quel que soit le cas, l'adolescente peut rencontrer bien des obstacles pour avoir accès aux soins et vivre dans des conditions pouvant représenter une menace pour sa santé et la survie, ainsi que l'issue de la grossesse.	• La femme adolescente risque de se retrouver impuissante pour les raisons suivantes : – Manque d'accès aux soins de base et services prénatals – Manque de système de soutien – Manque de ressources (financement, transport) – Capacité limitée à s'occuper d'elle-même (auto-soin) ou à prendre soin du bébé • Traumatisme émotionnel (sentiments de crainte, de honte et de culpabilité) • Menace de violence • Exposition aux IST	
Violence à l'égard des femmes	Certes, le droit de vivre sans être une victime de la violence est un droit humain de base et pourtant, bien des sociétés tolèrent en général ce type d'abus. De 10% à 50% des femmes dans le monde ont souffert, d'après les estimations, d'une violence physique à un moment de leur vie. Un grand nombre de femmes enceintes rencontrent cette même violence qui menace leur santé et leur survie, ainsi que l'issue de la grossesse. La grossesse peut être un facteur précipitant la violence car elle devient une « punition » pour être tombée enceinte. La violence sous forme de viol peut être à l'origine d'une grossesse.	• Les femmes qui souffrent d'un acte de violence de la part d'un partenaire, d'un membre de la famille ou d'une autre personne risquent de vivre de la manière suivante : – Menace constante de blessure et de mort – Impuissance et traumatisme émotionnel (sentiment de crainte, honte et culpabilité) – Exposition aux IST – Manque d'accès aux soins de base et services prénatals – Manque de système de soutien – Capacité moindre à se fournir les soins à soi-même et au bébé • La violence peut contribuer à la perte de la grossesse ou autres problèmes qui peuvent compliquer le travail et l'accouchement	

Tableau 1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né *(suite)*

FACTEUR/CAUSE	DESCRIPTION/ INFORMATION GENERALE	EFFETS POSSIBLES SUR LA PATIENTE	EFFETS POSSIBLES SUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NE
Antécédents obstétricaux problématiques	Des antécédents de complications pendant le cycle de procréation peuvent indiquer une affection médicale ou obstétricale qui pourrait également causer un problème pendant la grossesse actuelle. Types de complications précédentes pouvant exiger des soins supplémentaires : • Convulsions prénatales • Césarienne ou autre chirurgie utérine • Déchirures périnéales du 3e ou 4e degré • Trois avortements spontanés ou plus • Complications fœtales ou du nouveau-né • Hémorragie du post-partum	• Angoisse ; doit être rassurée • Problèmes analogues pendant le présent cycle de procréation dépendent de la cause sous-jacente (complications suite à une tension artérielle élevée) • A peut-être besoin de soins d'un spécialiste ou d'un niveau de soins plus élevé pendant le cycle présent de procréation (césarienne précédente)	• Des problèmes analogues peuvent se présenter pendant ce cycle de procréation en fonction de la cause sous-jacente (à savoir, complications fœtales précédentes suite à la prééclampsie/éclampsie)
Excision	L'excision est une pratique courante dans certaines cultures.	• Certains types d'excision : – Obstruction de l'ouverture vaginale – Cause de grands chéloïdes ou kystes dermoïdes – Cause des ulcérations ou kystes infectés	
Anémie	L'anémie survient quand le taux d'hémoglobine tombe en dessous de 11 g/dl. C'est la carence en fer/folate qui en est la principale cause. Lorsqu'une femme est enceinte ou qu'elle allaite, son corps a besoin de plus de fer que d'habitude. Pour les femmes dans les pays en développement, il est parfois très difficile de répondre à ce besoin accru de fer car leur régime alimentaire ne compte pas suffisamment d'aliments riches en fer. De plus, l'anémie est souvent aggravée par les parasites (ankylostome) et, dans les pays endémiques, par le paludisme.	• Risque plus élevé de maladies et d'infections • Choc • Insuffisance cardiaque	• Insuffisance pondérale à la naissance • Infections • Risque accru de décès

Tableau 1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né *(suite)*

FACTEUR/CAUSE	DESCRIPTION/ INFORMATION GENERALE	EFFETS POSSIBLES SUR LA PATIENTE	EFFETS POSSIBLES SUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NE
VIH	Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) cause le SIDA. Le virus affaiblit le système immunitaire, rendant ainsi la personne infectée vulnérable aux infections opportunistes. Le VIH peut être accéléré par la grossesse et le VIH peut contribuer aux complications maternelles. De plus, le VIH peut être transmis de la femme au bébé pendant la grossesse et l'accouchement et par voie d'allaitement maternel. Plus de 90% des cas pédiatriques de VIH/SIDA sont causés par la transmission mère-à-enfant du VIH.	• Risque d'infections opportunistes telles que la tuberculose ou la candidose orale ou vaginale • Risque élevé d'affections coexistantes et d'infections du post-partum • Risque accru de dépression, d'angoisse et autres difficultés émotionnelles • Risque accru d'abandon et d'abus • Manque de soutien social à cause de la stigmatisation et discrimination entourant l'infection à VIH	• Risque accru de mortalité périnatale • Infection à VIH (dans l'utérus, pendant la naissance et par voie d'allaitement maternel) – L'infection augmente le risque de mortalité périnatale, de naissance prématurée, d'infections opportunistes, d'insuffisance pondérale à la naissance, limite la croissance intra-utérine et entraîne des carences en vitamines
HBV	Le virus de l'hépatite (HBV) est un virus qui peut être transmis sexuellement, par des aiguilles ou en partageant des brosses à dents et des rasoirs avec une personne infectée. HBV pourrait être la cause de 80% de cancers du foie dans le monde. Une femme avec une hépatite B peut transmettre le virus au fœtus.	• Hépatite chronique • Cirrhose • Cancer du foie	• Infection à HBV, pouvant aboutir à une hépatite chronique, à une cirrhose ou à un cancer du foie
Syphilis	La syphilis est une IST causée par le spirochète *Treponema pallidum*. Si la maladie n'est pas traitée pendant la grossesse, elle peut être transmise au fœtus par l'intermédiaire du placenta.	• Tumeurs des tissus mous • Lésions dans les vaisseaux sanguins, cœur, moelle épinière et cerveau • Risque accru d'avortement spontané	• Syphilis congénitale • Avortement spontané • Mort-né • Risque accru de mortalité
Tuberculose (TB)	La tuberculose est une infection bactérienne qui peut être transmise au fœtus. Elle est liée au VIH dans de nombreuses parties du monde.	• Infection dans les poumons, le système nerveux central ou les organes • Infection systémique généralisée	• Infection du nouveau-né, d'où arrêt de croissance ou décès
Paludisme	Le paludisme est une infection parasitaire transmise par les moustiques. Chaque année, on compte 300 à 500 millions de cas de paludisme et 1 million de décès imputables à cette maladie. Quarante pour cent de la population du monde est exposée au risque de contracter le paludisme. La prévention, le dépistage rapide et le traitement du paludisme lors de la période prénatale et du post-partum aident à réduire le nombre de décès et le taux de mortalité chez les femmes et les enfants. Le paludisme pendant la grossesse affecte la santé du nouveau-né et de la femme. Dans les régions à transmission stable, le paludisme chez les femmes est souvent asymptomatique. Les conséquences nuisibles pour la femme et le nouveau-né peuvent se présenter avant que la maladie ne soit reconnue.	• Avortement spontané • Anémie grave • Insuffisance rénale • Œdème pulmonaire • Fièvre élevée	• Mort-né • Insuffisance pondérale à la naissance • Paludisme congénital

Tableau 1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né *(suite)*

FACTEUR/CAUSE	DESCRIPTION/ INFORMATION GENERALE	EFFETS POSSIBLES SUR LA PATIENTE	EFFETS POSSIBLES SUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NE
Ankylostomiase	L'ankylostomiase est une infection parasitaire transmise par voie cutanée, provenant du sol qui contient les larves de l'ankylostome. L'ankylostome est un parasite intestinal qui infecte environ 1 milliard de personnes, soit 1/5 de la population mondiale. On trouve rarement l'ankylostome dans les climats secs mais, par contre, le ver peut infecter jusqu'à 80% de la population dans certaines régions tropicales et sous-tropicales.	• Anémie • Carence en protéines	
Avitaminose A	La grossesse s'accompagne de demandes accrues en vitamine A pour soutenir le système de reproduction maternelle, dont la croissance et le développement du fœtus. L'avitaminose A est un grave problème de santé publique en Afrique, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental. C'est la cause la plus courante de cécité chez l'enfant. La vitamine A est nécessaire en plus grandes quantités pendant la grossesse et l'allaitement maternel pour soutenir le processus de reproduction maternelle et prévenir la carence. L'avitaminose A chez la femme entraîne un transfert diminué de vitamine A vers le fœtus. L'approche générale sur le cycle entier de la vie consistant à fortifier l'alimentation et à améliorer le régime alimentaire est probablement la meilleure solution mais, parfois, il est nécessaire de faire appel à une supplémentation individuelle (gélules et régime alimentaire). Des doses élevées de vitamine A devant être évitées chez la femme enceinte, le meilleur moment pour se constituer des réserves de vitamine A chez les femmes en âge de procréer se situe pendant les 6 premières semaines après l'accouchement (avant le retour de fécondité).	• Cécité nocturne • Possibilité de risque accru de mortalité	• Transfert diminué de vitamine A vers le fœtus • Possibilité de risque accru de la transmission mère-à-enfant du VIH (si la femme est infectée)
Carence en iode	Cette carence tient d'un manque d'eau dans le régime alimentaire. La carence en iode est un grave facteur-risque pour les troubles de développement, tant physiques que mentaux, touchant, d'après les estimations, 1,6 milliard de personnes dans des contextes privés d'iode. Un plan national d'iodisation permet de réduire ces carences : c'est la solution idéale. Fortifier le sel et améliorer le régime alimentaire sont probablement les techniques les plus adéquates. Dans l'intermédiaire, il faudra probablement une supplémentation individuelle.	• Goitre • Pendant la grossesse : retard mental ou lésion cérébrale du bébé ainsi que mort-né, avortement spontané et mortalité néonatale accrue	• Retard mental • Lésions cérébrales • Mort-né • Avortement spontané • Risque accru de mortalité du nouveau-né
Diabète	Le diabète survient quand le pancréas ne produit plus suffisamment d'insuline, hormone qui aide le corps à conserver et à utiliser le sucre et les matières grasse provenant de la nourriture. Le diabète chez la femme peut être chronique ou le résultat de la grossesse.	• Peut entraîner un risque accru de mortalité et de morbidité maternelles s'il n'est pas contrôlé • La taille plus grande de bébés pour les femmes diabétiques peut contribuer à la disproportion céphalopelvienne et au travail dystocique	• Risque élevé de faible taux sanguin de sucre pendant les 3 premiers jours de la vie. Un faible taux sanguin de sucre peut léser les principaux systèmes de l'organe, être à l'origine de convulsions, de perte de connaissance et même de décès • Risque accru (3 fois plus élevé) de malformation congénitale • Risque accru de jaunisse

Tableau 1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né *(suite)*

FACTEUR/CAUSE	DESCRIPTION/ INFORMATION GENERALE	EFFETS POSSIBLES SUR LA PATIENTE	EFFETS POSSIBLES SUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NE
Ecart taille-date	La hauteur de l'utérus/taille de l'utérus est plus grande ou plus petite qu'elle ne devrait l'être normalement pour l'âge gestationnel. Cela peut être dû à des dates incorrectes, à un fœtus de grande taille, à une limitation de la croissance intra-utérine, à une grossesse ectopique, à un avortement spontané ou à une grossesse molaire.		
Brûlure à la miction	La femme a une sensation de brûlure à la miction.	• Protéinurie • Infection des voies urinaires • Infection rénale	
Rétention d'urine	La pression de la tête du fœtus sur l'urètre et la vessie lors du travail prolongé peut être la cause d'œdèmes et même de spasmes du spectre interne de la vessie, d'où une rétention urinaire pendant la période du post-partum.		
Rupture des membranes plus de 18 heures avant la naissance ; infection utérine ou fièvre pendant le travail ou la naissance	Des membres intacts protègent le fœtus et la femme contre l'infection. En cas de rupture précoce des membranes, les organismes à l'origine de maladies peuvent monter dans le liquide et la paroi de l'utérus, d'où une infection fatale du nouveau-né et/ou de la patiente.	• Septicémie	• Septicémie
Problèmes des seins et problèmes liés à l'allaitement maternel	Notamment mauvais positionnement du nouveau-né au sein, préoccupation de la mère qui craint de ne pas avoir suffisamment de lait, mamelons rentrés ou plats et mastite.	• Douleurs, telles qu'engorgement des seins et mamelons craquelés/douloureux • Découragement menant à plus de difficultés, voire même à l'arrêt de l'allaitement maternel	• Perte des avantages de l'allaitement maternel
Tristesse du post-partum (« blues »)	Se présentant du 3^{e} au 5^{e} jour après la naissance, la tristesse du post-partum (« blues ») peut être due à des changements hormonaux, l'arrêt soudain de tout l'effort physique du travail, l'expérience culminante de donner naissance, le relâchement émotionnel après l'angoisse de la naissance et la crainte du travail, les douleurs physiques de la période du post-partum et le manque de sommeil.	• Pleurs • Sentiment de tristesse • Sentiment d'être submergée par les événements • Irritabilité	
Déchirures périnatales du 1er, 2^{e} et 3^{e} degrés ; épisiotomie, défibulation?	Des patientes avec des déchirures périnéales ou qui ont eu une épisiotomies ou défibulation auront des douleurs et autres effets secondaires.	• Douleur périnéale • Saignement • Infection	
Subinvolution utérine	L'utérus a augmenté ou ne diminue pas de taille depuis la dernière visite ; augmentation des lochies.	• Fièvre • Douleur abdominale • Saignement	

Tableau 1-12. Bien-fondés pour soins supplémentaires pour besoins spéciaux maternels et fœtaux/nouveau-né *(suite)*

FACTEUR/CAUSE	DESCRIPTION/ INFORMATION GENERALE	EFFETS POSSIBLES SUR LA PATIENTE	EFFETS POSSIBLES SUR LE FŒTUS/NOUVEAU-NE
Complications précédentes ou décès précédents du nouveau-né	Des antécédents de complications ou de décès du nouveau-né peuvent indiquer une affection maternelle qui peut poser un problème pendant les premiers jours de la vie du nouveau-né.		• Mort-né • Décès du nouveau-né
Décès du nouveau-né ou mort-né	Le décès d'un nouveau-né est très tragique pour tous ceux concernés et s'accompagne de toute une gamme d'émotions pouvant avoir des conséquences significatives.	• Douleur et remords • Dépression • Désorientation • Isolation • Colère • Refus	
Bébé d'un poids insuffisant	Poids à la naissance de 2,5 kg (ou moins de 2 kg chez certaines populations).		• Problèmes respiratoires • Faible température du corps • Problèmes d'alimentation
Gros bébé	Poids à la naissance de 4 kg ou plus.	• Traumatisme pendant l'accouchement	• Traumatisme ou blessure lors de la naissance • Difficultés respiratoires suite à l'aspiration de méconium • Faible taux sanguin de sucre
Bébé avec coupures et abrasions qui ne saignent pas	Le matériel utilisé ainsi que les techniques employées pendant l'accouchement peuvent causer des coupures et abrasions pour le bébé.		• Risque accru d'infection • Peuvent indiquer une blessure qui a eu d'autres conséquences pour le bébé (os cassés, luxation, traumatisme des organes)

Complications susceptibles de mettre la vie en danger

Introduction

Certaines femmes et certains nouveau-nés peuvent présenter des signes de danger qui décèlent une affection pouvant s'avérer fatale ou dont le diagnostic et le traitement n'entrent pas dans la portée du présent manuel. Il est tout aussi important d'identifier les personnes qui ont de telles affections qu'il l'est d'identifier les femmes et les nouveau-nés qui évoluent normalement tout au long du cycle de procréation et de la période néonatale. Les soins initiaux pour ces femmes et les nouveau-nés qui sont couverts au **Chapitre 11** (**page 3-89**) portent sur les éléments suivants :

- Evaluation initiale rapide
- Stabilisation et autres premières mesures de prise en charge, tel que nécessaire
- Référence/transfert urgent vers un spécialiste ou un établissement dispensant des soins obstétricaux complets et essentiels

Evaluation initiale rapide et techniques de stabilisation

Une fois constatés les signes de danger, le prestataire qualifié réalise immédiatement une évaluation initiale rapide pour déterminer la gravité de la maladie, la nécessité de fournir des soins d'urgence/stabilisation et les gestes immédiats devant être effectués. Le prestataire qualifié évaluera la patiente ou le nouveau-né pour détecter les signes suivants :

- Détresse respiratoire
- Choc
- Convulsions ou perte de connaissance (et, pour les nouveau-nés, spasmes)

Si la patiente ou le nouveau-né nécessitent des techniques de stabilisation, le prestataire qualifié prend les mesures salvatrices indiquées pour stabiliser la patiente ou le nouveau-né avant de procéder avec les soins ou de décider d'un transfert urgent vers un niveau de soins plus élevé. Si la patiente ou le nouveau-né n'ont pas besoin d'être stabilisés, le prestataire qualifié fera une évaluation plus poussée pour chaque signe de danger qui se présente afin de déterminer si la patiente ou le nouveau-né ont besoin d'être transférés de manière urgente vers des soins spécialisés ou si on peut continuer à leur fournir des soins de base. Le **Tableau 1-13** (**page 1-42**) et le **Tableau 1-14** (**page 1-44**) décrivent les conditions éventuellement fatales qui peuvent être indiquées par divers signes de danger.

Tableau 1-13. Diagnostics possibles liés à des complications pouvant s'avérer fatales pour la mère

FACTEUR	DIAGNOTICS POSSIBLES
Saignement vaginal en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine)	• Grossesse ectopique • Menace d'avortement • Avortement inévitable • Avortement incomplet • Avortement complet • Grossesse molaire
Saignement vaginal en fin de grossesse (après la 22e semaine) ou lors du travail	• Décollement placentaire • Placenta praevia • Rupture de l'utérus
Saignement vaginal après l'accouchement	• Atonie utérine • Déchirures étendues du col, vagin, périnée et/ou des lèvres • Déchirures non étendues du col, vagin, périnée et/ou des lèvres • Rétention placentaire ou de fragments placentaires • Rupture de l'utérus • Inversion de l'utérus • Hémorragie retardée du post-partum
Céphalées graves, vision trouble, tension artérielle élevée, convulsions	• Prééclampsie/éclampsie • Epilepsie • Hypertension chronique • Méningite ou encéphalite • Tétanos • Paludisme
Difficultés respiratoires	• Anémie grave • Insuffisance cardiaque imputable à l'anémie ou à une maladie cardiaque • Pneumonie • Asthme bronchique • Œdème pulmonaire associé à une insuffisance cardiaque ou prééclampsie • Embolie pulmonaire
Fièvre	• Amnionite • Avortement septique • Pyélonéphrite aigüe • Métrite • Abcès (pelvien, plaie, sein) • Péritonite • Thrombose veineuse profonde • Pneumonie • Paludisme • Typhoïde • Hépatite

Tableau 1-13. Diagnostics possibles liés à des complications pouvant s'avérer fatales pour la mère *(suite)*

FACTEUR	DIAGNOSTICS POSSIBLES
Vives douleurs abdominales en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine)	• Grossesse ectopique • Avortement spontané/avortement septique • Péritonite • Appendicite • Pyélonéphrite aigüe • Kyste ovarien • Obstruction intestinale ou pancréatite
Vives douleurs abdominales en fin de grossesse (après la 22e semaine) ou lors du travail	• Travail prématuré • Décollement prématuré du placenta • Rupture de l'utérus • Amnionite • Appendicite • Pyélonéphrite aigüe • Péritonite • Obstruction intestinale ou pancréatite
Vives douleurs abdominales après l'accouchement	• Métrite • Rupture de l'utérus • Abcès pelvien • Péritonite • Pyélonéphrite aigüe • Kyste ovarien • Obstruction intestinale ou pancréatite
Contractions avant la 37e semaine de grossesse	• Travail prématuré
Déroulement défavorable du 1er ou 2e stade du travail	• Disproportion céphalopelvienne/travail dystocique • Activité utérine insuffisante, peut être causée par l'amnionite, apport calorifique insuffisant, apport de liquides insuffisant
Contractions utérines insuffisantes	• Activité utérine insuffisante, peut être causée par l'amnionite, apport calorifique insuffisant, apport de liquides insuffisant
Liquide amniotique teinté de méconium, absence de mouvement fœtal ou de battements cardiaques fœtaux, rythme cardiaque anormal du fœtus, procidence du cordon	• Détresse fœtale ou décès du fœtus
Partie fœtale (main, pied) sortant du vagin	• Mauvaise présentation/mauvaise position
Douleur au mollet	• Thrombose veineuse profonde
Pus, rougeur ou berges ouvertes de la ligne de suture périnéale ; pus ou drainage d'une déchirure non réfectée ; vive douleur d'une déchirure ou de l'épisiotomie	• Cellulite gangreneuse • Cellulite • Abcès • Fistule
Verbalisation/comportement qui indique qu'une femme risque de se nuire à elle-même ou au bébé ou hallucinations	• Psychose du post-partum • Dépression du post-partum

Tableau 1-14. Diagnostics possibles liés à des complications pouvant s'avérer fatales pour le nouveau-né

FACTEUR	DIAGNOSTICS POSSIBLES
Température anormale du corps (température axillaire inférieure à 36,5°C ou supérieure à 37,5°C)	• Exposition à une température ambiante faible ou élevée • Septicémie
Saignement	• Maladie hémorragique • Coagulopathie
Rougeur ou odeur malodorante de l'ombilic	• Infection de l'ombilic • Septicémie
Pus ou rougeur des yeux	• Ophtalmie gonococcique/conjonctivite • Conjonctivite chlamydienne • Conjonctivite staphylococcique
Pus ou lésions de la peau	• Cellulite/abcès • Septicémie • Syphilis congénitale
Jaunisse	• Septicémie • Carence en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G-6-PD) • Incompatibilité groupes sanguins/rhésus • Troubles d'obstruction : atrésie ou sténose intestinale, iléus méconial, maladie d'Hirschsprung
Distention abdominale	• Septicémie • Entérocolite ulcéro-nécrosante • Malformation ou obstruction gastro-intestinale soupçonnée
Diarrhée	• Déshydratation • Septicémie • Entérocolite ulcéro-nécrosante • Dysenterie/infection intestinale
Membre ou articulation enflée	• Fracture • Blessure lors de la naissance

CHAPITRE TROIS

OUTILS ESSENTIELS DES SOINS DE BASE

VUE GENERALE

Ce chapitre présente les quatre outils suivants nécessaires pour la prestation de soins de base de haute qualité :

- Prise de décisions cliniques
- Compétences interpersonnelles
- Prévention des infections
- Tenue de dossiers

Ces outils sont utilisés lors de chaque composante des soins de base fournis par tout le personnel d'un établissement de santé (tel que spécifié dans leurs tâches).

PRISE DE DECISIONS CLINIQUES

Lorsqu'il décide des soins dont a besoin une patiente ou un nouveau-né, le prestataire qualifié exécute une démarche de réflexion organisée et intentionnelle, connue sous le nom de prise de décisions cliniques. Si la démarche est continue et circulaire, elle peut pourtant être répartie en une série d'étapes reliées les unes aux autres qui, souvent, se déroulent simultanément. Ces étapes aident le prestataire qualifié à recueillir l'information nécessaire pour arriver à un jugement bien informé sur l'état de la personne, commencer à fournir les soins demandés et évaluer l'efficacité des soins fournis. Tout au long des soins fournis à une patiente ou à son bébé, le prestataire qualifié refait, à maintes reprises, le déroulement de la prise de décisions cliniques puisque la situation clinique change et que différents besoins ou problèmes se présentent. Les étapes de la prise de décisions cliniques sont les suivantes :

- Recueillir l'information
- Interpréter l'information
- Formuler un plan de soins
- Appliquer le plan de soins
- Evaluer le plan de soins

Recueillir l'information

Lors de cette étape, le prestataire qualifié rassemble une information provenant de l'anamnèse ciblée, de l'examen physique et des tests afin de déterminer les besoins individuels et les éventuels problèmes qu'il faudra traiter. Alors qu'il progresse tout au long de l'évaluation, il est essentiel de tenir compte de l'information recueillie lors de chaque partie (anamnèse, examen physique, test) dans le contexte d'autres parties. En effet, cette approche aide le prestataire qualifié à déterminer/orienter les tests et à arriver à des diagnostics plus exacts puisque chaque observation ou résultat est considéré en relation avec d'autres résultats plutôt que comme un fait isolé. L'information collectée recoupe d'une part ce que le prestataire qualifié observe et d'autre part, ce que la patiente lui indique à propos d'elle-même et de son bébé.

Interpréter l'information

Le prestataire qualifié doit ensuite interpréter l'information réunie pour établir un diagnostic. L'interprétation se déroule de la manière suivante :

- Comparer les signes/symptômes et autres résultats par rapport aux normes acceptées de santé et de maladie et juger ainsi s'ils sont normaux ou anormaux

- Envisager toutes les affections dont on sait qu'elles peuvent entraîner tout signe/symptôme anormal noté
- Eliminer les affections qui n'entrent pas dans l'optique clinique
- Ecarter les affections les plus graves, si elles sont peu probables
- Etudier davantage chaque signe/symptôme anormal (quand est-ce qu'il a commencé, est-il douloureux ou grave, quels sont les autres signes/symptômes qui l'accompagnent, etc.)
- Envisager ces signes/symptômes dans le contexte d'autres facteurs, par exemple, l'âge de la patiente ou du nouveau-né et les antécédents
- Consulter d'autres sources d'information fiable et à jour, par exemple, les manuels de référence et les spécialistes cliniques pour obtenir, le cas échéant, l'information supplémentaire nécessaire

Formuler un plan de soins

Se basant sur l'évaluation, le prestataire qualifié et la patiente peuvent formuler ensemble un plan de soins adéquat qui est également individualisé pour répondre aux besoins uniques de la patiente et/ou du nouveau-né (préférences individuelles, style de vie, croyances culturelles, statut socioéconomique).

Mettre en oeuvre le plan de soins

Une fois formulé le plan de soins, celui-ci est traduit en mesures concrètes. L'application du plan de soins est une responsabilité qui est partagée par le prestataire qualifié (par exemple, administrer la vaccination antitétanique) et la patiente et sa famille (par exemple, procéder aux préparations pour la naissance et les préparatifs en cas de complications ou garder le bébé au chaud par le contact peau-à-peau).

Evaluer le plan de soins

L'évaluation du plan de soins ne se limite pas à être une étape de la prise de décisions cliniques : elle relève d'un processus continu. Le prestataire qualifié suit continuellement la réponse de la patiente au traitement et est prêt à changer le plan de soins si c'est nécessaire. Si le plan n'obtient pas le résultat souhaité, une information supplémentaire devra être collecteée et interprétée pour pouvoir revoir le plan. Un plan est efficace s'il permet d'arriver aux résultats suivants :

- Etre exécuté par la patiente, son système de soutien/soins et le prestataire qualifié
- Améliorer ou maintenir le niveau de santé général de la patiente ou du nouveau-né
- Transformer les résultats anormaux pour les remettre dans la fourchette normale
- Répondre aux besoins d'information, de directive et de soutien de la patiente
- Etre reconnu comme un plan utile qui l'aide par la patiente et sa famille
- Mettre à jour de nouveaux besoins en santé à considérer ou changements à réaliser

COMPETENCES INTERPERSONNELLES

Ce sont les compétences interpersonnelles qui permettent aux personnes d'être en contact entre elles. Les prestataires qualifiés doivent être dotés de bonnes compétences interpersonnelles pour établir une communication ouverte avec les patientes et un climat empreint de confiance et de respect mutuels.

En général, les prestataires qualifiés devraient :

- Créer un contexte de soins sûr et confortable dans lequel la patiente et sa famille se sentent bien accueillis (**Annexe 1, page 4-1**)

- Encourager la continuité des soins pour que la patiente voie aussi souvent que possible le même prestataire qualifié
- Utiliser de bonnes compétences de communication lorsqu'il fournit les services à la patiente et au nouveau-né
- Traiter la patiente et le nouveau-né avec respect et courtoisie
- Assurer le caractère privé et le droit à l'intimité
- Répondre aux besoins affectifs de la patiente en plus de ses besoins physiques
- Faire preuve d'une attitude professionnelle avec les patientes et les collègues

Communication efficace

De bonnes compétences de communication sont un aspect essentiel de la prestation de soins de santé de haute qualité pour la patiente et le nouveau-né. En effet, une bonne communication renforcera la confiance d'une patiente dans le prestataire et elle sera donc plus susceptible de rechercher les soins nécessaires pour elle-même ou le bébé, de suivre les recommandations et de revenir pour les visites de suivi.

Voici diverses manières dont le prestataire qualifié peut établir une véritable communication avec les femmes et leur famille tout au long du cycle de procréation. L'**Encadré 1-5** (**page 1-48**) fait ressortir des compétences qui sont particulièrement utiles au moment du travail/naissance et lors de la période du post-partum néonatale.

- Utiliser un langage simple, clair et compris localement (ou un traducteur, si nécessaire), ainsi qu'une terminologie que la patiente comprend.
- Parler avec un ton de voix calme et aimable/amical.
- Etre sensible et respecter les normes sociales et les croyances et pratiques culturelles (**page 1-9**).
- Faire appel à une communication non verbale appropriée dans la culture (sourire, regarder directement la patiente, éviter les mouvements qui sont source de distraction et faire des pauses ou observer des moments de silence).
- Faire ressortir l'information importante en la récapitulant ou en la répétant.
- Encourager la femme à poser des questions et à faire part de ses préoccupations.
- Ecouter attentivement ce que la patiente veut dire, éviter de l'interrompre et prendre des notes, si nécessaire.
- Répondre directement aux questions de la femme de manière calme et rassurante.
- Etre honnête avec la patiente et ne pas avoir peur de reconnaître si on ne sait pas quelque chose.
- Demander à la patiente de répéter les points essentiels ou les grandes recommandations pour être sûr qu'elle les comprend bien ou lui donner des exemples ou encore une information écrite (si disponible) pour qu'elle se rappelle les instructions.
- Respecter le droit de la patiente à prendre des décisions à propos de sa vie et de celle de son bébé et lui laisser le temps nécessaire pour qu'elle puisse prendre des décisions importantes.
- Faire preuve d'empathie et renforcer, par les mots et la communication non verbale, qu'il revient à un prestataire qualifié d'aider et de soutenir, tel est son rôle, ce n'est pas à lui de juger la patiente et sa famille.
- Remercier la patiente et sa famille d'être venues, à la fin de chaque visite.

Encadré 1-5. Compétences interpersonnelles pendant le travail/l'accouchement et lors de la période du post-partum/néonatale

Les compétences interpersonnelles générales recommandées dans cette section seront utilisées lors de tous les aspects de la prestation des soins de base. Il existe toutefois certaines recommandations spéciales pour le travail et l'accouchement, ainsi que pour la période du post-partum/néonatale.

Travail et accouchement

- Rester sensible à la douleur physique et état émotionnel de la patiente.
- Garder la patiente informée du déroulement du travail.
- Lors de l'examen physique, laisser la patiente bouger pendant une contraction si elle le souhaite.
- Apporter un soutien affectif et physique continu, tel qu'indiqué pendant le travail et l'accouchement. Tenir compte du bien-être émotionnel, du confort et des souhaits de la patiente, ainsi que de ses besoins physiques. (Pour de plus amples informations sur les mesures de soutien lors du travail et de l'accouchement, voir **Tableau 2-7** [**page 2-49**].)
- Féliciter la patiente et l'encourager, la rassurer à propos de son état et du bien-être du bébé.

Période du post-partum/néonatale

- Laisser la patiente et le bébé ensemble autant que possible.
- Encourager la patiente dans ses capacités maternelles :
  - La féliciter de tout ce qu'elle fait bien
  - L'aider à avoir confiance en elle-même en utilisant des messages verbaux et non verbaux
  - La rassurer, lui indiquant qu'elle est capable de s'occuper de son nouveau-né
  - Ne pas faire de critiques, mais plutôt des suggestions aimables et constructives
- Reconnaître continuellement l'existence du bébé, l'appelant par son nom.
- Expliquer que quelqu'un s'occupe du bébé et qu'il est dans un endroit sûr pendant que la patiente a un examen physique.
- En observant l'allaitement maternel, aider la patiente à être relaxée et à avoir confiance ; ne pas presser la patiente et le bébé. Renforcer par des mots et une communication non verbale la présence du prestataire qualifié qui est là pour l'aider et la soutenir et non pas pour la juger, elle ou son bébé.
- Collaborer avec la famille pour concevoir des stratégies pour les obstacles/problèmes pouvant se présenter pendant la période immédiate du post-partum/néonatale (par exemple, la mère a besoin de plus de repos).

Caractère privé et droit à l'intimité

Une atmosphère qui respecte le caractère privé et le droit à l'intimité protège la sécurité et la dignité de la patiente et elle sera bien plus prête à communiquer ouvertement. Il serait bon que la zone des soins de la patiente soit une pièce séparée avec une porte qui puisse être fermée à clé, mais il existe d'autres changements simples qui permettent de nettement améliorer le droit à l'intimité pendant les consultations. Par exemple, on peut tirer les rideaux pour respecter le droit à l'intimité d'une patiente lors d'un examen physique.

Toute l'information qu'apporte une patiente pendant la visite doit rester confidentielle. La confidentialité signifie que, sans le consentement de la patiente, les agents de soins de santé et le personnel de l'établissement ne peuvent pas discuter de cette information avec le partenaire de la patiente, sa famille, la personne qui l'a accompagnée à l'établissement ou tout autre membre du personnel de l'établissement qui ne participe pas directement à ses soins et à son traitement (exception faite toutefois, lorsque c'est nécessaire, en cas d'urgence médicale très grave).

Les mesures mentionnées ci-après aident à vérifier que le droit à l'intimité de la patiente est respecté.

- La salle d'attente doit être suffisamment éloignée des lieux où sont dispensés les soins pour que les patients qui attendent n'entendent pas l'information à propos de la patiente ou du nouveau-né qui sont en train d'être soignés.
- Fermer à clé les portes de la zone des soins de la patiente pendant la visite et/ou tirer les rideaux pour qu'on ne puisse rien entrevoir dans cette zone.

- Si une chambre séparée n'est pas disponible pour la visite de la patiente ou du nouveau-né, faire l'anamnèse et discuter de questions personnelles dans une zone où d'autres personnes ne peuvent pas entendre la conversation et limiter le passage du personnel de l'établissement et de visiteurs dans cette zone.
- Demander à la patiente de décider si elle veut que son accompagnant soit présent pendant la visite.
- Parler avec une voix faible en discutant des antécédents ou de l'état de santé actuel de la patiente ou de son nouveau-né.
- Ranger dans un endroit sûr les dossiers médicaux où seul le personnel autorisé peut les consulter.

Lors de l'examen physique, les étapes suivantes permettent de vérifier que le droit à l'intimité de la patiente est respecté.

- Demander à la patiente de retirer ses habits uniquement si c'est nécessaire.
  - Retirer les vêtements du haut pour une inspection des seins.
  - Retirer les vêtements du bas pour un examen génital.
  - Retirer ou ouvrir les vêtements du haut et du bas pour un examen abdominal.
- Remettre à la patiente un drap ou des couvertures pour couvrir les parties du corps qui ne sont pas examinées.
- Si une patiente doit se déshabiller avant l'examen physique, sortir de la pièce pendant qu'elle le fait.
- Demander l'autorisation de la patiente avant de rentrer à nouveau dans la pièce pour faire l'examen physique.

Etapes garantissant le droit à l'intimité de la patiente lors de soins à domicile.

- Laisser la patiente décider l'endroit dans la maison où elle souhaite avoir la visite.
- Etre prêt à demander aux membres de la famille de sortir pour assurer le droit à l'intimité.

Examen physique

La patiente risque d'être nerveuse et angoissée à propos de l'examen physique ou de l'examen de son bébé. Les compétences interpersonnelles mentionnées ci-après aideront le prestataire qualifié à mettre la patiente à l'aise.

- Expliquer à la patiente ce qui se passe et les raisons.
- Encourager et soutenir.
- Préserver son droit à l'intimité (**page 1-48**) et respecter sa pudeur.
- Vérifier que la patiente est installée de manière confortable sur la surface de l'examen (l'aider à se mettre sur la surface, lui donner un oreiller pour soutenir sa tête, lui demander de respirer de manière profonde pour l'aider à se détendre).
- Etre attentionné et éviter les mouvements brusques.
- Encourager la patiente à poser des questions et à parler de ses préoccupations.
- Demander l'autorisation/consentement de la patiente avant de procéder avec l'examen ou l'intervention.
- Discuter des résultats tout au long de l'examen, vérifiant que la patiente comprend ce qu'ils signifient.
- Respecter les normes sociales ainsi que les croyances et pratiques culturelles.

Conseils et messages de santé

Les conseils (le « counseling ») ainsi que les messages de santé visent à apporter à la patiente l'information essentielle pour améliorer et maintenir sa santé ou la santé de son bébé et faciliter la prise de décisions et, si

nécessaire, le changement de comportement. En lui donnant ces conseils et messages de santé, on confère à la mère les moyens de devenir une participante active à ses propres soins de santé et à ceux de son nouveau-né. Les thèmes sont les suivants : préparation à la naissance et préparation en cas de complications ; problèmes courants ; signes de danger ; conseils prétest et post-test pour le dépistage du VIH ; relations sexuelles sans risques ; planification familiale et options d'alimentation du nouveau-né. Les messages de santé varient tout au long de la continuité des soins lors du cycle de procréation et de la période néonatale.

Lorsqu'il communique les messages de santé, le prestataire qualifié donne des indications pratiques aidant la patiente, par exemple, des informations en matière de nutrition ou sur la manière de reconnaître et de répondre à une urgence. Lorsqu'il donne des conseils, le prestataire qualifié apporte assistance et soutien pour que la patiente sache appliquer des messages de santé dans sa vie, adopter des pratiques saines, résoudre les problèmes et prendre des décisions informées.

Les principes clés mentionnés ci-après guident l'apport de messages de santé et de counseling efficaces.

- Les compétences nécessaires pour apporter les messages de santé et le counseling s'inspirent de celles utilisées lors d'une communication efficace (**page 1-47**).
- Les messages sont surtout utiles pour la patiente et la famille lorsqu'ils :
  - Se fondent sur des solutions disponibles localement et réalistes du point de vue financier
  - Insistent sur ce que la patiente devrait faire et comment le faire (plutôt que sur les raisons)
  - Sont faciles à comprendre, à se rappeler et à appliquer par la patiente
- Les conseils et le counseling seront intégrés chaque fois que possible avec d'autres composantes du plan de soins (par exemple, lors de la distribution de fer/folate, le prestataire qualifié peut également indiquer à la patiente le mode d'emploi, l'informer des sources alimentaires de fer/folate, lui indiquer comment soulager les effets secondaires courants et fournir une information sur d'autres questions connexes).
- A l'instar d'autres composantes du plan de soins, les messages de santé et le counseling devraient être individualisés pour répondre aux besoins et circonstances de la patiente (**Encadré 1-6**, ci-après).

Encadré 1-6. Individualiser les messages de santé et le counseling

Il est important de donner un ordre prioritaire aux thèmes pour individualiser les messages de santé et le counseling. Ainsi, on choisit des thèmes dont on parlera et/ou sur lesquels on insistera en fonction de ce qui est le plus important : (1) dans différentes situations cliniques ; et (2) à différents moments du cycle de procréation et de la période périnatale. Cet ordre prioritaire est important car le prestataire qualifié n'a qu'un temps limité qu'il peut consacrer à chaque patiente et nouveau-né et, par ailleurs, la patiente ne peut absorber qu'une certaine quantité d'information lors de chaque visite.

- D'abord, répondre aux questions ou préoccupations de la patiente.
  - La patiente est plus susceptible d'utiliser l'information si celle-ci répond aux besoins qu'elle a elle-même identifiés.
  - Prêter attention aux problèmes existants, même s'ils ne sont pas trop graves, car il est important de se préparer aux urgences possibles.
- Ensuite, donner à la patiente les messages essentiels pouvant avoir un effet direct ou immédiat sur la santé ou la survie de la mère et du bébé. Conseils et counseling sur ces thèmes sont une partie importante de chaque consultation, par exemple, les préparations à l'accouchement et les préparatifs en cas de complications.
- Enfin, communiquer d'autres messages qui aident la patiente à : (1) renforcer ou maintenir sa santé et celle de son bébé ; (2) comprendre et observer le plan de soins ; (3) faire face aux aspects émotionnels et physiques de sa situation ; et (4) préparer la phase suivante du cycle de procréation ou de la période néonatale. Nutrition, repos, hygiène, planification familiale et relations sexuelles en sont des exemples.
  - Certains messages seront classés par ordre de préférence en fonction de leur degré de pertinence. Par exemple, si la planification familiale n'est couverte que brièvement lors de la période prénatale, il faudrait pourtant en discuter de manière bien plus approfondie dans la période du post-partum.
  - Tous les messages ne conviennent pas pour toutes les patientes. Par exemple, certaines femmes auront besoin de plus de conseils/counseling sur l'allaitement maternel, alors que d'autres pourront se passer de ces directives. Il revient au prestataire qualifié d'évaluer continuellement si telle ou telle patiente a besoin de messages de santé particuliers.

- Le counseling et les messages de santé doivent respecter la patiente, sa famille et leurs normes sociales, ainsi que leurs croyances/pratiques culturelles.
- Le counseling doit être dispensé de manière à donner à la patiente les moyens de faire un choix informé (par exemple, ne pas essayer de persuader la patiente de prendre telle décision en particulier ou telle mesure).
- Il est également important d'engager le système de soutien de la patiente dans les conseils et le counseling. Son partenaire, compagnon ou les membres de la famille peuvent l'aider à appliquer les recommandations, exécuter les plans et prendre les décisions importantes.
- Il est important de maintenir une liste à jour des sources locales de soutien et d'assistance pour que le prestataire qualifié puisse orienter rapidement la patiente et sa famille vers les sources adéquates.
- Une éducation en groupe devrait être utilisée pour introduire ou compléter (et non pas remplacer) le counseling individuel et les messages de santé (**Encadré 1-7**, ci-après).

Encadré 1-7. Conseils pour réaliser une séance efficace d'éducation en groupe

- Tenir compte des besoins culturels locaux. Choisir des thèmes appropriés et utiliser des mots que le groupe comprend.
- Encourager tous les clients à participer à la séance d'éducation en groupe.
- Introduire clairement le thème ou les thèmes et préciser les objectifs de la séance.
- Poser des questions pour voir ce que le groupe sait avant de fournir toute l'information. Point besoin de donner des informations que le groupe connaît déjà.
- Utiliser une approche interactive. Poser des questions, y répondre et encourager les membres du groupe à poser des questions.
- Féliciter les membres du groupe lorsqu'ils participent.
- Utiliser de manière appropriée le matériel de l'éducation des clients.
- Maintenir le contact visuel avec le groupe.
- Parler suffisamment fort pour que tout le monde puisse entendre.
- Récapituler les points essentiels.
- Même si le prestataire qualifié ne facilite pas la séance d'éducation en groupe, il devrait bien connaître la manière dont ces séances sont réalisées et les thèmes qui sont traités dans son établissement.

Encouragement et soutien

Le cycle de procréation représente un moment de difficultés et de possibilités pour une femme. Le prestataire qualifié devrait l'aider à trouver des stratégies pour résoudre les problèmes et pour cerner les possibilités d'augmenter ses connaissances et compétences générales.

- Chaque fois que possible, noter et féliciter la patiente pour toutes les choses qu'elle fait bien.
- Utiliser des suggestions aimables et constructives et ne pas juger ou critiquer la patiente.
- Apporter un soutien psychologique et une aide pratique.
- Faire preuve d'empathie et montrer que l'on comprend la situation et les préoccupations de la patiente.
- Chaque fois que c'est approprié, lui montrer que ses problèmes sont partagés par un grand nombre d'autres femmes dans sa situation.
- Prendre les mesures qui assurent son confort physique (linge frais pendant le travail, couverture chaude après la naissance), tel que nécessaire et approprié.
- Si c'est approprié, montrer au partenaire, au compagnon ou à la famille de la patiente comment ils peuvent l'aider.

PREVENTION DES INFECTIONS[1]

L'infection du post-partum (ou septicémie puerpérale), représentant 15% de tous les décès maternels dans les pays en développement, est l'une des causes principales du décès maternel.[2] Chaque année, les avortements à risques et infections connexes contribuent également à un grand nombre de décès maternels. Les nouveau-nés sont exposés à un risque accru de contracter les infections car leur système immunitaire n'est pas encore entièrement développé. Chaque année, 2,5 millions de bébés meurent des suites du tétanos ou d'autres infections.

Les agents de soins de santé et le personnel de soutien ne sont pas non plus à l'abri du risque de contracter une infection—lorsqu'ils soignent les patientes et les nouveau-nés tout au long du cycle de procréation car ils peuvent être infectés par les instruments chirurgicaux contaminés, le sang ou les liquides organiques et autres articles infectieux. Les maladies infectieuses transmises par voie sanguine, telles que l'hépatite B, C et D et le VIH, continuent à se propager rapidement et les agents de soins de santé et les patients sont exposés à un risque accru de contracter une infection lors d'une consultation ou intervention chirurgicale de caractère routinier.

Les pratiques de prévention des infections (PI)[3] visent à prévenir l'infection et la transmission de maladies, tant aux patientes qu'au personnel de santé. En effet, si les bonnes précautions ne sont pas prises, les gens risquent de tomber malades ou de mourir. Aussi, les pratiques de PI doivent-elles être intégrées de manière suivante à chaque volet des soins maternels et néonatals, tel que nécessaire pour protéger la mère, le nouveau-né, l'agent de soins de santé et tous les autres membres du personnel de l'établissement sanitaire :

- Minimiser les infections imputables aux micro-organismes
- Diminuer le risque de transmettre des maladies pouvant s'avérer fatales, telles que l'hépatite B, C et D et le VIH à la patiente et au nouveau-né ainsi qu'aux agents de soins de santé et au personnel de l'établissement sanitaire, y compris le personnel de nettoyage et d'entretien

Non seulement doit-il observer les pratiques de PI lorsqu'il dispense les soins, mais le personnel de santé doit également réduire le risque d'infection en évitant des pratiques traditionnelles nuisibles et en s'entretenant avec les patientes et leur famille à propos de pratiques saines.

Comment fonctionnent les pratiques de prévention des infections

On ne peut pas voir à l'œil nu les micro-organismes. Un instrument chirurgical peut avoir l'air propre même s'il est contaminé par des micro-organismes. Les pratiques de PI interrompent le cycle de transmission soit en détruisant les micro-organismes, soit en empêchant la transmission d'une source à une autre. Par exemple, si on se lave les mains avant une intervention et si on désinfecte, on interrompt le cycle au stade du réservoir. Par ailleurs, le lavage des mains, le nettoyage, le traitement des instruments et les précautions prises en utilisant des instruments pointus et coupants sont autant de mesures qui interrompent le cycle au niveau de la transmission. Eviter les blessures avec des instruments coupants permettra d'interrompre le cycle au stade de l'entrée. Les pratiques de PI se recoupent et ont un effet cumulatif. En appliquant correctement et régulièrement toutes les pratiques de PI, on diminue grandement le risque de causer une infection ou de transmettre une maladie.

---

[1] La plupart de l'information de la section sur la Prévention des Infections a été adaptée de *Infection Prevention Guideines for Healthcare Facilities with Limited Resources (Directives pour la prévention des infections pour les établissements de santé avec des ressources limitées)*. Tietjen L, D Bossemeyer, N McIntosh. 2003. Corporation JHPIEGO : Baltimore, MD.

[2] Organisation mondiale de la Santé. 1996. *Puerperal Sepsis Module, Safe Motherhood.* OMS : Genève.

[3] Les termes « universelles » ou « précautions standard » concernent certaines des pratiques de PI qui visent à protéger le personnel de soins de santé. Les pratiques de PI incluent mais ne sont pas limitée aux précautions universelles ou standard.

Principes de la prévention des infections

Les pratiques de PI se fondent sur les principes mentionnés ci-après.

- Toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection car les infections risquent d'être présentes même si elles sont asymptomatiques.
- Chaque personne est présumée courir le risque de contracter une infection.
- La méthode la plus sûre pour éviter la contamination croisée est de se laver les mains (ou de se frotter les mains avec une solution à base d'alcool).
- Mettre des gants aux deux mains avant de toucher quoi que ce soit de mouillé—plaies ouvertes (solution de continuité), muqueuses, sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excrétions)—ou en exécutant une intervention chirurgicale.
- Utiliser des protections (lunettes de protection, masques faciaux ou tabliers) si des liquides organiques risquent de gicler ou de se répandre.
- Utiliser des agents antiseptiques pour nettoyer la peau et les muqueuses avant certaines interventions ou pour nettoyer les plaies.
- Tous les agents de santé et le personnel de l'établissement observent des pratiques de travail sans risques (ne pas recapuchonner ou plier les aiguilles, traitement les instruments comme il convient et suturer avec des aiguilles émoussées si c'est indiqué).
- Les services sont nettoyés régulièrement et les déchets sont jetés avec les précautions qui s'imposent.
- Le personnel de l'établissement de santé qui en contact direct avec les patients reçoit autant que possible les vaccinations suivantes :
  - Rubéole
  - Rougeole
  - Virus de l'hépatite B
  - Oreillons
  - Grippe (tous les ans)

Pratiques de prévention des infections

Lavage des mains

Le lavage des mains est la méthode la plus pratique pour prévenir la propagation des infections. Se laver avec de l'eau et du savon (si les mains sont visiblement propres et ne sont pas contaminées avec du sang ou des liquides organiques, les désinfecter en utilisant un lavage antiseptique) dans les situations suivantes :

- Avant et après chaque examen
- Après exposition à du sang, des liquides organiques ou des instruments contaminés, même si l'on portait des gants
- Avant et après avoir retiré les gants qui peuvent être percés et avoir des trous invisibles
- En arrivant et en quittant les lieux du travail

Pour se laver les mains :

- Bien mouiller les mains avec de l'eau propre
- Se laver les mains pendant 10–15 secondes avec de l'eau courante ou versée à l'aide d'un récipient et du savon

- Laisser les mains sécher à l'air libre ou les sécher avec un papier absorbant ou un essuie-mains à usage personnel

A moins que les mains ne soient visiblement sales, un frottage antiseptique sans eau, à base d'alcool, est plus efficace pour laver les mains que le lavage avec du savon. Une solution antiseptique peut être préparée en ajoutant 2 ml de glycérine (ou autre émollient) à 100 ml de solution d'alcool éthylique ou isopropylique à 60%–90%.

Utiliser les directives ci-après pour se nettoyer les mains avec frottage antiseptique.

- Appliquer suffisamment d'antiseptique pour couvrir la surface entière des mains et des doigts (environ une cuillérée à café).
- Se frotter vigoureusement les mains avec la solution, surtout entre les doigts et sous les ongles, jusqu'à ce qu'ils soient secs.

Antisepsie

Combinée à une bonne hygiène des mains et autres pratiques de PI, une bonne antisepsie aide à prévenir les infections en diminuant le nombre de micro-organismes sur la peau.

Utiliser les directives ci-après pour la préparation de la peau pour les injections.

- Si la peau est propre, il n'est pas nécessaire d'utiliser un antiseptique avant de faire une injection cutanée.
- Si le site de l'injection semble sale, le laver avec de l'eau et du savon.
- Sécher avec une serviette propre et ensuite, faire l'injection.

En nettoyant les parties génitales avant et après la naissance, laver la partie génitale externe avec de l'eau et du savon ou avec un antiseptique si c'est nécessaire.

Note : Demander à la patiente si elle a des réactions allergiques à un antiseptique. Utiliser un produit à base d'eau (tel que l'iodoforme ou chlorhexidine), car les alcools ou produits contenant de l'alcool peuvent brûler et irriter les muqueuses.

Port de gants

Les gants représentent la meilleure protection physique pour prévenir la propagation des infections. Ils protègent les mains du personnel soignant qui doit entrer en contact avec du matériel infectieux et ils protègent les patientes contre des micro-organismes qui se trouvent sur les mains des soignants. L'utilisation de gants ne remplace pas l'hygiène des mains. Les gants devraient être portés dans les situations suivantes :

- S'il existe un risque de contact avec une plaie ouverte, des muqueuses, du sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excrétions)
- Pour pratiquer une intervention invasive
- En touchant/manipulant des instruments contaminés, des gants contaminés, des déchets médicaux ou des déchets contaminés ou en touchant des surfaces contaminées

Observer les directives indiquées ci-après pour l'utilisation de gants.

- Une paire de gants séparée doit être utilisée pour chaque patiente et nouveau-né pour éviter de transmettre l'infection entre les patientes.

- Jeter avec les précautions qui s'imposent les gants après un contact avec une patiente. Avant de retirer les gants, plonger les mains dans une solution de chlore à 0,5% et, si on ne réutilise pas les gants, les placer dans un sac ou un récipient étanche.
- Porter des gants désinfectés à haut niveau (DHN) ou stériles pour toute intervention demandant un contact avec une plaie ouverte, un tissu sous la peau (examen pelvien, accouchement ou réfection vaginale ; voir **Tableau 1-15** [**page 1-56**]).
- Porter des gants d'examen propres pour installer une voie veineuse, prélever du sang ou manipuler du sang ou des liquides organiques.
- Porter des gants d'entretien pour le nettoyage des instruments, l'élimination des déchets, le nettoyage du sang et des liquides organiques.
- Si la quantité de gants est limitée, des gants chirurgicaux peuvent être réutilisés s'ils ont été :
  - Décontaminés par trempage dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes ;
  - Lavés puis rincés ; et
  - Stérilisés ou désinfectés à haut niveau.
- Si des gants chirurgicaux à usage unique sont réutilisés, ne pas les traiter plus de trois fois car de petits trous invisibles risqueraient de se former.
- Ne jamais utiliser des gants qui sont craquelés ou qui ont des trous ou des déchirures visibles.
- Toujours retirer par les manchettes les gants utilisés ou contaminés.
- Placer les gants utilisés ou contaminés dans un récipient pour déchets ; si les gants sont réutilisés, les placer dans une solution de chlore à 0,5%.

Ce qu'il fait faire et ce qu'il ne faut pas faire.

- Porter des gants bien ajustés, surtout les gants chirurgicaux. Des gants qui ne sont pas bien ajustés à la main limitent la capacité du personnel soignant à exécuter une tâche et peuvent se déchirer plus facilement.
- Se couper les ongles courts (pas plus de 3 mm au-delà du bout du doigt) pour réduire le risque de déchirure.
- Tirer les gants sur les manches de la blouse, pour protéger les poignets.
- Utiliser des lotions pour mains solubles à l'eau (sans huile) et des crèmes hydratantes pour éviter que les mains ne soient gercées.
- Ne pas utiliser de lotions ou de crèmes à base d'huile. Celles-ci endommagent les gants chirurgicaux et d'examen en latex.
- Ne pas utiliser de lotions et de crèmes hydratantes qui sont très parfumées car elles irritent la peau sous les gants.
- Ne pas utiliser de gants dans des endroits où les températures sont extrêmes (au soleil, près du chauffage, près d'un climatiseur, etc.). Ces conditions peuvent endommager les gants et réduire leur efficacité en tant que barrières de protection.

Tableau 1-15. Exigences en matière de gants pour la pratique des gestes médicaux et obstétricaux courants

TACHE OU ACTIVITE	LES GANTS SONT-ILS NECESSAIRES?	GANTS PREFERES[1]	GANTS ACCEPTABLES
Vérification de la tension artérielle	Non		
Prise de température	Non		
Injection	Non		
Prélèvement de sang	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Mesure de l'hémoglobine	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Analyse des urines	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Test RPR	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Pose de sonde	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Insertion et retrait d'une perfusion IV	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Examen génital (dont examen pour déceler les déchirures)	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN
Examen pelvien (spéculum et bimanuel)	Oui	Gants d'examen[2]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Accouchement par voie basse	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants d'examen[2] ou chirurgicaux DHN[4]
Traitement de la procidence du cordon	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Rupture artificielle des membranes	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Episiotomie	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Réfection de l'épisiotomie, des déchirures cervicales, vaginales et périnatales et défibulation	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Délivrance artificielle du placenta ou des fragments placentaires et correction de la version utérine	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3] (utiliser des gants jusqu'aux coudes, si possible)	Gants chirurgicaux DHN[4] (utiliser des gants jusqu'aux coudes, si possible)
Extraction par ventouse	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants d'examen[2] ou chirurgicaux DHN[4]
Compression bimanuelle de l'utérus	Oui	Gants chirurgicaux stériles[3]	Gants chirurgicaux DHN[4]
Manipulation et nettoyage des instruments	Oui	Gants d'entretien[5]	Gants d'examen[2] ou chirurgicaux DHN[4]
Elimination des déchets contaminés	Oui	Gants d'entretien[5]	Gants d'examen[2] ou chirurgicaux DHN[4]
Nettoyage d'éclaboussures de sang ou de liquides organiques	Oui	Gants d'entretien[5]	Gants d'examen[2] ou chirurgicaux DHN[4]

[1] Les gants stériles peuvent être utilisés pour toute intervention chirurgicale, mais ils **ne** sont **pas** toujours exigés. Dans certains cas, les gants d'examen ou chirurgicaux DHN sont tout aussi sûrs et moins chers.
[2] Il s'agit notamment de nouveaux gants d'examen, jamais utilisés, emballés individuellement ou en gros (du moment que les boîtes sont emmagasinées dans les bonnes conditions).
[3] S'il n'existe pas de matériel de stérilisation (autoclave), la désinfection à haut niveau est la **seule** autre solution acceptable.
[4] Gants chirurgicaux retraités. Il n'est généralement pas efficace par rapport aux coûts de traiter plus de trois fois les gants chirurgicaux.
[5] Les gants d'entretien sont des gants de ménage épais.

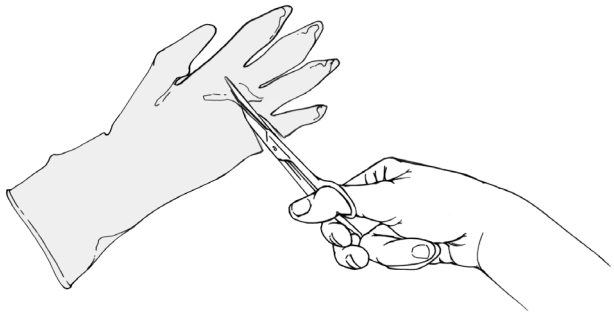
Gants à hauteur du coude pour les gestes obstétricaux

Quand la main et l'avant-bras doivent être insérés dans le vagin (délivrance artificielle du placenta ou des fragments placentaires), des gants à hauteur du coude protègent le personnel soignant d'une contamination par voie de sang et liquide amniotique et aide également à protéger la patiente.

Si des gants à hauteur du coude ne sont pas disponibles, on peut facilement en fabriquer à partir de gants chirurgicaux auparavant qui ont été décontaminés, nettoyés et séchés. Voir ci-après les indications pour fabriquer une paire de gants à hauteur du coude.

- Couper entièrement les quatre doigts de chaque gant juste en dessous de la ligne entre les gants et les doigts (**Figure 1-2**, ci-après).
- Stériliser ou désinfecter à haut niveau deux ou trois paires de gants coupés (sans doigts) en fonction de la technique recommandée pour chaque méthode et placer les gants après traitement final dans un récipient stérile ou traité par DHN.

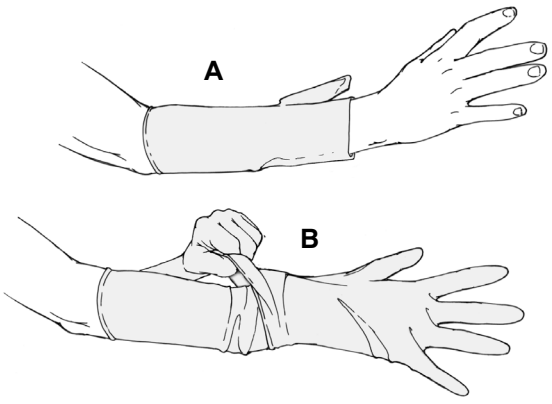
Figure 1-2. Fabriquer des gants à hauteur du coude à partir de gants chirurgicaux utilisés auparavant



Suivre les instructions suivantes si l'avant-bras doit être protégé **avant** de commencer les interventions.

- Faire un lavage chirurgical des mains, dont l'avant-bras jusqu'au coude, avec un agent antiseptique à base d'alcool.
- Enfiler aux deux mains les gants stériles ou DHN sans doigts et les tirer jusqu'à l'avant-bras (**Figure 1-3A**, ci-après).
- Mettre aux deux mains des gants stériles ou chirurgicaux DHN pour que le bout inférieur du gant sans doigt soit entièrement couvert (**Figure 1-3B**, ci-après).

Figure 1-3. Mettre les gants sans doigts (A) et les gants chirurgicaux (B)



Suivre les instructions ci-après s'il faut protéger un avant-bras ou les deux avant-bras **pendant** une intervention ou s'il faut rapidement mettre des gants qui vont jusqu'aux coudes (par exemple, pour corriger une inversion utérine).

- Retirer le gant chirurgical de l'une ou des deux mains.
- Enfiler un gant sans doigts stérile ou DHN et le tirer jusqu'à l'avant-bras.
- Enfiler un nouveau gant chirurgical stérile ou DHN à une main ou aux deux mains.

Manipulation d'instruments piquants ou tranchants

Les aiguilles hypodermiques (creuses) sont la cause de la majorité des blessures du personnel soignant à tous les niveaux. Suivre les directives de sécurité ci-après lorsqu'on utilise (**Encadré 1-8**, ci-après) des instruments piquants ou tranchants, tels que des aiguilles et des seringues.

- Ne jamais faire passer un instrument piquant ou tranchant directement d'une main à la main d'une autre personne.
  - Utiliser un bassin pour transporter et passer les instruments piquants ou tranchants.
  - Prévenir les autres employés en disant « piquant » ou « tranchant » lorsqu'on place un instrument dans le récipient « de sécurité. »
- Faire attention lorsqu'on fait des sutures pour éviter toute blessure avec des instruments piquants ou tranchants. Toujours utiliser un porte-aiguilles lorsqu'on fait des sutures et ne jamais tenir l'aiguille avec les doigts ou utiliser les doigts pour guider l'aiguille.
- Après utilisation, décontaminer les seringues et les aiguilles en les remplissant à trois reprises avec une solution de chlore à 0,5%.
- Jeter immédiatement les instruments piquants ou tranchants dans un récipient qui ne peut pas être perforé. Ne pas remettre le capuchon, plier, casser ou désolidariser l'aiguille de la seringue avant de les jeter.

Encadré 1-8. Conseils de sécurité pour l'utilisation d'aiguilles et de seringues hypodermiques

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

Equipement de protection personnelle (EPP)

L'équipement de protection personnelle (EPP) est utilisé pour protéger le personnel soignant et les patients contre les micro-organismes infectieux, surtout lorsque du sang ou des liquides organiques risquent de gicler ou de se répandre. Il s'agit du matériel suivant :

- Gants (**page 1-54**)
- Protection des yeux (masques faciaux, lunettes)
  - Protège les yeux du personnel soignant contre toute éclaboussure accidentelle de sang ou de liquides organiques.
  - Doit être portée (ainsi que les masques) en réalisant un geste obstétrical (rupture artificielle des membranes [amniotomie], accouchement) lorsqu'il est possible que du sang gicle sur le visage.
- Tabliers
  - Sont faits de caoutchouc ou de plastique pour fournir une barrière qui évite que les liquides contaminés ne giclent sur les habits et la peau du personnel soignant.
  - Doivent être portés lorsqu'on nettoie les instruments ou lors d'un geste obstétrical où du sang ou des liquides risquent de gicler.

- Souliers
  - Protègent les pieds du personnel soignant contre toute blessure par des instruments piquants ou tranchants ou des objets lourds qui peuvent tomber.
  - Devraient être propres et couvrir tout le pied (ne pas se déplacer pieds nus ou avec des sandales ou des chaussures faites avec des matériaux peu solides). Les bottes en caoutchouc et les chaussures en cuir confèrent la meilleure protection, mais elles doivent être gardées propres.

Cet équipement de protection peut être fait en papier, tissu (coton léger), tissu traité ou matériel synthétique qui ne laissent pas passer les liquides. Si on utilise du tissu, il doit être de couleur claire pour voir aisément la saleté et la contamination.

Il ne faut jamais réutiliser un équipement de protection fait avec du papier car il ne peut pas être nettoyé correctement.

Traitement des instruments

Les instruments souillés/contaminés, les gants chirurgicaux utilisés et autres articles réutilisables peuvent transmettre les maladies si on ne suit pas correctement les techniques de PI. Les techniques de PI de décontamination, nettoyage, stérilisation, désinfection à haut niveau (DHN) et stockage sont récapitulées ci-après :

- **Décontamination :** rend les objets moins dangereux à toucher avant le nettoyage.
  - Immédiatement après l'utilisation, faire tremper les articles souillés dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes. Ne pas faire tremper les instruments en métal pendant plus d'une heure car un trempage prolongé peut les rouiller.
  - Utiliser un récipient en plastique pour la décontamination. Ainsi on évite d'émousser les instruments piquants ou tranchants et de rouiller les instruments en métal.
  - Après décontamination, rincer immédiatement les instruments avec de l'eau fraîche pour éviter la corrosion et retirer le matériel organique visible.
  - Les surfaces plus grandes, telles que les tables d'examen, peuvent être nettoyées en passant une solution de chlore à 0,5% après chaque utilisation.
- **Nettoyage :** une fois que les instruments et autres articles réutilisables ont été décontaminés, ils doivent être nettoyés.
  - Le nettoyage permet d'enlever les saletés visibles ainsi que le sang ou les liquides organiques.
  - Le nettoyage représente la manière la plus efficace de réduire le nombre de micro-organismes sur les instruments et l'équipement souillés.
  - Ni la stérilisation ni les techniques DHN ne seront efficaces sans nettoyage.
  - Le nettoyage est la meilleure manière de tuer les endospores, qui sont la cause du tétanos et de la gangrène. Si la stérilisation n'est pas disponible, un nettoyage attentif est la seule manière permettant de réduire efficacement le nombre d'endospores.
  - Suivre les étapes ci-après pour nettoyer correctement les instruments et autres articles.
    - Laver attentivement les articles avec de l'eau et du savon. Utiliser un savon liquide et une brosse souple (une vieille brosse à dents fait l'affaire). Ne pas utiliser de produits abrasifs ou de paille de fer, surtout sur le métal.
    - Après le lavage, rincer les articles avec de l'eau pour enlever tous les résidus de savon.
    - Après le rinçage, sécher attentivement les articles, qu'il soit prévu ou non de les stériliser ou de les désinfecter à haut niveau.

  - Si les instruments sont stérilisés, les envelopper individuellement et les emballer après le nettoyage.
  - Prêter une attention toute spéciale aux instruments avec des dents, des jointures ou des vis.
  - Porter des gants d'entretien, des lunettes de protection et un tablier en plastique lorsqu'on lave les instruments et l'équipement.
  - Laver les gants chirurgicaux à l'intérieur et à l'extérieur. Pour voir s'ils ont des trous, on peut les gonfler d'air et les plonger dans l'eau. Des bulles d'air apparaîtront s'ils ont des trous. Ne pas réutiliser des gants qui ont des trous.
  - Ne jamais mélanger les thermomètres oraux et rectaux, même s'ils sont propres.

- **Stérilisation :** la stérilisation détruit tous les micro-organismes, y compris les endospores bactériennes qui se trouvent sur les instruments ou l'équipement. Utiliser la stérilisation pour les instruments, les gants chirurgicaux et autres articles qui entrent en contact direct avec les vaisseaux sanguins ou autres tissus stériles. Ne pas surcharger le stérilisateur. Suivre les directives ci-après pour la stérilisation.
  - Passer à l'autoclave (vapeur à haute pression) pendant 20 minutes (pour les articles non emballés) ou 30 minutes (pour les articles emballés) à 121°C (250°F) et 106 kPa (15 psi). Laisser sécher les articles avant de les retirer du stérilisateur.
  - Chaleur sèche (four) à 170°C (340°F) pendant 1 heure ou à 160°C (320°F) pendant 2 heures.
  - Stérilisation chimique par trempage d'instruments :
    - Pendant 10 heures dans une solution de glutaraldéhyde à 2%–4% (consulter les instructions spécifiques par produit) ; ou
    - Au moins pendant 24 heures dans du formaldéhyde à 8%.
- **Désinfection à haut niveau (DHN) :** la DHN détruit tous les micro-organismes, sauf les endospores bactériennes sur les instruments ou les objets. C'est la seule autre méthode acceptable à part la stérilisation. La DHN se fait de la manière suivante :
  - Faire bouillir les articles dans l'eau pendant 20 minutes.. Retirer immédiatement les articles et, s'ils ne sont pas utilisés de suite, les mettre dans un récipient DHN.
  - Passer à la vapeur les articles pendant 20 minutes et ensuite, les laisser sécher pendant 1 à 2 heures avant de les utiliser.
  - Faire tremper les articles dans une solution de chlore à 0,5%, une solution de formaldéhyde à 8%, une solution de glutaraldéhyde ou une solution de l'eau oxygénée à 6% pendant 20 minutes. Retirer les articles en utilisant des pinces ou gants DHN ou stériles et les rincer attentivement à trois reprises avec de l'eau bouillie et filtrée. Les laisser sécher à l'air. Utiliser rapidement les articles ou les placer dans un récipient DHN.
- **Stockage :** les articles stérilisés et DHN doivent être stockés avec précaution. Les articles stérilisés ne le resteront pas s'ils ne sont pas bien stockés.
  - La zone de stockage doit être propre, sèche, sans poussière et sans peluche.
  - Contrôler, si possible, la température et l'humidité. La température devrait rester à 24°C et l'humidité relative à moins de 70%.
  - Stocker les emballages et récipients stériles à hauteur de 20–25 cm du sol, 45–50 cm du plafond et à 15–20 cm du mur externe.
  - Ne pas utiliser de boîtes en carton car elles font de la poussière et des déchets et peuvent abriter des insectes.
  - Dater et faire circuler les fournitures. Utiliser les directives « premier-entré, premier-sorti » pour l'utilisation d'instruments.

- Les paquets emballés qui restent secs et intacts peuvent être utilisés pendant une semaine maximum.
- Les paquets emballés sous plastique qui restent secs et intacts peuvent être utilisés pendant un mois maximum.

Entretien et élimination des déchets

L'entretien concerne le nettoyage général des hôpitaux et des centres de santé, y compris les planchers, les murs, l'équipement, les tables et autres surfaces. Un bon entretien non seulement permet de réduire le nombre de micro-organismes qui peuvent entrer en contact avec les patients, les visiteurs, le personnel soignant et la communauté, mais en plus, un établissement propre est plus accueillant pour les patients et le personnel.

La plupart des déchets (papiers, ordures, nourriture, cartons) dans les hôpitaux et les cliniques ne sont pas contaminés et ne posent aucun risque d'infection pour les personnes chargées de les éliminer. Ces articles peuvent être jetés de manière usuelle ou transférés à la décharge locale. Par contre, d'autres déchets sont contaminés et, s'ils ne sont pas jetés ou éliminés avec les bonnes précautions qui s'imposent, les micro-organismes dans ces déchets peuvent infecter les personnes qui entrent en contact avec ces déchets ou la communauté dans son ensemble. Le sang et autres liquides organiques et tout article qui rentre en contact avec ces liquides, par exemple, les pansements utilisés, constituent des déchets contaminés. Les déchets contaminés doivent être éliminés correctement pour protéger les personnes qui sont chargées de les jeter et pour éviter toute blessure accidentelle ainsi que la propagation des infections.

Directives pour l'entretien et l'élimination des déchets.

- Chaque établissement de soins doit avoir un calendrier d'entretien et de nettoyage.
  - Mettre le calendrier de nettoyage dans un endroit visible.
  - Expliquer en détail les tâches à exécuter et la fréquence.
  - Expliquer au personnel soignant les risques des tâches de nettoyage et déléguer les responsabilités.
- Suivre les directives générales de l'entretien.
  - Nettoyer d'en haut vers le bas (à partir des murs et des rideaux) pour que la saleté qui tombe pendant le nettoyage soit enlevée ensuite.
  - Veiller à ce qu'un seau avec une solution désinfectante fraîche soit disponible tout le temps.
  - Nettoyer immédiatement les éclaboussures de sang ou de liquides organiques en utilisant des solutions désinfectantes.
  - Stocker et traiter les linges souillés, tel qu'indiqué à l'**Encadré 1-9** (**page 1-62**) ; envelopper ou couvrir les linges propres et les stocker dans un meuble de rangement pour éviter la contamination par la poussière.
  - Après chaque utilisation, nettoyer les lits, les tables et les chariots en utilisant une solution désinfectante.
  - Décontaminer le matériel de nettoyage qui a été contaminé par du sang ou des liquides organiques en le faisant tremper pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5%.
  - Laver les seaux, les chiffons, les brosses et les serpillières avec de l'eau et du détergent, tous les jours ou plus souvent s'ils sont sales. Rincer dans de l'eau propre et sécher complètement avant la réutilisation.
- Porter toujours des gants d'entretien lorsqu'on nettoie, en faisant la lessive ou en éliminant les déchets.
- Séparer les déchets contaminés (ceux contaminés par du sang ou autres liquides organiques) des déchets non contaminés.

- Jeter le placenta de manière sûre et en fonction de la culture.
  - Porter des gants en portant le placenta.
  - Transporter le placenta dans un récipient étanche.
  - Brûler le placenta ou l'enterrer dans un trou qui a au moins 2 mètres de profondeur.
- Utiliser un récipient qui ne peut pas être perforé pour les objets piquants et tranchants contaminés et détruire le récipient lorsqu'il est rempli aux deux tiers.
- Suivre les étapes ci-après pour détruire les récipients avec des objets piquants ou tranchants contaminés.
  - Ajouter un peu de kérosène pour brûler le récipient de déchets contaminés ou de seringues et aiguilles utilisées.
  - Brûler les déchets contaminés à l'extérieur de l'établissement de santé, dans un endroit où le vent ne souffle pas vers l'établissement de santé.
  - Eliminer à au moins 50 mètres des points d'eau.

Encadré 1-9. Conseils pour traiter le linge

- Le linge devrait être mis dans des sacs en tissu ou en plastique ou dans des récipients avec des couvercles.
- Toujours porter des gants d'entretien et un tablier en plastique ou en caoutchouc lorsqu'on nettoie le ligne souillé.
- Le linge devrait être séparé très attentivement car il contient souvent des aiguilles, des objets piquants ou tranchants, des pansements contaminés ou autres articles infectieux.
- Tout le linge utilisé pour les soins directs des patients doit être lavé avec précaution avant d'être réutilisé.
- La décontamination avant le lavage n'est pas nécessaire, à moins que le linge ne soit très souillé et qu'il faille le laver à la main.

TENUE DE DOSSIERS

Une bonne tenue de dossiers est une condition préalable d'un suivi adéquat de l'état de la patiente ou du nouveau-né pour dispenser des soins continus (dans le temps et d'un prestataire à un autre) pour planifier et évaluer les soins des clientes et pour communiquer entre les prestataires et entre les établissements de santé. L'établissement de soins de santé garde un dossier pour chaque femme et chaque nouveau-né qui reçoit des soins et le personnel soignant consulte et met à jour ce dossier lors de chaque visite.

Types d'informations notées dans le dossier de la cliente :

- Information personnelle (nom de la cliente, âge, adresse, information pour la contacter)
- Problèmes (raison pour laquelle la patiente est venue)
- Résultats de l'anamnèse, examen physique, dépistage et autres tests diagnostiques et interventions
- Interprétation des résultats/évaluation, dont identification des problèmes
- Détails sur le plan de soins, dont les plans de préparation à la naissance et de préparatifs en cas de complications et tout changement dans ces plans
- Soins dispensés, dont prophylaxie, conseils et counseling ainsi que traitement pour les problèmes spécifiques
- Transferts effectués
- Résultats (des soins fournis, des transferts effectués)
- Plans pour la visite de suivi/de retour

Directives pratiques pour tenir des dossiers clairs, concis et exacts.

- Préparer et mettre à jour les dossiers des clientes dès que possible (pendant ou après la visite). L'information qui n'est pas portée au dossier de suite risque d'être oubliée ou alors rappelée incorrectement.
- Noter tous les signes/symptômes qui facilitent l'interprétation des résultats/évaluation (par exemple, hémoglobine 9 g/dl, léthargie modérée et fatigue, respirations 26/min, conjonctive pâle—évaluation : anémie légère à modérée »).
- Noter l'absence de tout signe/symptôme escompté au vu de l'interprétation des résultats/évaluation (par exemple, « hémoglobine 10 g/dl, léthargie modérée et fatigue, respirations normales [16/min], conjonctive rose— évaluation : anémie légère à modérée »).
- Noter les valeurs et mesures exactes (par exemple, « tension artérielle 120/95 » plutôt que « tension artérielle légèrement élevée »).
- Faire une distinction claire entre les observations cliniques et l'expérience subjective de la patiente (par exemple, « la patiente est chaude au toucher » versus « la patiente indique qu'elle se sent fiévreuse »).
- Présenter les résultats de manière aussi objective que possible, sans porter de jugement, comme un énoncé de faits et non pas une opinion (par exemple, « la patiente n'a pas pris les médicaments » plutôt que « elle ne coopère pas »).
- Ecrire de manière bien lisible et éviter toute abréviation/sténographie inutile. L'information doit être compréhensible pour les autres agents de santé qui auront peut-être besoin de consulter le dossier de la cliente.
- Mettre les dossiers dans un endroit sûr où seul le personnel autorisé a accès.

CHAPITRE QUATRE

CONSULTATION DE SOINS MATERNELS ET NEONATALS DE BASE

ACTIVITES ESSENTIELLES PREALABLES A LA CONSULTATION

Avant que le prestataire qualifié ne réalise la consultation maternelle et néonatale de base, les activités suivantes doivent être exécutées :

- Bilan rapide de la patiente et/ou du nouveau-né (**Annexe 6, page 4-63**) pour vérifier qu'ils n'ont pas de signes de danger pouvant déceler une complication très grave ou—pour la femme enceinte—des signes de travail.
  - Si la patiente a des signes de travail et pas de signes de danger, elle devrait recevoir les soins de base liés au travail/accouchement, tel que décrit au **Chapitre 6**.
  - Si la patiente et/ou le nouveau-né présentent des signes de danger, la patiente et/ou le nouveau-né devraient recevoir des soins d'urgence, tel qu'indiqué.
  - S'il n'existe pas de signes de danger ou de signes de travail, la patiente et/ou le nouveau-né devront attendre avant d'être reçus par le prestataire qualifié.
- Avant que la patiente (et le nouveau-né) et sa famille ne pénètrent dans la zone des soins, le prestataire qualifié exécute les tâches suivantes :
  - Revoit les dossiers médicaux de la patiente et/ou du nouveau-né, si disponible. (Il est important de réunir autant d'information que possible à partir des dossiers existants.)
  - Vérifie que la zone de soins est préparée de manière adéquate :
    - Place les déchets et les objets contaminés (de la consultation précédente) dans les récipients désignés ;
    - Lave les surfaces avec une solution de chlore à 0,5% ;
    - Vérifie que les fournitures et le matériel essentiels (**Annexe 2, page 4-3**) sont disponibles, facilement accessibles et prêts à être utilisés ; et
    - Range la pièce, si nécessaire.
  - Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave les mains.

(Pour de plus amples informations, voir Préparation de la Zone de Soins [**Annexe 1, page 4-1**] et Prévention des Infections [**Chapitre 3, page 1-52**].)

ACCUEIL DE LA PATIENTE ET DE SA FAMILLE

Lorsque la patiente (et le nouveau-né) et sa famille pénètrent dans la zone de soins, le prestataire qualifié les accueille de la manière suivante.

- Les saluer d'une manière indiquée dans leur culture.
  - Lors de la période du post-partum/néonatale, salue également de manière amicale le nouveau-né.
- Si c'est la première fois qu'on les rencontre, demander leur nom et se présenter. Continuer à utiliser leurs noms à partir de ce moment-là, si c'est approprié.
- Offrir un siège à la patiente et, si elle souhaite, à son accompagnant (voir **Note**, **page 2-2**).

- S'assurer qu'un bilan rapide a été fait de la patiente et/ou du nouveau-né.
- Informer la patiente, en termes généraux, du déroulement de la consultation.
- Répondre à toute question qu'elle peut avoir.

(Pour de plus amples informations sur les Compétences interpersonnelles, voir **page 1-46**.)

Note : L'accompagnant de la patiente peut la mettre à l'aise pendant la consultation et l'aider de bien des manières pratiques pendant le cycle de procréation. Lors du travail et de l'accouchement, l'accompagnant a un rôle particulièrement important puisqu'il encourage la patiente, essaye de la mettre à l'aise puis l'aide à s'occuper du bébé après la naissance. Par ailleurs, il y a bien des fois où la présence d'une autre personne—même d'une amie proche ou d'un membre de la famille—empêchera la patiente de soulever certains problèmes pendant la discussion (par exemple, violence à l'égard de la femme, statut VIH) ou de garder une information importante. Si l'on pense que tel est le cas, il faut faire appel à son meilleur jugement pour confronter cette situation. Peut-être faudra-t-il :

- Demander poliment à l'accompagnant d'attendre à l'extérieur pendant certaines parties de la consultation ; ou
- Marquer dans le dossier de la patiente que certaines questions devront être revues lorsque l'accompagnant n'est pas présent (par exemple, lors d'une consultation ultérieure).

EVALUATION DE BASE

- Lors de chaque visite, faire une évaluation de base (anamnèse, examen physique, test) en fonction du calendrier des soins/vue générale indiqués au début du chapitre approprié. Lors du travail et pendant les 6 premières heures qui suivent la naissance (avant de quitter l'hôpital), la patiente et/ou le nouveau-né recevront une évaluation continue et des soins de soutien, tel qu'indiqué, tout au long de l'évaluation de base :
  - Respecter les principes généraux des soins de base, tel qu'esquissé au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
  - Tenir compte de tous les résultats notés lors de chaque partie de l'évaluation pendant les autres parties de l'évaluation. Cette approche aide à :
    - cibler l'évaluation ; et
    - établir un diagnostic plus exact puisque chaque résultat est vu en relation aux autres résultats plutôt qu'en tant que fait isolé.

(Pour de plus amples informations sur la prise de décisions cliniques, voir **Chapitre 3** (**page 1-45**.)

  - Si des signes/symptômes anormaux et potentiellement anormaux sont dépistés, faire une évaluation plus poussée, tel qu'indiqué (**Encadré 2-1, page 2-3**).
- Lors des visites de retour, comparer également les résultats actuels avec les résultats précédents aux fins suivantes :
  - vérifier des progrès continus ;
  - cerner les changements, tant positifs que négatifs ; et
  - déterminer les traitements et autres aspects des soins de base qui ont été efficaces ou ceux qui ont besoin d'être modifiés.

Encadré 2-1. Suivi de résultats anormaux/potentiellement anormaux

- Si des signes/symptômes d'infection demandant un transfert urgent sont notés, faciliter immédiatement la référence/le transfert, tel qu'indiqué.
  - Pendant le travail/l'accouchement, un transfert urgent ne sera envisagé qu'après examen attentif et uniquement quand la patiente et le nouveau-né seront en condition stable.
- Si des signes/symptômes de préoccupations ou problèmes courant, besoins spéciaux ou complications pouvant mettre la vie en danger sont dépistés, faire une évaluation plus poussée et fournir des soins supplémentaires, tel qu'indiqué.
- Si des signes/symptômes d'affections exigeant un transfert non urgent sont dépistés, faciliter la référence/le transfert après avoir dispensé les soins de base, tel qu'indiqué.
  - Pendant le travail/accouchement, la référence/le transfert non urgents ne sont envisagés qu'après 6 heures minimum après l'accouchement et uniquement quand la patiente et le nouveau-né sont en condition stable.

PRESTATION DES SOINS DE BASE

- Lors de chaque consultation, fournir les soins de base en fonction du calendrier des soins/vue générale indiqués au début du chapitre approprié. Lors du travail et pendant les 6 premières heures qui suivent la naissance (avant la sortie du service) la patiente et/ou le nouveau-né recevront une évaluation continue et des soins de soutien, tel qu'indiqué, pendant que le prestataire qualifié exécute les gestes obstétricaux essentiels. Tout au long de la prestation des soins de base :
  - Respecter les principes généraux des soins de base, tel qu'esquissé au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
  - Tenir compte de tous les résultats notés lors de l'évaluation de base pendant la prestation des soins de base. Cette approche vous aidera à individualiser les messages de santé, de counseling et autres aspects des soins de base pour mieux répondre aux besoins de la patiente ou du nouveau-né. (Pour de plus amples informations sur la prise de décisions cliniques, voir **Chapitre 3** (**page 1-45**.)
  - Si des signes/symptômes anormaux et potentiellement anormaux sont notés, dispenser des soins supplémentaires, tel qu'indiqué (**Encadré 2-1**, ci-dessus).
- Lors des visites de retour, procéder à tout changement nécessaire dans le plan de soins, réapprovisionner en médicaments, continuer à formuler et/ou à revoir le plan de préparation à la naissance et de préparatifs en cas de complications et renforcer les messages sanitaires clés et le counseling.

DONNER UN RENDEZ-VOUS POUR LA VISITE DE RETOUR

Note : La date des visites des soins de base dépend du stade où se trouve la patiente dans le cycle de procréation (par exemple, 28 semaines de grossesse, 4 jours du post-partum) et/ou du nouveau-né lors de la période néonatale (à savoir, âgé de 24 heures, âgé de 4 jours) ainsi que des besoins et situations individuelles. Les patientes et les nouveau-nés avec des problèmes courants, des besoins spéciaux, des complications ou autres problèmes auront probablement besoin d'un plus grand nombre de visites.

- Avant que la patiente et/ou le nouveau-né ne partent, donner un rendez-vous pour la prochaine visite prénatale du post-partum ou néonatale (**Tableau 2-1, page 2-4**).
  - De suite après l'accouchement, si on transfère la patiente et le nouveau-né dans une pièce séparée pour des soins continus du post-partum/néonatals, voir **Encadré 2-2** (**page 2-4**).
- Vérifier que la patiente connaît la date et le lieu de la prochaine visite et qu'elle sait pourquoi la prochaine visite est importante.
- Fournir à la patiente une information sur la manière de contacter l'établissement de santé ou le prestataire qualifié.

- Répondre à toute autre question ou préoccupation.
- Lui recommander d'apporter son dossier lors de chaque visite.
- Lui conseiller de venir avec son partenaire ou autre accompagnant si c'est possible (lors d'une visite au moins).
- Vérifier qu'elle comprend qu'elle ne doit pas attendre le prochain rendez-vous si elle a des problèmes ou note des signes de danger.
- Revoir les signes de danger et les points saillants du plan de préparatifs en cas de complications.
- Remercier la patiente et sa famille d'être venues.

Tableau 2-1. Calendrier des visites de soins de base*

	1e VISITE	2e VISITE	3e VISITE	4e VISITE	COMMENTAIRES
Soins prénatals	16 semaines (d'ici la fin des 4 mois)	24–28 semaines (6–7 mois)	32 semaines (8 mois)	36 semaines (9 mois)	Pour les patientes dont les grossesses se déroulent normalement, un minimum de 4 visites prénatales—telles que programmées ici—suffisent.
Soins liés à l'accouchement	N/A	N/A	N/A	N/A	Le prestataire qualifié devrait commencer à donner des soins liés à l'accouchement lorsque commence le travail et qui continuent lors de la période immédiate du post-partum/ néonatale (2 heures après la naissance).
Soins du post-partum	6 heures	6 jours	6 semaines	–	Pour les patientes dont les périodes du post-partum se déroulent normalement, un minimum de 3 visites du post-partum—telles que programmées ici—suffisent.
Soins du nouveau-né	6 heures	6 jours	–	–	Pour les bébés dont les périodes néonatales se déroulent normalement, un minimum de 2 visites pour les soins du nouveau-né—telles que programmées ici—suffisent.

* Les visites devraient se dérouler aux dates mentionnées ou aux alentours de ces dates.

Encadré 2-2. Préparer le transfert pour des soins continus du post-partum/néonatals

Avant que la patiente et son nouveau-né ne soient transférés pour des soins continus du post-partum/néonatals :

- Répondre à toute question ou préoccupation supplémentaire.
- Revoir les signes de danger et les points saillants du plan de préparatifs en cas de complications.
- Communiquer toute l'information pertinente à propos de la patiente, du travail et de l'accouchement et du nouveau-né au prestataire qualifié qui dispense les soins du post-partum/néonatals.
- Vérifier que la patiente et le bébé reçoivent évaluation et soins continus pendant la période intermédiaire jusqu'à 6 heures après la naissance (avant la sortie du service) :
  - Evaluation continue selon le calendrier montré aux **Chapitres 7 et 8** (pour la patiente : **Tableau 2-13** [**page 2-87**] ; pour le nouveau-né : **Tableau 2-16** [**page 2-115**]) ; et
  - Soins de soutien continus selon le calendrier montré aux **Chapitres 7 et 8** (pour la patiente : **Tableau 2-14** [**page 2-88**] ; pour le nouveau-né : **Tableau 2-17** [**page 2-116**]).

CHAPITRE CINQ

SOINS PRENATALS

VUE GENERALE

Après le bilan rapide d'une patiente (**Annexe 6, page 4-63**), la visite prénatale sera réalisée en fonction des directives indiquées au **Chapitre 4** (**page 2-1**) et du calendrier donné ci-après (**Tableau 2-2**).

Tableau 2-2. Calendrier et vue générale des soins prénatals

COMPOSANTES/ELEMENTS	1E VISITE	VISITES ULTERIEURES
EVALUATION		
Anamnèse		
A-1. Information personnelle, page 2-6	✓	–
A-2. Antécédents menstruels, antécédents/plans contraceptifs, page 2-8	✓	–
A-3. Grossesse actuelle, page 2-10	✓	✓
A-4. Habitudes quotidiennes et style de vie, page 2-10	✓	–
A-5. Antécédents obstétricaux, page 2-12	✓	–
A-6. Antécédents médicaux, page 2-13	✓	–
A-7. Antécédents intérimaires, page 2-14	–	✓
Examen physique		
EP-1. Bien-être général, page 2-15	✓	✓
EP-2. Tension artérielle, page 2-16	✓	✓
EP-3. Seins, page 2-16	✓	Tel que nécessaire
EP-4. Abdomen, page 2-18	✓	✓
EP-5. Parties génitales, page 2-23	✓	Tel que nécessaire
Test		
T-1. Taux d'hémoglobine, page 2-26	✓	Tel que nécessaire
T-2. RPR (épreuve rapide de la réagine plasmatique) ou VDRL, page 2-26	✓	–
T-3. VIH, page 2-26	✓[1]	Tel que nécessaire[1]
T-4. Groupe sanguin et facteurs Rhésus, page 2-26	✓	Tel que nécessaire
PRESTATION DES SOINS		
S-1. Conseils nutritionnels, page 2-27	✓	Renforcer les messages clés
S-2. Plan de préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications, page 2-28	✓	Continuer à élaborer tel que nécessaire ; renforcer les messages clés

Tableau 2-2. Calendrier et vue générale des soins prénatals *(suite)*

COMPONENTS/ELEMENTS	1E VISITE	VISITES ULTERIEURES
PRESTATION DES SOINS (SUITE)		
S-3. Auto-soins et autres pratiques saines, page 2-30 S-3.1. Utilisation de substances pouvant être nuisibles, page 2-30 S-3.2. Prévention des infections/hygiène, page 2-31 S-3.3. Repos et activité, page 2-31 S-3.4. Relations sexuelles et rapports sexuels moins risqués, page 2-33 S-3.5. Allaitement maternel précoce et exclusif, page 2-33 S-3.6. Planification familiale, page 2-34	✓	Renforcer les messages clés
S-4. Conseils et dépistage du VIH, page 2-35 S-4.1. Conseils prétests, page 2-35 S-4.2. Conseils post-test, page 2-35	✓	Tel que nécessaire
S-5. Vaccinations et autres mesures préventives, page 2-36 S-5.1. Vaccination antitétanique, page 2-36 S-5.2. Fer/folate, page 2-36 Traitement préventif intermittent et moustiquaires imprégnées aux insecticides (pour le paludisme)[2], page 3-59 Traitement de présomption (pour l'ankylostomiase)[2], page 3-58 Supplémentation en vitamine A[2], page 3-62 Supplémentation en iode[2], page 3-61	✓	Renforcer les messages clés tel que nécessaire ; réapprovisionner en médicament si nécessaire

[1] Si la patiente « opte contre » le test du dépistage du VIH lors d'une visite, on lui recommandera de se soumettre au test lors d'une visite ultérieure.
[2] Selon les recommandations s'appliquant en particulier à cette région/population.

EVALUATION PRENATALE

Antécédents (A)

Après avoir salué la patiente et son accompagnant, faire l'anamnèse. Noter tous les résultats dans le dossier de la patiente.

➡ **Si c'est la première visite**, faire une anamnèse complète (éléments **A-1** à **A-6**).

➡ **Si c'est une visite de retour**, une anamnèse plus courte (éléments **A-3** et **A-7**) suffira.

A-1. Information personnelle (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
● Quel est le **nom** et le **prénom** de la patiente ?	● Utiliser cette information pour : • Identifier la patiente, et • Etablir le contact.
● Quel **âge** a-t-elle ? (date de naissance si disponible)	➡ **Si la patiente a 19 ans ou moins**, voir Adolescence (**page 3-37**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
● Quel est son **numéro de téléphone** (si disponible) ? ● Où habite-t-elle (si disponible) ?	● Utiliser cette information pour : • Entrer en contact avec la patiente, et • Guider la formulation du plan de préparation à la naissance et des préparatifs en cas de complications.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Dispose-t-elle de moyens de **transport** fiables ? • Quelles sont les sources de **revenus/soutien financier** de la patiente/de sa famille ?	• Utiliser cette information pour guider la formulation du plan de préparation à la naissance et des préparatifs en cas de complications.
• Combien de **grossesses précédentes** (geste) et **de naissances** (pare) a-t-elle eues ?	• Utiliser cette information pour individualiser les messages de santé, de counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.
• A-t-elle **actuellement un problème ou autre préoccupation** sur le plan médical, obstétrical, social ou personnel ? • A-t-elle eu des **problèmes pendant cette grossesse** ?	➡ **Si OUI :** • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-3**, ci-après) pour évaluer la nature du problème ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée. ➡ **Si la patiente indique des signes ou symptômes montrés dans l'Encadré 2-4** (**page 2-8**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• A-t-elle reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) pendant cette grossesse ?	➡ **Si OUI**, pourquoi est-elle allée consulter ces sources de soins ? ➡ **Si c'est à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-3**, ci-après) pour évaluer la nature du problème. ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-3**, ci-après) pour évaluer la nature des soins prodigués. • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

Encadré 2-3. Questions générales de suivi

Ensemble A : Questions à poser si la patiente a un problème (ou a eu un problème récemment) :

- Quel était exactement le problème ?
- Quand s'est-il présenté la première fois ?
- Est-ce qu'il s'est présenté soudainement ou apparu progressivement ?
- Quand et combien de fois se présente le problème ?
- Qu'est-ce qui a pu causer le problème? Est-ce qu'il s'est passé quelque chose d'inhabituel avant que ne survienne le problème ?
- Comment le problème affecte-t-il la patiente ? Est-ce qu'elle mange, dort et se comporte normalement ?
- Est-ce que le problème est devenu plus grave ou moins grave ?
- Certains signes et symptômes ou affections accompagnent-ils le problème ? Si OUI, quels sont-ils ?
- A t-elle été traitée/soignée par un autre prestataire pour ce problème ? Si OUI, passer à l'Ensemble B.

Ensemble B : Questions à poser si la patiente a reçu soins/traitement de la part d'un autre prestataire/ soignant :

- Qui (dans cet établissement ou un autre établissement de santé) a dispensé ces soins ?
- Quels étaient ces soins (médicaments, traitements, etc.) ?
- Quel était le résultat de ces soins (étaient-ils efficaces ? Si c'était pour un problème, est-ce que cela a supprimé le problème ?) ?

Encadré 2-4. Troubles courants de la grossesse

Abdomen, seins et jambes
Changements des seins, page 3-4
Crampes aux jambes, page 3-5
Douleur à l'abdomen (ou à l'aine), page 3-3
Enflement (œdème) des chevilles et des pieds, page 3-5

Digestion et élimination
Brûlures d'estomac ou indigestion, page 3-8
Changements de la fonction intestinale—constipation ou diarrhée, page 3-6
Envies de nourriture ou de manger des substances non comestibles (pica), page 3-7
Gaz, ballonnements ou perte d'appétit, page 3-7
Mictions plus fréquentes, page 3-10
Nausées ou vomissements, page 3-9
Salivation plus abondante, page 3-9

Parties génitales
Pertes vaginales, page 3-11

Peau
Changements de la peau, page 3-12
Démangeaisons, page 3-11
Nævi arachnéens, page 3-12
Transpiration plus abondante, page 3-12
Varices, page 3-13
Vergetures, page 3-13

Sommeil et état mental
Fatigue ou insomnie, page 3-14
Insomnie, page 3-16
Rêves très réels ou cauchemars, page 3-14
Sautes d'humeur, page 3-17
Sentiments de préoccupation ou de crainte à propos de la grossesse et du travail, page 3-16

Divers
Congestion nasale ou saignement nasal, page 3-23
Déplacements difficiles (démarche dandinante), page 3-24
Difficulté à se lever/s'asseoir, page 3-19
Douleur à la hanche, page 3-22
Douleur dorsale, page 3-18
Engourdissements/picotement des doigts/doigts de pied page 3-24
Gencives qui saignent ou qui sont sensibles/douloureuses, page 3-19
Hémorroïdes, page 3-22
Hyperventilation ou essoufflement, page 3-23
Maux de tête, page 3-21
Palpitations cardiaques, page 3-21
Perte de cheveux, page 3-20
Vertiges ou évanouissements, page 3-20

A-2. Antécédents menstruels, antécédents/plans contraceptifs (Première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Quel était le premier jour de ses **dernières règles (DR)** ?	➡ **Si la patiente ne connaît pas le premier jour de ses DR**, confirmer la grossesse et/ou calculer l'âge gestationnel en fonction d'une évaluation plus poussée : • Symptômes de grossesse (**Encadré 2-5, page 2-9**), tels que constatés lors d'une anamnèse supplémentaire • Signes de grossesse, tels que constatés lors de l'examen physique ou de tests (examen de l'abdomen, examen gynécologique, test de grossesse par urine ou écographie) ➡ **Si la femme connaît le premier jour de ses DR**, poser les questions suivantes : • Est-ce que les DR étaient anormales du point de vue date, écoulement et durée ? • Est-ce qu'elle utilisait un contraceptif hormonal ou est-ce qu'elle allaitait lorsqu'elle est tombée enceinte ? ➡ **Si NON aux DEUX questions de suivi,** calculer la date estimée de l'accouchement (DEA) en utilisant les méthodes indiquées dans l'**Encadré 2-6** (**page 2-9**). ➡ **Si Oui à l'UNE ou l'AUTRE des questions de suivi**, confirmer la grossesse et/ou calculer l'âge gestationnel en fonction d'une évaluation plus poussée, par exemple : • Symptômes de grossesse (**Encadré 2-5, page 2-9**), tels que constatés lors d'une anamnèse supplémentaire • Signes de grossesse, tels que constatés lors de l'examen physique ou de tests (examen de l'abdomen, examen gynécologique, test de grossesse par urine ou écographie)
• Combien **d'enfants** souhaite-t-elle en plus ?	• Utiliser cette information pour individualiser la planification familiale et autres aspects des soins de base.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Utilisait-elle auparavant une **méthode de planification familiale** ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle était la méthode ou quelles étaient les méthodes de planification familiale qu'elle utilisait ? • Si une méthode : est-ce qu'elle appréciait cette méthode ? Pourquoi/pourquoi pas ? • Si plus d'une méthode : laquelle préférait-elle ? Laquelle aimait-elle le moins ? Pourquoi ? • Utiliser cette information pour individualiser la planification familiale et autres aspects des soins de base.
• Est-ce qu'elle a l'intention d'utiliser une **méthode de planification familiale après** la naissance de ce bébé ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle méthode souhaite-t-elle utiliser ? • Est-ce qu'elle souhaite recevoir une information sur d'autres méthodes ? • Utiliser cette information pour individualiser la planification familiale et autres aspects des soins de base.

Encadré 2-5. Symptômes de grossesse

Une patiente peut consulter les services de santé pour confirmer qu'elle est enceinte après avoir noté les symptômes suivants :

- Aménorrhée ou absence de règles—cela fait un ou plusieurs mois qu'elle n'a pas eu ses règles
- Changements au niveau des seins—elle remarque que ses seins augmentent de volume, qu'ils sont sensibles avec sensation de picotement
- Nausée et/ou vomissements—elle peut avoir ces symptômes à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, mais surtout pendant le premier trimestre
- Mictions plus fréquentes—elle remarque qu'elle a envie d'uriner plus souvent
- Premier mouvement du fœtus—elle sent le bébé qui bouge

Encadré 2-6. Méthodes pour calculer la date estimée de l'accouchement

Les méthodes suivantes sont utilisées pour calculer la DEA :

- **Calculateur de l'âge gestationnel,** par exemple, roue de grossesse
- **Méthode calendaire,** en fonction de la formule suivante :

la date du premier jour des DR + 7 jours – 3 mois = DEA
par exemple : 9 mai + 7 jours – 3 mois = 16 février

- **Méthode de la lune** (si ses règles sont généralement à un intervalle d'une lune, ou 4 semaines) : si les règles d'une femme commencent à la pleine lune, le bébé naîtra 10 pleines lunes plus tard. Si ses règles commencent lors d'une nouvelle lune, le bébé naîtra 10 nouvelles lunes plus tard.

A-3. Grossesse actuelle (chaque visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce qu'elle sent **les mouvements du fœtus** ? **Note** : Si la patiente sait quand ont commencé les mouvements du fœtus, utiliser cette information pour aider à confirmer/ calculer l'âge gestationnel. Les mouvements fœtaux sont généralement ressentis pour la première fois entre la 16e et la 20e semaine de la grossesse.	➡ **Si NON et si la femme est/pourrait être au-delà de 22 semaines de grossesse**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge de mouvements fœtaux diminués ou absents (**Encadré 3-43, page 3-112**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quand est-ce que les mouvements fœtaux ont commencé ? • Est-ce qu'elle a senti quelque chose le jour d'avant ? ➡ **Si la patiente a senti des mouvements fœtaux avant, mais pas le dernier jour,** AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge de mouvements fœtaux diminués ou absents (**Encadré 3-43, page 3-112**) avant de procéder avec les soins.
• Quels sont ses sentiments à propos de la grossesse ? • Quels sont les **sentiments de son partenaire/famille** à ce sujet ?	• Utiliser cette information pour individualiser le Soutien des relations mère-bébé-famille et autres aspects de la prestation des soins de base. ➡ **Si elle indique des sautes d'humeur (page 3-17) ou des préoccupations ou craintes (page 3-16)**, voir Chapitre 9 pour des informations supplémentaires à propos de l'évaluation et de la prestation de soins.

A-4. Habitudes et vie quotidienne (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce que la patiente travaille à l'extérieur? Est-ce que son **travail quotidien** est physiquement éprouvant (est-ce qu'elle doit marcher beaucoup, soulever des choses lourdes, travail physique difficile) ? • Est-ce qu'elle **dort/se repose** suffisamment ? • Est-ce que ses **apports alimentaires** sont adéquats ? (lui demander ce qu'elle mange lors d'une journée normale ou ce qu'elle a mangé ces 2 derniers jours) ? Est-ce qu'elle mange des **substances non comestibles** telles que l'argile ou la terre ? • Est-ce qu'elle **a accouché cette dernière année** ? • Est-ce qu'elle **allaite** actuellement un autre enfant ?	• Utiliser cette information pour : • Déterminer s'il existe un équilibre entre les demandes physiques de la vie quotidienne de la patiente et ses apports alimentaires ; et • Individualiser le Soutien nutritionnel et autres aspects de la prestation des soins de base. ➡ **Si elle indique qu'elle mange des substances non comestibles (pica)**, voir **page 3-7** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce qu'elle fume, boit de l'alcool ou utilise d'autres **substances pouvant être nuisibles** ?	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé, de counseling et autres aspects de la prestation des soins de base.
• Avec qui vit-elle (partenaire, enfant, autres **membres du ménage**) ?	• Utiliser cette information pour formuler le plan de préparation à la naissance et des préparatifs en cas de complications.

• Informer la patiente que vous allez lui poser quelques questions de **nature personnelle** en indiquant que **vous posez ces questions à toutes les patientes**.
  • Est-ce que quelqu'un **l'a déjà empêchée** de voir sa famille ou ses amis, **ne lui a pas permis** de quitter la maison ou **a fait des menaces contre sa** vie ?
  • Est-ce qu'elle a déjà été **blessée**, frappée ou forcée d'avoir des relations sexuelles ?
  • Est-ce qu'elle **a peur** de quelqu'un ?
	➡ **Si NON à TOUTES les questions OU si la patiente ne souhaite pas discuter de cela**, l'informer qu'elle peut en discuter avec vous à n'importe quel moment où elle le souhaite.
	➡ **Si OUI à l'UNE des questions OU si l'on soupçonne des actes de violence**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-81**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
	
	Note : La violence à l'égard des femmes est un problème difficile à traiter, surtout si elle n'est pas condamnée sans équivoque dans la culture en question. Si vous voulez encourager la patiente à discuter de ce problème avec vous :
	• Il faut lui garantir un caractère confidentiel absolu en posant ces questions quand elle est seule (quand aucun membre de la famille ou ami n'est présent).
	• Il faut lui indiquer bien clairement que personne ne mérite d'être frappé ou maltraité par quelqu'un et que cela ne doit jamais arriver, même si certaines personnes pensent qu'il n'y a rien de mal à cela.

A-5. Antécédents obstétricaux (première visite)

Note : Une personne avec des antécédents obstétricaux problématiques n'exige pas forcément des soins supplémentaires spécialisés, mais il est important de connaître ses complications passées pour comprendre toute préoccupation qu'elle pourrait avoir pendant cette grossesse présente. De plus, en discutant des complications passées, on a l'occasion de souligner l'importance d'avoir un plan de préparation à la naissance et des préparatifs en cas de complications.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
● Si ce n'est pas la première grossesse/le premier accouchement de la patiente, est-ce qu'elle a eu l'une quelconque des **complications suivantes auparavant** : • Convulsions (prééclampsie/éclampsie) pendant la grossesse ou l'accouchement ? • Césarienne, rupture de l'utérus ou toute chirurgie utérine lors d'un accouchement précédent ? • Déchirure du sphincter (déchirure complète ou déchirure du 3e degré) et/ou du rectum (déchirure complète compliquée ou déchirure 4e degré) pendant l'accouchement ? • Hémorragie du post-partum ? • Mort-nés ; bébés prématurés ou d'un poids insuffisant à la naissance ; bébés décédés avant d'avoir 1 mois ? • Trois avortements spontanés ou plus ?	➡ **Si OUI**, voir Complications maternelles, fœtales ou néonatales d'une grossesse, d'un travail/accouchement précédent ou de la période post-partum/néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
● Si ce n'est pas le premier enfant de la patiente, a-t-elle **allaité auparavant** ?	➡ **Si NON**, étudier les raisons l'expliquant. • Qu'est-ce qui l'a empêchée d'allaiter ? • Est-ce qu'elle a arrêté parce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Pendant combien de temps a-t-elle allaité ses autres enfants ? • Est-ce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ● Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé, de counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

A-6. Antécédents médicaux (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce que la patiente a des **allergies** ?	➡ **Si OUI**, éviter d'utiliser les allergènes connus.
• Est-ce que **l'infection à VIH** a été diagnostiquée récemment chez la patiente indiquant qu'elle est séropositive ?	➡ **Si OUI**, voir VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que **l'anémie** a été diagnostiquée récemment (ces 3 derniers mois) ?	➡ **Si OUI**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que la **syphilis** a été diagnostiquée chez la patiente ?	➡ **Si OUI**, voir Syphilis (**page 3-76**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce qu'un diagnostic a été porté sur l'une des affections suivantes chez la patiente: **hépatite, tuberculose, maladie cardiaque, maladie rénale, drépanocyte, diabète, goitre ou autre maladie chronique grave** ?	➡ **Si OUI**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
• A-t-elle déjà eu des hospitalisations ou interventions chirurgicales ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle était la raison à l'hospitalisation ou à l'intervention chirurgicale ? • Quand était-ce ? • Quel était le résultat/dénouement ? ➡ **Si l'affection est toujours présente ou si elle risque de compliquer la grossesse ou l'accouchement,** tenir compte de cette information dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
• Prend-elle des **médicaments**—dont des préparations traditionnelles/locales, des remèdes à base d'herbes, des médicaments pouvant être achetés sans ordonnance, des vitamines et des suppléments alimentaires ?	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé, du counseling et autres aspects de la prestation des soins de base.
• Est-ce qu'elle a reçu la série complète des cinq vaccinations **antitétaniques** ? • Est-ce qu'elle a eu un **rappel** il y a moins de 10 ans ?	• Utiliser cette information pour voir si la patiente a besoin d'une vaccination antitétanique en fonction du calendrier recommandé pour la vaccination antitétanique (**Tableau 2-3, page 2-36**). ➡ **Si NON à l'UNE ou l'AUTRE des questions OU si la patiente n'a pas de carnet de vaccinations**, procéder en fonction du calendrier recommandé pour la vaccination antitétanique (**Tableau 2-3, page 2-36**).

A-7. Antécédents intérimaires (visites de retour)

Note : Les questions ci-après, conjuguées à celles de **A-3**, constituent l'ensemble minimal de questions qu'il faudrait poser à une patiente à la visite de retour. Une anamnèse supplémentaire est parfois nécessaire en fonction des besoins individuels de la patiente.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• A-t-elle **actuellement un problème ou autre préoccupation** sur le plan médical, obstétrical, social ou personnel ? • A-t-elle eu des **problèmes (ou des changements importants)** depuis la dernière visite ?	➡ **Si OUI :** • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature du problème ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée. ➡ **Si la patiente indique des signes ou symptômes montrés dans l'Encadré 2-4** (**page 2-8**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. • Utiliser cette information pour déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.
• A-t-elle reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) pendant cette grossesse depuis la dernière visite ?	➡ **Si OUI**, pourquoi est-elle allée consulter ces sources de soins ? ➡ **Si c'est à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature du problème. ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature des soins prodigués. • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

• Y a-t-il eu un **changement dans l'information personnelle de la patiente** (numéro de téléphone, adresse, etc.) depuis la visite ?
• Y a-t-il eu un **changement dans ses habitudes quotidiennes ou son style de vie** (charge de travail plus lourde, moins de repos/ sommeil ou moins d'apports alimentaires) depuis la dernière visite ?
• Y a-t-il eu un **changement dans ses antécédents médicaux** depuis la dernière visite ? Par exemple, nouveau ou récent :
  • Diagnostic
  • Blessures
  • Hospitalisations
  • Médicaments
	• Utiliser cette information pour:
	  • Mettre à jour les dossiers médicaux de la patiente, et
	  • Déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.
	Rappel : Les questions de l'élément **A-3** (grossesse actuelle) devraient être posées lors de chaque consultation prénatale.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Etait-elle **incapable d'exécuter une partie, quelle qu'elle soit, du plan de soins** (par exemple, prise de médicaments tels que prescrits, suivre les recommandations alimentaires) ? • Est-ce qu'elle a eu des **réactions ou effets secondaires** aux vaccinations ou médicaments donnés lors de la dernière visite ?	➡ **Si OUI à l'UNE ou l'AUTRE question :** • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée. • Utiliser cette information pour déterminer les changements qui devront être portés au plan actuel de soins.

Examen physique (EP)

Lorsqu'on a terminé de prendre l'anamnèse de la patiente, on peut faire l'examen physique. Noter tous les résultats dans le dossier de la patiente.

➡ **Si c'est la première visite**, faire un examen physique complet (éléments **EP-1** jusqu'à **EP-5**).

➡ **Si c'est une visite de retour**, un examen physique raccourci pourra suffire :

- Evaluer **toujours** le bien-être général, examiner la conjonctive, mesurer la tension artérielle, examiner l'abdomen (éléments **EP-1**, **EP-2**, **EP-4**).
- Réaliser une inspection visuelle des seins et un examen gynécologique (éléments **EP-3**, **EP-5**) **si nécessaire**.

EP-1. Evaluation du bien-être général (chaque visite)

Elément	Normal	Anormal/mesure de suivi
Démarche et mouvements **Expression du visage**	• La patiente **marche** sans boiter. • Sa **démarche et ses mouvements** sont stables et bien espacés. • **Son visage a une expression** alerte et pourtant calme.	➡ **Si les résultats n'entrent pas dans la fourchette normale**, poser ces questions de suivi : • Est-ce qu'elle n'a pas mangé ni bu depuis longtemps ? • Est-ce qu'elle prend des médicaments, herbes, etc. ? • Est-ce qu'elle a eu une blessure ? ➡ **Si OUI à l'UNE des questions susmentionnées**, tenir compte des résultats pendant l'évaluation plus poussée et lorsqu'on planifie/dispense les soins. ➡ **Si NON à TOUTES les questions susmentionnées :** • Poser les questions générales de suivi pour évaluer la nature du problème (**Encadré 2-3, page 2-7**) ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
Propreté générale	• La patiente a l'air propre (pas de saleté visible, pas d'odeur).	➡ **Si la patiente ne semble pas propre,** en tenir compte en individualisant les messages de santé, le counseling et autres aspects de la prestation des soins de base.

Elément	Normal	Anormal/mesure de suivi
Peau	• Pas de lésions ni d'hématomes sur la peau de la patiente	➡ **Si on observe des lésions et hématomes sur la peau de la patiente OU si l'on soupçonne des actes de violence**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-81**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si l'on note des lésions et hématomes sur la peau de la patiente ET qu'on ne soupçonne pas un acte de violence**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
Conjonctive (muqueuse à l'intérieur des paupières)	• La conjonctive de la patiente est de couleur rose (pas blanche ni rose très pâle).	➡ **Si la conjonctive semble blanche ou très pâle plutôt que rose**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

EP-2. Prise de tension artérielle (chaque visite)

- Demander à la patiente de s'asseoir ou de s'allonger avec les genoux légèrement recourbés et vérifier qu'elle est détendue et à l'aise.
- Prendre sa tension artérielle (TA).

Normal	Anormal/mesure de suivi
• TA systolique (chiffre du haut) est de 90–140 mmHg, et • TA diastolique (chiffre du bas) est de moins de 90 mmHg.	➡ **Si la TA systolique est inférieure à 90 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—Réaliser une évaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est de 90–110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—voir Céphalées prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée (**page 3-109**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est supérieure à 110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !— Réaliser une évaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec les soins.

EP-3. Inspection visuelle des seins (première visite/tel que nécessaire)

- Aider la patiente à se préparer pour un examen supplémentaire (suivre les étapes de l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**]).
- Demander à la patiente de se déshabiller (haut du corps).
- Lui demander de mettre les bras des deux côtés.
- Inspecter visuellement l'apparence générale des seins de la patiente, les contours, la peau et les mamelons ; noter toute anormalité.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Contours
 	
De la peau
	• Les contours sont réguliers, sans capiton cutané ou grosseurs visibles.
	• La peau est lisse, sans plissement, squamosité, épaississement, rougeurs ; et pas de lésions, blessures ou éruptions.
	• **Variations normales :**
	  • Les seins peuvent être plus grands et plus sensibles qu'à l'accoutumé.
	  • Les veines peuvent être plus grandes et plus foncées, plus visibles en dessous de la peau.
	  • Les aréoles peuvent être plus grandes et plus foncées qu'à l'accoutumé, avec de petites bosses.
		➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Mamelons	• Pas d'écoulement anormal des mamelons.
	• Les mamelons ne sont pas rentrés.
	• **Variations normales :**
	  • Les mamelons peuvent être plus grands, plus foncés et plus érectiles qu'à l'accoutumée.
	  • Le colostrum (liquide aqueux, clair et jaunâtre) peut s'écouler spontanément des mamelons après 6 semaines de grossesse.
		➡ **En cas d'écoulement anormal des mamelons**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
		➡ **Si les mamelons semblent rentrés**, faire un test pour voir s'ils sont protractiles (**Encadré 2-8, page 2-18**).
		  ➡ **Si les mamelons sont rentrés**, faire attention aux problèmes possibles d'allaitement maternel (problèmes pour positionner l'enfant au sein, problèmes de tétée/succion).

Encadré 2-7. Préparation pour l'examen supplémentaire

Etapes à réaliser avant de passer au reste de l'examen physique. Avant de demander à la patiente de se déshabiller :

- Expliquer les étapes suivantes de l'examen physique et obtenir son autorisation/consentement avant de continuer.
- Lui demander de vider sas vessie.
  - **Pendant la grossesse ;** Lors de la première visite et tel qu'indiqué, demander à la patiente un échantillon d'urine à ce moment-là si vous-même (ou votre établissement), vous disposez du matériel pour faire une analyse des urines.
- Demander à la patiente de se déshabiller dans un endroit privé.
  - **Pendant la grossesse et lors de la période du post-partum :** Demander à la patiente de retirer ses habits uniquement si c'est nécessaire. Par exemple :
    - Retirer les vêtements du haut pour une inspection des seins.
    - Retirer les vêtements du bas pour un examen gynécologique.
    - Retirer ou ouvrir les vêtements du haut et du bas pour un examen abdominal.
  - **Pendant le travail/l'accouchement** : Si possible, lui donner une blouse propre (au lieu de lui demander d'enlever ou d'ouvrir ses habits).
- Remettre à la patiente un drap ou des couvertures (si disponible) pour couvrir les parties du corps qui ne sont pas examinées.
- L'aider à se mettre sur la surface de la table d'examen et à se mettre dans une position confortable. Si possible, lui mettre un oreiller sous la tête. Si nécessaire, lui demander de respirer profondément à plusieurs reprises pour l'aider à se détendre.
- Laver attentivement vos mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un tissu propre et sec ou les sécher à l'air.
- Mettre aux deux mains des gants d'examen nouveaux ou désinfectés à haut niveau.

Encadré 2-8. Examiner si les mamelons rentrés sont protractiles

- Mettre le pouce et les doigts des deux côtés de l'aréole et presser doucement.
- Si le mamelon rentre quand on presse doucement, alors il est inversé (Des mamelons véritablement rentrés sont rares.)

EP-4. Examen abdominal (chaque visite)

- Si vous ne l'avez pas encore fait, aider la patiente à se préparer à un examen supplémentaire (suivre les étapes de l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**]).
- Demander à la patiente de dégager son abdomen.
- Lui demander de se coucher sur le dos avec les genoux légèrement fléchis.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Surface de l'abdomen (première visite)	• Il n'y a pas de cicatrice (d'une césarienne, rupture utérine ou autre intervention chirurgicale utérine précédente sur la surface de l'abdomen).	➡ **S'il y a une cicatrice d'une césarienne, d'une rupture utérine ou d'une autre intervention chirurgicale de l'utérus**, voir Complications maternelles, fœtales ou néonatales d'une grossesse, d'un travail/ accouchement précédent ou de la période du post-partum/ néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Hauteur utérine (entre 12 et 22 semaines de grossesse)
 	
Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-9** (**page 2-20**).
 	
(Après 16 semaines de grossesse, voir également **Parties et mouvements du fœtus** [**page 2-20**].)
	• L'utérus est ferme.
	• La hauteur augmente et ne diminue pas d'une visite à l'autre.
	• La profondeur est conforme à l'âge gestationnel, telle que calculée auparavant.
	  • **A 12 semaines**, l'utérus sort du basin et est palpable juste en dessous de la symphyse pubienne.
	  • **A 16 semaines**, l'utérus se trouve au milieu de la symphyse pubienne et de l'ombilic.
	  • **A 18–20 semaines**, l'utérus mesure 20 cm au-dessus de la symphyse pubienne, juste en dessous de l'ombilic.
	  • **A 22 semaines**, l'utérus est au niveau de l'ombilic.
	
	(Voir également **Diagramme 2-1** [**page 2-21**].)
		➡ **Si l'un des signes suivants est présent**, voir Ecart taille-date jusqu'à 22 semaines de grossesse (**page 3-72**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins :
		  • L'utérus est mou et oedémateux,
		  • L'utérus a diminué de taille depuis la dernière visite, ou
		  • L'utérus est trop petit ou trop grand pour les dates.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Hauteur utérine (après 22 semaines de grossesse) Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-9** (**page 2-20**). (Après 16 semaines de grossesse, voir également **Parties et mouvements du fœtus** [ci-après].)	• La profondeur augmente et ne diminue pas d'une visite à l'autre. • La profondeur de l'utérus est conforme (dans une fourchette de +/- 2 cm, selon les normes locales) avec l'âge gestationnel, telles que calculée précédemment. • **A 22–24 semaines**, l'utérus mesure environ 24 cm au-dessus de la symphyse pubienne, à la marge supérieure de l'ombilic. • **A 26–30 semaines**, l'utérus mesure environ 28 cm au-dessus de la symphyse pubienne, au milieu entre l'ombilic et la pointe du sternum. • **A 30–34 semaines**, l'utérus mesure environ 30 à 32 cm de longueur, plus proche de la pointe du sternum que de l'ombilic. • **A 34–38 semaines**, l'utérus mesure environ 32 à 34 cm au-dessus de la symphyse pubienne et s'étend jusqu'à la pointe du sternum. • **A 39–40 semaines**, l'utérus mesure environ 32 à 34 cm au-dessus de la symphyse pubienne, alors que la partie qui se présente du fœtus s'installe dans le bassin. (Voir également **Diagramme 2-1** [**page 2-21**].)	➡ **Si l'un des signes suivants est présent**, voir Ecart taille-date jusqu'à 22 semaines de grossesse (**page 3-73**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins : • L'utérus a diminué de taille depuis la dernière visite, ou • L'utérus est trop petit ou trop grand pour les dates.
Parties et mouvements du fœtus (entre 20 semaines et une grossesse à terme) (à/après 36 semaines de grossesse, voir également **Position et présentation du fœtus**, [**page 2-20**].)	• **A 24+ semaines**, les parties fœtales sont palpables. • **Après 22+ semaines**, on peut sentir les mouvements fœtaux.	➡ **Si le fœtus n'est pas palpable et si on doute de la probabilité d'une grossesse**, confirmer la grossesse en faisant un examen pelvien (gynécologique) (**page 4-27**) ou une analyse des urines pour confirmer la grossesse.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Position et présentation du fœtus (à/après 36 semaines de grossesse)
 	
Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-10** (**page 2-21**).
	• **A 36 semaines**, le fœtus est en position longitudinale et présentation du sommet.
	• **Après 36 semaines**, la tête peut être :
	  • Fixe, engagée
	  • Plongeante dans le bassin
	  • Libre et flottante
		➡ **Si le fœtus se présente par le siège ou en position transversale et qu'on ne soupçonne pas de travail**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Battements cardiaques fœtaux (après 20 semaines de grossesse) Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-11** (**page 2-22**).	• **A 12 semaines**, on peut écouter les battements cardiaques du fœtus avec un stéthoscope Doppler ou un stéthoscope fœtal électronique (fétoscope). • **A 20+ semaines**, on peut écouter les battements cardiaques du fœtus avec un fétoscope Pinard. • Le rythme cardiaque fœtal est de 120 à 160 battements par minute (pendant la grossesse uniquement, pas quand la patiente entre en travail).	➡ **Si les battements cardiaques du fœtus sont présents mais ne sont pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge du rythme cardiaque anormal du fœtus (**Encadré 3-45, page 3-114**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les battements cardiaques ne sont pas présents**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge de battements cardiaques absents du fœtus (**Encadré 3-44, page 3-113**) avant de procéder avec les soins.

Encadré 2-9. Technique de la mesure de la hauteur utérine

Technique pour 12–22 semaines :

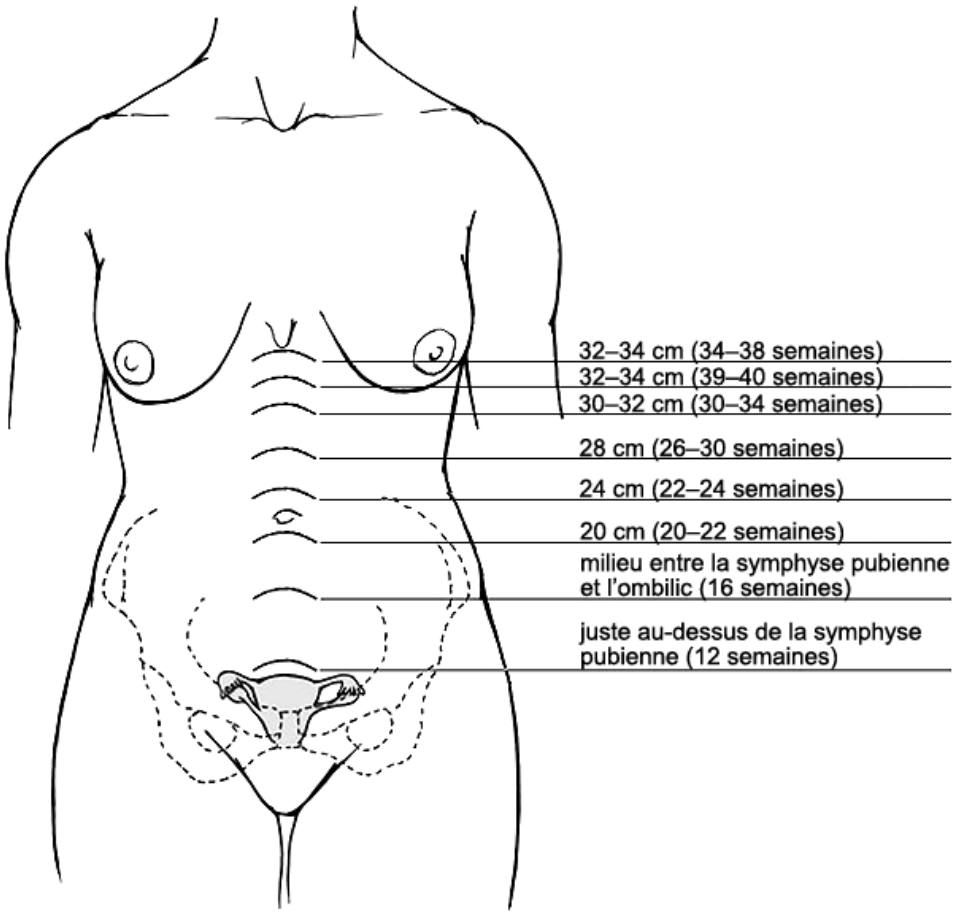
- Palper en douceur l'abdomen au-dessus de la symphyse pubienne.
- Estimer les semaines de grossesse en déterminant la distance entre le fond utérin et la symphyse pubienne (**Diagramme 2.1, page 2-21)**.

Technique pour une grossesse de plus de 22 semaines :

- Mesurer avec un mètre à ruban la hauteur utérine.
- Mettre le zéro du mètre à l'extrémité supérieure de la symphyse pubienne.
- Etirer le mètre sur le contour de l'abdomen jusqu'au haut utérin. Utiliser la ligne médiane de l'abdomen comme ligne de mesure (**Diagramme 2-1, page 2-21**).
- Autre solution : placer la ligne zéro du ruban en haut de l'utérus et étirer jusqu'à l'extrémité supérieur de la symphyse pubienne.

Note: En comparant les mesures effectives de la hauteur utérine à celles indiquées dans le tableau de l'évaluation, il convient de faire attention aux variations entre populations dans ce que l'on juge une hauteur utérine « normale » à chaque stade gestationnel. Prière de se rapporter aux normes locales pour déterminer les mesures correctes de la hauteur utérine pour vos patientes.

Diagramme 2-1. Mesure prénatale de la hauteur utérine



Encadré 2-10. Technique pour déterminer la position et la présentation du fœtus

Avant d'exécuter les trois gestes obstétricaux suivants :
- Vérifier que les mains sont propres et chaudes.
- Se mettre au côté de la patiente, se tournant vers sa tête.

ETAPE 1 : Palpation fundique (**Diagramme 2-2, page 2-22**):
- Mettre les doigts à plat, (ne pas utiliser les bouts des doigts) et palper les deux côtés de l'utérus en haut de l'abdomen.
- Déterminer quelle est la partie du fœtus qui se trouve en haut de l'utérus. Utiliser en douceur la partie plate des doigts pour évaluer la consistance et la mobilité de la partie fœtale :
  - Les fesses sont plus molles et de forme moins précise que la tête et ne peuvent pas être bougées indépendamment du corps.
  - La tête est plus dure que les fesses et peut être bougée vers l'arrière et vers l'avant avec les deux mains.

ETAPE 2 : Palpation latérale (**Diagramme 2-3, page 2-22**):
- Faire glisser les mains des deux côtés de l'utérus pour sentir le dos fœtal ; au toucher, le dos est ferme et lisse contrairement aux petites parties qui sont noueuses et qui peuvent être bougées aisément.
- Garder la main dominante fermement sur le côté de l'utérus tout en utilisant la paume de la main non dominante pour exercer une pression ferme mais en douceur pour explorer le côté opposé de l'utérus.
- Répéter la technique, en palpant avec la main dominante et en stabilisant avec la main non dominante.

ETAPE 3 : Palpation pelvienne (Supra-pelvienne) (**Diagramme 2-4, page 2-22**):
- Se mettre face aux pieds de la patiente. (Ses genoux devraient être légèrement fléchis pour relaxer les muscles abdominaux.)
- Placer vos mains des deux côtés de l'utérus, paumes en dessous du niveau de l'ombilic et doigts dirigés vers la symphyse pubienne. Saisir la partie fœtale étroitement entre les mains. (Les pouces se trouveront environ au niveau de l'ombilic.)
- Si cette partie fœtale est palpable au niveau de la symphyse ou au-dessus, déterminer sa taille, forme, consistance et mobilité. En cas de présentation par le sommet, on sentira une masse dure avec une surface ronde bien distincte. En cas de présentation par le siège, une masse plus grande et moins dure sera sentie à la palpation. Observer le visage de la patiente pour noter tout signe de douleur/sensibilité lors de la palpation.

Diagramme 2-2. Palpation fundique

Diagramme 2-3. Palpation latérale

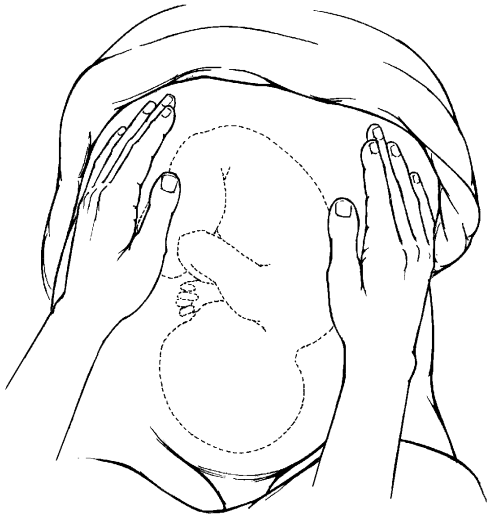


Diagramme 2-4. Palpation pelvienne (supra-pubienne)

Encadré 2-11. Technique d'évaluation des battements cardiaques fœtaux (après 20 semaines de grossesse)

- Placer le stéthoscope fœtal sur l'abdomen de la patiente à angles droits (le même côté où vous avez palpé le dos du fœtus)

  Note : Si on ne dispose pas d'un stéthoscope fœtal Pinard, on peut utiliser un stéthoscope régulier ou un rouleau de papier hygiénique.

- Placer l'oreille sur le stéthoscope
- Déplacer le stéthoscope pour trouver l'endroit où on peut entendre le mieux le cœur fœtal
- Retirer les mains du stéthoscope et écouter les battements du cœur fœtal
- Ecouter pendant une minute entière en comptant les battements avec la petite aiguille d'une montre
  - **Pendant le travail actif :** Ecouter également pendant une contraction et au moins pendant 15 secondes après.

  Note : Prendre simultanément le pouls de la patiente pour vérifier que l'on mesure les battements cardiaques fœtaux et non pas le pouls maternel. Le rythme du pouls maternel est plus lent que les battements cardiaques fœtaux.

EP-5. Examen génital (première visite/quand c'est nécessaire)

- Si ce ne n'est pas encore fait, aider la patiente à se préparer pour l'examen physique (suivant les étapes indiquées à l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**]).
- Faire un examen génital/vaginal (**Encadré 2-12, page 2-24**).
- Après l'examen, suivre les Etapes post-examen (**Encadré 2-13, page 2-25**).

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Ouverture vaginale **Peau** **Lèvres**	• Aucun signe d'excision. • La peau génitale ne comporte pas de lésions, ulcérations, verrues, lentes ou poux. • Les lèvres sont molles et ne sont pas douloureuses.	➡ **Si des signes d'excision sont présents**, voir Excision lors de la grossesse et du travail (**page 3-49**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si les résultats (autres que les signes d'excision) ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/ transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
Sécrétions vaginales	• Il n'y a pas de sang ou de pertes malodorantes, jaunes ou verdâtres s'écoulant de l'ouverture vaginale. • Pas d'urine ni de selles s'écoulant de l'ouverture vaginale. • **Variations normales** : On peut noter des sécrétions vaginales plus importantes mais elles sont blanches ou transparentes et sans odeur.	➡ **En cas de saignement vaginal**, AGIR MAINTENANT—voir Saignement vaginal en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse) (**page 3-103**) ou Saignement vaginal en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) ou lors du travail (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les autres résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
Glandes de Skene et de Bartholin	• Les glandes de Skene et de Bartholin ne sont pas douloureuses. Aucun écoulement n'est noté à la compression de ces glandes.	➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Encadré 2-12. Technique pour l'examen génital/vaginal

- Avant de commencer :
  - Informer la patiente de ce que l'on va faire avant chaque étape de l'examen.
  - Demander à la patiente de découvrir ses parties génitales. La couvrir pour préserver son droit à l'intimité et respecter sa pudeur
  - Demander à la patiente d'ouvrir les jambes tout en ayant les jambes légèrement fléchies.
  - Mettre la lumière et la diriger vers la partie génitale.
  - Se laver les mains attentivement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec ou les laisser sécher à l'air.
  - Mettre aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants d'examen désinfectés à haut niveau.
- Avant de nettoyer la vulve, inspecter les parties génitales externes.
- Toucher l'intérieur de la cuisse de la patiente avant de toucher toute autre partie de la zone génitale.
- Séparer les grandes lèvres avec deux doigts, vérifier les petites lèvres, le clitoris, l'ouverture urétrale et l'ouverture vaginale.
- Palper les petites lèvres. Rechercher/détecter tout enflement, toute perte, sensibilité, ulcération et fistule. Palper pour détecter des irrégularités ou nodules.
- Observer le périnée. Vérifier l'éventuelle existence de cicatrices, lésions, inflammations ou intégrité/continuité de la peau/lésions de la peau.
- **Pendant la période prénatale :**
  - Contrôler la glande de Skene pour noter tout écoulement ou sensibilité (**Diagramme 2-5, page 2-25**). Paume vers le haut, insérer l'index dans le vagin et pousser doucement vers le haut vers l'urètre ; comprimer la glande des deux côtés de l'urètre et ensuite comprimer/extraire en douceur directement sur l'urètre.
  - Contrôler la glande de Bartholin pour noter tout écoulement ou sensibilité (**Diagramme 2-6, page 2-25**). Insérer l'index dans le vagin à l'extrémité inférieure de l'ouverture et toucher la base de chacune des grandes lèvres. Avec le doigt et le pouce, palper chaque côté pour noter tout enflement ou sensibilité.
  - Demander à la patiente de pousser pendant que l'on tient les lèvres ouvertes. Contrôler l'existence de bombement sur les parties vaginales antérieures ou postérieures.
- **Pendant le travail/l'accouchement :**
  - Observer l'orifice du vagin pour noter tout bombement visible de membranes ou tête/parties fœtales
  - Faire un examen vaginal: Insérer en douceur l'index et le majeur de la main de l'examen dans le vagin, continuer à éclairer avec la lampe, exercer une pression vers le bas en déplaçant les doigts vers le col. Continuer avec l'examen du col.
- **Pendant la période du post-partum** : Noter s'il existe des contusions sur le périnée et observer les caractéristiques des lochies (en observant le périnée et les bandes périnéales de la patiente).

Diagramme 2-5. Vérifier la glande de Skene

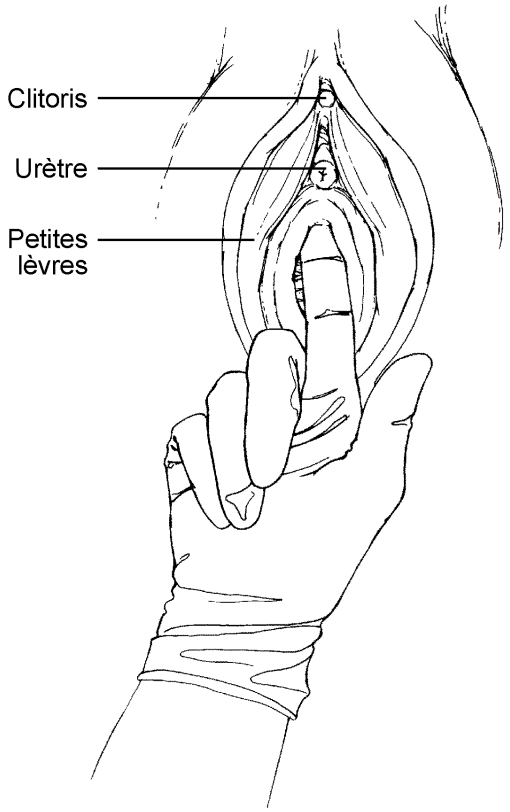


Diagramme 2-6. Vérifier la glande de Bartholin

Encadré 2-13. Etapes post-examen

Etapes suivant l'examen de la patiente :

- Plonger les deux mains gantées dans une solution de chlore à 0,5%.
- Retirer les gants en les retournant.
- Si les gants sont jetés, les mettre dans un récipient qui ne peut pas être perforé ou un sac en plastique.
- Si on réutilise les gants, les plonger pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5% pour les décontaminer.
- Se laver attentivement les mains.
- Aider la patiente à descendre de la table.
  - **Pendant le travail/accouchement** : aider la patiente à prendre la position qu'elle préfère.
- Partager vos résultats avec elle.

Test (T)

Une fois terminé l'examen physique, passer au test. Ne pas oublier de noter tous les résultats dans le dossier de la patiente.

➧ **Si c'est la première visite de la patiente**, réaliser tous les tests indiqués (éléments **T-1** à **T-4**), mais se rappeler que la patiente peut refuser le test de dépistage du VIH (voir **Note** [**page 2-26**]).

➧ **Si c'est une visite de retour**, réaliser les tests uniquement si c'est indiqué ou nécessaire.

- Faire le test pour mesurer le taux d'hémoglobine (élément **T-1**) si nécessaire en fonction des signes et des symptômes.
- Réaliser un test de dépistage du VIH (élément **T-3**) si la patiente est d'accord pour se soumettre à ce test (voir **Note, page 2-26**).

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
T-1. Taux d'hémoglobine Pour la technique, voir **page 4-45**.	• Le taux d'hémoglobine est de 11 g/dl ou plus	➡ **Si son taux d'hémoglobine est inférieur à de 7 g/dl**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si son taux d'hémoglobine est de 7–11 g/dl**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
T-2. RPR[1] Pour la technique, voir **page 4-46**.	• Négatif	➡ **Si le test de la syphilis est positif**, voir Syphilis (**page 3-76**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
T-3. VIH (Voir **Note** [ci-après].)	• Négatif	➡ **Si le test de dépistage du VIH est positif**, voir VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. **Note** : **Toujours suivre les directives nationales pour le test de dépistage du VIH.** En général : • Si le test de dépistage du VIH est positif, refaire le test avec un type/préparation différent du test. • Si le second test est positif, voir VIH (**page 3-51**). • Si le second test est négatif, faire un troisième test si les résultats sont différents. • Si le troisième est positif, voir VIH (**page 3-51**). • Si le troisième test est négatif, informer la patiente qu'elle est séronégative lors du counseling post-test (**page 2-35**).
T-4. Groupe sanguin et facteur Rhésus, si disponible	• Groupe sanguin A, B, AB ou O. • Rhésus positif.	➡ **Si Rhésus négatif,** la patiente devrait recevoir des immunoglobulines D.

Note : On indiquera à la patiente que le test de dépistage du VIH est recommandé pour toutes les femmes enceintes mais qu'elle peut refuser de se soumettre à ce test si elle le souhaite. Ne pas oublier de lui proposer à nouveau de passer le test de dépistage lors des visites ultérieures si elle refuse cette fois-ci. En effet, une patiente qui ne veut pas se soumettre au test pendant la première visite pourrait changer d'avis et décider de passer le test de dépistage une fois qu'elle a reçu un counseling, a envisagé les avantages du test et/ou discuté du test avec son partenaire. Assurer à la patiente que l'on ne refuse pas les services à quelqu'un qui « opte contre » le test de dépistage et que le refus n'aura aucune influence sur les soins qu'elle recevra.

[1] Utiliser VDRL si RPR n'est pas disponible.

Test particulier à la région/population :
Examen urinaire révélant la présence de sucre dans les urines (première visite/tel que nécessaire)

Si la patiente vit dans une région connaissant une prévalence élevée de diabète/diabète gestationnel ou qu'elle a des antécédents de diabète, faire un examen des urines pour détecter le niveau de glucose.

Normal	Anormal/Mesure de suivi
Négatif	➡ **Si l'examen est négatif MAIS que la patiente vit dans une région avec une prévalence élevée de diabète/diabète gestationnel ou a des antécédents de cette maladie**, répéter le test au début du 3e trimestre (aux alentours de 28 semaines). ➡ **Si l'examen est positif**, révélant la présence de sucre dans les urines, la patiente présente une affection qui n'entre plus dans la portée des soins de base ; faciliter des soins adéquats et/ou référence/transfert vers un spécialiste, un niveau de soins plus élevé ou des services de soutien.

PRESTATION DES SOINS PRENATALS

S-1. Conseils nutritionnels

En fonction des antécédents sur le plan nutrition, des ressources dont dispose la patiente et sa famille et toute autre discussion ou tout autre résultat pertinent, individualiser les messages nutritionnels clés donnés ci-après.

Toutes les femmes devraient :

- Suivre un régime alimentaire équilibré avec des haricots et des noix, des farineux (pommes de terre, manioc, maïs, céréales, riz), des produits animaux (viande, lait, œufs, poisson, yaourt, fromage) et des fruits et légumes.
- Manger une variété d'aliments chaque jour dont des aliments riches en :
  - Fer : viande rouge, foi, œufs, cacahuètes, lentilles, légumes à feuille vert foncé et coquillages. Les substances qui empêchent l'absorption de fer, telles que le café ou le thé, ainsi que les suppléments en calcium devraient être évités ou pris 2 heures après les repas.
  - Vitamine A : foi, produits laitiers, œufs, patates douces, potiron, carottes et papaye.
  - Calcium : lait, légumes à feuilles vert foncé, crevettes, poisson séché, haricots, lentilles, mil complet et graines oléagineuses.
  - Magnésium : céréales, légumes à feuilles vert foncé, poisson, noix, légumes et arachides.
  - Vitamine C : oranges ou autres agrumes, tomates et pommes de terre.

Les femmes enceintes devraient également :

- Manger au moins une fois de plus par jour une portion de plus de l'aliment de base.
- Manger des repas plus petits et plus fréquents si elles sont incapables de consommer des quantités plus grandes.
- Prendre des suppléments de micronutriments, tel qu'indiqué.

S-2. Plan de préparation à la naissance et préparatifs en cas de complications

Aider la femme à formuler un plan avec de préparation à la naissance (toutes les dispositions devraient être prises pour un accouchement normal) et des préparatifs en cas de complications (plan exact montrant ce qu'il faut faire si un signe de danger se présente). La famille et le partenaire de la femme ou toute autre personne dans sa vie qui prend les décisions devrait participer. Si elle le veut bien, ces personnes peuvent se joindre à la discussion. Il faut toujours respecter les choix de la femme, à moins que ceux-ci ne l'exposent à un risque, elle ou son bébé. De plus, il faut être sensible aux croyances culturelles ou normes sociales (superstitions demandant que l'on n'achète rien tant que le bébé n'est pas né) qui pourraient entraver cette planification.

Note : Si cette section se concentre sur ce que le prestataire qualifié, la femme et sa famille peuvent faire pour se préparer à la naissance et aux complications possibles, ces préparations n'en restent pas moins une question qui concerne toute la communauté. Si l'on veut qu'un plan de naissance serve effectivement à sauver la vie d'une femme, il doit être soutenu—sous forme de mesures, ressources, compétences et attitudes—par les décideurs, les établissements de santé et les membres individuels d'une communauté.

- Lors de la **première visite**, introduire le concept d'un plan de préparation à la naissance (avec les préparatifs en cas de complications) :
  - Vérifier que la femme et sa famille comprennent qu'elles doivent envisager/traiter chacun des éléments bien avant la date estimée de l'accouchement (DEA).
- Lors de chaque **visite de retour**, revoir et mettre à jour le plan de préparation à la naissance :
  - Quelles sont les dispositions qui ont été prises depuis la dernière visite ?
  - Est-ce que quelque chose a changé ?
  - S'est-on heurté à des obstacles ou problèmes ?
- A la **32e semaine**, finaliser le plan de préparation à la naissance. La femme et sa famille auront pris à ce moment-là toutes les dispositions nécessaires. Fournir, le cas échéant, une assistance supplémentaire à ce moment-là pour achever le plan.

Composantes du plan de préparation à la naissance et des préparatifs en cas de complications

Note : Les éléments qui font partie du plan des préparatifs en cas de complications—devant être discutés/revus lors de chaque contact/visite avec la femme tout au long du cycle de procréation—sont indiqués par un astérisque (*).

Prestataire qualifié

Aider la femme à prendre les dispositions nécessaires pour qu'un prestataire qualifié soit présent à l'accouchement ; cette personne est formée pour apporter une assistance lors d'un travail/accouchement normal et prendre en charge les complications, si celles-ci se présentent.

Note : Vérifier que la femme sait comment contacter le prestataire qualifié ou l'établissement de santé au moment nécessaire.

Articles nécessaires pour un accouchement sans risques et dans de bonnes conditions d'hygiène et pour le nouveau-né

Vérifier que la femme a réuni les articles nécessaires pour un accouchement sans risques et dans les bonnes conditions d'hygiène. Discuter de l'importance de garder ces articles dans un endroit où l'on peut les retirer facilement, si nécessaire.

- Articles nécessaires pour la naissance : serviettes/linges périnéaux ; savon ; draps propres ; récipient pour le placenta ; lame de rasoir propre, non utilisée ; couverture/alèze étanche ou en plastique ; nœuds propres pour le cordon.

- Articles nécessaires pour le nouveau-né : couvertures, couches, bonnet, vêtements qui ont été lavés et séchés au soleil.

Note : Les articles nécessaires dépendent des exigences individuelles du lieu escompté de la naissance, que ce soit dans un établissement de santé ou à domicile.

Structure adéquate/ établissement de soins de santé*

Vérifier que la femme a accès à une structure adéquate pour l'accouchement, en fonction de ses besoins individuels.

Pour les préparatifs en cas de complications, aider la patiente à choisir l'établissement de santé approprié (hôpital de district, centre de santé) où elle peut se rendre en cas de signes de danger.

Transport*

Vérifier que la femme connaît bien les systèmes locaux de transport et qu'elle dispose de moyens de transport pour se rendre à un endroit approprié pour la naissance en fonction de ses besoins individuels.

Pour les préparatifs en cas de complications, aider la femme à choisir les transports d'urgence pour se rendre à l'établissement de soins approprié, si des signes de danger se présentent.

Fonds*

Aider la femme à prévoir/mettre de côté les fonds nécessaires pour payer pour les soins lors d'un accouchement normal. Par exemple, mettre de côté une petite somme chaque semaine peut assurer les économies nécessaires.

Pour les préparatifs en cas de complications, discuter des fonds d'urgence qui sont disponibles dans la communauté et/ou l'établissement de soins de santé, si des signes de danger se présentent.

Prise de décisions*

Discuter de la manière dont sont prises les décisions dans la famille de la femme (qui prend généralement les décisions ?) et décider des aspects suivants :

- Comment les décisions seront-elles prises lorsque commence le travail ou si des signes de danger se présentent (à savoir, quelle est la principale personne qui prend les décisions ?)
- Qui d'autre peut prendre les décisions si cette personne n'est pas présente ?

Soutien*

Aider la femme à décider de prendre les dispositions nécessaires pour obtenir le soutien dont elle a besoin, notamment :

- Accompagnant qu'elle souhaite avoir présent pendant le travail et l'accouchement et qui l'accompagne lors du transport, si nécessaire
- Quelqu'un qui s'occupe de sa maison et de ses enfants pendant son absence

Donneur de sang*

Vérifier que la femme a retenu un donneur de sang présentant les bonnes conditions et que cette personne sera disponible en cas d'urgence.

Signes de danger* et signes de travail

Vérifier que la femme connaît les signes de danger qui demandent qu'entre en jeu les préparatifs en cas de complications:

- Saignement vaginal
- Difficultés respiratoires
- Fièvre
- Vive douleur abdominale
- Graves maux de tête/vision trouble
- Convulsions/perte de connaissance
- Pertes malodorantes du vagin
- Mouvements fœtaux diminués/absents
- Ecoulement verdâtre/brunâtre (teinté de méconium) du vagin

Vérifier également qu'elle connaît les signes de travail qui demandent qu'elle entre en contact avec le prestataire qualifié et mette en mouvement le plan de préparation à la naissance :

- Contractions régulières, de plus en plus douloureuses
- Douleur au bas du dos provenant de l'utérus
- Pertes vaginales teintées de sang
- Rupture des membranes

S-3. Auto-soins et autres pratiques saines

Individualiser les messages de santé et le counseling sur les thèmes présentés ci-après en fonction des antécédents de la femme et autres discussions ou constatations pertinentes.

Si certains thèmes doivent être traités dès la première occasion, d'autres par contre—tel que le soutien aux relations mère-bébé-famille, l'aide pour l'allaitement maternel et les aspects fondamentaux des soins du nouveau-né—seront probablement plus pertinents à un statut avancé de la grossesse ou peuvent être inclus selon le besoin individuel. Il est bon en principe que le partenaire de la femme soit présent lors de ces discussions.

Note : Les patientes qui ont des **troubles courants** de la grossesse ont besoin de soins supplémentaires, surtout des messages de santé et des conseils. Le **Chapitre 9** (**page 3-1**) donne des informations sur les soins supplémentaires pour les femmes avec des problèmes courants.

S-3.1. Utilisation de substances pouvant être nuisibles

- Le tabagisme, la consommation d'alcool et la prise de médicaments—dont certains médicaments prescrits et d'autres pouvant être obtenus sans ordonnance, des vitamines et suppléments alimentaires ainsi que les préparations traditionnelles/à base d'herbes—peuvent être particulièrement nuisibles pour une femme enceinte et son bébé pas encore né.
- Une femme enceinte devrait informer son prestataire qualifié des médicaments qu'elle prend actuellement et celui-ci décidera si elle doit arrêter de les prendre ou si la posologie doit être ajustée pendant la grossesse.

- Une femme enceinte devrait parler à son prestataire qualifié avant de prendre des médicaments pendant la grossesse.
- Le prestataire qualifié devrait prescrire uniquement les médicaments qui sont nécessaires et sans risques.

S-3.2. Prévention des infections/hygiène

Hygiène générale :

- Il faut se laver les mains avant les activités suivantes :
  - Manger ou boire
  - Préparer la nourriture
  - Donner à manger à un bébé
- Il faut se laver les mains après les activités suivantes :
  - Utiliser les toilettes
  - Changer les couches du bébé
- Une eau salubre doit être utilisée pour la boisson afin d'éviter les infections et la diarrhée qui peuvent avoir des conséquences négatives sur l'état nutritionnel. Etapes de la préparation d'une eau de boisson salubre :
  - Faire bouillir l'eau pendant 10 minutes avant de l'utiliser si elle n'est pas propre.
  - Garder l'eau propre dans un récipient avec un couvercle.
- La nourriture devrait être préparée et gardée avec les bonnes conditions d'hygiène :
  - Nettoyer les surfaces sur lesquelles la nourriture est préparée ou servie.
  - Couvrir la nourriture pour éviter les mouches et la contamination.
  - Garder la nourriture 12 heures maximum sans réfrigération.
- Le corps, les habits, les draps et l'environnement doivent être gardés propres :
  - Se baigner régulièrement
  - Changer régulièrement les draps et les habits
  - Nettoyer régulièrement

Hygiène pendant la grossesse:

Outre les bonnes pratiques d'hygiène en général (susmentionnées), les conseils suivants seront donnés à la femme enceinte :

- Pendant la grossesse, la femme enceinte doit faire particulièrement attention à l'hygiène pour éviter les maladies et les infections—les femmes enceintes transpirent davantage et ont plus de pertes vaginales que les femmes non enceintes (suite aux changements hormonaux) et peuvent être particulièrement vulnérables aux germes.
- L'hygiène dentaire est particulièrement importante pendant la grossesse car des niveaux d'œstrogènes plus élevés font que les gencives enflent et sont plus sensibles. La femme enceinte devrait se nettoyer régulièrement les dents avec un bâtonnet dentaire ou une brosse et du dentifrice.

S-3.3. Repos et activité

Individualiser les messages clés ci-après en fonction des antécédents de la femme et autres discussions ou constatations pertinentes.

- Une femme enceinte devrait diminuer sa charge de travail et se reposer davantage.
- Une femme enceinte a besoin de repos supplémentaire. En début de grossesse, la femme se sentira fatiguée alors que son corps s'accoutume à la grossesse. A un stade plus avancé de la grossesse, le fœtus qui grandit absorbe plus d'énergie et taxe davantage le corps de la mère. Alors qu'évolue la grossesse, celle-ci aura besoin de plus en plus de repos.
- Une femme enceinte devrait avoir des périodes régulières de repos pendant la journée, en plus du sommeil dont elle a besoin en temps normal.

Note : Dans la plupart des cultures, les femmes n'ont pas la permission de se reposer pendant la grossesse. Peut-être devrez-vous défendre leur droit et les aider à trouver des manières imaginatives pour diminuer leur charge de travail et trouver plus de temps pour se reposer.

- Une femme enceinte ne devrait pas se coucher sur le dos. La meilleure position pour une femme enceinte, c'est de se coucher sur le côté gauche, avec ses jambes surélevées. (Voir également **Encadré 2-14**, ci-après.)
- Les femmes enceintes devraient éviter d'être assises ou debout pendant un temps prolongé au cours de la journée.

Encadré 2-14. Pourquoi il est important que les femmes enceintes se couchent sur le côté

Lorsqu'une femme enceinte est couchée à plat sur son dos (lorsqu'elle se repose ou dort), l'utérus élargi presse sur les grands vaisseaux de son système circulatoire, ce qui :

- Diminue l'apport sanguin de la partie inférieure du corps, et à son tour :
  - Diminue la quantité de sang qui arrive au cœur ;
  - Baisse le débit cardiaque ;
  - Diminue l'apport sanguin vers le fœtus ; et
  - Peut entraîner une faible tension artérielle, d'où un risque de s'évanouir quand la femme se lève.
- La femme peut remédier à ce syndrome en se mettant assise ou en se couchant sur le côté.

- Lors de la grossesse, les changements hormonaux entraînent un ramollissement du cartilage dans certaines articulations et une relaxation dans d'autres articulations. Aussi, la femme enceinte court-elle davantage de risques d'être blessée. Elle devrait donc :
  - Eviter tout surmenage ;
  - Eviter de porter des choses lourdes ; et
  - Utiliser les mécaniques corporelles correctes (**Encadré 2-15**, **page 2-33**), surtout lorsqu'elle soulève quelque chose ou quelqu'un, par exemple un petit enfant.
- La femme enceinte a des besoins caloriques accrus. Elle devrait envisager de diminuer sa charge de travail et/ou d'éviter les durs travaux physiques, surtout si elle :
  - Semble maigrir ;
  - A une faim non rassasiée ou fatigue liée au travail ; ou
  - Ne peut pas augmenter suffisamment ses apports alimentaires pour répondre aux exigences caloriques d'une grossesse ou aux demandes physiques de sa vie quotidienne.

Encadré 2-15. Mécaniques corporelles correctes

- Utiliser les mécaniques corporelles correctes pour soulever :
  - S'accroupir (colonne vertébrale droite) plutôt que de se pencher en avant pour soulever quelque chose pour que ce soit les jambes (et les cuisses) et non pas le dos qui fassent l'effort.
  - En position accroupie ou qu'on se lève de cette position, écarter les jambes et placer un pied légèrement devant l'autre pour avoir une base élargie d'équilibre.
- Avoir une bonne position lorsqu'on est debout ou assis.
- Ne pas croiser les jambes lorsqu'on est assis.

S-3.4. Relations sexuelles et rapports sexuels moins risqués

Des rapports sexuels moins risqués diminuent le risque de contracter le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) :

- L'abstinence ou des relations mutuellement monogames avec un partenaire qui n'est pas infecté par le VIH ou une IST est la seule protection tout à fait sûre.
- L'utilisation régulière de condoms est importante, même pendant la grossesse.
- Les pratiques sexuelles qui peuvent augmenter le risque d'infection (par exemple, les rapports sexuels par voie anale) devraient être évitées.
- Un désir sexuel moindre ou plus prononcé pendant la grossesse est chose normale.
- Les rapports sexuels pendant une grossesse qui évolue normalement ne nuisent pas, ni à la femme, ni au fœtus.
- Par contre, les rapports sexuels devront être évités en cas de signes suivants :
  - Perte de liquide aqueux
  - Saignement vaginal
  - Signes de travail prématuré
- Alors qu'évolue la grossesse, des changements dans la position sexuelle peuvent être nécessaires pour tenir compte de l'abdomen plus grand de la femme ou pour satisfaire aux besoins sexuels des deux partenaires.
- Le fait d'avoir ou de contracter une IST—VIH, syphilis, gonorrhée ou chlamydia—alors qu'elle est enceinte est dangereux pour la femme, son partenaire et le bébé pas encore né.

S-3.5. Allaitement maternel précoce et exclusif

Note : Si la patiente est séronégative-VIH, l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie doit être vivement encouragé. Les messages de santé suivants et un counseling doivent être fournis à toutes les femmes pendant la grossesse à moins qu'elles ne soient séropositives-VIH ou qu'elles souhaitent ne pas allaiter.

Individualiser les messages clés ci-après en fonction des antécédents de la femme et autres discussions ou résultats pertinents.

Avantages de l'allaitement maternel :

L'allaitement maternel confère bien des avantages à la mère et au nouveau-né, notamment :

- Apporte la meilleure nutrition au nouveau-né :
  - Est digéré facilement et est bien utilisé par le corps du bébé
  - Protège contre les infections et autres maladies
  - Confère une protection contre les allergies

- Est efficace par rapport aux coûts/d'un coût abordable
- Encourage les liens entre la mère et le bébé
- Fournit à la mère une protection contraceptive jusqu'à son retour de couches (tant qu'elle allaite exclusivement)

Principes généraux d'un allaitement maternel précoce et exclusif :

Les principes fondamentaux d'un allaitement maternel précoce et exclusif sont les suivants :

- Les bébés devraient recevoir le sein aussi rapidement que possible après l'accouchement (de préférence pendant la première heure) et continuer pendant les 6 premiers mois de la vie.
- Le colostrum, le premier lait, devrait être donné au bébé, non pas jeté.
- Le bébé devrait être allaité **exclusivement** pendant les 6 premiers mois de la vie. Il ne faut donner rien d'autre à boire ou à manger au bébé pendant cette période.
- Le bébé devrait recevoir le sein chaque fois qu'il/elle le souhaite, jour et nuit (**sur demande**), car cela stimule les seins à produire une quantité suffisante de lait.

Note : Pour des directives plus spécifiques pour l'allaitement maternel, voir **page 2-105**. Pour une information sur le positionnement correct pour un bon attachement, voir **page 4-49**.

S-3.6. Planification familiale

Lors de la période prénatale, on commencera à discuter des divers choix de contraception lors du post-partum. Cela dépend des antécédents de la femme et autres résultats de test ainsi que de ses souhaits et de ceux du partenaire en ce qui concerne la taille de la famille et l'espacement des naissances. Un bon espacement des naissances est un élément d'importance capitale de la santé familiale qui devrait être discuté.

- Des intervalles d'au moins 3 ans comportent des avantages pour la santé de la mère et du bébé. En effet, un bon espacement des naissances diminue le risque de :
  - Mortalité maternelle
  - Anémie (femme)
  - Rupture précoce des membranes (femme)
  - Endométrite du post-partum (femme)
  - Malnutrition (femme)
  - Décès fœtal
  - Naissance prématurée
  - Bébé petit pour l'âge gestationnel
  - Décès du nouveau-né
  - Retard de croissance utérine et avec insuffisance pondérale à la naissance
  - Il existe de nombreuses méthodes de contraception sans risques pour la femme qui allaite (**page 4-55**).
- Le retour de fécondité après une naissance n'est pas entièrement prévisible et une conception pourrait survenir avant que la mère n'ait son retour de couches.

S-4. Conseils et dépistage du VIH (première visite/tel que nécessaire)

Si la patiente ne connaît pas son statut VIH ou n'a pas subi le test de dépistage du VIH, lui fournir conseils et dépistage du VIH.

S-4.1. Conseils prétest

- Informer la patiente que **le test est recommandé pour toutes les femmes enceintes et du post-partum**, mais qu'elle peut refuser ce test si elle le souhaite.
- Expliquer que :
  - Les conseils et le dépistage du VIH sont confidentiels et privés.
  - La femme peut recevoir les services de conseils et dépistage du VIH lors de n'importe quelle visite, même si elle a refusé ces services par le passé.
- Aider la patiente à évaluer ses **facteurs-risques individuels** de contracter le VIH/SIDA : rapport sexuels non protégés, multiples partenaires (plus d'un partenaire ces 3 derniers mois), partenaire non monogame ou partenaire qui a un travail exigeant de nombreux déplacements (militaire, camionneur sur de longues distances), nouveau partenaire ou partenaire occasionnel, agression sexuelle et utilisation de drogues par voie intraveineuse.
- Fournir des informations sur le VIH/SIDA: **comment le virus est transmis** (rapports sexuels non protégés, réutilisation d'aiguilles), comment il affecte le corps (diminue la capacité du corps à lutter contre les infections) et comment on peut diminuer le risque de transmission (monogamie mutuelle, abstinence, utilisation de condoms pour une protection double).
- Discuter/contrecarrer **les mythes locaux et rumeurs erronées** entourant le VIH/SIDA, par exemple, de quoi il s'agit, comment il est transmis et qui est exposé au risque.
- Fournir **des informations sur le test** (est-il confidentiel, comment est-il réalisé, quand les résultats seront-ils disponibles).
- Fournir **des informations sur les résultats :**
  - Un résultat positif veut dire que la personne est infectée par le VIH.
  - Un résultat négatif indique l'absence de l'infection à VIH, bien qu'il existe une période de latence virologique entre l'infection et un résultat positif et que le test devra être répété en cas d'infection possible récemment.
- Souligner l'importance de **revenir pour obtenir les résultats du test** et des soins de base continus.

S-4.2. Counseling post-test

Prendre les dispositions nécessaires pour voir la femme en personne pour lui remettre les résultats de son test. Ne pas donner les résultats au téléphone.

- Pour un résultat négatif :
  - Communiquer le résultat.
  - Revoir les facteurs-risques individuels de la femme et donner des conseils en voie de conséquence.
  - Renforcer les pratiques de réduction de risques, surtout les exercices de renforcement des compétences (démontrer l'utilisation correcte de condoms ; jeu de rôle pour pratiquer des compétences de négociation, par exemple, pour utiliser des condoms ou s'abstenir de relations sexuelles).
  - Identifier le soutien nécessaire à la réduction de risques (source accessible de condoms).

- Pour un résultat positif, voir **Encadré 3-18** (**page 3-53**) pour des directives sur un counseling approprié post-test, ainsi que le VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

S-5. Vaccinations et autres mesures préventives

S-5.1. Vaccination antitétanique (TT)

➡ **Si la femme doit recevoir sa prochaine vaccination antitétanique** (en fonction de son dossier, de ses antécédents ou du calendrier ci-après [**Tableau 2-3**]) :

- Injecter 0,5 ml de vaccin antitétanique par IM dans la partie supérieure du bras.
- Mettre à jour le carnet de vaccinations (ou lui en remettre un, le cas échéant) et l'informer de la date de la prochaine vaccination.

➡ **Si une vaccination antitétanique n'est pas prévue à ce moment-là**, informer la femme de la date à laquelle elle doit recevoir la vaccination.

Tableau 2-3. Calendrier des vaccinations antitétaniques

INJECTION TT	DATE
TT1	Lors du premier contact avec une femme en âge de procréer ou aussi tôt que possible pendant la grossesse (lors de la première visite du post-partum)
TT2	Au moins 4 semaines après TT1
TT3	Au moins 6 mois après TT2
TT4	Au moins 1 an après TT3
TT5	Au moins 1 an après TT4

- Conseiller et fournir les messages de santé suivants :
  - La vaccination antitétanique est la meilleure protection contre le tétanos pour la femme et son bébé. Aussi est-il très important qu'elle soit vaccinée en fonction du calendrier de son carnet de vaccinations et elle devra apporter son carnet lors de chaque visite de santé.
  - La femme et sa famille doivent procéder aux préparations nécessaires pour un accouchement sans risques, dans les bonnes conditions d'hygiène, avec un prestataire qualifié.
  - Pour prévenir le tétanos chez le nouveau-né, le cordon doit être bien nettoyé et séché après la naissance et jusqu'à ce qu'il tombe.

S-5.2. Fer/Folate

- Pour prévenir l'anémie, prescrire 60 mg de fer + 400 mcg de folate à prendre par voie buccale une fois par jour tout au long de la grossesse.
- Remettre les quantités suffisantes pour qu'elles durent jusqu'à la prochaine visite.
- Messages de santé et counseling :
  - Manger des aliments riches en vitamine C, car ils aident le corps à absorber le fer. Les agrumes (oranges, pamplemousses, citrons, citrons verts), les tomates, les poivrons, les pommes de terre, les feuilles de manioc et les ignames sont de bonnes sources de vitamine C.
  - Eviter thé, café et cola car ils inhibent l'absorption de fer.

- Selles noires, constipation et nausées sont des effets secondaires possibles des cachets de fer/folate. Pour diminuer les effets secondaires :
  - Boire plus de liquides (2 à 4 verres en plus par jour)
  - Manger plus de fruits et de légumes
  - Faire suffisamment d'exercice (par exemple, marcher)
  - Prendre les comprimés avec les repas ou le soir

Mesures de prévention spécifiques à la région/population

- Pour les femmes dans des régions avec prévalence élevée de **paludisme**, voir directives pour prévention (**page 3-59**).
- Pour les femmes dans des régions avec prévalence élevée d'**ankylostomiase**, voir directives pour prévention (**page 3-58**).
- Pour les femmes dans des régions avec prévalence élevée d'**avitaminose A**, voir directives pour plus de supplémentation (**page 3-62**).
- Pour les femmes dans des régions avec prévalence élevée de **carence en iode**, voir directives pour plus de supplémentation (**page 3-61**).

CHAPITRE SIX

SOINS LIES AU TRAVAIL ET A L'ACCOUCHEMENT

VUE GENERALE

Après le bilan rapide d'une patiente (**Annexe 6, page 4-63**), les soins liés au travail et à l'accouchement seront fournis en fonction des directives indiquées au **Chapitre 4** (**page 2-1**) et du calendrier donné ci-après (**Tableau 2-4**).

Tableau 2-4. Calendrier et vue générale des soins liés au travail et à l'accouchement

COMPOSANTES/ELEMENTS	EVALUATION INITIALE	1E STADE	2E & 3E STADES	4E STADE
EVALUATION				
Evaluation continue, page 2-40	✓	✓	✓	✓
Antécédents				
A-1. Information personnelle, page 2-52	✓	–	–	–
A-2. Date estimée de l'accouchement/antécédents menstruels, page 2-53	✓	–	–	–
A-3. Grossesse actuelle et travail/accouchement, page 2-54	✓	–	–	–
A-4. Antécédents obstétricaux, page 2-56	✓	–	–	–
A-5. Antécédents médicaux, page 2-57	✓	–	–	–
Examen physique				
EP-1. Bien-être général, page 2-58	✓	–	–	–
EP-2. Signes vitaux, page 2-59	✓	[1]	[1]	[1]
EP-3. Seins, page 2-60	✓[2]	–	–	–
EP-4. Abdomen, page 2-61	✓	[1]	[1]	[1]
EP-5. Parties génitales, page 2-65	✓	[1]	[1]	[1]
EP-6. Col, page 2-66	✓	[1]	[1]	[1]
Test				
T-1. RPR (ou Test VDRL), page 2-71	✓	–	–	–
T-2. VIH, page 2-71	✓[3]	–	–	–
T-3. Groupe sanguin et Rh, page 2-71	✓	–	–	–
PRESTATION DES SOINS				
Soins de soutien continus, page 2-40	✓	✓	✓	✓
S-1. Gestes clés pour le 1er stade, page 2-71 S-1.1. Démarrer un partogramme, page 2-72	–	✓	–	–

Tableau 2-4. Calendrier et vue générale des soins liés au travail et à l'accouchement *(suite)*

COMPOSANTES/ELEMENTS	EVALUATION INITIALE	1ER STADE	2E & 3E STADES	4E STADE
PRESTATION DES SOINS (SUITE)				
S-2. Gestes clés pour les 2e et 3e stades, page 2-73 S-2.1. Aider la patiente à pousser, page 2-74 S-2.2. Assistance pour accouchement normal (eutocique), page 2-76 S-2.3. Premiers soins néonatals, page 2-79 S-2.4. Prise en charge active du 3e stade du travail, page 2-80	–	–	✓	–
S-3. Gestes clés pour le 4e stade, page 2-81 S-3.1. Soins immédiats du post-partum pour la mère, page 2-82 S-3.2. Continuer les soins immédiats du nouveau-né, page 2-84	–	–	–	✓

[1] L'élément fait également partie de l'évaluation continue.
[2] L'élément peut être remis au 4e stade.
[3] La femme peut refuser le test de dépistage du VIH.

EVALUATION ET SOINS DE SOUTIEN CONTINUS

Tout au long des quatre stades du travail, la patiente (et le nouveau-né, si applicable) devraient recevoir :

- **Une évaluation continue,** en fonction du calendrier indiqué au **Tableau 2-5** (**page 2-46**) (pour des directives sur l'évaluation continue du nouveau-né, voir **Tableau 2-6** [**page 2-48**]) ; et
- **Des soins de soutien continus,** tels qu'indiqués au **Tableau 2-7** (**page 2-49**).

Rappel : Pour respecter et maintenir le duo mère-bébé, les garder ensemble autant que possible tout au long de la période immédiate du post-partum/néonatale.

- Eviter de séparer la mère et le nouveau-né, même si c'est pour une évaluation et des soins individuels pour chacun d'entre eux.
- Placer le bébé peau-à-peau immédiatement à la naissance et faciliter un allaitement maternel immédiat.
- Encourager et faciliter le fait de garder dans la même chambre le bébé et la patiente jour et nuit.
- Permettre et encourager la participation de la mère à l'examen et aux soins de son bébé.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement

QUE FAUT-IL EVALUER?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Tension artérielle maternelle*	Toutes les 4 heures	Toutes les 4 heures (au moins)	Une fois (au moins)	Toutes les 15 minutes	• TA systolique (chiffre du haut) est de 90–140 mmHg. • TA diastolique (chiffre du bas) est inférieure à 90 mmHg.	➡ **Si la TA systolique est inférieure à 90 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec les soins. ➡ **SI la TA diastolique est de 90–110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—voir Céphalées très prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée (**page 3-109**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est supérieure à 110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec les soins.
Température maternelle*	Toutes les 4 heures	Toutes les 2 heures	Une fois (au moins)	(Une fois)	• Température inférieure à 38°C.	➡ **Si la température est de 38°C ou plus**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou écoulement vaginal malodorant (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.
Pouls maternel*	Toutes les 4 heures	Toutes les 30 minutes	Toutes les 30 minutes	Toutes les 15 minutes	• Pouls est de 90–110 battements par minute.	➡ **Si le pouls est inférieur à 90 ou 110 battements ou plus par minute**, AGIR MAINTENANT !—faire une évaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins.
Battements cardiaques du fœtus*	Toutes les 4 heures	Toutes les 30 minutes	Toutes les 5 minutes	–	• **Lors du 1er stade/phase latente** : le rythme cardiaque fœtal est de 120 à 160 battements par minute. • **Dès que la patiente entre en travail actif** : le rythme cardiaque fœtal est de 100 à 180 battements par minute.	➡ **Si les battements cardiaques du fœtus sont absents**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge des battements cardiaques absents du fœtus (**Encadré 3-44, page 3-113**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les battements cardiaques du fœtus ne se situent pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge des battements cardiaques du fœtus anormaux (**Encadré 3-45, page 3-114**) avant de procéder avec les soins.

* Une fois que commence le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et interprété.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.

[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement *(suite)*

QUE FAUT-IL EVALUER?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Membranes et liquide amniotique*	Lorsqu'on fait un examen vaginal ou si on observe ou indique un écoulement de liquides du vagin	Lorsqu'on fait un examen vaginal ou si on observe ou indique un écoulement de liquides du vagin	Lorsqu'on fait un examen vaginal ou si on observe ou indique un écoulement de liquides du vagin	–	• La rupture spontanée des membranes pendant le travail ou l'accouchement. • Le liquide amniotique est transparent et a une odeur légère bien distincte, mais non pas malodorante. **Note :** Ne pas procéder de manière routinière à la rupture des membranes.	➡ **Si le liquide est rouge**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou lors du travail (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si le liquide est verdâtre/brunâtre**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge du liquide amniotique teinté de méconium (**Encadré 3-42, page 3-111**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si le liquide est malodorant**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou pertes vaginales malodorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si plus de 18 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes**, voir Rupture avant travail des membranes ou Rupture des membranes plus de 18 heures avant la naissance (**page 3-70**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Modelage de la tête fœtale	En faisant un examen vaginal	En faisant un examen vaginal	En faisant un examen vaginal	–	• Les os sont séparés ou se touchent à peine. (Voir également **Diagrammes 2-9 et 2-10** [**page 2-69**].)	➡ **Si les os se chevauchent**, envisager dans le contexte d'une évaluation plus poussée : – Faire attention aux signes/symptômes d'un déroulement défavorable du travail (descente fœtale ou dilatation du col qui ne progresse pas, les contractions deviennent irrégulières).
Descente foetale*	Une fois	Toutes les 4 heures	Toutes les 15 minutes	–	• La descente progresse continuellement lors de la phase active du travail.	➡ **Si la descente ne progresse pas continuellement**, envisager dans le contexte d'une évaluation plus poussée : – Faire attention aux signes/symptômes d'un déroulement défavorable du travail (dilatation du col qui ne progresse pas, les contractions deviennent irrégulières).

* Une fois que commence le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et interprété.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.

[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement *(suite)*

QUE FAUT-IL EVALUER?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Contractions Fréquence* et durée*	Toutes les 4 heures	Toutes les 30 minutes	Toutes les 30 minutes	–	• **1er stade/phase latente** : Les contractions augmentent du point de vue intensité, fréquence et durée. • **1er stade/phase active :** – Fréquence : trois à cinq toutes les 10 minutes – Durée : plus de 40 secondes – Relaxation complète entre les contractions • **2e stade :** – Fréquence : trois à cinq toutes les 10 minutes – Durée : plus de 40 secondes – Relaxation complète entre les contractions	➡ **S'il existe des contractions utérines continues empêchant l'utérus de se relaxer**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou lors du travail (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins. ➡ **S'il existe une douleur constante qui persiste entre les contractions ou soudaines au début (ou si les contractions cessent complètement)**, AGIR MAINTENANT !—voir Vive douleur abdominale en fin de grossesse ou lors du travail (**page 3-120**) avant de procéder avec les soins. • **1er stade/phase latente :** ➡ **Si les contractions diminuent du point de vue fréquence/durée**, évaluer la patiente pour déterminer si c'est un faux travail (**Table 2-8, page 2-70**). ➡ **Si un faux travail est soupçonné**, voir Faux travail (**page 3-48**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. • **1er stade/phase active :** ➡ **Si les contractions diminuent du point de vue fréquence/durée**, AGIR MAINTENANT !—voir Déroulement défavorable du travail (**page 3-110**) avant de procéder avec les soins. • **2e stage :** ➡ **Si les contractions augmentent du point de vue fréquence/durée et que la tête fœtale ne descend pas continuellement**, AGIR MAINTENANT !—voir Déroulement défavorable du travail (**page 3-110**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les contractions diminuent du point de vue fréquence/durée**, envisager dans le contexte d'une évaluation plus poussée : – Faire attention aux signes/symptômes d'un déroulement défavorable du travail (descente fœtale qui ne progresse pas).

* Une fois que commence le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et interprété.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.

[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement *(suite)*

QUE FAUT-IL EVALUER?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Col Dilatation* et présentation	Toutes les 4 heures	Toutes les 4 heures	–	–	• **1er stade/ phase latente :** – La dilatation est de 1–3 cm. – La dilatation progresse lentement. – Présentation du sommet. • **1er stade/ phase active :** – La dilatation est de 4–10 cm. – La dilatation augmente de 1 cm par heure au moins. – Présentation du sommet. • ***Sur le partogramme** : le tracé reste sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci.*	➡ **Si le fœtus se présente par le siège**, voir Présentation par le siège lors du travail (**page 3-47**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. • **1er stade/phase latente :** ➡ **Si la dilatation n'a pas augmenté pendant plus de 8 heures et que les contractions sont régulières**, AGIR MAINTENANT !— faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la dilatation a atteint 1 à 3 cm, mais que la dilatation progressive cesse**, voir Déroulement défavorable du travail (**page 3-110**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. • **1er stade/phase active :** ➡ **Si la dilatation n'a pas augmenté au moins de 4 cm en 4 heures et que les contractions sont régulières**, AGIR MAINTENANT !— faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • **Sur le partogramme** ➡ **Si le tracé de la ligne passe à droite de la ligne d'alerte**, AGIR MAINTENANT !— faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

* Une fois que commence le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et interprété en voie de conséquence.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.

[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement *(suite)*

QUE FAUT-IL EVALUER ?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Sécrétions ou saignement vaginal	Toutes les 4 heures (ou si des sécrétions/ saigne-ments plus abondants sont notés)	Toutes les 4 heures (ou si des sécrétions/ saigne-ments plus abondants sont notés)	Continuel-lement	Toutes les 15 minutes	• Il n'y a pas de sang, de pertes malodorantes ou jaunâtres/verdâtres, d'urine ou de selles s'écoulant de l'ouverture vaginale. • **Variations normales :** bouchon muqueux, pertes vaginales teintées de sang, liquide amniotique (**si liquide amniotique**, voir Membranes et liquide amniotique, **page 2-67**.) • **4th stage** : Quantité de saignement est analogue à règles abondantes. – **Variations normales** : caillots sanguins de la taille de citrons peuvent passer.	• **1er/2e stade :** ➡ **Si du sang (non pas des pertes vaginales teintées de sang) s'écoule du vagin**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou lors du travail (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins. • **4e stade** : ➡ **En cas de saignement abondant ; écoulement lent et régulier de gouttes de sang ; jets intermittents de sang ou caillots plus gros que des citrons**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104** avant de procéder avec les soins. ➡ **Si d'autres constatations ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert du post-partum (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir fourni les soins de base.
Vessie	Toutes les 4 heures	Toutes les 2 heures	Toutes les heures	Toutes les 15 minutes	• La vessie n'est pas palpable. • Miction possible en cas d'envie.	➡ **Si la vessie est palpable ou si la miction n'est pas possible quand la patiente en a envie**, voir Rétention urinaire pendant le travail et la période du post-partum (**page 3-79**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.
[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement *(suite)*

QUE FAUT-IL EVALUER ?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Capacité maternelle à affronter la situation/ réponse au travail et accouchement	Suite	Suite	Suite	Suite	**Rappel** : La réponse normale varie grandement et est souvent déterminée par la culture. • **1er stade/phase latente** : La patiente se comporte comme à l'accoutumée (niveaux de douleur et d'effort minimes). • **1st stade/ phase active** : La patiente réagit à la douleur et à l'incertitude avec une certaine détresse, mais est en mesure de communiquer et continue à maîtriser son comportement (niveaux de douleur et d'effort requis modérés). • **2nd stade** : La patiente réagit à la douleur et à l'incertitude de plus en plus grande avec une certaine détresse et doit consacrer presque toute son énergie et attention d'abord aux contractions, puis pour pousser (niveaux de douleur et d'effort intenses).	➡ **Si la capacité de la patiente à affronter la situation ne se situe pas dans une fourchette normale**, envisager dans le contexte d'une évaluation plus poussée. ➡ **Si la patiente présente l'un quelconque des signes/symptômes indiqués dans l'Encadré 2-16** (**page 2-53**), voir le texte correspondant pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Utérus	–	–	–	Toutes les 15 minutes	• L'utérus reste ferme ; à la palpation, c'est comme un ballon ferme à hauteur de l'ombilic ou en dessous.	➡ **Si le utérus reste mou ou devient rapidement mou après le massage utérin**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.
[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-5. Evaluation continue de la patiente pendant le travail et l'accouchement *(suite)*

QUE FAUT-IL EVALUER ?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE[1]	2E	4E [2]		
Allaitement maternel	–	–	–	Chaque fois que le nouveau-né tète	• La patiente est bien positionnée et tient correctement le bébé. • La patiente semble à l'aise. • Le bébé est bien positionné/attaché au sein et l'action de tétée/succion est efficace. • Le bébé semble satisfait après la tétée.	➡ **Si les constatations ne se situent pas dans la fourchette normale et si le bébé ne semble pas bien positionné ou n'arrive pas à téter correctement**, voir Problèmes liés aux seins et à l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si la patiente n'a pas encore décidé si elle veut allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**). ➡ **Si la patiente décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Utiliser un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-53**).
Liens mère-bébé	–	–	–	Suite	• La patiente semble prendre plaisir au contact physique avec le nouveau-né et a l'air d'être heureuse avec le bébé. • Elle le caresse, lui parle et a un contact visuel avec le nouveau-né. • Quand elle le tient ou lui donne à manger, elle et le nouveau-né sont face-à-face. • Elle répond avec un véritable souci aux pleurs du bébé ou à son besoin d'attention.	➡ **Si les constatations ne se situent pas dans la fourchette normale**, demander si elle a des sentiments de tristesse, culpabilité, perte d'estime d'elle-même, angoisse/anxiété, sentiment d'être submergée par les événements ou difficulté à dormir ou à manger ; si elle pleure plus que d'habitude ou si elle semble plus irritable qu'à l'accoutumée. ➡ **Si OUI**, voir Tristesse du post-partum (**page 3-69**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

[1] A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, tous les éléments suivis d'un astérisque (*) sont notés sur un partogramme et interprétés en voie de conséquence.
[2] Il est extrêmement important de surveiller constamment la patiente et le bébé pendant le 3e stade du travail, bien que ce ne soit pas une composante formelle de ce tableau. Si la patiente et le bébé sont stables, le suivi continue avec le 4e stade du travail aux moments indiqués dans ce tableau.

Tableau 2-6. Evaluation continue du bébé pendant le travail et l'accouchement

QUE FAUT-IL EVALUER?	STADE, PHASE DU TRAVAIL/FREQUENCE DE L'EVALUATION				NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
	1E, LATENTE	1E, ACTIVE	2E	4E		
Bien-être foetal	Idem que **Tableau 2-5**	Idem que **Tableau 2-5**	Idem que **Tableau 2-5**		• Idem que **Tableau 2-5**	➡ Idem que **Tableau 2-5**
Respiration du nouveau-né	–	–	–	Toutes les 15 minutes	• La fréquence respiratoire est de 30–60 mouvements par minute. • Pas d'essoufflement, de geignement expiratoire, ou tirage sous-costal.	➡ **Si la respiration ne se situe pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—voir Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins.
Température du nouveau-né	–	–	–	Toutes les 15 minutes	• Les pieds ne sont pas froids au toucher. • Les pieds ne sont pas très chauds au toucher.	➡ **Si les pieds sont froids ou très chauds au toucher**, prendre la température axillaire. ➡ **Si la température axillaire est inférieure à 36,5°C OU supérieure à 37,5°C**, AGIR MAINTENANT !—voir Température anormale du corps (**page 3-123**) avant de procéder avec les soins.
Couleur du nouveau-né	–	–	–	Toutes les 15 minutes	• Les lèvres, la langue et les ongles du nouveau-né sont roses. • Pas de cyanose centrale (langue et lèvres bleues). • Pas de jaunisse. • Pas de pâleur. • Les mains et les pieds sont parfois bleuâtres/cyanosés.	➡ **En cas de cyanose ou pâleur centrales**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **En cas de jaunisse**, AGIR MAINTENANT !—voir Jaunisse (**page 3-125**) avant de procéder avec les soins.

Tableau 2-7. Mesures de soins de suivi continues pour le travail et l'accouchement

ELEMENT	1ER STADE/PHASE LATENTE	1ER STADE/PHASE ACTIVE	2E ET 3E STADES	4E STADE
Communication/ Présence	• Une vigilance constante n'est pas encore nécessaire. Prendre soin de la patiente, quand c'est nécessaire, au moins toutes les 4 heures. Si elle habite dans le voisinage, elle peut revenir plus tard quand les contractions deviennent plus fortes. • De temps à autre, lui parler, même si c'est brièvement. • Encourager l'accompagnant à rester avec elle.	• Ne jamais laisser la patiente seule pendant plus de 30 minutes, même si un accompagnant se trouve avec elle. Il faudra la suivre de plus près si la patiente a du mal à affronter la situation, si l'accompagnant n'est pas vigilant ou la condition fœtale ou maternelle demande un suivi plus rigoureux. • De temps à autre, lui parler, même si c'est brièvement. • Continuer à donner des informations et la rassurer à propos de l'évolution du travail et du bien-être du bébé. • Ne jamais faire de fausses promesses. • Encourager l'accompagnant à rester avec elle.	• Ne jamais laisser la patiente seule pendant le 2e ou 3e stade. • Se concentrer sur la patiente ; dépister des indices non verbaux qui indiquent ses besoins et préférences. • Utiliser et s'attendre à un contact verbal minime. Etre direct et clair. • L'encourager verbalement et la féliciter. • Continuer à donner des informations et la rassurer à propos de l'évolution du travail et du bien-être du bébé. • Ne jamais faire de fausses promesses. • Encourager l'accompagnant à la soutenir.	• Le prestataire qualifié devra prendre soin de la patiente au moins toutes les 15 minutes, quand les signes vitaux sont contrôlés et : – Se concentrer sur la patiente ; dépister des indices non verbaux qui indiquent ses besoins et préférences. – L'encourager verbalement et la féliciter. – Continuer à donner des informations et la rassurer à propos de l'évolution du travail et du bien-être du bébé. – L'encourager à poser des questions et à exprimer ses sentiments. – Demander à l'accompagnant de rester avec la patiente à ce moment-là. (Voir également Liens mère-bébé [**page 2-51**].)
Repos et activité/ Positions	• Laisser la patiente rester aussi active qu'elle le souhaite. • L'encourager à se reposer ou à dormir, si elle le souhaite pour qu'elle soit bien reposée quand le travail actif commence.	• Laisser la patiente choisir sa position tout en l'aidant à trouver une position qui la mette à l'aise et facilite le travail. • L'aider à se détendre entre les contractions pour préserver son énergie. • L'encourager à changer de position (s'asseoir, s'accroupir, s'allonger sur le côté, sur les mains et les pieds), et à marcher, à faire des allées et venues, à se mettre debout, à se balancer d'avant en arrière, à se pencher sur une chaise—ces positions peuvent être utiles à divers moments du travail.	• Laisser la patiente choisir sa position tout en l'aidant à trouver une position qui la mette à l'aise et facilite le travail. • L'aider à se détendre entre les contractions pour préserver son énergie. • Si une femme est fatiguée, l'aider à changer de position entre les contractions pour faciliter le déroulement du travail et soulager la douleur. • L'encourager à changer de position (s'asseoir, s'accroupir, s'allonger sur le côté, sur les mains et les pieds).	• Vérifier que la patiente a suffisamment de couvertures pour rester au chaud. • Maintenir un environnement calme, facilitant le repos pour la patiente et la prise de contact avec son bébé ainsi que le démarrage de l'allaitement maternel. (Voir également Liens mère-bébé [**page 2-51**].)

Tableau 2-7. Mesures de soins de suivi continues pour le travail et l'accouchement *(suite)*

ELEMENT	1ER STADE/PHASE LATENTE	1ER STADE/PHASE ACTIVE	2E ET 3E STADES	4E STADE
Confort	• Masser le dos de la patiente. • Lui apprendre à respirer plus lentement que d'habitude entre les contractions et à se détendre avec chaque respiration.	• Léger massage ou pression au bas du dos, si elle le souhaite. • Linge frais appliqué sur son visage et sa poitrine, si elle le souhaite. • Continuer à lui apprendre à respirer par la bouche pendant les contractions en respirations délibérément courtes. (Pour de plus amples informations sur les techniques respiratoires, voir **Encadré 2-24** [**page 2-75**].)	• Léger massage au bas du dos. • Appliquer une pression au bas pour soulager la douleur. • Etirer les jambes et fléchir les pieds vers le haut pour éviter les crampes dans les jambes et les pieds. • Linge frais appliqué sur son visage et sa poitrine, si elle le souhaite. • Continuer à lui apprendre à respirer pendant les contractions, jusqu'à ce qu'elle ait envie de pousser ; ensuite, lui dire de pousser quand elle en sent l'envie et féliciter ses efforts. (Pour de plus amples informations sur les techniques respiratoires, voir **Encadré 2-24** [**page 2-75**].) • Ne pas l'encourager à pousser si elle n'en a pas envie ou à pousser plus longtemps qu'elle ne le souhaite.	• Vérifier que la patiente et le bébé ont suffisamment de couvertures pour rester au chaud. • Maintenir un environnement calme, facilitant le repos pour la patiente et la prise de contact avec son bébé ainsi que le démarrage de l'allaitement maternel. (Voir également Liens mère-bébé [**page 2-51**].)
Nutrition	• Encourager les aliments du moment qu'ils sont tolérés. Il n'y a aucune restriction alimentaire, du moment que la patiente n'a pas de nausées ni vomissements. • Lui offrir des boissons nutritives pour maintenir l'hydratation. On recommande au minimum deux litres de liquides par voie buccale sur une période de 24 heures.	• Encourager légers repas/ nourriture du moment qu'ils sont tolérés. Il n'y a aucune restriction alimentaire, du moment que la patiente n'a pas de nausées ni vomissements. • Lui offrir des boissons nutritives pour maintenir l'hydratation. On recommande au minimum deux litres de liquides par voie buccale sur une période de 24 heures. **Note** : Certaines femmes ont des nausées et/ou vomissements lors du travail. Il est très important, dans ce cas, de donner de petites gorgées de liquides, si tolérées, pour maintenir l'hydratation.	• Offrir de petites gorgées de liquide frais et sucré entre les contractions. **Note** : La patiente ne voudra probablement pas de nourriture pendant cette période. Certaines femmes ont des nausées et/ou vomissements lors du 2e stade ; offrir des liquides, si tolérés, pour maintenir l'hydratation.	• Encourager la patiente à manger et à boire, si elle le souhaite.

Tableau 2-7. Mesures de soins de suivi continues pour le travail et l'accouchement *(suite)*

ELEMENT	1ER STADE/PHASE LATENTE	1ER STADE/PHASE ACTIVE	2E ET 3E STADES	4E STADE
Elimination	• Encourager la patiente à vider sa vessie toutes les 2 heures et à vider ses intestins, quand c'est nécessaire. • NE PAS administrer un lavement à la patiente.	• Encourager la patiente à vider sa vessie toutes les 2 heures et à vider ses intestins, quand c'est nécessaire. • Noter le débit urinaire sur le partogramme. • NE PAS administrer un lavement à la patiente.	• Lui demander de vider sa vessie avant de pousser. • La rassurer et lui dire que c'est normal d'uriner pendant la force d'une contraction ou de vider ses intestines lorsque la tête du bébé presse sur le rectum.	• Encourager la patiente à vider sa vessie quand elle en a envie ou si la vessie est palpable.
Hygiène/ Prévention des infections	• Maintenir la propreté de la patiente et de son environnement : – L'encourager à prendre un bain avant que ne commence le travail actif – Nettoyer, si nécessaire, la partie génitale avant chaque examen – Ne pas raser la vulve – Avant et après chaque examen, se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre ou à l'air – Nettoyer immédiatement les éclaboussures – Remplacer les draps/ couvertures salis avec des draps/couvertures propres	• Maintenir la propreté de la patiente et de son environnement : – L'encourager à prendre un bain avant ne commence le travail actif – Nettoyer, si nécessaire, la partie génitale avant chaque examen – Ne pas raser la vulve – Avant et après chaque examen, se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre ou à l'air – Nettoyer immédiatement les éclaboussures – Remplacer les draps/ couvertures salis avec des draps/couvertures propres	• Mettre les linges salis dans un seau, un sac en plastique ou autre récipient que l'on peut fermer pour transporter à la buanderie. • Garder propre la patiente en nettoyant les matières fécales et les sécrétions immédiatement du périnée.	• Remplacer les vêtements et draps salis et mouillés. • Mettre les linges salis dans un seau, un sac en plastique ou autre récipient que l'on peut fermer pour transporter à la buanderie. • Garder des serviettes hygiéniques/ linges propres contre le périnée.
Liens mère-bébé	–	–	–	• Vérifier que la mère et le nouveau-né sont gardés ensemble autant que possible. Mettre dans la même chambre la mère et le nouveau-né. • Maintenir le contact peau-à-peau autant que possible entre la mère et le bébé. • Encourager la mère à tenir et à explorer son bébé. • Encourager la mère et la famille à câliner et à parler au bébé autant qu'elles le souhaitent. Leur laisser du temps seuls si possibles. • Aider la mère à gagner confiance, grâce à des messages verbaux et non verbaux pour l'encourager et la féliciter. • Encourager un allaitement maternel précoce et exclusif.

EVALUATION DU TRAVAIL/ACCOUCHEMENT

Antécédents (A)

Une fois que vous avez salué la femme et l'accompagnant, passer en revue les dossiers des visites prénatales. Ou alors, prendre les antécédents. Noter tous les résultats dans le dossier de la patiente. Noter qu'au début de la phase active du 1er stade du travail, quand la dilatation du col est de 4 cm, il faut commencer le partogramme (**Annexe 3, page 4-9**). A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, vous devriez noter les constatations (tous les éléments suivis d'un astérisque [*] dans ce chapitre) sur un partogramme. Une fois le bébé né, reprendre les notes dans le dossier de la patiente et commencer la courbe de suivi du bébé.

A-1. Information personnelle

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi

• Quel est le **nom** de la patiente ?	• Utiliser cette information pour :
	  • Identifier la patiente, et
	  • Créer un rapport.

• Quel **âge** a-t-elle (date de naissance si disponible) ?	➡ **Si la patiente a 19 ans ou moins**, voir Adolescence (**page 3-37**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

• Quel est son **numéro de téléphone** (si disponible) ?
• Où habite-t-elle (si disponible) ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Rentrer en contact avec la patiente, et
	  • Guider la formulation du plan de préparation à la naissance et les préparatifs en cas de complications.

• Combien de **grossesses précédentes** (gestes) et **de naissances** (pare) a-t-elle eues ?	• Utiliser cette information pour individualiser les messages de santé et le counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.
• A-t-elle un **plan de préparatifs en cas de complications** qui peut entrer en jeu si des problèmes se présentent pendant le travail et l'accouchement ?	➡ **Si OUI**, confirmer que les dispositions ont été prises concernant tous les préparatifs nécessaires, tel qu'indiqué à l'**Encadré 2-17** (**page 2-53**). ➡ **Si NON**, prendre toutes les dispositions—ou aider la femme et sa famille à prendre les arrangements nécessaires pour tous les préparatifs nécessaires en cas de complications, tel qu'indiqué à l'**Encadré 2-17** (**page 2-53**).

• A-t-elle **actuellement un problème ou autre préoccupation** sur le plan médical, obstétrical, social ou personnel ?
• A-t-elle eu **des problèmes pendant ce travail/accouchement** ?
	➡ **Si OUI :**
	  • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature du problème ; et
	  • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.
	➡ **Si la patiente indique des signes ou symptômes montrés dans l'Encadré 2-16** (**page 2-53**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

• A-t-elle reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) pendant cette grossesse/cet accouchement ?	➡ **Si OUI**, pourquoi est-elle allée consulter ces sources de soins ?
	  ➡ **Si c'est à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature du problème.
	  ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature des soins prodigués.
	• Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

Encadré 2-16. Troubles courants du travail/accouchement

Abdomen, seins et jambes
Crampes aux jambes, page 3-5
Douleur à l'abdomen (ou à l'aine), page 3-3
Enflement (œdème) des chevilles et des pieds, page 3-5
Tranchées utérines, page 3-4

Digestion et élimination
Mictions plus fréquentes, page 3-10
Nausées ou vomissements, page 3-9

Parties génitales
Pertes vaginales, page 3-11

Peau
Varices, page 3-13

Sommeil et état mental
Sautes d'humeur, page 3-17
Sentiments de préoccupation ou de crainte à propos de la grossesse et du travail, page 3-16

Divers
Congestion nasale ou saignement nasal, page 3-23
Difficulté à marcher (démarche dandinante), page 3-24
Douleur dorsale, page 3-18
Engourdissement/picotement des doigts et doigts de pied, page 3-24
Hémorroïdes, page 3-22
Hyperventilation ou souffle court, page 3-23
Maux de tête, page 3-21
Sensation de chaleur, page 3-20
Temblements/frissons, page 3-24

Encadré 2-17. Composantes essentielles des préparatifs en cas de complications pendant le travail et l'accouchement

- **Signes de danger** : La femme et sa famille sont au courant des signes/symptômes qui demandent qu'entre en jeu le plan de préparatifs en cas de complications
- **Transports d'urgence** : Les dispositions ont été prises pour le transfert vers un prestataire qualifié/établissement de santé en cas de complications
- **Fonds d'urgence** : La femme et sa famille peuvent avoir accès à l'argent nécessaire pour payer pour payer pour les soins d'urgence si c'est nécessaire
- **Prise de décisions** : Ils ont discuté de la manière dont les décisions seront prises en cas d'urgence
- **Soutien** : Des personnes ont été retenues qui accompagneront la femme lors du transfert et qui s'occuperont de sa famille et de sa maison pendant son absence
- **Donneurs de sang** : Un donneur a été retenu et sera disponible si c'est nécessaire

(Une information complète sur les Préparatifs en cas de complications est donnée à la **page 2-28**.)

A-2. Date estimée de l'accouchement/antécédents menstruels

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• Quelle est sa date estimée d'accouchement (DEA) ?	➡ **Si moins de 37 semaines (selon DEA) et si le début du travail est apparent**, AGIR MAINTENANT !—voir Contractions avant 37 semaines de grossesse (**page 3-121**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la patiente ne connaît pas sa DEA**, estimer à partir des directives données dans l'**Encadré 2-18** (ci-après).

Encadré 2-18. Suivi si on ne connaît pas la date estimée de l'accouchement

Si la patiente ne connaît pas sa DEA, estimer l'âge gestationnel en fonction d'une évaluation plus poussée, par exemple :

Dernières règles (DR) : Si la femme connaît le premier jour de ses DR, poser les questions suivantes :

- Est-ce que les DR étaient anormales du point de vue date, écoulement et durée ?
- Est-ce qu'elle utilisait un contraceptif hormonal ou est-ce qu'elle allaitait lorsqu'elle est tombée enceinte ?

➡ **Si NON aux DEUX questions de suivi**, calculer la DEA en utilisant les méthodes indiquées dans l'**Encadré 2-6** (**page 2-9**).

➡ **Si Oui à l'UNE ou l'AUTRE des questions de suivi**, confirmer la grossesse et/ou calculer l'âge gestationnel en fonction d'une évaluation plus poussée, par exemple :
- La patiente se rappelle-t-elle du moment où elle a noté les premiers mouvements fœtaux (ci-après)
- Mesure de la hauteur utérine (ci-après)
- Echographie

Premiers mouvements fœtaux : Si elle se rappelle du moment où elle a senti les premiers mouvements fœtaux, estimer la date de l'accouchement en ajoutant 24 semaines maximum si elle a déjà eu un enfant.

Mesure de la hauteur utérine : Lors de l'examen abdominal, comparer la mesure de la hauteur utérine et les résultats de l'anamnèse pour confirmer la date de l'accouchement ou détecter tout écart entre la taille et la date.

A-3. Grossesse actuelle et travail/accouchement

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• A-t-elle reçu des **soins prénatals** lors de cette grossesse ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi et tenir compte des constatations dans le contexte de l'évaluation plus poussée : • De quel prestataire/établissement de soins a-t-elle reçu des soins prénatals ? • A combien de visites prénatales s'est-elle rendue ? • Quel type de soins prénatals ont été dispensés (test, vaccinations, médicaments, conseils) ? ➡ **Si NON ou si les soins n'étaient pas adéquats**, envisager les constatations dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Faire attention aux signes/symptômes d'affections ou de complications qui risquent de ne pas avoir été prises en charge correctement lors de la grossesse.
• **Rupture des membranes** ?	➡ **Si NON**, rassurer la patiente et lui indiquer que la rupture des membranes se fera spontanément lors du travail ou de l'accouchement. ➡ **Si OUI**, poser les questions suivantes : • Quand se sont-elles rompues ? • Quelle est/était la couleur du liquide amniotique ? • Le liquide est-il ou était-il malodorant ? • **Normal/variations normales :** • Le liquide amniotique est clair. Il a une légère odeur mais pas malodorante. • Rupture spontanée des membranes lors du travail ou de l'accouchement. ➡ **Si le liquide est/était rouge**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou lors du Travail (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si le liquide est/était verdâtre/brunâtre**, AGIR MAINTENANT !—voir prise en charge de liquide amniotique teinté de méconium (**Encadré 3-42, page 3-112**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si le liquide est/était malodorant**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou Pertes vaginales malodorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si plus de 18 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes et qu'on soupçonne que le travail a commencé,** voir Rupture des membranes avant le travail ou Rupture des membranes plus de 18 heures avant l'accouchement (**page 3-70**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si 4 heures ou plus se sont écoulées depuis la rupture des membranes et qu'on soupçonne que le travail n'a pas commencé**, voir Rupture des membranes avant le travail ou Rupture des membranes de plus de 18 heures avant l'accouchement (**page 3-70**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• Les **contractions régulières** ont-elles commencé ? (surviennent-elles à intervalles réguliers) ?	➡ **SI NON,** évaluer la patiente pour déceler un éventuel faux travail (**Tableau 2-8, page 2-69**). ➡ **Si on soupçonne un faux travail**, voir Faux travail (**page 3-48**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si OUI**, quand ont-elles commencé ? ➡ **Si plus de 12 heures se sont écoulées depuis que les contractions régulières ont commencé**, tenir compte de cette constatation dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant à tout autre signe de déroulement défavorable du travail (descente fœtale ou dilatation du col ne progresse pas comme prévu, les contractions deviennent plus irrégulières).
• **Fréquence et durée** des contractions ?	• Utiliser cette information pour : • Evaluer l'efficacité des contractions (**Encadré 2-20, page 2-65**). • Evaluer le stade et la phase du travail (**Tableau 2-8, page 2-69**), qui seront confirmés par l'examen physique. • Etablir une information de départ à l'aune de laquelle seront évalués les résultats ultérieures. ➡ **Si on soupçonne un faux travail**, voir Faux Travail (**page 3-48**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce qu'elle a senti **les mouvements du fœtus** au cours des dernières 24 heures ?	➡ **Si la patiente n'a pas senti de mouvements fœtaux au cours des dernières 24 heures**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge de mouvements fœtaux diminués ou absents (**Encadré 3-43, page 3-112**) avant de procéder.
• Est-ce qu'elle a bu de l'alcool ou utilisé des médicaments, herbes ou d'autres **substances pouvant être nuisibles** au cours des dernières 24 heures ?	➡ **Si OUI**, envisager cette constatation dans le contexte d'une évaluation plus poussée. • Etre vigilant aux signes de toxicité (altération de l'état mental, nausée, vomissement), travail rapide ou ralenti et/ou détresse fœtale.
• Quand **a-t-elle mangé et/ou bu la dernière fois** ?	➡ **Si plus de 8 heures se sont écoulées depuis qu'elle a bu ou mangé**, envisager cette constatation dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes de déshydratation (pouls plus de 100 battements par minute, bouche/langue sèches, yeux enfoncés, soif). **Note** : pendant le travail, la patiente doit recevoir des boissons nutritives pour rester hydratée. Elle doit boire au minimum deux litres en l'espace de 24 heures. Elle peut également prendre un léger repas si elle le supporte. Il n'existe pas de limitations du moment que la patiente n'a pas de vomissements ou de nausées.

A-4. Antécédents obstétricaux

Note : Une personne avec des antécédents obstétricaux problématiques n'exige pas forcément des soins supplémentaires spécialisés, mais il est important de connaître ses complications passées pour comprendre toute préoccupation qu'elle pourrait avoir pendant cet accouchement. De plus, en discutant des complications passées, on a l'occasion de souligner l'importance d'avoir fait des préparatifs en cas de complications.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• S'il ne s'agit pas du premier accouchement de la patiente, a-t-elle déjà eu, **par le passé, une césarienne, une rupture de l'utérus ou une chirurgie utérine** ?	➡ **Si OUI**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
• Si ce n'est pas la première grossesse/le premier accouchement de la patiente, est-ce qu'elle a eu l'une quelconque des **complications suivantes auparavant** : • Convulsions (prééclampsie/éclampsie) pendant la grossesse ou l'accouchement ? • Déchirure du sphincter (déchirure du 3e degré) et/ou du rectum (déchirure 4e degré) pendant l'accouchement ? • Hémorragie du post-partum ? • Mort-nés ; bébés prématurés ou d'un poids insuffisant à la naissance ; bébés décédés avant d'avoir 1 mois ?	➡ **Si OUI**, voir Complications maternelles, fœtales ou néonatales d'une grossesse, d'un travail/accouchement précédent ou de la période post-partum/néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Si ce n'est pas le premier enfant de la patiente, a-t-elle **allaité auparavant** ?	➡ **Si NON**, étudier les raisons l'expliquant. • Qu'est-ce qui l'a empêchée d'allaiter ? • Est-ce qu'elle a arrêté parce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Pendant combien de temps a-t-elle allaité ces autres enfants ? • Est-ce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si elle a eu des problèmes à allaiter par le passé**, tenir compte des résultats dans le contexte de l'évaluation plus poussée : • Surveiller pour tout signe de problèmes au sein et lors de l'allaitement maternel (douleur aux seins, positionnement ou attachement inefficace). • Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et du counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

A-5. Antécédents médicaux

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce que la patiente a des **allergies** ?	➡ **Si OUI**, éviter d'utiliser les allergènes connus.
• Est-ce que **l'infection à VIH** a été diagnostiquée récemment chez la patiente indiquant qu'elle est séropositive?	➡ **Si OUI**, voir VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que **l'anémie** a été diagnostiquée récemment (ces 3 derniers mois) ?	➡ **Si OUI**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que la **syphilis** a été diagnostiquée chez la patiente ?	➡ **Si OUI**, voir Syphilis (**page 3-76**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce qu'un diagnostic a été porté sur l'une des affections suivantes chez la patiente: **hépatite, tuberculose, maladie cardiaque, maladie rénale, drépanocyte, diabète, goitre ou autre maladie chronique grave** ?	➡ **Si OUI**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) pendant la période du post-partum.
• A-t-elle déjà eu **des hospitalisations ou interventions chirurgicales** ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle était la raison de l'hospitalisation ou à l'intervention chirurgicale ? • Quand était-ce ? • Quel était le résultat/dénouement ? ➡ **Si l'affection est toujours présente ou si elle risque de compliquer l'accouchement**, tenir compte de cette information dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
• Prend-elle des **médicaments**—dont des préparations traditionnelles/locales, des remèdes à base d'herbes, des médicaments pouvant être achetés sans ordonnance, des vitamines et des suppléments alimentaires ?	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et du counseling et autres aspects de la prestation des soins de base.
• Est-ce qu'elle a reçu la série complète des cinq vaccinations **antitétaniques** ? • Est-ce qu'elle a eu un **rappel** il y a moins de 10 ans ?	• Utiliser cette information pour voir si la patiente a besoin d'une vaccination antitétanique en fonction du calendrier recommandé pour la vaccination antitétanique (**Tableau 2-3, page 2-36**). ➡ **Si NON à l'UNE ou l'AUTRE des questions OU si la patiente n'a pas de carnet de vaccinations**, faciliter le suivi en période du post-partum.

Examen physique (EP)

Lorsqu'on a terminé de prendre l'anamnèse de la patiente, on peut faire l'examen physique. Noter toutes les constatations dans le dossier de la patiente. Noter qu'au début de la phase active du 1er stade du travail, quand la dilatation du col est de 4 cm, il faut commencer un partogramme (**Annexe 3, page 4-7**). A partir de ce moment jusqu'à l'accouchement, vous devriez noter les s (tous les éléments suivis d'un astérisque [*] dans ce chapitre) sur un partogramme. Après la naissance du bébé, continuer les notes dans le dossier de la patiente et démarrer la courbe de suivi (le dossier) du bébé.

EP-1. Evaluation du bien-être général (chaque visite)

Elément	Normal	Anormal/mesure de suivi
Démarche et mouvements **Comportement et expression verbale/vocale**	• La patiente **marche** sans boiter. • Sa **démarche et ses mouvements** sont stables et bien espacés. • Son comportement et son expression verbale sont-ils normaux et appropriés dans sa culture (voir **Note, page 2-59**).	➡ **Si les constatations n'entrent pas dans la fourchette normale**, poser ces questions de suivi : • Est-ce qu'elle n'a pas mangé ni bu depuis longtemps ? • Est-ce qu'elle prend des médicaments, herbes, etc. ? • Est-ce qu'elle a eu une blessure ? • Est-ce qu'elle se trouve au milieu d'une contraction ? ➡ **Si OUI à l'UNE des questions susmentionnées**, tenir compte des constatations pendant l'évaluation plus poussée et lorsqu'on planifie/dispense les soins. ➡ **Si NON à TOUTES les questions susmentionnées :** • Poser les questions générales de suivi pour évaluer la nature du problème (**Encadré 2-3, page 2-7**) ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
Peau	• Pas de lésions ni d'hématomes sur la peau de la patiente.	➡ **Si on observe des lésions et hématomes sur la peau de la patiente OU si l'on soupçonne des actes de violence**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-82**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si l'on note des lésions et hématomes sur la peau de la patiente ET qu'on ne soupçonne pas un acte de violence**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) pendant la période du post-partum.
Conjonctive (muqueuse à l'intérieur des paupières)	• La conjonctive de la patiente est de couleur rose (pas blanche ni rose très pâle).	➡ **Si la conjonctive semble blanche ou très pâle plutôt que rose**, faire un test du taux d'hémoglobine de la patiente (**page 4-45**). ➡ Si son taux d'hémoglobine est inférieur à 7g/dl, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si son taux d'hémoglobine est de 7–11g/dl**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Note : Chaque femme réagit différemment à la douleur qui accompagne le travail et l'accouchement. Qui plus est, telle réaction jugée normale dans une culture donnée ne le sera pas forcément dans une autre culture. En effet, dans certaines cultures, il est normal que les femmes crient alors que dans d'autres, elle sont tenues d'être silencieuses. Aussi, est-il important d'observer les femmes pour détecter tout comportement :

- Inhabituel dans la culture donnée
- Représentant une menace pour elle-même ou d'autres personnes ; ou
- Interférant avec sa capacité de prendre soin d'elle-même (incapacité de communiquer, incohérence)

De tels comportements pourraient évoquer un accouchement imminent, une douleur très grande ou d'autres problèmes demandant une attention immédiate.

EP-2. Signes vitaux

- Demander à la patiente de rester assise ou de s'allonger, genoux légèrement repliés, et vérifier qu'elle est à l'aise et détendue.
- Evaluer la fréquence respiratoire.
- En prenant sa température, mesurer sa tension artérielle (TA) et prendre son pouls.
- Porter tous les éléments marqués par un astérique (*) sur le partogramme une fois que commence la phase active du 1er stade du travail (dilatation du col de 4 cm).

Element	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Respirations	• La respiration est régulière. N'est pas rapide. • Pas de râles ou respiration sifflante.	➡ **Si les respirations ne se situent pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins.
Tension artérielle*	• TA systolique (chiffre du haut) est de 90–140 mmHg, et • TA diastolique (chiffre du bas) est de moins de 90 mmHg.	➡ **Si la TA systolique est inférieure à 90 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est de 90–110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—voir Céphalées très prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée (**page 3-109**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est supérieure à 110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins.
Température*	• Température inférieure à 38°C.	➡ **Si la température est de 38°C ou plus**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou écoulement vaginal malodorant (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.
Pouls*	• Pouls de 90–110 battements par minute.	➡ **Si le pouls est inférieur à 90 ou 110 battements par minute ou plus**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins.

* Une fois que commence le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et interprété en voie de conséquence.

EP-3. Inspection visuelle des seins

Note : En général, cette partie de l'examen devrait être réalisée immédiatement après l'accouchement. Il ne sera fait à ce moment que si la patiente est dans la phase latente (ou au début de la phase active) du 1er stade du travail et ne se trouve pas en détresse.

- Aider la patiente à se préparer pour un examen supplémentaire ; suivre les étapes de l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**] avec la modification suivante. Si possible, lui remettre une blouse propre (au lieu de lui demander de retirer les habits du haut ou d'ouvrir les vêtements).
- Demander à la patiente de se déshabiller (haut du corps).
- Lui demander de mettre les bras des deux côtés.
- Inspecter visuellement l'apparence générale des seins de la patiente, les contours, la peau et les mamelons ; noter toute anormalité.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Contours de la peau
 	
Peau
	• Les contours sont réguliers, sans capiton cutané ou grosseurs visibles.
	• La peau est lisse, sans plissement, squamosité, épaississement, rougeurs ; et pas de lésions, blessures ou éruptions.
	• **Variations normales :**
	  ◦ Les seins peuvent être plus grands et plus sensibles qu'à l'accoutumé.
	  ◦ Les veines peuvent être plus grandes et plus foncées, plus visibles en dessous de la peau.
	  ◦ Les aréoles peuvent être plus grandes et plus foncées qu'à l'accoutumé, avec de petites bosses.
		➡ **Si les constatations ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) pendant la période du post-partum.

Mamelons	• Pas d'écoulement anormal des mamelons.
	• Les mamelons ne sont pas rentrés.
	• **Variations normales :**
	  ◦ Les mamelons peuvent être plus grands, plus foncés et plus érectiles qu'à l'accoutumée.
	  ◦ Le colostrum (liquide aqueux, clair et jaunâtre) peut s'écouler spontanément des mamelons après 6 semaines de grossesse.
		➡ **En cas d'écoulement anormal des mamelons**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) pendant la période du post-partum.
		➡ **Si les mamelons semblent rentrés**, faire un test pour voir s'ils sont protractiles.
		➡ **Si les mamelons sont rentrés**, faire attention aux problèmes possibles d'allaitement maternel (problèmes pour positionner l'enfant au sein, problèmes de tétée/succion).

EP-4. Examen abdominal

Note : L'examen abdominal lors du travail est réalisé entre les contractions. L'abdomen devient très dur lors d'une contraction et il est donc difficile de sentir les parties fœtales ou le battement cardiaque fœtal. De plus, il n'est guère aisé pour une patiente de rester immobile ou d'avoir quelqu'un qui palpe son abdomen lors d'une contraction. On l'encouragera si nécessaire à bouger lors d'une contraction.

- Si vous ne l'avez pas encore fait, aider la patiente à se préparer à un examen supplémentaire ; suivre les étapes de l'**Encadré 2-7** (**page 2-17**) avec la modification suivante. Si possible, lui remettre une blouse propre (au lieu de lui demander de retirer les habits du haut ou d'ouvrir les vêtements).
- Demander à la patiente de dégager son abdomen.
- Lui demander de se coucher sur le dos avec les genoux légèrement fléchis.

Element	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Surface de l'abdomen	• Il n'y a pas de cicatrice (d'une césarienne, rupture utérine ou autre intervention chirurgicale utérine précédente sur la surface de l'abdomen).	➡ **S'il y a une cicatrice d'une césarienne, d'une rupture utérine ou d'une autre intervention chirurgicale de l'utérus**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
Forme de l'utérus	• L'utérus est oval (plus long verticalement qu'horizontalement).	➡ **Si l'utérus est plus long horizontalement que verticalement**, envisager dans le contexte d'une évaluation plus poussée. • Etre vigilant aux signes/symptômes d'une position transversale.
Hauteur utérine Pour l'acte obstétrical, voir l'**Encadré 2-9** (**page 2-20**).	• La profondeur de l'utérus est conforme (dans une fourchette de +/- 2 cm, selon les normes locales) avec l'âge gestationnel, telle que calculée précédemment. • **A 34–38 semaines**, l'utérus mesure environ 32 à 34 cm au-dessus de la symphyse pubienne et s'étend dans l'appendice xiphoïde. • **A 39–40 semaines**, l'utérus mesure environ 32 à 34 cm au-dessus de la symphyse pubienne, alors que la partie qui se présente du fœtus s'engage dans le bassin. (Voir également **Diagramme 2-1** [**page 2-21**].)	➡ **Si la hauteur utérine suggère moins de 37 semaines de grossesse et si le début du travail est apparent**, AGIR MAINTENANT !—voir Contractions après 37 semaines de grossesse (**page 3-121**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la hauteur utérine est davantage que celle prévue pour un accouchement à terme**, Voir Ecart taille-date après 22 semaines de grossesse (**page 3-73**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Element	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Parties et mouvements du fœtus
 	
Pour l'acte obstétrical, voir l'**Encadré 2-10** (**page 2-21**).
	• Le fœtus est palpable dans l'utérus.
	• Les fesses sont palpables dans le fond utérin, moins dures et d'un contours plus irrégulier que la tête. Elles ne peuvent pas être bougées indépendamment du corps.
	• La tête est palpable dans le segment utérin inférieur, elle est plus dure que les fesses et peut être bougée vers l'avant et l'arrière avec les deux mains.
	• **Variations normales :**
	  • Les mouvements fœtaux sont parfois ressentis par le prestataire qualifié lors de l'examen abdominal.
	  • De multiples grossesses seront soupçonnées si :
	  • De multiples parties fœtales sont palpées à l'examen.
	  • La tête du fœtus par rapport à la taille de l'utérus.
	  • L'utérus est plus grand que la normale vu l'âge gestationnel.
	  • Plus d'un cœur fœtal peut être entendu avec le fœtoscope.
		➡ **Si plus d'un fœtus est soupçonné/confirmé**, voir Grossesses multiples (**page 3-68**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Position et présentation du fœtus
 	
Pour l'acte obstétrical, voir l'**Encadré 2-10** (**page 2-21**).
 	
Note : Ne pas réaliser cette évaluation pendant que la patiente a une contraction.
	• Le fœtus est en position longitudinale et présentation du sommet.
	• La tête peut être :
	  • Fixe, engagée
	  • Plongeante dans le bassin
	  • Libre et flottante
		➡ **Si le fœtus se présente en position transversale**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
		➡ **Si le fœtus se présente par le siège**, AGIR MAINTENANT !— voir Présentation par le siège pendant le travail (**page 3-47**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Descente*
 	
Pour l'acte obstétrical, voir l'**Encadré 2-19** (**page 2-64**).
	• La descente devrait progresser continuellement tout au long du travail jusqu'à l'accouchement.	• Utiliser cette information pour :
		  • Etablir une base initiale pour pouvoir comparer par la suite les résultats ultérieures.
		  • Mieux évaluer le déroulement du travail.

* Une fois que commence le travail actif, cet élément peut être noté sur le partogramme et interprété en voie de conséquence.

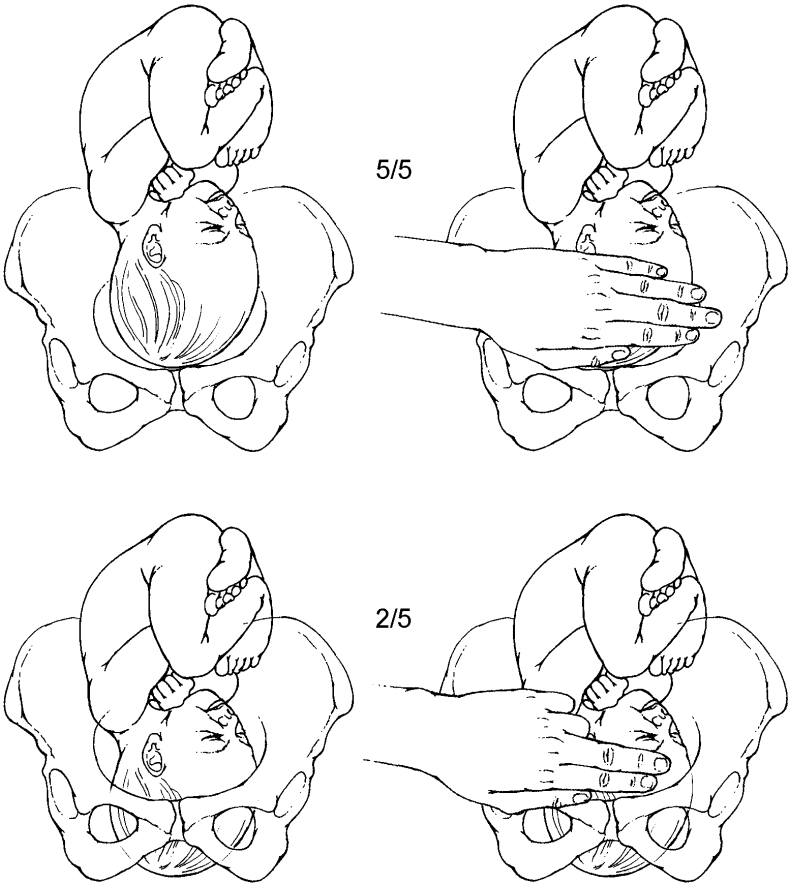
Element	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Battements cardiaques fœtaux* Pour l'acte obstétrical, voir l'**Encadré 2-11** (**page 2-22**). **Note** : Les battements cardiaques fœtaux sont aisément audibles entre les contractions chez un fœtus à terme.	• Battements cardiaques fœtaux entre 120 à 160 battements par minute avant que la patiente n'entre dans la phase active du travail. • Battements cardiaques fœtaux entre 100 à 180 battements lorsque la patiente entre dans la phase active du travail • **Variation normale** : Lors de la phase active du travail, les battements cardiaques fœtaux peuvent se ralentir lors du pic d'une contraction forte mais devraient revenir à la normale lorsque l'utérus se relaxe.	➡ **Si les battements cardiaques ne sont pas présents**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge de Battements cardiaques absents du fœtus (**Encadré 3-44, page 3-113**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les battements cardiaques du fœtus ne sont pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—voir Prise en charge du Rythme cardiaque anormal du fœtus (**Encadré 3-45, page 3-114**) avant de procéder avec les soins.
Vessie **Note** : Palper au-dessus de la symphyse pubienne.	• La vessie n'est pas palpable. • La patiente peut uriner quand l'envie se fait sentir.	➡ **Si la vessie est palpable ou si la patiente est incapable d'uriner quand elle en a envie**, voir Rétention urinaire pendant le Travail et la Période du post-partum (**page 3-79**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Contractions* (fréquence et durée) Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-20** (**page 2-65**).	• Des contractions efficaces devraient survenir à intervalles réguliers et augmenter continuer du point de vue force, fréquence et durée. ◦ **1er stade/phase latente :** les contractions sont irrégulières et durent moins de 20 secondes chacune ◦ **1er stade/phase active :** deux à trois contractions surviennent toutes les 10 minutes et durent 20 à 40 secondes chacune ; au fur et à mesure que progresse la phase active, les contractions deviennent plus fréquentes et plus longues, trois à cinq se présentant toutes les 10 minutes et durant plus de 40 secondes chacune • L'utérus se relaxe entièrement entre les contractions.	• Utiliser cette information pour : ◦ Distinguer entre le vrai travail et le faux travail (**Tableau 2-8, page 2-69**). ◦ Evaluer l'efficacité des contractions (**Encadré 2-20, page 2-65**). ◦ Aider à évaluer le stade et la phase du travail (**Tableau 2-8, page 2-69**), qui sera confirmé par l'examen cervical. ◦ Etablir une base de départ pour évaluer par la suite les constatations ultérieures. ➡ **En cas de contractions utérines continues qui empêchent l'utérus de se relaxer**. AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou pendant le Travail. (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins. ➡ **En cas de douleurs constantes qui persistent entre les contractions ou qui se déclenchent soudainement** (ou si les contractions cessent complètement), AGIR MAINTENANT !—voir Douleurs abdominales prononcées en fin de grossesse ou pendant le travail (**page 3-120**) avant de procéder avec les soins.

* Une fois que commence le travail actif, cet élément peut être noté sur le partogramme et interprété en voie de conséquence.

Encadré 2-19. Déterminer la descente fœtale à la palpation abdominale

- Se placer au côté de la patiente.
- Palper la tête au-dessus de la symphyse pubienne.
- A la palpation abdominale, évaluer la descente en cinquième de tête fœtale palpable au-dessus de la symphyse pubienne (**Diagramme 2-7, page 2-64**) :
  - Une tête complètement au-dessus de la symphyse pubienne tient cinq doigts et est palpable à cinq/cinquième (5/5) (**Diagramme 2-7, page 2-64, en haut droite et gauche**);
  - Une tête à deux/cinquième (2/5) au-dessus de la symphyse pubienne tient deux doigts au-dessus de la symphyse (**Diagramme 2-7, page 2-64, en bas droite et gauche**);
  - Une tête qui entièrement en dessous de la symphyse pubienne est palpable à zéro-cinquième (0/5) et elle est engagée.

Diagramme 2-7. Palpation abdominale de la descente de la tête fœtale



Encadré 2-20. Evaluation de l'efficacité des contractions

Les contractions libèrent la force pour dilater le col et pousser vers le bas la partie fœtale qui se présente. Elles doivent être évaluées toutes les deux heures lors de la phase latente, toutes les 30 minutes lors de la phase active et toutes les 15 minutes lors du 2e stade du travail.

Pour évaluer les contractions :

- Poser la main sur l'abdomen de la patiente (à la partie supérieure de l'utérus) et palper les contractions dès le début d'une contraction jusqu'à ce que commence la prochaine contraction.
- A l'aide d'une montre, tout en palpant, calculer la fréquence et la durée des contractions.
  - La fréquence des contractions, c'est le nombre de contractions en 10 minutes
  - La durée des contractions, c'est le nombre de secondes entre le début d'une contraction jusqu'à la fin de la contraction.

En général, des contractions efficaces :

- Surviennent à des intervalles réguliers et deviennent de plus en plus fréquentes et longues au fur et à mesure que le travail progresse
- Commencent vers l'arrière et se déplacent vers l'avant
- Deviennent plus intenses lorsqu'on marche
- Causent une dilatation du col et la descente fœtale
- Surviennent entre des périodes de relaxation utérine complète

EP-5. Examen génital

Note : L'examen au spéculum n'est pas recommandé de manière routinière lors de l'évaluation du travail. Il pourra être fait pour certaines indications, par exemple, pour confirmer la rupture des membranes. Pour ce geste obstétrical, voir la **page 4-28**.

- Si ce ne n'est pas encore fait, aider la patiente à se préparer pour l'examen physique (suivant les étapes indiquées à l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**]) avec la modification suivante. Lui remettre une blouse propre (au lieu de lui demander de retirer ses habits ou d'ouvrir ses vêtements).
- Faire un examen génital/vaginal (pour la technique, voir **Encadré 2-12, page 2-24**).
- Après l'examen, suivre les Etapes post-examen (**Encadré 2-13, page 2-25**).

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Ouverture vaginale **Peau** **Lèvres**	• Aucune partie ne sort du vagin. • Aucun signe d'excision. • Aucune plaie, ulcération, verrues ou poux sur la peau des parties génitales. • Les lèvres sont molles et ne sont pas douloureuses.	➡ **Si une main ou un pied sort du vagin**, AGIR MAINTENANT !—voir Main ou pied fœtal qui se présente (**page 3-115**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si le cordon sort du vagin**, AGIR MAINTENANT !—voir Procidence du cordon (**page 3-115**) avant de procéder avec les soins. ➡ **En cas de signes d'excision**, voir Excision pendant la grossesse ou le travail (**page 3-49**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si des constatations (autres que les signes d'excision) ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/ transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) pendant la période du post-partum.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Sécrétions vaginales	• Pas de sang, pertes vaginales jaunâtres/verdâtres malodorantes ni d'urine ou selles s'écoulant du vagin.
	• **Variations normales :**
	  • Expulsion du bouchon muqueux du col lors de la phase latente ou du travail actif, de couleur rosâtre ou teinté de sang.
	  • Pertes vaginales teintées de sang de couleur rosâtre causes par des capillaires qui se rompent lors de la dilatation du col.
	  • Liquide amniotique s'écoulant du vagin, transparent et légère odeur mais qui n'est pas malodorante. (Voir **Membranes et liquide amniotique** [**page 2-68**].)
		➡ **Si du sang (non pas des pertes vaginales teintées de sang) s'écoule du vagin**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou pendant le travail (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si d'autres constatations ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) pendant la période du post-partum.

EP-6. Examen du col

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Dilatation*
 Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-21** (**page 2-68**).
	• La dilatation progresse continuellement pendant le travail normal. (Voir également **Diagramme 2-8** [**page 2-68**].)
	
	Note : Si 4 cm ou plus, démarrer le partogramme. La dilatation initiale du col lors de la phase active du travail est portée sur la ligne d'alerte. La dilatation du col devrait rester sur la ligne d'alerte ou à gauche de cette ligne au fur et à mesure que progresse le travail.
		• Utiliser cette information pour :
		  • Distinguer entre le vrai travail et le faux travail (**Tableau 2-8, page 2-69**).
		  • Evaluer l'efficacité des contractions (**Encadré 2-20, page 2-65**).
		  • Aider à évaluer le stade et la phase du travail (**Tableau 2-8, page 2-69**).
		  • Se donner une base de départ à l'aune de laquelle seront évaluées par la suite les constatations ultérieures.

* Une fois que démarre le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et évalué en voie de conséquence.

Element	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Membranes et liquide amniotique*
 	
 Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-22** (**page 2-68**).
	• Rupture spontanée des membranes lors du travail ou de l'accouchement.
	• Liquide amniotique de couleur transparente avec légère odeur mais qui n'est pas malodorante.
	• **Variations normales :**
	  • La présence d'une membrane lisse palpable au-dessus de la partie qui se présente indique la présence de la poche des eaux qui est encore intacte. Il se peut que la membrane soit appliquée étroitement à la partie qui se présente ou remplie de liquide amniotique.
	  • En cas de rupture de la poche des eaux, la partie qui se présente sera sentie directement. Du liquide qui s'accumule dans le vagin ou qui s'écoule du vagin confirme également la rupture des membranes.
		➡ **Si le liquide est rouge**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal en fin de grossesse ou pendant le travail (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si le liquide est verdâtre/brunâtre**, AGIR MAINTENANT !—voir Liquide amniotique teinté de méconium (**Encadré 3-42, page 3-112**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si le liquide est malodorant**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou Pertes vaginales malodorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si plus de 18 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes**, voir Rupture des Membranes avant le travail ou Rupture des membranes de plus de 18 heures avant l'accouchement (**page 3-70**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

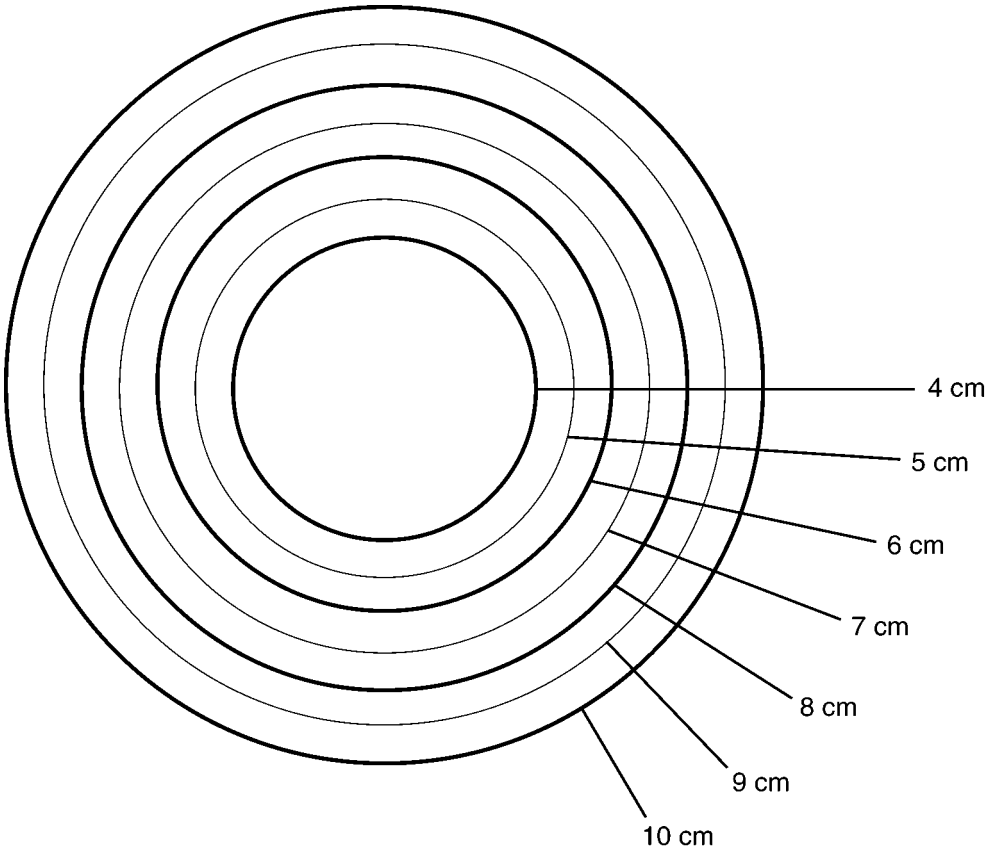
Présentation Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-23** (**page 2-68**). **Note** : Le plus facile est de le faire après la rupture des membranes.	• En travail actif, présentation par le sommet (on peut palper le haut de la tête).	➡ **Si la présentation n'est pas par le sommet**, AGIR MAINTENANT !—voir Présentation par le siège lors du travail (**page 3-47**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si la présentation est par le sommet et qu'on palpe quelque chose d'autre que le haut de la tête** (visage ou menton), AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
Modelage de la tête* Pour l'acte obstétrical, voir **Encadré 2-23** (**page 2-68**). **Note** : Le plus facile est de la faire après la rupture des membranes	• Les os du crâne sont séparés ou apposés. (Voir également **Diagrammes 2-9 and 2-10** [**page 2-69**].)	➡ **Si les os se chevauchent**, envisager dans le contexte d'une évaluation plus poussée • Etre vigilant aux signes/symptômes d'un déroulement défavorable du travail (descente fœtale ou dilatation du col ne progressent pas normalement, les contractions deviennent de plus en plus irrégulières).

* Une fois que commence le travail actif, cet élément est noté sur un partogramme et interprété en voie de conséquence.

Encadré 2-21. Evaluer la dilatation du col

Insérer le majeur et l'index dans le col ouvert et les ouvrir de sorte à toucher le bord. La distance entre l'extérieur des deux doigts représente la dilatation en centimètres. (**Diagramme 2-8**, ci-après).

Diagramme 2-8. Dilation du col en centimètres



Encadré 2-22. Evaluation de la condition du liquide amniotique et des membranes

- A l'aide du majeur et de l'index toujours insérés dans le col, déterminer si la poche des eaux est encore intacte ou si elle s'est rompue.
  - La présence d'une membrane lisse palpée sur la partie qui se présente indique une poche des eaux intacte. Ill se peut que la membrane soit étroitement appliquée sur la partie qui se présente ou remplie de liquide amniotique formant les premières eaux.
  - En cas de rupture de la poche des eaux, la partie qui se présente sera sentie directement. Des liquides qui s'accumulent dans le vagin ou qui s'écoulent de l'ouverture vaginale confirment également la rupture des membranes.

Encadré 2-23. Evaluer la présentation et la position du fœtus et le modelage de la tête

Avec les doigts encore insérés :

- Palper le crâne fœtal pour confirmer la présentation par le sommet.
- Evaluer le modelage notant si les os sont apposés ou s'ils se chevauchent. (Le **Diagramme 2-9** [**page 2-69**] indique les repères d'un crâne fœtal normal. Le **Diagramme 2-10** [**page 2-69**] indique les os apposés du crâne fœtal).
- En retirant la main de l'examen, inspecter vos gants pour noter la présence de sang et/ou de méconium ainsi que l'odeur du liquide.
- Après avoir retiré les doigts, noter la couleur et l'odeur du liquide.

Diagramme 2-9. Repères du crâne fœtal normal

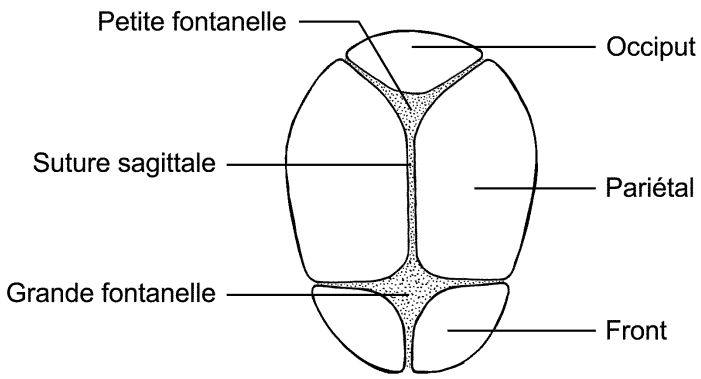


Diagramme 2-10. Os apposés (Os qui se touchent) dans le crâne fœtal

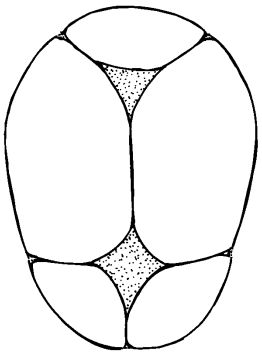


Tableau 2-8. Confirmer le vrai travail et évaluer stade/phase du travail

	COL	CONTRACTIONS	SECRETIONS VAGINALES	DESCENTE	AUTRES SIGNES
Faux travail	• Pas de dilatation ou dilatation qui n'est pas progressive	• Irrégulières • Fréquence : moins de trois en 10 minutes • Durée : moins de 20 secondes • Ne sont pas progressive-ment plus fréquentes ou plus longues • Ressenties essentiellement à l'avant	• Pas de pertes vaginales teintées de sang	• Pas de descente progressive de la partie qui se présente	• La patiente est à l'aise, en mesure de se déplacer et peut manger et boire.
1er stade du travail/ phase latente	• Dilatation moins de 4 cm	• Irrégulières • Fréquence : variable, allant d'une en 20 minutes à quatre en 10 minutes • Durée : moins de 20 secondes • Sont progre-ssivement plus fréquentes ou plus longues	• Pertes vaginales teintées de sang possibles • Bouchon muqueux possible • Rupture des membranes possible	• Pas de descente progressive de la partie qui se présente	• La patiente est relativement à l'aise, en mesure de se déplacer et peut manger un peu et boire.

Tableau 2-8. Confirmer le vrai travail et évaluer stade/phase du travail *(suite)*

	COL	CONTRACTIONS	SECRETIONS VAGINALES	DESCENTE	AUTRES SIGNES
1er stade du travail/phase active	• Augmente de 4 cm à 10 cm • Taux d'augmentation : environ 1 cm par heure	• Régulières • Fréquence : augmentent à au moins trois en 10 minutes • Durée : augmentent à plus de 40 secondes chacune	• Pertes vaginales teintées de sang possibles • Rupture des membranes possible	• La partie qui se présente est généralement engagée chez les primigestes—risque de ne pas être engagée chez les multigestes. • La descente dans la filière génitale commence.	• La patiente n'est plus à l'aise et elle a besoin de soutien. • Elle trouve que respirer en inspirant expirant lentement pendant les contractions lui fait du bien. • Elle est concentrée sur ce qui se passe dans son corps. • Elle peut marcher mais a besoin de se reposer souvent. • Elle peut boire des liquides.
2e stade du travail	• La dilatation est de 10 cm	• Régulières • Fréquence : à au moins trois toutes les 10 minutes • Durée : au moins 40 secondes chacune	• Davantage de pertes vaginales teintées de sang • Les membranes sont généralement rompues (si tel n'est pas le cas, il peut encore y avoir rupture spontanée)	• La descente est régulière. • On peut voir de plus en plus la partie qui se présente lorsque la patiente pousse.	• La patiente sent une pression rectale accrue. • Elle veut expulser et pousse involontairement par à-coups. • Elle a l'air de retenir son souffle. • La patiente sent une envie de plus en plus grande de pousser.

Tests (T)

Lorsqu'on a terminé l'examen physique, faire les tests. Se rappeler que la patiente peut refuser le test de dépistage du VIH (voir **Note**, ci-après). Ne pas oublier de noter toutes les constatations dans le dossier de la patiente.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
T-1. RPR[1] Pour la technique, voir **page 4-46**.	• Négatif	➡ **Si le test de la syphilis est positif**, voir Syphilis (**page 3-76**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
T-2. VIH (Voir **Note** [**page 2-71**].)	• Négatif	➡ **Si le test de dépistage du VIH est positif**, voir VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. **Note : Toujours suivre les directives nationales pour le test de dépistage du VIH**. En général : • Si le test de dépistage du VIH est positif, refaire le test avec un type/préparation différent(e) du test. • Si le second test est positif, voir VIH (**page 3-51**). • Si le second test est négatif, faire un troisième test si les résultats sont différents. • Si le troisième est positif, voir VIH (**page 3-51**). • Si le troisième test est négatif, informer la patiente lors du counseling post-test qu'elle est séronégative (**page 2-35**).
T-3. Groupe sanguin et facteur Rhésus, si disponible	• Groupe sanguin A, B, AB ou O. • Rhésus positif.	➡ **Si Rhésus négatif,** la patiente devrait recevoir des immunoglobulines D.

Notes :
- Si la femme se présente à l'établissement de santé pour la première fois alors qu'elle est en travail et qu'elle ne connaît pas son statut VIH, on lui proposera à ce moment conseils et dépistage rapide (**page 2-35**).
- On indiquera à la patiente que le test de dépistage du VIH est recommandé pour toutes les femmes enceintes mais qu'elle peut refuser de se soumettre à ce test si elle le souhaite. Ne pas oublier de lui proposer à nouveau de passer le test de dépistage lors des visites ultérieures si elle refuse cette fois-ci. En effet, une patiente qui ne veut pas se soumettre au test pendant la première visite pourrait changer d'avis et décider de passer le test de dépistage une fois qu'elle a reçu un counseling, a envisagé les avantages du test et/ou discuté du test avec son partenaire.

SOINS LIES AU TRAVAIL/ACCOUCHEMENT

S-1. Gestes obstétricaux clés pour le 1er stade du travail

Si la patiente se trouve au 1er stade du travail (selon les critères de diagnostic indiqués dans le **Tableau 2-8** [**page 2-69**]), dispenser les soins suivants.

[1] Utiliser VDRL si RPR n'est pas disponible.

- Tout au long du 1er stade du travail, faire une évaluation continue (**Tableau 2-5, page 2-41**) et apporter continuellement des soins de soutien (**Tableau 2-7, page 2-49**).
- Lorsque commence la phase active (le col est dilaté à 4 cm), démarrer le partogramme (**S-1.1, page 2-72**).

Tableau 2-9. Récapitulatif du 1er stade du travail

STADE/PHASE	CRITERES DE DIAGNOSTIC	COMMENTAIRES
1er stade/ phase latente	• **Col :** Dilatation de 1 à 3 cm. • **Contractions :** – Irrégulières – Fréquence : variable, irrégulières – Durée : moins de 20 secondes • **Descente :** Ne progresse pas	• La phase latente commence par des contractions régulières et la dilatation initiale du col est continue jusqu'à une dilatation de 4 cm. C'est le 1er stade/phase latente du travail et la dilatation du col peut se faire lentement. Elle est de durée variable et peut aller jusqu'à 20 heures chez les primigestes et 14 heures chez les multigestes. A ce stade, les contractions sont de plus en plus coordonnées et plus fréquentes, elles durent plus longtemps et sont plus efficaces. L'effacement du col commence. • La patiente peut marcher, s'asseoir ou s'allonger si elle le souhaite. Elle doit boire beaucoup de liquides et prendre de légers repas, si elle désire. Elle n'a pas encore besoin d'une assistance constante par un prestataire qualifié.
1er stade/ phase active	• **Col :** – Dilatation de 4 à 10 cm. – Fréquence : environ 1 cm par heure. • **Contractions :** – Régulières – Fréquence : Augmentent à trois à cinq en 10 minutes – Durée : Augmentent à plus de 40 secondes • **Descente :** – La descente du fœtus commence. – Les parties qui se présentent sont généralement engagées à ce stade chez les femmes primigestes.	• La phase active commence quand le col est dilaté de 4 cm et dure jusqu'au moment où la dilatation est de 10 cm. • Dès le début de la phase active du travail (col dilaté d'au moins 4 cm), le prestataire qualifié utilise un partogramme (**S-1.1**) pour noter l'information et prendre des décisions cliniques à propos du déroulement du travail de la patiente. • A ce stade, la patiente a besoin de plus de soins (comparé à la phase latente du travail). Elle a besoin de soutien, les douleurs augmentent, ainsi que son anxiété au fur et à mesure que les contractions sont plus rapprochées et plus longues. La patiente ne doit pas être laissée seule à ce stade.

S-1.1. Démarrer un partogramme

Au début de la phase active du 1er stade du travail, lorsque la dilatation du col arrive à 4 cm, on commence un partogramme (**Annexe 3, page 4-7**) pour évaluer le bien-être fœtal et maternel, ainsi que le déroulement du travail. A partir de ce stade jusqu'à l'accouchement. Il faut noter les résultats (ceux marqués par un astérisque [*] dans ce chapitre) sur le partogramme. Noter tous les éléments de l'évaluation et de la prestation de soins dans le dossier de la patiente.

Note : Alors que la patiente entre dans la phase active finale du travail (ou transition), elle aura besoin d'une assistance plus intense pour prendre en charge la douleur alors que le travail s'accélère. En effet, la peur et l'angoisse sont cause de tension et de douleur plus vive. La patiente en travail doit confronter les contractions volontairement; elle a chaud et transpire, sent une pression pelvienne plus forte et a mal au dos. Elle risque de devenir anxieuse, préoccupée et absente et a l'impression qu'elle ne peut plus continuer. Il est extrêmement important d'apporter le bon soutien et les bonnes mesures de réconfort lors de cette phase du travail.

S-2. Gestes obstétricaux clés pour les 2e et 3e stades du travail

Si la patiente se trouve au 2e ou 3e stade du travail (selon les critères de diagnostic indiqués dans le **Tableau 2-8** [**page 2-69**]), dispenser les soins suivants.

- Tout au long du 2e et 3e stades du travail, faire une évaluation continue (**Tableau 2-5, page 2-41**) et apporter continuellement des soins de soutien (**Tableau 2-7, page 2-49**).
- Lors du 2e stade/phase où elle pousse :
  - Aider la patiente à pousser (**S-2.1, page 2-74**).
  - Continuer à noter l'information pertinente sur le partogramme ; utiliser cette information pour évaluer le déroulement du travail de la patiente et prendre les bonnes décisions concernant les soins qu'il faut lui fournir.
- Lors du 2e stade/phase d'expulsion, apporter l'assistance nécessaire pour un accouchement eutocique (**S-2.2, page 2-76**).
- Immédiatement après la naissance du bébé, dispenser les soins immédiats du nouveau-né (**S-2.3, page 2-79**).
- Lors du 3e stade, faire une prise en charge active (**S-2.4, page 2-80**).

Tableau 2-10. Récapitulatif des 2e et 3e stades du travail

STADE/PHASE	CRITERES DE DIAGNOSTIC	COMMENTAIRES
2e stade/ phases des efforts de poussée et efforts expulsifs	• **Col** : Dilatation de 10 cm. • **Contractions** : L'envie de pousser devient de plus en plus forte. • **Descente** : Progresse jusqu'à ce que la partie du fœtus arrive au plancher pelvien.	• La **phase précoce (effort de poussée) du 2e stade** du travail commence par une dilatation complète et se termine lorsque la tête apparaît au plancher pelvien, d'où une envie spontanée de pousser. La phase précoce du 2e stade peut aller de quelques minutes jusqu'à une heure. C'est une phase de transition pendant laquelle les contractions peuvent devenir moins fréquentes et plus courtes. La parturiente peut se reposer ou avoir un léger sommeil. Il n'y a plus d'envie spontanée de pousser. Alors que la tête du fœtus descend, les contractions continuent à devenir plus fréquentes et durent plus longtemps. • La **phase finale (expulsive) du 2e stade** du travail commence lorsque la partie qui se présente du fœtus est descendue jusqu'au plancher pelvien et déclenche le réflexe d'expulsion. Elle se termine par la naissance complète du bébé. Les contractions deviennent plus fortes et la parturiente commence à pousser spontanément. La phase des efforts de poussée peut durer d'une à deux heures et demie chez une primigeste et de quelques minutes à une heure chez une multigeste. La descente qui commence au 1er stade s'accélère au 2e stade du travail. La descente constante du fœtus lors du 2e stade est l'indicateur le plus exact d'un déroulement normal.

Tableau 2-10. Récapitulatif des 2e et 3e stades du travail *(suite)*

STADE/PHASE	CRITERES DE DIAGNOSTIC	COMMENTAIRES
3e stade	• Le 3e stade du travail commence par la naissance du bébé et se termine par la délivrance.	• Le 3e stade du travail commence par la naissance du bébé et se termine par la délivrance du placenta. Le 3e stade dure généralement moins de 30 minutes, mais une vigilance constante est particulièrement importante tout au long suite au risque accru de pertes de sang de la patiente. La prise en charge active du 3e stade du travail, dont on sait qu'elle permet de réduire sensiblement l'incidence de l'hémorragie du post-partum, est un geste obstétrical clé à ce stade. • A ce stade, continuer à observer la respiration et l'état général du bébé—le bébé est en train de procéder à de nombreux ajustements à la vie à l'extérieur de l'utérus, et son état peut changer soudainement. Par ailleurs, il faut surveiller constamment la patiente—elle peut commencer à saigner soudainement.

S-2.1. Aider la parturiente à pousser

- Encourager la parturiente à prendre une position pour pousser dans laquelle elle est à l'aise et qui facilite la descente du fœtus, par exemple, demi-assise/inclinée vers l'arrière (**Diagramme 2-11, page 2-75**), accroupie (**Diagramme 2-12, page 2-75**), sur les mains et les genoux (**Diagramme 2-13, page 2-75**) ou couchée de côté (**Diagramme 2-14, page 2-75**).
- L'aider à se reposer entre les contractions en l'aidant à se mettre dans des positions de repos (se coucher, s'asseoir, s'accouder (se pencher en avant) à une chaise ou à un meuble stable) ou l'encourager à se mettre debout et à marcher.
- Aider la parturiente à pousser en réponse à un réflexe naturel. **Ne PAS la forcer à pousser !**
  - L'encourager à diriger toute son attention à l'intérieur sur le mouvement de la partie qui se présente et qui descend dans la filière génitale chaque fois qu'elle pousse.
  - Lui indiquer d'exhaler alors qu'elle pousse, plutôt que de retenir sa respiration pendant la contraction. (Pour de plus amples informations sur les techniques de respiration, voir **Encadré 2-24** [**page 2-75**].)
  - L'encourager à continuer à pousser uniquement quand elle en sent le besoin.
- L'encourager à relaxer ses jambes, sa mâchoire et le périnée alors qu'elle pousse.
- L'aider à essayer différentes positions si la descente est lente ou si ses efforts sont inefficaces.
- L'encourager après chaque poussée et la féliciter.
- Etre patient. Un déroulement lent et régulier est bon.
- Essuyer son front entre les poussées et lui offrir des gorgées d'eau.

Diagramme 2-11. Position pour pousser : demi assise/adossée

Diagramme 2-12. Position pour pousser : accroupie

Diagramme 2-13. Position pour pousser : Sur les mains et les genoux

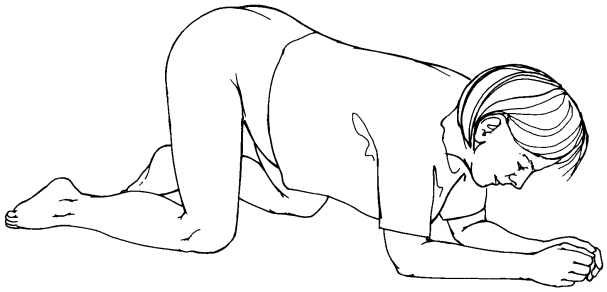
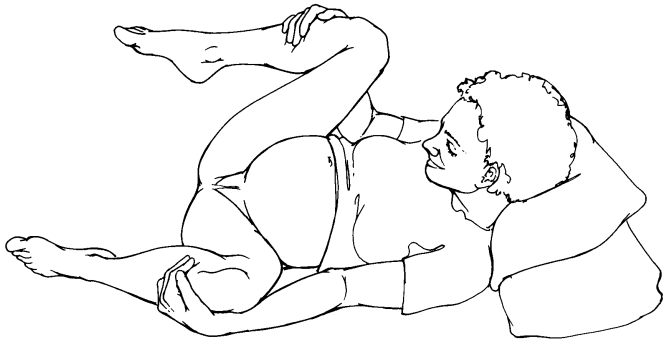


Diagramme 2-14. Position pour pousser : couchée de côté



Encadré 2-24. Technique de respiration pendant le travail

Faire attention aux besoins individuels de la patiente et lui donner les conseils suivants :

1st stade/phase latente : A ce stade du travail, les contractions ne sont pas très régulières et elles sont de brève durée. Aussi, vaut-il mieux **respirer de manière normale et naturelle**, comme à l'accoutumée, pour le moment.

1st stade/phase active :

1. **Phase active précoce (4 à 7 cm)**
   Respiration abdominale : Respirer avec des souffles courts et profonds pendant les contractions. C'est l'abdomen et non pas la poitrine qui se soulève et retombe avec chaque respiration. Après chaque contraction, respirer profondément et expirer lentement en relaxant le corps entier.
2. **Phase active tardive (8 à 10 cm)**
   Respiration superficielle par la poitrine : Inspirer et expirer plus rapidement que lors de la phase active précoce, en soufflant plus superficiellement. A présent, la poitrine se soulève et retombe à chaque respiration. On peut suivre un modèle style « Inspirer-souffler » qui consiste à inspirer superficiellement et à souffler rapidement puis à inspirer à nouveau. On arrive ainsi à se concentrer davantage sur la respiration que sur la contraction. Si possible, on demandera à l'accompagnant de respirer au même rythme guidant ainsi la patiente quand la contraction est très intense. Après chaque contraction, expirer profondément pour relâcher tous les muscles et détendre le corps.

Encadré 2-24. Techniques de respiration pendant le travail *(suite)*

2e stade/effort de poussée :

1. Il est important de pousser uniquement quand l'envie s'en fait ressentir même si le col est entièrement ouvert. Les contractions aident le bébé à descendre, d'où l'envie de pousser.
2. Quand on sent l'envie de pousser, **ne pas retenir son souffle**, ne pas fermer la gorge ni pousser pendant longtemps. Il vaut mieux pousser de la manière qui est la plus naturelle, celle qui vous met le plus à l'aise. Il est utile de pousser des cris en poussant car cela permet de garder la gorge ouverte. Si on pousse pendant 5 à 10 secondes et si on inspire/souffle plusieurs fois avant de pousser à nouveau, on s'assure que le bébé reçoit tout l'oxygène dont il a besoin.
3. Après chaque contraction, respirer profondément et souffler en relâchant le corps entier.

Parfois, il faut arrêter de pousser pour que le bébé naisse lentement. Pour ne pas pousser, haleter : respirer de manière précipitée par la bouche pendant que la poitrine se soulève et retombe.

S-2.2. Assistance lors d'un accouchement eutocique

- Une fois que le col est entièrement dilaté et que la parturiente entre dans le 2e stade, l'encourager à prendre la position qu'elle préfère (ci-dessus) et l'encourager à pousser quand elle en a envie.

Note : L'envie de pousser est très forte à ce stade et il n'est pas toujours facile pour une femme de contrôler ses efforts de poussée. Chaque petite poussée aide à étirer le périnée alors qu'apparaît la tête. Maintenir le contrôle lors de l'apparition de la tête et de la sortie de la tête aide à prévenir les déchirures.

- Continuer à évaluer le rythme auquel le bébé descend dans la filière génitale. Demander à la parturiente de continuer les efforts de poussée spontanés jusqu'à ce que la tête du bébé apparaisse.
- Montrer à la parturiente comment pousser et/ou à respirer pour que la naissance de la tête soit lente, régulière et contrôlée.
- ➡ **Si le bébé arrive très rapidement**, aider la parturiente à arrêter de pousser en lui demandant de souffler plusieurs fois ou de respirer régulièrement, cela lui évite de pousser.

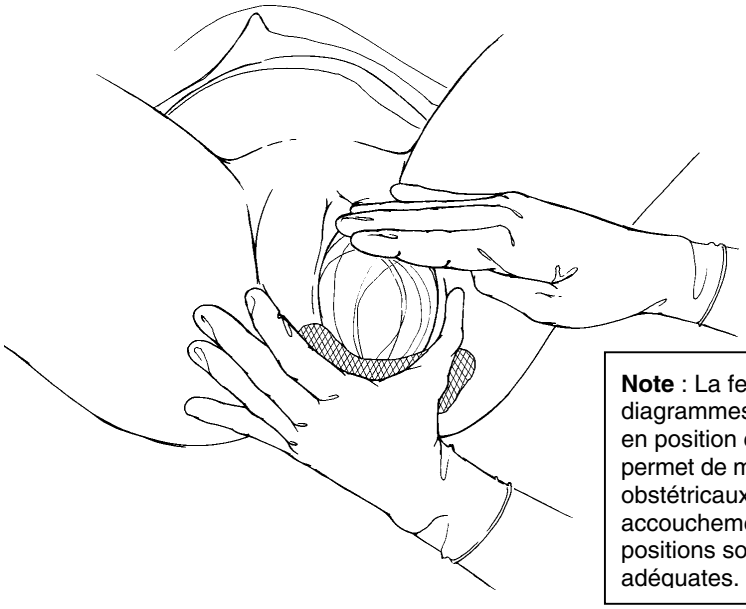
Note : Désormais, il n'est plus recommandé de pratiquer systématiquement une épisiotomie. Il n'a pas été démontré que l'épisiotomie systématique réduisait les lésions périnatales, ni le risque de colpocèle ou d'incontinence urinaire. En fait, l'épisiotomie systématique est associée à un nombre accru de déchirures périnéales complètes et complètes compliquées et à une proportion de dysfonctionnement du sphincter anal qui en résulte. Il convient de n'envisager l'épisiotomie (**page 4-19**) que dans les cas suivants :

- Accouchement par voie basse compliquée (siège, dystocie de l'épaule, forceps, extraction par ventouse)
- Cicatrices de mutilations sexuelles ou de déchirures complètes ou complètes compliquées mal soignées
- Souffrance fœtale

Dégagement de la tête :

- Nettoyer le périnée de la parturiente avec un linge ou une compresse, un antiseptique, du savon ou de l'eau en lavant de l'avant vers l'arrière.
- Demander à la patiente de souffler ou de ne pousser que légèrement lors des contractions pendant le dégagement de la tête du bébé.
- Lorsque la pression de la tête écarte le périnée, on peut maîtriser l'expulsion de la tête en prenant la tête d'une main pour la maintenir en flexion (inclinée) facilitant ainsi l'étirement naturel du tissu périnéal et évitant les déchirures (**Diagramme 2-15, page 2-77**).

Diagramme 2-15. Soutien périnéal durant l'accouchement eutocique



Note : La femme représentée dans les diagrammes 2-15 à 2-19 est montrée en position couchée sur le dos car elle permet de montrer aisément les gestes obstétricaux à pratiquer lors d'un accouchement eutocique. D'autres positions sont pourtant tout aussi adéquates.

- Utiliser l'autre main pour soutenir le périnée avec une compresse ou un linge et laisser la tête se dégager spontanément. **Ne pas manipuler les lèvres ou le périnée sur la tête du bébé car cela augmente le risque de déchirures**.
- Essuyer les mucosités (et les membranes, si nécessaire) dans la bouche et le nez de l'enfant avec un linge propre.
- Passer la main autour du cou de l'enfant pour chercher le cordon ombilical :
  - ➧ **Si le cordon est enroulé autour du cou mais lâche,** le faire glisser par-dessus la tête du bébé.
  - ➧ **Si le cordon est lâche mais ne peut pas passer par-dessus la tête,** le repousser sur les épaules.
  - ➧ **S'il est enroulé étroitement autour du cou de l'enfant :**
    - Le clamper en deux endroits à un intervalle de 2 cm.
    - Couper le cordon entre les nœuds/clamps.
    - Dégager le cordon autour du cou de l'enfant et procéder avec les soins.

Terminaison de l'accouchement :

- Laisser la rotation de la tête se faire spontanément.
- Ensuite, poser une main de chaque côté de la tête de l'enfant, au-dessus des oreilles, en évitant d'exercer une pression autour du cou avec les doigts. Demander à la patiente de pousser calmement, à la contraction suivante.
- Appuyer légèrement vers (vers la colonne vertébrale de la patiente) et vers l'extérieur jusqu'à ce que l'épaule antérieure passe sous l'os pubien (**Diagramme 2-16, page 2-78**).
  - ➧ **Si les épaules sont difficiles à dégager**, AGIR MAINTENANT !—réaliser la technique qui s'impose pour la dystocie des épaules (**page 4-42**) avant de procéder avec les soins.
- A l'apparition de l'axillaire (repli du bras), guider la tête vers le haut en direction de l'abdomen de la patiente alors que l'épaule postérieure s'étend sur le périnée (**Diagramme 2-17, page 2-78**).
- Soutenir la tête d'une main et le reste du corps de l'enfant d'autre main pendant qu'il se dégage (**Diagramme 2-18, page 2-78**) et placer le bébé sur l'abdomen de la mère (**Diagramme 2-19, page 2-79**).
  - ➧ **Si la patiente est incapable de tenir le bébé**, demander à l'accompagnant ou à un membre du personnel soignant de s'occuper de l'enfant.

Diagramme 2-16. Tirer doucement vers le bas pour dégager l'épaule antérieure pendant un accouchement eutocique

Diagramme 2-17. Tirer doucement vers le haut pour dégager l'épaule postérieure pendant un accouchement eutocique

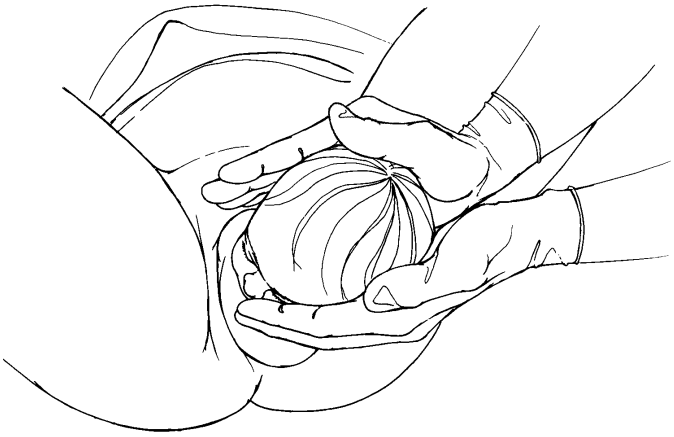


Diagramme 2-18. Soutenir le bébé pendant un accouchement eutocique

Diagramme 2-19. Placer le bébé sur l'abdomen de la mère immédiatement après l'accouchement eutocique

S-2.3. Premiers soins néonatals

Après avoir place le bébé sur l'abdomen de la mère :

- Le sécher attentivement (en nettoyant le sang et autres sécrétions de la mère) et le couvrir avec un linge propre et sec TOUT en essuyant les yeux du bébé (en utilisant un linge ou un coton propre pour chaque œeil) et en vérifiant sa respiration.
  - ➡ **Si le bébé ne commence pas à respirer immédiatement**, AGIR MAINTENANT !—appliquer les gestes de réanimation de l'enfant (**page 3-99**) avant de procéder avec les soins.
  - ➡ **Si le bébé crie ou respire** (poitrine qui se soulève au moins 30 fois par minute), laisser l'enfant avec sa mère.
- Nouer ou clamper le cordon ombilical à deux endroits (à environ 3 cm et 5 cm de l'ombilic) et couper le cordon entre les nœuds/clamps.
- S'assurer que le bébé est gardé au chaud et en contact peau à peau sur la poitrine de la mère et encourager cette dernière à lui donner le sein.
- Recouvrir le bébé avec une couverture ou un linge et couvrir la tête pour éviter les déperditions de chaleur.
- Palper l'abdomen pour s'assurer qu'il n'existe pas un autre bébé et passer à la prise en charge active du 3e stade.

Rappel : Un contact peau-à-peau immédiat et le fait d'allaiter le bébé :
- Réchauffent le bébé (thermorégulation)
- Nourrit le bébé (évite l'hypoglycémie)
- Facilite les liens entre la mère et l'enfant
- Stimule la production d'ocytocine qui favorise la contraction de l'utérus après la délivrance

S-2.4. Prise en charge active du 3e stade du travail

Administrer de l'ocytocine :

- Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébés et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.

Note : On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes. Si l'établissement n'a pas d'ocytocine, injecter 0,2 mg d'ergométrine* en IM ou 600 mcg de misoprostol par voie buccale.

* Ne **PAS** donner de l'ergométrine à des patientes souffrant de pré-éclampsie, éclampsie ou avec une tension artérielle élevée car cela augmente le risqué de convulsions et d'accidents cérébrovasculaires.

Traction mesurée sur le cordon ombilical :

- Clamper le cordon à proximité du périnée. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
- Placer l'autre main juste au-dessus du pubis et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut. La contre-traction ainsi exercée refoule le fond utérin et évite une inversion de l'utérus.
- Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 minutes).
- Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. **Ne pas tirer sur le cordon entre les contractions. Ne pas attendre que du sang gicle pour exercer une traction sur le cordon.**
- Continuer à appliquer une contre-traction (maintenir la pression vers le haut de l'utérus) avec l'autre main.
  - ➡ **Si le placenta ne descend pas dans les 30–40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon**, relâcher la tension et répéter lors de la prochaine contraction. (Normalement, le placenta se décolle avec 3 ou 4 contractions si on utilise une prise en charge active.)
    - ➡ **Si le placenta ne se décolle pas dans les 30 minutes**, AGIR MAINTENANT !—réaliser l'extraction manuelle du placenta (**page 4-22**) avant de procéder avec les soins.

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 en même temps.

Expulsion et inspection du placenta :

- Pendant l'expulsion du placenta, prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient expulsées intactes.
  - ➡ **Si les membranes ne se décollent pas spontanément**, les enrouler doucement sur elles-mêmes et les bouger vers le haut et le bas pour aider à les séparer sans les déchirer.
  - ➡ **Si le cordon est arraché**, AGIR MAINTENANT !—réaliser l'extraction manuelle des fragments placentaires (**page 4-22**) avant de procéder avec les soins.
- Inspecter rapidement le placenta, le cordon et les membranes pour être sûr qu'ils sont complets.
  - ➡ **S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirés**, AGIR MAINTENANT !—réaliser l'extraction manuelle des fragments placentaires (**page 4-22**) avant de procéder avec les soins.
- Tirer lentement pour parachever la délivrance.
  - ➡ **Si les membranes se déchirent**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.
  - ➡ **En cas d'inversion utérine**, AGIR MAINTENANT !—repositionner l'utérus (**page 4-15**) avant de procéder avec les soins.

Massage utérin :

- Masser immédiatement le fonds utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte. Montrer à la patiente comment elle peut masser le fonds utérin pour maintenir les contractions.
- 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.
  - ➡ **Si l'utérus devient mou**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.

Examen du placenta, le cordon et les membranes.

Examen des lésions :

- Examiner soigneusement le vagin et le périnée pour détecter les éventuelles déchirures :
  - Avec la main gantée non dominante, séparer les lèvres et examiner soigneusement l'ouverture vaginale et le périnée pour déceler toute déchirure ou hématome (accumulation de sang sous les tissus).
  - Presser fermement sur la paroi antérieure du vagin avec les doigts dominants gantés pour regarder profondément dans le vagin. Le saignement d'une déchirure peut suinter ou gicler d'une artère.
  - Presser doucement sur la paroi vaginale et faire glisser les doigts le long de la paroi sur un côté après l'autre, en remontant jusqu'au col. Evaluer les résultats tel qu'indiqué ci-après.
  - ➡ **S'il existe des déchirures ou si on n'est pas certain**, voir Examen du vagin, du périnée et du col pour détecter les déchirures (**page 4-20**) avant de procéder avec les soins.
- Evaluer continuellement pour noter les saignements.
  - ➡ **En cas de suintement continu de sang ou de giclement de sang ou de caillots de sang plus grands que de petits citrons**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.
- Nettoyer doucement le périnée avec de l'eau chaude et un linge propre.
- Appliquer un linge propre sur la vulve.
- Enlever tous les draps souillés et les traiter/nettoyer dans les bonnes conditions d'hygiène.
- S'assurer que la patiente est à l'aise et la recouvrir avec une couverture.

S-3. Actes obstétricaux clés pour le 4e stade du travail

Une fois déterminé que la patiente se trouve au 4e stade du travail (en fonction des critères de diagnostic indiqués au **Tableau 2-11** [**page 2-82**]), dispenser les soins indiqués ci-après.

- Faire une évaluation continue tout au long du 4e stade (**Tableau 2-5, page 2-41**) et dispenser des soins continus (**Tableau 2-7, page 2-49**).
- Dispenser les soins immédiats du post-partum pour la patiente (**S-3.1**) et continuer les soins immédiats du nouveau-né (**S-3.2**).

Tableau 2-11. Récapitulatif du 4e stade du travail

STADE/PHASE	CRITERES DE DIAGNOSTIC	COMMENTS
4th stade	• Le 4e stade du travail couvre les deux premières heures qui suivent l'accouchement.	• C'est le moment où la mère traverse une récupération intense alors que le nouveau-né s'ajuste à la vie à l'extérieur de l'utérus. Il est important de garder ensemble autant que possible la mère et l'enfant (de préférence en contact peau-à-peau) pour maintenir le nouveau-né au chaud, faciliter les liens mère-à-enfant et encourager l'allaitement maternel. Le prestataire qualifié doit également continuer à les suivre de près pour noter tout signe de problèmes et faire une évaluation initiale du nouveau-né. • Continuer à noter tous les éléments de l'évaluation et des soins dans le dossier de la patiente. De plus, commencer un dossier et courbe de suivi pour le nouveau-né.

S-3.1. Soins immédiats du post-partum pour la mère

Note : Un suivi vigilant s'impose pour éviter le décès de la mère suite à l'hémorragie du post-partum.

Prendre la température de la patiente :

➡ **Si la température est de 38°C ou plus**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou Pertes vaginales maladorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.

Continuer le massage utérin :

- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.
- Utiliser la paume d'une main pour masser l'utérus.
- S'assurer que l'utérus reste ferme et ne se relâche pas (utérus mou) après le massage utérin.
  - ➡ **Si le utérus reste mou ou devient rapidement mou après le massage utérin**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.
  - ➡ **En cas de saignement abondant, suintement continu ou giclement de sang ou caillots de sang plus grands que des citrons**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.

Aider à démarrer de suite l'allaitement maternel :

- Encourager la **première tétée dans l'heure qui suit la naissance** en laissant le nouveau-né en contact peau-à-peau avec la mère.
  - ➡ **Si la mère n'a pas encore décidé si elle souhaite allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Allaitement maternel ou Produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**).
  - ➡ **Si la mère ne peut pas allaiter (pour une raison quelle qu'elle soit) ou souhaite utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**).
- L'aider le cas échéant pour la première tétée pour s'assurer que le bébé **est positionné correctement et bien attaché au sein**.

➡ **Si la mère nécessite une aide supplémentaire** (par exemple, si le bébé a du mal à s'attacher ou si la mère a des problèmes du point de vue positions ou pour tenir le bébé) voir Soutien à l'allaitement maternel (**page 4-49**).

- Laisser le bébé prendre le sein **aussi longtemps qu'il le souhaite**, une fois qu'il commence à téter.

Revoir le plan de préparatifs en cas de complication :

- Revoir le plan de préparatifs en cas de complication, le mettant à jour avec les besoins du post-partum et les besoins du bébé. Si la mère et sa famille n'ont pas encore élaboré un plan de préparatifs en cas de complication, on les aidera à préparer un tel plan en fonction des directives indiquées à la **page 2-28**.
- Conseiller à la mère et à sa famille d'appliquer le plan de préparatifs en cas de complication si l'un quelconque des signes de danger indiqués à l'**Encadré 2-25** (ci-après) se présentent.

Encadré 2-25. Signes de danger lors de la période du post-partum immédiat/néonatale

Signes de danger de la mère :

- Saignement vaginal
- Difficultés respiratoires
- Fièvre (sentiment de chaleur)
- Vives douleurs abdominales
- Céphalées prononcées/vision floue
- Convulsions/perte de connaissance
- Pertes vaginales malodorantes du vagin
- Douleurs au mollet, avec ou sans enflement
- Expression/comportement indiquant qu'elle risque de se nuire à elle-même ou de nuire au bébé ou hallucinations

Signes de danger du nouveau-né :

- Difficultés respiratoires
- Convulsions, spasmes, perte de connaissance ou dos arqué (opisthotonos)
- Cyanose (couleur bleuâtre)
- Chaud au toucher/fièvre
- Froid ou toucher
- Saignement
- Jaunisse (couleur jaune)
- Pâleur
- Diarrhée
- Vomissements persistants ou distension abdominale
- A du mal à téter (difficultés à se nourrir)
- Pus ou rougeur de l'ombilic, des yeux ou de la peau
- Membre ou articulation enflé
- Flasque
- Léthargie

Messages de santé et counseling :

- En s'inspirant des antécédents de la patiente et toute information pertinente de la discussion, individualiser les messages clés suivants :
  - Garder le bébé au chaud :
    - Sécher le bébé et le recouvrir d'un linge propre et chaud.
    - Maintenir le contact peau-à-peau avec le bébé.
    - Ne pas baigner le bébé pendant les 6 à 24 premières heures.
    - Si les pieds du bébé sont froids, mettre une couverture en plus.
  - Continuer le massage utérin :
    - Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures.
    - Utiliser la paume d'une main pour masser l'utérus.
    - Informer immédiatement le prestataire qualifié si l'utérus reste mou ou s'il devient mou après le massage utérin et/ou en cas de saignement vaginal excessif.

S-3.2. Continuer les soins immédiats du nouveau-né

Note : Les soins suivants devraient être dispensés lors de la période néonatale immédiate, généralement **pendant les deux premières heures après la naissance**, mais il n'en reste pas moins important de continuer à protéger le nouveau-né contre l'hypothermie.

- Laisser le bébé peau-à-peau avec la mère OU le recouvrir autant que possible.
- Ne pas baigner le bébé pendant les 6 premières heures après la naissance car cela augmente considérablement le risque d'hypothermie. Pour être tout à fait sûr, on attendra 24 heures avant de baigner le bébé.

- Aider à démarrer de suite l'allaitement maternel.
- Mettre une étiquette avec son nom au poignet ou à la cheville du bébé.
- Traitement des yeux :
  - De suite après la naissance du bébé, les yeux du bébé ont dû être essuyés avec un linge ou coton propre séparé pour chaque œil.
  - **Mettre un antimicrobien** dans chaque oeil dans l'heure qui suit la naissance en suivant les conseils donnés ci-après à l'**Encadré 2-26** (ci-après) :
    - Solution d'iode de polyvidone à 2,5%, une goutte dans chaque oeil, OU
    - Solution de nitrate d'argent à 1%, une goutte dans chaque oeil, OU
    - Pommade de tétracycline à 1%, appliquée à l'intérieur de la paupière inférieure.

Encadré 2-26. Traitement des yeux du nouveau-né

- Se laver attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge sec et propre ou les laisser sécher à l'air.
- Mettre le bébé sur le dos.
- Essuyer chaque œil avec un coton ou un linge séparé, en partant de l'intérieur de l'œil vers l'extérieur.
- Mettre le pouce en dessous de la paupière inférieure et l'index au-dessus de la paupière supérieure et ouvrir doucement l'œil.
- Appliquer un peu de pommade à l'intérieur de la paupière inférieur, du coin intérieur vers l'extérieur en faisant attention à ne pas contaminer le bout du tube de la pommade **OU** verser une goutte de solution dans chaque œil, ne faisant attention de ne pas contaminer le bout du flacon compte-gouttes.
- Renouveler l'application dans l'autre œil.
- Remettre le bouchon sur le tube.
- Se laver attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre et sec, ou les laisser sécher à l'air.
- Noter le traitement dans le dossier du béb.

- Administrer 1 mg de vitamine K_1 en IM dans la partie antérolatérale de la cuisse.
- Préparer l'examen physique du nouveau-né :
  - Informer la mère du déroulement de l'examen, l'encourager à poser des questions et écouter ce qu'elle a à dire.
  - Se laver attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec ou les laisser sécher à l'air.
  - Mettre le bébé sur une surface chaude ou examiner le bébé dans les bras de sa mère.
- Réaliser le premier examen physique complet du bébé (Pour les détails, voir la **page 2-121**.)

Note : Le premier examen physique du nouveau-né est une forme de dépistage pour déceler toute éventuelle anormalité. On attendra au moins une ou deux heures après la naissance ou plus longtemps si le nouveau-né ne peut pas maintenir une température stable de 36,5 à 37,5°C. A ce moment, la mère aura fort probablement inspecté attentivement son bébé et, si quelque chose la préoccupe, elle aura avisé le prestataire qualifié pour lui faire part de ses préoccupations.

CHAPITRE SEPT

SOINS DU POST-PARTUM

VUE GENERALE

Après le bilan rapide d'une patiente (**Annexe 6, page 4-63**), la visite des soins du post-partum sera réalisée en fonction des directives indiquées au **Chapitre 4** (**page 2-1**) et du calendrier donné ci-après (**Tableau 2-2**).

Tableau 2-12. Calendrier et vue générale des soins du post-partum

COMPOSANTES/ELEMENTS	1E VISITE	VISITES ULTERIEURES
EVALUATION		
Evaluation continue, page 2-85	Jusqu'à 6 heures après l'accouchement	–
Anamnèse		
A-1. Information personnelle, page 2-89	✓	–
A-2. Habitudes quotidiennes et style de vie, page 2-90	✓	–
A-3. Grossesse actuelle et travail/accouchement, page 2-91	✓	–
A-4. Période actuelle du post-partum, page 2-92	✓	✓
A-5. Antécédents obstétricaux, page 2-94	✓	–
A-6. Antécédents/plans contraceptifs, page 2-95	✓	–
A-7. Antécédents médicaux, page 2-96	✓	–
A-8. Antécédents intérimaires, page 2-97	–	✓
Examen physique		
EP-1. Bien-être général, page 2-98	✓	✓
EP-2. Signes vitaux, page 2-99	✓	✓
EP-3. Seins, page 2-99	✓	✓
EP-4. Abdomen, page 2-101	✓	✓
EP-5. Jambes, page 2-102	✓	✓
EP-6. Parties génitales, page 2-103	✓	✓
Test		
T-1. VIH, page 2-105	✓[1]	Tel que nécessaire[1]
PRESTATION DES SOINS		
Soins de soutien continus, page 2-86	Jusqu'à la sortie de la structure sanitaire	–
S-1. Allaitement maternel et soins des seins, page 2-105 S-1.1. Directives pour l'allaitement maternel, page 2-105 S-1.2. Conseils supplémentaires pour la mère, page 2-106 S-1.3. Soins des seins, page 2-106	✓	Renforcer les messages clés

Tableau 2-12. Calendrier et vue générale des soins du post-partum *(suite)*

COMPOSANTES/ELEMENTS	1E VISITE	VISITES ULTERIEURES
PRESTATION DES SOINS (SUITE)		
S-2. Plan de préparatifs en cas de complication, page 2-106	✓	Continuer à élaborer tel que nécessaire ; renforcer les messages clés
S-3. Soutien pour les relations mère-enfant-famille, page 2-107	✓	Renforcer les messages clés
S-4. Planification familiale, page 2-108	✓	Renforcer les messages clés
S-5. Soutien nutritionnel, page 2-109	✓	Renforcer les messages clés
S-6. Auto-soins et autres pratiques saines, page 2-109 S-6.1. Prévention des infections/hygiène, page 2-109 S-6.2. Repos et activité, page 2-110 S-6.3. Relations sexuelles et rapports sexuels moins risqués, page 2-111	✓	Renforcer les messages clés
S-7. Conseils pour le VIH, page 2-111	✓	Tel que nécessaire
S-8. Vaccinations et autres mesures préventives, page 2-111 S-8.1. Vaccination antitétanique, page 2-111 S-8.2. Fer/folate, page 2-111 Traitement préventif intermittent et moustiquaires imprégnées d'insecticides (pour le paludisme)[2], page 3-59 Traitement de présomption (pour l'ankylostomiase)[2], page 3-59 Supplémentation en vitamine A[2], page 3-62 Supplémentation en iode[2], page 3-61	✓	Renforcer les messages clés; réapprovisionner en médicament si nécessaire

[1] Si la patiente « opte contre » le test du dépistage du VIH lors d'une visite, on lui recommandera de venir pour desvisites ultérieures.
[2] Selon les recommandations s'appliquant en particulier à cette région/population.

EVALUATION ET SOINS DE SOUTIEN CONTINUS

➡ **Si c'est dans les 6 premières heures après la naissance (ou avant de quitter l'établissement de santé)**, la mère et le nouveau-né devraient recevoir :

- **Une évaluation continue**, en fonction du calendrier indiqué au **Tableau 2-13** (**page 2-87**) (pour des directives sur l'évaluation continue du nouveau-né, voir **Tableau 2-16** [**page 2-115**]) ; et
- **Des soins de soutien continus**, tels qu'indiqués au **Tableau 2-14** (**page 2-88**) (pour des directives sur les soins de soutien continus du nouveau-né, voir **Tableau 2-17** [**page 2-116**]).

Rappel : Pour respecter et maintenir le duo mère-bébé, les garder ensemble autant que possible tout au long de la période immédiate du post-partum/néonatale.

- Eviter de séparer la mère et le nouveau-né, même si c'est pour une évaluation et des soins individuels pour chacun d'entre eux.
- Placer le bébé peau-à-peau immédiatement à la naissance et faciliter un allaitement maternel immédiat.
- Encourager et faciliter le fait de garder dans la même chambre le bébé et la patiente jour et nuit.
- Permettre et encourager la participation de la mère à l'examen et aux soins de son bébé.

Tableau 2-13. Evaluation continue de la patiente pendant les 2 à 6 premières heures après l'accouchement

QUE FAUT-IL EVALUER ?	QUAND FAUT-IL EVALUER?	NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
Tension artérielle	• Toutes les 2 heures	• TA systolique (chiffre du haut) est de 90–140 mmHg. • TA diastolique (chiffre du bas) est inférieure à 90 mmHg.	➡ **Si la TA systolique est inférieure à 90 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec l'évaluation continue. ➡ **SI la TA diastolique est de 90–110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—voir Céphalées très prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée (**page 3-109**) avant de procéder avec l'évaluation continue. ➡ **Si la TA diastolique est supérieure à 110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec les soins.
Pouls	• Toutes les 2 heures	• Pouls est de 90–110 battements par minute.	➡ **Si le pouls est de 110 battements ou plus par minute ou inférieur à 90**, AGIR MAINTENANT !—faire une évaluation initiale rapide (**page 3-91**) avant de procéder avec l'évaluation continue.
Température	• Une fois	• Température inférieure à 38°C.	➡ **Si la température est de 38°C ou plus**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou pertes vaginales malodorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec l'évaluation continue.
Utérus **Note** : L'utérus devrait être massé toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures après l'accouchement.	• Toutes les heures	• L'utérus reste ferme ; à la sensation, c'est comme un ballon ferme à hauteur de l'ombilic ou en dessous.	➡ **Si le utérus reste mou ou devient rapidement mou après le massage utérin**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-103**) avant de procéder avec l'évaluation continue.
Saignement vaginal	• Toutes les heures	• Quantité de saignement est analogue à règles abondantes. • **Variations normales** : caillots sanguins de la taille d'un citron peuvent être éliminés.	➡ **En cas de saignement abondant ; écoulement lent et régulier de gouttes de sang ; jets intermittents de sang ou caillots plus gros que des citrons**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-103**) avant de procéder avec l'évaluation continue.
Vessie	• Toutes les heures	• La vessie n'est pas palpable. • Miction possible en cas d'envie.	➡ **Si la vessie est palpable ou si la miction n'est pas possible quand la patiente en a envie**, voir Rétention urinaire pendant le travail et la période du post-partum (**page 3-79**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Allaitement maternel **Note** : Au moins une fois pendant les 6 premières heures après l'accouchement.	• Chaque fois que le nouveau-né tète	• La patiente est bien positionnée et tient correctement le bébé ; Le bébé est bien positionné/ attaché au sein et action de tétée/succion correcte.	➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale et si le bébé ne semble pas bien positionné ou n'arrive pas à téter correctement**, voir Problèmes liés aux seins et à l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour des directives supplémentaires. ➡ **Si la patiente n'a pas encore décidé si elle veut allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-49**). ➡ **Si la patiente décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Utiliser un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**).

Tableau 2-14. Soins de soutien continus de la patiente jusqu'à la sortie de l'établissement ou à domicile

ELEMENT	MESURE/RECOMMANDATION
Communication/ Assistance	• Le prestataire qualifié devra prendre soin de la patiente au moins toutes les heures et : – Se concentrer sur la patiente ; dépister des indices non verbaux qui indiquent ses besoins et préférences. – L'encourager verbalement et la féliciter. – Continuer à donner des informations et la rassurer à propos de l'évolution du travail et du bien-être du bébé. – L'encourager à poser des questions et à exprimer ses sentiments. – Demander à l'accompagnant de rester avec la patiente pendant ce temps.
Liens mère-bébé	• Vérifier que la mère et le nouveau-né sont gardés ensemble autant que possible. Mettre dans la même chambre la mère et le nouveau-né. • Maintenir le contact peau-à-peau autant que possible entre la mère et le bébé. • Encourager la mère à tenir et à explorer son bébé. • Encourager la mère et la famille à câliner et à parler au bébé autant qu'elles le souhaitent. Leur laisser du temps seuls si possibles. • Aider la mère à gagner confiance en elle-même, grâce à des messages verbaux et non verbaux pour l'encourager et la féliciter. • Encourager un allaitement maternel précoce et exclusif.
Confort	• Vérifier que la patiente a un lit propre et suffisamment de couvertures pour rester au chaud. • Maintenir un environnement calme, facilitant le repos pour la patiente et la prise de contact avec son bébé ainsi que le démarrage de l'allaitement maternel.
Nutrition	• Encourager la patiente à manger et à boire, si elle le souhaite. • Encourager la patiente à allaiter sur demande et exclusivement, dès que possible après la naissance. ➡ **Si la patiente n'a pas encore décidé si elle veut allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-49**). ➡ **Si la patiente décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Utiliser un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**).
Elimination	• Encourager la patiente à vider sa vessie quand elle en a envie ou si la vessie est palpable. • Encourager la patiente à boire suffisamment et à manger une nourriture appropriée dans la culture pour éviter la constipation.
Hygiène/ prévention des infections	• Remplacer les vêtements et draps salis et mouillés. • Mettre les linges salis dans un seau, un sac en plastique ou autre récipient que l'on peut fermer pour transporter à la buanderie. • Garder les serviettes hygiéniques/linges propres contre le périnée.
Soutien pour apprendre comment être de bons parents	• Observer les comportements des parents et utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et les conseils ainsi que les autres éléments de la prestation de soins de base. • Apporter information et rassurer les parents quant au bien-être du bébé. • Les encourager à poser des questions et à partager ce qu'ils ressentent. • A nouveau, aider les parents à prendre confiance en leur faisant passer des messages verbaux et non verbaux d'encouragement et de félicitations, tels qu'appropriés.

EVALUATION DU POST-PARTUM

Antécédents (A)

Après avoir salué la patiente et son accompagnant, et en reconnaissant la présence du nouveau-né, revoir les dossiers des consultations prénatales et de l'accouchement. Si ces dossiers n'existent pas, prendre l'anamnèse de la patiente. Noter tous les résultats dans le dossier de la patiente.

➡ **Si c'est la première visite**, faire une anamnèse complète (éléments **A-1** à **A- 7**).

➡ **Si c'est une visite de retour**, une anamnèse plus courte (éléments **A-4** et **A-8**) suffira.

A-1. Information personnelle (première visite)

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi

• Quel est le **nom** de la patiente ?
• Quel est le **nom du bébé** ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Identifier la patiente,
	  • Lui montrer que le bébé est important pour vous, et
	  • Etablir le contact.
	➡ **Si la patiente n'a pas de bébé et si vous déterminez que le bébé est décédé**, voir Mort-né ou Décès du nouveau-né (**page 3-74**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation.

• Quel **âge** a-t-elle ? (date de naissance si disponible)	➡ **Si la patiente a 19 ans ou moins**, voir Adolescence (**page 3-37**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

• Quel est son **numéro de téléphone** (si disponible) ?
• Où habite-t-elle (si disponible) ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Entrer en contact avec la patiente, et
	  • Guider la formulation des préparatifs en cas de complications.

• Dispose-t-elle de moyens de **transport** fiables ? • Quelles sont les sources de **revenus/soutien financier** de la patiente/de sa famille ?	• Utiliser cette information pour guider la formulation des préparatifs en cas de complications.
• Combien de **grossesses précédentes** (geste) et **de naissances** (pare) a-t-elle eues ?	• Utiliser cette information pour individualiser les messages de santé et le counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

• A-t-elle **actuellement un problème ou autre préoccupation** sur le plan médical, obstétrical, social ou personnel ?
• A-t-elle eu des **problèmes pendant cette période du post-partum** ?
	➡ **Si OUI :**
	  • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-3**, **page 2-7**) pour évaluer la nature du problème ; et
	  • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.
	➡ **Si la patiente indique des signes ou symptômes montrés dans l'Encadré 2-27** (**page 2-90**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• A-t-elle reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) pendant cette grossesse ?	➡ **Si OUI**, pourquoi est-elle allée consulter ces sources de soins ? ➡ **Si c'est à cause d'un problème,** poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature du problème. ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème,** poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature des soins prodigués. • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

Encadré 2-27. Troubles courants de la période du post-partum

Abdomen, seins et jambes
Tranchées utérines, page 3-4

Digestion et élimination
Changements de la fonction intestinale, page 3-6

Parties génitales
Douleurs périnéales, page 3-10

Peau
Vergetures (stries de la grossesse), page 3-13

Sommeil et état mental
Fatigue ou insomnie, page 3-14
Insomnie, page 3-16
Sentiments d'insuffisance, d'inquiétude ou de crainte pendant la période du post-partum, page 3-15

Divers
Douleur du dos, page 3-18
Hémorroïdes, page 3-22
Maux de tête, page 3-21
Perte de cheveux, page 3-20

A-2. Habitudes et vie quotidienne (première visite)

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi

• Est-ce que la patiente travaille à l'extérieur? Est-ce que son **travail quotidien** est physiquement éprouvant (est-ce qu'elle doit marcher beaucoup, soulever des choses lourdes, travail physique difficile) ?
• Est-ce qu'elle **dort/se repose** suffisamment ?
• Est-ce que ses **apports alimentaires** sont adéquats (lui demander ce qu'elle mange lors d'une journée normale ou ce qu'elle a mangé ces 2 derniers jours) ?
• Est-ce qu'elle **a accouché cette dernière année** ?
• Est-ce qu'elle **allaite** actuellement un autre enfant ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Déterminer s'il existe un équilibre entre les demandes physiques de la vie quotidienne de la patiente et ses apports alimentaires ; et
	  • Individualiser le Soutien nutritionnel et autres aspects de la prestation des soins de base.

• Est-ce qu'elle fume, boit de l'alcool ou utilise d'autres **substances pouvant être nuisibles** ?	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et du counseling et autres aspects de la prestation des soins de base.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• Avec qui vit-elle (mari, partenaire, enfant, autres **membres du ménage**) ?	• Utiliser cette information pour formuler les préparatifs en cas de complications.

• Informer la patiente que vous allez lui poser quelques questions de **nature personnelle** en indiquant que **vous posez ces questions à toutes les patientes**.
  • Est-ce que quelqu'un **l'a déjà empêchée** de voir sa famille ou ses amis, **ne lui a pas permis** de quitter la maison ou **a fait des menaces contre sa** vie ?
  • Est-ce qu'elle a déjà été **blessée,** frappée ou forcée d'avoir des relations sexuelles ?
  • Est-ce qu'elle **a peur** de quelqu'un ?
	➡ **Si NON à TOUTES les questions OU si la patiente ne souhaite pas discuter de cela**, l'informer qu'elle peut en discuter avec vous à n'importe quel moment où elle le souhaite.
	➡ **Si OUI à l'UNE des questions OU si l'on soupçonne des actes de violence**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-81**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
	Note : La violence à l'égard des femmes est un problème difficile à traiter, surtout si elle n'est pas condamnée sans équivoque dans la culture en question. Si vous voulez encourager la patiente à discuter de ce problème avec vous :
	• Il faut lui garantir un caractère confidentiel absolu en posant ces questions quand elle est seule (quand aucun membre de la famille ou ami n'est présent).
	• Il faut lui indiquer bien clairement que personne ne mérite d'être frappé ou maltraité par quelqu'un et que cela ne doit jamais arriver, même si certaines personnes pensent qu'il n'y a rien de mal à cela.

A-3. Grossesse actuelle et travail/accouchement (première visite)

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• **Quand a eu lieu** la naissance ? (date et heure exactes, si possible)	• Utiliser cette information pour guider l'évaluation plus poussée et la prestation des soins—la signification clinique des résultats et les soins qui devront être dispensés à la patiente varient en fonction du temps qui s'est écoulé depuis la naissance.

• **Où** l'accouchement a-t-il eu lieu et un **prestataire qualifié** était-il présent ?	➡ **Si la patiente a accouché dans un établissement de santé avec l'assistance d'un prestataire qualifié**, poser ces questions de suivi et envisager les résultats dans le contexte de l'évaluation plus poussée :
	  • Quel prestataire/établissement de santé lui a dispensé les soins liés au travail et à l'accouchement ?
	  • Que supposaient ces soins liés au travail et à l'accouchement (par exemple : test, vaccinations, médicaments, conseils) ?
	➡ **Si patiente a accouché à la maison sans l'assistance d'un prestataire qualifié et/ou si les soins n'étaient pas adéquats**, envisager les résultats dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
	  • Etre vigilant aux signes dénotant des affections ou complications qui risquent de ne pas avoir été prises en charge de la manière indiquée pendant le travail et l'accouchement.

• A-t-elle eu **un saignement vaginal (ou une hémorragie)** pendant cette grossesse ?	➡ **Si OUI**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• A-t-elle eu des **convulsions** (**ou prééclampsie/ éclampsie**) pendant cette grossesse ou cet accouchement ?	➡ **Si OUI**, voir Complications maternelles, fœtales ou du nouveau-né lors de grossesses précédentes, travail/accouchement ou lors de la période du post-partum/néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• A-t-elle eu une des **complications** suivantes pendant cet accouchement ? : • Césarienne (ou autre chirurgie utérine) ? • Déchirures vaginales ou périnéales ? • Episiotomie ? • Défibulation ?	➡ **Si OUI**, voir Déchirures et incisions lors de la période du post-partum (**page 3-78**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Le **nouveau-né a-t-il eu des complications** pendant cet accouchement ?	➡ **If there were newborn complications during this birth**, voir Complications maternelles, fœtales ou du nouveau-né lors de grossesses précédentes, travail/accouchement ou lors de la période du post-partum/néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

A-4. Période actuelle du post-partum (chaque visite)

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• A-t-elle eu **un saignement vaginal abundant (ou une hémorragie)** pendant cette période du post-partum ?	• **Normal/variations normales :** • 1er jour du post-partum : • Quantité de saignement est analogue à règles abondantes. • Caillots sanguins plus petits que des citrons peuvent être éliminés. • 2e jour jusqu'à la 6e semaine du post-partum : • Lochies (voir **page 2-93**) • Pas de saignement ➡ **En cas de saignement abondant ; suintement de sang ; giclements intermittents de sang ou caillots plus gros que des citrons**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-103** avant de procéder avec les soins. ➡ Si la patiente n'a plus de saignement vaginal anormal mais qu'elle a eu un saignement vaginal abondant (ou une hémorragie) pendant cette période du post-partum, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi

• Quelle est la couleur et la quantité des **lochies** (pertes vaginales) ?	• **Normal/variations normales :**
	  • 1er jour du post partum: saignement analogue à des règles abondantes (voir ci-dessus).
	  • 2e au 4e jours du post-partum (environ): Lochies rouges—les pertes sont de couleur rouge vif ou brunâtres avec une odeur de chair (comme les règles)—la patiente change de serviette hygiènique toutes les 2 à 4 heures.
	  • 5e au 14e jours du post-partum (environ) : lochies roses—les pertes contiennent moins de sang et sont de couleur brunâtre-rosâtre avec une odeur de moisi.
	  • 11e jour jusqu'à la 3e ou 4e semaine du post-partum (environ) : lochies blanches—les pertes deviennent d'un blanc crémeux/jaunâtre.
	  • Les lochies peuvent durer jusqu'à la 6e semaine du post-partum.
	  • Les lochies peuvent devenir plus abondantes quand la femme devient plus active.
	➡ **Si les lochies sont maladorantes**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou Ecoulement vaginal malodorant (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.
	➡ **Si la couleur et la quantité de lochies ne se situent pas dans la fourchette normale vu le nombre de jours du post-partum qui se sont écoulés**, voir Subinvolution utérine (**page 3-80**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

• A-t-elle eu des problèmes au niveau **de la fonction de la vessie ou des instestins** depuis l'accouchement, tels que :
  • Incontinence ?
  • Pertes d'urine et de matières fécales du vagin ?
  • Brûlure à la miction ?
  • Incapable d'uriner quand l'envie s'en fait sentir ?
  • Constipation ?
	➡ **En cas d'incontinence ou de perte d'urine/matières fécales du vagin,** faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
	➡ **Si elle a des brûlures à la miction**, voir Brûlure à la miction (**page 3-47**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
	➡ **Si elle ne peut pas uriner quand l'envie s'en fait ressentir**, voir Rétention urinaire pendant le travail et la période du post-partum (**page 3-79**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
	➡ **Si elle souffre de constipation**, voir changement de la fonction intestinale—Constipation ou Diarrhée (**page 3-6**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

• Quels sont **ses sentiments** envers le bébé —Sent-elle qu'elle est en mesure de s'en occuper ?	• Utiliser cette informaiton pour guider l'individualisation du soutien aux Relations Mère-Enfant-Famille et d'autres aspects de la prestation des soins. ➡ **Si elle indique qu'elle ne sent pas à la hauteur de la tâche, qu'elle a des craintes ou inquiètudes, voir page 3-15** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si elle signale qu'elle pleure, qu'elle se sent triste ou submergé ou encore irritable,** voir Tristesse du post-partum (**page 3-69**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Quels sont les **sentiments de son partenaire/sa famille** face au bébé ?	• Utiliser cette informaiton pour guider l'individualisation du Soutien aux Relations Mère-Enfant-Famille et d'autres aspects de la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• A son avis, **l'allaitement** se déroule-t-il bien ?	➡ **Si NON**, envisager ce résultat dans le contexte d'une evaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes dénotant des problèmes au niveau des seins et de l'allaitement maternel(douleurs aux seins, mauvais positionnement du bébé). ➡ **Si la patiente n'a pas encore décidé si elle veut allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel,** voir Allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-49**). ➡ **Si la patiente décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Utiliser un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**).

A-5. Antécédents obstétricaux : Période précédente post-partum/néonatale (première visite)

Note : Si une patiente a eu des complications lors d'un post-partum précédent, cela ne veut pas dire qu'elle a forcément besoin de soins spécialisés mais il est utile de connaître les complications passées pour comprendre les préoccupations qu'elle pourra avoir. En outre, le fait de discuter de complications passées est l'occasion de souligner l'importance d'avoir un plan de préparatifs en cas de complication.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• Si ce n'est pas le premier enfant de la patiente, est-ce que **tous les enfants sont vivants** ?	➡ **Si NON**, lui demander si l'un est décédé lors du premier mois de la vie. ➡ **Si un enfant est décédé pendant le premier mois de la vie**, voir Complications maternelles, fœtales ou du nouveau-né lors de grossesses précédentes, travail/accouchement ou lors de la période du post-partum/néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Si ce n'est pas le premier enfant de la patiente, a-t-elle **allaité auparavant** ?	➡ **Si NON**, étudier les raisons l'expliquant. • Qu'est-ce qui l'a empêchée d'allaiter ? • Est-ce qu'elle a arrêté parce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Pendant combien de temps a-t-elle allaité ses autres enfants ? • Est-ce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si elle a eu des problèmes à allaiter par le passé**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes dénotant des problèmes au niveau des seins et de l'allaitement maternel (douleurs aux seins, mauvais positionnement du bébé). • Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et du counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• Si ce n'est pas le premier accouchement de la patiente, a-t-elle eu des convulsions (**pré-éclampsie, éclampsie**) lors de périodes précédentes du post-partum ?	➡ **Si OUI**, envisager ce résultat dans le contexte d'une **é**valuation plus poussée : • Etre vigilant aux signes de pré-éclampsie/éclampsie (tension artérielle élevée, protéinurie, maux de tête/vision floue).
• Si ce n'est pas le premier accouchement de la patiente, a-t-elle eu **un saignementvaginal** (hémorragie) lors de périodes précédentes du post-partum ?	➡ **Si OUI**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant au saignement vaginal.
• Si ce n'est pas le premier accouchement de la patiente, a-t-elle eu une **dépression/psychose** lors de périodes précédentes du post-partum ?	➡ **Si elle a déjà souffert de psychose/dépression du post-partum**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes de la dépression/psychose du post-partum (grave anxiété ou dépression qui dure plus de 2 semaines, souhait de nuire ou incapable de s'occuper d'elle-même ou de son bébé, hallucinations ou délire).

A-6. Antécédents/plans contraceptifs (première visite)

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• Combien **d'enfants** souhaite-t-elle en plus ?	• Utiliser cette information pour individualiser la planification familiale et autres aspects des soins de base.
• Utilisait-elle auparavant une **méthode de planification familiale** ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle était la méthode ou quelles étaient les méthodes de planification familiale qu'elle utilisait ? • Si une méthode : est-ce que cette méthode lui convenait ? Pourquoi/Pourquoi pas ? • Si plus d'une méthode : laquelle préférait-elle ? Laquelle aimait-elle le moins ? Pourquoi ? • Utiliser cette information pour individualiser la planification familiale et autres aspects des soins de base.
• Est-ce qu'elle a l'intention d'utiliser une **méthode de planification familiale** ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle méthode souhaite-t-elle utiliser ? • Est-ce qu'elle souhaite recevoir une information sur d'autres méthodes ? • Utiliser cette information pour individualiser la planification familiale et autres aspects des soins de base.

A-7. Antécédents médicaux (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce que la patiente a des **allergies** ?	➡ **Si OUI**, éviter d'utiliser les allergènes connus.
• Est-ce que **l'infection à VIH** a été diagnostiquée récemment chez la patiente indiquant qu'elle est séropositive ?	➡ **Si OUI**, voir VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que **l'anémie** a été diagnostiquée récemment (ces 3 derniers mois) ?	➡ **Si OUI**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que la **syphilis** a été diagnostiquée chez la patiente ?	➡ **Si OUI**, voir Syphilis (**page 3-76**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce qu'un diagnostic a été porté sur l'une des affections suivantes chez la patiente: **hépatite, tuberculose, maladie cardiaque, maladie rénale, drépanocyte, diabète, goitre ou autre maladie chronique grave** ?	➡ **Si OUI**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
• A-t-elle déjà eu des **hospitalisations ou interventions chirurgicales** ?	➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Quelle était la raison à l'hospitalisation ou à l'intervention chirurgicale ? • Quand était-ce ? • Quel était le résultat/dénouement ? ➡ **Si l'affection est toujours présente ou si elle risque de compliquer la grossesse ou l'accouchement**, tenir compte de cette information dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
• Prend-elle des **médicaments**—dont des préparations traditionnelles/locales, des remèdes à base d'herbes, des médicaments pouvant être achetés sans ordonnance, des vitamines et des suppléments alimentaires ?	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et du counseling et autres aspects de la prestation des soins de base.
• Est-ce qu'elle a reçu la série complète des cinq vaccinations **antitétaniques** ? • Est-ce qu'elle a eu un **rappel** il y a moins de 10 ans ?	• Utiliser cette information pour voir si la patiente a besoin d'une vaccination antitétanique en fonction du calendrier recommandé pour la vaccination antitétanique (**Tableau 2-3, page 2-36**). ➡ **Si NON à l'UNE ou l'AUTRE des questions OU si la patiente n'a pas de carnet de vaccinations**, procéder en fonction du calendrier recommandé pour la vaccination antitétanique (**Tableau 2-3, page 2-36**).

A-8. Antécédents intérimaires (visites de retour)

Note : Les questions ci-après, conjuguées à celles de **A-3**, constituent l'ensemble minimal de questions qu'il faudrait poser à une patiente à la visite de retour. Une anamnèse supplémentaire est parfois nécessaire en fonction des besoins individuels de la patiente.

Question	Utilisation de l'information/Mesure de suivi
• A-t-elle **actuellement un problème ou autre préoccupation** sur le plan médical, obstétrical, social ou personnel ? • A-t-elle eu des **problèmes (ou des changements importants)** depuis la dernière visite ?	➡ **Si OUI :** • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-3**, **page 2-7**) pour évaluer la nature du problème ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée. ➡ **Si la patiente indique des signes ou symptômes montrés dans l'Encadré 2-27** (**page 2-90**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. • Utiliser cette information pour déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.
• A-t-elle reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) pendant cette grossesse depuis la dernière visite ?	➡ **Si OUI**, pourquoi est-elle allée consulter ces sources de soins ? ➡ **Si c'est à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature du problème. ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème,** poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-3, page 2-7**) pour évaluer la nature des soins prodigués. • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

• Y a-t-il eu un **changement dans l'information personnelle de la patiente** (numéro de téléphone, adresse, etc.) depuis la visite ?
• Y a-t-il eu un **changement dans ses habitudes quotidiennes ou son style de vie** (charge de travail plus lourde, moins de repos/sommeil ou moins d'apports alimentaires) depuis la dernière visite ?
• Y a-t-il eu un **changement dans ses antécédents médicaux** depuis la dernière visite ? Par exemple, nouveau ou récent :
  • Diagnostic
  • Blessures
  • Hospitalisations
  • Médicaments
	• Utiliser cette information pour:
	  • Mettre à jour les dossiers médicaux de la patiente, et
	  • Déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.
	Rappel : Les questions de l'élément **A-4** (période du post-partum actuelle) devraient être posées lors de chaque consultation du post-partum.

• Etait-elle **incapable d'exécuter une partie, quelle qu'elle soit, du plan de soins** (par exemple, prise de médicaments tels que prescrits, suivre les recommandations alimentaires) ? • Est-ce qu'elle a eu des **réactions ou effets secondaires** aux vaccinations ou médicaments donnés lors de la dernière visite ?	➡ **Si OUI à l'UNE ou l'AUTRE question :** • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée. • Utiliser cette information pour déterminer les changements qui devront être portés au plan actuel de soins.

Examen physique (EP)

Lorsqu'on a terminé de prendre l'anamnèse de la patiente, on peut faire l'examen physique. Noter tous les résultats dans le dossier de la patiente. Que ce soit **la première visite** ou une **visite de retour,** faire un examen physique complet (éléments **EP-1** jusqu'à **EP-6**).

EP-1. Evaluation du bien-être général (chaque visite)

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Démarche et mouvements **Expression du visage** **Comportement**	• La patiente **marche** sans boiter. • Sa **démarche et ses mouvements** sont stables et bien espacés. • **Son visage a une expression** alerte et pourtant calme. • Son **comportement** est approprié à sa culture.	➡ **Si les résultats n'entrent pas dans la fourchette normale,** poser ces questions de suivi : • Est-ce qu'elle n'a pas mangé ni bu depuis longtemps ? • Est-ce qu'elle prend des médicaments, herbes, etc. ? • Est-ce qu'elle a eu une blessure ? ➡ **Si OUI à l'UNE des questions susmentionnées**, tenir compte des résultats pendant l'évaluation plus poussée et lorsqu'on planifie/dispense les soins. ➡ **Si NON à TOUTES les questions susmentionnées :** • Poser les questions générales de suivi pour évaluer la nature du problème (**Encadré 2-3, page 2-7**) ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte d'une évaluation plus poussée.
Propreté générale	• La patiente a l'air propre (pas de saleté visible, pas d'odeur).	➡ **Si la patiente ne semble pas propre,** en tenir compte en individualisant les messages de santé et le counseling et autres aspects de la prestation des soins de base. ➡ **En de mauvaise odeur**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée (examen vaginal) : • Etre vigilant aux autres signes d'infection (lochies maladorantes, fièvre).
Peau	• Pas de lésions ni d'hématomes sur la peau de la patiente.	➡ **Si on observe des lésions et hématomes sur la peau de la patiente OU si l'on soupçonne des actes de violence**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-81**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si l'on note des lésions et hématomes sur la peau de la patiente ET qu'on ne soupçonne pas un acte de violence**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
Conjonctive (muqueuse à l'intérieur des paupières)	• La conjonctive de la patiente est de couleur rose (pas blanche ni rose très pâle).	➡ **Si la conjonctive semble blanche ou très pâle plutôt que rose**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

EP-2. Signes vitaux (chaque visite)

- Demander à la patiente de rester assise ou de se coucher les genoux légèrement repliés et s'asurer qu'elle est à l'aise et détendue.
- Pendant que l'on prend sa température, mesurer sa tension artérielle (TA) et contrôler son pouls.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Tension artérielle	• TA systolique (chiffre du haut) est de 90–140 mmHg, et • TA diastolique (chiffre du bas) est de moins de 90 mmHg.	➡ **Si la TA systolique est inférieure à 90 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—Réaliser une évaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est d'entre 90 et 110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !—voir Céphalées prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée (**page 3-109**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la TA diastolique est supérieure à 110 mmHg**, AGIR MAINTENANT !— Réaliser une évaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins.
Température	• Température inférieure à 38°C.	➡ **Si la température est de 38°C ou plus**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou écoulement vaginal malodorant (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.
Pouls	• Pouls de 90–110 battements par minute.	➡ **Si le pouls est inférieur à 90 ou 110 battements par minute ou plus**, AGIR MAINTENANT !—réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins.

EP-3. Inspection visuelle des seins (chaque visite)

- Aider la patiente à se préparer pour un examen supplémentaire (suivre les étapes de l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**]).
- Demander à la patiente de se déshabiller (haut du corps).
- Lui demander de mettre les bras des deux côtés.
- Inspecter visuellement l'apparence générale des seins de la patiente, les contours, la peau et les mamelons ; noter toute anormalité.
- Palper les seins en notant toute anormalité.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Inspection des seins (Contours et peau)	• Les contours sont réguliers, sans capiton cutané ou grosseurs visibles.
	• La peau est lisse, sans plissement, squamosité, épaississement, rougeurs ; et pas de lésions, blessures ou éruptions.
	• **Variations normales :**
	  • Si elle allaite, les seins auront l'air nodulaire ou irrégulier suivant que les canaux sont vides ou non.
	  • Les seins peuvent être plus grands et plus sensibles qu'à l'accoutumé.
	  • Les veines peuvent être plus grandes et plus foncées, plus visibles en dessous de la peau.
	  • Les aréoles peuvent être plus grandes et plus foncées qu'à l'accoutumé, avec de petites bosses.
		➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Palpation des seins	• Mous et non sensibles.
	• Pas de zone localisée rouge ou chaude ou alors extrêment sensible.
	• **Variations normales :**
	  • Si elle allaite, les seins semblent nodulaires ou irréguliers suivant que les canaux sont vides ou non.
	  • Du 2e au 4e jour, les seins peuvent devenir gonflés, durs et tendus. Cela disparaît généralement en l'espace de 24 à 48 heures.
		➡ **S'il existe une zone localisée qui est enflée, dure et tendue ou une zone rouge, chaude et sensible**, voir problèmes au niveau des seins et à l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Mamelons	• Pas d'écoulement anormal des mamelons.
	  • Pas de pus qui s'écoule des mamelons.
	  • Seul le colostrum (le 1er et le 2e jour du postpartum) ou du lait s'écoule des mamelons.
	• Pas de craquelures, fissures ou autres lésions.
	• Les mamelons ne sont pas rentrés.
	• **Variations normales :**
	  • Les mamelons risquent d'être rigides et brilliants quand les seins sont engorgés (du 2e au 4e jour du post-partum).
	  • Les mamelons risquent d'être douloureux.
		➡ **En cas d'écoulement anormal des mamelons ou de craquelures, fissures ou autres lésions**, voir Problèmes au niveau des seins et de l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
		➡ **Si les mamelons semblent rentrés**, faire un test pour voir s'ils sont protractiles (**Encadré 2-8, page 2-18**).
		  ➡ **Si les mamelons sont rentrés**, faire attention aux problèmes possibles d'allaitement maternel (problèmes pour positionner l'enfant au sein, problèmes de tétée/succion).

EP-4. Examen abdominal (chaque visite)

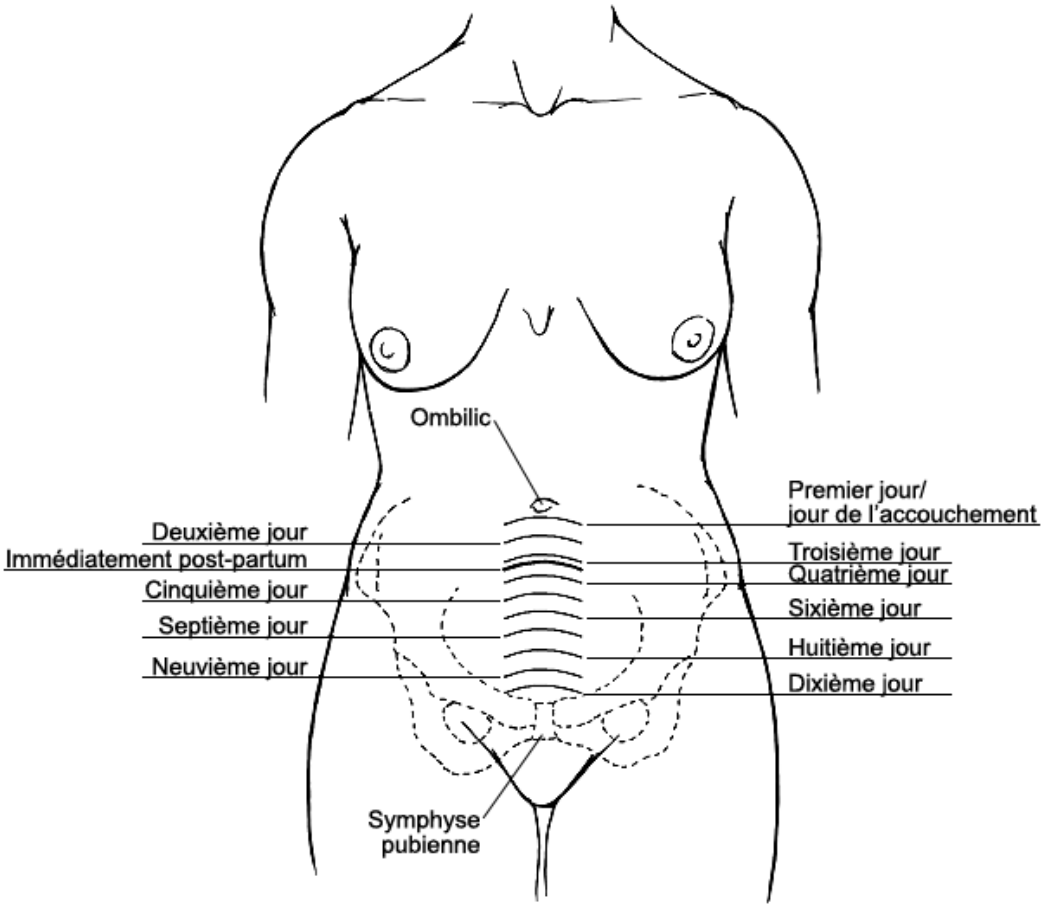
- Si ce n'est déjà fait, aider la patiente à se préparer pour un autre examen (suivre les étapes indiquées à **l'Encadré 2-7 [page 2-17]**).
- Demander à la patiente de bien vouloir dégager son abdomen.
- Lui demander de s'allonger sur le dos avec les genoux légèrement repliés.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Surface de l'abdomen	• Pa d'incision (sutures) d'une césarienne, d'une rupture de l'utérus ou autre chirurgie de l'utérus pendant le présent accouchement (opposés à de vielles cicatrices) sur la surface de l'abdomen.	➡ **S'il existe une incision (suture) d'une césarienne, rupture de l'utéris ou autre chirurgie de l'utérus pendant le présent accouchement**, voir Déchirures et Incisions lors de la Période du post-partum (**page 3-78**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Utérus/ involution	• L'utérus est ferme.
	• L'utérus n'est pas sensible.
	• La hauteur utérine diminue d'un centimètre chaque jour pendant les 9–10 premiers jours du post-partum (voir également **Diagramme 2-20** [**page 2-102**]).
	  ◦ Immédiatement après le 3e stade du travail, l'utérus est généralement de la largeur d'un doigt en dessous de l'ombilic.
	  ◦ 24 heures après la naissance, l'utérus peut être au niveau de l'ombilic ou légèrement au-dessus de l'ombilic.
	  ◦ A six jours du postpartum, l'utérus est environ au milieu entre l'ombilic et la symphyse pubienne.
	  ◦ A six semaines du post-partum, l'utérus ne peut plus être palpé à travers la paroi abdominale.
	• **Variation normale :**
	  ◦ L'involution peut être plus lente chez des femmes multipares ou suivant de multiples grossesses, polyhydramnios, la naissance d'un gros bébé ou une infection.
	  ◦ Le rythme de l'involution (diminution de la taille de l'utérus) varie d'une femme à l'autre mais il n'en reste pas moins que la taille doit diminuer progressivement.
		➡ **Si l'utérus est très sensible,** AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-80**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si l'utérus a augmenté de taille ou n'a pas diminué de taille depuis la dernière visite, voir** Subinvolution utérine (**page 3-80**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Vessie **Note** : Palper juste au-dessus de la symphyse pubienne.	• La vessie n'est pas palpable. • La patiente peut uriner quand l'envie s'en fait sentir.	➡ **Si la vessie n'est pas palpable et si la patiente ne peut pas uriner quand l'envie s'en fait ressentir**, voir Rétention urinaire pendant le travail et la période du post-partum (**page 3-79**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Diagramme 2-20. Hauteur utérine lors du post-partum : Involution



EP-5. Examen des jambes (chaque visite)

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Mollet	• Douleurs dans le mollet quand le pied est en flexion.	➡ **En cas de douleurs dans le mollet**, AGIR MAINTENANT !—voir Douleurs dans le mollet (**page 3-119**) avant de procéder avec les soins.

EP-6. Examen génital (chaque visite)

- Si ce ne n'est pas encore fait, aider la patiente à se préparer pour l'examen ultérieur (suivant les étapes indiquées à l'**Encadré 2-7** [**page 2-17**]).
- Faire un examen génital/vaginal (**Encadré 2-12, page 2-23**).
- Après l'examen, suivre les Etapes post-examen (**Encadré 2-13, page 2-25**).

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Apparence générale (ouverture vaginale, peau, lèvres)	• Rien ne fait saillie du vagin • Il n'y a pas d'urine ou de selles qui sortent du vagin • Aucune partie n'est enflée • Pas d'incision (sutures) provenant de déchirures, d'épisiotomie ou de défibulation • Pas de lésions, ulcération, verrues ou poux sur la peau génitale. • Les lèvres sont molles et ne sont pas douloureuses.	➡ **Si un enflement de couleur mauve apparaît à la vulve ou fait saillie du vagin**, AGIR MAINTENANT !—facilitater référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **S'il y a une incision (sutures)**, voir Déchirures et Incisions pendant la période du post-partum (**page 3-78**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si d'autres résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder avec les soins de base.

Lochies (couleur et quantité)	• 1er jour du post-partum : lochies rouge vif (voir Saignement vaginal, ci-après).
	• Du 2e au 4e jour du post-partum (environ) : lochies rouges—les pertes sont d'un rouge foncé ou d'une couleur brunâtre avec une odeur de chair (analogue à l'odeur des règles)—la patiente change de serviette hygiènique toutes les 2 à 4 heures.
	• Du 5e au 14e jour du post-partum (environ): lochies roses—les pertes ont moins de sang et sont d'une couleur brunâtre-rosâtre avec une odeur de moisi.
	• 11e jour jusqu'au 3e ou 4e semaine du post-partum : lochies blanches—les pertes prennent une couleur blanche crème.
	• **Variations normales :**
	  ◦ Les lochies peuvent durer jusqu'à 6 semaines du post-partum.
	  ◦ La quantité des lochies peut augmenter si la femme devient plus active.
		➡ **Si les lochies sont maladorantes**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou pertes vaginales maladorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si les lochies rouges durent pendant deux semaines ou plus**, voir Subinvolution utérine (**page 3-80**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Saignement vaginal	• 1er jour du post-partum: Quantité de saignement est analogue à règles abondantes.
	• 2e jour jusqu'à la 6e semaine du post-partum :
	  • Lochies (voir **Lochies** ci-dessus)
	  • Pas de saignement
	• **Variations normales :** caillots sanguins plus petits que des citrons peuvent être éliminés.
		➡ **En cas de saignement abondant ; suintement régulier ou giclement intermittent ou caillots plus gros que des citrons**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-105**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **Si la patiente n'a plus de saignement vaginal anormal mais qu'elle a eu des saignements vaginaux abondants (ou une hémorragie du post-partum) pendant cette période du post-partum**, voir Anémie (**page 3-41**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Périnée	• Pas de douleur/sensibilité localisée ni enflement persistant.
	• Pas d'urine ni selles s'écoulant de l'ouverture vaginale.
	• Pas d'incision (sutures) provenant d'une déchirure, d'une épisiotomie ou défibulation.
	• **Variations normales :**
	  ➡ **Si la patiente signale un périnée légèrement sensible**, voir **page 3-10** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
	  • En cas d'accouchement eutocique, l'enflement ou troubles courants peuvent durer jusqu'à 3 ou 4 jour du post-partum.
	  • Le périnée mettra plus de temps à guérir en cas d'efforts prolongés de poussée, d'épisiotomie ou de déchirure ou encore de traumatisme d'instruments lors de l'accouchement.
		➡ **Si le périnée est très sensible,** AGIR MAINTENANT !—voir Pus, Rougeurs, ou Ecartement des berges de la suture périnéale ; Pus ou drainage d'une déchirure non réfectée ou vives douleurs d'une déchirure ou épisiotomie (**page 3-119**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **En cas d'incision (sutures) ou déchirures**, voir Déchirures et Incisions pendant la période du post-partum (**page 3-78**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
		➡ **En cas d'incontinence ou perte d'urine ou de matières fécales du vagin**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Observation mère/nouveau-né

- Pour l'évaluation de l'allaitment, voir **page 2-131**.
- Pour l'évaluation des liens mère-enfant, voir **page 2-133**.

Test (T)

Une fois terminé l'examen physique, passer au test. Ne pas oublier de noter tous les résultats dans le dossier de la patiente.

➧ **Si c'est la première visite ou une visite de suivi**, faire le test de dépistage du VIH si la patiente ne s'est pas encore soumise ce test et si elle accepte de le passer (voir **Note**, ci-après).

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
T-1. VIH (Voir **Note** [ci-après].)	• Négatif	➧ **Si le test de dépistage du VIH est positif**, voir VIH (**page 3-51**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. **Note** : **Toujours suivre les directives nationales pour le test de dépistage du VIH.** En général : • Si le test de dépistage du VIH est positif, refaire le test avec un type/préparation différent(e) du test. • Si le second test est positif, voir VIH (**page 3-51**). • Si le second test est négatif, faire un troisième test si les résultats sont différents. • Si le troisième est positif, voir VIH (**page 3-51**). • Si le troisième test est négatif, informer la patiente qu'elle est séronégative lors du counseling post-test (**page 2-35**).

Note : On indiquera à la patiente que le test de dépistage du VIH est recommandé pour toutes les femmes en âge de procréer mais qu'elle peut refuser de se soumettre à ce test si elle le souhaite. Ne pas oublier de lui proposer à nouveau de passer le test de dépistage lors des visites ultérieures si elle refuse cette fois-ci. En effet, une patiente qui ne veut pas se soumettre au test pendant la première visite pourrait changer d'avis et décider de passer le test de dépistage une fois qu'elle a reçu un counseling, a envisagé les avantages du test et/ou discuté du test avec son partenaire.

SOINS DU POST-PARTUM

S-1. Allaitement maternel et soins des seins

Note : Si la femme est séronégative-VIH, on l'encouragera fortement à pratiquer un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie du bébé. Les messages de santé et le counseling suivants seront donnés à toutes les femmes lors de la période du post-partum à moins qu'elles ne soient séropositives ou font savoir qu'elles ne souhaitent pas allaiter.

En s'inspirant des antécédents de la femme en matière d'allaitement et autres informations collectées lors des discussions ou autres résultats, individualiser les messages clés ci-après.

S-1.1. Directives pour l'allaitement maternel

- La mère doit allaiter son bébé **exclusivement** pendant les 6 premiers mois de la vie. Cela veut dire que le bébé ne recevra rien d'autre à manger ou à boire**—**ni eau, ni jus de fruit, ni lait commercial ou riz.
- Le bébé recevra le sein chaque fois qu'il le souhaite, jour et nuit, **(sur demande)—**probablement toutes les 2 à 3 heures (soit 8 à 12 fois pendant 24 heures) pendant les premières semaines de la vie.
- Pour s'assurer que le bébé reçoit suffisamment à manger, la mère notera le nombre de mictions du bébé : celui-ci doit uriner au moins 6 fois par jour lors des 2 à 7 premiers jours après la naissance, cela indiquant un apport adéquat.

S-1.2. Conseils supplémentaires pour la mère

- La mère allaite dans des **positions qui sont confortables et qui favorisent un allaitement réussi et efficace**. (Pour des informations supplémentaires à propos du positionnement, de la manière de tenir le bébé, de l'attachement au sein, voir Soutien à l'allaitement maternel [**page 4-49**]).
- Elle devrait essayer dans la mesure du possible **d'utiliser les deux seins** lors de chaque tétée. Il ne faut pas restreindre le temps que passe le bébé à téter à chaque sein. Au contraire, il faut le laisser téter aussi longtemps qu'il le souhaite et ensuite lui donner l'autre sein.
- Une mère qui allaite doit **bien se reposer et dormir suffisamment**. Le bébé se réveillant la nuit pour manger, il est normal que la mère soit fatiguée pendant la journée. Aussi, est-il bon qu'elle fasse la sieste et se repose chaque fois que le bébé dort.
- La mère qui allaite a **besoin de manger et de boire davantage**. Elle doit boire au moins un verre de liquide chaque fois que le bébé tète et consommer l'équivalent d'un repas en plus chaque jour.

S-1.3. Soins des seins

- Pour éviter l'engorgement, allaiter au moins toutes les 2 à 3 heures sur demande (y compris la nuit) et utiliser les deux seins lors de chaque tétée.
- Porter un soutien-gorge en coton ou support de sein qui ne soit pas trop serré.
- Garder les mamelons propres et secs.
- Laver les mamelons avec un linge propre et seulement avec de l'eau tiède, sans savon. Laver pas plus d'une fois par jour.
- Après avoir allaité ou avoir lavé les mamelons, laisser un peu de lait maternel sur les mamelons et les laisser sécher en les exposant à l'air.

Note : Pour de plus amples informations sur des thèmes connexes, voir la page indiqué : avantages de l'allaitement maternel pour la mère et le nouveau-né, **page 2-33** ; principes généraux de l'allaitement précoce et exclusif, **page 2-33** ; positionnement correct et attachement correct, **page 4-49**.

S-2. Plan de préparatifs en cas de complication

Conseiller à la patiente et à sa famille d'appliquer le plan de préparatifs en cas de complication si l'un des signes de danger indiqués à l'**Encadré 2-28** (ci-après) se présente.

- **Aussi rapidement que possible après la naissance** : Revoir le plan de préparatifs en cas de complications, le mettre à jour pour refléter les besoins du post-partum/besoins du bébé. Si la patiente et sa famille n'ont pas encore formulé un plan de préparatifs en cas de complication, les aider à le faire en s'inspirant des directives indiquées à la **page 2-28**.
- Lors de chaque **visite de suivi**, revoir le plan et le mettre à jour :
  - Quels sont les dispositions qui ont été prises depuis la dernière visite ?
  - Est-ce que quelque chose a changé ?
  - S'est-on heurté à certains obstacles ou problèmes ?

Encadré 2-28. Signes de danger lors de la période néonatale/post-partum

Signes de danger de la mère :

- Saignement vaginal
- Difficultés respiratoires
- Fièvre (sentiment de chaleur)
- Vives douleurs abdominales
- Céphalées prononcées/vision floue
- Convulsions/perte de connaissance
- Pertes vaginales malodorantes du vagin
- Douleurs au mollet, avec ou sans enflement
- Expression/comportement indiquant qu'elle risque de se nuire à elle-même ou de nuire au bébé ou hallucinations

Signes de danger du nouveau-né :

- Difficultés respiratoires
- Convulsions, spasmes, perte de connaissance ou dos arqué (opisthotonos)
- Cyanose (couleur bleuâtre)
- Chaud au toucher/fièvre
- Saignement
- Jaunisse (couleur jaune)
- Pâleur
- Diarrhée
- Vomissements persistants ou distension abdominale
- A du mal à téter (difficultés à manger)
- Pus ou rougeur de l'ombilic, des yeux ou de la peau
- Membre ou articulation enflé
- Flasque
- Léthargie

S-3. Soutien pour les relations mère-bébé-famille

Dès que possible après la naissance, discuter des questions suivantes avec la mère, et si cette dernière le souhaite, avec son partenaire, sa famille ou autres personnes qui prennent des décisions dans sa vie. Lors de chaque visite de suivi, juger si la famille soutient la mère lors de ces premiers temps du post-partum et s'occupent du bébé.

Liens

- Encourager la famille à toucher et à tenir le bébé autant que souhaité.
- Encourager le fait de mettre ensemble dans la même pièce la mère et son nouveau-né.

Difficultés

- Aider la famille à reconnaître les difficultés/obstacles qu'ils risquent de rencontrer surtout lors de la période immédiate du post-partum/néonatale :
  - Mère qui doit se reposer davantage (et qui doit manger et boire davantage si elle allaite).
  - Sucroît de travail et moins de temps/énergie pour d'autres choses, d'autres enfants et d'autres tâches ménagères.

Soutien

- Aider la famille à concevoir des stratégies pour venir à bout de ces obstacles, par exemple demander à quelqu'un d'autre de s'occuper du nouveau-né quand la mère a besoin de se reposer.

Information

- Non seulement, faut-il procéder aux préparatifs en cas de complication mais il faut aussi :
  - Discuter de manière claire et attentive des aspects fondamentaux des soins du nouveau-né (tel qu'indiqué au **Chapitre 8, page 2-135**) et des soins du post-partum.
  - Encourager la mère/le partenaire/la famille à poser des questions et à faire connaître leurs préoccupations.
  - Répéter les explications s'ils le souhaitent.

Encourager et féliciter

- Aider la mère à prendre confiance en lui communiquant divers messages verbaux et non verbaux.
- Assurer à la mère qu'elle est capble de s'occuper de son nouveau-né.

S-4. Planification familiale

- Introduire les concepts de l'espacement des naissances et de la planification familiale.
  - Des intervalles génésiques d'au moins 3 ans comportent des avantages pour la santé de la mère et du bébé. En effet, un bon espacement des naissances diminue le risque de :
    - Mortalité maternelle
    - Anémie (femme)
    - Rupture précoce des membranes (femme)
    - Endométrite du post-partum (femme)
    - Malnutrition (femme)
    - Décès fœtal
    - Naissance prématurée
    - Bébé petit pour l'âge gestationnel
    - Décès du nouveau-né
    - Retard de croissance utérine avec insuffisance pondérale à la naissance
- Discuter de l'utilisation contraceptive passée de la patiente: quelles sont ses opinions et préférences à ce sujet ?
- En s'inspirant des antécédents de la femme et des informations collectées lors de la discussion ainsi que d'autres résultats, individualiser les messages clés suivants :
  - Les femmes qui n'allaitent pas peuvent à nouveau tomber enceintes très rapidement. En règle générale, pour les femmes qui n'allaitent :
    - Le retour des couches a lieu après 6 à 8 semaines, et
    - Ovulation à la 11e semaine (parfois plus tôt).
  - Les femmes qui pratiquent **l'allaitement exclusif** seront protégées contre la grossesse pendant 4 à 6 mois puisque l'allaitement maternel inhibe l'ovulation (c'est ce qu'on appelle la méthode MAMA, méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée). En règle générale, pour les femmes qui allaitent :
    - Le retour des couches a lieu à sept mois et demi (7,5) ou à 8 mois, suivant la fréquence et l'intensité de l'allaitement.
    - L'ovulation a lieu le 4e ou 5e mois si elles allaitent pendant 3 mois et au 7e mois si elles allaitent pendant 6 mois.

      ➡ **Si la femme continue à se fier à la méthode MAMA pour éviter une grossesse pendant la période du post-partum**, lui donner des conseils sur d'autres aspects importants à envisager dont il est question à l'**Encadré 2-29** (ci-après).
  - Certaines femmes peuvent ovuler et même tomber enceintes, dès le 35e jour suivant l'accouchement.
  - Un grand nombre de femmes lors du post-partum ovuleront avant d'avoir leur retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après l'accouchement. Une fois qu'est revenue l'ovulation, une femme peut tomber enceinte. Cela veut dire **qu'une femme peut tomber enceinte même si elle n'a pas encore eu ses règles**.

Encadré 2-29. Aspects importants dont devraient tenir compte les femmes qui utilisent la méthode MAMA

- Le risque d'ovulation et de tomber enceinte est plus élevé si le bébé reçoit des liquides et aliments autres que le lait maternel.
- Envisager d'utiliser une autre méthode de planification familiale quand les tétées du bébé deviennent moins fréquentes ou sont de quantité moindre ou lorsqu'on commence à ajouter d'autres aliments.
- Ne pas arrêter l'allaitement maternel uniquement pour commencer à utiliser une méthode contraceptive.

- Discuter des avantages et limitations des différentes méthodes dont la méthode MAMA et la protection double avec les préservatifs.
- L'informer de la disponibilité de services et de méthodes de planification familiale.
- Si la femme souhaite commencer ou recommencer à utiliser une méthode de planification familiale, l'aider à choisir une méthode contraceptive qui réponde le mieux à ses besoins.

(Pour de plus amples informations sur la Contraception du post-partum, voir **page 4-55**.)

S-5. Conseils nutritionnels

En fonction des antécédents sur le plan nutrition, des ressources dont dispose la patiente et sa famille et toute autre discussion ou tout autre résultat pertinent, individualiser les messages nutritionnels clés donnés ci-après.

Toutes les femmes devraient :

Manger une variété d'aliments chaque jour. Pour de plus amples informations sur les conseils nutritionnels pour toutes les femmes, voir **page 2-27**.

Les femmes qui allaitent devraient également :

- Manger au moins **deux** portions en plus de l'aliment de base, par jour, pour recevoir les 300–500 calories en plus dont elles ont besoin.
- Manger au moins **trois** portions en plus d'aliments riches en calcim (légumes avec feuilles de couleur vert foncé, riz, tofu, saumon/sardines ou lait/produits laitiers) pour recevoir les 1200 mg de calcium supplémentaire dont elles ont besoin.
- Boire au moins 8 verres de liquide (2 litres) par jour, en buvant un verre chaque fois qu'elle allaite pour s'assurer qu'elle reçoit tous les liquides dont elle a besoin.
- Boire des liquides variés : lait, eau et jus de fruit.
- Manger des repas plus petits et plus fréquents si elle est incapable de manger des quantités plus grandes en un nombre moindre de repas.
- Eviter la consommation d'alcool et de tabac car ils peuvent diminuer la production de lait.
- Prendre des suppléments de micronutriments tel qu'indiqué.
- Essayer de diminuer la charge de travail trop dur et éprouvant et de se reposer davantage.

S-6. Auto-soins et autres pratiques saines

Individualiser les messages de santé et le counseling sur les thèmes présentés ci-après en fonction des antécédents de la femme et autres discussions ou résultats pertinents.

Si certains thèmes doivent être traités dès la première occasion, d'autres par contre—tels que l'aide pour l'allaitement maternel et les aspects fondamentaux des soins du nouveau-né—peuvent être inclus selon le besoin individuel. Il est bon en principe que le partenaire de la femme soit présent lors de ces discussions.

Note : Les patientes qui ont des **troubles courants** de la période du post-partum ont besoin de soins supplémentaires, surtout des messages de santé et des conseils. Le **Chapitre 9** (**page 3-1**) donne des informations sur les soins supplémentaires pour les femmes avec des troubles courants.

S-6.1. Prévention des infections/hygiène

On donnera les conseils suivants à la femme lors du post-partum pour qu'elle suive une bonne hygiène en général (**page 2-31**) :

- Lors de la période du post-partum, une femme est davantage vulnérable à l'infection et elle devrait donc prendre toutes les précautions nécessaires pour assurer une **bonne hygiène des parties génitales,** notamment :
  - Garder la partie de la vulve et du vagin aussi propre et sec que possible.
  - Se laver les mains avant et après avoir lavé les parties génitales.
  - Utiliser un gant de toilette propre pour laver les parties génitales et une autre serviette pour sécher.
  - Laver les parties génitales avec de l'eau et du savon après avoir été aux toilettes.
  - Laver/essuyer les parties génitales en partant de l'avant vers l'arrière, commençant par la vulve et en terminant par l'anus.

Note : Avant l'utilisation, tout bassin ou baignoire sabot devrait être :
- Rincée avec une solution chlorée ;
- Lavée avec du savon ; et
- Rincée avec de l'eau.

  - Changer les serviettes ou bandes hygièniques ou linges au moins 6 fois par jour pendant la première semaine et au moins deux fois par jour par la suite. (Les bandes peuvent être réutilisées si elles sont lavées attentivement, bouillies et séchées au soleil.)
  - Porter des sous-vêtements en coton qui sont suffisamment amples. **Eviter** les sous-vêtements en nylon et les collants.
- **Eviter** les douches vaginales, les rapports sexuels et ne pas insérer de tampons ni rien d'autre dans le vagin pendant deux semaines au moins après la naissance ou jusqu'à ce :
  - qu'il n'y ait plus de lochies rouges ou roses, et
  - que les lochies aient diminué ou cessé.

Note : Conseiller à la patiente de revenir si les lochies rouges persistent pendant plus de deux semaines ou si elles deviennent maladorantes.

S-6.2. Repos et activité

Individualiser les messages clés ci-après en fonction des antécédents de la femme et autres discussions ou résultats pertinents:

- Pendant la période du post-partum, une femme doit se reposer autant que possible pour se remettre de l'accouchement. En effet, un repos suffisant l'aidera à reprendre ses forces et à se remettre plus rapidement.
- Une femme qui allaite a besoin encore plus de repos. En effet, justement parce qu'elle allaite et que son sommeil sera interrompu la nuit, on lui conseillera de se reposer pendant la journée quand le bébé dort. Pendant la nuit, son partenaire ou un autre membre de sa famille pourra probablement s'occuper de l'enfant si elle ne l'allaite pas.
- En règle générale, on recommandait aux femmes de reprendre le travail après 6 semaines. Nombreuses sont celles qui pensent qu'elles peuvent le faire auparavant et reprendre leurs activités en 4 à 5 semaines. Chaque femme est différente. On conseillera à la femme de reprendre son train de vie normal de manière progressive et en prêtant attention aux signes que peut lui donner son corps indiquant qu'elle s'efforce de trop ou a besoin de davantage de repos.

Note : Dans la plupart des cultures, les femmes n'ont pas la permission de se reposer pendant la période du post-partum. Peut-être devrez-vous défendre leur droit et aider votre patiente à trouver des manières imaginatives pour diminuer leur charge de travail et trouver plus de temps pour se reposer.

S-6.3. Relations sexuelles et rapports sexuels moins risqués

Individualiser les messages clés ci-après en fonction des antécédents de la femme et autres discussions ou résultats pertinents:

- Une femme devrait **éviter** les rapports sexuels pendant au moins deux semaines après l'accouchement ou jusqu'à ce qu'il :
  - n'y ait plus de lochies rouges ou roses, et
  - que les lochies blanches aient diminué ou cessé.

Note : Conseiller à la patiente de revenir si les lochies rouges persistent pendant plus de 2 semaines ou si elles deviennent maladorantes.

- Par la suite, la femme pourra décider quand elle est prête à reprendre les relations sexuelles. Des déchirures qui ne sont pas entièrement guéries ainsi que le type ou la quantité de lochies risquent de rendre les rapports plus gênants. Toutefois, elle devra les éviter en présence de :
  - Saignement vaginal
  - Douleurs périnéales
- Une femme est davantage exposée au risque de contracter des infections sexuellement transmissibles—telles que le VIH, la syphilis, la gonorrhée ou l'infection à chlamydia—pendant la période du post-partum alors que le tractus génital est en train de guérir et de reprendre sa condition d'avant la grossesse.
- Des rapports sexuels moins risqués réduisent le risque de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) :
  - Le fait de s'abstenir des relations sexuelles ou d'avoir uniquement des relations avec un partenaire qui n'est pas infecté par le VIH ou les IST est la seule protection sûre.
  - Il est important d'utiliser régulièrement des préservatifs même pendant l'aménorrhée due à la lactation.
  - Il convient d'éviter toute pratique sexuelle qui augmente le risque de contracter l'infection (par exemple, rapports sexuels par voie anale, rapports à sec, etc.).

S-7. Conseils et dépistage du VIH (première visite/tel que nécessaire)

Si la patiente ne connaît pas son statut VIH ou n'a pas subi le test de dépistage du VIH, lui fournir conseils et dépistage du VIH. (Pour de plus amples informations, voir **page 2-35**.)

S-8. Vaccinations et autres mesures préventives

S-8.1. Vaccination antitétanique (TT)

Administrer la vaccination antitétanique. (Pour de plus amples informations, voir **page 2-36**.)

S-8.2. Fer/Folate

- En tant que mesure de prévention de l'anémie, prescrire 60 mg de fer + 400 mcg de folate à prendre par voie buccale une fois par jour pendant trois mois.
- Remettre suffisamment de cachets pour qu'ils durent jusqu'à la prochaine visite.

- Messages de santé et counseling :
  - Manger des aliments riches en vitamine C car ils aident le corps à absorber le fer. Les agrumes (oranges, pamplemousse, citrons verts, citrons), les tomates, les poivrons, les pommes de terre, les feuilles de manioc et les ignames sont de bonnes sources de vitamine C.
  - Eviter le thé, le café, et les boissons à noix de cola car ils inhibent l'absorption de fer.
  - Effets secondaires possibles des cachets de fer/folate : selles noires, constipation et nausée. On peut les alléger par les moyens suivants :
    - Boire plus de liquides (2 à 4 verres par jour)
    - Manger plus de fruits et de légumes
    - Faire suffisamment d'exercice physique (par exemple, marcher)
    - Prendre les cachets avec le repas le soir

Mesures préventives se rapportant spécifiquement à telle région/population

- Pour les femmes vivant dans des régions connaissant une prévalence élevée de **paludisme**, voir directives pour la prévention (**page 3-59**).
- Pour les femmes vivant dans des régions connaissant une prévalence élevée **de l'ankylostomiase**, voir directives pour la prévention (**page 3-58**).
- Pour les femmes vivant dans des régions connaissant une prévalence élevée **d'avitaminose A**, voir directives pour une supplémentation complémentaire (**page 3-62**).
- Pour les femmes vivant dans des régions connaissant une prévalence de **carence iodée**, voir les directives pour une supplémentation complémentaire (**page 3-61**).

CHAPITRE HUIT

SOINS DU NOUVEAU-NE

VUE GENERALE

Après le bilan rapide du nouveau-né (**Annexe 6, page 4-65**), la visite de soins du nouveau-né sera réalisée en fonction des directives indiquées au **Chapitre 4** (**page 2-1**) et du calendrier donné ci-après (**Tableau 2-15**).

Tableau 2-15. Calendrier et vue générale des soins du nouveau-né

COMPOSANTES/ELEMENTS	1E VISITE	VISITES ULTERIEURES
EVALUATION		
Evaluation continue, page 2-114	Jusqu'à 6 heures après la naissance	–
Antécédents		
A-1. Information personnelle, page 2-117	✓	–
A-2. Travail/Accouchement actuel , page 2-119	✓	–
A-3. Antécédents obstétricaux maternels, page 2-120	✓	–
A-4. Antécédents médicaux maternels, page 2-120	✓	–
A-5. Période néonatale actuelle, page 2-121	✓	–
A-6. Antécédents intérimaires, page 2-123	–	✓
Examen physique/Observation		
EP/O-1. Apparence générale/bien-être général, page 2-124 Poids, page 2-125 Respiration, page 2-125 Température, page 2-125 Couleur, page 2-125 Mouvements et posture, page 2-126 Capacité de réaction et tonus musculaire, page 2-126 Peau, page 2-127	✓	✓
EP/O-2. Tête, visage et bouche, yeux, page 2-128	✓	✓
EP/O-3. Poitrine, abdomen et cordon, parties génitales externes, page 2-130	✓	✓
EP/O-4. Dos et membres, page 2-131	✓	–
EP/O-5. Alimentation (allaitement maternel), page 2-131	✓	✓
EP/O-6. Liens mère-bébé, page 2-133	✓	✓
PRESTATION DE SOINS		
Soins de soutien continus, page 2-114	Jusqu'à la sortie de l'établissement	–
S-1. Allaitement précoce et exclusif, page 2-134	✓	Renforcer les messages clés

Tableau 2-15. Calendrier et vue générale des soins du nouveau-né *(suite)*

COMPOSANTES/ELEMENTS	1E VISITE	VISITES ULTERIEURES
PRESTATION DE SOINS (SUITE)		
S-2. Plan de préparatifs en cas de complication, page 2-135	✓	Continuer à élaborer tel que nécessaire ; renforcer les messages clés
S-3. Soins du nouveau-né et autres mesures de santé, page 2-135 S-3.1 Le maintenir au chaud, page 2-135 S-3.2. Prévention des infections/hygiène, page 2-136 S-3.3. Laver et le baigner le bébé, page 2-137 S-3.4. Soins du cordon, page 2-138 S-3.5. Sommeil et autres comportements/besoins, page 2-138	✓	Renforcer les messages clés
S-4. Vaccinations et autres mesures de prévention, page 2-140 S-4.1. Vaccinations, page 2-140 S-4.2. Vitamine K_1, page 2-140 Traitement préventif intermittent et moustiquaires imprégnées d'insecticides (conte le paludisme)*	✓	Renforcer les messages clés; réapprovision-ner en médicaments si nécessaire

* Selon les recommandations s'appliquant en particulier à cette région/population

EVALUATION ET SOINS DE SOUTIEN CONTINUS

➡ **Si dans les 6 premières heures après la naissance (ou avant de quitter l'établissement)**, le nouveau-né et la mère devraient recevoir :

- **Une évaluation continue**, en fonction du calendrier indiqué au **Tableau 2-16** (**page 2-115**) (pour des directives sur l'évaluation continue de la patiente, voir **Tableau 2-13** [**page 2-87**]) ; et
- **Des soins de soutien continus**, tels qu'indiqués au **Tableau 2-17** (**page 2-116**) (pour des directives sur les soins de soutien continus de la patiente, voir **Tableau 2-14** [**page 2-88**]).

Rappel : Pour respecter et maintenir le duo mère-bébé, les garder ensemble autant que possible tout au long de la période immédiate du post-partum/néonatale.

- Eviter de séparer la mère et le nouveau-né, même si c'est pour une évaluation et des soins individuels pour chacun d'entre eux.
- Placer le bébé peau-à-peau immédiatement à la naissance et faciliter un allaitement maternel immédiat.
- Encourager et faciliter le fait de garder dans la même chambre le bébé et la patiente jour et nuit.
- Permettre et encourager la participation de la mère à l'examen et aux soins de son bébé.

Tableau 2-16. Evaluation continue du nouveau-né pendant les 2 à 6 premières heures après la naissance

QUE FAUT-IL EVALUER?	QUAND FAUT-IL EVALUER?	NORMAL	ANORMAL/MESURE DE SUIVI
Respiration	• Toutes les heures	• Fréquence respiratoire de 30–60 mouvements par minute • Pas de halètement • Pas de geignement expiratoire • Pas de triage sous-costal	➡ **Si la respiration ne se situe pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—voir Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins.
Couleur	• Toutes les heures	• Les lèvres, la langue et les ongles du nouveau-né sont roses • Pas de cyanose centrale (langue et lèvres bleues) • Pas de jaunisse • Pas de pâleur • Les mains et les pieds sont parfois bleuâtres/ cyanosés	➡ **En cas de cyanose ou pâleur centrales**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexee 7, page 4-65**). ➡ **En cas de jaunisse**, AGIR MAINTENANT !—voir Jaunisse (**page 3-125**) avant de procéder avec les soins.
Moignon du cordon	• Une seule fois	• Le moignon du cordon ne saigne pas	➡ **Si le moignon du cordon saigne,** nouer à nouveau le cordon. ➡ **Si les saignements continuent après 15 minutes**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement (**page 3-127**) avant de procéder avec les soins.
Allaitement maternel	• Chaque fois que le nouveau-né tète	• La mère est bien positionnée et tient correctement le bébé ; le bébé est bien positionné/ attaché au sein et action de tétée/succion correcte	➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale et si le bébé ne semble pas bien positionné ou n'arrive pas à téter correctement**, voir Problèmes liés aux seins et à l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Tableau 2-17. Soins de soutien continus pour le nouveau-né jusqu'à la sortie de l'établissement ou à domicile

ELEMENT	MESURE/RECOMMANDATION
Chaleur	• Garder la mère et le nouveau-né en contact peau-à-peau, couvert autant que possible par une couverture propre et sèche. ➡ **Si le bébé ne peut pas être mis contact immédiat peau-à-peau avec la mère ou après 6 heures**, lui mettre un habit en plus ou une couverture supplémentaire (en plus de ce qui est confortable pour un adulte). • Eviter de mettre des habits serrés au bébé car ils diminuent la rétention de chaleur. • Couvrir la tête du bébé avec un bonnet. • Garder la pièce bien au chaud (25°C ou plus) sans courant d'air. • Ne pas baigner le bébé pendant au moins 6 heures après la naissance, de préférence éviter de le baigner pendant les 24 premières heures, et attendre de le faire jusqu'à ce que la température du bébé soit stable.
Nutrition	• Encourager la mère à allaiter sur demande et de manière exclusive aussi vite que possible après la naissance. ➡ **Si la patiente n'a pas encore décidé si elle veut allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-49**). ➡ **Si la patiente décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Utiliser un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-53**).
Hygiène/prévention des infections	• Changer les habits ou draps sales et mettre les linges sales dans un seau, sac en plastique ou autre récipient pour les emporter à la buanderie. • Garder le moignon du cordon du bébé propre et sec. • Encourager la femme à prendre soin de son nouveau-né aussi vite que possible. • Eviter de partager les fournitures et produits du bébé ou désinfecter le matériel partagé s'il a fallu les partager. • Vérifier que tout le personnel de l'établissement se lave les mains avant et après avoir dispensé les soins au nouveau-né. • **Conseiller à la mère, à son partenaire et à d'autres personnes de se laver les mains avant et après avoir touché le nouveau-né.** • **Demander aux enfants et adultes malades de ne pas s'approcher du nouveau-né pour éviter toute contamination croisée.**
Liens mère-bébé	• S'assurer que la mère et le bébé sont gardés ensemble autant que possible ; veiller à mettre le bébé et la mère dans la même pièce. • Encourager les parents à tenir leur enfant autant qu'ils le souhaitent. • Encourager les parents à bercer et à parler au nouveau-né. Les laisser seuls si c'est possible. • Aider les parents à prendre confiance dans leurs capacités en leur communiquant des messages verbaux et non verbaux d'encouragement et de félicitations. • A nouveau, garder la mère et le bébé en contact peau-à-peau, recouverts autant que possible pendant les six premières heures avec une couverture propre et sèche.
Soutien pour apprendre comment être de bons parents	• Observer les actions et comportements des parents. Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé, le counseling et autres éléments de la prestation des soins de base. • Apporter continuellement des informations et rassurer les parents quant au bien-être du bébé. • Les encourager à poser des questions et à exprimer leurs sentiments. • A nouveau, aider les parents à prendre confiance dans leurs capacités en leur communiquant des messages verbaux et non verbaux d'encouragement et de félicitations.

EVALUATION DU NOUVEAU-NE

Antécédents (A)

Une fois que vous avez salué la mère et son accompagnant, et reconnu la présence du nouveau-né, prendre les antécédents du nouveau-né. Noter tous les résultats dans le dossier du nouveau-né.

➡ **Si c'est la première visite**, faire une anamnèse complète (éléments **A-1** à **A-5**).

➡ **Si c'est une visite de retour**, une anamnèse plus courte (éléments **A-5** et **A-6**) suffira.

A-1. Information personnelle (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi

• Quel est le **nom** de la patiente ?
• Quel est le **nom** et le **sexe** du nouveau-né ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Identifier le nouveau-né, et
	  • Etablir le contact avec la mère.

• Quand le bébé est-il né ? (heure et **date de naissance** si disponible) ?	• Utiliser cette information pour guider :
	  • L'évaluation future, car la signification clinique de nombreux résultats dépend de l'âge du bébé ; et
	  • L'individualisation des messages de santé, le counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

• Quel est le **numéro de téléphone** de la mère (si disponible) ?
• Où habite-t-elle (si disponible) ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Entrer en contact avec la patiente, et
	  • Guider la formulation des préparatifs en cas de complications.

• Dispose-t-elle de moyens de **transport** fiables ?
• Quelles sont les sources de **revenus/soutien financier** de la patiente/de sa famille ?
	• Utiliser cette information pour :
	  • Guider la formulation des préparatifs en cas de complications, et
	  • L'individualisation des messages de santé, le counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

• Combien de **grossesses précédentes** (geste) et **de naissances** (pare) a-t-elle eues ?	• Utiliser cette information pour individualiser les messages de santé, le counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

• Le nouveau-né a-t-il **actuellement un problème** ?
• A-t-il/elle eu des **problèmes pendant cette période néonatale** ?
	➡ **Si OUI :**
	  • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-30**, **page 2-118**) pour évaluer la nature du problème ; et
	  • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.
	➡ **Si la patiente a des préoccupations ou indique des signes du nouveau-né montrés dans l'Encadré 2-31** (**page 2-118**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Le nouveau-né a-t-il reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) pendant cette période du nouveau-né ?	➡ **Si OUI**, pourquoi la patiente est-elle allée consulter pour le nouveau-né ? ➡ **Si c'est à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-30**, ci-après) pour évaluer la nature du problème. ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-30,** ci-après) pour évaluer la nature des soins prodigués. • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

Encadré 2-30. Questions générales de suivi (nouveau-né)

Ensemble A : Questions à poser si le nouveau-né a un problème (ou a eu un problème récemment) :

- Quel était exactement le problème ?
- Quand s'est-il présenté la première fois ?
- Est-ce qu'il s'est présenté soudainement ou apparu progressivement ?
- Quand et combien de fois se présente le problème ?
- Qu'est-ce qui a pu causer le problème ? Est-ce qu'il s'est passé quelque chose d'inhabituel avant que ne survienne le problème ?
- Comment le problème affecte-t-il le nouveau-né ? Est-ce qu'il/elle mange, dort et se comporte normalement ?
- Est-ce que le problème est devenu plus grave ou moins grave ?
- Certains signes et symptômes ou affections accompagnent-ils le problème ? Si OUI, quels sont-ils ?
- A t-il/elle été traitée/soignée par un autre prestataire pour ce problème ? Si OUI, passer à l'Ensemble B.

Ensemble B : Questions à poser si le nouveau-né a reçu soins/traitement de la part d'un autre prestataire/soignant :

- Qui (dans cet établissement ou un autre établissement de santé) a dispensé ces soins ?
- Quels étaient ces soins (médicaments, traitements, etc.) ?
- Quel était le résultat de ces soins (ont-ils été efficaces ? Si c'était pour un problème, est-ce que cela a supprimé le problème ?) ?

Encadré 2-31. Troubles courants lors de la période néonatale

Peau
Acné, page 3-29
Erythème fessier du nourrisson, page 3-30
Erythème toxique, page 3-30
Milium, page 3-31
Petites marques ou taches roses/rouges sur le nez, les paupières, la nuque("Stork bites") page 3-32
Tache de vin, page 3-31
Tache mongolique, page 3-31

Poitrine, abdomen, moignon du cordon et parties génitales externes
Hernie ombilicale, page 3-26
Lèvres enflées, page 3-25
Pertes vaginales avec sang ou mucoïde, page 3-25
Prépuce serré, page 3-26
Sac scrotal enflé, page 3-26
Seins enflés, page 3-25

Tête, visage, bouche et yeux
Attache de la langue, page 3-29
Bosse séro-sanguine, page 3-27
Céphalhématome, page 3-27
Hémorragie sous-conjonctivale, page 3-28
Modelage ou chignon, page 3-28
Paupières enflées ou rouges, page 3-28
Perles épithéliales, page 3-27

Divers
Pleurs accrus, page 3-32
Réflexe de tressaillement, page 3-33
Respirations irrégulières, page 3-32
Vomissements, page 3-33

A-2. Travail/accouchement actuel (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• **Où** l'accouchement a-t-il eu lieu et s'est-il fait avec l'assistance d'un **prestataire qualifié** ?	➡ **Si l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé avec l'assistance d'un prestataire qualifié**, poser ces questions de suivi et envisager les résultats dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • De la part de quel prestataire ou établissement la patiente a-t-elle reçu les soins liés au travail et à l'accouchement ? • Que recoupaient les soins ? (test, vaccinations, medicaments, conseils) ➡ **Si l'accouchement a eu lieu à la maison, sans l'assistance d'un prestataire qualifié et/ou si les soins n'étaient pas adéquats**, envisager les résultats dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes d'affections ou de complications qui risquent de ne pas avoir été pris en charge adéquatement pendant le travail ou l'accouchement.
• Est-ce que la patiente a eu une **infection utérine ou de la fièvre** pendant le travail ou après la naissance ?	➡ **Si OUI et si le bébé a moins de 3 jours**, voir Mère avec antécédents de rupture de membranes il a plus de 18 heures avant la naissance et/ou Infection utérine ou fièvre pendant le travail ou l'accouchement (**page 3-86**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Est-ce que la patiente a eu **une rupture des membranes il y a plus de 18 heures avant la naissance** ?	➡ **Si OUI et si le bébé a moins de 3 jours**, voir Mère avec antécédents de rupture de membranes il y a plus de 18 heures avant la naissance et/ou Infection utérine ou fièvre pendant le travail ou l'accouchement (**page 3-86**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Y a-t-il eu des **complications qui ont pu entraîner des blessures/ traumatismes**, dystocie de l'épaule, accouchement par le siège, gros bébé ou utilisation d'instrument (extraction par ventouse, forceps) ?	➡ **Si OUI**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes de traumatisme lors de la naissance(coupures, éraflures, membres enflés ou sensibles, mouvements asymétriques des membres).
• Est-ce que le bébé a eu besoin **de réanimation à la naissance** ?	➡ **Si OUI**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes de difficultés respiratoires (respirations anormales, tirage sous-costal, geignements expiratoire, halètement).
• Quel était le **poids du bébé à la naissance** ?	• **Normal** : Poids à la naissance 2.5–4.0 kg ➡ **Si le poids à la naissance était inférieur à 2 kg**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le poids à la naissance était supérieur à 4 kg**, voir Gros bébé (**page 3-84**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si le poids à la naissance était de 2–2,5 kg**, voir Insuffisance pondérale à la naissance (**page 3-85**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

A-3. Antécédents obstétricaux maternels : période néonatale précédente (première visite)

Note : Le bébé d'une patiente ayant eu des complications du post-partum/néonatales précédentes n'exige pas forcément des soins supplémentaires spécialisés, mais il est important de connaître ses complications passées pour comprendre toute préoccupation que la mère pourrait avoir pendant cette période du post-partum/néonatale présente. De plus, en discutant des complications passées, on a l'occasion de souligner l'importance d'avoir fait des préparatifs en cas de complications.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Si ce n'est pas le premier enfant de la patiente, est-ce que **tous les autres enfants sont vivants** ?	➡ **Si NON**, lui demander si l'un d'entre eux est décédé avant la naissance ou au cours du premier mois de la vie. ➡ **Si OUI**, voir Complications maternelles, fœtales ou néonatales d'une grossesse, d'un travail/accouchement précédent ou de la période post-partum/néonatale (**page 3-64**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• Si ce n'est pas le premier enfant de la patiente, a-t-elle **allaité auparavant** ?	➡ **Si NON**, étudier les raisons l'expliquant. • Qu'est-ce qui l'a empêchée d'allaiter ? • Est-ce qu'elle a arrêté parce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si OUI**, poser ces questions de suivi : • Pendant combien de temps a-t-elle allaité ses autres enfants ? • Est-ce qu'elle a eu des problèmes à allaiter ? ➡ **Si elle a eu des problèmes à allaiter par le passé**, considérer ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes évoquant des problèmes aux seins et problèmes liés à l'allaitement maternel (douleurs aux seins, mauvais positionnement ou attachement). • Utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et du counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base.

A-4. Antécédents médicaux maternels (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• A-t-on diagnostiqué du **diabète** chez la mère ?	➡ **Si OUI, et si le bébé a moins de trois jours**, faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
• A-t-on diagnostiqué les **maladies infectieuses suivantes** chez la mère ? • Hépatite B • VIH • Syphilis • Tuberculose	➡ **Si OUI**, voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins : • Mère avec hépatite B (**page 3-85**) • Mère avec VIH (**page 3-87**) • Mère avec syphilis (**page 3-87**) • Mère avec tuberculose (**page 3-87**)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• **Quels sont ses sentiments face au bébé**, se sent-elle capable de s'occuper de lui ou d'elle ?	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation du Soutien aux relations mère-bébé-famille et d'autres aspects de la prestation de soins. ➡ **Si elle signale qu'elle ne sent pas à la hauteur de la tâche, qu'elle a peur et qu'elle est préoccupée**, voir **page 3-15**, pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si elle signale qu'elle pleure, se sent débordée, triste ou irritable,** voir Tristesse du post-partum (**page 3-69**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
• **Que ressentent le partenaire et la famille** à propos du bébé ?	➡ Utiliser cette information pour guider l'individualisation du Soutien aux relations mère-bébé-famille et autres aspects de la prestation des soins de base.

A-5. Période néonatale actuelle (première visite)

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• A son avis, **l'allaitement maternel** se déroule-t-il bien ?	➡ **Si NON**, tenir compte de ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée : • Etre vigilant aux signes évoquant des problèmes au niveau des seins ou des problèmes liés à l'allaitement maternel (douleurs au sein, mauvais positionnement ou attachement). ➡ **Si la patiente n'a pas encore décidé si elle veut allaiter ou utiliser un produit de remplacement du lait maternel**, voir Allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-49**). ➡ Si la patiente décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel, voir Utiliser un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-51**).

• Fréquence des **tétées** du bébé ?
• Est-ce que le bébé semble **satisfait** après avoir tété ?
	• **Normal/variations normales :**
	  • Le bébé se réveille toutes les 2–3 heures pour manger (mais il peut dormir 4 heures d'affilée pendant la nuit).
	  • Le bébé tète au moins 8 fois par jour.
	  • Le bébé semble satisfait après la tétée.
	➡ **Si les modes alimentaires du bébé ne se situent pas dans la fourchette normale,** tenir compte de ces résultats lors d'une évaluation plus poussée pour détecter tout signe évoquant un apport alimentaire insuffisant (Nombre insuffisant de mictions ou de selles, déshydratation).

• Fréquence de la **miction** du bébé ?	• **Normal/variations normales :**
	  • Le bébé urine au moins une fois pendant les premières 24 heures.
	  • Après les 48 premières heures suivant la naissance, le bébé urine au moins 6 fois par jour.
	➡ **Si le bébé n'a pas uriné pendant les 24 premières heures ou s'il urine moins de 6 fois par jour après les 48 premières heures de la vie**, voir problèmes au niveau des seins et problèmes liés à l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi

• Est-ce que le bébé a éliminé **ses premières selles** ?
• Quand a-t-il éliminé des selles la **dernière fois** ?
• Fréquence des **selles du bébé** ?
• Quelle est la **couleur/ consistance des selles** ?
	• **Normal/variations normales** (**Tableau 2-18**, ci-dessous) :
	  • Les premières selles sont généralement éliminées dans les 2 jours après la naissance. C'est ce qu'on appelle le méconium : c'est une matière molle, pâteuse de coloration brun verdâtre.
	  • De 3 à 7 jours après la naissance :
	  – Les selles changent de couleur et de consistance.
	  – Le bébé allaité va à la selle au moins 4–10 fois par jour (environ une par tétée).
	  – Le bébé nourri au biberon va à la selle 2–4 fois par jour.
	➡ **Si le bébé n'a pas éliminé de selles pendant les 48 premières heures de la vie**, faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
	➡ **Si le bébé a eu récemment ou s'il a actuellement la diarrhée** (fréquence accrue de selles et selles aqueuses), AGIR MAINTENANT !— voir Diarrhée (**page 3-126**) avant de procéder avec les soins.
	➡ **Si du 3e au 7e jour après la naissance, le bébé allaité va à la selle moins de 4 fois par jour ou si le bébé nourri au biberon va à la selle moins de 2 fois par jour**, voir Problèmes au niveau des seins ou Problèmes liés à l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

• A-t-on diagnostiqué une **malformation congénitale chez le bébé** ?	➡ **Si OUI et si elle n'a pas été prise en charge adéquatement**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base OU le transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) tel qu'indiqué au **Tableau 2-19** (**page 2-123**).
• Le bébé a-t-il reçu tous les **vaccins** dont il a besoin à son âge (polio, BCG, VHB) ?	• Utiliser cette information pour évaluer si le bébé a besoin d'être vacciné pendant cette visite en fonction du calendrier de vaccinations recommandé pour le bébé (**Tableau 2-20, page 2-140**). **Note** : Il vaut mieux avoir un carnet de vaccinations, sinon il faudra juger au mieux les vaccins que le bébé a reçus. Si la mère ne se souvient pas si le bébé a été vacciné ou si vous pensez qu'il ne l'a pas été, administrer les vaccins antipoliomyélitique, BCG, et VHB en fonction du calendrier de vaccinations recommandé pour le bébé. (**Tableau 2-20, page 2-140**).

Tableau 2-18. Description des selles du nouveau-né

TYPE DE SELLES	ELIMINËES	COLOR	CONSISTANCE
Méconium	Dans les 1 à 2 premiers jours qui suivent la naissance	Matière pâteuse, noir/vert foncé	Epaisses, gluantes
De transition	Dans les 3 à 5 jours qui suivent la naissance	Brun à vert	Peu épaisses
Lait maternel	Après 5 jours	Jaune	Aqueuses et molles
Produit de remplacement du lait maternel	Après 5 jours	Jaune/pâle	Moulées et pâteuses

Tableau 2-19. Mesures de suivi en cas de malformations congénitales

MALFORMATION CONGENITALE	MESURE DE SUIVI
Acrochordon ou doigts/doigts de pied en trop (sans attachement osseux)	Clamper; référence non urgente
Bec de lièvre ou division du voile du palais	Référence non urgente
Pied bot	Référence non urgente
Syndrome de Down ou autre malformation congénitale (peut apparaître comme caractéristiques faciales anormales)	Référer les parents au soutien disponible; référence non urgent
Hydrocéphalie	Référence non urgente
Spina-bifida/méningo-myélocèle (peut apparaître comme une malformation spinale)	Transfert urgent
Gastroschisis/omphalocèle—hernie ombilicale (peut apparaître comme malformations abdominales)	Transfert urgent
Imperforation de l'anus	Transfert urgent
Anormalités cardiaques congénitales	Transfert urgent

A-6. Antécédents intérimaires (visites de retour)

Note : Les questions ci-après, de pair avec celles dans **A-5**, sont celles devant être posées au minimum à la mère lors de la visite de retour. D'autres antécédents seront peut-être nécessaires suivant les besoins individuels du nouveau-né.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi
• Est-ce que le nouveau-né a **un problème** ? • Est-ce que le nouveau-né a eu des **problèmes (ou des changements importants)** depuis la dernière visite ?	➡ **Si OUI :** • Poser des questions générales de suivi (**Encadré 2-30**, **page 2-118**) pour évaluer la nature du problème ; et • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée. ➡ **Si la patiente a des préoccupations ou indique des signes du nouveau-né montrés dans l'Encadré 2-31** (**page 2-118**), voir le texte correspondant pour trouver l'information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. • Utiliser cette information pour déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.
• Est-ce que le nouveau-né a reçu **des soins d'un autre soignant** (accoucheuse traditionnelle, herboriste, guérisseur traditionnel) depuis la dernière visite ?	➡ **Si OUI**, pourquoi la patiente est-elle allée consulter ces sources de soins pour le nouveau-né ? ➡ **Si c'est à cause d'un problème**, poser les questions générales de suivi de l'Ensemble A (**Encadré 2-30, page 2-118**) pour évaluer la nature du problème. ➡ **Si ce n'est pas à cause d'un problème,** poser les questions générales de suivi de l'Ensemble B (**Encadré 2-30, page 2-118**) pour évaluer la nature des soins prodigués. • Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.

Question	Utilisation de l'information/mesure de suivi

• Y a-t-il eu un **changement dans l'information personnelle de la patiente** (numéro de téléphone, adresse, etc.) depuis la dernière visite ?
• Y a-t-il eu un **changement dans les habitudes quotidiennes ou le comportement du nouveau-né** (moins de nourriture, mictions moins fréquentes) depuis la dernière visite ?
• Y a-t-il eu un **changement dans les antécédents médicaux du nouveau-né** depuis la dernière visite ? Par exemple, nouveau ou récent :
  ◦ Diagnostic
  ◦ Blessures
  ◦ Hospitalisations
  ◦ Médicaments
	• Utiliser cette information pour:
	  ◦ Mettre à jour les dossiers médicaux du nouveau-né, et
	  ◦ Déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.
	
	Rappel : Les questions de l'élément **A-5** (période néonatale actuelle) devraient être posées lors de chaque consultation néonatale.

• La mère a-t-elle été **incapable d'exécuter une partie, quelle qu'elle soit, du plan de soins du nouveau-né** (par exemple, allaitement maternel, le garder propre, le garder au chaud) ?
• Est-ce que le nouveau-né a eu des **réactions ou effets secondaires** aux vaccinations ou médicaments donnés ?
	➡ **Si OUI à l'UNE ou l'AUTRE question :**
	  ◦ Tenir compte de cette information dans le contexte de l'évaluation plus poussée.
	  ◦ Utiliser cette information pour déterminer les changements qui devront être portés au plan de soins actuel.

Examen physique/Observation (EP/O)

Une fois terminée l'anamnèse du bébé, faire un examen physique/observation. Marquer toutes les observations dans le dossier du bébé.

➡ **Si c'est la première consultation/visite**, faire un examen physique complet (éléments **EP/O-1** à **EP/O-6**).

➡ **Si c'est une visite de suivi**, un examen physique plus court sera suffisant (éléments **EP/O-1** à **EP/O-3, EP/O-5,** et **EP/O-6**).

EP/O-1. Evaluation de l'apparence générale et du bien-être du bébé (chaque visite)

Avant d'examiner le bébé, suivre les étapes de l'**Encadré 2-32** (**page 2-125**).

Encadré 2-32. Préparation de l'examen physique du nouveau-né

Les mesures suivantes seront prises avant de réaliser l'examen physique :

- Informer la mère de ce que vous allez faire. L'encourager à poser des questions et écouter ce qu'elle a à dire.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre ou les laisser sécher à l'air.
- Porter des gants d'examen si le bébé n'a pas été baigné depuis qu'il est né, si le cordon a été touché ou en présence de sang, d'urine et/ou de selles.
- Mettre le bébé sur une surface tempérée (juste chaude) et propre ou l'examiner dans les bras de sa mère.
- Avoir des habits propres ou une couverture pour habiller/recouvrir le bébé immédiatement après l'examen.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Poids	• Le poids à la naissance est de 2,5–4.0 kg. • La plupart des bébés perdent 10% de leur poids à la naissance les premiers jours après la naissance. • Le bébé à terme reprend son poids à la naissance quand il a environ 7 jours. • Le bébé d'un poids insuffisant à la naissance reprend son poids de la naissance quand il a environ 10 jours.	➡ **Si le poids à la naissance est/était de moins de 2 kg**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le poids à la naissance est/était de plus de 4 kg**, voir gros bébé (**page 3-84**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si le poids à la naissance est/était de 2–2,5 kg**, voir Insuffisance pondérale à la naissance (**page 3-85**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Respiration	• La fréquence respiratoire est de 30–60 mouvements par minute • Pas d'halètement • Pas de tirage sous-costal • Pas de geignement expiratoire	➡ **Si la respiration ne se situe pas dans la fourchette normale**, AGIR MAINTENANT !—voir Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins.
Température (axillaire)	• La température est de 36,5–37,5°C	➡ **Si la température axillaire est inférieure à 36,5°C OU supérieure à 37,5°C**, AGIR MAINTENANT !—voir Température anormale du corps (**page 3-123**) avant de procéder avec les soins.
Couleur	• Les lèvres, la langue, les ongles, les paumes des mains et la plante des pieds du bébé sont roses. • Pas de cyanose centrale (langue et lèvres bleues). • Pas de jaunisse. • Pas de pâleur. • **Variation normale** : Cyanose (couleur bleue) des mains et des pieds pendant les 12 premières heures.	➡ **En cas de cyanose ou pâleur centrales**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **En cas de jaunisse pendant les 24 premières heures ou jaunisse des bras, jambes, mains et pieds du 2e au 7e jour**, AGIR MAINTENANT !—voir Jaunisse (**page 3-125**) avant de procéder avec les soins.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Mouvements et posture	• Les mouvements sont réguliers et symétriques (les mêmes de chaque côté du corps). • Pas de convulsions (pas de mouvement saccadé répété des membres ou du visage ; extension tonique ou flexion des bras et des jambes, ni synchronique ni asynchronique ; bébé pouvant être réveillé ou sans réactions). • Pas de spasmes (contraction involontaire des muscles qui durent plusieurs minutes ; peut être déclenchée par la lumière, le toucher ou le son ; bébé peut être conscient et souvent pleure de douleur, la mâchoire et les poings serrés. (Voir **Diagramme 2-21A** [**page 2-129**].) • Pas d'opisthotonos (hyperextension extrême du corps, avec tête et talons courbés et le corps arqués vers l'avant). (Voir **Diagramme 2-21B** [**page 2-129**].) • **Préoccupation courante :** ➡ **Si le réflexe de tressaillement (réflexe de Moro) (rigidité rapide et symétrique du corps en réponse à un bruit ou mouvement) est observé**, voir **page 3-33** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.	➡ **En cas de convulsions, spasmes ou dos arqués (opisthotonos)**, AGIR MAINTENANT !—faire une Evaluation rapide initiale du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins. ➡ **En cas de mouvements irréguliers ou asymétriques des bras ou des jambes**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
Capacité de réaction et tonus musculaire	• Réagit rapidement au toucher et à toute stimulation • Peut être réveillé facilement quand il/elle dort • N'est ni flasque, ni léthargique • Peut être consolé(e) quand il/elle pleure ; n'est pas irritable de manière excessive	➡ **Si le corps du bébé ne réagit pas, s'il est flasque ou léthargique ou inconsolable**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **En cas de perte de connaissance**, AGIR MAINTENANT !—faire une Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Peau	• Il n'y a pas de contusions, ni coupures ou éraflures sur la peau.
	• **Troubles courants** : si l'un des signes suivants est observé, voir le numéro de la page correspondante pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins :
	  • Petits kystes blancs sur les gencives ou le palais (perles épithéliales) (**page 3-27**)
	  • Marques/taches de couleur mauve sur le bas du dos/fesses à la naissance (taches mongoliques) (**page 3-31**)
	  • Marques/taches rouges ou mauves sur le visage ou le cou à la naissance (taches de vin) (**page 3-31**)
	  • Petites taches/maruqes roses/rouges sur le nez, les paupières ou la nuque à la naissance (« stork bites ») (**page 3-32**)
	  • Eruption rouge avec petite tache blanche au milieu, partout sur le corps (sauf les paumes et la plante des pieds) 2 à 3 jours après la naissance (érythème toxique) (**page 3-30**)
	  • De touts petits boutons blancs sur le nez, les joues, le front et le menton pendant les premières semaines de la vie (milia) (**page 3-31**)
	  • Rougeur/irritation dans la région de l'aine pendant les premières semaines de la vie (érythème fessier) (**page 3-30**)
	  • Petits boutons rouges sur le visage, le dos et/ou la poitrine à 2 semaines (acné) (**page 3-29**)
		➡ **Si des contusions (hématomes) apparaissent dans les 2 à 3 jours suivant la naissance, mais rien n'évoque un traumatisme au moment de l'accouchement**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
		➡ **En cas de coupures ou éraflures qui saignent**, appuyer à l'endroit qui saigne.
		  ➡ **Si les saignements continuent après 15 minutes**, AGIR MAINTENANT !—voir saignement (**page 3-127**) avant de procéder avec les soins.
		➡ **En cas de coupures ou éraflures qui ne saignent pas**, voir Coupures et éraflures qui ne saignent pas (**page 3-83**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

EP/O-2. Tête, visage, bouche et yeux (chaque visite)

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi

Tête	• La tête a une forme symétrique.
	• Les fontanelles sont plates et molles.
	• La distance entre les sutures se situe dans la fourchette normale (elles ne sont pas trop séparées).
	• La taille de la tête est proportionnelle au reste du corps.
	• **Troubles courants** : Si l'un des signes suivants est observé, voir le numéro de page correspondante pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins :
	  • Enflement sur la tête qui ne dépasse pas les lignes de suture et ferme au toucher (céphalo-hématome); peut mettre 12 semaines pour disparaître (**page 3-27**)
	  • Enflement œdémateux (bosse séro-sanguine) sur la partie de la tête qui est sortie en premier dans la filière génitale ; à moins qu'elle ne soit excessive, disparaît généralement toute seule dans les 24 heures (**page 3-27**)
	  • Tête déformée par le modelage ; disparaît généralement dans les 2 à 3 jours (**page 3-28**)
		➡ **Si l'un des signes suivants est observé**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**):
		  • La fontanelle antérieure fait saillie
		  • Les sutures sont trop écartées
		  • Enflement sur la tête dépasse les lignes de suture
		  • Circonférence de la tête semble grandir
		  • Enflement oedémateux ou tête déformée (causée par accouchement/modelage) qui ne disparaît pas dans les 72 heures qui suivent la naissance.
		➡ **Si la tête est très large ou très petite en proportion du reste du corps**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation de soins de base.

Visage et bouche (première visite)
Pour les gestes, voir **Encadré 2-33** (**page 2-129**).
	• Les traits et mouvements du visage sont réguliers et symétriques.
	• Les lèvres, gencives et palais sont intacts.
	• **Troubles courants : Si l'attache de la langue semble courte et serrée (**bande de tissus en dessous de la langue et au plancher de la bouche) voir **page 3-29** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
		➡ **Si l'un des signes suivants est observe**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation de soins de base :
		  • Bec de lièvre (lèvre fendue) ou division du voile du palais (trou dans la partie supérieure du palais connectant les passages de la bouche et du nez)
		  • Ne peut pas froncer la peau du front ou œil fermé d'un côté
		  • Angle de la bouche tiré d'un côté
		  • Autres traits/mouvements ne se situent pas dans la fourchette normale

Yeux	• Les yeux du bébé ne sont pas enflés, ni rouge et sans écoulement de pus. • **Troubles courants** : S'il existe une tache rouge vif sur la sclérotique à la naissance (hémorragie sous-conjonctivale), voir **page 3-28** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.	➡ **En cas d'enflement, rougeur ou pus s'écoulant des yeux**, AGIR MAINTENANT !—voir Pus ou rougeur des yeux (**page 3-130**) avant de procéder avec les soins.

Encadré 2-33. Examen du palais

- Enfiler un gant propre à la main conduisant l'examen.
- Utiliser le petit doigt pour sentir le palais et détecter une éventuelle division.
- Un nouveau-né réagira en suçant le doigt.

Diagramme 2-21. Spasmes (A) et Opisthotonos (B)*

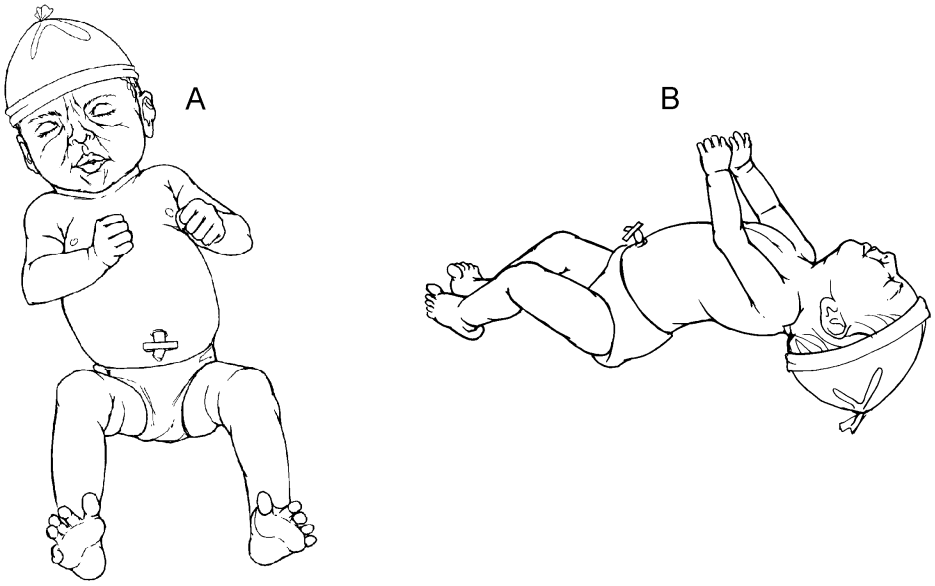


Diagramme 2-22. Paralysie faciale*

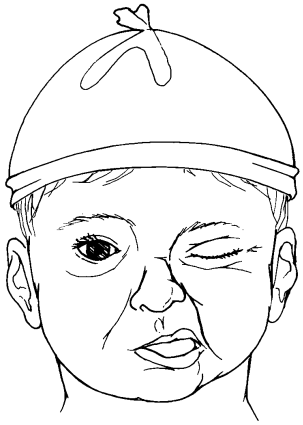
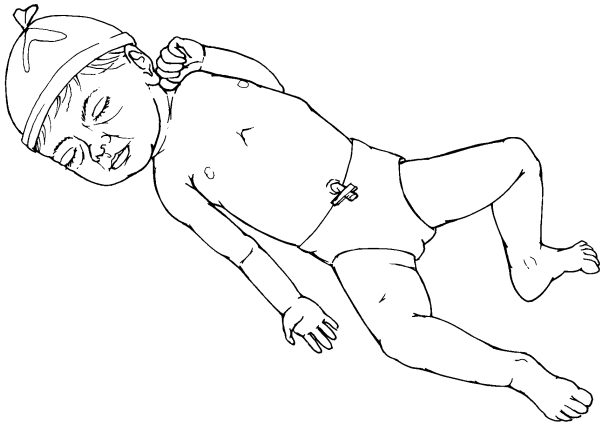


Diagramme 2-23. Paralysie de Duchenne-Erb*



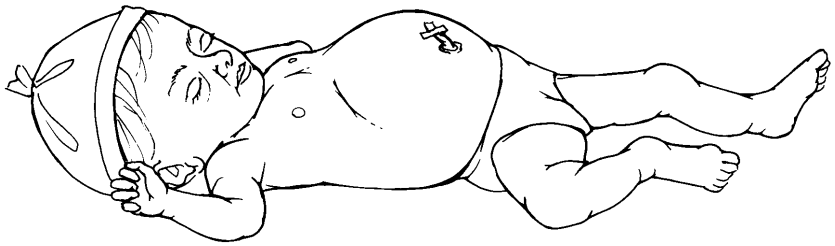
* Les diagrammes 2-21A et B à 2-25 sont réimprimés avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2003. *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses, and Midwives.* WHO: Geneva.

EP/O-3. Poitrine, abdomen et cordon, parties génitales extérieures (chaque visite)

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Poitrine	• Les mouvements de la poitrine sont réguliers et symétriques. • Pas de tirage sous-costal • **Troubles courants: Si on observe des seins enflés** voir **page 3-25** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.	➡ **Si les mouvements de la poitrine ne se situent pas dans la fourchette normale,** AGIR MAINTENANT ! —faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
Abdomen et moignon du cordon	• L'abdomen doit être rond et non distendu (**Diagramme 2-24, page 2-131**), sans protrusion. • Le moignon est sec • Pas de suintement de sang ou de pus du moignon du cordon • Pas de peau rouge, enflée ou dure ou inflammation autour de l'ombilic • Le moignon ne sent pas mauvais • **Trouble courant** : Si on observe une hernie ombilicale (protrusion à la base du cordon couverte de peau), voir **page 3-26** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.	➡ **En cas d'abdomen distendu ou protrusion anormale, surtout à la base du cordon ou par une lésion de la paroi abdominale**, AGIR MAINTENANT !—recouvrir la protrusion exposée avec un linge propre et humide (si applicable) et faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le moignon du cordon saigne**, re-nouer le cordon. ➡ **Si les saignements continuent après 15 minutes**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement (**page 3-127**) avant de procéder avec les soins. ➡ **En cas d'enflement, rougeur, mauvaise odeur ou pus s'écoulant de l'ombilic**, AGIR MAINTENANT ! —voir Rougeur ou mauvaise odeur de l'ombilic (**page 3-131**) avant de procéder avec les soins.

Parties génitales externes et anus
 	
Note : Ne rien insérer dans l'anus pour confirmer la perméabilité. Celle ci est confirmée par l'élimination du méconium.
	• Les parties génitales sont régulières et symétriques.
	• Chez l'enfant de sexe masculin, l'orifice urétral se situe au bout du pénis.
	• L'anus semble perméable/intact.
	• **Troubles courants** : Si l'un des signes suivants est observé, voir le numéro de la page correspondante pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins:
	  • Lèvres gonflées à la naissance (**page 3-25**)
	  • Sac scrotal enflé à la naissance (**page 3-26**)
	  • Prépuce serré à la naissance (**page 3-26**)
	  • Pertes vaginales avec sang ou mucoïde pendant la première semaine de la vie (**page 3-25**)
		➡ **En cas d'imperforation de l'anus**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
		➡ **Si les parties génitales ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation de soins de base.

Diagramme 2-24. Distension abdominale



EP/O-4. Dos et membres (première visite)

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Dos	• On ne constate ni enflement, ni lésions, ni boutons ni plaque poilue sur le dos.	➡ **Si la colonne vertébrale ne se situe pas dans la fourchette normale,** AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
Membres	• La position et l'apparence des membres, des mains et des pieds sont normales et symétriques. • Les mouvements des membres sont réguliers et symétriques. • Pas d'enflement sur les os. • Le bébé ne pleure pas quand on touche son bras, son épaule ou sa jambe.	➡ **Si les membres ne se situent pas dans la fourchette normale,** faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

EP/O-5. Allaitement maternel (chaque visite)

Après avoir examiné le bébé et avant d'observer l'allaitement maternel, exécuter les étapes suivantes indiquées à l'**Encadré 2-34** (ci-après).

Encadré 2-34. Etapes post-examen (nouveau-né)

Etapes après l'examen du bébé :

- Si on porte des gants :
  - Plonger les deux mains gantées dans une solution de chlore à 0,5%.
  - Retirer les gants en les retournant.
  - Si les gants sont jetés, les mettre dans un récipient ou un sac en plastique ne pouvant pas être perforé.
  - Si les gants sont réutilisés, les plonger pendant 10 minutes dans une solution de chlore à0,5% pour les décontaminer.
- Laver soigneusement les mains.
- Aider la mère avec le bébé si c'est nécessaire.

- Mettre la mère à l'aise tout au long de l'observation.
- Indiquer par les mots et l'attitude que vous êtes présent pour l'aider et la soutenir et non pas pour juger la mère ou le nouveau-né.
- Ne pas presser la mère ou le nouveau-né.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Positionner la mère et le bébé	• La mère est à l'aise avec le dos et les bras bien soutenus. • La tête et le corps du bébé sont alignés et le ventre du bébé est tourné vers la mère. • Le visage du bébé est face au sein avec le nez vis-à-vis du mamelon. • Le corps du bébé est tenu proche de la mère. • Tout le corps du bébé est soutenu. • Le bébé est amené à la hauteur du mamelon.	➡ **Si le positionnement se situe dans la fourchette normale**, envisager ce résultat dans le contexte d'une évaluation plus poussée de l'allaitement maternel : • Etre vigilant aux signes d'un mauvais attachement au sein/tétée inefficace. • Voir soutien à l'allaitement maternel (**page 4-49**) pour des directives supplémentaires sur le positionnement.
Tenue	• La mère peut soutenir le poids de son sein avec sa main et façonner son sein en mettant son pouce sur la partie supérieure de sorte à ce que le mamelon et l'aréole pointent vers la bouche du bébé ; OU • Elle peut soutenir le sein en mettant ses doigts à plat contre la paroi thoracique tout en amenant le bébé vers son sein pour qu'il tète.	➡ **Si la tenue ne se situe pas dans la fourchette normale**, tenir compte de ce résultat dans le contexte de l'évaluation plus poussée de l'allaitement maternel : • Etre vigilant aux signes d'un mauvais attachement ou tétée inefficace. • Voir Soutien à l'allaitement maternel (**page 4-49**) pour des directives supplémentaires.
Attachement et succion	• Les mamelons et l'aréole sont amenés dans la bouche du bébé plutôt que seulement le mamelon vers la bouche. • La bouche du bébé est grande ouverte ; la lèvre inférieure est recourbée en dessous de la base du mamelon. • Le bébé tète avec des succions lentes et profondes souvent en avalant de manière visible et audible. • Le bébé s'arrête de temps à autre. • Le bébé fait des bruits de « claquement ». • Voir **Diagramme 2-25** (**page 2-133**).	➡ **Si l'attachement ne semble pas correct**, voir Problèmes au niveau des seins et de l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Confort de la mère	• La mère ne se plaint pas et ne semble pas avoir de douleurs au mamelon ou sein pendant qu'elle allaite.	➡ **Si la mère a des douleurs pendant qu'elle allaite**, voir Problèmes au niveau des seins et de l'allaitement maternel (**page 3-43**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Terminer la tétée	• Le nouveau-né doit lâcher lui-même ou elle-même le sein plutôt que d'en être retiré. • La tétée dure plus ou longtemps, de 4 à 10 minutes par sein. • Les seins sont moins durs et fermes à la fin de la tétée. • Le nouveau-né a l'air content et a sommeil à la fin de la tétée.	➡ **Si les observations ne se situent pas dans la fourchette normale mais que l'attachement et la tétée semblent corrects et qu'il n'existe pas de signes d'apport insuffisant**, utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé, de counseling et d'autres aspects de la prestation des soins de base. • Voir Soutien à l'allaitement maternel (**page 4-49**) pour des directives supplémentaires sur le positionnement.

Diagramme 2-25. Attachement correct (A) et incorrect (B) du nouveau-né au sein

EP/O-6. Liens mère-enfant

Note : La relation mère-enfant commence lors de la grossesse et se développe rapidement après la naissance du bébé. Les sentiments maternels varient, pour certaines mères, ce sera cette vague d'une immense affection qu'elles ressentent au moment de la naissance et pour d'autres, ce sera un sentiment plus tempéré qui se développe au fur et à mesure. Toutefois, dans le cadre de toute relation normale, une mère commence à se soucier de son bébé immédiatement après la naissance. En observant attentivement, on arrive à détecter de suite des problèmes surgissant en ce domaine pour en examiner les raisons de sorte à ce qu'une relation saine entre la mère et l'enfant puisse se développer par la suite.

Elément	Normal	Anormal/Mesure de suivi
Contact physique	• La mère semble jouir du contact physique avec son nouveau-né et semble satisfaite de son enfant.	➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale au vu du contexte culturel**, lui demander ce qu'elle ressent du point de vue émotionnel.
Communication	• Elle caresse le nouveau-né, lui parle et le regarde dans les yeux. • Quand elle tient ou quand elle nourrit, l'enfant et elle se font face.	➡ **Si elle signale un sentiment d'incapacité, de préoccupation ou de crainte**, voir **page 3-15** pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins. ➡ **Si elle signale qu'elle pleure, se sent triste ou submergé ou encore irritable**, voir Tristesse du post-partum (**page 3-69**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.
Empathie	• Elle répond avec souci et attention aux pleurs du bébé ou à son besoin d'attention.	• Utiliser cette information pour guider l'individualisation du Soutien aux relations mères-bébé-famille et autres aspects des soins de base.

SOINS DU NOUVEAU-NE

S-1. Allaitement maternel précoce et exclusif

Note : Si la mère est séronégative à VIH, on l'encouragera vivement à pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie du bébé. Les messages de santé suivants seront communiqués à une mère lors de la période du post-partum à moins qu'elle ne soit séropositive à VIH ou qu'elle ait indiqué qu'elle ne souhaitait pas allaiter.

En s'inspirant des antécédents en matière d'allaitement et autres résultats ou informations des discussions, individualiser les messages de santé et le counseling :

- La mère devrait donner son colostrum (premier lait) à son bébé avant que ne montre le prochain lait. Le colostrum est l'aliment parfait pour un bébé puisqu'il contient des ingrédients vitaux qui confère une immunité et qu'il possède tous les nutriments essentiels.
- La mère devrait pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie. Cela veut dire que le bébé ne recevra rien d'autre à boire et à manger pendant ce temps—ni eau, ni jus, ni lait commercial, ni riz.
- Le bébé devrait être allaité chaque fois qu'il le souhaite, jour et nuit (sur demande), c'est-à-dire environ toutes les 2 à 3 heures (ou 8 à 12 fois toutes les 24 heures) pendant les premières semaines de la vie.
- Pour vérifier que le bébé mange suffisamment, la mère devrait noter le nombre de fois qu'il urine : au moins 6 fois par jour pendant les 2 à 7 premiers jours après la naissance signifie que l'apport est adéquat.

Note : Pour de plus amples informations sur des thèmes connexes, voir la page indiquée : Avantages de l'allaitement maternel pour la mère et son nouveau-né, **page 2-33** ; Principes généraux de l'allaitement précoce et exclusif, **page 2-33** ; Conseils supplémentaires pour la mère sur l'allaitement maternel (**page 2-106**) ; Positionnement correct pour un bon attachement, **page 4-49**.

S-2. Plan de préparatifs en cas de complications

Recommander à la mère et à sa famille d'appliquer le plan de préparatifs en cas de complication en cas de signes de danger montrés à l'**Encadré 2-35** (**page 2-135**) :

- **Dès que possible après la naissance** : Revoir le plan de préparatifs en cas de complications, le mettre à jour pour tenir compte des besoins du nouveau-né. Si la mère et la famille n'ont pas formulé un plan de préparatifs en cas de complication, les aider à faire un tel plan en suivant les directives données à la **page 2-28**.
- Lors de chaque visite de suivi, revoir et mettre à jour le plan :
  - Quels sont les dispositions prises depuis la dernière visite ?
  - Est-ce que quelque chose a changé ?
  - S'est-on heurté à des obstacles ou problèmes ?

Encadré 2-35. Signes de danger lors de la période néonatale

- Difficultés respiratoires
- Convulsions, spasmes, perte de connaissance ou dos arqué (opisthotonos)
- Cyanose (couleur bleue)
- Chaud au toucher/fièvre
- Froid au toucher
- Saignement
- Jaunisse
- Pâleur
- Diarrhée
- Vomissement persistant ou distension abdominale
- Ne mange pas ou tète mal (difficultés à s'alimenter)
- Pus ou rougeur de l'ombilic, des yeux ou de la peau
- Membre ou articulation enflée
- Flasque
- Léthargie

S-3. Soins du nouveau-né et autres pratiques saines

S'inspirant des antécédents du nouveau-né et tout autre résultat ou information de la discussion, individualiser les messages de santé et le counseling sur les thèmes traités ci-après.

Ces questions devraient être discutées aussi tôt que possible mais d'autres thèmes tels que le soutien à l'allaitement maternel ou l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel peuvent être inclus selon les besoins individuels. Dans l'idéal, le partenaire de la mère sera présent.

Rappel : Une mère qui a des **préoccupations concernant les troubles courants de la période** néonatale a besoin de soins supplémentaires consistant essentiellement en messages de santé et conseils. **Le chapitre 9** (**page 3-1**) comprend des informations sur des soins supplémentaires de femmes ayant de telles préoccupations.

S-3.1. Maintenir le bébé au chaud

S'inspirant des antécédents de la mère et du bébé et de toute autre constatation ou information provenant de la discussion, individualiser les messages clés suivants :

- La mère et le bébé devraient être gardé en contact peau-à-peau recouverts d'une couverture propre et sèche au moins pendant les 6 premières heures suivant la naissance.
  - ➡ **Si le bébé ne peut pas être gardé en contact immédiat peau-à-peau avec la mère ou après les 6 heures**, lui mettre un ou deux habits en plus et recouvrir d'une couverture supplémentaire (en plus de ce qui serait confortable pour un adulte).
- Ne pas baigner le bébé pendant les 6 premières heures suivant la naissance et de préférence pendant les 24 premières heures ; attendre que la température du bébé soit stable.

- Eviter de mettre des habits serrés au bébé car ils diminuent la rétention de la chaleur.
- Couvrir la tête du bébé d'un bonnet.
- Garder la pièce au chaud (25 degrés ou plus) et éviter les courants d'air.
- Vérifier les pieds du nouveau-né toutes les 4 heures au moins pendant les premières 24 heures ou jusqu'à ce que la température soit stable.
  - ➡ **Si les pieds sont froids comparés à la peau normale d'un adulte**, il faut ajouter plus de chaleur immédiatement en mettant des couvertures en plus.
  - ➡ **Si les pieds sont chauds compares à la peau normale d'un adulte**, retirer une couverture ou enlever un habit.
  - ➡ **Si les pieds restent froids ou chauds une heure après que les changements ci-dessus ont été faits**, appliquer le plan de préparatifs en cas de complication.
- Un allaitement maternel précoce et exclusif aide à maintenir la chaleur (**page 2-134**).

S-3.2. Prévention des infections/Hygiène

En s'inspirant des antécédents de la mère et du bébé et de tout autre résultat ou information de la discussion, individualiser les messages clés suivants :

- Les pratiques suivantes sont particulièrement importantes lors des premiers mois de la vie puisque le système immunitaire du bébé est encore en train de se développer et davantage vulnérable donc aux infections.
- En général, la mère, le partenaire et d'autres personnes doivent se laver les mains avant de toucher le bébé. Ils devraient se laver les mains après avoir nettoyé le bébé et changer les langes ou couches. (Pour de plus amples informations sur une bonne hygiène en général, voir **page 2-31**.)
- Quand les couches du bébé sont remplies/mouillées, les mesures suivantes sont prises immédiatement :
  - Retirer les couches et les mettre dans un seau ou un sac en plastique pouvant être fermé.
  - Laver les fesses du bébé, en partant de l'aine/parties génitales et en allant vers les fesses.
  - Sécher les parties génitales du bébé, en partant de l'aine/parties génitales et en allant vers les fesses.
  - Tant que le cordon n'est pas tombé, mettre le cordon à l'extérieur des couches pour éviter la contamination de l'urine et des matières fécales.
  - Ne pas mettre de lotions, talc ou autres produits sur la peau du bébé.
  - Mettre des couches ou langes propres au bébé.
- La mère devrait s'occuper autant que possible elle-même du bébé.
- Il faut éviter de partager les fournitures du bébé avec d'autres enfants.
- Il faut maintenir à l'écart les enfants et les adultes malades à cause du risque d'infection croisée.
- Le bébé doit être à l'abri de la fumée car elle peut entraîner des problèmes respiratoires.
- La mère doit faire attention aux signes d'infection et autres signes de danger. Si de tels signes se présentent, elle devrait appliquer immédiatement le plan de préparatifs en cas de complications.
- **Autres pratiques qui protègent le bébé contre les infections :**
  - Allaitement maternel
  - Soins corrects du cordon
  - Recevoir les vaccinations recommandées
  - Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides dans les régions impaludées.

S-3.3. Laver et baigner le bébé

- Montrer à la mère comment baigner le bébé avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé (selon les directives indiquées à l'**Encadré 2-36** [**page 2-138**]). Se rappeler pourtant que le bébé ne devrait pas être baigné pendant les 6 premières heures qui suivent la naissance.
- En s'inspirant des antécédents de la mère et du bébé et tout autre constatation ou information de la discussion, individualiser les messages suivants :
  - Le bébé ne devrait pas être baigné pendant les 6 premières heures qui suivent la naissance. Il vaut attendre de préférence 24 heures après la naissance et ne pas le baigner tant que sa température n'est pas stable.
  - Après 6 heures (de préférence 24 heures) et une fois que la température du bébé est stable (36,5–37,5°C), le bébé peut être baigné selon les directives indiquées à l'**Encadré 2-36** (**page 2-138**).
  - Le savon n'est pas nécessaire et ne devra pas être utilisé sur le visage du bébé. Un savon doux peut être utilisé sur le reste du corps du bébé.
  - Lorsqu'elle baigne le corps du bébé, la mère doit faire attention aux signes d'infection et autres signes de danger, surtout dans les replis de la peau derrière les oreilles, autour du cou et dans la zone de l'aine.
    - ➡ **Si l'un quelconque de ces signes se présente**, elle devra immédiatement appliquer le plan de préparatifs en cas de complication.
  - Point nécessaire de baigner le bébé tous les jours, surtout si on a du mal à garder une pièce bien chaude. Par contre, il est important de laver les parties génitales et les fesses du bébé chaque fois qu'on change les couches.

Encadré 2-36. Technique pour baigner le bébé

Avant le bain et avant de déshabiller le bébé :

- Préparer le matériel et les fournitures.
- Vérifier que la pièce est bien chaude (25°C ou plus) et sans courant d'air.
- Vérifier que l'eau est chaude mais trop chaude au toucher.

Tant que le cordon n'est pas tombé et que le moignon n'est pas entièrement guéri, baigner le bébé selon les directives suivantes pour vérifier que le cordon reste sec :

- Mettre le bébé sur une serviette propre sur une surface plate ou demander à quelqu'un d'autre de tenir le bébé.
- Commencer par déshabiller le bébé en commençant **par la tête et le haut du corps**.
- **Baigner la tête et le haut du corps du bébé** (ne pas utiliser de savon sur le visage du bébé) :
  - Commencer par laver la tête et le visage du bébé, en utilisant de l'eau propre et un gant de toilette propre.
  - Nettoyer les yeux en utilisant des linges ou coton séparés pour chaque œil, essuyer l'œil en partant de l'intérieur vers l'extérieur de l'œil.
  - Ensuite, laver le cou, les bras et le reste du haut du corps.

  Note : Laver autour du cordon et ne pas le plonger dans l'eau !
- Sécher immédiatement et ensuite habiller/revêtir la **tête et le haut du corps**, et mettre un bonnet.
- Déshabiller la **partie inférieure du corps**(rappel : jeter avec les bonnes mesures d'hygiène les couches).
- Baigner la **partie inférieure du corps** :
  - Commencer par laver les jambes du bébé.
  - Ensuite laver les fesses du bébé, de l'aine/parties génitales vers les fesses.
- Sécher immédiatement la **partie inférieure du corps du bébé** (rappel: replier la couche/lange pour qu'elle ne recouvre pas le cordon).

Une fois que le cordon est tombé et le moignon est entièrement guéri, on peut baigner le bébé dans une bassine d'eau en le tenant en position et il n'est plus nécessaire de laver, sécher et revêtir séparément la partie supérieure et inférieure du corps.

- Immédiatement, après le bain, le bébé devrait être :
  - Séché attentivement ;
  - Habillé et/ou enveloppé dans une couverture chaude et propre ; et
  - Mis en contact étroit avec la mère.

  ➡ **Si le bébé prend froid pendant le bain**, réchauffer le bébé en le mettant en contact peau-à-peau avec la mère et le recouvrir avec une couverture propre et sèche.
- Ne pas mettre de lotions, talc ou autres produits sur la peau du bébé.

S-3.4. Soins du cordon

S'inspirant des antécédents de la mère et du bébé et de toute autre constatation ou information de la discussion, individualiser les messages suivants :

- Se laver les mains avant de prendre soin du cordon.
- Le cordon doit être gardé sec pendant que l'on baigne le bébé (tel que montré à l'**Encadré 2-36** [**page 2-138**]).

  ➡ **Si le cordon devient humide**, il faudrait l'essuyer en douceur.
- Il ne faut pas appliquer de pansement ou de substances sur le moignon du cordon.
- Le cordon doit être placé à l'extérieur des couches/langes (avec le devant de la couche replié) pour éviter toute contamination provenant de l'urine ou des matières fécales.

  ➡ **Si le cordon est contaminé**, il faut le laver avec de l'eau et du savon, l'essuyer en douceur et le mettre délicatement à l'extérieur de la couche.
- Le cordon tombe généralement après 4–7 jours suivant la naissance.

- Une fois le cordon tombé, il faut garder l'ombilic propre. Il ne faut pas mettre de pansements ou substances quelconques sur l'ombilic.
- Renforcer l'importance du dépistage rapide et de la réponse indiquée en cas de signes de danger suivants :
  - ➡ **Si le cordon saigne**, renouer le cordon.
    - ➡ **Si les saignements ne s'arrêtent pas dans les 15 minutes après avoir été noué à nouveau**, appliquer immédiatement le plan de préparatifs en cas de complication.
  - ➡ **En cas d'enflement, rougeur ou pus s'écoulant du cordon**, appliquer immédiatement le plan de préparatifs en cas de complications.
  - ➡ **En cas de séparation retardée du cordon**, appliquer immédiatement le plan de préparatifs en cas de complications.

S-3.5. Sommeil et autres comportements/besoins

S'inspirant des antécédents de la mère et du bébé et de tout autre résultat ou information de la discussion, individualiser les messages clés suivants :

- Le bébé doit être sur le dos ou de côté quand il dort ou se repose ou quand il n'est pas peau-à-peau avec la mère.
- Veiller à ce que le bébé soit placé de sorte à ne pas tomber du bord, à l'abri de tout danger d'un autre enfant ou d'un animal et où il ne risque pas non plus d'être recouvert par un coussin, un autre objet ou une personne.
- Les bébés dorment généralement environ 20 heures par jours et ne se réveillent que pour manger. Ils ne font pas la différence entre le jour et la nuit et se réveillent donc tout aussi bien la nuit pour manger.
- Pendant les semaines qui suivent la naissance, le bébé commence à dormir plus longtemps pendant la nuit et reste éveillé davantage la journée.
- Quand il pleure, c'est qu'il a besoin d'attention. La mère répondra de la manière suivante :
  - Prendre le bébé dans ses bras ;
  - Lui parler ;
  - Etablir un contact visuel ; et
  - Voir pourquoi il pleure (couches remplies, faim, autres problèmes).
    - Le bébé s'arrête généralement de pleurer et regarde sa mère. Cette interaction renforce les liens entre la mère et le bébé.
    - Outre les besoins physiques de nutrition, chaleur, sommeil et environnement sûr et propre, le bébé a besoin de confort et d'expressions de sécurité et d'amour (le bercer, lui parler, le regarder dans les yeux).

Note : S'occuper d'un bébé est certes source de joie mais la tâche n'est pas aisée—elle demande bien des ajustements de la part de tous les membres de la famille. La femme et sa famille auront peut-être besoin d'aide pour arriver à intégrer dans leur vie quotidienne tous les soins dont a besoin l'enfant. Pour de plus amples informations sur le soutien aux relations mère-bébé-famille, voir **page 2-108**.

S-4. Vaccinations et autres mesures préventives

S-4.1. Vaccinations (première visite)

- Avant la sortie de l'hôpital, les vaccins suivants devraient être administrés au nouveau-né (**Tableau 2-20**, ci-après).
- Ces vaccins doivent être consignés dans le carnet de vaccination qui est remis à la mère et sur la courbe du bébé.
- Conseiller à la mère de revenir pour les vaccines et rappels à l'âge de 6, 10 et 14 semaines.

Tableau 2-20. Calendrier de vaccinations

VACCINS	DATES
BCG pour protéger contre la tuberculose	Après la naissance, avant de quitter l'établissement de santé
OPV-0 pour protéger contre la poliomyélite	Après la naissance, avant de quitter l'établissement de santé
HB-1 pour protéger contre l'hépatite B	Après la naissance, avant de quitter l'établissement de santé

S-4.2. Injection de vitamin K_1 (moins de 6 heures après la naissance)

- Administrer de la vitamine K_1 1 mg en IM dans l'aspect antérolatérale de la cuisse.

Mesures préventives spécifiques à la région et à la population

Pour les nouveaux-nés dans les régions avec une prévalence élevée de **paludisme**, voir directives pour la prévention (**page 3-59**).

CHAPITRE NEUF

TROUBLES ET PREOCCUPATIONS COURANTS

VUE GENERALE

Ce chapitre présente des directives pour les prestataires qualifiés à suivre lorsqu'on prend les mesures nécessaires face à des malaises et troubles courants (tel que décrit à la **page 1-34**) pouvant survenir lors de la prise en charge des patientes et de leurs nouveau-nés pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et la période du post-partum/néonatale. Les patientes et les bébés avec des malaises ou troubles courants ont besoin de soins en plus des composantes essentielles des soins de base (tel qu'indiqué aux **Chapitres 4–8**). Les directives générales pour dispenser ces soins sont présentées ci-après. (Pour un index des troubles courants lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement et de la période du post-partum, voir **Encadré 3-1** [**page 3-2**] ; pour un index des troubles courants lors de la période néonatale, voir **Encadré 3-2** [**page 3-2**].)

Pendant l'évaluation

Tenir compte de l'information pertinente dans le tableau suivant (basée sur les **signes/symptômes** qui se présentent, première colonne) pour confirmer si les troubles ou problèmes de la patiente ou les résultats de l'examen physique du nouveau-né se situent dans la fourchette normale. Des signes d'alerte connexes pouvant évoquer un problème sont donnés dans la quatrième colonne.

Lors de la prestation des soins

Une fois confirmé que la patiente connaît un trouble commun ou que le nouveau-né a un malaise courant et non pas une affection anormale :

- Rassurer la patiente et lui indiquer que ce qui arrive au nouveau-né est normal et ne met pas en danger sa santé ;
- Expliquer, si c'est approprié, la base anatomique et physiologique (seconde colonne) ;
- Conseiller la patiente et l'informer, le cas échéant, des mesures de prévention et de soulagement (troisième colonne) ; et
- Lui recommander de revenir pour des soins ou faciliter des soins adéquats et/ou transfert vers un spécialiste si :
  - Les signes ou symptômes s'aggravent ;
  - Des signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU
  - Des signes d'alerte pouvant évoquer un problème (quatrième colonne) se présentent.

Note : **Si la patiente ou le nouveau-né présente l'un quelconque des signes d'alerte pouvant indiquer un problème** (quatrième colonne), voir la section pertinente dans ce manuel ou faciliter référence/transfert, si nécessaire.

Encadré 3-1. Index des troubles courants lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement et de la période du post-partum

Abdomen, seins et jambes de la patiente
Changements dans les seins, page 3-4
Chevilles et pieds enflés (œdème), page 3-5
Crampes dans les jambes, page 3-5
Douleur abdominale (ou de l'aine), page 3-3
Tranchées utérines, page 3-4

Digestion et élimination de la patiente
Brûlures d'estomac ou indigestion, page 3-8
Changements dans la fonction intestinale—constipation ou diarrhée, page 3-6
Désir compulsif de manger ou fait de manger des substances non comestibles, page 3-7
Gaz (flatulences), ballonnements ou perte d'appétit, page 3-7
Miction, plus fréquente, page 3-10
Nausée ou vomissement, page 3-9
Salivation, plus abondante, page 3-9

Parties génitales de la patiente
Douleur périnéale, page 3-10
Pertes vaginales, page 3-11

Peau de la patiente
Changements de la peau, page 3-12
Démangeaisons, page 3-11
Nævi arachnéens, page 3-12
Transpiration, plus abondante, page 3-12
Varices, page 3-13
Vergetures (stries de la grossesse), page 3-13

Sommeil et état mental de la patiente
Fatigue ou insomnie, page 3-14
Insomnie, page 3-16
Rêves très réels ou cauchemars, page 3-14
Sautes d'humeur, page 3-17
Sentiments d'incapacité, crainte ou peur pendant la période du post-partum, page 3-15
Sentiments de préoccupation ou de crainte à propos de la grossesse et du travail, page 3-16

Divers (patiente)
Congestion nasale ou saignement nasal, page 3-23
Déplacements difficiles (démarche dandinante) ou maladroits, page 3-24
Difficulté à se lever et à s'asseoir, page 3-19
Douleur à la hanche, page 3-22
Douleur dorsale, page 3-18
Engourdissement/picotements des doigts et doigts de pied, page 3-24
Gencives qui saignent ou qui sont douloureuses, page 3-19
Hémorroïdes, page 3-22
Hyperventilation ou essoufflement, page 3-23
Maux de tête, page 3-21
Perte de cheveux, page 3-20
Palpitations cardiaques, page 3-21
Sensation de chaleur, page 3-20
Tremblements/frissonnement, page 3-24
Vertiges ou évanouissement, page 3-20

Encadré 3-2. Index des troubles courants lors de la période néonatale

Poitrine, abdomen, moignon du cordon et parties génitales externes du nouveau-né
Hernie ombilicale, page 3-26
Lèvres enflées, page 3-25
Pertes vaginales de glaire ou de sang, page 3-25
Prépuce serré, page 3-26
Sac scrotal enflé, page 3-26
Seins enflés, page 3-25

Peau du nouveau-né
Acné, page 3-29
Erythème fessier, page 3-30
Erythème toxique, page 3-30
Milium, page 3-31
"Stork bites," page 3-32
Taches de vin, page 3-31
Taches mongoliques, page 3-31

Tête, visage, bouche et yeux du nouveau-né
Attache de la langue, page 3-29
Bosse séro-sanguine, page 3-27
Céphalhématome, page 3-27
Hémorragie sous-conjonctivale, page 3-28
Modelage ou chignon, page 3-28
Paupières enflées ou rouges, page 3-28
Perles épithéliales page 3-27

Divers (Nouveau-né)
Pleurs accrus, page 3-32
Réflexe de tressaillement, page 3-33
Respirations irrégulières, page 3-32
Vomissements, page 3-33

TROUBLES COURANTS LORS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT ET LORS DE LA PERIODE DU POST-PARTUM

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
ABDOMEN, SEINS ET JAMBES DE LA PATIENTE			
Douleur abdominale (ou de l'aine)— Crampes, picotements, sensation d'élongation ou douleur soudaine des deux côtés de l'abdomen inférieur (ou de l'aine) Se présente le plus souvent lors du 2e–3e trimestre et lors du 1er–2e stade du travail et s'estompe après la naissance du bébé.	• L'utérus élargi étire les ligaments et les muscles autour. • Pendant le travail et l'accouchement : – Positions du travail et de l'accouchement étirent les muscles et les ligaments. – Contractions utérines.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • En étant couchée : – Se mettre de côté avec genoux fléchis et hanche courbée ; et – Mettre un oreiller entre les genoux et un autre oreiller sous l'abdomen. • Si la douleur devient gênante : – Masser doucement ou appliquer une pression ferme sur la partie douloureuse. – Appliquer un linge chaud ou coussin chauffant ou prendre des bains chauds. – S'asseoir ou se coucher. – Fléchir les genoux sur l'abdomen. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Changer souvent de position pendant le travail, par exemple : – Marcher de temps à autre. – S'asseoir ou s'accroupir. – Se pencher sur le lit. – Se mettre sur les mains et les genoux. – Se coucher sur un côté, puis sur l'autre. • Si la douleur/malaise s'aggrave, en aviser le prestataire. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Perte d'appétit—pouvant indiquer une appendicite Douleur abdominale haute pouvant être allégée avec la nourriture, mais qui revient 2–3 heures plus tard, perte d'appétit, nausée ou vomissement et intolérance aux aliments gras—peut indiquer une maladie de la vésicule biliaire ou un ulcère gastro-duodénal Evanouissement, douleur à l'épaule— pouvant évoquer une grossesse ectopique (**Note** : c'est un diagnostic peu probable au début du 2e trimestre.) Sensibilité utérine, distension abdominale, signes de détresse fœtale—pouvant indiquer une infection utérine ou une rupture de l'utérus Douleur au flanc/aine, sensation d'urgence et fréquence de la miction, brûlure à la miction—pouvant indiquer une infection des voies urinaires

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
ABDOMEN, SEINS ET JAMBES DE LA PATIENTE (SUITE)			
Tranchées utérines— Crampes, contractions comme lors du travail Se présentent le plus souvent pendant le 4e stade du travail et les 2–4 premiers jours du post-partum. Courantes surtout chez les multigestes.	• L'utérus se contracte de manière intermittente après l'accouchement. • L'allaitement maternel simule la production d'hormones qui augmente les contractions utérines. • Une vessie remplie déplace l'utérus et augmente l'intensité des contractions utérines.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Se coucher de face avec un oreiller sous l'abdomen. (C'est peu confortable d'abord, mais la douleur va diminuer et disparaître.) • Si la douleur devient gênante : – Masser doucement ou appliquer une pression ferme sur la partie douloureuse. – Appliquer un linge chaud ou coussin chauffant ou prendre des bains chauds. – Marcher ou changer de position. – Vider souvent la vessie. • Après la naissance, si les traitements non pharmacologiques n'apportent pas de soulagement, on peut administrer 500 mg de paracétamol 30 minutes avant l'allaitement maternel. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Uriner fréquemment ; une vessie remplie augmente les contractions utérines. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ou ne diminuent pas 3–4 jours après l'accouchement ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Sensibilité utérine, distension abdominale—pouvant indiquer une infection utérine ou une rupture utérine Douleur au flanc/aine, sensation d'urgence et fréquence de la miction, brûlure à la miction—pouvant indiquer une infection des voies urinaires Perte d'appétit—pouvant indiquer une appendicite
Changements dans les seins— augmentation bilatérale de la taille ; sensibilité ou picotements ; pertes de liquides clairs/ jaunâtres des mamelons Se présentent le plus souvent pendant le 1er trimestre.	• Les changements hormonaux sont à l'origine de divers changements des seins en préparation à l'allaitement maternel.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Porter un soutien-gorge bien ajusté. • Porter un soutien-gorge pendant qu'on dort. • Garder les mamelons secs et propres pour les protéger contre l'infection. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Une grosseur ; capiton cutané ou zone rouge ou enflée; ou lésions ou éruptions—pouvant indiquer un carcinome

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
ABDOMEN, SEINS ET JAMBES DE LA PATIENTE (SUITE)			
Crampes dans les jambes— Survenant soudainement et de brève durée Surviennent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et le 1er–2e stade du travail.	• Cause peu connue • Vient parfois de la pression qu'exerce la tête du fœtus sur les nerfs alors que la tête descend pendant le travail	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Si la douleur devient gênante, essayer l'une de ces mesures : – Masser doucement ou appliquer une pression ferme sur la partie douloureuse. – Appliquer un linge chaud ou coussin chauffant à la zone douloureuse. – Etendre la jambe et fléchir le pied vers le haut. – Porter des collants de contention, surtout si l'on reste debout pendant de longues périodes durant la journée. – Prendre des poses fréquentes. – Changer souvent de position pendant le travail (voir exemples sous Douleur abdominale [ou de l'aine] [**page 3-3**]). **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleur localisée à une veine, membre touché qui est enflé—pouvant indiquer une thrombophlébite superficielle Sensibilité au mollet, le membre touché est enflé—pouvant indiquer une thrombose veineuse profonde Insensibilité/picotements des doigts et des doigts de pied—pouvant indiquer des lésions nerveuses
Chevilles et pieds enflés (œdème)— Apparaissent à la fin de la journée, après avoir été assise ou debout pendant longtemps ; disparaissent après le repos ou lorsque les jambes sont surélevées. Surviennent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et le 1er–2e stade du travail.	• Suite aux changements hormonaux : – Augmentation dans les niveaux de sodium ; – Congestion dans les veines et jambes inférieures ; et – Risque accru de perte de liquide des capillaires. • Un utérus élargi fait pression sur les veines lorsque la patiente est assise et couchée, d'où : – Accumulation de sang dans les jambes et veines; et – Varices qui gonflent et s'entremêlent.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • En étant couchée, se mettre sur le côté gauche, avec les jambes légèrement surélevées. • En étant assise, surélever les jambes/pieds. • **Eviter :** – De croiser les jambes lorsqu'on est assise ; – Les habits ou les habits serrés autour des jambes ; et – D'être debout ou assise pendant de longues périodes. • Boire davantage (2–3 litres par jour). • Porter des bas de contention si les autres remèdes n'aident pas. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Changer souvent de position pendant le travail (voir exemples sous Douleur abdominale [ou de l'aine] [**page 3-3**]). • Boire beaucoup de liquides pendant le travail. • Si les symptômes s'aggravent, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Maux de tête, vision floue, nausée ou vomissement, douleur épigastrique—pouvant indiquer une prééclampsie/éclampsie Fatigue ou insomnie, vertiges ou évanouissement, pâleur, essoufflement et battements cardiaques rapides—pouvant indiquer une anémie grave Douleur localisée à une veine, membre touché qui est enflé—pouvant indiquer une thrombophlébite superficielle Sensibilité au mollet, le membre touché est enflé—pouvant indiquer une thrombose veineuse profonde

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIGESTION ET ELIMINATION DE LA PATIENTE			
Changements dans la fonction intestinale— constipation ou diarrhée Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et tout au long de la période du post-partum.	**Constipation:** • Les changements hormonaux relaxent les muscles lisses, ralentissant la digestion et l'élimination. • Une digestion ralentie augmente l'eau absorbée par le colon. • Lors de la grossesse et du travail, un utérus élargi exerce une pression sur l'intestin inférieur, ralentissant le mouvement dans les intestins. • L'allaitement maternel demande beaucoup d'eau et peut causer une déshydratation. • Si la patiente a eu une épisiotomie, déchirure ou autre traumatisme périnéal, elle risque de retenir les mouvements intestinaux à cause de la douleur liée à la défécation. • Autres causes/facteurs possibles : – Régime alimentaire inadéquat ; – Apport insuffisant de liquides ; et – Manque d'exercice. **Diarrhée :** • Cause inconnue pendant la grossesse • Pendant le travail et la naissance, les hormones qui causent les contractions utérines stimulent également les intestins.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Vérifier un bon régime alimentaire : – Augmenter les apports en fruits frais et légumes et céréales complètes. – Ajouter des prunes ou du jus de prunes au régime alimentaire. – Augmenter l'apport en liquides (2–3 litres/jour). Si on allaite, boire un verre de liquides chaque fois que le bébé tète. – Boire des liquides chauds ou froids (surtout dans un estomac vide). • Déféquer quand l'envie s'en fait ressentir. • **Eviter** les laxatives, les huiles minérales, les lubrifiants, les stimulants, les produits salés, diphénylméthane et huile de ricin. • Si les mesures ci-dessus ne réussissent pas, conseiller à la patiente d'utiliser un laxatif émollient. • Commencer à marcher dans les 6 heures qui suivent l'accouchement (si accouchement normal sans intervention chirurgicale) et faire un peu plus d'exercice chaque jour. **Pour la diarrhée, vérifier également :** • Un apport adéquat d'électrolytes (eau de riz avec du sel, bananes, solutions de réhydratation orale). • **Eviter** les opiacés, bismuth, kaopectate, et absorbants. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Difficulté progressant rapidement pour déféquer, gaz, vomissements, pouls qui s'accélère et état général qui s'aggrave—pouvant indiquer une obstruction intestinale Diarrhée, crampes, ballonnements, perte d'appétit—pouvant indiquer une infection bactérienne ou parasitaire

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIGESTION ET ELIMINATION DE LA PATIENTE (SUITE)			
Désirs compulsifs de manger ou fait de manger des substances non alimentaires (pica) Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et sont les plus graves le 1er trimestre.	• Cause inconnue, probablement influencée par la tradition **Note** : Ce désir impérieux et impulsif de manger n'est pas préoccupant du moment que le régime alimentaire est nutritif et que ce ne sont pas des désirs pour des aliments malsains ou des substances non alimentaires malsaines.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Manger un régime alimentaire équilibré. • **Eviter** de manger des aliments malsains (par exemple, les bonbons) et les substances non alimentaires malsaines (terre, craie, argile). Proposer autre activité ou substituer des aliments sains. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
Gaz (flatulences), ballonnements ou perte d'appétit Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre.	• Les changements hormonaux relaxent les muscles lisses, ralentissant la digestion et l'élimination. • Un utérus élargi exerce une pression sur l'intestin inférieur, ralentissant le mouvement intestinal. • Les changements respiratoires font qu'on avale plus d'air.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Manger un régime alimentaire équilibré. • **Eviter** les aliments qui donnent des gaz. • Faire des exercices et se reposer suffisamment tous les jours. • Bien mâcher les aliments. • Déféquer quand l'envie s'en fait ressentir. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Fatigue ou insomnie, perte d'appétit, faiblesse, émaciation et mauvais état général—pouvant indiquer malnutrition ou autre affection/ maladie chronique Diarrhée ou crampes—pouvant indiquer une infection bactérienne ou parasitaire

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIGESTION ET ELIMINATION DE LA PATIENTE (SUITE)			
Brûlures d'estomac ou indigestion Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre.	• L'utérus élargi pousse l'estomac vers le haut et le comprime, poussant les acides gastriques dans l'œsophage inférieur. • Les changements hormonaux diminuent le tonus et la fonction de l'estomac et des intestins et relâchent la valve entre l'estomac et l'œsophage.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser de bonnes mécaniques corporelles (voir directives sous Douleur dorsale [**page 3-18**]). • Ajuster le régime alimentaire, tel que nécessaire : – Manger un régime alimentaire équilibré. – Manger des repas plus fréquents et plus petits. – Boire entre les repas plutôt qu'avec les repas. – Augmenter l'apport d'aliments riches en fibres (fruits frais et légumes). • **Eviter :** – De manger de manière excessive ; – Les aliments gras, frits et épicés ; – Le tabac, le café, l'alcool et le chocolat ; – De prendre du calcium, du bicarbonate de sodium et salicylate de bismuth ; et – De se coucher immédiatement après avoir mangé. • Se reposer et dormir avec la tête plus haute que l'estomac. • Si les traitements non pharmacologiques ne soulagent pas, on peut prendre des anti-acides à faible teneur en sodium, cimétidine ou ranitidine, mais seulement pendant une brève durée et exactement selon les instructions/ posologie. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleurs épigastriques, maux de tête, vision floue, nausée ou vomissement—pouvant indiquer une prééclampsie ou une éclampsie La douleur abdominale haute, qui est généralement soulagée par la nourriture, mais qui revient 2 à 3 heures plus tard—pouvant indiquer un ulcère gastro-duodénal

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIGESTION ET ELIMINATION DE LA PATIENTE (SUITE)			
Nausée ou vomissement Se présentent le plus souvent pendant le 1er trimestre, le 1er stade du travail et la période de transition.	• Changements hormonaux • Relaxation des muscles lisses • Changements dans le métabolisme des glucides • L'estomac se vide plus lentement pendant le travail • Fatigue	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Ajuster le régime alimentaire, si nécessaire : – Manger des biscottes, du pain sec, des tortillas sèches, des chapattis secs ou autres céréales. – Manger des repas plus fréquents et plus petits. – **Eviter** de manger de manière excessive et éviter les aliments gras, frits et épicés. – Boire entre les repas plutôt qu'avec les repas. – Boire des tisanes à base d'herbes, de gingembre ou de cannelle. • Se mettre en position assise droite après les repas. • Respirer beaucoup d'air frais : faire de petites promenades, dormir avec la fenêtre ouverte, etc. • Appliquer acupression sur l'endroit indiqué du côté palmaire du poignet. • Si très prononcés, prendre des gélules de vitamine B6 (une gélule de 50 mg 2 fois par jour). • Si les traitements non pharmacologiques ne soulagent pas, les médicaments suivants peuvent être pris, mais uniquement selon les instructions/posologies : – Hydrochloride de métoclopramide – Phénothiazines (hydrochloride de prométhazine, prochlorperazine, chlorpromazine) • **Eviter :** – De s'allonger immédiatement après avoir mangé. – Les odeurs ou autres facteurs pouvant provoquer les vomissements. – De se brosser les dents ou de se nettoyer la langue de suite après les repas. • Si la douleur gêne/s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleurs épigastriques, maux de tête, vision floue—pouvant indiquer une prééclampsie ou une éclampsie Perte d'appétit—pouvant indiquer une appendicite Perte d'appétit, intolérance aux aliments gras—pouvant indiquer une maladie de la vésicule biliaire. Douleur au dos, déshydratation et mauvais état en général—pouvant indiquer une pancréatite Vomissement excessif avec déshydratation et cétone—pouvant indiquer une hyperémèse Fièvre ou frissons—pouvant indiquer le paludisme ou une infection des voies urinaires
Salivation, plus abondante Se présente le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre.	• Cause inconnue, mais pourrait être liée au fait de manger des aliments amidonnés	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Limiter l'apport d'aliments contenant des amidons. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	

TROUBLES COURANTS LORS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT ET LORS DE LA PERIODE DU POST-PARTUM *(SUITE)*

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIGESTION ET ELIMINATION DE LA PATIENTE (SUITE)			
Miction, plus fréquente— Surtout plus fréquente la nuit (nycturie); perte d'urine lorsqu'elle éternue, tousse ou rit Se présentent le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre et le 1er–2e stade du travail.	• L'utérus élargi exerce une pression sur la vessie. • Lors de la journée, la partie inférieure des jambes et les pieds sont enflés ; lorsque la femme se repose avec les jambes surélevées, les liquides sont réabsorbés et éliminés par les reins. • Autres causes/facteurs possibles : – Volume plus abondant de liquides dans le corps ; – Flux plus abondant vers les reins ; et – Elimination accrue de sodium et d'eau.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Vider la vessie quand l'envie s'en fait ressentir. • Se pencher en avant en vidant la vessie pour qu'elle se vide entièrement. • Limiter les liquides avec des diurétiques naturelles (café, thé, cola avec caféine) mais **ne pas** limiter l'apport en liquides. • **Ne pas** diminuer l'apport en liquides le soir pour faire baisser la nycturie, sauf quand celle-ci empêche de dormir et est source de fatigue. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleur au flanc/aine, brûlure à la miction—pouvant indiquer une infection des voies urinaires Plus grande soif—pouvant indiquer du diabète
PARTIES GENITALES DE LA PATIENTE			
Douleur périnéale Se présente le plus souvent pendant les 1er–2e semaines du post-partum.	• Traumatisme des tissus provenant d'une épisiotomie/ déchirure ou hématome aux tissus lors de l'accouchement	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Vérifier une bonne hygiène périnéale (voir **page 2-109**). • Prendre un bain ou tremper les parties dans une bassine. • Entre les bains assis : – Garder le périnée sec s'il y a des sutures ou déchirures. – Utiliser de la glace ou une crème analgésique. (Mettre de la gaze ou un tissu fin entre la glace et le périnée pour éviter un refroidissement excessif des tissus.) • Utiliser des analgésiques tels que le paracétamol ou l'ibuprofène. • Allaiter en position couchée plutôt qu'assise. • S'asseoir sur un oreiller avec indentation ou trou au milieu. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Formation d'une escarre ou ligne de suture rouge ou pus sur la serviette périnéale ou qui s'écoule de la plaie—pouvant indiquer une infection Une tuméfaction violette qui apparaît à la vulve ou qui sort du vagin—pouvant indiquer un hématome vulvaire

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
PARTIES GENITALES DE LA PATIENTE (SUITE)			
Pertes vaginales Se présentent le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre et le 1er–4e stade du travail. (Lors de la période du post-partum, voir **page 2-93** pour des informations sur l'évaluation et les soins concernant les lochies et les pertes vaginales normales.)	• La vascularité plus intense des voies génitales augmente la production de glaire. • Lorsque le col commence à s'effacer et se dilate avant le travail ou au début du travail, un bouchon muqueux peut être expulsé. • Alors que le travail progresse, on assiste à un écoulement teinté de sang. • Après la naissance, le revêtement de l'utérus est expulsé et un léger saignement survient (lochies rouges).	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Vérifier une bonne hygiène : – Garder la vulve aussi propre et aussi sèche que possible. – Pendant le travail, utiliser une serviette périnéale si nécessaire, lorsque la patiente n'est pas alitée. – Changer les serviettes, tel que nécessaire, pendant la période du post-partum. • Reprendre les activités normales lentement, sur plusieurs semaines du post-partum, sinon les saignements peuvent augmenter soudainement. • **Eviter :** – Les sous-vêtements et les bas en nylon (porter des sous-vêtements en coton et des habits confortables et amples) ; et – Les douches vaginales. • Si les signes/symptômes s'aggravent, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Pertes aqueuses, mousseuses et malodorantes ou jaunâtres ou verdâtres, lésions, ulcérations ou verrues sur les parties génitales ou ces signes chez le partenaire de la patiente—pouvant indiquer une infection sexuellement transmissible Démangeaisons, pertes malodorantes—pouvant indiquer une vaginite Un giclement ou suintement persistant de liquide avant le travail—pouvant indiquer une rupture prématurée des membranes avec un risque accru d'amniotite
PEAU DE LA PATIENTE			
Démangeaisons Se présentent le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre.	• L'utérus élargi cause un étirement et resserrement de la peau de l'abdomen • Tendance familiale	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser des antiprurigineux topiques et des crèmes hydratantes. • Si des médicaments topicaux ne soulagent pas, on peut utiliser des antihistaminiques (diphenhydramine, doxylamine succinate) mais uniquement sur une brève durée et exactement en fonction des instructions/posologie. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Lésions de la peau telles que papules, macules ou pustules—pouvant indiquer une dermatite Manque d'appétit, nausée ou vomissement, intolérance aux aliments gras—pouvant indiquer une maladie de la vésicule biliaire

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
PEAU DE LA PATIENTE (SUITE)			
Transpiration, plus abondante Se présente le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre, augmente tout au long de la grossesse.	• Augmentation de l'activité des glandes de la transpiration causée probablement par : – Des changements hormonaux – Une activité plus intense de la thyroïde – Un poids plus important et une activité métabolique accrue	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Porter des vêtements légers et amples. • Augmenter les apports de liquides (2–3 litres par jour) et boire beaucoup pendant le travail. • Prendre un bain plus souvent ou se laver avec un linge frais. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Rapides battements cardiaques, tremblement, hyperactivité, perte de poids et/ou intolérance à la chaleur—pouvant indiquer une hyperthyroïdie Transpiration, palpitations, nervosité/tremblements, sentiment de catastrophe imminente, poitrine serrée, bouche sèche—pouvant indiquer une grave anxiété
Changements de la peau— Acné; couperose ou tâches sombres sur le visage, les seins et l'abdomen (chloasma) ; les paumes des mains ou les plantes de pieds sont sèches ou démangent Se présentent le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre.	• Changements hormonaux augmentent l'apport sanguin vers la peau. • L'acné peut être causée par une activité accrue des glandes sébacées. • Le chloasma peut être causé par une augmentation des dépôts de mélanine dans la peau. • Tendance familiale.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Pour éviter les tâches sombres, couvrir la peau ou utiliser une crème de protection solaire non allergique, en cas d'exposition au soleil. • Pour la peau sèche, utiliser des antiprurigineux topiques et des crèmes hydratantes. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Lésions de la peau telles que papules, macules ou pustules—pouvant indiquer une dermatite Les éruptions générales sont associées à de la fièvre
Nævi arachnés— "Araignées" vasculaires (petites lignes rouges en relief qui partent d'un centre plat ou légèrement en relief), surtout autour des yeux, du cou, de la gorge et des bras Se présentent le plus souvent pendant le 1er–2e trimestre, augmentent au fur et à mesure de la grossesse et diminuent après l'accouchement.	• Les changements hormonaux augmentent l'apport sanguin vers la peau, dilatant les veines et les petites artères.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui conseiller de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
PEAU DE LA PATIENTE (SUITE)			
Vergetures (striae gravidarum)— Marques rougeâtres ou blanchâtres sur les seins, l'abdomen ou le haut des cuisses Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre, se dissipent après l'accouchement (certaines marques sont permanentes).	• Changements hormonaux • Production d'hormones stéroïdes par les glandes adrénales • Tendance familiale	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Porter des vêtements bien ajustés et qui soutiennent les seins et l'abdomen. • En cas de vives démangeaisons, utiliser des émollients ou antiprurigineux topiques. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
Varices— Veines bleues enflées sur les jambes ou les parties génitales ; peuvent être douloureuses Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et le 1er–3e stade du travail.	• La pression exercée par l'utérus élargi cause une congestion veineuse sur les veines des parties inférieures. • Les changements hormonaux relaxent les muscles lisses et affaiblissent les petites veines. • Tendance familiale	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser de bonnes mécaniques corporelles (voir directives sous Douleur dorsale [**page 3-18**]) : – Lorsqu'on est assise, surélever légèrement les pieds/jambes. – Lorsqu'on est couchée, se coucher sur le côté gauche et élever légèrement les pieds/jambes. • Faire de l'exercice tous les jours. • Porter des bas de contention. • **Eviter :** – D'être debout ou assise pendant de longues périodes ; – Les vêtements ajustés ou les porte-jarretelles ; et – De croiser les jambes lorsqu'on est assise. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Changer souvent de position pendant le travail (voir exemples sous Douleur abdominale [ou de l'aine] [**page 3-3**]). • Utiliser des poussées physiologiques (pousser avec les contractions lorsqu'elle a envie de pousser) lors du 2e stade du travail pour atténuer la congestion de la varicose vulvaire. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleur localisée à une veine, membre touché qui est enflé—pouvant indiquer une thrombophlébite superficielle Sensibilité au mollet, le membre touché est enflé—pouvant indiquer une thrombose veineuse profonde Hématome de la varicose vulvaire—pouvant indiquer une rupture de la varicose

TROUBLES COURANTS LORS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT ET LORS DE LA PERIODE DU POST-PARTUM *(SUITE)*

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
SOMMEIL ET ETAT MENTAL DE LA PATIENTE			
Rêves très réels ou cauchemars Se présentent le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre.	• Changements hormonaux	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • **Eviter** de manger juste avant d'aller se coucher. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
Fatigue ou insomnie Se présente le plus souvent pendant le 1er trimestre et la 1er semaine du post-partum. **Normale/ variation normale :** Peut persister si la patiente ne dort pas suffisamment	• Ralentissement du métabolisme en début de grossesse • Augmentation du volume de sang et de la circulation sanguine, le cœur doit travailler plus dur • Stress émotionnel • Réaction normale aux efforts ardus du travail et de l'accouchement • Enorme quantité d'énergie dépensée pendant le travail et l'accouchement • Stress émotionnel et physique lié aux soins à apporter au bébé en plus des responsabilités précédentes • Sommeil interrompu pour nourrir et soigner le bébé	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Vérifier un bon régime alimentaire : – Manger un régime alimentaire équilibré. – Prendre des suppléments de micronutriments, tel qu'indiqué. • Faire de l'exercice tous les jours. • Masser le dos et/ou l'abdomen. • Lors de la période du post-partum, se reposer et dormir suffisamment, faire une sieste chaque fois que possible, quand le bébé dort. • **Eviter :** – Le surmenage ; et – Le tabac et l'alcool. **Suggérer que le partenaire/famille de la patiente :** • Vérifie que la mère a le temps de se reposer et de dormir. • Evite de lui faire des demandes peu raisonnables. • Partage certaines des responsabilités liées aux soins du bébé. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Vertiges ou évanouissement, pâleur, essoufflement, battements cardiaques rapides—pouvant indiquer une grave anémie Changement dans l'état de connaissance—pouvant indiquer des convulsions imminentes dues à l'éclampsie ou au paludisme Gaz, ballonnements, perte d'appétit, faiblesse, émaciation, mauvais état général—pouvant indiquer une malnutrition ou autre affection/ maladie chronique Insomnie, sentiment excessif de tristesse ou culpabilité, perte d'estime de soi-même et/ou anxiété durant plus d'une semaine—pouvant indiquer une dépression du post-partum Hallucinations, illusions, pensées morbides ou suicidaires—pouvant indiquer une psychose du post-partum

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
SOMMEIL ET ETAT MENTAL DE LA PATIENTE (SUITE)			
Sentiments d'incapacité, crainte ou peur pendant la période du post-partum Surtout pendant les deux premières semaines du post-partum **Note** : se présente surtout chez les adolescents et les primigestes.	• Surtout commun lors d'une première grossesse alors que la mère confronte : – La réalité d'une nouvelle vie qui dépend entièrement de ses soins – Difficulté à apprendre à s'occuper d'un enfant alors qu'elle se sent vulnérable	**Revoir la BASE ANATOMIQUE/PHYSIOLOGIQUE avec la mère et la rassurer avec des mots et actions :** • La rassurer et lui faire comprendre qu'elle vaut énormément dans la vie de son bébé et que personne d'autre ne pourrait s'occuper de lui aussi bien qu'elle le fait. • Lui montrer les choses qu'elle fait bien même si ce sont de toutes petites choses. • Lui donner des conseils clairs et attentifs sur les soins du nouveau-né et ses soins propres. • Lui demander si elle a des questions et discuter de ses angoisses. Ne pas l'inonder d'un trop grand d'information donnée en une seule fois. **Conseils à donner à la mère et à son partenaire :** • Manger un régime alimentaire bien équilibré et faire de l'exercice tous les jours. • Se garder du temps pour soi-même et reprendre les contacts sociaux dès que possible. • Ne pas se faire des demandes irréalistes à soi-même. • Faire une sieste quand le bébé dort. **Suggestions au partenaire et à la famille :** • Vérifier que la mère a le temps de se reposer et de faire la sieste. • Ne pas lui faire des demandes déraisonnables. • Lui laisser du temps pour être seule avec son partenaire (si cela est convenant dans la culture, on suggèrera au partenaire de la sortir). • Etre sensible aux besoins de la mère. • S'occuper de la mère de manière attentive et avec gentillesse. • Partager les responsabilités des soins du nouveau-né. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Pleure, se sent triste ou submergé — pouvant indiquer une tristesse du post-partum ("blues") Insomnie, sentiment excessif de tristesse ou culpabilité, perte d'estime de soi-même et/ou anxiété durant plus d'une semaine—pouvant indiquer une dépression du post-partum Hallucinations, illusions, pensées morbides ou suicidaires—pouvant indiquer une psychose du post-partum

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
SOMMEIL ET ETAT MENTAL DE LA PATIENTE (SUITE)			
Sentiments de préoccupation ou de crainte à propos de la grossesse et du travail Se présentent le plus souvent pendant le 1er–3e trimestre et le 1er–2e stade du travail.	• Changements hormonaux • Anxiété à propos du travail et de l'accouchement • Réaction normale aux efforts ardus/douleur du travail et de l'accouchement	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • **Discuter** du caractère normal, des craintes et de la peur pendant le travail et l'accouchement et des manières de gérer positivement les émotions ; faire participer le partenaire et la famille à la discussion sur le caractère normal des craintes et de la peur pendant la grossesse. • **Discuter** des manières de gérer positivement les craintes et la peur. • **Faire participer** l'accompagnant, le partenaire et/ou la famille pour qu'ils aident la patiente à confronter le travail grâce à des techniques respiratoires et de relaxation et communication/encouragement. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Transpiration, palpitations, nervosité/tremblements, sentiment de catastrophe imminente, poitrine serrée, bouche sèche—pouvant indiquer une grave anxiété
Insomnie Se présente le plus souvent pendant le 2e trimestre et la 1ére semaine du post-partum. **Normal/ variation normale :** Peut persister en l'absence de mesures de soulagement	• Anxiété • Phase de sommeil avec période accrue des mouvements oculaires, phase moins reposante • Gêne causée par l'utérus élargi et autres changements liés à la grossesse • Crainte de dormir et de ne pas entendre les pleurs du bébé • Gêne causée par le traumatisme périnéal	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser des techniques de relaxation avant d'essayer de dormir. • En se couchant : – Se mettre de côté avec les genoux et les hanches courbés ; et – Mettre un oreiller entre les genoux et un autre oreiller sous l'abdomen. • **Eviter** caféine, alcool et médicaments pour dormir, surtout utilisation à long terme de benzodiazépines. **Suggérer que le partenaire/famille de la patiente :** • S'assure que la mère a suffisamment de temps pour se reposer et dormir. • Partage certaines des responsabilités liées aux soins du nouveau-né (le partenaire peut écouter si le bébé pleure pendant la nuit). **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Sentiment excessif ou inapproprié de tristesse ou culpabilité, perte de l'estime de soi-même et/ou anxiété durant plus d'une semaine—pouvant indiquer une dépression du post-partum. Hallucinations, délire, pensées morbides ou suicidaires—pouvant indiquer une psychose du post-partum

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
SOMMEIL ET ETAT MENTAL DE LA PATIENTE (SUITE)			
Sautes d'humeur— Peut se sentir heureuse/bavarde en début de travail ; refuse que quelqu'un s'approche d'elle ou la touche pendant la transition Se présentent le plus souvent pendant le 1er trimestre et le 1er–2e stade du travail.	• Changements hormonaux • Stress, fatigue • Réaction normale aux efforts ardus/douleur du travail et de la naissance	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • **Discuter** des manières de gérer positivement les sautes d'humeur; faire participer le partenaire et sa famille aux discussions quant au caractère normal des sautes d'humeur. • **Discuter** des sautes d'humeur normales pendant le travail et la naissance et les manières de gérer positivement les émotions. • **Faire participer** l'accompagnant, le partenaire et/ou la famille pour qu'ils aident la patiente à confronter le travail grâce à des techniques respiratoires et de relaxation et communication/encouragement. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Les sautes d'humeur durant plus d'une semaine avec dépression, pensées suicidaires, hyperactivité et/ou idées grandioses—pouvant indiquer un trouble affectif bipolaire Insomnie, sentiment excessif ou inapproprié de tristesse ou culpabilité, perte de l'estime de soi-même et/ou anxiété durant plus d'une semaine—pouvant indiquer une dépression du post-partum Hallucinations, illusions, pensées morbides ou suicidaires—pouvant indiquer une psychose du post-partum

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE)			
Douleur dorsale Se présente le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre, le 1er–2e stade du travail et la 1ère semaine du post-partum **Normal/ variation normale :** Peut persister suite à de mauvaises mécaniques corporelles ou à une mauvaise position, surtout en allaitant.	• Les changements hormonaux font que les tissus connectifs deviennent plus mous et relâchés ; les jointures du bassin se relâchent. • Un changement dans le centre de gravité entraîne des compensations aux niveaux de la position et du mouvement. • Les muscles le long de l'abdomen se séparent. • Autres causes/facteurs possibles : – Taille des seins augmente ; – Fatigue ; – Mauvaises mécaniques corporelles ; – Pression de la tête du fœtus sur les nerfs alors que la tête descend pendant le travail ; et – Mauvaise position en allaitant le bébé.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Renforcer l'importance d'utiliser de bonnes **mécaniques corporelles** : – En s'accroupissant ou en se levant de la position accroupie, écarter les pieds et mettre un pied légèrement devant l'autre pour avoir une base élargie d'équilibre. – En soulevant, s'accroupir (en ayant la colonne droite) plutôt que de se courber pour ce soit les jambes (cuisses) qui portent le poids et l'effort. – Ne rien lever de lourd sauf le bébé pendant les premières semaines du post-partum. – **Eviter** de soulever des choses lourdes et le surmenage. – Prendre une bonne position en étant debout ou assis. – Ne pas croiser les jambes en s'asseyant. • En se couchant : – Se coucher du côté avec les genoux repliés et les hanches courbées ; – Mettre un oreiller entre les genoux et un autre oreiller sous l'abdomen ; et – Surélever légèrement les pieds/jambes. • Pratiquer l'exercice du « chat en colère »: se mettre sur les mains et genoux avec le dos plat, arrondir le dos, revenir à la position du dos plat. • Porter un soutien-gorge bien ajusté. • Dormir sur un matelas bien ferme. • Si la douleur devient plus gênante, essayer les moyens suivants : – Mettre de la glace et/ou un linge chaud sur la partie douloureuse. – Masser doucement ou appliquer une pression ferme sur la partie douloureuse. • Si les traitements non pharmacologiques n'apportent pas de soulagement, on peut administrer 500 mg de paracétamol (acétaminophen). **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Prendre la position mains-genoux ou genoux-poitrine pour faciliter la rotation et la descente de la tête fœtale. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Contractions utérines qui sont de plus en plus longues/ fréquentes et dilatation cervicale—pouvant indiquer le travail Douleur au flanc/aine, sensation d'urgence et fréquence de la miction, brûlure à la miction—pouvant indiquer une infection des voies urinaires Engourdissement, faiblesse musculaire, difficulté à uriner ou à déféquer—pouvant indiquer des troubles neurologiques Sensibilité abdominale basse, sensibilité utérine, distension abdominale—pouvant indiquer une infection utérine

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE) (SUITE)			
Gencives qui saignent ou qui sont douloureuses Généralement, les plus prononcées lors du 2e trimestre.	• Les changements hormonaux augmentent l'apport sanguin dans la bouche, d'où : – Volume plus abondant de petits vaisseaux sanguins et saignement des gencives ; – Cycle de renouvellement rapide des cellules qui revêtent les gencives ; – Le tissu des gencives devient plus fin et donc plus fragile ; et – Œdème dans les tissus connectifs.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Se rincer la bouche avec de l'eau chaude et salée. • Pratiquer une bonne hygiène dentaire. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Enflement localisé de gencives qui risquent de saigner—pouvant indiquer une gingivite.
Difficulté à se lever et à s'asseoir Se présente le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre.	• Les changements hormonaux font que les tissus connectifs deviennent plus mous et plus lâches, les jointures du bassin se relâchent. • Autres causes/facteurs possibles : – Changements dans la position suite à un utérus élargi ; et – Fatigue.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • En se mettant debout de la position allongée : – Rouler sur le côté ; – Pousser avec les genoux ; et – Ensuite, se mettre debout. • En s'asseyant, mettre un oreiller dans le dos et placer un oreiller sous les genoux ; ou surélever les pieds. • En se couchant : – Mettre un oreiller dans le dos et placer un oreiller sous les genoux ; OU – S'allonger du côté gauche avec les genoux et les hanches courbés et mettre un oreiller entre les genoux et un autre oreiller sous l'abdomen ; et – Surélever légèrement les pieds/jambes. • **Eviter** de se coucher à plat sur le dos. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Engourdissement, faiblesse musculaire, difficulté à uriner ou à déféquer—pouvant indiquer une maladie neurologique Grave douleur au bas du dos qui irradie dans les jambes

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ HYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE) (SUITE)			
Vertiges ou évanouissement Se présentent le plus souvent pendant le 1er au 3e trimestre.	• Chute de la tension artérielle causée par les changements de la position • Accumulation de sang dans les vaisseaux de la partie inférieure des jambes et des pieds • Autres causes/facteurs possibles : – Stress ; – Fatigue ; – Faim ; et – Hyperventilation.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Se lever doucement de la position assise ou allongée. • En s'allongeant, se mettre du côté gauche. • Manger des repas plus petits et plus fréquents. • **Eviter** d'être debout dans des endroits chauds ou étouffant pendant de longues périodes. • **Eviter** de se coucher à plat sur le dos. • **Eviter** l'hyperventilation en mettant les mains devant la bouche et en soufflant dans les mains ou en soufflant dans un petit sac en plastique. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Fatigue ou insomnie, pâleur, essoufflement, battements cardiaques rapides et membres enflés—pouvant indiquer une anémie grave Douleur à l'épaule—pouvant indiquer une grossesse ectopique (**Note** : Diagnostic peu probable après le début du 2e trimestre.)
Sensation de chaleur Se présente le plus souvent pendant le 1er au 3e stade du travail.	• Activité musculaire du travail cause une sensation de chaleur.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser des boissons fraîches, des compresses fraîches et s'éventer doucement. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
Perte de cheveux Se présente le plus souvent pendant le 3e trimestre et est plus probable pendant la période du post-partum.	• Les changements hormonaux modifient le mécanisme normal de la pousse des cheveux.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui conseiller de revenir pour des soins** si des signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE) (SUITE)			
Maux de tête Se présentent le plus souvent pendant le 1er au 3e trimestre, le 1er au 3e stade du travail et les 1er et 2e jours du post-partum.	• Les changements hormonaux peuvent causer : – Congestion nasale ; – Légère augmentation des niveaux d'oxygène ; et – Enflement du globe de l'œil, d'où fatigue oculaire. • Autres causes/facteurs possibles : – Spasmes musculaires ; – Stress émotionnel ; – Fatigue ; – Faible taux sanguin de sucre ; – Déshydratation ; – Mauvaise position en tenant et en allaitant le bébé ; et – Incapacité à se reposer, à se détendre ou à dormir pendant le travail. • Déshydratation immédiatement après la naissance suite à : – Perte de liquides pendant le travail/ accouchement – Miction plus fréquente lors du post-partum pour éliminer les liquides accumulés pendant la grossesse	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Manger un régime alimentaire équilibré (avec apport suffisant de liquides) et se reposer suffisamment. • Appliquer chaleur ou glace sur le cou, ou prendre des bains chauds. • Masser le cou et les muscles de l'épaule. • Si les traitements non pharmacologiques n'apportent pas de soulagement, on peut administrer 500 mg de paracétamol (acétaminophen). • **Eviter** aspirine, ibuprofène, narcotiques, sédatifs ou hypnotiques. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Se reposer autant que possible au début du travail et entre les contractions. • Boire beaucoup de liquides et manger de petits repas pendant le travail. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleur avec vision floue, nausée ou vomissement, douleur épigastriques—pouvant indiquer une prééclampsie ou éclampsie Douleur unilatérale avec nausée, vomissement ou troubles visuels—pouvant indiquer une migraine Douleur aux sinus avec écoulement nasal purulent, saignement nasal—pouvant indiquer une sinusite aiguë
Palpitations cardiaques—Sensation d'un cœur qui bat très fort—sensation d'un battement raté Se présentent le plus souvent pendant le 1er trimestre.	• L'apport sanguin augmente vers le cœur et à partir du cœur pendant la grossesse • Angoisse quant à une maladie cardiaque possible (à cause des symptômes)	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Essoufflement qui s'empire avec l'effort, douleur dans la poitrine—pouvant indiquer une maladie cardiaque Transpiration, palpitations, nervosité/tremblements, sentiment de catastrophe imminente, poitrine serrée, bouche sèche—pouvant indiquer une grave anxiété

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE) (SUITE)			
Hémorroïdes— Veines enflées dans le rectum et autour du rectum associées à la douleur, à la démangeaison et aux saignements Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre, 1er au 3e stade du travail et 1ère semaine du post-partum.	• Les changements hormonaux entraînent élargissement et congestion des veines rectales. • L'utérus élargi exerce une pression sur les veines rectales. • Constipation • La congestion veineuse survient avec la descente fœtale et les efforts de poussée pendant le travail, causant ou aggravant les hémorroïdes existantes. • Pression extrême sur les veines rectales en poussant pendant le travail.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Vérifier un bon régime alimentaire : – Manger un régime alimentaire équilibré (avec apport suffisant de liquides). – Augmenter les apports d'aliments riches en fibres (fruits frais et légumes). • Plonger la zone infectée dans de l'eau chaude. • Si les hémorroïdes sortent, appliquer de la glace et réinsérer doucement l'hémorroïde dans le rectum. • Utiliser, si nécessaire, des pommades anesthésiques topicales. • **Eviter de :** – Devenir constipée (voir Changements de la fonction intestinale—constipation ou diarrhée [**page 3-6**]) ; – S'efforcer pendant les mouvements intestinaux ; et – Etre assise pendant de longues périodes, surtout sur des surfaces dures. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Utiliser des positions qui évitent d'exercer une pression sur le périnée et l'anus (mains et genoux). • Utiliser les efforts de poussée physiologique (pousser avec les contractions lorsqu'elle a envie de pousser) pendant le 2e stade du travail. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Constipation avec douleur anale, saignement à la défécation—pouvant indiquer une fissure anale
Douleur à la hanche— Généralement d'un côté uniquement Se présente le plus souvent pendant le 3e trimestre.	• Les changements hormonaux font que les tissus connectifs deviennent plus mous et lâches ; les jointures du bassin se relâchent. • Changement de position suite à un utérus élargi	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Faire des exercices pour renforcer le dos et l'abdomen : – Lever les jambes en position couchée – Exercices de renforcement abdominal – Exercice du « chat en colère » (voir directives sous Douleur dorsale [**page 3-18**]) • Si la douleur s'aggrave, appliquer un linge chaud ou coussin chauffant **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Engourdissement, faiblesse musculaire, difficulté à uriner ou à déféquer—pouvant indiquer une maladie neurologique Démarche très dandinante. Instabilité de la hanche/bassin—pouvant indiquer la séparation de la symphyse pubienne (symphysiotomie spontanée) ou de l'une des articulations sacro-coccygienne pendant le travail

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE) (SUITE)			
Hyperventilation ou essoufflement Se présente le plus souvent pendant le 3e trimestre et le 1er–2e stade du travail.	• Les changements hormonaux font diminuer les niveaux de carbone dioxyde et augmentent les niveaux d'oxygène ; l'hyperventilation aide à maintenir des niveaux normaux. • L'utérus élargi déplace le diaphragme, diminuant la capacité des poumons et entraînant l'essoufflement. • Respirations faibles et rapides pendant les contractions	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser de bonnes mécaniques corporelles (voir directives dans Douleur dorsale [**page 3-18**]). • En se couchant : – Se mettre sur le côté gauche avec les genoux et les hanches courbés ; et – Mettre un oreiller entre les genoux et un autre oreiller sous l'abdomen. • **Eviter** l'hyperventilation en mettant les mains devant la bouche et en respirant dans les mains ou en respirant dans un petit sac en papier ou en plastique. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Essayer de lentes respirations régulières pendant les contractions. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Toux, crachats, respiration sifflante—pouvant indiquer un trouble respiratoire (infection, asthme) L'essoufflement qui s'aggrave avec l'effort, douleur à la poitrine, palpitations cardiaques—pouvant indiquer une maladie cardiaque Engourdissement ou évanouissement, fatigue ou insomnie, pâleur, battements cardiaques rapides et membres enflés—pouvant indiquer une anémie grave Battements cardiaques rapides, toux, crachats roses et mousseux — pouvant indiquer un œdème pulmonaire
Congestion nasale ou saignement nasal Se présente le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et le 1er au 3e stade du travail.	• Les changements hormonaux entraînent : – Un apport sanguin accru vers les capillaires ; et – Dilatation des veines. • Apport sanguin accru vers les membranes, d'où production accrue de glaire • Le saignement nasal peut provenir du traumatisme local ou polypes nasaux.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Pour arrêter le saignement du nez : – S'asseoir (ne pas s'allonger ou mettre la tête en arrière) ; – Fermer les narines pendant quelques minutes puis relâcher ; et – Répéter plusieurs fois jusqu'à ce que les saignements s'arrêtent. • Utiliser des gouttes de sérum physiologique pour décongestionner. • Si les médicaments topiques ne soulagent pas, on peut utiliser des antihistaminiques (diphenhydramine, doxylamine succinate) mais brièvement et exactement selon les instructions/posologie. • **Eviter** les décongestifs systémiques et les associations médicamenteuses. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Douleur aux sinus avec écoulements nasaux purulents, maux de tête—pouvant indiquer une sinusite aiguë Congestion avec maux de tête, yeux coulants—pouvant indiquer des allergies

SIGNE/SYMPTOME	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	MESURES DE PREVENTION ET DE SOULAGEMENT— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (PATIENTE) (SUITE)			
Engourdissement/ picotements des doigts et doigts de pied— Peuvent également se présenter dans les fesses, aux hanches et dans les cuisses Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre, augmentent tout au long de la grossesse et pendant le 1er–2e stade du travail.	• Les changements du centre de gravité entraînent une compensation de la position, exerçant une pression sur les nerfs spinaux. • Autres causes/facteurs possibles : – Enflement/tuméfaction comprime les nerfs entourant l'endroit ; et – Hyperventilation pendant les contractions.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser de bonnes mécaniques corporelles (voir directives sous Douleur dorsale [**page 3-18**]). • Si l'engourdissement/les picotements deviennent gênants, essayer les moyens suivants: – Se coucher (du côté non affecté) ; et – Prendre un bain chaud. • Si la douleur/gêne s'aggrave, en aviser le prestataire qualifié. **Pendant le travail et l'accouchement, donner les conseils suivants à la patiente et/ou à l'accompagnant :** • Essayer de lentes respirations régulières pendant les contractions. • **Eviter** l'hyperventilation en mettant les mains devant la bouche et en respirant dans les mains ou en respirant dans un petit sac en papier ou en plastique. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Engourdissement et douleur dans les doigts—pouvant indiquer syndrome du canal carpien Faiblesse ou atrophie musculaire, difficulté à uriner ou à déféquer—pouvant indiquer une maladie neurologique Paralysie des fléchisseurs de la jambe qui persiste après le travail—pouvant indiquer des lésions nerveuses
Tremblements/ frissonnement Se présentent le plus souvent pendant le 4e stade du travail.	• Cessation de l'intense activité musculaire et diminution de la consommation calorique	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Rassurer et indiquer qu'il s'agit d'une réponse après le travail et l'accouchement. • Fournir des couvertures et éliminer les courants d'air. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	Fièvre—pouvant indiquer paludisme ou autre infection
Déplacements difficiles (démarche dandinante) ou maladroits Se présentent le plus souvent pendant le 2e–3e trimestre et le 1er stade du travail.	• Les changements hormonaux font que les tissus connectifs deviennent plus mous et plus lâches, les jointures du bassin se relâchent. • L'utérus élargi fait basculer le basin vers l'avant, déplaçant le centre de gravité. • Tonus moindre des muscles abdominaux.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à son accompagnant, les conseils suivants :** • Utiliser de bonnes mécaniques corporelles (voir directives dans Douleur dorsale [**page 3-18**]). • Porter des chaussures avec des talons plats. **Conseiller à la patiente de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Engourdissement, faiblesse ou émaciation musculaires, difficulté à uriner ou à déféquer—pouvant indiquer une maladie neurologique Démarche très dandinate. Instabilité de la hanche/bassin—pouvant indiquer la séparation de la symphyse pubienne (symphysiotomie spontanée) ou de l'une des articulations sacro-coccygienne pendant le travail

TROUBLES COURANTS LORS DE LA PERIODE NEONATALE

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
POITRINE, ABDOMEN, MOIGNON DU CORDON ET PARTIES GENITALES EXTERNES DU NOUVEAU-NE			
Pertes vaginales de glaire ou de sang Commencent le plus souvent pendant la première semaine de la vie.	• Causées par l'exposition du bébé aux hormones pendant la grossesse	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • Les pertes vaginales devraient disparaître dans les 7 jours après la naissance. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	
Seins enflés Commencent le plus souvent pendant la première semaine de la vie. **Normal/ variation normale :** Pouvant produire une petite quantité de lait	• Causés par l'exposition du bébé aux hormones pendant la grossesse	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • Les seins peuvent rester enflés pendant 6 mois. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Ne jamais presser ou manipuler les seins. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Rougeur, stries, sensibilité—pouvant indiquer une infection
Lèvres enflées Notées le plus souvent à la naissance.	• Causées par l'exposition du bébé aux hormones pendant la grossesse	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • Les lèvres enflées devraient revenir à la normale dans les 2 à 4 semaines qui suivent l'accouchement. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
POITRINE, ABDOMEN, MOIGNON DU CORDON ET PARTIES GENITALES EXTERNES DU NOUVEAU-NE (SUITE)			
Sac scrotal enflé— Œdème ou hydrocèle Noté le plus souvent à la naissance. **Normal/variation normale** : L'enflement d'une hydrocèle peut augmenter lorsque le bébé est tenu en position debout ou quand il pleure et diminuer quand le bébé est couché et se repose.	• L'œdème du sac scrotal peut être causé par la pression lors du travail et de la naissance, surtout en cas d'accouchement par le siège. • L'hydrocèle est causée par les fuites de liquide dans le sac scrotal provenant de la cavité péritonéale quand un petit trou connectant la cavité péritonéale et le scrotum ne s'est pas encore refermée.	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • L'œdème du sac scrotal disparaît dans les 7 jours suivants la naissance. • L'hydrocèle disparaîtra dans les 6 à 12 mois. • Pas de soins spéciaux nécessaires pour l'une ou l'autre de ces affections. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Grosseur dans l'aine quand le bébé pleure, enflement persistent allant de l'aine au scrotum—pouvant indiquer une hernie inguinale
Prépuce serré Noté le plus souvent à la naissance. **Note** : La plupart des enfants de sexe masculine naissent avec un prépuce qui ne peut pas être tiré en arrière pour voir la tête du pénis.	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Le prépuce serré disparaît généralement à l'âge d'un an. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Ne pas tirer en arrière le prépuce. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Enflement du pénis, incapacité à éliminer l'urine—pouvant indiquer une infection ou une anormalité anatomique
Hernie ombilicale— Protrusion à la base de l'ombilic qui n'est pas recouverte par une peau Notée le plus souvent à la naissance. **Normal/ variation normale :** Est plus prononcée quand le bébé pleure	• Causée par le liquide de l'abdomen ou une boucle de l'intestin qui émerge à travers les muscles de l'abdomen	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • L'hernie ombilicale disparaît généralement à l'âge d'un an. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Ne pas bander l'abdomen du bébé pour « aplatir » la saillie. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Vomissement persistant, mouvements intestinaux anormaux—pouvant indiquer une obstruction intestinale

TROUBLES COURANTS LORS DE LA PERIODE NEONATALE (*SUITE*)

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
TETE, VISAGE, BOUCHE ET YEUX DU NOUVEAU-NE			
Bosse séro-sanguine— Enflement oedémateux sur la partie de la tête qui est sortie en premier de la filière génitale Commence le plus souvent à la naissance.	• Causée par la pression exercée sur la tête lors de la naissance	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • La bosse disparaît généralement dans les 2 à 3 jours qui suivent la naissance. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Si la tête ne reprend pas sa forme normale dans les 72 heures, cela pourrait indiquer une malformation cérébrale ou du crâne Grande tête avec larges sutures—pourrait indiquer une hydrocéphalie Enflement partout sur le cuir chevelu (pas uniquement confiné dans les lignes de suture) qui ressemble à une éponge et bébé qui pleure quand on touche ; augmentation de la circonférence de la tête après la naissance—pourrait indiquer une hémorragie subcranienne
Céphalhématome— Enflement de la tête qui ne dépasse pas les lignes de suture et qui est ferme au toucher ; généralement d'un côté de la tête Commence le plus souvent à la naissance ou dans les 24 heures qui suivent la naissance.	• Causé par un saignement sur la surface externe des os crâniens et du cuir chevelu suite à la pression exercée sur la tête pendant la naissance	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • La taille du céphalhématome peut augmenter légèrement 3 à 5 jours après la naissance ou peut rester stable. • Il faudra attendre jusqu'à 12 semaines pour qu'il disparaisse entièrement. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Si la tête ne reprend pas sa forme normale dans les 72 heures, cela pourrait indiquer une malformation cérébrale ou du crâne Enflement partout sur le cuir chevelu (pas uniquement confiné dans les lignes de suture) qui ressemble à une éponge et bébé qui pleure quand on touche ; augmentation de la circonférence de la tête après la naissance—pourrait indiquer une hémorragie subcranienne Bouche, langue et/ou membres bleus—pouvant indiquer une cyanose Couleur jaune de la peau—pouvant indiquer une jaunisse
Perles épithéliales— Petites kystes blancs sur les gencives ou le palais Notées le plus souvent à la naissance.	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Les kystes devraient disparaître en l'espace d'un ou deux mois. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Large taches blanches et épaisses dans la bouche—pourrait indiquer une mycose (muguet)

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ HYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
TETE, VISAGE, BOUCHE ET YEUX DU NOUVEAU-NE (SUITE)			
Modelage ou chignon— Malformation de la tête, bosse causée par la ventouse au moment de la naissance Commence le plus souvent à la naissance.	• Causé par les os du crâne s'ajustant au bassin au moment du travail et de la naissance	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • Modelage ou chignon devrait disparaître en l'espace de 2 à 3 jours. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Si la tête ne reprend pas sa forme normale dans les 72 heures, cela pourrait indiquer une malformation cérébrale ou du crâne Grande tête avec larges sutures—pouvant indiquer une hydrocéphalie Très petite tête—pouvant indiquer une malformation cérébrale Enflement partout sur le cuir chevelu (pas uniquement confiné dans les lignes de suture) qui ressemble à une éponge et bébé qui pleure quand on touche ; augmentation de la circonférence de la tête après la naissance—pourrait indiquer une hémorragie subcranienne
Hémorragie sous-conjonctivale— Tache rouge vif sur la sclère Commence le plus souvent à la naissance.	• Causée par le saignement des capillaires de la sclère suite à la pression exercée sur la tête et les yeux pendant le travail et l'accouchement	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • L'hémorragie sous-conjonctivale devrait disparaître en l'espace de deux à trois semaines. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Si la rougeur ne disparaît pas en l'espace de 3 semaines, cela pourrait indiquer un traumatisme ou une autre affection anormale (à savoir infection, conjonctivite hémorragique ou anormalité congénitale)
Paupières enflées ou rouges Commencent le plus souvent à la naissance.	• Causés par la pression exercée sur le visage et les yeux pendant le travail et l'accouchement • Pourraient également être dus à une irritation locale provenant de gouttes ou de crèmes antibiotiques	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • L'enflement et l'irritation devraient disparaître en l'espace de 48 heures. • Nettoyer les yeux avec une solution salée stérile ou de l'eau bouillie et refroidie, 4 fois par jour jusqu'à ce que les yeux ne soient plus ni rouges ni enflés. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Si l'enflement/irritation ne s'améliore pas, si du pus apparaît ou des pertes aqueuses—pourrait indiquer une infection

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
TETE, VISAGE, BOUCHE ET YEUX DU NOUVEAU-NE (SUITE)			
Attache de la langue— Bande de tissu sous la langue et le palais qui semble trop courte et serrée. Notée le plus souvent à la naissance.	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • L'attache va s'étendre quand le bébé va grandir. • La bande ne devrait jamais être coupée. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
PEAU DU NOUVEAU-NE			
Acné— Petits boutons rouges sur le visage, le dos et la poitrine Commence le plus souvent à l'âge de 2 semaines.	• Cause par l'exposition du bébé aux hormones de la mère pendant la grossesse	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • L'acné ne devrait persister que quelques semaines mais risque de ne disparaître que vers l'âge de 6 mois. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Ne pas utiliser de savons spéciaux ou appliquer des crèmes ou pommades car ils ne font qu'empirer l'acné. **Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Pustules ou ampoules avec liquide clair- pouvant indiquer une infection de la peau

TROUBLES COURANTS LORS DE LA PERIODE NEONATALE (*SUITE*)

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
PEAU DU NOUVEAU-NE (SUITE)			
Erythème fessier— Rougeur et irritation dans l'aine Se présente généralement pendant les premières semaines de la vie.	• Causé généralement par un contact prolongé à des couches/langes humides et sales	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • L'érythème disparaîtra quand le bébé cesse de porter des couches ou quand les couches sont changées plus souvent ou quand on enlève les couches pour laisser sécher cette zone. • Nettoyer et sécher attentivement la région de l'aine chaque fois que les couches sont changées. • Changer les couches/langes plus souvent. • Laisser les fesses du bébé exposées à l'air s'il fait suffisamment chaud. • Si les couches/linges de bébé sont réutilisables, les rincer soigneusement après les avoir lavés, pour que le savon n'irrite pas la peau du bébé. • Ne pas utiliser de savons et ne pas appliquer de crèmes ou de pommades car cela ne fait qu'empirer l'érythème. **Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Des plaques blanches dans la région couverte par les couches/langes peuvent indiquer une infection fongique (muguet) Œdème généralisé (corps enflé), éruptions vésicantes sur les paumes des mains et la plante des pieds, congestions nasales, distension abdominale (provenant d'un foie et/ou rate élargi ou liquide dans l'abdomen— pouvant indiquer une syphilis.
Erythème toxique— Eruption rouge en plaque, avec petits points blancs au milieu des boutons, partout sur le corps sauf les paumes et les plantes des pieds Se présente généralement quand le bébé à deux à trois jours.	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • L'érythème toxique disparaît généralement spontanément pendant les 2 à 4 premières semaines. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Ne pas utiliser de savons spéciaux ni appliquer de crèmes ou pommades car ils ne font qu'empirer l'érythème. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Pustules ou ampoules avec liquide clair —pouvant indiquer une infection de la peau

TROUBLES COURANTS LORS DE LA PERIODE NEONATALE (*SUITE*)

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
PEAU DU NOUVEAU-NE (SUITE)			
Milium— Petits boutons blancs sur le nez, les joues, le front et/ou le menton Se présente généralement les premières semaines de la vie.	• Causé par une obstruction des glandes sébacées	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • Le milium devrait disparaître à l'âge d'un ou deux mois. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Ne pas utiliser de savons spéciaux ni appliquer de crèmes ou de pommades car ils ne font qu'empirer le milium. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Pustules ou ampoules avec liquide clair—pouvant indiquer une infection de la peau
Taches mongoliques— Petites marques de couleur violette au bas du dos ou sur les fesses Notées le plus souvent à la naissance. **Note** : Plus courantes chez les bébés asiatiques, hispaniques et africains	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Les taches disparaissent généralement à l'âge de deux ou trois ans. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
Taches de vin— Taches plates rouge ou violettes sur le visage ou le cou Notées le plus souvent à la naissance.	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Les taches de vin vont disparaître spontanément. • Pas de soins spéciaux nécessaires. • Traitement pourrait être indiqué une fois l'enfant plus âgé. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	

TROUBLES COURANTS LORS DE LA PERIODE NEONATALE (*SUITE*)

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
PEAU DU NOUVEAU-NE (SUITE)			
"Stork bites"— Marques rose/rouge clair sur le nez, les paupières ou la nuque Notées le plus souvent à la naissance.	• Cause inconnue	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • "Stork bites" disparaissent généralement à l'âge d'un ou deux ans. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	
DIVERS (NOUVEAU-NE)			
Pleurs, accrus Se présentent le plus souvent lors des premières semaines de la vie. **Normal/ variation normale :** Souvent pendant quelques heures au même moment de la journée.	• Peuvent être dus à la faim, fatigue ou colique (condition intestinale courante)	**Revoir la base anatomique/physiologique avec la patiente et lui donner, ainsi qu'à sa famille, les conseils suivants :** • Ces pleurs accrus disparaissent généralement à l'âge de 2 ou 3 mois. • Pour trouver la cause des pleurs : alimenter et faire émettre une éructation au bébé (le faire roter) ; changer les couches mouillées ; vérifier qu'aucune aiguille ne pique le bébé. • Le calmer en le tenant/berçant, en l'enveloppant dans des couvertures, en lui parlant doucement et en le baignant. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Pleurs inconsolables et/ou difficultés à le nourrir, fièvre, changement dans les mouvements intestinaux— pouvant indiquer une infection ou des affections aiguës, telles que l'obstruction intestinale Pleurs persistants, d'une voix très aiguë—pouvant indiquer un traumatisme/lésion du cerveau
Respirations irrégulières— Respirations entre 20 et 60 mouvements par minute avec pauses occasionnelles durant moins de 6 secondes Se présentent le plus souvent lors des premières semaines de la vie.	• Dues à l'immaturité du système nerveux central du bébé	**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Les respirations irrégulières devraient s'améliorer pendant le premier mois alors que le bébé grandit. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes s'aggravent ; OU • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent.	

SIGNE OU RESULTAT	BASE ANATOMIQUE/ PHYSIOLOGIQUE	POINTS DE COUNSELING— FOURNIR RASSURANCE ET :	SIGNES D'ALERTE POUVANT EVOQUER UN PROBLEME
DIVERS (NOUVEAU-NE) (SUITE)			
Réflexe de tressaillement (ou réflexe de Moro)— Rigidité rapide et symétrique du corps en réponse au toucher ou à un bruit soudain. Noté le plus souvent à la naissance **Normal/ variation normale:** Les bras s'ouvrent vers l'extérieur puis reviennent vers le corps en un seul mouvement sans à-coup.		**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Le réflexe de tressaillement est un réflexe normal chez les nouveau-nés arrivés à maturité et n'indique pas de danger de convulsions ou autres problèmes cérébraux. • Ce réflexe disparaîtra à l'âge de 2 à 4 mois. • Pas de soins spéciaux nécessaires. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Des sursauts continus (mouvements rapides et symétriques et secousses isolées des membres)—pouvant indiquer un taux faible sanguin de glucose ou une septicémie Mouvements asymétriques des bras et/ou des jambes—pouvant indiquer un traumatisme à la naissance
Vomissements Se présente le plus souvent pendant la première semaine de la vie. **Normal/ variation normale:** Survient après certaines ou toutes les tétées et/ou pendant les rots quand une petite quantité de lait remonte.		**Donner des conseils à la patiente et à sa famille dans les cas suivants :** • Continuer à alimenter le bébé sur demande. Si la mère nourrit le bébé en utilisant une tasse ou une cuillère, faire attention à ne pas lui donner trop. Encourager de petits repas plus fréquents. • Encourager la mère à tenir le bébé avec la tête plus haute que l'estomac, immédiatement après qu'il a mangé. • Lorsque le bébé termine avec un sein, l'asseoir doucement pour qu'il rote pour sortir l'air de l'estomac avant de lui donner le second sein. • Tenir doucement le bébé après les tétées. **Conseiller à la patiente et à sa famille de revenir pour des soins dans les cas suivants :** • Signes/symptômes s'aggravent ; • Signes de danger (**page 4-63**) se présentent ; OU • Signes d'alerte clés (colonne suivante) se présentent.	Difficultés à manger, vomissements—pouvant indiquer une irritation gastrique ou malformation ou obstruction gastro-intestinale Manque de gain de poids, difficultés respiratoires, fièvre, changements dans les mouvements intestinaux—pouvant indiquer une infection et/ou des problèmes intestinaux Sang ou bile dans les vomissements—pouvant indiquer une entérocolite nécrosante ou une malformation ou obstruction gastrointestinale Vomissements persistants—indiquant un signe de danger exigeant référence/transfert

CHAPITRE DIX

BESOINS SPECIAUX

VUE GENERALE

Ce chapitre présente des directives à suivre lorsqu'on prend les mesures nécessaires face à des besoins spéciaux (tel que décrit à la **page 1-31**) qu'un prestataire qualifié peut noter en fournissant des soins aux patientes et aux nouveau-nés pendant la grossesse, le travail et l'accouchement (voir **Note**, ci-après) et lors de la période du post-partum/néonatale. Les patientes et les bébés avec des besoins spéciaux ont besoin de soins en plus des composantes essentielles des soins de base (tel qu'indiqué aux **Chapitres 4–8**). Les directives générales pour dispenser ces soins sont présentées ci-après. (Pour un index des besoins spéciaux de la mère, voir **Encadré 3-3**[**page 3-36**] ; pour un index des besoins spéciaux du nouveau-né, voir **Encadré 3-4** [**page 3-36**].)

Note : Un but important des soins dispensés à une patiente avec des besoins spéciaux lors du **travail** et de l'**accouchement** consiste à déterminer si elle a besoin de soins supplémentaires pendant le travail et l'accouchement ou si ces soins conviennent plutôt à la période du post-partum. Il entre dans la responsabilité du prestataire qualifié de vérifier que toute l'information pertinente est donnée au personnel soignant qui est en charge après la période immédiate du post-partum jusqu'au moment de la sortie de la structure sanitaire. Par exemple :

- Fournir toute l'information concernant les besoins spéciaux retenus
- Faire des recommandations spéciales à propos des soins de la patiente au début de la période du post-partum, par exemple, les préparatifs en cas de complications ou le transfert vers un spécialiste, à un niveau plus élevé de soins ou des soins de soutien
- Faciliter les liens pendant la période du post-partum avec des sources locales de soutien (groupes de défense de la femme, organismes de santé publique, groupes d'entraide mutuelle, organisations des services communautaires)

Pendant l'évaluation

Tenir compte de l'information pertinente dans le tableau suivant (basée sur le besoin spécial, première colonne) pour confirmer si la patiente ou le nouveau-né ne présente aucune affection autre celle entrant dans la portée des soins de base et évaluer la nature exacte (facteurs connexes, gravité, etc.) du besoin. Cette évaluation peut :

- Se concentrer sur les divers éléments de l'évaluation de base, tel que décrit aux **Chapitres 4 à 8** ; et
- Demander des évaluations plus poussées (par exemple, questions, tests supplémentaires).

Lors de la prestation des soins

Une fois achevée l'évaluation plus poussée et confirmé le déroulement normal de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou de la période du post-partum, ou que le nouveau-né ne présente pas de problèmes pouvant mettre sa vie en danger et que les soins de base permettent de répondre de manière adéquate aux besoins spéciaux :

- Parler à la patiente des mesures qui seront prises pour améliorer l'issue de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou de la période du post-partum, ainsi que de sa santé en général ;
- Parler avec la patiente, le partenaire et/ou autre accompagnant quant aux mesures qui seront prises pour répondre aux besoins spéciaux du nouveau-né afin de protéger et/ou d'améliorer sa santé en général ; et
- Envisager l'information pertinente (en fonction du besoin spécial) dans ce chapitrer lorsqu'on planifie et applique le plan de soins de la patiente ou du nouveau-né pouvant demander une ou plusieurs des interventions suivantes :
    - Renforcer divers éléments de la prestation des soins de base, tel que décrit au **Chapitre 4** (**page 2-1**)
    - Ajouter messages de santé et counseling spécial ainsi que d'autres éléments de la prestation des soins

- Faire des recommandations spéciales concernant la préparation à la naissance et les préparatifs en cas de complications (par exemple, établissement particulier comme lieu de la naissance)
- Prévoir des visites supplémentaires des soins prénatals ou du post-partum pour suivre de près la patiente ou des visites supplémentaires pour les soins du nouveau-né afin de suivre de plus près le bébé
- Dispenser le traitement (médicaments) pour guérir, alléger ou traiter l'affection
- Informer les autres soignants de la patiente ou du nouveau-né des problèmes dépistés ainsi que des mesures prises pour traiter ces problèmes
- Vérifier que les autres soignants de la patiente ou du nouveau-né disposent de toute l'information nécessaire concernant la santé et la survie de la patiente ou du nouveau-né
- Informer la patiente des sources locales de soutien (groupes de défense de la femme, organismes de santé publique, groupes d'entraide mutuelle, organisations des services communautaires)

Note : Une femme qui est enceinte, en travail ou qui se trouve dans la période du post-partum ou un nouveau-né qui présente l'un quelconque des besoins spéciaux décrits dans ce chapitre risque également de présenter des **signes/symptômes anormaux** indiquant une affection ou un problème dont le diagnostic ou le traitement n'entre pas dans la portée des soins de base. Ou alors, les besoins de la femme ou du bébé peuvent être tellement complexes que des services de base ne suffiront plus pour prendre en charge ces besoins. Dans de tels cas, le prestataire qualifié devrait faciliter les soins adéquats et/ou le transfert vers un spécialiste, un niveau de soins plus élevé ou des soins de soutien.

Encadré 3-3. Index des besoins spéciaux pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et lors de la période du post-partum

Adolescence (19 ans et moins), page 3-37
Anémie, page 3-41
Brûlure à la miction, page 3-47
Complications maternelles, fœtales ou du nouveau-né liées à une grossesse, un travail/accouchement ou à une période du post-partum/néonatale précédent, page 3-64
Déchirures et incisions lors de la période du post-partum, page 3-78
Ecart taille-date après 22 semaines de grossesse, page 3-73
Ecart taille-date jusqu'à la 22e semaine de grossesse, page 3-72
Excision pendant la grossesse ou le travail, page 3-49
Faux travail, page 3-48
Grossesse multiple, page 3-68
Mort-né ou décès du nouveau-né, page 3-74
Présentation par le siège pendant le travail, page 3-47
Rétention urinaire pendant le travail et la période du post-partum, page 3-79
Rupture des membranes avant le travail ou rupture des membranes plus de 18 heures avant la naissance, page 3-70
Seins et problèmes liés à l'allaitement maternel, page 3-43
Sub-involution utérine, page 3-80
Syphilis, page 3-76
Tristesse du post-partum (« blues »), page 3-69
VIH, page 3-51
Violence à l'égard des femmes, page 3-81
Vivre dans une région où existe une prévalence élevée de diabète pendant la grossesse, page 3-63
Vivre dans une région où l'ankylostomiase est endémique, page 3-58
Vivre dans une région où l'avitaminose A est endémique, page 3-62
Vivre dans une région où la carence en iode est endémique, page 3-61
Vivre dans une région où le paludisme est endémique, page 3-59

Encadré 3-4. Index des besoins spéciaux lors de la période néonatale

Coupures ou abrasions qui ne saignent pas, page 3-83
Gros bébé (4 kg ou plus), page 3-84
Insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg), page 3-85
Mère avec antécédents de rupture de membranes plus de 18 heures avant l'accouchement et/ou infection utérine ou fièvre pendant le travail ou l'accouchement, page 3-86
Mère avec hépatite B, page 3-85
Mère avec tuberculose, page 3-87
Mère infectée par le VIH, page 3-87
Mère souffrant de syphilis, page 3-87

BESOINS SPECIAUX PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT ET LORS DE LA PERIODE DU POST-PARTUM

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Adolescence (19 ans et moins) (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Lors de l'évaluation et des soins de la femme adolescente, se concentrer sur les compétences interpersonnelles mentionnées à l'**Encadré 3-5** (**page 3-38**). **Aspects généraux à envisager :** Buts importants des soins dispensés à la femme adolescente : • Lui fournir l'information dont elle a besoin pour répondre à ses problèmes immédiats ; par exemple, c'est peut-être la première fois qu'elle s'occupe d'un nouveau-né et elle ne dispose pas des compétences maternelles de base. • Identifier et l'aider à surmonter les obstacles dans sa vie, par exemple, aura-t-elle besoin d'une assistance supplémentaire pour obtenir les ressources nécessaires (financement, transport, soutien social) pour exécuter son plan de préparation à la naissance/ préparatifs en cas de complications. • L'aider à reconnaître son droit à recevoir des soins de haute qualité ; par exemple, la mettre à l'aise, lui montrer qu'elle est bienvenue, lui expliquer les services disponibles et vérifier qu'elle comprend comment avoir accès à ses services.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer les circonstances entourant la grossesse pouvant être le résultat d'une relation abusive ou dangereuse (rapports sexuels non protégés ou multiples partenaires ; inceste, agression sexuelle, viol ou rapports sexuels forcés ; exploitation sexuelle, prostitution ou mariage forcé). ➡ **Si la grossesse est le résultat d'une de ces formes d'agression sexuelle**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-81**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation des soins. • Mettre l'accent sur les obstacles entravant les soins, ainsi que les comportements et pratiques nuisibles. • **Pendant la grossesse :** – Confirmer la grossesse, si nécessaire, à l'aide d'un l'examen physique ou test. – Une adolescente qui présente des signes/symptômes de grossesse risque de ne pas savoir qu'elle est enceinte. – Une adolescente peut tomber enceinte avant d'avoir ses règles ou avant que celles-ci ne viennent régulièrement. – Déterminer si elle semble préoccupée ou effrayée par la grossesse ou le travail. ➡ **Si OUI**, voir Sentiments de préoccupation ou de crainte à propos de la grossesse et du travail (**page 3-16**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation des soins. • **Pendant le travail et l'accouchement** : Déterminer si elle a reçu des soins prénatals adéquats. • **Pendant la période du post-partum :** – Déterminer si elle a reçu des soins prénatals ou soins adéquats liés à l'accouchement. – Déterminer si elle a peur de ne pas être capable de s'occuper de son bébé. ➡ **Si OUI**, voir Sentiments d'incapacité, préoccupation ou crainte pendant la période du post-partum (**page 3-15**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation des soins.	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse, le travail ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • L'aider à identifier son « système de soutien personnel » (**Encadré 3-6, page 3-38**). • Lui fournir un soutien nutritionnel (**Encadré 3-7, page 3-39**). • L'aider à formuler le plan de préparation à la naissance et les préparatifs en cas de complications ; vérifier qu'elle : – comprend et participe à la formulation du plan. – est soutenue pour obtenir les ressources dont elle a besoin pour mettre en œuvre son plan de préparation à la naissance/préparatifs en cas de complications. • Apporter messages de santé et counseling avec points saillants pertinents (**Encadré 3-8, page 3-39**). • Faciliter les liens vers les sources locales de soutien (**Encadré 3-9, page 3-40**) avec les adjonctions suivantes : – Autres jeunes mères, qui peuvent démontrer les aspects fondamentaux des soins du nouveau-né (baigner, donner à manger, l'habiller et/ou autres compétences maternelles à la jeune femme, mère pour la première fois) – Ecole ou centres d'éducation professionnelle (pour continuer ses études)

Encadré 3-5. Compétences interpersonnelles à accentuer tout particulièrement chez la femme adolescente

En dispensant les soins de base à la femme adolescente :

- Utiliser une approche aimable, directe, honnête et factuelle à la communication. En effet, une telle approche est nécessaire car les adolescentes sont souvent gênées ou timides en parlant avec des adultes (surtout gênées à propos des questions sexuelles et de leur propre corps).
- Vérifier que l'adolescente est entendue/écoutée par tous ceux présents.
- Ne pas la traiter comme un enfant. La traiter avec respect, renforcer l'estime qu'elle a d'elle-même et créer la confiance pour qu'elle sache qu'elle peut revenir à n'importe quel moment.
- Garantir une confidentialité complète et assurer son droit à l'intimité.
- Répondre à toutes les questions qu'elle peut avoir et l'encourager à poser des questions.
- L'encourager à venir avec un accompagnant à chaque visite.
- Faire participer, autant que possible, les décideurs de la famille et autres personnes ayant de l'influence (avec son autorisation/consentement) lorsqu'on planifie les soins, en les dispensant ou en cas de complications.
- Respecter son droit à prendre des décisions à propos de ses soins et de sa propre vie ainsi que de la vie de son nouveau-né. Lui laisser le temps dont elle a besoin pour prendre des décisions importantes. En cas de complications, vérifier qu'elle comprend la situation et lui laisser le temps nécessaire pour prendre des décisions importantes.
- Si un examen pelvien est nécessaire, se rappeler que c'est probablement la première fois qu'elle a un examen gynécologique et qu'elle pourrait être très angoissée à ce propos. Aussi, est-il particulièrement important de lui expliquer ce qui va se passer, d'obtenir son autorisation/consentement, d'écouter ses préoccupations et de répondre aux questions avant de procéder avec les soins.
- La femme adolescente risque d'être très angoissée à propos de l'examen. Aussi, est-il particulièrement important de lui expliquer ce qui va se passer, d'obtenir son autorisation/consentement, d'écouter ses préoccupations et de répondre aux questions avant de procéder avec les soins.
- Si elle besoin d'information à propos de la grossesse ou du travail et de l'accouchement, lui expliquer ces thèmes dans une langue qu'elle comprend et de manière qui ne l'accable pas.

Pour de plus amples informations sur les **Compétences interpersonnelles**, voir **page 1-46**.

Encadré 3-6. Aider la femme adolescente à identifier son système de soutien

Le système de soutien est composé de personnes avec lesquelles elle a des relations positives qui peuvent :

- L'accompagner aux consultations de soins de base ;
- L'encourager au moment de l'accouchement ;
- L'aider à faire les préparatifs nécessaires à l'accouchement et obtenir des ressources, par exemple, moyens de transport fiables et fonds adéquats pour les complications possibles ;
- La soutenir pour qu'elle observe le plan des soins, surtout pendant la période du post-partum/néonatale ; et
- L'aider à s'occuper d'elle-même et de son bébé.

Encadré 3-7. Soutien nutritionnel pour la femme adolescente

L'adolescente est peut-être encore en train de grandir et de se développer, d'où des besoins nutritionnels plus grands. Les mesures suivantes, outre celles traitées à la **Section 2**, permettront de répondre à ces besoins :

- Faire participer, dans la mesure du possible, les décideurs et autres personnes exerçant une influence (avec son autorisation/consentement) pour vérifier que les demandes physiques de la vie quotidiennes soient compensées par ses apports alimentaires ; à savoir :
  - Qu'elle a accès à une nourriture quand elle a faim,
  - Qu'elle peut éviter des efforts physiques durs, et
  - Qu'elle peut avoir suffisamment de repos.
- Conseiller la patiente :
  - Manger et boire plus fréquemment (se servir en plus et goûters), surtout si elle est très jeune. Plus une adolescente est jeune, plus elle a des exigences nutritionnelles pour sa propre croissance. Se rappeler que son propre développement rivalise avec celui du fœtus ou la production de lait.
  - Eviter de sauter des repas. L'adolescente risque d'être préoccupée par son image corporelle et être tentée donc de manger moins pour éviter de prendre du poids pendant la grossesse ou de perdre rapidement le poids de la grossesse. La rassurer et lui indiquer qu'elle sera en mesure de perdre le poids après la grossesse et souligner l'importance d'une nutrition adéquate pour elle-même et son bébé, surtout si elle allaite.
- Renforcer l'importance des messages suivants :
  - Augmenter l'apport alimentaire en fer et prendre des suppléments de fer/folate, tel qu'indiqué (l'anémie est une affection courante lors des poussées des croissance de l 'adolescente, même sans grossesse) ;
  - Augmenter ses apports alimentaires de calcium pour répondre aux demandes de son développement squelettique en plus des demandes liées à la grossesse et à la production de lait ; et
  - Boire chaque fois qu'elle allaite son bébé.

Note : Si l'adolescente a du mal à avaler des pilules, lui conseiller de les écraser et/ou de les prendre dans des fruits écrasés ou autre nourriture.

Encadré 3-8. Messages de santé et counseling pour la femme adolescente

La discussion des questions suivantes peut revêtir une importance particulière pour la femme adolescente :

- Venir régulièrement et dès le début à toutes les consultations prénatales
- Auto-soins
- Grossesse et déroulement de la naissance
- Rapports sexuels protégés, dont compétences de négociation, utilisation de préservatifs ou s'abstenir des rapports sexuels
- Planification familiale
- Relations mère-bébé-famille
- Techniques pour un allaitement maternel réussi (**Annexe 5, page 4-49**)—en particulier, aider la mère adolescente à faire connaissance de son bébé et se sentir à l'aise en allaitant.
- Soins liés au nouveau-né
- BIenfaits de continuer son éducation et possibilités pour le faire

Note : Utiliser de simples aides visuelles—par exemple, les modèles de placenta et du bassin—lorsqu'on l'informe du développement du fœtus et d'autres questions liées à la grossesse. Utiliser des aides visuelles simples (diagrammes, panneaux muraux, etc.) en discutant de ce qui se passera pendant le travail et l'accouchement. Utiliser de simples démonstrations pratiques des soins du nouveau-né et des soins propres. Généralement, les adolescentes pensent de manière concrète plutôt qu'abstraite.

Encadré 3-9. Faciliter les liens avec des sources locales de soutien

En fonction des besoins spécifiques retenus dans la vie de la femme, l'encourager à se rendre auprès de sources locales de soutien/d'assistance, par exemple :

- Groupes de services féminins et groupes de défense de la femme
- Organismes de santé publique
- Groupes d'entraide mutuelle
- Organisations de services communautaires
- Dirigeants religieux, organisations confessionnelles, églises
- Aînés et dirigeants locaux
- Organes juridiques
- Organisations internationales de secours et bailleurs de fonds
- Groupements professionnels et coopératives
- Diverses sources de soutien qu'elle peut consulter pour l'aider à s'occuper de son bébé après la naissance

Note : Il est important de maintenir une liste à jour des sources locales de soutien/assistance pour pouvoir orienter rapidement la femme vers les services dont elle a besoin.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Anémie (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager :** Un but fondamental des soins dispensés à une femme souffrant d'anémie pendant la grossesse ou la période du post-partum consiste à prévenir l'anémie grave grâce au counseling nutritionnel ; à la prévention et au traitement des infections à l'origine de l'anémie, telles que le paludisme et l'ankylostomiase ; et l'apport de suppléments en fer/folate. Pendant le travail et l'accouchement, le but de ces soins est de prévenir la perte de sang (prise en charge active du 3e stade du travail) et traitement d'affections associées à l'hémorragie (telles que l'atonie utérine). *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer si un diagnostic de l'anémie a été établi ces 3 derniers mois. • Reconnaître les signes et symptômes de l'anémie. – Symptômes d'anémie tels que faiblesse, fatigue, essoufflement (surtout en faisant du sport), vertiges et évanouissement. – Observation de signes de l'anémie, tels que la pâleur de la conjonctive. ➡ **En cas de signes/symptômes d'anémie ou si un diagnostic de l'anémie a été établi ces 3 derniers mois,** faire un test du taux d'hémoglobine (**page 4-45**) avant de procéder avec les soins : ➡ **Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le taux d'hémoglobine est de 7–11 g/dl**, procéder en faisant une évaluation plus poussée. • Essayer de déterminer la cause possible de l'anémie en fonction de l'anamnèse ou des dossiers médicaux (si disponibles) (**Encadré 3-10, page 3-42**).	Si la femme est en bonne santé (sauf présence d'anémie légère/modérée: hémoglobine 7–11 g/dl) et si la grossesse, le travail ou la période du post-partum se déroule normalement, fournir des soins de base tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Traiter toutes les causes possibles de l'anémie (**Encadré 3-10, page 3-42**). • Renforcer les messages suivants de soutien nutritionnel : – Manger des aliments qui contiennent du fer avec des aliments qui sont riches en vitamine C (agrumes, tomates, pommes de terre) pour augmenter l'absorption. – Eviter de manger des aliments riches en fer avec des aliments qui inhibent l'absorption de fer (thé, café, son de blé). – Eviter de manger des substances non alimentaires nuisibles telles que l'argile (pica). • Conseiller sur l'importance de prendre tous les jours du fer/folate (tel qu'indiqué à la **Section 2**). – Discuter de toute préoccupation ou conception erronée à propos de la prise de fer. – Effets secondaires possibles : – Selles noires, normales – Constipation, gêne courante (**page 3-6**) – Lui conseiller de revenir si elle a des problèmes à prendre les cachets de fer. • A un mois d'intervalle, test du niveau d'hémoglobine pour vérifier qu'elle répond au traitement à base de fer.

Encadré 3-10. Causes possibles de l'anémie et suivi adéquat

- Déterminer si la femme a eu des antécédents de saignement/hémorragie pendant une grossesse ou après la naissance.
  - Pendant la grossesse, poser les questions suivantes : Est-ce qu'elle a eu des saignements abondants après sa dernière grossesse ? A quand remonte sa dernière grossesse ?
    - ➡ **Si elle a eu des saignements abondants après sa dernière grossesse et si sa dernière grossesse est survenue ces 2 à 3 dernières années**, voir Complications maternelles, fœtales ou néonatales de la grossesse précédente, du travail/accouchement ou de la période du post-partum/ néonatale (**page 3-64**) avant de procéder avec des soins supplémentaires.
  - Lors de la période du post-partum, poser les questions suivantes : Est-ce qu'elle a saigné abondamment, avant, pendant ou après cet accouchement ?
    - ➡ **Si OUI mais que la patiente ne saigne plus**, en tenir compte pour l'évaluation plus poussée.
    - ➡ **Si OUI mais que la patiente saigne encore**, AGIR MAINTENANT !—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**page 3-104**) avant de procéder avec les soins.
- Est-ce que la femme vit dans une région où le paludisme ou l'ankylostomiase est endémique ?
  - ➡ **Si OUI**, voir Vivre dans une région où le paludisme endémique (**page 3-59**) ou l'ankylostomiase (**page 3-58**) avant de procéder avec des soins supplémentaires.
- Est-elle séropositive-VIH ?
  - ➡ **Si OUI**, voir VIH (**page 3-51**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation des soins.
- Est-ce qu'elle souffre d'une infection chronique, telle que tuberculose, paludisme, syphilis ou autre maladie infectieuse ; d'un trouble génétique tel que drépanocyte ou thalassémie majeure ; ou est-ce qu'elle perd du sang dans les urines ou les selles ?
  - ➡ **Si OUI OU si la cause de l'anémie est inconnue**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après les soins de base.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Problèmes des seins et de l'allaitement maternel : • Attachement/succion inefficace • Mauvaise technique (maintien, positionnement) • Douleur ou gêne suite à des seins engorgés, des canaux bloqués, des mamelons douloureux, craquelés ou une mastite* • Mamelons plats ou rentrés • Préoccupations de la mère à propos d'une quantité insuffisante de lait • Signes d'apport inadéquat (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) (** Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	Faire une évaluation de base (avec observation de l'allaitement maternel), tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes en fonction des signes/symptômes ou de l'affection qui se présente. • Rechercher des signes d'apport inadéquat (le bébé urine moins de 6 fois par jour après les premières 48 heures). ➡ **En cas de signes d'apport inadéquat**, évaluer les causes possibles : – Le bébé ou la mère est malade (en fonction de l'évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7 ou 8** [**page 2-84 ou 2-109**]). – Le bébé a un bec de lièvre. – Le bébé est né prématuré ou avec une insuffisance/ pondérale à la naissance. – Attachement/succion inefficace. • Observer la mère et son bébé pendant l'allaitement pour vérifier un bon attachement/succion efficace. ➡ **En cas de signes d'attachement/succion inefficace**, évaluer les causes possibles : – Technique incorrecte (maintien, positionnement). – Le bébé ou la mère est malade (en fonction de l'évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7 ou 8** [**page 2-84 ou 2-109**]). – Le bébé a un bec de lièvre. – La mère a une douleur ou gêne suite à un engorgement mammaire, des canaux bloqués, des mamelons douloureux, craquelés ou une mastite. – La mère a des mamelons plats ou rentrés. ➡ **Si le bébé ou la mère est malade (en fonction de l'évaluation de base) mais sans présenter de signes de danger, ou si le bébé a un bec de lièvre**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **Si le bébé ou la mère n'est pas malade (en fonction de l'évaluation de base) et le bébé n'a pas de bec de lièvre**, fournir des soins supplémentaires, tel qu'indiqué dans la colonne suivante, en fonction des signes/symptômes ou affection qui se présente. ➡ **Si un abcès (grosseur dure ou lésion rouge fluctuante) se développe au sein**, voir Fièvre ou pertes vaginales malodorantes (**page 3-117**) avant de procéder avec les soins.	Si la période du post-partum/néonatale se déroule normalement (exception faite des problèmes des seins/allaitement maternel), fournir des soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Encourager la femme à continuer l'allaitement maternel exclusif. (Pour des informations supplémentaires à propos des avantages de l'allaitement maternel, voir Allaitement maternel ou utilisation d'un produit de substitution du lait maternel [**page 4-49**].) • Suivre les directives ci-après : – Pour un attachement/succion inefficace, voir **Encadré 3-11** (**page 3-44**). – Pour une technique incorrecte : – Apporter un soutien pour l'allaitement maternel (**page 4-49**). – Lui demander de revenir pour des soins si les difficultés persistent ou s'empirent. – Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger. – Pour les seins engorgés/canaux bloquées, voir **Encadré 3-12** (**page 3-44**). – Pour les mamelons douloureux/craquelés, voir **Encadré 3-13** (**page 3-45**). – Pour la mastite, voir **Encadré 3-14** (**page 3-45**). – Pour les mamelons plats ou rentrés, voir **Encadré 4-1** (**page 4-50**). – Pour les préoccupations maternelles à propos d'une quantité insuffisante de lait, voir **Encadré 3-15** (**page 3-46**). – Pour un apport inadéquat, voir **Encadré 3-16** (**page 3-46**).

Encadré 3-11. Soins supplémentaires pour un attachement/succion inefficace

- Encourager le contact peau-à-peau pour que le bébé puisse explorer les seins de la mère, trouver l'aréole et les mamelons, et l'attacher lui-même/elle-même de manière relaxée (pour la mère et la bébé).
- Aider la mère à positionner le bébé de manière la plus confortable pour elle-même et son bébé.
  - La position sous le bras permet à la mère de contrôler davantage la tête du bébé.
  - Se pencher au-dessus du bébé pour que le sein tombe dans la bouche du bébé peut l'aider à prendre une plus grande partie dans la bouche.
  - Pour de plus amples informations sur le positionnement, voir Soutien à l'allaitement maternel (**page 4-49**).
- Aider la mère à positionner le bébé près d'elle avec les hanches fléchies pour que le bébé n'ait pas besoin de tourner la tête pour atteindre le sein. Sa bouche et son nez devraient être face au mamelon. Demander à la mère :
  - D'orienter la lèvre inférieure du bébé en dessous de l'aréole et la lèvre supérieure au même niveau que le mamelon. Amener le bébé à hauteur du mamelon. Rapprocher le bébé en soutenant le dos plutôt que l'arrière de la tête.
  - Soutenir le sein pour qu'il ne presse pas sur le menton du bébé. Le menton du bébé devrait rentrer dans le sein.
  - Pour de plus amples informations sur le soutien du sein, voir Soutien à l'allaitement maternel (**page 4-49**).
  - ➡ Si la position est bonne et si le bébé ne tète pas bien, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- Lui demander de revenir pour des soins si les difficultés persistent ou empirent.
- Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications.
  - Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles.
  - Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-12. Soins supplémentaires pour les seins engorgés/canaux obstrués

- Expliquer à la femme que l'engorgement des seins est normal quand le lait commence à monter environ 2 à 3 jours après la naissance. Certes, cela est douloureux mais lui expliquer que cela s'améliore avec le temps.
- Conseiller à la femme d'utiliser la méthode suivante pour vider les seins :
  - Utiliser de l'eau chaude ou des compresses chaudes avant de donner le sein ou masser doucement le sein pour que le lait s'écoule plus aisément.
  - Extraire une petite quantité de lait (**Encadré 4-2, page 4-51**) avant la tétée pour adoucir le sein et permettre au bébé de mieux s'attacher.
  - Donner le sein au bébé toutes les deux heures jour et nuit.
  - Laisser le bébé téter aussi longtemps qu'il/elle le souhaite à chaque sein.
  - Changer de position à chaque tétée pour que tous les canaux soient vidés.
- Egalement lui faire les suggestions suivantes :
  - Pour soulager la douleur, appliquer des compresses froides entre les tétées.
  - Si le traitement non pharmacologique ne soulage pas suffisamment, on peut prendre 500 mg de paracétamol 30 minutes avant l'allaitement maternel.
  - Porter un soutien-gorge bien ajusté.
  - Eviter un soutien-gorge trop serré qui peut comprimer un canal—d'où l'obstruction.
- Lui conseiller de revenir si la douleur ou la gêne persiste ou si les seins deviennent rouges, chauds, plus douloureux ou si elle a de la fièvre ou des frissons.
- Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications.
  - Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles.
  - Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-13. Soins supplémentaires pour mamelons douloureux et craquelés

Note : NE PAS exécuter les étapes montrées dans cet Encadré TANT QUE NE SONT PAS SUIVIES les mesures dans les colonnes de l'EVALUATION PLUS POUSSËE et de la prestation de soins.

- Faire les suggestions suivantes à la femme :
  - Vérifier que le bébé est bien attaché lorsqu'il tète et que la bouche du bébé encercle l'aréole entière.
  - Commencer par lui donner le sein qui est le moins douloureux.
    - ➡ **Si un mamelon seulement est très craquelé**, donner l'autre sein pendant deux jours ou plus pendant que guérit le mamelon affecté. Extraire régulièrement le lait du sein non utilisé pour vérifier une production continue de lait.
  - Lorsqu'on retire le bébé du sein, faire cesser en douceur la succion, de la manière suivante :
    - Tirer doucement sur le menton du bébé ou le coin de sa bouche ; OU
    - Mettre un doigt sur le coin de la bouche du bébé.
  - Mettre un peu de lait sur le mamelon et l'aréole après chaque tétée et laisser sécher.
  - Appliquer de la lanoline pure aux mamelons entre les tétés.
  - Laver les seins seulement une fois par jour et ne pas utiliser de savon et d'alcool sur les seins.
  - Si les traitements pharmacologiques ne soulagent pas suffisamment, on peut prendre 500 mg de paracétamol 30 minutes avant l'allaitement, si nécessaire.
  - Porter un soutien-gorge bien ajusté qui soutient bien les seins.
  - Eviter de porter un soutien-gorge serré car cela peut irriter les mamelons.
- Lui conseiller de revenir pour des soins supplémentaires si la douleur ou la gêne persiste ou s'aggrave.
- Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications.
  - Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles.
  - Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-14. Soins supplémentaires pour la mastite

Note : NE PAS exécuter les étapes suivantes dans cet Encadré TANT QUE NE SONT PAS SUIVIES LES MESURES des colonnes de l'EVALUATION PLUS POUSSEE et de la prestation de soins.

- Traiter la femme avec les produits suivants :
  - 500 mg de cloxacilline par voie buccale chaque jour pendant 10 jours ; OU
  - 250 mg d'érythromycine par voie buccale trois fois par jour pendant 10 jours.
- Encourager la femme à :
  - Continuer d'allaiter
  - Porter un soutien-gorge bien ajusté
  - Appliquer des compresses fraîches sur les seins entre les tétées pour diminuer la douleur et l'enflement
  - Boire au moins 12 verres de liquides par jour
  - Laver les mains aussi souvent que possible avant de toucher les seins
- Administrer 500 mg de paracétamol trois fois par jour par voie buccale, si nécessaire.
- Lui conseiller de revenir dans 3 jours pour voir la réaction ou plus tôt si la douleur ou la gêne persiste ou en cas de nodule dur ou de lésion rouge et fluctuante dans le sein.
- Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications.
  - Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles.
  - Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-15. Soins supplémentaires si la mère est préoccupée de ne pas avoir suffisamment de lait

C'est l'angoisse de la mère qui pense qu'elle n'a pas suffisamment de lait qui prédomine plutôt qu'une production insuffisante. En effet, si le bébé urine au moins 6 fois par jour (après les premières 48 heures) c'est qu'il reçoit suffisamment de lait.

➡ **Si le bébé urine moins de 6 fois par jour (après les premières 48 heures)**, voir Apport inadéquat (**Encadré 3-16**, ci-après).

- Aider la mère à se détendre et à savoir que le bébé aura suffisamment de lait. Si la mère est très préoccupée, son réflexe d'évacuation du lait risque de ne pas bien fonctionner et elle aura l'impression de ne pas avoir suffisamment de lait.

➡ **Si le lait n'est pas encore monté (avant le 2e ou le 3e jour)** rassurer la mère en lui faisant savoir que le colostrum suffit pour répondre aux besoins du bébé pour le moment.

- Rappeler à la mère que presque toutes les femmes produisent suffisamment de lait pour un ou plusieurs bébés et que si le bébé ne reçoit pas suffisamment de lait c'est parce qu'il ne tète pas assez ou pas assez longtemps—ce n'est pas parce que la mère n'a pas assez de lait.
- Expliquer à la mère qu'au fur et à mesure que le bébé tète davantage, les seins sont vidés à chaque tétée, donnant ainsi l'impression à la mère qu'elle n'a pas suffisamment de lait.
- Vérifier que la mère mange assez et qu'elle est en mesure de se reposer et de dormir quand le bébé dort.
- La mère devrait boire suffisamment de liquides pour étancher sa soif (et un verre par tétée, soit 2 litres par jour) mais elle n'a pas besoin de se forcer à boire pour produire du lait. Elle ne doit pas boire trop de liquides contenant de la caféine car cela augmente les mictions.
- La mère ne doit pas prendre des contraceptifs oraux combinés pendant les 6 premiers mois après la naissance car cela peut diminuer la quantité de lait. En outre, l'alcool et le tabac diminuent également la production de lait.
- Lui conseiller de revenir pour des soins si les difficultés persistent ou s'aggravent.
- Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications.
  - Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles.
  - Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-16. Soins supplémentaires pour apport inadéquat

Note : NE PAS EXECUTER les étapes suivantes TANT QUE NE SONT PAS SUIVIES les mesures indiquées dans les colonnes de l'EVALUATION PLUS POUSSEE et de la prestation de soins.

Si le bébé ne reçoit pas assez de lait, tel qu'en témoigne le fait qu'il urine moins de 6 fois par jour après les 48 premières heures :

- Demander à la mère de compléter l'allaitement en extrayant le lait entre les tétées et en donnant au bébé le lait avec une cuillère et une tasse, immédiatement après l'allaitement (**page 4-54**).
- Vérifier que la mère laisse le bébé téter souvent et sur demande pour maintenir une production suffisante de lait :
  - Donner le sein au bébé aussi souvent qu'il le souhaite—toutes les 2 heures jour et nuit. Réveiller le bébé toutes les 3 heures pour lui donner à manger s'il dort pendant longtemps.
  - Laisser le bébé téter aussi longtemps qu'il le souhaite, à chaque sein.
  - Vider manuellement les seins en extrayant le lait (**Encadré 4-2, page 4-51**) si le bébé arrête de téter quand le sein est encore rempli.
- Lui conseiller de revenir si les difficultés persistent ou s'aggravent.
- Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications.
  - Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles.
  - Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Présentation par le siège pendant le travail (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer le stade/phase du travail de la patiente (**Tableau 2-8, page 2-70**) si ce n'est déjà fait. ➡ **Si la femme est entrée dans le 1er stade du travail**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la femme est entrée dans le 2e stade du travail**, faire un examen vaginal, si ce n'est déjà fait, pour déterminer le type de siège (**Diagramme 4-3, page 4-12**): franc, complet ou présentation du siège/mode du pied ➡ **Si présentation par le siège/mode des pieds**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si présentation par le siège franc ou complet**, procéder avec des soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la femme est en bonne santé et que le travail se déroule normalement (exception faite de la présentation par le siège), fournir des soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. ➡ **Si la femme est entrée dans le 2e stade du travail et que le fœtus est en présentation par le siège franc ou complet**, voir **page 4-11** pour l'intervention pour l'accouchement par le siège.
Brûlure à la miction (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. ➡ **Si la femme est dans la période du post-partum**, confirmer que les brûlures ne sont pas « externes », causées par l'urine s'écoulant sur un périnée traumatisé (déchirure ou épisiotomie) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la brûlure est externe**, voir Déchirures et incisions pendant la période du post-partum (**page 3-78**). ➡ **Si la brûlure n'est pas externe**, continuer avec une évaluation plus poussée. • Culture et sensibilité sur un prélèvement des urines (méthode du jet), si les installations/personnel sont disponibles. • Evaluer présence de fièvre (température de 38°C ou plus) et douleur au flanc/aine. ➡ **Si la femme a de la fièvre ou une douleur au flanc/aine**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou écoulement vaginal malodorant (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la femme n'a pas de fièvre ou de douleur au flanc/aine**, procéder avec des soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la femme est en bonne santé et que le travail se déroule normalement (exception faite de la brûlure à la miction), et que sa grossesse, son travail ou sa période du post-partum se déroulent normalement, fournir des soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Commencer le traitement de la cystite en attendant les résultats de la culture et de la sensibilité. Changer le traitement en fonction de la sensibilité, si nécessaire. Administrer : – Un cachet d'amoxicilline (500 mg) toutes les 8 heures pendant 3 jours ; OU – Un cachet de triméthoprim/sulfaméthoxazole (160 mg/800 mg) toutes les 12 heures pendant 3 jours. • L'encourager à boire davantage. • Lui recommander de revenir si les symptômes persistent ou empirent OU si elle a de la fièvre ou une douleur au flanc/aine—pouvant indiquer une pyélonéphrite aiguë. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre pour obtenir de l'aide en cas de signe de danger ou si son état ne commence pas à s'améliorer après 2 jours.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Faux travail (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager :** Même quand une femme a des contractions, elle peut être en faux travail. Si on soupçonne un faux travail en fonction des critères de diagnostic indiqués au **Tableau 2-8** (**page 2-70**), une évaluation plus poussée et des soins supplémentaires devront être dispensés.	➡ **Si la femme a des contractions et qu'elle se trouve à moins de 37 semaines de grossesse**, faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Continuer à suivre les signes vitaux de la femme et le rythme cardiaque fœtal. ➡ **Si elle se trouve à plus de 37 semaines de grossesse**, l'encourager à marcher et à se déplacer. • Réexaminer la patiente après 4 heures pour évaluer les signes/symptômes (dilatation du col, contractions, sécrétions vaginales) indiquant le début du travail : – Une dilatation progressive du col indique le début du travail. – Des contractions qui sont de plus en plus fréquentes et/ou de plus en plus longues (avec ou sans pertes teintées de sang, bouchon muqueux et rupture des membranes) souvent signifient le début du travail—bien qu'elles ne permettent pas d'en établir formellement le diagnostic. ➡ **Si le col s'est dilaté depuis le dernier examen**, procéder avec les soins de base pendant le travail et l'accouchement (**Chapitre 6, page 2-39**). ➡ **Si les contractions deviennent de plus en plus fréquentes et/ou de plus en plus longes (avec ou sans pertes teintées de sang, bouchon muqueux et rupture des membranes), mais si le col NE s'est PAS dilaté depuis le dernier examen :** – Recommander à la patiente de continuer à marcher et à se déplacer. La réexaminer après 4 heures pour évaluer les signes/symptômes (dilatation du col, contractions, sécrétions vaginales) indiquant le début du travail. ➡ **Si la dilatation du col atteint 1 à 3 cm, mais si la dilatation progressive cesse ensuite**, voir Déroulement défavorable du travail (**page 3-110**) pour de plus amples informations sur une évaluation et des soins supplémentaires. ➡ **S'il n'y a pas de changement dans la dilatation du col, les contractions ou en présence d'écoulement teinté de sang, de bouchon muqueux ou de rupture de membranes et si tous les autres paramètres sont normaux**, la femme n'est pas entrée en travail et ne devrait pas être admise dans la salle de travail (ou préparée pour l'accouchement) pour le moment. Procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). ➡ **Si le col s'est dilaté depuis le dernier examen**, procéder avec les soins de base du travail et de l'accouchement (**Chapitre 6, page 2-39**).	• Apporter soutien et encouragement, remercier la femme d'être venue et lui communiquer les messages et conseils suivants : – Importance d'un repos suffisant et d'un bon apport d'aliments liquides – Différences entre le vrai travail et le faux travail – Quand faut-il revenir à l'établissement ou appeler le prestataire qualifié • Revoir les signes de danger et le plan de préparation à la naissance et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre pour obtenir de l'aide en cas de signe de danger.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Mutilation sexuelle pendant la grossesse ou le travail (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Les soins dispensés à la patiente avec excision visent à éviter que ses complications ne se répercutent négativement sur la grossesse et la mère et son bébé pendant le travail et l'accouchement.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer le type de mutilation sexuelle. Il existe trois types courants d'excision : – Clitoridectomie (Type I), avec ablation d'une partie ou de l'intégralité du clitoris (**Diagramme 3-1, page 3-50**). – Excision (Type II), avec ablation d'une partie ou de l'intégralité et du prépuce du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres (**Diagramme 3-2, page 3-50**). – Infibulation (Type III), avec ablation du clitoris et des petites lèvres et incision dans les grandes lèvres recousues, créant un capuchon de peau sur l'urètre et la partie antérieure de l'orifice vaginal (**Diagramme 3-3, page 3-50**). – Un nombre d'autres interventions non qualifiées sont possibles : – Incision, "piercing" ou étirement du clitoris et/ou des lèvres – Cautérisation du clitoris et des tissus connexes – Raclage ou coupure du vagin ou introduction de substances corrosives dans le vagin • Déterminer si les cicatrices sont compliquées par d'autres facteurs (chéloïdes ou kystes dermoïdes, pouvant bloquer l'ouverture vaginale ; ulcérations muqueuses infectées ; kystes bénins). ➡ **Si la femme a une excision Type I ou II et si la cicatrice n'est pas compliquée par d'autres facteurs**, procéder avec des soins supplémentaires (colonne suivante). ➡ **Si la femme a une excision de Type III et si la cicatrice n'est pas compliquée par d'autres facteurs**, procéder avec des soins supplémentaires (colonne suivante) pouvant inclure la défibulation. ➡ **Si la cicatrice est compliquée par d'autres facteurs** faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**), après la prestation des soins de base. – **Pendant le travail :** ➡ **Si la cicatrice de l'excision est compliquée par d'autres facteurs qui bloquent l'ouverture vaginale**, faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.	Si la femme est en bonne santé et que la grossesse ou le travail et l'accouchement se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Excision de Type I ou II non compliquée :** • **Avant l'accouchement** : Rassurer la femme et lui indiquer que l'excision ne compliquera pas l'accouchement. Si ce type d'excision est chose courante dans sa culture, elle comprendra probablement qu'elle n'a pas besoin d'intervention spéciale pour accoucher, mais il est quand même utile de la rassurer. • **A n'importe quel moment tout au long du cycle de la procréation** : Informer la femme et son partenaire des effets éventuellement nuisibles de l'excision sur la grossesse, le travail et l'accouchement et la période du post-partum, surtout si le nouveau-né est de sexe féminin. **Excision de Type III non compliquée :** • **La défibulation est nécessaire** pour enlever l'obstruction à l'ouverture vaginale avant l'accouchement. Voir **page 4-17** pour l'intervention de défibulation. La défibulation peut être réalisée lors du 2e stade du travail, alors qu'apparaît la tête du bébé, mais le meilleur moment se trouve pendant le 2e trimestre de grossesse—pour éviter tout risque d'infection et de saignement pendant l'accouchement. • **Avant la défibulation** : Informer la patiente et son partenaire de l'intervention et de l'importance de ne pas essayer de réinfibuler après la naissance. Suivant la culture, le partenaire ou autre décideur de la famille devra être présent lors du counseling. Le couple devrait comprendre que la réinfibulation n'est pas nécessaire et qu'elle est associée à un grand nombre de risques médicaux. Donner à la patiente le temps d'absorber l'information et répondre à ses questions. • **A n'importe quel moment du cycle de procréation** : Informer la patiente et son partenaire des effets nuisibles de l'excision sur la grossesse, le travail et l'accouchement et la période du post-partum, surtout si le nouveau-né est de sexe féminin.

Diagramme 3-1. Type I Zone coupée (gauche) et guérie (droite)

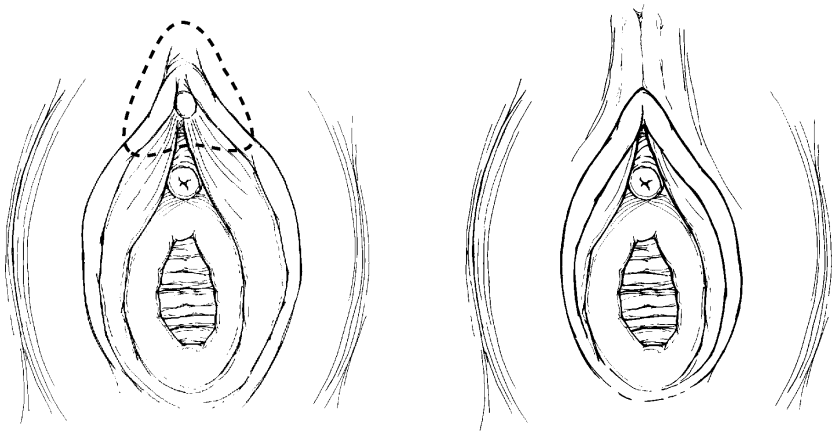


Diagramme 3-2. Type II Zone coupée (gauche) et guérie (droite)

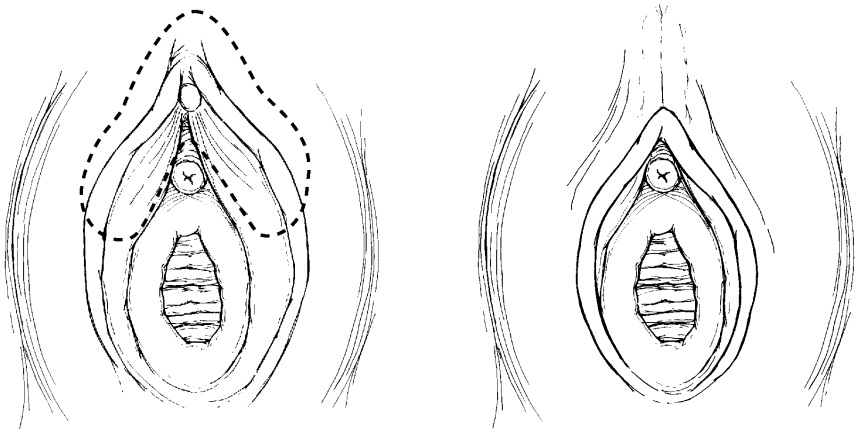
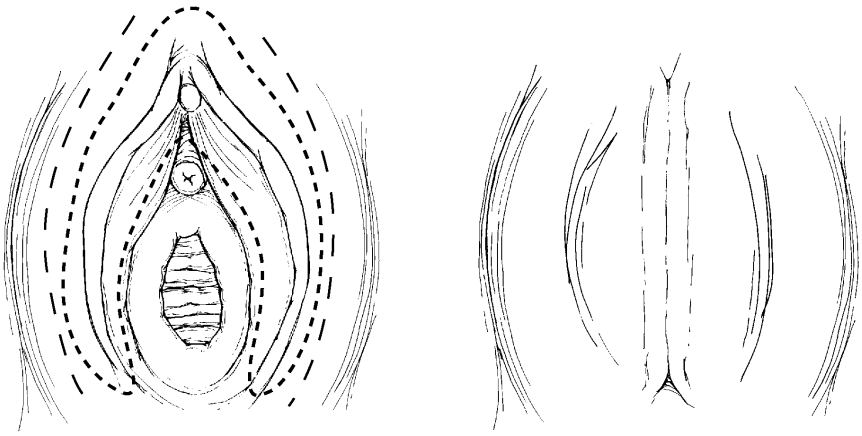


Diagramme 3-3. Type III Zone coupée (gauche) et guérie (droite)



BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
VIH (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Tout au long de l'évaluation et des soins dispensés à une femme séropositive-VIH, utiliser les compétences interpersonnelles suivantes : • Toujours respecter le caractère confidentiel de la femme et de la famille. • Rassurer et encourager. • Etre empathique et ne pas porter de jugement. **Aspects programmatiques à envisager** L'OMS a une stratégie à quatre axes pour la prévention de la transmission mère-à-enfant (TMAE) du VIH : • Prévention du VIH chez les femmes • Prévention des grossesses non souhaitées chez les femmes infectées par le VIH • Prévention de la TMAE du VIH • Soutien pour la femme séropositive-VIH et sa famille Le prestataire qualifié tiendra compte de cette stratégie en fournissant des soins à toutes les femmes en âge de procréer. **Aspects généraux à envisager** : La femme séropositive recevra les mêmes soins de base fournis à toutes les femmes plus des soins supplémentaires, tel que décrit dans cette section. Il ne faut pas ignorer la santé et le bien-être de la femme lorsqu'on cherche à prévenir la transmission mère-à-enfant du VIH. Voici certaines des principaux buts des soins dispensés à la femme séropositive :	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Vérifier que la femme et le nouveau-né, le cas échéant, reçoivent les soins de la part d'un spécialiste du VIH relatifs au traitement de la maladie, les tests supplémentaires, les médicaments prophylactiques contre les infections opportunistes et le traitement antirétroviral (ARV)—si disponibles et appropriés. ➡ **Si elle ne reçoit pas de soins de la part d'un spécialiste du VIH**, orienter la femme et le nouveau-né vers un spécialiste du VIH après la prestation des soins de base. • Evaluer la qualité des systèmes de soutien de la femme et le risque qu'elle court d'être abandonnée ou mal traitée. • Déterminer si la femme (ou le nouveau-né le cas échéant) a suivi un traitement ARV • Dépister les affections co-existantes et signes/symptômes d'autres infections opportunistes (**Encadré 3-17, page 3-53**). ➡ **Si la femme souffre de tuberculose**, lui conseiller de se faire soigner ou de continuer de se faire soigner par un spécialiste. (Voir également Mère avec tuberculose [**page 3-87**], pour des informations sur l'évaluation plus poussée et les soins du nouveau-né.) ➡ **Si la femme a des signes/symptômes d'affections co-existantes et infections opportunistes infections**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **Si la femme n'a pas de signes/symptômes d'affections co-existantes et infections opportunistes**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.	Si la femme est en bonne santé (sauf pour le statut VIH) et que la grossesse, le travail ou la période du post-partum se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **MISE EN GARDE** : Toutes les interventions de style chirurgical (version externe, amniocentèse, rupture artificielle des membranes, utilisation d'électrodes pour le cuir chevelu du nouveau-né, épisiotomie) doivent être évitées chez la patiente séropositive-VIH. ➡ **Si la femme n'a pas encore reçu le résultat de son test et que son test est positif**, lui fournit un counseling post-test en fonction des directives de l'**Encadré 3-18** (**page 3-53**). • Aider la femme à trouver son "'système de soutien personnel" : des personnes dans sa vie—amis, membres de la famille, autres personnes séropositives—avec lesquelles elle peut avoir des relations positives et qui peuvent : – Lui apporter un soutien émotionnel et pratique ; et – L'aider à obtenir les ressources nécessaires et planifier son avenir. • Aider la femme à planifier son avenir en traitant les questions suivantes: – Qui va s'occuper de la femme et de ses enfants si elle tombe malade ? – Ses enfants courent-ils le risque d'être négligés, abandonnés ou maltraités ? – A-t-elle accès à des services de soins de santé et médicaments destinés tout spécifiquement aux personnes séropositives ? • Discuter des options de traitement antirétroviral (ARV) : ➡ **Si la femme suit déjà un traitement avec des antirétroviraux (ARV)**, lui conseiller de continuer le traitement en consultation avec son spécialiste du VIH. ➡ **Si le bébé prend déjà des ARV**, conseiller à la mère de continuer le traitement du bébé en consultation avec le spécialiste du VIH pour bébés ou suivre les directives locales. S'il n'existe pas de directives locales, fournir un traitement ARV en fonction des directives montrées sur les **Tableaux 3-1** (**page 3-54**) et **3-2** (**page 3-55**). ➡ **Si la femme enceinte ou la femme en travail ou le nouveau-né ne suivent pas encore un traitement ARV,** suivre les directives locales pour le traitement ARV. S'il n'existe pas de directives locales, fournir un traitement ARV en fonction des directives montrées sur les **Tableaux 3-1** (**page 3-54**) et **3-2** (**page 3-55**).

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
VIH, *suite*		• Conseiller la patiente à propos des options d'alimentation du nouveau-né—allaitement maternel exclusif ou alimentation de remplacement (**Encadré 3-19, page 3-56**).
• Maximiser et maintenir la santé de la femme et du nouveau-né.		• Insister sur l'importance des préparatifs en cas de complications: la patiente est davantage susceptible aux infections et devrait chercher de l'aide aussi rapidement que possible si elle a des signes/symptômes d'affections coexistantes ou d'infections opportunistes (**Encadré 3-17, page 3-53**) ou en présence de signes de danger indiqués à la **page 4-64**.
• Prévenir la transmission mère-à-enfant du VIH.		• Recommander le transfert pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles et dépistage du cancer du col.
• Aider la femme à identifier/mettre en place son système de soutien personnel.		• Discuter de la planification familiale (**page 4-55**) : – On recommande d'utiliser des condoms pour la protection double contre la grossesse et la transmission du VIH et d'autres IST. – Les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité risquent de ne pas convenir à cause des changements dans le cycle menstruel et de la température suite au VIH ou traitement.
• Orienter la femme et le nouveau-né vers des services de soutien ou soins de santé indiqués.		• Appliquer les mesures de prévention suivantes : ➡ **Si la patiente vit dans une région où l'une des maladies ou carences suivantes sont endémiques**, voir les pages indiquées : – Paludisme (**page 3-59**) – Ankylostomiase (**page 3-58**) – Carence en vitamine A (**page 3-62**) – Carence en iode (**page 3-61**)
• Prévenir la transmission du VIH aux partenaires non infectés.		• Soutien nutritionnel (**Encadré 3-20, page 3-56**).
• Apporter un soutien affectif et counseling pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que pendant la période du post-partum et pour planifier l'avenir.		• Messages de santé et counseling (**Encadré 3-21, page 3-57**).
• Vérifier que la femme reçoit tous les soins et le soutien dont elle besoin pour fournir des soins adéquats à son nouveau-né.		• Liens avec des sources de soutien local (**Encadré 3-9, page 3-40**) et adjonctions suivantes : groupes de soutien communautaire et d'entraide mutuelle pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) et autres programmes de lutte contre le VIH.
(Voir **page 2-35** pour des informations supplémentaires sur les conseils et le dépistage du VIH.)		• **Pendant la grossesse :** – Renforcer l'importance d'avoir un prestataire qualifié présent lors de l'accouchement. – Recommander un lieu de naissance où la patiente et le nouveau-né peuvent recevoir un traitement antirétroviral (ARV) avant et après l'accouchement, pour diminuer le risque de TMAE.
		• **Pendant le travail et l'accouchement :** – Discuter des mesures pour diminuer le risque de TMAE. – Encourager les techniques de relaxation et l'apport suffisant de liquides/aliments pour éviter l'épuisement. – Essuyer avec un linge propre le sang et les sécrétions corporelles de la mère sur le nouveau-né.

Encadré 3-17. Signes/symptômes d'affections et d'infections opportunistes coexistantes chez la femme séropositive-VIH

Les signes/symptômes suivants peuvent indiquer des affections et infections opportunistes coexistantes :

- Signes/symptômes d'infections respiratoires (toux, difficultés respiratoires)
- Signes/symptômes de tuberculose (toux, crachats avec sang, fièvre)
- Signes/symptômes d'infection des voies urinaires (brûlure à la miction, besoins impérieux de miction, mictions plus fréquentes, fièvre)
- Signes/symptômes d'anémie (pâleur, fatigue)
- Signes/symptômes du paludisme (fièvre, frissons, douleurs aux articulations, maux de tête, anorexie)
- Diarrhée persistante
- Nodules lymphatiques élargis
- Candidose orale ou vaginale
- Eruptions, lésions, démangeaisons et infections cutanées
- Infections sexuellement transmissibles
- Faiblesse/engourdissement des extrémités inférieures
- Difficulté à avaler
- Perte de poids prononcée

Encadré 3-18. Counseling post-test pour un résultat positif au test de dépistage du VIH

Si une femme a décidé de se soumettre au test du VIH et que son résultat est positif, lui fournir les conseils et les soins suivants après le test.

- Donner les résultats en rassurant la femme qu'ils sont confidentiels.
- Apporter un soutien affectif :
  - Reconnaître et accepter sa réponse émotionnelle immédiate, déni de la réalité, colère ou tristesse. Faire attention aux signes d'un comportement autodestructeur et menaces de suicide.
  - S'assurer qu'elle ne sera pas seule et qu'elle disposera de soutien pendant les heures et jours à venir.
  - Etre compréhensif et la rassurer face à son incertitude/angoisse à propos du bien-être du bébé. Par exemple, la moindre petite maladie chez le nouveau-né pourrait indiquer qu'elle a infecté son bébé et peut déclencher de très forts sentiments de culpabilité.
- Evaluer le risque d'abandon ou de violence.
  - Lui demander quelle est l'expression typique de colère et de peur du partenaire :
    - Est-ce que le partenaire a recours à la violence physique ou se retire ?
    - Est-ce qu'il est mesure de discuter des problèmes d'une manière utile ?
  - Lui demander si elle a un sentiment de stabilité de la relation :
    - Est-ce qu'elle-même et son partenaire ont fait face à des problèmes par le passé ?

  ➡ **Si on soupçonne des risques de violence**, voir Violence à l'égard des femmes (**page 3-81**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation des soins avant de procéder avec les soins supplémentaires.
- Discuter des questions suivantes, le cas échéant :
  - Transfert pour soins—en fonction des ressources disponibles au niveau local, tel qu'un programme de lutte contre le VIH, un spécialiste du VIH ou un groupe de soutien communautaire du VIH
  - Communication du statut VIH à la famille et aux amis: quel est le bon moment, la bonne approche et à qui ne faudrait-il pas communiquer cette information car cela pourrait être dangereux (techniques de communication en jeu de rôle, si la femme le souhaite)
  - Conséquences du VIH sur la grossesse et l'allaitement (risque d'insuffisance pondérale à la naissance, TMAE)
  - Nécessité d'utiliser des condoms tout au long de la grossesse, de la période du post-partum et après la période du post-partum pour réduire le risque de transmission du VIH
  - Où a-t-elle l'intention de passer les heures ou jours à venir
  - L'état des autres membres du ménage qui pourraient être séropositifs
  - Orientation du partenaire vers les services de conseils et de dépistage du VIH

Tableau 3-1. Protocole de prophylaxie de médicaments antirétroviraux (ARV) pour la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH[1]

SCHEMA THERAPEUTIQUE	PRENATAL (FEMME)	INTRAPARTUM (FEMME)	POST-NATAL (NOUVEAU-NE)	COMMENTAIRES
NEVIRAPINE				
Névirapine (NVP)[a]	Aucun	Comprimés de 200 mg par voir buccale au début du travail	1 dose de 2 mg/kg de sirop dans les 72 heures qui suivent la naissance[b]	• Administration par voie buccale • Peut être observé directement • Traitement cher
ZIDOVUDINE[c]				
Série de brève durée de Zidovudine (ZDV, AZT, Retrovir)[d]	300 mg par voie buccale deux fois par jour dès la 36[e] semaine de la grossesse	300 mg par voie buccale toutes les 3 heures dès le début du travail jusqu'à l'accouchement	Aucun	• Demande l'observance de la femme • Administration par voie buccale • Pas de dose nécessaire pour le nouveau-né
Série de longue durée de Zidovudine (ZDV, AZT, Retrovir)[d]	De la 14[e] à la 34[e] semaine de grossesse et par la suite jusqu'au début du travail, donner soit : 100 mg par voie buccale 5 fois par jour ***OU*** 300 mg toutes les 12 heures ***OU*** 200 mg toutes les 8 heures ***OU*** 200 mg par voie buccale toutes les 8 heures	2 mg/kg IV pendant la 1[e] heure, ensuite 1 mg/kg par heure IV jusqu'à la naissance	2 mg/kg de sirop de ZDV toutes les 6 heures pendant 6 semaines[b]	• Demande formulation et administration de ZDV par voie intraveineuse • Demande observance continue de la part de la femme et du nouveau-né • Légère anémie réversible peut se présenter avec le schéma thérapeutique du nouveau-né
ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE				
Zidovudine (ZDV, AZT, Retrovir) et Lamivudine (3TC)	Aucun	600 mg de ZDV par voie buccale au début du travail et 300 mg toutes les 3 heures jusqu'à la naissance PLUS 150 mg de 3TC par voie buccale au début du travail et 150 mg toutes les 12 heures jusqu'à la naissance	4 mg/kg de ZDV PLUS 2 mg/kg de 3TC par voie buccale toutes les 12 heures pendant 7 jours[b]	• Administration par voie buccale • Exige l'administration de deux médicaments • Demander l'observance de la femme et du nouveau-né

[a] Pour des directives concernant l'utilisation de NVP dans des scénarios supplémentaires, voir Tableau 3-2.
[b] Le nouveau-né devrait recevoir des ARV en plus—et pas à la place de—la dose administrée à la femme.
[c] Zidovudine, AZT, ZDV et Retrovir sont des noms différents pour le même médicament.
[d] La femme devrait recevoir des doses prénatales et intra-partum de ZDV.

[1] *Adapté de* : Organisation mondiale de la Santé (OMS)/Centers for Disease Control (CDC). Mother-to-Child Transmission of HIV Prevention: Generic Training Course. Septembre 2003 (version préliminaire).

Tableau 3-2. Directives pour l'utilisation de Névirapine (NVP) pour la prévention de la transmission mère-à-enfant du VIH dans différents scénarios[2]

SCENARIO	DIRECTIVE
Pas de soins prénatals	**Si la femme se présente la première fois à l'établissement de santé alors qu'elle est en travail :** • Donner à la femme 1 dose de NVP (comprimé de 200-mg) par voie buccale dès que possible après que le travail commence (pour améliorer l'efficacité, la NVP devrait être donnée au moins 2 heures avant l'accouchement). • Donner au bébé 1 dose de sirop de NVP (2 mg/kg) dans les 72 heures qui suivent la naissance.
Faux travail	**Si la femme reçoit de la NVP pendant le travail, mais que l'on constate qu'il s'agit d'un faux travail :** • Donner une dose répétée de NVP (comprimé de 200-mg) lorsque le travail est constaté. ➡ Si la femme n'est toujours pas en travail actif avec une seconde dose de NVP, faciliter référence/transfert non urgent.
Accouchement à moins de 2 heures après avoir reçu la NVP	**Si la femme accouche moins de 2 heures après avoir reçu la NVP :** • Donner au bébé 1 dose de sirop de NVP (2 mg/kg) immédiatement après la naissance. • Donner au bébé une seconde dose de sirop de NVP (2 mg/kg) dans les 72 heures qui suivent la naissance ou au moment de quitter la structure sanitaire.
Césarienne	**Si la femme a besoin d'une césarienne d'urgence**, donner à la femme 1 dose de NVP (comprimé de 200-mg) par voie buccale avant référence/transfert urgent. **Si une césarienne élective sera effectuée**, vérifier que la femme reçoit 1 dose de NVP (comprimé de 200-mg) au moins 3 heures avant l'intervention chirurgicale.
Accouchement à domicile	**Si la femme doit accoucher à domicile :** • Administrer à la femme 1 dose de NVP (comprimé de 200-mg) à 28–32 semaines de grossesse et lui indiquer de prendre cette dose lorsqu'elle entre en travail ou à la rupture des membranes. • Donner à la femme 1 dose de NVP pour le bébé (6 mg de sirop), et lui indiquer de la donner au bébé dans les 72 heures qui suivent la naissance. • Conseiller à la femme de revenir à l'établissement de santé aussi rapidement que possible après la naissance du bébé.

[2] *Adapté de* : Organisation mondiale de la Santé (OMS)/Centers for Disease Control (CDC). Mother-to-Child Transmission of HIV Prevention: Generic Training Course. Septembre 2003 (avant-projet).

Encadré 3-19. Options d'alimentation du nouveau-né pour la femme séropositive-VIH

Conseiller la femme à propos des options d'alimentation—allaitement maternel ou alimentation de remplacement :

- La décision d'allaiter ou d'utiliser des produits de remplacement du lait maternel doit être prise après avoir soupeser attentivement les risques et les avantages. Soutenir la mère dans son choix informé de méthode d'alimentation. Voir Allaitement maternel ou utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-49**) pour des informations sur l'allaitement maternel comparé à l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel.
- Insister sur le fait que l'allaitement maternel augmente le risque de TMAE et que la décision d'allaiter doit être prise après avoir envisagé attentivement les diverses options.
- Dans les régions où les produits de remplacement du lait maternel sont faisables, acceptables, sans danger, d'un coût abordable et disponibles/accessibles, on recommande d'éviter complètement l'allaitement maternel—mais la décision n'en revient pas moins à la mère.
- Quel que soit le choix de la mère, la soutenir dans sa décision et lui donner l'information qui aide à réduire le risque de TMAE et d'autres éventuels problèmes.

> **Note** : « L'alimentation mixte » (allaiter tout en donnant d'autres produits tels que des produits de remplacement du lait maternel, des bouillies locales, des tisanes, de l'eau, etc.) pourrait entraîner un risque plus grand de TMAE que soit l'allaitement maternel exclusif, soit l'alimentation de substitution exclusive.

- Conseiller d'arrêter l'allaitement maternel aussitôt que possible, entre 4 à 6 mois après l'accouchement pour minimiser le risque de TMAE. Le sevrage devrait être fait d'un coût et non pas progressivement et être suivi par une alimentation de substitution exclusive.
- Enseigner les bonnes techniques de positionnement/attachement et recommander une alimentation sur demande pour éviter des problèmes aux mamelons ou l'engorgement des seins. Les lésions du sein sont associées à un risque accru de TMAE. (Si nécessaire, voir Soutien à l'allaitement maternel [**page 4-49**]; ou Problèmes des seins et de l'allaitement maternel [**page 3-43**].)
- Lui conseiller de consulter rapidement les services médicaux pour des affections, telles que la mastite, les abcès au sein, l'infection fongique (muguet) des mamelons, ainsi que le muguet oral chez le nouveau-né, qui sont associées à un risque accru de TMAE.

Encadré 3-20. Soutien nutritionnel supplémentaire pour la femme séropositive-VIH

La femme séropositive-VIH peut traverser de nombreux changements physiques qui intensifient ses besoins nutritionnels. Les mesures suivantes, outre celles dont il est question à la **Section 2**, aideront à répondre à ces besoins :

- Expliquer comment le VIH/SIDA affecte la nutrition par l'entremise de trois mécanismes qui souvent, se recoupent :
  - Parce qu'ils causent une perte d'appétit et, partant, une diminution de l'apport alimentaire ;
  - En inhibant la digestion et l'absorption de nutriments consommés ; et
  - En altérant le métabolisme—ou la manière dont le corps transporte, utilise, conserve et élimine les nutriments.
- Renforcer l'importance des mesures suivantes :
  - Manger une quantité suffisante et des aliments variés
  - Prendre une supplémentation en micronutriments tel qu'indiqué
  - Adopter les bonnes mesures d'hygiène en préparant la nourriture pour éviter les maladies transmises par les aliments
  - Utiliser une eau de boisson salubre pour prévenir la diarrhée
- Recommander également les pratiques suivantes :
  - Manger quatre repas par jour qui contiennent des protéines (yaourts, viande/poisson, noix, lait).
  - Augmenter l'apport en calories, en protéines et en micronutriments chaque jour.
  - Augmenter l'apport d'aliments riches en anti-oxydants provenant de diverses sources alimentaires (légumes, noix, viande, céréales, fruits) et de suppléments de multivitamines.
  - Augmenter l'apport d'aliments riches en acides gras Omega-3 (poisson, noix, graines).
- Fournir des instructions particulières sur le fait de maintenir l'apport alimentaire pendant les périodes d'appétit diminué, de diarrhée ou d'infection.
- Faciliter les liens avec des programmes de soutien alimentaire, dans la mesure du possible.

Encadré 3-21. Messages de santé et counseling sur lesquels il faut insister dans le cas de la femme séropositive-VIH

Discuter l'importance des aspects suivants:

- Eviter l'alcool, le tabac et les drogues
- Réduire sa charge de travail et se reposer davantage
- Adopter de bonnes mesures d'hygiène/prévention des infections
- Rapports sexuels moins risqués (utilisation régulière des préservatifs pour prévenir l'infection du partenaire et la transmission d'autres IST)
- Présence d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement
- Futures options de planification familiale (**page 4-55**; voir également, ci-dessus)
- Observer le plan des soins
- Soins réguliers pour elle-même (et le nouveau-né) de la part d'un spécialiste du VIH

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Vivre dans une région où l'ankylostomiase est endémique (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Le but fondamental des soins dispensés aux femmes vivant dans une région où l'ankylostomiase est endémique consiste à prévenir l'infection ou ses complications. Une femme enceinte vivant dans une région endémique peut connaître le risque de l'infection à l'ankylostome—elle peut même l'avoir contractée mais elle risque de ne pas savoir que cette infection peut être cause d'anémie ou de carence de protéines pendant la grossesse ou la période du post-partum. Outre les mesures de prévention, le prestataire qualifié devra sensibiliser la femme en lui apportant messages de santé et de counseling sur les risques pour elle-même et son bébé ainsi qu'une information pratique sur la manière de réduire ces risques. *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	En réalisant l'évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, se concentrer sur le dépistage des signes/symptômes de l'ankylostomiase endémique (démangeaisons et éruptions à l'endroit où la peau touche le sol, généralement les pieds ; diarrhée ; anémie ; perte de poids ; anorexie).	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Les soins aux patientes de zones où l'ankylostomiase est endémique comprennent les interventions suivantes (tel que décrit plus en détail ci-après) : – Traitement antihelminthique de présomption ; et – Messages de santé et counseling à propos d'autres mesures de prévention. • **Traitement antihelminthique de présomption :** – Dans les régions où l'ankylostome est endémique (prévalence de 20% ou plus), si la femme n'a pas reçu de traitement ces 6 derniers mois ou si les tests de laboratoire indiquent une infection à ankylostome : – Donner 500 mg de mébendazole par voie buccale une fois, OU – Prescrire 100 mg de mébendazole par voie buccale deux fois par jour pendant 3 jours, OU – Donner 400 mg d'albendazole par voie buccale une fois. – Dans les régions à forte prévalence d'ankylostomiase, fournir une dose supplémentaire après 12 semaines. **Note** : **NE PAS** donner aux femmes enceintes du mébendazole ou de l'albendazole pendant le 1er trimestre. • Apporter **messages de santé et counseling** sur d'autres mesures de prévention pour aider à diminuer le risque de contracter l'ankylostomiase. Encourager la patiente à poser des questions si elle ne comprend pas quelque chose. – L'ankylostome est transmis par la peau du sol qui contient les larves de l'ankylostome. – L'ankylostomiase est à l'origine d'anémie maternelle et de carence en protéines. – Certaines manières d'éviter l'ankylostomiase : – Porter des chaussures à l'extérieur. Ne pas marcher pieds nus. – Jeter avec les mesures de précaution qui s'imposent les matières fécales (utiliser des latrines). – Ne pas toucher le sol avec les mains nues, surtout la terre qui est susceptible de contenir des matières fécales. – Utiliser de bonnes mesures d'hygiène et de prévention des infections.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Vivre dans une région où le paludisme est endémique (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Le but fondamental des soins dispensés aux femmes vivant dans une région où le paludisme est endémique consiste à prévenir l'infection ou ses complications. Une femme enceinte vivant dans une région endémique peut connaître le risque de contracter la maladie—elle peut même l'avoir contractée mais elle risque de ne pas savoir que les conséquences de la maladie peuvent nuire davantage pendant la grossesse ou la période du post-partum. Outre les mesures de prévention, le prestataire qualifié devra sensibiliser la femme en lui apportant messages de santé et de counseling sur les risques pour elle-même et son bébé ainsi qu'une information pratique sur la manière de réduire ces risques. *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	En réalisant l'évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, se concentrer sur le dépistage des signes/symptômes du paludisme (fièvre, frissons, maux de tête, douleur aux muscles/articulations, anémie, coma/convulsions). ➡ **Si la patiente présente des signes/symptômes du paludisme**, traiter en fonction des directives/protocoles locaux ou faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Les soins aux patientes de zones où le paludisme est endémique comprennent les interventions suivantes (tel que décrit plus en détail ci-après) : – Traitement préventif intermittent, – Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, – Messages de santé et counseling à propos d'autres mesures de prévention, – Dépistage et traitement précoces (en fonction des directives locales), et – Prise en charge des cas de paludisme. • **Traitement préventif intermittent (TPI) avec SP (sulfadoxine + pyriméthamine)** : Toutes les femmes enceintes dans des régions à transmission stable (et, si recommandé, dans les régions à transmission instable) devraient recevoir trois doses de TPI (une seule dose de SP consiste en 3 comprimés de 500 mg sulfadoxine + 25 mg pyriméthamine) en fonction du protocole national ou des directives suivantes : – Administrer une dose lors de la première consultation prénatale après les premiers mouvements fœtaux, et – Administrer une dose lors des deux visites prénatales suivantes—mais pas plus souvent que tous les mois. – **NE PAS** donner du TPI aux femmes qui sont enceintes de moins de 16 semaines (4 mois). – **NE PAS** donner du SP aux femmes qui sont allergiques aux médicaments à base de sulfamides. Suivre les directives nationales pour la prévention du paludisme pour les femmes allergiques aux sulfamides. **Note** : Donner le médicament avec une tasse d'eau propre et observer directement la femme avaler les comprimés. • **Utilisation de moustiquaires imprégnées d' insecticides (MII) :** – La femme devrait dormir sous une MII (avec son bébé) chaque nuit, en le bordant bien pour éviter que les moustiques n'entrent. – La moustiquaire devrait être réimprégnée avec des insecticides tous les 6 mois (ou en fonction des directives locales) pour qu'elle reste efficace contre les moustiques. • **Messages de santé et counseling** à propos d'autres mesures de prévention (**Encadré 3-22, page 3-60**).

Encadré 3-22. Messages de santé et counseling pour les femmes vivant dans des régions où le paludisme est endémique

Apporter à la femme les messages de santé et le counseling supplémentaires, donnés ci-après, pour diminuer son risque de contracter le paludisme. L'encourager à poser des questions s'il y a quelque chose qu'elle ne comprend pas.

- Le paludisme est une infection parasitaire qui est la cause d'avortement spontané, grave anémie, insuffisance rénale, œdème pulmonaire et fièvre élevée chez les femmes enceintes, ainsi que mort-né, insuffisance pondérale ou paludisme congénital chez le fœtus ou le nouveau-né.
- Les médicaments (et la posologie) qui sont prescrits pour prévenir et traiter le paludisme pendant la grossesse ne comportent aucun risque ni pour la mère, ni pour le fœtus.
- Le paludisme est transmis par une piqûre de moustique. Voici certaines manières d'éviter les moustiques :
  - Dormir chaque nuit sous une MII, tout au début de la grossesse et continuer lors de la période du post-partum.
  - Se débarrasser de toute eau stagnante, feuillage et autres endroits où les moustiques se reproduisent autour de la maison.
  - Se couvrir les bras et les jambes au coucher et au lever du soleil.
  - Utiliser un produit anti-moustiques, si disponible.
- Souligner l'importance de la prise de fer/folate (60 mg de sulfate ferreux ou fumarate ferreux plus 400 mcg de folate) tous les jours puisque le paludisme contribue à l'anémie.
- En cas de signes de paludisme, (fièvre, frissons, douleurs aux articulations, maux de tête et anorexie), consulter les services médicaux. (Conseiller à la femme où elle peut se rendre.)
- Le VIH peut affaiblir l'immunité d'une femme au paludisme et il faut donc être particulièrement vigilant aux signes de paludisme chez les femmes séropositives.
- Il est important de recevoir toutes les doses recommandées du TPI. (Informer la femme de la date de la prochaine dose de TPI et de l'endroit où elle doit se rendre.)

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Vivre dans une région où la carence en iode est endémique (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Le but fondamental des soins dispensés aux femmes vivant dans une région où la carence en iode est endémique consiste à prévenir la carence ou ses complications. Une femme enceinte vivant dans une région endémique peut connaître le risque de développer la carence—elle peut même l'avoir contractée mais elle risque de ne pas savoir que les conséquences de la carence peuvent nuire davantage pendant la grossesse ou la période du post-partum. Outre les mesures de prévention, le prestataire qualifié devra sensibiliser la femme en lui apportant messages de santé et de counseling sur les risques pour elle-même et son bébé ainsi qu'une information pratique sur la manière de réduire ces risques. .	En réalisant l'évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, se concentrer sur le dépistage des signes/symptômes de la carence en iode. ➡ **Si la patiente a un goitre très visible ou d'autres signes/symptômes de carence en iode**, faciliter référence/transfert non urgent après la prestation des soins de base.	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • **Supplémentation en micronutriments** : Les soins aux femmes vivant dans des régions où la carence en iode est endémique comprennent une supplémentation en iode : – Dès que possible en début de grossesse : – Administrer une dose unique de 2–3 capsules d'iode, 400–600 mg par voie buccale, OU – Injecter une dose initiale de 240 mg d'iode (0,5 ml de Lipiodol) IM. – Si la femme a reçu une supplémentation en iode pendant le 1er ou le 2e trimestre, lui administrer une autre dose d'iode lors du post-partum. **Note** : Dans les régions à prévalence élevée de carence en iode, il vaut mieux commencer la supplémentation en iode avant la grossesse pour ne pas rater le premier stade d'importance cruciale du développement cérébral du fœtus. Par ailleurs, cette mesure n'est pas toujours possible ou faisable. • **Messages de santé et counseling** : Des messages de santé et counseling seront donnés aux patientes vivant dans des régions où la carence en iode est endémique. Apporter à la patiente l'information suivante pour réduire son risque d'avoir une carence en iode. L'encourager à poser des questions s'il y a quelque chose qu'elle ne comprend pas. – La carence en iode peut avoir un grand nombre d'effets nuisibles sur le bébé, par exemple, le retard mental. – On peut prévenir la carence en iode avec les mesures suivantes : – Augmenter les apports d'aliments disponibles localement qui sont riches en iode, tels que les poissons, les crustacés et les algues ; et – Utiliser du sel iodé à la place d'un sel régulier.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Vivre dans une région où l'avitaminose A est endémique (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Le but fondamental des soins dispensés aux femmes vivant dans une région où l'avitaminose A est endémique consiste à prévenir la carence ou ses complications. Une femme enceinte vivant dans une région endémique peut connaître le risque de développer la carence—elle peut même l'avoir contractée mais elle risque de ne pas savoir que les conséquences de la carence peuvent nuire davantage pendant la grossesse ou la période du post-partum. Outre les mesures de prévention, le prestataire qualifié devra sensibiliser la femme en lui apportant messages de santé et de counseling sur les risques pour elle-même et son bébé ainsi qu'une information pratique sur la manière de réduire ces risques.	En réalisant l'évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, se concentrer sur le dépistage des signes/symptômes de l'avitaminose A (cécité nocturne, concentration de sérum-rétinol inférieure à 20 mcg/dl).	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • **Supplémentation en micronutriments** : Les soins aux femmes vivant dans des régions où la carence en iode est endémique comprennent une supplémentation en iode : **Pendant la grossesse :** – Prescrire des suppléments de vitamine A : – Pendant les 1er au 3e trimestres—prescrire 10 000 UI de vitamine A une fois par jour par voie buccale, OU – Pendant les 2e au 3e trimestres—prescrire 25 000 UI de vitamine A une fois par semaine par voie buccale. – Remettre une quantité suffisante de comprimés pour qu'elle dure jusqu'à la prochaine visite de la femme. – Conseiller à la patiente qu'elle NE doit PAS prendre plus de vitamine A que prescrit. **Pendant la période du post-partum :** – Prescrire des suppléments en vitamine A : ➧ **Si la femme allaite**, administrer 200 000 UI de vitamine A en dose unique, par voie buccale, immédiatement lors du post-partum jusqu'à 8 semaines du post-partum. ➧ **Si elle n'allaite PAS**, administrer 200 000 UI de vitamine A en dose unique, par voie buccale, immédiatement lors du post-partum jusqu'à 6 semaines du post-partum. – Conseiller à la femme qu'elle NE doit PAS prendre plus de vitamine A que prescrit et qu'elle ne doit pas en prendre après 8 semaines après l'accouchement. • **Messages de santé et counseling** : Des messages de santé et counseling seront donnés aux patientes vivant dans des régions où l'avitaminose A est endémique concernant la nécessité de manger davantage d'aliments riches en vitamine A. Lui donner l'information suivante pour l'aider à diminuer son risque d'avoir une carence en vitamine A. L'encourager à poser des questions s'il y a quelque chose qu'elle ne comprend pas. - L'avitaminose A peut être évitée en augmentant les apports d'aliments locaux riches en vitamine A tels que les fruits et légumes jaunes et oranges (carottes, mangues, citrouilles, gourdes), l'huile de palme rouge et les légumes à feuilles vert foncé. – Chez la patiente séropositive-VIH, l'avitaminose A peut augmenter le risque de transmission mère-à-enfant (TMAE) du VIH.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Vivre dans une région où existe une prévalence élevée de diabète pendant la grossesse (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Pour les femmes vivant dans une région connaissant une prévalence élevée de diabète ou de diabète gestationnel, les soins pendant la grossesse visent à dépister toutes les femmes pour détecter le diabète qui peut affecter la grossesse et entraîner de graves complications chez le nouveau-né.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Lors d'une consultation prénatale, faire des analyses d'urine pour déterminer le taux de glucose. ➡ **Si les analyses d'urine sont positives**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **Si les analyses d'urine sont négatives :** – Continuer les soins de base, et – Refaire le test au début du 3e trimestre (aux alentours de la 28e semaine de grossesse).	N/D

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Complications maternelles, fœtales ou du nouveau-né liées à une grossesse, un travail/accouchement ou à une période du post-partum/néonatale précédent (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Dans certains cas, des antécédents obstétricaux problématiques pourraient indiquer la nécessité de dispenser des soins spécialisés, dont référence/transfert vers un niveau de soins plus élevé. Des problèmes analogues peuvent se présenter durant le présent cycle de procréation ou période néonatale. Toutefois, des soins spécialisés en règle générale. Quel que soit le cas, il est bon de connaître les complications passées pour pouvoir comprendre les préoccupations/anxiété que peut avoir la patiente et pouvoir ainsi la rassurer. Le fait de discuter des complications passées vous donne l'occasion de renforcer l'importance des préparatifs en cas de complications et de la présence d'un prestataire qualifié lors de chaque accouchement.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer la nature des complications précédentes. • Faire une évaluation plus poussée et fournir les soins de suivi, tel qu'indiqué dans l'Encadré correspondant, pour les complications suivantes : – Pour les convulsions précédentes, voir **Encadré 3-23** (**page 3-65**) – Pour trois avortements spontanés ou plus, voir **Encadré 3-24** (**page 3-65**) – Pour une césarienne ou autre chirurgie utérine précédente, voir **Encadré 3-25** (**page 3-66**) – Pour des déchirures du 3e ou 4e degré, voir **Encadré 3-26** (**page 3-66**) – Pour des complications ou décès précédents d'un nouveau-né, voir **Encadré 3-27** (**page 3-67**) ➡ **Si la patiente a eu une complication quelconque qui n'est pas susmentionnée**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse, le travail et l'accouchement ou la période du post-partum se déroulent normalement, aucun soin spécial n'est nécessaire. Dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Ecouter l'histoire de la patiente et la rassurer. • Lui fournir les soins de suivi adéquats, tel qu'indiqué dans l'Encadré correspondant, pour la complication spécifique (colonne précédente). • **Pour toutes les complications précédentes**, insister sur l'importance des mesures suivantes : – Faire les préparatifs nécessaires pour un accouchement et les complications possibles – Demander à un prestataire qualifié de prêter l'assistance nécessaire lors de l'accouchement – Observer le plan de soins • **Pour les complications de grossesses précédentes**, fournir les soins de base: insister sur l'importance de bons soins propres et soins de base continus pour le dépistage précoce des problèmes possibles. • **Pour les complications d'un travail/accouchement précédent**, fournir les soins de base avec : attention spéciale à une évaluation continue pendant le travail et partogramme pour évaluer le bien-être maternel et fœtal et détecter le déroulement défavorable du travail. • **Pour les complications d'un post-partum précédent**, fournir des soins de base avec: attention spéciale à la prise en charge active du 3e stade du travail et suivi vigilant de la patiente lors du post-partum immédiat. • **Pour des complications néonatales précédentes**, fournir des soins de base avec: attention spéciale aux soins néonatals immédiats, dont le fait de sécher le bébé. Insister sur l'importance de bons soins néonatals et soins de base continus pour le dépistage précoce des problèmes possibles.

Encadré 3-23. Evaluation supplémentaire/suivi pour les convulsions lors d'une grossesse, d'un travail/accouchement ou d'une période du post-partum/néonatale précédent

Déterminer la cause des convulsions en fonction de l'anamnèse de la patiente ou des dossiers médicaux, s'ils sont disponibles. Certaines causes de convulsion exigent un traitement et une prise en charge spécifiques.

- **Si les convulsions sont imputables au paludisme :**
  - Renforcer l'importance du traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme et l'utilisation continue des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) ;
  - Faire attention aux premiers signes/symptômes de la maladie ; et
  - Procéder avec les soins supplémentaires (troisième colonne, **page 3-64**).
- **Si les convulsions sont imputables à l'éclampsie :**
  - Renforcer l'importance de visites régulières prénatales et du post-partum pour contrôler la tension artérielle ;
  - Contrôler la tension artérielle toutes les 2 heures pendant le travail ;
  - Etre vigilant aux premiers signes/symptômes de la maladie pendant la grossesse et jusqu'à 24 heures du post-partum ; et
  - Procéder avec des soins supplémentaires (troisième colonne, **page 3-64**).
- **Si les convulsions sont imputables au tétanos :**
  - Renforcer l'importance de la vaccination antitétanique (selon le calendrier indiqué à la **page 2-34**) ; et
  - Procéder avec des soins supplémentaires (troisième colonne, **page 3-64**).
- **Si les convulsions sont imputables à l'épilepsie ou à une cause inconnue**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Encadré 3-24. Evaluation supplémentaire/suivi pour trois avortements spontanés ou plus lors d'une grossesse précédente

Déterminer quand les avortements sont survenus (du point de vue âge gestationnel) :

- **Si la patiente a eu trois avortements spontanés ou plus**, faire attention aux premiers signes de danger de la grossesse du saignement vaginal ou de la douleur abdominale aiguë.
- **Si la patiente a eu trois avortements spontanés ou plus après 14 semaines de grossesse**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**), car elle pourrait avoir un cerclage du col.

Encadré 3-25. Evaluation supplémentaire/suivi pour la césarienne ou autres chirurgies utérines lors d'une grossesse ou d'un accouchement précédent

Déterminer la cause de la chirurgie utérine en fonction de l'anamnèse de la patiente ou des dossiers médicaux, s'ils sont disponibles. Il existe plusieurs causes possibles dont certaines auront des implications pour la présente grossesse et le présent accouchement et peuvent guider la formulation du plan de préparation à la naissance et des préparatifs en cas de complications. Voici certaines causes :

- Grossesse ectopique (excision de la grossesse dans les cornes)
- Rupture de l'utérus
- Césarienne précédente, imputable à :
  - Une disproportion céphalopelvienne
  - Des complications lors d'un accouchement immédiat, tel que placenta previa ou décollement placentaire
  - Des jumeaux ou un accouchement par le siège
  - Une détresse fœtale

Pendant la grossesse :

- Renforcer l'importance du suivi au moment de la formulation du plan de préparation à la naissance :
  - Accoucher dans l'établissement de santé (**toute femme avec un utérus cicatriciel d'une chirurgie utérine précédente devrait accoucher dans un établissement de santé équipé pour effectuer une chirurgie obstétricale d'urgence**) ;
  - Se rendre à l'établissement au début du travail (certaines cicatrices peuvent se rompre pendant le travail ou pendant la phase latente) ; et
  - Disposer des fonds nécessaires si l'intervention chirurgicale s'avère nécessaire.
- Vérifier que la patiente accouche dans un établissement de santé équipé pour réaliser une intervention obstétricale d'urgence (dans le cadre du plan de préparation à la naissance).
  - ➡ **Si la patiente a eu une césarienne précédente avec incision utérine transversale basse**, elle pourrait avoir un « essai de travail » dans un établissement de santé si le prestataire qualifié pense que cela ne comporte pas de risques.
  - ➡ **Si la patiente a eu une rupture utérine précédente ou deux césariennes ou plus**, elle doit accoucher par voie césarienne.
- Procéder avec les soins supplémentaires (troisième colonne, **page 3-64**).

Pendant le travail:

➡ Si la patiente a eu une césarienne ou autre chirurgie utérine précédente, faciliter le transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Encadré 3-26. Evaluation supplémentaire/suivi pour des déchirures du 3^{e} ou 4^{e} degré lors d'une grossesse précédente

Déterminer l'adéquation de la réfection et l'éventuelle présence de complications (fistule, dysfonctionnement du sphincter rectal).

➡ **Si la réfection est inadéquate ou en présence d'une fistule ou d'un dysfonctionnement du sphincter rectal**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

➡ **Si la réfection est adéquate et qu'il n'existe pas de complications connexes**, procéder avec les soins supplémentaires (troisième colonne, **page 3-64**).

Encadré 3-27. Evaluation supplémentaire/suivi pour complications ou décès précédent du nouveau-né

- Pour déterminer la nature de la complication ou le décès ainsi que les causes possibles (complications lors de la grossesse, de l'accouchement ou de la période du post-partum/néonatale ou autres problèmes maternels/néonatals), poser ces questions de suivi :
  - A quel moment s'est présenté la complication ou le décès pendant le travail et l'accouchement ?
  - Des complications se sont-elles présentées pendant l'accouchement (mauvaise présentation, accouchement instrumentale, césarienne) ?
    - ➡ **Si la complication ou le décès était associé à une césarienne ou autre chirurgie utérine**, voir **Encadré 3-25** (**page 3-66**).
  - Est-ce que le bébé avait la jaunisse, des difficultés respiratoires ou d'autres problèmes, affections, etc. ?
    - ➡ **En cas d'antécédents de jaunisse du bébé**, observer de près ce nouveau-né pendant les 5 premiers jours après la naissance.
    - ➡ **Si la complication ou le décès du nouveau-né était apparemment lié à une septicémie, à la diarrhée, à des problèmes d'alimentation, à une blessure lors de l'accouchement, à une malformation congénitale, à une naissance prématurée ou à une insuffisance pondérale à la naissance**, utiliser cette information pour guider une évaluation plus poussée et individualiser les messages de santé et le counseling.
  - Existe-t-il certains aspects du style de vie de la patiente (utilisation possible de substances telles que l'alcool ou drogues) qui pourraient avoir contribué à la complication ou au décès ?
    - ➡ **Si OUI**, utiliser cette information pour guider l'individualisation des messages de santé et le counseling.
  - Est-ce que la patiente a connu d'autres problèmes, affections, etc. ?
    - ➡ **Si la complication ou le décès était associé à des convulsions maternelles**, voir **Encadré 3-23** (**page 3-65**).
    - ➡ **Si la complication ou le décès était imputable à une maladie ou affection maternelle**, faciliter le transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.
- Renforcer l'importance :
  - Des soins de base continus ;
  - De la présence d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement ; et
  - Des soins du post-partum/néonatals.
- Procéder avec les soins supplémentaires (troisième colonne, **page 3-64**).

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Grossesse multiple (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir PCCGA.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Confirmer une grossesses multiple à l'aide de l'anamnèse et de l'examen physique : – Demander à la patiente si elle a noté un des signes suivants lors de sa grossesse : – Croissance utérine rapide pendant les 2e et 3e trimestres – Mouvement fœtal constant – Examiner pour détecter les aspects suivants : – Hauteur utérine plus grande que normale pour l'âge gestionnel – Tête fœtale petite par rapport à la taille de l'utérus – Palpation de trois pôles fœtaux et de petites parties multiples – Auscultation de plus d'un cœur fœtal avec une différence d'au moins 10 battements par minute et distincts du pouls maternel • Faire une échographie si possible pour confirmer une grossesse multiple. ➡ **Si la patiente est entrée en travail**, déterminer le stade/phase du travail (**Tableau 2-8, page 2-70**). ➡ **Si la patiente se trouve au 1er stade du travail**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la patiente se trouve au 2e stade du travail**, procéder avec les SOINS SUPPLEMENTAIRES (colonne suivante). ➡ **Si la patiente N'EST pas entrée en travail**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.	Si la femme est entrée dans le 2e stade du travail et est en bonne santé, aucun soin spécial n'est nécessaire. Dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • S 'assurer de l'aide d'un assistant pour l'accouchement et les soins immédiats des bébés. • Poser une voie veineuse et perfuser lentement. • Suivre les fœtus par auscultation intermittente des battements cardiaques fœtaux. Noter les résultats sur le partogramme en utilisant une couleur différente pour chaque fœtus. • Contrôler la présentation du premier fœtus (**page 2-62**) si ce n'est déjà fait : ➡ **Si présentation par le sommet**, laisser le travail se dérouler comme pour un seul fœtus et suivre l'évolution du travail en utilisant un partogramme. ➡ **Si présentation par le siège**, appliquer les mêmes directives que pour un siège d'un seul bébé (**page 4-12**). • Voir Naissances multiples (**page 4-26**) pour une information supplémentaire lors de l'accouchement.

BESOINS SPECIAUX PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT ET LORS DE LA PERIODE DU POST-PARTUM *(SUITE)*

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Tristesse du post-partum (« blues ») (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Si la patiente traverse une profonde détresse psychologique/affective, lui fournir un soutien affectif vigilant et un réconfort tout au long de l'évaluation et du transfert. **Aspects généraux à envisager** : Certes, la naissance d'un bébé est un moment de bonheur pour la plupart des femmes, mais certaines traversent des « blues » du post-partum du 3e au 6e jour après l'accouchement—elles pleurent, se sentent tristes ou ont un sentiment d'accablement ou sont irritables.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7** (**page 2-85**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Evaluer la patiente pour déceler les signes/symptômes suivants de la dépression du post-partum : – Insomnie et changements d'appétit – Tristesse ou culpabilité excessive ou inappropriée – Faible estime de soi-même ou sentiment d'anxiété – Signes/symptômes durant plus d'une semaine – Antécédents de dépression du post-partum • Evaluer la patiente pour déceler les signes/symptômes suivants de la psychose du post-partum : – Hallucinations visuelles ou auditives – Pensées morbides, suicidaires ou terrifiantes – Crainte ou souhait de se faire mal à elle-même ou au bébé – Dépression grave durant plus de 2 semaines – Antécédents de psychose du post-partum • Demander aux membres de la famille s'ils sont préoccupés par la santé émotionnelle de la patiente ou sa capacité à s'occuper d'elle-même ou de son bébé. ➡ **En présence de l'UN QUELCONQUE des signes/symptômes ci-dessus de dépression du post-partum**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **En présence de l'UN QUELCONQUE des signes/symptômes ci-dessus de la psychose du post-partum**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder aux soins. Ne pas laisser la femme seule à n'importe quel moment. ➡ **Si AUCUN des signes/symptômes ci-dessus n'est présent**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la période du post-partum/néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • La rassurer en lui indiquant que ses sentiments d'inadéquation, de crainte ou de peur sont probablement normaux (jusqu'à 34% des femmes traversent une certaine dépression pendant la première semaine après la naissance). Pour de plus amples informations, voir Sentiments d'inadéquation, de préoccupations ou de craintes pendant la période du post-partum (**page 3-15**). • Lui conseiller de revenir pour des soins si les symptômes persistent ou s'empirent. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger. • Prendre rendez-vous pour voir à nouveau la patiente et le nouveau-né dans une semaine après diagnostic.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Rupture des membranes avant le travail ou rupture des membranes plus de 18 heures avant la naissance (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : La rupture des membranes avant le travail est une rupture des membranes avant que ne se déclenche le travail et peut arriver à n'importe quel moment pendant la grossesse. Il est important de savoir depuis combien de temps les membranes étaient rompues pour apporter le traitement antibiotique qui convient et/ou transférer la patiente vers un niveau de soins plus élevé.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 6** (**page 2-39**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Avant de procéder avec les soins, confirmer la rupture des membranes en évaluant l'odeur des liquides. Ou, si la rupture des membranes n'est pas récente ou les fuites sont progressives, utiliser une des méthodes indiquées à l'**Encadré 3-28** (**page 3-71**). **Attention** : NE PAS faire de toucher vaginal à cette étape car cela n'aide pas à confirmer la rupture des membranes et peut laisser entrer l'infection. ➡ **Si moins de 37 semaines de grossesse**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Voir ci-après pour déterminer si la patiente a besoin d'antibiotiques avant d'être transférée. • Evaluer la patiente pour déceler les signes/symptômes anormaux suivants : – Fièvre – Liquides malodorants – Abdomen sensible – Rythme cardiaque fœtal de plus de 160 battements par minute si elle n'est pas en travail ou de plus de 180 battements par minute si elle est en travail. ➡ **Si la patiente a de la fièvre ou des liquides malodorants**, AGIR MAINTENANT !—voir **Tableau 3-4** (**page 3-117**) et commencer un traitement à base d'antibiotiques, comme pour l'amnionite avant de faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **En présence de l'UN QUELCONQUE des autres signes/symptômes anormaux susmentionnés**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le travail a commencé et si plus de 18 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Compléter l'étape suivante en plus de celle de l'Annexe 7 : ➡ **Si moins de 37 semaines de grossesse**, 250 mg d'érythromycine par voie buccale PLUS 500 mg d'amoxicilline par voie buccale toutes les 8 heures. ➡ **Si 37 semaines de grossesse ou plus**, donner à la patiente 2 millions d'unités IV de benzathine- benzylpénicilline OU 2 g d'ampicilline IV toutes les 6 heures. ➡ **Si le travail n'a pas commencé et si plus de 4 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). S'il est probable que plus de 18 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes lorsque la patiente arrive au centre de référence, prendre les mesures suivantes en plus de celles mentionnées en Annexe 7: ➡ **Si moins de 37 semaines de grossesse**, donner à la patiente 250 mg d'érythromycine par voie buccale PLUS 500 mg d'amoxicilline par voie buccale toutes les 8 heures. ➡ **Si 37 semaines de grossesse ou plus**, donner à la patiente 2 millions d'unités IV de benzathine-benzylpénicilline OU 2 g d'ampicilline IV toutes les 6 heures. ➡ **Si le travail n'a pas commencé, si moins de 4 heures se sont écoulées depuis la rupture des membranes et s'il n'existe pas de signes/symptômes anormaux**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la patiente se trouve à plus de 37 semaines de grossesse, moins de 4 heures depuis la rupture des membranes et s'il n'existe pas d'autres signes/symptômes anormaux, dispenser les soins de base indiqués au **Chapitre 6** (**page 2-39**) avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Suivre chaque heure suivre le rythme cardiaque fœtal et les signes vitaux de la mère. • Palper et suivre les contractions dès que la patiente signale le début du travail. • Vérifier que la patiente boit suffisamment de liquides et qu'elle est bien hydratée. • NE PAS faire d'examen vaginal en attendant que le travail commence. • Une fois que les contractions se présentent à une fréquence d'au moins trois en 10 minutes et qu'elles durent au moins 40 secondes chacune, un examen vaginal peut être fait pour déterminer si la patiente est entrée en travail. Un examen vaginal peut également être fait en cas de signes de détresse fœtale ou si la patiente sent l'envie de pousser.

Encadré 3-28. Méthodes pour confirmer la rupture des membranes

- Placer une bande périnéale sur la vulve et examiner pendant une heure, visuellement et à l'odeur. Généralement, le liquide amniotique avant le travail apparaîtra clair (ou verdâtre, en présence de méconium) et il aura une odeur typique. Par contre l'urine aura une couleur jaune et une odeur caractéristique.
- Utiliser un spéculum désinfecté à haut niveau pour l'examen du vagin et du col :
  - Les liquides peuvent être observés au col ou s 'accumuler dans le cul-de-sac postérieur du vagin.
  - Demander à la patiente de tousser. Cela peut causer un écoulement de liquides du col que l'on peut voir au spéculum.
- Exécuter les tests suivants :
  - Le **test à la nitrazine** permet de détecter l'alcalinité du liquide amniotique (sécrétions vaginales et l'urine sont acides). Mettre un papier de nitrazine contre le liquide accumulé sur le spéculum ou prélevé avec un applicateur à écouvillon stérile. Un changement de couleur—du jaune au bleu—indique la présence de liquide amniotique. Le sang et certaines infections vaginales peuvent donner des résultats faux positifs.
  - Pour le test de **ferning**, obtenir un échantillon de liquide amniotique du cul-de-sac postérieur lors de l'examen au spéculum en utilisant un applicateur à écouvillon. Répartir le liquide sur une lame, la laisser sécher et l'examiner au microscope. Le liquide amniotique cristallise et laisse une trace en forme de feuille de fougère. Les faux négatifs sont fréquents.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Ecart taille-date jusqu'à la 22e semaine de grossesse (Hauteur utérine/taille de l'utérus est plus grande ou plus petite qu'elle ne devrait l'être pour l'âge gestationnel.) (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Utiliser des normes locales de croissance fœtale pour l'évaluation de la croissance du fœtus.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 5** (**page 2-5**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Confirmer la mesure avec un second prestataire qualifié, si possible. • Confirmer, si nécessaire, la grossesse par analyse d'urine ou test sanguin. • Confirmer l'âge gestationnel par l'entremise des antécédents menstruels et contraceptifs, signes/symptômes de grossesse, présence de mouvements fœtaux ou battements cardiaques fœtaux, examen abdominal (pour « repères » de l'âge gestationnel, voir **page 2-18**), et/ou examen pelvien. ➡ **Si l'on constate une erreur dans les calculs des dates**, corriger la date estimée de l'accouchement et le nombre de semaines de grossesse en fonction de la date révisée. Communiquer à la patiente les nouvelles dates. Procéder avec les soins de base. ➡ **Si l'on ne constate AUCUNE erreur dans le calcul des dates**, poser des questions et/ou examiner la patiente pour déceler les signes/symptômes suivants : – Saignement vaginal – Crampes/sensibilités abdominales – Col dilaté – Sensibilité à la motion cervicale – Masse annexielle sensible – Utérus mou, œdémateux, plus grand qu'il ne devrait l'être pour les dates – Antécédents récents de paludisme ou autre maladie grave s'accompagnant de fièvre ➡ **Si L'UN QUELCONQUE des signes/symptômes susmentionnés est présent**, AGIR MAINTENANT !— faire une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) et ensuite, dispenser les soins pour Saignement vaginal en début de grossesse (**page 3-103**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si AUCUN des signes/symptômes susmentionnés n'est présent et si les dates sont correctes**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 5** (**page 2-5**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Rassurer la femme. • Demander à la femme de revenir dans 2 semaines pour mesurer à nouveau la taille de l'utérus. Certaines femmes ont des poussées de croissance entre la 20e et la 24e semaines et vous pourriez remarquer que son utérus est plus grand que prévu, à l'occasion d'une consultation, mais ensuite la croissance se rééquilibre. ➡ **S'il reste encore une différence de plus de 2 cm dans les mesures (ou plus de 2 semaines de différence dans la taille utérine) après 2 semaines**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Ecart taille-date après 22 semaine de grossesse (Hauteur utérine/taille de l'utérus est plus grande ou plus petite qu'elle ne devrait l'être pour l'âge gestationnel.) (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Utiliser des normes locales de croissance fœtale pour l'évaluation de la croissance du fœtus.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Confirmer la mesure avec un second prestataire qualifié, si possible. ➡ **S'il existe encore une différence de plus de 2 cm dans les mesures (ou une différence de plus de 2 semaines dans la taille utérine)**, continuer de la manière suivante. **Utérus petit par rapport aux dates :** • Evaluer pour déceler les conditions suivantes : – Décès fœtal (absence de mouvements fœtaux, absence de battements cardiaques fœtaux). ➡ **Si les mouvements fœtaux sont absents**, voir **Encadré 3-43** (**page 3-112**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux sont absents**, voir **Encadré 3-44** (**page 3-113**) avant de procéder avec les soins. – Position transversale ➡ **Si le bébé se trouve en position transversale et si la patiente est à plus de 36 semaines de grossesse et qu'elle n'est PAS entrée en travail**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le bébé se trouve en position transversale et si la patiente est à plus de 36 semaines de grossesse et qu'elle EST entrée en travail**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le bébé se trouve en position transversale et si la patiente est à moins de 36 semaines de grossesse et qu'elle n'est PAS entrée en travail**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). ➡ **Si le bébé se trouve en position transversale et si la patiente est à moins de 36 semaines de grossesse et qu'elle EST entrée en travail**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si AUCUN des conditions susmentionnés n'est présent**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). **Utérus grand par rapport aux dates :** • Evaluer pour déceler les signes suivants : – Palpation de multiples parties fœtales – Auscultation pour détecter s'il existe plus d'un cœur fœtal – Palpation d'un seul fœtus grand (trop grand pour le bassin) – Palpation pour détecter une quantité trop grande de liquide amniotique ➡ **Si l'UN quelconque des signes susmentionnés est présent et si la patiente EST entrée en travail**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder aux soins. ➡ **Si la patiente se trouve en travail avancé et qu'il est probable qu'elle accouchera avant de pouvoir effectuer le transfert et si l'on soupçonne une grossesse multiple**, voir Grossesse multiple (**page 3-68**). ➡ **Si AUCUN des signes susmentionnés n'est présent et si la patiente n'est PAS entrée en travail**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si le travail/accouchement se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Utérus petit par rapport aux dates :** • Rassurer la femme. • Faire attention aux signes de détresse maternelle et fœtale. • Etre vigilant en cas de bébé avec grave insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2kg) qui exige référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Etre vigilant en cas de bébé avec insuffisance pondérale à la naissance (2–2,5 kg), qui a des besoins spéciaux exigeant des soins supplémentaires (**page 3-85**). • **Si le bébé se trouve en position transversale et si la patiente est à moins de 36 semaines de grossesse et qu'elle n'est PAS en travail**, assurer le suivi après 36 semaines pour vérifier à nouveau la position du bébé. **Utérus grand par rapport aux dates :** • Rassurer la femme. • Utiliser un partogramme pour le dépistage précoce du travail dystocique. • Faire attention aux signes de détresse maternelle et fœtale. • Etre vigilant en cas de gros bébé (plus de 4 kg), qui a des besoins spéciaux qui exigent des soins supplémentaires (**page 3-84**).

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Mort-né ou décès du nouveau-né (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager** : Un mort-né ou le décès d'un nouveau-né est une tragédie pour tous ceux touchés s'accompagnant d'un déferlement d'émotions pouvant avoir de graves conséquences. La mère dont le bébé est mort-né ou dont le nouveau-né est décédé est souvent mise dans la même salle d'hôpital, avec d'autres femmes et leurs bébés en bonne santé. Cela amplifie la douleur et le chagrin que traversent la mère et sa famille. De plus, le personnel soignant a souvent tendance à éviter la patiente qui a donné naissance à un mort-né ou dont le bébé est décédé à la naissance ou juste après. Toute 'attention est consacrée à la femme avec un bébé en bonne santé que celle dont le bébé est décédé est laissée toute seule avec son chagrin et sans évaluation et soins de base. La manière dont la femme et chaque membre de la famille réagit au décès d'un nouveau-né peut dépendre de bien des facteurs, dont : • La situation sociale de la femme/du couple ainsi que leurs pratiques culturelles et religieuses, croyances et attentes • Les personnalités des personnes concernées et la qualité et la nature du soutien social, pratique et émotionnel • La situation matrimoniale de la femme et sa relation avec le partenaire • Le soutien affectif et physique de la part des prestataires qualifiés • La cause du décès	Faire une évaluation de base comme pour une patiente qui a donné naissance à un bébé vivant, tel qu'indiqué au **Chapitre 7** (**page 2-85**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Evaluer les réactions émotionnelles/psychologiques de la femme et de la famille. Réactions courantes au décès du nouveau-né : – Déni de la réalité (sentiment de « cela ne peut pas être vrai ») – Culpabilité-on se sent responsable – Colère (pouvant être dirigée vers le personnel soignant mais souvent masque la colère des parents qui pensent qu'ils ont « échoué ») – Dépression et perte d'estime de soi-même qui peuvent durer longtemps – Isolement (sentiment d'être différente ou séparée des autres), risquant d'être encore renforcé par un personnel soignant si celui-ci évite les personnes qui traversent la perte d'un bébé – Désorientation • Etre vigilant à tout signe pouvant indiquer que la patiente peut se nuire à elle-même. ➡ **En cas de signes/symptômes de dépression/psychose du post-partum**, faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Observer les interactions entre la femme et son partenaire/famille pour évaluer le soutien et déceler tout mode nuisible/destructif pouvant exiger une intervention.	Si la patiente est en bonne santé et que la période du post-partum se déroule normalement, dispenser **les mêmes soins de base donnés à la patiente avec un bébé vivant**, tel qu'indiqué au **Chapitre 6**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Suivre les directives supplémentaires pour les compétences interpersonnelles (**Encadré 3-29, page 3-75**). • Apporter un soutien en ce temps de chagrin : – Laisser les parents voir et tenir le bébé après le décès **si cela est convenant**. Eviter de séparer trop vite les parents et le bébé (avant que ceux-ci n'indiquent qu'ils sont prêts) pour qu'ils puissent exprimer leur chagrin. – Lorsque la coutume veut qu'on donne un nom au bébé à la naissance, encourager les parents (et le personnel soignant) à appeler le bébé par le nom qu'ils ont choisi. – Si cela convient dans la culture, offrir aux parents un souvenir du bébé, tel que l'étiquette avec son nom, une mèche de ses cheveux ou une empreinte de la paume de la main car cela peut les aider à surmonter le chagrin. • Aider à prendre les dernières dispositions : – Même si le bébé n'est pas enterré par la famille, aider la patiente et la famille à préparer le bébé pour l'enterrement si elles le souhaitent. – Encourager des funérailles tel qu'il est de coutume et s'assurer que les interventions médicales (par exemple, les autopsies) sont faites en respect des coutumes locales. – Aider la famille autant que possible pour remplir tous les papiers nécessaires pour porter à l'état civil la naissance et le décès du bébé. • Donner rendez-vous à la famille quelques semaines après le décès du bébé pour répondre à toute question et apporter le soutien nécessaire pour qu'ils puissent surmonter le chagrin. • Orienter la famille vers des sources de soutien, par exemple, une personne religieuse ou un groupe de soutien communautaire, si la famille le souhaite.

Encadré 3-29. Compétences interpersonnelles à utiliser avec une femme et la famille en cas de mort-né ou de décès du nouveau-né

Rappel : Les circonstances qui entourent chaque décès de nouveau-né sont de nature unique et il n'existe pas de méthode type pour aborder toutes les familles et pourtant, la communication et l'empathie réelle sont les aspects les plus importants dans de telles situations. En dispensant les soins de base à la mère dont le bébé est décédé :

- Ecouter les préoccupations et les questions de la famille et communiquer clairement, en se rappelant de la famille.
- Respecter le droit à l'intimité en parlant avec la famille et lorsqu'ils parlent entre eux.
- Si on ne parle pas une langue que comprend la famille, utiliser un traducteur sensible à la situation. Donner une information simple et honnête à propos du décès du bébé et ce qui est arrivé. La compréhension de la situation peut diminuer leur anxiété et culpabilité et les aider à surmonter leur chagrin.
- Poser des questions ouvertes pour évaluer si les parents ont besoin de plus d'information.
- 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.
- Utiliser des techniques de communication non verbale, par exemple, hocher la tête pour montrer à la famille qu'on écoute attentivement leurs craintes et leur tristesse.
- Montrer qu'on se soucie de la femme et de sa famille et qu'on les respecte.
- Exprimer sa préoccupation pour la famille et l'encourager à exprimer ses émotions, si c'est acceptable dans la culture.
- Respecter les croyances et les coutumes traditionnelles et répondre autant que possible aux besoins de la famille.
- Ne pas jeter le blâme sur la famille si c'est une question de négligence ou d'intervention trop tardive.
- Se rappeler les autres membres du personnel soignant qui eux-mêmes peuvent traverser des sentiments de culpabilité, de chagrin, de confusion et d'autres émotions.

Pour de plus amples informations sur les Compétences interpersonnelles, voir **page 1-46**.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Syphilis (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Une patiente dont le test de dépistage de la syphilis est positif (qu'elle ait ou non des signes/symptômes de syphilis et qu'elle ait ou non une copie du test) et qui n'a reçu aucun traitement ou a reçu un traitement inadéquat DOIT être traitée à ce stade. Son bébé aura besoin d'évaluation et de traitement immédiatement après la naissance.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Patiente** • Pendant l'évaluation, déceler les signes/symptômes de syphilis chez la patiente : – Chancre (lésion ulcéreuse) au site d'infection, généralement autour des parties génitales – Eruption sur les paumes des mains et/ou plantes des pieds – Chute de cheveux, de sourcils et/ou de cils – Température sub-fébrile, mal de gorge, maux de tête, perte d'appétit – Condylome plat (lésions plates et moites, ressemblent à une verrue autour des parties génitales) ➡ **Si la patiente a des signes/symptômes de syphilis (mais qu'elle n'a pas été diagnostiquée)**, réaliser un test sérologique de dépistage de la syphilis (RPR/VDRL; **page 4-46**), même si un test a été fait plus tôt pendant la grossesse. ➡ **Si la patiente a un test de syphilis positif**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). ➡ **Si la patiente a été diagnostiquée avec la syphilis**, lui demander si elle reçu un traitement pour la syphilis et déterminer si le traitement est adéquat (2,4 millions d'unités de pénicilline au moins 30 jours avant la naissance). ➡ **Si la patiente a été diagnostiquée avec la syphilis mais qu'elle n'a pas été traitée adéquatement**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). ➡ **Si la patiente a été diagnostiquée avec la syphilis mais qu'elle a été traitée adéquatement, qu'elle n'a pas de signes/ symptômes de syphilis, ET qu'elle a un RPR/VDRL négatif**, aucun soin supplémentaire n'est nécessaire.	Si la grossesse, le travail, l'accouchement et/ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Patiente** • Fournir un traitement en fonction des directives suivantes. ➡ **Si la patiente a été diagnostiquée avec la syphilis et qu'elle n'a pas été traitée adéquatement :** ➡ **Si elle a des signes/symptômes nouvellement acquis de syphilis**, lui administrer 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline en IM (1,2 million d'unités dans chaque fesse lors de la même visite). ➡ Si elle a des signes/symptômes de syphilis de durée inconnue, lui administrer 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline en IM une fois par semaine pendant 3 semaines (1,2 millions d'unités dans chaque fesse lors de la même visite). – Suivre les protocoles locaux pour la prise en charge de la patiente avec un RPR/VDRL positif. (L'OMS recommande qu'après le traitement, un test sérologique—non-tréponémal—devrait être réalisé à des intervalles d'un mois jusqu'à la naissance et la patiente devrait être traitée à nouveau en cas de réinfection ou rechute d'après les preuves sérologiques). Indiquer à la patiente qu'elle doit faire suivre sa recherche d'anticorps après le post-partum. • Echanger toute l'information dans un contexte privé et rassurer la patiente en en lui indiquant que la conversation devrait rester confidentielle. • Apporter un soutien affectif à la patiente et l'aider à confronter les effets possibles de la syphilis chez le nouveau-né. • Lui fournir des messages de santé et counseling sur les aspects suivants : – Mode de transmission et effets possibles de la syphilis pour la femme et le bébé : – La syphilis non traitée peut signifier que la femme perdra son bébé pendant cette grossesse ou une grossesse ultérieure. – Le bébé risque de naître très malade, avec des anormalités congénitales. – Importance d'utiliser régulièrement des préservatifs pour prévenir les IST. – Importance pour les partenaires sexuels de passer le test de dépistage et d'être traités pour la syphilis. • Apprendre à la patiente à déceler les signes de danger chez le bébé qui pourraient indiquer une syphilis congénitale (voir ci-après) et consulter immédiatement les services de santé si l'un de ces signes se présente.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Syphilis, *suite*	**Nouveau-né** ➡ **Si la mère a été diagnostiquée avec la syphilis et qu'elle n'a pas été traitée ou qu'elle n'a pas été traitée adéquatement ou si l'on ne connaît pas le statut de traitement**, faire une évaluation plus poussée : – Lors de l'examen physique, rechercher les signes de syphilis : – Œdème généralisé (enflement du corps) – Eruption cutanée vésicante les paumes des mains et les plantes des pieds – Ecoulement nasal abondant ("coryza syphilique") – Distension abdominale (due au foie et/ou rate élargi ou au liquide dans l'abdomen) ➡ **Si le nouveau-né présente des signes de syphilis**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le nouveau-né ne présente pas de signes de syphilis**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). **Si la mère a été traitée adéquatement (2,4 millions d'unités de pénicilline au moins 30 jours avant la naissance) ET si le nouveau-né ne présente pas de signes de syphilis**, aucun soin supplémentaire n'est nécessaire.	**Nouveau-né** • Dispenser le traitement en fonction des directives suivantes : – Donner des antibiotiques au bébé : – 100 mg/kg de benzylpénicilline-procaïne IM en injection unique, OU – 75 mg/kg de benzathine-benzylpénicilline IM en une seule injection. • Suivre après 4 semaines pour examiner le bébé et déceler les éventuels de syphilis congénitale.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Déchirures et incisions lors de la période du post-partum : • Incisions abdominales • Déchirures vaginales ou périnéales • Episiotomie • Défibulation (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.)	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Incision abdominale :** • Inspecter l'incision/sutures pour déceler les signes d'infection. ➡ **S'il y a du pus, des rougeurs ou écartement des berges de la ligne de suture**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **S'il n'y a pas de signes d'infection**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). **Déchirures vaginales ou périnéales, épisiotomie ou défibulation :** • Inspecter les parties génitales avec une bonne source de lumière. ➡ **En cas de déchirure du 1er ou 2e degré non réparée ou d'épisiotomie :** ➡ **Si moins de 24 heures depuis l'accouchement**, voir Réfection des déchirures vaginales ou périnéales du 1er ou 2e degré (**page 4-40**) ou Réfection de l'épisiotomie (**page 4-39**). ➡ **Si plus de 24 heures depuis l'accouchement**, laisser l'incision ou la déchirure guérir toute seule et procéder avec les soins supplémentaires. ➡ **En cas de déchirure du 3e ou 4e degré non réparée**, AGIR MAINTENANT !— faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Inspecter les parties génitales pour détecter les signes/ symptômes suivants : – Pus, rougeur, or écartement des berges de la ligne de suture – Pus ou drainage d'une déchirure non réparée, d'une épisiotomie ou d'une défibulation – Vive douleur de la déchirure, de l'épisiotomie ou de la défibulation ➡ **Si l'UN QUELCONQUE des signes/symptômes susmentionnés est présent**, AGIR MAINTENANT !—voir Pus, rougeur ou écartement des berges de la ligne de suture ; Pus ou drainage d'une déchirure non réparée; Vive douleur d'une déchirure ou de l'épisiotomie (**page 3-119**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si AUCUN des signes/symptômes susmentionnés n'est présent**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si la période du post-partum se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Incision abdominale :** • Conseiller à la patiente de continuer à être en contact avec le prestataire qualifié qui a réalisé l'intervention. ➡ **Si la patiente indique des problèmes concernant l'intervention (ou s'il n'existe des signes de danger**, faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). **Déchirure vaginale ou périnéale, épisiotomie ou défibulation :** • Assurer une bonne hygiène périnéale/génitale pour prévenir l'infection (voir **page 2-31**). • Donner les conseils suivants : – Allaiter en étant couchée sur le dos plutôt qu'en position assise (**page 4-49**). – Attendre pour reprendre les rapports sexuels pendant au moins 2 semaines après la naissance ou jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de lochies rouges ou roses, que les lochia blanches aient diminué, que le vagin et le périnée soient guéris et qu'il n'existe pas de douleur périnéale. ➡ **Si la patiente a des brûlures à la miction au passage de l'urine sur le périnée traumatisé**, lui indiquer que cela s'améliorera au fur et à mesure que guérit l'incision ou la déchirure. ➡ **Si la patiente a une déchirure du 3e ou 4e degré ou une épisiotomie**, lui conseiller de boire davantage de liquides (2 à 3 litres par jour), de manger des fruits et légumes et des céréales complètes ou d'utiliser un laxatif émollient pour prévenir la constipation ou éviter d'autres lésions ou douleurs provenant de la constipation. • **TOUTES les déchirures et incisions** : Lui conseiller de revenir si les signes/symptômes persistent ou s'empirent ou si des signes/symptômes d'infection se développent. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Rétention urinaire pendant le travail et la période du post-partum (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Aspects généraux à envisager :** La pression qu'exerce la tête du fœtus sur l'urètre et la vessie lors d'un travail prolongé peut être à l'origine d'hématomes, d'œdèmes et même de spasme du sphincter interne de la vessie. Il peut en résulter une rétention urinaire lors du travail ou au début de la période du post-partum.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 6 ou 7** (**page 2-39 ou 2-85**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Evaluer la patiente pour déceler la fièvre (température de 38°C ou plus). ➡ **Si la patiente a de la fièvre**, AGIR MAINTENANT !—voir Fièvre ou pertes vaginales malodorantes (**page 3-116**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la patiente n'a pas de fièvre**, procéder avec l'évaluation plus poussée. • Evaluer la patiente (poser des questions et observer) l'écoulement d'urine du vagin. ➡ **Si de l'urine s'écoule du vagin**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **S'il n'y a pas d'urine qui s'écoule du vagin**, le diagnostic probable sera la rétention urinaire. Procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si le travail ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 6 ou 7** (**page 2-39 ou page 2-85**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Aider la femme à uriner. – L'aider à se mettre dans une position confortable—peut-être hors du lit. – Assurer son droit à l'intimité. – Faire couler de l'eau du robinet qu'elle peut entendre et/ou verser de l'eau chaude sur sa vulve pour l'aider à uriner. ➡ **Si toutes ces méthodes pour l'aider à uriner ne sont pas réussies :** – **Pendant le travail**, insérer une sonde en utilisant une technique aseptique, drainer l'urine et retirer la sonde. – **Lors de la période du post-partum :** – Insérer une sonde à demeure en utilisant une technique aseptique. ➡ **S'il semble que la vessie contient plus d'un litre d'urine**, drainer l'urine à des intervalles, pas plus d'un demi-litre à la fois – Laisser la sonde en place pendant 24–48 heures drainant dans un sac ou récipient fermé. – Administrer 500 mg d'amoxicilline par voie buccale toutes les 8 heures pendant 3 jours OU triméthoprime/ sulfaméthoxazole (160 mg/800 mg) par voie buccale toutes les 12 heures pendant 3 jours. **Note** : Il faudra probablement encourager la patiente à aller à la miction souvent car cela risque d'être douloureux. • L'encourager à boire davantage. • Lui conseiller de revenir si les symptômes persistent ou s'aggravent OU si elle note une brûlure à la miction, de la fièvre ou une douleur au flanc/aine—pouvant indiquer une infection des voies urinaires ou des reins. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Sub-involution utérine (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : La sub-involution utérine est définie de la manière suivante : lochies plus importantes ou utérus qui n'augmente pas ou qui ne diminue pas de taille, (tel qu'indiqué au **Diagramme 2-20, page 2-102**) depuis la dernière visite du post-partum.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Evaluer la patiente pour déceler la fièvre (température de 38°C ou plus). ➡ **Si la patiente a de la fièvre**, AGIR MAINTENANT !—faire une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la patiente n'a pas de fièvre**, continuer avec l'évaluation plus poussée. • Evaluer la patiente pour déceler des douleurs abdominales. ➡ **Si la patiente a des douleurs abdominales**, **AGIR MAINTENANT !**—faire une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la patiente n'a pas de douleurs abdominales**, continuer avec l'évaluation plus poussée. • Evaluer les lochies/saignements de la patiente. ➡ **En cas de saignement abondant**, AGIR MAINTENANT !—faire une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si les lochies ne sont pas plus abondantes que la normale**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	S'il n'y pas de fièvre, de douleur abdominale ou de saignement abondant et si sa période du post-partum se déroule normalement, sauf que l'utérus ne diminue pas encore de taille et /ou la quantité des lochies ne diminue pas de manière normale, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 7** (**page 2-85**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Administrer un médicament utérotonique (**Tableau 3-3, page 3-107**), de préférence 2 mg d'ergométrine, par voie buccale, 3 fois par jour pendant 3 jours. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Violence à l'égard des femmes (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour une femme connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : En évaluant et en soignant une femme qui a été victime de violence ou d'abus, utiliser les compétences interpersonnelles mentionnées à l'**Encadré 3-30** (**page 3-82**). **Aspects généraux à envisager** : La violence à l'égard des femmes affecte leur santé physique et mentale. Même si on n'a pas eu de formation sur la manière de traiter ces problèmes, on peut les confronter lorsqu'on conseille, évalue et soigne des femmes venant obtenir des soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ou la période du post-partum. Votre rôle en ce qui concerne la réponse à la violence à l'égard des femmes est d'importance critique, bien qu'il soit limité. Voici quatre buts particulièrement importants : • Détecter toute affection ou blessure pouvant résulter de l'agression, • L'aider à reconnaître les abus et mauvais traitements dans sa propre vie et l'encourager à prendre diverses mesures pour se protéger elle-même et ses enfants. • Vérifier qu'elle se sent en sécurité lorsqu'elle reçoit les soins, et • Encourager et/ou faciliter les liens avec des sources de soutien locales.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Reconnaître les signes de violence à l'égard des femmes. La première étape, pour répondre à la violence des l'égard des femmes, constitue à la reconnaître. En effet, même si la femme n'admet pas qu'elle a été la victime d'un acte de violence, il existe bien des facteurs qui peuvent suggérer cette violence, par exemple : – La femme a des antécédents de violence (tel qu 'elle l'a indiqué ou tel que c'est noté dans son dossier médical). – Elle a des antécédents de dépression et/ou de tentative de suicide. – Son explication de la cause ne correspond pas aux blessures observées. – Elle a des plaies, hématomes et lésions sur l'abdomen, la poitrine ou les parties génitales. – Elle est mal nourri, a des douleurs non expliquées ou ne semble pas en bon état. – Elle est souvent en retard pour les visites ou vient irrégulièrement et elle n'a peut-être pas reçu de soins pendant la grossesse. • Déterminer la nature de l'acte de violence en posant des questions : – Qu'est-ce qu'on lui a fait ? – Depuis combien de temps cela dure-t-il ? – Est-ce que cela s'est aggravé ? – Comment cela affecte-t-il sa vie ? • Utiliser cette information pour individualiser les messages de santé et le counseling et d'autres aspects des soins de base. • Se rappeler des aspects suivants : – La femme risque de nier l'agression, même si elle a lieu et elle ne sera pas à l'aise pour discuter de la violence devant son compagnon. Aussi est-il très important de lui parler à elle seule (demander au compagnon de quitter la pièce pour pouvoir discuter de cette question). Si elle dit qu'elle n'a pas été maltraitée mais si vous soupçonnez pourtant que tel est le cas, lui dire que « la porte est toujours ouverte » et qu'elle peut vous parler de ce problème à n'importe quel moment. – Si la femme a été la victime d'une agression, il faut savoir qu'elle ne sera pas à l'aise pour se déshabiller pour un examen physique ou ne voudra pas être examinée pendant le travail. Lui donner plus de temps, si nécessaire, pour se déshabiller et vérifier qu'elle est bien recouverte. Faire tout spécialement attention à obtenir sa permission/son consentement pour la toucher avant chaque examen.	Si la patiente est en bonne santé et que la grossesse, le travail et l'accouchement ou la période du post-partum se déroulent normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué à la **Section 2**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Messages de santé et counseling** Si la patiente dénonce l'agression, l'écouter attentivement et répondre de manière sympathique, constructive et sans porter de jugement : • Valider son expérience ; éviter de nier ou de minimiser l'expérience ou la situation de mauvais traitement ou de violence. • Reconnaître l'injustice de l'agression et lui faire savoir que ce n'est pas de sa faute. On pourra lui dire : « Parfois, les gens pensent que cela ne fait rien s'ils ont été frappés ou maltraités. Mais c'est quelque chose qui ne devrait jamais arriver. Personne ne mérite d'être frappé ou maltraité de quelque manière que ce soit. » • Aider la femme à sentir qu'elle n'est pas toute seule : – Poser des questions à propos de la violence est également une intervention de réponse à cette agression. Souvent, les femme se sentent seules et isolées et, par conséquent, si on peut raconter à quelqu'un à propos de cette violence, c'est souvent un premier pas pour admettre qu'il existe un problème, ainsi que pour chercher et accepter de l'aide. – La rassurer. On pourra lui dire, « Je suis bien content que vous m'ayez raconter cela. Souvent, nous pensons que nous sommes tout seuls, mais bien des femmes souffrent de ces mauvais traitements et agressions. » • L'aider pour qu'elle sente qu'elle maîtrise la situation, en l'encourageant et en partageant l'information avec elle. **Plan de sécurité** Aider la femme à mettre au point un « plan de sécurité » qui l'aide à se protéger elle-même et son enfant qui n'est pas encore né de tout incident de violence. Le plan intègrera tous les aspects dont il question à l'**Encadré 3-31** (**page 3-82**). **Liens vers des sources locales de soutien** Faciliter les liens vers des sources locales de soutien (**Encadré 3-9, page 3-40**) avec l'adjonction suivante : • Les organisations confessionnelles et les organisations non gouvernementales peuvent apporter les services dont a besoin cette femme. De telles organisations constituent également un mécanisme pour faciliter l'adoption des victimes du viol ou d'autres avec des bébés non souhaités.

Encadré 3-30. Compétences interpersonnelles supplémentaires pour la prestation de soins aux femmes victimes de la violence

Lors de la prestation des soins de base pour une femme enceinte ou une nouvelle mère qui est la victime d'un acte de violence :

- Aider la femme à reconnaître son droit à des soins de haute qualité : vérifier qu'elle se sent bienvenue, qu'elle connaît le type de service disponible et sait comment accéder à ces services.
- Faire preuve de sympathie et de compréhension.
- L'aider à se sentir en sécurité en garantissant un environnement plaisant et en utilisant une approche aimable, dénuée de jugement lors de la communication.
- Vérifier un caractère confidentiel complet et respecter son droit à l'intimité pendant les visites.
- Respecter son droit à prendre des décisions à propos des soins qu'elle reçoit. Lui laisser le temps dont elle a besoin pour prendre des décisions importantes.
- Etre conscient et faire preuve de délicatesse face à la crainte possible d'examens vaginaux ou autre intervention.

Pour de plus amples informations sur les **Compétences interpersonnelles**, voir **page 1-46**.

Encadré 3-31. Plan de sécurité pour les femmes victimes d'acte de violence

Aider la femme à formuler un « plan de sécurité » qui l'aide à se protéger elle-même et son bébé contre les incidents et actes de violence. Ce plan comporte les éléments suivants :

- Trouver des voisins, des amis ou des membres de la famille qui sont prêts à offrir de l'aide ou à être un « refuge. »
- Parler à un voisin dans lequel on a confiance de la violence et demander à cette personne d'appeler la police ou autre autorité si on entend beaucoup de bruit provenant de la maison.
- Connaître l'information de contact pour des organismes communautaires qui peuvent fournir une assistance en cas d'urgence.
- Garder un sac prêt avec de l'argent, des habits et des papiers importants au cas où il faudrait quitter rapidement la maison.
- Planifier et répéter un « chemin de fuite. »

BESOINS SPECIAUX DE LA PERIODE NEONATALE

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Coupures ou abrasions qui ne saignent pas (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir MNP.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. ➡ **Si les coupures ou abrasions saignent**, voir Saignement (**page 3-127**) avant de procéder avec les soins. • Etre vigilant aux signes d'une affection plus grave : – Enflement ou sensibilité sur l'os ou l'articulation – Hématomes – Pâleur – Pleurs inconsolables ➡ **Si l'UN QUELCONQUE des signes susmentionnés est présent**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si AUCUN des signes susmentionnés n'est présent**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si le nouveau-né est en bonne santé et que la période néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Nettoyer la coupure ou l'abrasion en utilisant de la gaze trempée dans une solution antiseptique (iode de polyvidone à 2,5% ; noter que d'autres solutions antiseptiques peuvent piquer). • Garder la plaie propre et sèche et montrer à la mère comment en prendre soin. ➡ **Si le bébé a une coupure**, couvrir la coupure avec un simple pansement pour la garder propre et sèche. ➡ **Si les berges de la plaies sont ouvertes**, les apposer avec un pansement. • Demander à la mère de revenir avec le bébé si elle constate des signes d'infection locale (rougeur, chaleur, enflement de la peau autour de la coupure ou de l'abrasion). ➡ **Si des signes d'infection locale sont constatés**, traiter avec une pommade antibiotique topique 3 fois par jour pendant 5 jours, laissant la coupure ou l'abrasion non couverte. • Aider la mère à déterminer la cause des coupures ou de l'abrasion pour qu'elle puisse être évitée à l'avenir. • Aider la mère à revenir avec le bébé dans une semaine. S'il n'y a pas d'infection, aucun suivi supplémentaire n'est nécessaire.

BESOINS SPECIAUX DE LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Gros bébé (4 kg ou plus) (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir MNP.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer si la mère du bébé souffre de diabète. • Observer de près le bébé pour noter les problèmes suivants qui se présentent plus souvent chez un gros bébé : – Blessures—vérifier que le bébé peut bouger tous ses membres et qu'il n'existe pas de grosseur ou nœuds sur les os. – Signes de faible taux sanguin de glucose—faire attention à une léthargie extrême (somnolence), apnée, convulsions ou énervement. – Aspiration du méconium—si un méconium épais est présent dans le liquide amniotique, être vigilant aux signes de difficulté respiratoire. – Détresse respiratoire—faire attention aux signes de difficultés respiratoires. ➡ **Si la mère du bébé souffre de diabète et que le bébé a moins de 3 jours ou si le bébé présente l'UN QUELCONQUE des problèmes susmentionnés**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la mère ne souffre pas de diabète et si le bébé n'a AUCUN des problèmes susmentionnés**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si le nouveau-né est en bonne santé et que la période néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Vérifier que le bébé commence à allaiter dans l'heure qui suit la naissance et qu'il ou elle peut téter aussi longtemps et aussi fréquemment qu'il/elle le souhaite.

BESOINS SPECIAUX DE LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Insuffisance pondérale à la naissance (moins de 2,5 kg) (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) **Note** : Un bébé qui pèse moins de 2,5 kg à la naissance est généralement considéré d'un faible poids, quel que soit l'âge gestationnel. Parfois, dans certaines populations, des bébés petits ne sont pas jugés être d'un faible poids à la naissance et il faudra donc se fixer des normes locales. Quelle que soit la cause de l'insuffisance pondérale à la naissance ou de la maturité du bébé d'un faible poids, un petit bébé a besoin de soins supplémentaires.	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. ➡ **Si le bébé pèse moins de 2 kg**, **AGIR MAINTENANT !**—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si le bébé pèse 2–2,5 kg**, observer le bébé toutes les 15 minutes pendant le 4e stade et faire attention aux problèmes suivants qui risquent de se présenter plus souvent chez un bébé avec un faible poids à la naissance : – Problèmes respiratoires—si le bébé est prématuré, les poumons risquent de ne pas être entièrement développés. – Faible température du corps—le bébé de faible poids n'a peu, voire aucune graisse pour l'isolation et le système de réglementation de la température du bébé prématuré est immature. – Problèmes d'alimentation—le bébé avec un faible poids à la naissance n'aura que peu de force pour téter vigoureusement et aura un petit estomac. Par conséquent, il faudra l'alimenter plus souvent. ➡ **Si le bébé présente l'UN QUELCONQUE des problèmes susmentionnés**, AGIR MAINTENANT !—faire une Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins. **Note** : Le bébé avec un faible poids à la naissance court un risque plus grand d'infection et de jaunisse, mais ces problèmes risquent de ne pas être évidents pendant les deux heures qui suivent la naissance.	Si le nouveau-né est en bonne santé et que la période néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Garder le bébé en contact peau-à-peau entre les seins de la mère. Garder la tête du bébé couverte et mettre une couverture sur la mère et le bébé. • Vérifier qu'il fait chaud dans la pièce (au moins 25°C). • Vérifier que le bébé commence à être allaité dans l'heure qui suit la naissance et qu'il tète au moins toutes les 2 à 3 heures. • Vérifier que le bébé reçoit 1 mg de vitamine K_1 IM dans les 6 premières heures qui suivent la naissance. • Maintenir la mère bien informée de l'état du bébé et expliquer les raisons pour lesquelles le bébé risque d'avoir des problèmes spéciaux pour respirer, se nourrir ou être maintenu au chaud. • Pour déterminer si le bébé maintient la chaleur, la mère contrôlera les mains et les pieds du bébé chaque fois qu'elle allaite. S'ils sont froids, elle gardera le bébé contact peau-à-peau jusqu'à la prochaine tétée. Ce contact aide également à stabiliser la respiration du bébé, à le protéger contre les infections et facilite l'allaitement maternel.
Mère avec hépatite B (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir MNP.)*	N/D	Si la période néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Administrer la première dose de 0,5 ml de vaccin d'hépatite B IM en haut de la cuisse, dès que possible après la naissance (de préférence dans les 12 heures qui suivent la naissance). • Si disponible, administrer 200 UI d'immunoglobuline IM dans l'autre cuisse dans les 24 heures qui suivent la naissance. • Rassurer la femme en indiquant qu'elle peut allaiter sans danger. • Conseiller à la femme de démarrer ou de continuer les soins pour elle-même avec un spécialiste approprié.

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Mère avec antécédents de rupture de membranes plus de 18 heures avant l'accouchement et/ou infection utérine ou fièvre pendant le travail ou l'accouchement (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir MNP.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. **Bébé de 3 jours ou moins :** ➧ **Si la mère a eu une rupture des membranes plus de 18 heures sans infection utérine ou fièvre pendant le travail ou l'accouchement**, évaluer le nouveau-né pour déceler les **signes de septicémie** suivants : – Mauvaise odeur – Problèmes à s'alimenter/téter après avoir bien tété – Difficultés respiratoires (fréquence respiratoire de moins de 30 ou de plus de 60 mouvements par minute, geignements expiratoires, tirage sous-costal) – Grave vomissement – Diarrhée – Léthargie – Température instable du corps – Convulsions/spasmes – Distension abdominale ➧ **En présence de l'UN QUELCONQUE des signes évoquant une septicémie du nouveau-né**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder avec les soins. Prendre la mesure suivante en plus de celles mentionnées à l'Annexe 7: – Donner au bébé 50 mg/kg d'ampicilline IM PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg IM (si moins de 2 kg). ➧ **S'il n'existe AUCUN signe de septicémie du nouveau-né**, procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante). ➧ **Si la mère a eu une infection utérine ou de la fièvre pendant le travail ou l'accouchement**, AGIR MAINTENANT !— faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder avec les soins. Prendre la mesure suivante en plus de celles mentionnées à l'Annexe 7 : – Donner au bébé 50 mg/kg d'ampicilline IM PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg IM (si moins de 2 kg). **Bébé de plus de 3 jours :** ➧ **En présence de l'UN QUELCONQUE des signes évoquant une septicémie du nouveau-né (voir liste ci-dessus)**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) avant de procéder avec les soins. Prendre la mesure suivante en plus de celles mentionnées à l'Annexe 7: – Donner au bébé 50 mg/kg d'ampicilline IM PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg IM (si moins de 2 kg). ➧ **S'il n'existe AUCUN signe de septicémie du nouveau-né (voir liste ci-dessus)**, aucun soin supplémentaire n'est nécessaire.	Si le nouveau-né est en bonne santé et que la période néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Observer le bébé pour déceler les signes de septicémie toutes les 4 heures pendant 5 jours. • Apprendre à la mère à rechercher les signes de septicémie et à se rendre immédiatement dans les services médicaux si l'un de ces signes se présente.

BESOINS SPECIAUX DE LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

BESOIN SPECIAL	EVALUATION SUPPLEMENTAIRE	SOINS SUPPLEMENTAIRES
Mère infectée par le VIH (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.)	Pour de plus amples informations concernant une évaluation plus poussée pour le bébé d'une mère séropositive-VIH, voir **page 3-51**.	Pour de plus amples informations concernant les soins supplémentaires pour le bébé d'une mère séropositive-VIH, voir **page 3-51**.
Mère souffrant de syphilis (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir MNP.)*	Pour de plus amples informations concernant une évaluation plus poussée pour le bébé d'une mère souffrant de syphilis (diagnostic ou signes/symptômes), voir **page 3-77**.	Pour de plus amples informations concernant les soins supplémentaires pour le bébé d'une mère souffrant de syphilis (diagnostic ou signes/symptômes), voir **page 3-77**.
Mère avec tuberculose (Pour le bien-fondé de la prestation de ces soins supplémentaires pour un bébé connaissant ce besoin spécial, voir **Tableau 1-12, page 1-35**.) *(Pour de plus amples informations sur le diagnostic et le traitement différentiels, voir MNP.)*	Faire une évaluation de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8**, avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Déterminer si l'infection de la mère est active (fièvre ; transpiration nocturne ; perte de poids ; toux productive, chronique ; pleurésie; culture positive des expectorations ou radiographie. • Déterminer si elle a été diagnostiquée (culture positive) dans les 2 mois avant la naissance. • Déterminer si elle a été traitée pendant au moins 2 mois avant la naissance. ➡ **Si la mère a une tuberculose active et qu'elle n'a pas été traitée ou qu'elle a été traitée pendant moins de 2 mois avant la naissance OU si la mère a été diagnostiquée (culture positive des expectorations) dans les 2 mois suivants la naissance du bébé,** traiter en fonction du schéma thérapeutique normal et procéder avec les soins supplémentaires (colonne suivante).	Si le nouveau-né est en bonne santé et que la période néonatale se déroule normalement, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**), avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Vaccinations et autres mesures préventives : – NE PAS administrer le BCG à la naissance. – Donner au bébé 5 mg/kg de l'isoniazide prophylactique tous les jours pendant 6 mois. • Suivi : – Conseiller à la mère de faire réévaluer le bébé par un spécialiste à l'âge de 6 semaines pour détecter les signes/symptômes de tuberculose et faire une radiographie de la poitrine. – Deux semaines après le traitement de 6 mois avec de l'isoniazide thérapeutique, administrer le BCG (s'il n'y a pas de signes de tuberculose). – Conseiller à la femme de démarrer ou de continuer les soins pour elle-même avec un spécialiste approprié.

CHAPITRE ONZE

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER

VUE GENERALE

Ce chapitre présente des directives pour les prestataires qualifiés sur la manière de répondre aux complications pouvant mettre la vie en danger (tel que décrit à la **page 1-41**) et qu'ils peuvent rencontrer en fournissant des soins aux patientes et aux nouveau-nés pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et lors de la période du post-partum/néonatale. Une patiente ou un nouveau-né qui présente un **signe de danger** (signe/symptôme pouvant indiquer une complication très grave mettant la vie en danger pendant le bilan rapide (**Annexe 7, page 4-65**)—ou à tout autre stade des soins de base lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou de la période du post-partum/néonatale (tel qu'indiqué aux **Chapitres 4 à 8**)—devraient recevoir immédiatement des soins supplémentaires de la part d'un prestataire qualifié en fonction des directives indiquées ci-après. (Pour un index des complications pouvant mettre la vie de la patiente et du nouveau-né en danger, voir **Encadré 3-32**[**page 3-90**].)

Répondre aux signes de danger décelés pendant le bilan rapide

- Le prestataire qualifié devra faire une **Evaluation initiale rapide** de toute patiente ou nouveau-né qui présente un signe de danger pendant le bilan rapide (pour la femme : **page 3-90** ; pour le nouveau-né : **page 3-97**), afin de déterminer les éléments suivants :
  - Gravité de la maladie
  - Nécessité de dispenser des soins d'urgence/stabilisation
  - Mesure adéquate à prendre

➡ **Si la patiente A besoin de stabilisation ou si le nouveau-né a besoin de réanimation**, le prestataire qualifié applique l'intervention appropriée (pour la patiente : **page 3-92** ; pour le nouveau-né : **page 3-99**), avant de procéder avec les soins.

➡ **Si la patiente ou le nouveau N'A PAS besoin de stabilisation/réanimation ou A ETE stabilisé/réanimé**, le prestataire qualifié devrait traiter la patiente ou le nouveau-né en fonction des directives se rapportant à la complication qui se présente avec notamment :

- Référence/transfert vers un spécialiste ou un niveau plus élevé de soins, tel qu'indiqué (**Annexe 7, page 4-65**) ; OU
- Prestation de soins de base avec certaines adjonctions et/ou priorités.

Répondre aux signes de danger dépistés lors de la prestation des soins de base[1]

- Chaque patiente ou nouveau-né qui présente un signe de danger lors de la prestation des soins de base (après le bilan rapide) devrait recevoir immédiatement des soins supplémentaires de la part d'un prestataire qualifié, en fonction des directives données sous le signe de danger qui se présente avec notamment :
  - Référence/transfert vers un spécialiste ou un niveau de soins plus élevé (**Annexe 7, page 4-65**) ; OU
  - Prestation de soins de base avec certaines adjonctions et/ou priorités.

[1] Certains signes de danger dépistés lors de la prestation des soins de base demandent une Evaluation initiale rapide (et les mesures qui suivent) de la part d'un prestataire qualifié. Ils sont identifiés clairement en tant que tels tout au long de la Section 2.

Encadré 3-32. Index des complications pouvant mettre la vie en danger

Evaluation initiale rapide de la mère, page 3-90 (difficultés respiratoires, convulsions, choc)
Evaluation initiale rapide du nouveau-né, page 3-97 (difficultés respiratoires, choc, convulsions ou spasmes)
Réanimation du nouveau-né, page 3-99
Stabilisation de la patiente, page 3-92

FEMME	NOUVEAU-NE
Céphalées très prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée, page 3-109 Contractions avant 37 semaines de grossesse, page 3-121 Contractions utérines insuffisantes, page 3-110 Déroulement défavorable du travail, page 3-110 Douleur au mollet, page 3-119 Fièvre (température de 38ºC ou plus) ou écoulement vaginal malodorant, page 3-116 Liquide amniotique teinté de méconium, absence ou diminution des mouvements fœtaux, absence de battements cardiaques fœtaux ou rythme cardiaque fœtal anormal, page 3-111 Présentation de la main ou du pied du fœtus, page 3-115 Procidence du cordon, page 3-115 Pus, rougeur ou berges ouvertes de la ligne de suture périnéale ; pus ou drainage d'une déchirure non réfectée ; vive douleur d'une déchirure ou de l'épisiotomie, page 3-119 Saignement vaginal après l'accouchement, page 3-105 Saignement vaginal en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse), page 3-103 Saignement vaginal en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) ou lors du travail, page 3-103 Verbalisation/comportement qui indique qu'une femme risque de se nuire à elle-même ou au bébé ou hallucinations, page 3-122 Vive douleur abdominale après l'accouchement, page 3-121 Vive douleur abdominale en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse), page 3-120 Vive douleur abdominale en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) ou lors du travail, page 3-120	Diarrhée, page 3-126 Distension abdominale, page 3-126 Jaunisse, page 3-125 Membre ou articulation enflé, page 3-131 Pus ou lésions de la peau, page 3-128 Pus ou rougeur des yeux, page 3-130 Rougeur ou mauvaise odeur de l'ombilic, page 3-131 Saignement, page 3-127 Température anormale du corps, page 3-123

EVALUATION INITIALE RAPIDE DE LA MERE

Note : Pour l'Evaluation initiale rapide du nouveau-né, voir **page 3-97**.

Quand des signes de danger sont notés, il faut réaliser immédiatement l'Evaluation initiale rapide pour déterminer la gravité de la maladie de la patiente, la nécessité d'apporter des soins d'urgence/stabilisation et les mesures immédiates qui doivent être prises. **Un grand nombre d'évaluations peuvent être faites simultanément.**

- Evaluer la patiente pour déceler les signes/symptômes suivants de la **difficulté respiratoire** :
  - Ne respire pas
  - Respiration rapide (30 mouvements par minute ou plus)

- Respiration bloquée ou halètement
- Geignements ou râles expiratoires
- Pâleur ou cyanose (peau bleue)

➡ **Si la patiente PRESENTE L'UN QUELCONQUE des signes/symptômes de difficulté respiratoire**, appeler à l'aide. Suivre les indications de stabilisation sous Difficulté respiratoire (**page 3-92**) avant de procéder avec les soins.

➡ **Si la patiente NE PRESENTE AUCUN des signes/symptômes de difficulté respiratoire**, procéder avec l'Evaluation initiale rapide.

- Evaluer la patiente pour déterminer si elle a des convulsions ou une perte de connaissance.

➡ **Si la patiente A DES CONVULSIONS ou si elle A PERDU CONNAISSANCE**, appliquer la technique de stabilisation sous Convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle diastolique de plus 110 mmHg avec protéinurie 2+ ou plus (**page 3-93**) avant de procéder avec les soins.

➡ **Si la patiente N'A PAS de convulsions et si elle N'A PAS perdu connaissance**, procéder avec cette Evaluation initiale rapide.

- Prendre la tension artérielle de la patiente ainsi que la température et le pouls.

➡ **Si la patiente a une faible tension artérielle (systolique de moins de 90 mmHg) ou un pouls rapide (110 battements par minute ou plus)**, évaluer pour déceler d'autres signes/symptômes de **choc**, notamment :

- Pâleur de la conjonctive
- Transpiration
- Peau froide et moite
- Respiration rapide (30 mouvements par minute ou plus)
- Anxiété ou confusion
- Perte de connaissance ou quasi-perte de connaissance
- Faible débit urinaire (moins de 30 ml par heure)

➡ **Si la patiente EST ENTREE en choc**, appeler à l'aide. Appliquer la technique de stabilisation sous Choc (**page 3-95**) avant de procéder avec les soins.

➡ **Si la patiente N'EST PAS ENTRÉE en choc**, procéder avec cette Evaluation initiale rapide.

Note : Même si la femme ne présente aucun signe de choc pour le moment, cela ne veut pas dire qu'elle n'entrera pas en choc, aussi une **vigilance constance s'avère-t-elle nécessaire**. Soupçonner ou anticiper le choc en présence de l'UNE QUELCONQUE des situations suivantes :

- Saignement vaginal
- Infection
- Traumatisme

➡ **Si la tension artérielle diastolique de la patiente est de plus de 110 mmHg**, faire une analyse des urines pour déterminer la présence de protéines (**Annexe 4, page 4-44**).

➡ **Si l'analyse EST POSITIVE (protéine 2+ ou plus),** appeler à l'aide. Appliquer la technique de stabilisation sous Convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle diastolique supérieure à 110 mmHg avec protéinurie 2+ ou plus (**page 3-93**) avant de procéder avec les soins.

➡ **Si l'analyse d'urine EST NEGATIVE ou positive mais protéine inférieure à 2+**, procéder avec cette Evaluation initiale rapide.

➡ **Si la température de la patiente est de 38°C ou plus (fièvre)**, procéder avec Présente signes de danger (**page 3-92**).

Signes de danger

➡ **Si la patiente présente un signe de danger**, procéder en appliquant l'information pertinente donnée dans ce Chapitre en fonction de la complication pouvant mettre la vie en danger (ci-après) pour fournir la prise en charge indiquée.

➡ **Si la patiente présente plusieurs signes de danger**, passer en premier à la complication qui est la plus grave vérifiant qu'une prise en charge est assurée pour CHACUNE des complications pouvant mettre la vie de la patiente en danger avant son transfert ou avant de reprendre l'évaluation et les soins de base. Si on ne peut pas dire clairement quelle est la complication la plus grave, procéder en appliquant les mesures pour chaque complication pouvant mettre la vie en danger en fonction de l'ordre dans lequel elles apparaissent ci-après.

➡ **S'il faut déterminer l'âge gestationnel**, voir **page 2-8** pour cette technique.

Complications pouvant mettre la vie en danger

- Saignement vaginal en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse), **page 3-103**
- Saignement vaginal en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) ou lors du travail, **page 3-103**
- Saignement vaginal après l'accouchement, **page 3-104**
- Céphalées très prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée, **page 3-109**
- Déroulement défavorable du travail, **page 3-110**
- Contractions utérines inadéquates, **page 3-110**
- Liquide amniotique teinté de méconium, absence ou diminution des mouvements fœtaux, absence de battements cardiaques fœtaux ou rythme cardiaque fœtal anormal, **page 3-111**
- Procidence du cordon, **page 3-115**
- Présentation de la main ou du pied du fœtus, **page 3-115**
- Fièvre (température de 38ºC ou plus) ou écoulement vaginal malodorant, **page 3-116**
- Douleur au mollet, **page 3-119**
- Pus, rougeur ou berges ouvertes de la ligne de suture périnéale; pus ou drainage d'une déchirure non réfectée ; vive douleur d'une déchirure ou de l'épisiotomie, **page 3-119**
- Vive douleur abdominale en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse), **page 3-120**
- Vive douleur abdominale en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) ou lors du travail, **page 3-121**
- Vive douleur abdominale après l'accouchement, **page 3-121**
- Contractions avant 37 semaines de grossesse, **page 3-121**
- Verbalisation/comportement qui indique qu'une femme risque de se nuire à elle-même ou au bébé ou hallucinations, **page 3-122**

STABILISATION DE LA PATIENTE

Difficulté respiratoire

- Stabiliser la patiente en appliquant les directives suivantes avant de procéder avec les soins :
  - ➡ **Si la patiente NE respire PAS :**
    - Maintenir la patiente en position couchée sur le dos avec sa tête légèrement en extension.

- Soulever son menton pour ouvrir les voies aériennes.
- Inspecter la bouche pour détecter les corps étrangers et les enlever.
- Aspirer les sécrétions de la gorge.
- Ventiler avec ballon et masque jusqu'à ce que la patiente commence à nouveau à respirer.

➧ **Si la patiente RESPIRE :**

- Evaluer rapidement les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) si ce n'est déjà fait.
- Mettre la patiente sur le côté gauche.
- Administrer de l'oxygène à 6 à 8 litres par minute.
- Vérifier continuellement que ses voies aériennes sont dégagées.

- Dès que l'Evaluation initiale rapide est achevée et que la patiente est stabilisée, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge des difficultés respiratoires, voir PCCGA.)

Convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle diastolique supérieure à 110 mmHg avec protéinurie 2+ ou plus

- Evaluer rapidement les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) si ce n'est déjà fait.
- Stabiliser la patiente en fonction des directives suivantes avant de procéder avec les soins :
  - Ne jamais la laisser seule.
  - La protéger contre les blessures mais ne pas l'attacher.

➧ **Si la patiente A PERDU CONNAISSANCE :**

- Vérifier ses voies aériennes ;
- La mettre sur le côté gauche ; et
- Vérifier la rigidité du cou.
  - ➧ **Si le cou est rigide**, utiliser les bonnes précautions d'isolement pour protéger le personnel soignant de l'établissement et les autres patients dans le cas où la patiente aurait la méningite.

➧ **Si la patiente A DES CONVULSIONS**, la mettre sur le côté pour minimiser le risque d'absorption des vomissements et s'assurer que les voies aériennes sont ouvertes.

- Administrer une dose de charge de solution de sulfate de magnésium (**Encadré 3-33, page 3-94**).

> **Note** : **Si du sulfate de magnésium N'EST PAS disponible**, utiliser le diazépam. Pour les directives de traitement, voir **Encadré 3-34** (**page 3-95**).

(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée, voir PCCGA.)

Encadré 3-33. Dose de charge et dose d'entretien du sulfate de magnésium

- Perfuser lentement, en 5 minutes, 4 g de solution de sulfate de magnésium* en IV. Informer la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lorsque le sulfate de magnésium est administré.
- De suite après, administrer 10 g de solution de sulfate de magnésium, 5 g dans chaque fesse en injection IM profonde, avec 1 ml de lidocaïne à 2% dans la même seringue. Utiliser une technique aseptique en faisant une injection profonde IM.

➧ **Si les convulsions persistent ou reviennent après 15 minutes**, donner 2 g de sulfate de magnésium en IV en 5 minutes.

- Dès que l'Evaluation initiale rapide est achevée et que la patiente est stabilisée, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

➧ **Si le transfert est retardé ou si la patiente est à un stade avancé du travail**, continuer à administrer du sulfate de magnésium en fonction de la dose d'entretien (voir avertissement, ci-après).

- Donner 5 g de sulfate de magnésium IM plus 1 ml de lidocaïne à 2% (dans une fesse, puis dans l'autre) toutes les 4 heures.
- Continuer le traitement pendant 24 heures après la naissance ou après la dernière convulsion (on retiendra des deux celui qui survient en dernier).

ATTENTION !

Avant de donner à une patiente une autre dose de sulfate de magnésium, il faut vérifier les éléments suivants :

- La fréquence respiratoire est inférieure à 16 mouvements par minute :

➧ **En cas d'arrêt respiratoire**, ventilation avec ballon et masque et perfusion de 1 g de gluconate de calcium (10 ml de solution à 10%) en IV, lentement, en 10 minutes.

- Les réflexes rotuliens sont présents ; et
- Le débit urinaire est inférieur à 30 ml par heure pendant 4 heures.

* Le sulfate de magnésium est vendu en concentrations différentes (20%, 40%, 50%). En faisant des injections IM, il vaut mieux utiliser des concentrations plus élevées (par exemple, 50%) pour diminuer le volume total nécessaire.

Encadré 3-34. Dose de charge et dose d'entretien pour le diazépam

UNIQUEMENT si le sulfate de magnésium N'EST PAS disponible, traiter avec du diazépam de la manière suivante :

Administration intraveineuse

- Injecter lentement une dose de charge de 10 mg de of diazépam, en IV, en 2 minutes.
- ➡ **Si les convulsions persistent ou reprennent**, répéter la dose de charge.
- Dès que l'Evaluation initiale rapide est achevée et que la patiente est stabilisée, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le transfert est retardé ou si la patiente se trouve à un stade avancé du travail**, administrer une dose d'entretien en fonction des directives suivantes :
    - Injecter 40 mg de diazépam dans 500 ml de liquides intraveineux (soluté de Ringer-lactate ou sérum physiologique) sur une période de 6 à 8 heures, dosé pour que la patiente soit sous sédation mais en état d'éveil.
      - ➡ **Si la fréquence respiratoire baisse à moins de 16 mouvements par minute**, arrêter la dose d'entretien.
    - Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en l'espace de 24 heures.

Administration rectale

- Si l'accès IV n'est pas disponible, donner le diazépam par voie rectale.
- Administrer une dose de charge de diazépam, 20 mg dans une seringue de 10 ml syringe, en fonction des directives suivantes :
  - Retirer l'aiguille, lubrifier le corps de seringue et insérer la seringue dans le rectum (moitié de sa longueur).
  - Administrer le diazépam et laisser la seringue en place en pressant les fesses pendant 10 minutes pour éviter l'expulsion du médicament.
  - Ou alors, le médicament peut être administré par le biais d'un cathéter inséré dans le rectum.
- ➡ **Si les convulsions ne sont pas contrôlées en l'espace de 10 minutes**, administrer 10 mg en plus ou davantage, suivant la taille de la patiente et sa réponse clinique. Etre prêt à ventiler.
- Dès que l'Evaluation initiale rapide est achevée et que la patiente est stabilisée, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le transfert est retardé ou si la patiente se trouve à un stade avancé du travail**, administrer une dose d'entretien en fonction des directives suivantes :
    - Injecter 40 mg de diazépam dans 500 ml de liquides intraveineux (solution de Ringer-lactate ou sérum physiologique) sur une période de 6 à 8 heures, dosé pour garder la patiente sous sédation mais en état d'éveil.
      - ➡ **Si la fréquence respiratoire baisse à moins de 16 mouvements par minute**, arrêter la dose d'entretien.
    - Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en l'espace de 24 heures.

Choc

- Stabiliser la patiente en fonction des directives suivantes avant de procéder avec les soins :
  - Mettre la patiente sur le côté pour minimiser le risque d'aspiration des vomissements et vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.
  - S'assurer qu'elle respire.
  - Garder la patiente au chaud, mais sans la surchauffer.
  - Surélever ses jambes pour augmenter l'apport de sang au cœur (si possible, surélever le bout du lit) avant et pendant le transfert.
  - Poser une voie veineuse ou administrer une solution de réhydratation orale (SRO) si la patiente est tout à fait consciente (voir **Encadré 3-35** [**page 3-96**]).

- Suivre les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) et la température de la peau toutes les 15 minutes.

- Dès que l'Evaluation initiale rapide est achevée et que la patiente est stabilisée, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

(Pour des directives supplémentaires sur la stabilisation de la patiente en état de choc, voir PCCGA.)

Encadré 3-35. Directives pour installer une voie veineuse ou administrer des sels de réhydratation orale SRO)

Installer une voie veineuse

- Démarrer deux perfusions, si possible.
- Utiliser une aiguille de gros calibre (numéro 16 ou la plus grande disponible).
- Perfuser rapidement la solution physiologique ou soluté de Ringer-lactate à la cadence de 1 litre en 15–20 minutes.
- Donner au moins 2 litres de liquide pendant la première heure.
  - ➡ **En cas de prise en charge de choc ou de saignement**, perfuser plus rapidement, remplaçant 2 à 3 fois les liquides perdus.
    - ➡ **UNIQUEMENT s'il est impossible de perfuser**, administrer à la patiente des sels de réhydratation orale (SRO) en fonction des directives mentionnées ci-après.

Administration de SRO

- Voir **Encadré 3-36** (ci-après) pour des instructions sur la manière de préparer les SRO.

➡ **Si la patiente EST EN MESURE de boire, si elle EST consciente et si elle N'A PAS (et n'a pas eu récemment) des convulsions**, administrer 300–500 ml de SRO par voie buccale en l'espace d'une heure.

> **Note** : NE PAS administrer de liquide par voie buccale à moins que la patiente ne soit entièrement consciente et alerte.

➡ **Si la patiente N'EST PAS EN MESURE de boire, si elle N'EST PAS consciente ou si elle A (ou A EU récemment) des convulsions**, administrer 500 ml de SRO par voie rectale sur une période de 20 à 30 minutes, en fonction des directives suivantes :

- Remplir une poire à lavement avec 500 ml de SRO.
- Fixer les SRO à la fin du tube et nouer.
- Insérer le tube lubrifié environ 10 cm dans le rectum.
- Administrer lentement les SRO.

> **Note** : Il faut 20 à 30 minutes pour administrer les SRO. S'ils sont administrés trop rapidement, la patiente aura des crampes abdominales et risque de rejeter les SRO.

Encadré 3-36. Comment préparer les SRO

- Laver un récipient d'un litre et une cuillère avec de l'eau et du savon et rincer avec de l'eau bouillie.
- Faire bouillir et laisser refroidir 1 litre d'eau propre (sans particules visibles ni trouble).
- Ajouter 8 cuillérées remplies à ras de sucre.
- Ajouter ½ cuillérée de sel.
- Remuer et garder dans le récipient propre avec couvercle.
- Jeter les SRO non utilisés après 24 heures.

ATTENTION : Avant de donner les SRO, les goûter pour vérifier que le goût n'est pas plus salé que celui des larmes.

EVALUATION INITIALE RAPIDE DU NOUVEAU-NE

Si des signes de danger sont notés, réaliser immédiatement cette Evaluation initiale rapide du nouveau-né pour déterminer la gravité de la maladie du nouveau-né, les soins d'urgence/stabilisation nécessaires et les mesures immédiates à prendre. **Un grand nombre des évaluations peuvent être faites simultanément. Ces directives supposent qu'un prestataire qualifié pour poser une voie veineuse chez un nouveau-né N'EST PAS disponible.**

- Placer le bébé sur une surface chaude avec une bonne source de lumière.
- Evaluer le bébé pour noter les signes suivants de **difficulté respiratoire** :
  - Ne respire pas
  - Halète
  - Respiration anormale (moins de 20 ou plus de 60 mouvements par minute)
  - Tirage sous-costal ou geignements à l'expiration
  - Mouvement asymétrique ou irrégulier de la poitrine
  - Cyanose centrale (langue et lèvres bleues)

    ➧ **Si le bébé NE RESPIRE PAS, s'il halète ou s'il A UNE FREQUENCE RESPIRATOIRE DE MOINS DE 20 MOUVEMENTS par minute**, réaliser immédiatement la réanimation (**page 3-99**) avant de procéder avec les soins.

    ➧ **Si le bébé PRESENTE L'UN QUELCONQUE des autres signes de difficulté respiratoire ou s'il N'A PAS de signes de difficulté respiratoire**, procéder avec cette Evaluation initiale rapide du nouveau-né.
- Mesurer le rythme cardiaque du bébé.

  ➧ Si le bébé a un rythme cardiaque rapide (180 battements par minute ou plus), évaluer pour dépister les autres signes de **choc**, notamment :

  – Pâleur
  – Cyanose centrale (langue et lèvres bleues)
  – Froid au toucher
  – Respiration rapide (plus de 60 mouvements par minute)
  – Perte de connaissance ou quasi-perte de connaissance (le bébé ne répond à la voix, au toucher et à la lumière ; on ne peut pas le réveiller)

  ➧ **Si le bébé EST ENTRE en choc :**

  – AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) dès que l'Evaluation initiale rapide du nouveau-né est achevée. Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 :

  – Evaluer le bébé pour noter des saignements.

  ➧ **Si le bébé saigne**, presser sur l'endroit des saignements avec une compresse stérile et continuer la compression avant et pendant le transfert.

  – Garder le bébé au chaud tout au long de l'évaluation et des soins.

(Pour des directives supplémentaires sur la stabilisation du nouveau-né en état de choc, voir MNP.)

➧ **Si le bébé N'EST PAS ENTRE EN CHOC**, procéder avec cette Evaluation initiale rapide du nouveau-né.

Note : Même si le bébé ne présente pas de signe de choc pour le moment, cela ne veut pas dire qu'il ou elle n'entrera pas en choc, aussi **une vigilance constante s'avère-t-elle nécessaire**. Soupçonner ou anticiper le choc si L'UN QUELCONQUE des signes suivants se présente :

- Difficulté respiratoire
- Saignement
- Perte de connaissance
- Signes de septicémie (léthargie, flasque, difficulté à s'alimenter, vomissement constant, inconsolable, mauvaise odeur)

- Evaluer le bébé pour noter les **convulsions ou spasmes** :
  - **Convulsions** : Sursaut des membres ou du visage; extension tonique ou flexion des bras et des jambes, soit synchronisée ou non ; regard forcé; claquement des lèvres ; bébé peut être réveillé ou ne réagit pas.

    ➡ **Si on soupçonne des convulsions**, voir également **Encadré 3-37** (ci-après).
  - **Spasmes** : Contraction involontaire des muscles qui dure de quelques secondes à quelques minutes. Peut être déclenchée par la lumière, au toucher ou aux sons; le bébé est conscient et souvent pleure de douleur ; la mâchoire et les poings sont très serrés.

    ➡ **Si on soupçonne des spasmes**, voir également **Encadré 3-37** (ci-après).

Encadré 3-37. Faire la distinction entre les sursauts/trémoussements et les convulsions/spasmes

- A l'instar des convulsions, le sursaut ou le trémoussement (énervement) est caractérisé par des mouvements rapides et répétitifs.
- Contrairement aux convulsion, les mouvements associés aux sursauts/trémoussements sont de la même amplitude et vont dans la même direction.
- Contrairement aux spasmes, les sursauts/trémoussements cessent quand on prend le bébé dans les bras, on l'alimente ou l'on courbe l'un de ses membres.

➡ **Si le bébé a des convulsions ou spasmes**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) dès que l'Evaluation initiale rapide du nouveau-né est achevée. Outre les mesures spécifiées dans l'Annexe 7, administrer une seule dose de 20 mg/kg de phénobarbital en IM.

➡ **Si le bébé a le dos arqué (opisthotonos) ou s'il a perdu connaissance**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**) dès que l'Evaluation initiale rapide du nouveau-né est achevée.

(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge des convulsions ou spasmes du nouveau-né, voir MNP.)

➡ **Si le bébé N'A PAS de convulsions, de spasmes, ni de dos arqué (opisthotonos) et n'a pas perdu connaissance**, procéder avec cette Evaluation initiale rapide du nouveau-né.

- Evaluer le bébé pour noter les signes suivants de **septicémie** :
  - Léthargie
  - Flasque
  - Difficulté à s'alimenter
  - Vomissement persistant
  - Autres signes, inconsolable ou mauvaise odeur

➧ **Si le bébé PRESENTE des signes de septicémie**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 :

- Donner des antibiotiques au bébé :
  - 50 mg/kg d'ampicilline en IM ; PLUS
  - 5 mg/kg de gentamicine en IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg du poids corporel en IM (si moins de 2 kg).

➧ **Si le bébé NE PRESENTE PAS de signes de septicémie**, passer à Présente un signe de danger (ci-après).

Signes de danger

➧ **Si le bébé présente un signe de danger**, procéder en appliquant l'information pertinente donnée dans ce Chapitre, en fonction de la complication pouvant mettre la vie en danger (ci-après) pour fournir la prise en charge indiquée.

➧ **Si le bébé présente plusieurs signes de danger**, passer en premier à la complication qui est la plus grave vérifiant qu'une prise en charge est assurée pour CHACUNE des complications pouvant mettre la vie du bébé en danger avant son transfert ou avant de reprendre l'évaluation et les soins de base. Si on ne peut pas dire clairement quelle est la complication la plus grave, procéder en appliquant les mesures pour chaque complication pouvant mettre la vie en danger en fonction de l'ordre dans lequel elles apparaissent.

Complications pouvant mettre la vie en danger

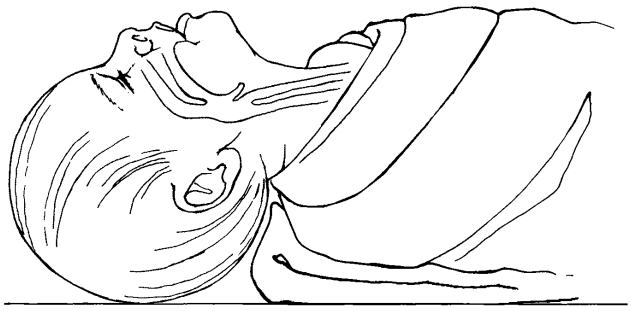
- Température corporelle anormale, **page 3-123**
- Jaunisse, **page 3-125**
- Diarrhée, **page 3-126**
- Distension abdominale, **page 3-126**
- Saignement, **page 3-127**
- Pus ou lésions de la peau, **page 3-128**
- Pus ou rougeur des yeux, **page 3-130**
- Rougeur ou mauvaise odeur de l'ombilic, **page 3-131**
- Membre ou articulation enflé, **page 3-131**

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

➧ **Si le bébé ne respire pas, halète ou si la fréquence respiratoire est de 20 mouvements par minute**, procéder aux gestes de réanimation tel que décrit ci-après :

- Sécher le bébé, retirer le linge humide et envelopper le bébé dans un linge sec et chaud.
- Clamper et couper le cordon si ce n'est déjà fait (**page 2-80**).
- Mettre le nouveau-né sur son dos sur une surface propre et chauffé et le couvrir en laissant le visage et la poitrine dégagé.
- Positionner la tête (**Diagramme 3-4**, **page 3-100**) en légère extension pour ouvrir les voies aériennes (un linge roulé placé sous les épaules du nouveau-né peut être utilisé pour placer la tête en extension).

Diagramme 3-4. Position correcte de la tête pour la ventilation



- Dégager les voies aériennes en aspirant les mucosités d'abord dans la bouche puis dans chaque fosse nasale avec un appareil DeLee ou une seringue à poire.
  - Insérer le tube 5 cm dans la bouche du bébé et aspirer en retirant.
  - Insérer le tube 3 cm dans chaque narine et aspirer en retirant.
  - ➡ **En cas de sang ou de méconium dans la bouche**, aspirer de manière particulièrement attentive.

Note : Ne pas aspirer les mucosités au fond de la gorge du bébé car cela risquerait d'entraîner un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire chez l'enfant. Ne pas aspirer automatiquement chez chaque bébé à la naissance mais seulement si on note du sang ou du méconium dans la bouche ou le nez ou si le bébé doit être réanimé.

- ➡ **Si le bébé ne respire pas bien après aspiration des voies aériennes**, commencer la ventilation.
- ➡ **Si le bébé commence à respirer normalement une fois aspirées et dégagées les voies aériennes**, voir **Encadré 3-38** (**page 3-102**) pour les soins après la réanimation du nouveau-né.

Ventilation

- Vérifier à nouveau la position de l'enfant. Le cou doit être en légère extension.
- Positionner le masque sur le menton, la bouche et le nez du bébé de sorte à créer une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant (utiliser un masque de taille 1 pour un nouveau-né de taille normale et de taille 0 pour un nouveau-né de faible poids)
- Presser le ballon Ambu (**Diagramme 3-5**, **page 3-101**) attaché au masque à deux ou trois reprises, avec la main tout entière si le ballon est petit et deux doigts seulement si le ballon est grand. S'assurer que les doigts tenant le masque ne sont pas sur la gorge ou dans les yeux du bébé.
- Observer la poitrine pour voir si elle se soulève :
  - ➡ **Si la poitrine se soulève,** continuer la ventilation à environ 40 respirations par minute
  - ➡ **Si la poitrine ne se soulève pas :**
    - Vérifier la position de la tête; elle doit être en légère extension.
    - Si l'étanchéité entre le masque et le visage du bébé ne suffit pas, réajuster le masque.
    - Augmenter la pression de la ventilation.
    - Si les démarches ci-dessus ne réussissent pas, aspirer à nouveau la bouche et le nez du bébé, répéter les aspirations dans la bouche et les fosses nasales pour retirer les mucosités, le sang ou le méconium.

Diagramme 3-5. Positionner le masque et en assurer l'étanchéité

- Ventiler pendant 1 minute ou jusqu'à ce que le bébé commence à pleurer ou à respirer spontanément. Ensuite, arrêter pour évaluer rapidement la respiration du bébé.
- Si le bébé a une fréquence respiratoire de 20 mouvements au moins par minute et en l'absence de tirage sous-costal :
  - Arrêter la ventilation.
  - Mettre le bébé en contact peau-à-peau avec la mère.
  - Expliquer à la mère ce qui s'est passé et ce qu'on a fait pour le bébé.
  - Dispenser soins de suivi (**Encadré 3-38, page 3-102**) dont une observation vigilante de la couleur et des signes vitaux toutes les 15 minutes pendant 2 heures.

➧ **Si, après 20 minutes de ventilation, le bébé fait des efforts pour respirer mais a une fréquence respiratoire de moins de 30 mouvements par minute ou plus de 60 mouvements par minute et/ou continue à avoir un tirage sous-costal, une cyanose centrale (langue et lèvres bleues) ou des geignements expiratoires.**

- AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 :

  ➧ **Si la fréquence respiratoire est inférieure à 20 mouvements par minute**, continuer à ventiler avant et pendant le transfert, en donnant de l'oxygène à un débit modéré, si possible.

  ➧ **Si la fréquence respiratoire se situe entre 20–30 mouvements ou plus de 60 mouvements par minute**, donner de l'oxygène à un débit modéré pendant le transfert, si possible.

  - Apporter un soutien émotionnel à la mère et à la famille.

(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge des difficultés respiratoires, voir MNP.)

➧ **Si aucune respiration ou même hoquet après 20 minutes de ventilation :**

- Arrêter de ventiler.
- Apporter un soutien émotionnel et psychologique à la famille.
- Voir mort-né ou décès du nouveau-né (**Chapitre 10, page 3-74**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation des soins.

Encadré 3-38. Soins après la réanimation du nouveau-né

- Laisser le bébé en contact peau-à-peau avec la mère et le recouvrir avec une couverture chaude et sèche.
- Observer le nouveau-né pendant 4 heures au moins pour détecter :
  - Les problèmes respiratoires (respiration rapide, tirage sous-costal ou geignements expiratoires) ; et
  - Les changements dans la température du corps.
- Encourager un allaitement maternel précoce pour réduire le risque de faible taux sanguin de glucose.
- Continuer de dispenser les soins de base au nouveau-né (**Chapitre 8, page 2-113**).
- Expliquer aux parents qu'il existe un léger risque de complications telles que les problèmes d'alimentation ou de convulsions. Insister sur la nécessité d'obtenir immédiatement une aide médicale si ces problèmes se présentent.

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SI SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Saignement vaginal en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse) (Pour une information sur les diagnostics possibles associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Evanouissement • Antécédents d'expulsion de tissus (produits de la conception) • Crampes/douleur abdominale basse • Utérus sensible • Masse anexielle sensible ou sensibilité à la motion cervicale (pour l'Examen pelvien, voir **Annexe 4, page 4-27**) • Utérus mou et plus grand qu'il ne devrait l'être pour l'âge gestationnel	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la patiente a des saignements ABONDANTS et s'il n'est pas possible de la transférer immédiatement**, administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM (à répéter après 15 minutes si nécessaire) ou 400 mcg de misoprostol par voie buccale (à répéter une seule fois après 4 heures, si nécessaire). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale du saignement vaginal en début de grossesse, voir PCCGA.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Rassurer la patiente et expliquer qu'elle pourrait se trouver au premier stade d'un avortement, mais qu'aucun traitement (repos au lit, administration d'hormones) ne s'est avéré bénéfique. • Vérifier qu'elle dispose d'une quantité suffisante de comprimés de fer/folate pour qu'elle dure jusqu'à sa prochaine visite prénatale. • Revoir les signes de danger, le plan de préparation de la patiente à la naissance et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger. – Conseiller à la patiente de se rendre dans un établissement en mesure de fournir des soins obstétricaux complets et essentiels (voir **page 1-10**) si les saignements augmentent, les tissus sont expulsés ou si elle a des crampes.
Saignement vaginal en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) **ou lors du travail** **Note : NE PAS** faire d'examen pelvien chez une patiente en fin de grossesse ou lors du travail qui a des saignements ou l'un quelconque des signes/symptômes de la colonne suivante. (Pour une information sur les diagnostics possibles associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Saignement modéré à abondant • Utérus ou abdomen sensible ou tendu • Vive douleur abdominale • Douleur abdominale intermittente ou constante (pas de contractions) • Contractions continues qui ne permettent pas à l'utérus de se relaxer • Utérus relaxé (pas de contractions, pas tendue) • Parties fœtales facilement palpables • Mouvements fœtaux diminués ou absents • Battements cardiaques fœtaux anormaux ou absents • Partie fœtale qui se présente n'est pas dans le bassin • Quantité importante de sang dans le liquide amniotique	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : – Démarrer une perfusion IV ou administrer une solution de réhydratation orale (**Encadré 3-35, page 3-96**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale du saignement vaginal en fin de grossesse ou lors du travail, voir PCCGA.)*	➡ **Si les saignements sont peu abondants**, évaluer pour déterminer si la patiente est entrée en travail (**Tableau 2-8, page 2-69**). ➡ **Si la patiente N'EST PAS ENTREE en travail**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la patiente EST ENTRÉE en travail :** ➡ **Si moins de 37 semaines de grossesse**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si plus de 37 semaines de grossesse**, procéder avec la prestation des soins de base pour le travail et l'accouchement normaux (**Chapitre 6, page 2-39**).

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Saignement vaginal après l'accouchement			
MISE EN GARDE : Plus de la moitié des décès maternels surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement et sont essentiellement imputables à des saignements excessifs ; l'hémorragie du post-partum (HPP) est responsable de plus d'un quart de tous les décès maternels dans le monde, l'atonie utérine étant le principal facteur. Aussi, est-il d'importance capitale d'agir rapidement en cas de HPP. Les déchirures de la filière génitale viennent au second rang des causes les plus fréquentes de HPP. HPP avec utérus contracté est généralement imputable à une déchirure cervicale ou vaginale, bien que les déchirures puissent se présenter parallèlement à l'atonie utérine. Vérifier la hauteur utérine pour déterminer si l'utérus est contracté. ➧ **Si l'utérus N'EST PAS contracté**, prendre les mesures suivantes tout en continuant de suivre l'état de la patiente : – Masser l'utérus pour qu'il expulse le sang et les caillots sanguins. – Demander à un assistant de perfuser 10 unités d'ocytocine en IM. – Poser une voie veineuse ou administrer une solution de réhydratation orale (**Encadré 3-35, page 3-96**). Ajouter 20 unités d'ocytocine à 1 litre de liquide en IV au taux de 60 gouttes par minute. – Maintenir la patiente au chaud et surélevé ses jambes. – Aider la femme à uriner ou poser une sonde urinaire en utilisant une technique aseptique. ➧ **Si l'utérus EST bien contracté**, prendre les mesures suivantes tout en continuant à suivre l'état de la patiente : – Examiner le vagin, le périnée et le col pour détecter les déchirures (pour la technique, voir **Annexe 4, page 4-20**). – Poser une voie veineuse ou administrer une solution de réhydratation orale (voir **Encadré 3-35, page 3-96**). – Garder la patiente au chaud et surélever ses jambes. – Aider la patiente à uriner ou poser une sonde urinaire en utilisant une technique aseptique.			
(Pour une information sur les diagnostics possibles associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Atonie utérine : utérus mou et non contracté	➧ **Si l'utérus est atone**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-39** (**page 3-106**).	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Rassurer la patiente en indiquant que des saignements peu abondants (analogues à de fortes règles, avec ou sans caillots) après l'accouchement sont chose normale. Pour de l'information supplémentaire sur les lochies rouges, voir **page 2-93**. • Palper l'utérus toutes les 15 minutes pendant 4 heures pour être sûr qu'il reste contracté. • Observer la patiente pendant au moins 24 heures avant de la laisser partir. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.
	• Déchirures du vagin, du périnée, des lèvres et/ou du col	➧ **Si la patiente a des déchirures étendues** (déchirures du 3e ou 4e degré ; déchirures étendues du vagin, du périnée et/ou des lèvres ; déchirures cervicales allant jusqu'au segment utérin inférieur), AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➧ **En cas de déchirures du 1er ou 2e degré**, procéder à la réfection en fonction des directives indiquées à la **page 4-38**. ➧ **Si les déchirures cervicales ne s'étendent pas jusqu'au segment inférieur utérin**, procéder à la réfection en fonction des directives indiquées à la **page 4-38**.	
	• Rétention placentaire : le placenta n'est pas expulsé dans les 30 minutes qui suivent la naissance	➧ **En cas de rétention placentaire**, prendre en charge en fonction des directives indiquées à l'**Encadré 3-40** (**page 3-108**).	

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Saignement vaginal après l'accouchement, *suite*	• Rétention de fragments placentaires : une partie de la surface maternelle du placenta manque ou membranes et vaisseaux déchirés	➡ **En cas de rétention de fragments placentaires**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-40** (**page 3-108**).	
	• Rupture de l'utérus : HPP dans l'heure qui suit l'accouchement, vive douleur abdominale qui peut diminuer après la rupture, probablement avec choc ou abdomen sensible	➡ **Si la patiente a une rupture d'utérus**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).	
	• Inversion utérine : le fond utérin n'est pas palpable à l'examen abdominal, douleur utérine légère ou intense, utérus peut être visible à la vulve	➡ **En cas d'inversion utérine**, prendre en charge selon les directives indiquées à la **page 4-15**.	
	• HPP retardée : saignement commence à plus de 24 après l'accouchement	➡ **En cas de HPP retardée**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-41** (**page 3-108**).	
	Note : Si les saignements ne s'arrêtent pas après le massage utérin et l'administration d'ocytocine, et si on ne peut pas inspecter le placenta, prendre en charge comme pour la rétention de fragments placentaires.	*(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale du saignement vaginal après l'accouchement, voir PCCGA.)*	

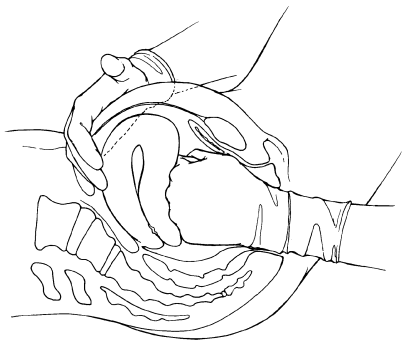
Encadré 3-39. Prise en charge de l'atonie utérine

- Continuer à masser l'utérus à travers la paroi abdominale pour expulser les caillots sanguins et susciter des contractions utérines.
- Poser une sonde urinaire en utilisant une technique aseptique.
- Administrer un médicament utérotonique (**Tableau 3-3**, **page 3-107**).

➡ **Si le saignement continue :**

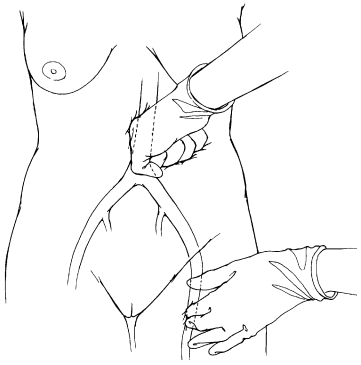
- Réaliser une **compression bimanuelle de l'utérus** (**Diagramme 3-6**, ci-après) :
  - Enfiler des gants désinfectés à haut niveau, insérer une main dans le vagin et faire le poing.
  - Placer le poing sur le cul-de-sac antérieur du vagin et appliquer une pression sur la paroi antérieure de l'utérus.
  - Avec l'autre main, presser profondément sur l'abdomen derrière l'utérus en appliquant une pression contre la paroi postérieure de l'utérus.
  - Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit contrôlé et que l'utérus se contracte.

Diagramme 3-6. Compression bimanuelle de l'utérus



- Ou alors, compression de l'aorte abdominale (**Diagramme 3-7**, ci-après) :
  - Appliquer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale :
    - Le point de compression est juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche.
    - Les pulsations aortiques peuvent être ressenties à travers la paroi abdominale lors de la période du post-partum immédiat.
  - Avec l'autre main, palper le pouls fémoral pour vérifier l'adéquation de la compression :
    - ➡ **Si le pouls est palpable**, la pression exercée par le poing est insuffisante.
    - ➡ **Si le pouls n'est pas palpable**, la pression exercée est suffisante.
  - Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit contrôlé.

Diagramme 3-7. Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral



Note : Le tamponnement utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.

➡ **Si les saignements continuent,** AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

➡ **Si les saignements cessent**, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au Chapitre 6, avec les adjonctions suivantes :

- Deux ou trois heures après l'arrêt des saignements, mesurer le taux d'hémoglobine de la patiente.
  - ➡ **Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le taux d'hémoglobine est de 7–11 g/dl**, voir Anémie (**Chapitre 10, page 3-41**).

Tableau 3-3. Médicaments utérotoniques

	OCYTOCINE	ERGOMETRINE/ METHYL-ERGOMETRINE	15-METHYL PROSTAGLANDIN $F_{2\alpha}$	MISOPROSTOL
Dose et voie d'administration	IV : Perfuser 20 unités dans 1 litre de liquides IV à 60 gouttes par minute IM : 10 unités	IM ou IV (lentement) : 0,2 mg	IM : 0,25 mg	Par voie rectale, buccale ou sous la langue : 600 mcg
Dose continue	IV : Perfuser 20 unités dans 1 litre de liquides IV à 40 gouttes par minute*	Répéter 0,2 mg IM après 15 minutes Si nécessaire, administrer 0,2 mg IM ou IV (lentement) toutes les 4 heures	0,25 mg toutes les 15 minutes	Référer si une dose supplémentaire est nécessaire.
Dose maximale	Pas plus de 3 litres de liquides IV contenant de l'ocytocine	5 doses (total 1 mg)	8 doses (total 2 mg)	
Précautions/ Contre-indications	Ne pas donner comme bolus IV	Prééclampsie, hypertension, maladie cardiaque	Asthme	

* Si la femme a déjà reçu 20 unités d'ocytocine dans 1 litre de liquides IV à 40 gouttes par minute et si les saignements continuent, administrer un médicament utérotonique différent.

MISE EN GARDE : Les prostaglandines NE peuvent PAS être administrés par voie intraveineuse. Cela peut être fatal.

Encadré 3-40. Prise en charge de la rétention placentaire ou des fragments placentaires

Rétention placentaire

- ➡ **Si on peut voir le placenta**, demander à la patiente de pousser et de l'expulser.
- ➡ **Si on peut voir le placenta dans le vagin**, l'enlever.
- ➡ **Si le placenta n'est pas encore expulsé :**
  - Administrer 10 unités d'ocytocine IM, si cela n'a pas encore été fait pour la prise en charge active du 3e stade du travail et essayer d'exercer une traction contrôlée sur le cordon lors de la prochaine contraction utérine (**page 2-80**).
  - Poser une sonde urinaire en utilisant une technique aseptique, si cela n'a pas encore été fait.
  - ➡ **Si la traction contrôlée sur le cordon ne réussit pas**, essayer l'extraction manuelle du placenta (**Annexe 4, page 4-22**).

Notes :

- NE PAS administrer d'ergométrine car cela cause une contraction utérine tonique qui peut retarder l'expulsion du placenta.
- Eviter une forte traction sur le cordon et la pression sur l'utérus car cela peut causer une inversion utérine.

- ➡ **Si le saignement continue**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- ➡ **Si le saignement cesse**, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 6,** avec les adjonctions suivantes :
  - Deux à trois heures après que cessent les saignements, mesurer le taux d'hémoglobine de la patiente.
    - ➡ **Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
    - ➡ Si le taux d'hémoglobine est de 7–11 g/dl, voir Anémie (**Chapitre 10, page 3-41**).

Rétention de fragments placentaires

- Exploration manuelle de l'utérus, analogue à l'extraction manuelle du placenta (**Annexe 4, page 4-22**).
- Retirer manuellement les fragments placentaires.
  - ➡ **Si le saignement continue**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le saignement cesse**, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 6,** avec les adjonctions suivantes :
    - Deux à trois heures après que cessent les saignements, mesurer le taux d'hémoglobine de la patiente.
      - ➡ **Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
      - ➡ Si le taux d'hémoglobine est de 7–11 g/dl, voir Anémie (**Chapitre 10, page 3-41**).

Note : Des tissus très adhérents peuvent être un placenta accreta. L'extraction de fragments qui ne se séparent pas aisément peut entraîner des saignements abondants ou une perforation utérine exigeant généralement une hystérectomie.

Encadré 3-41. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum retardée (plus de 24 heures après l'accouchement)

Note : Une HPP retardée peut être un signe d'infection utérine :

- Administrer un médicament utérotonique (**Tableau 3-3, page 3-107**).
- ➡ **Si le col n'est pas dilaté,** AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- ➡ **Si le col est dilaté**, faire une exploration manuelle de l'utérus, analogue à la technique de l'extraction manuelle du placenta (**Annexe 4, page 4-22**), pour retirer les grands caillots et fragments placentaires.
  - ➡ **Si le saignement continue**, faire une compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale (**Encadré 3-39, page 3-106**).
    - ➡ **Si le saignement continue malgré les mesures susmentionnées,** AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le saignement cesse**, dispenser les soins de base, tel qu'indiqué au **Chapitre 6,** avec les adjonctions suivantes :
    - Deux à trois heures après que cessent les saignements, mesurer le taux d'hémoglobine de la patiente.
      - ➡ **Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
      - ➡ **Si le taux d'hémoglobine est de 7–11 g/dl**, voir Anémie (**Chapitre 10, page 3-41**).

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Céphalées très prononcées, vision floue ou tension artérielle élevée (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	➡ **Si la patiente A une TA DIASTOLIQUE de 110 mmHg avec protéinurie 2+ ou plus**, appliquer la technique de stabilisation pour convulsions, perte de connaissance ou TA diastolique de 110 mmHg avec protéinurie 2+ ou plus (**page 3-93**) avant de procéder avec les soins. ➡ **Si la patiente N'A PAS de TA DIASTOLIQUE de 110 mmHg ou plus avec protéinurie 2+ ou plus**, évaluer pour détecter les signes/symptômes suivants : – TA diastolique supérieur à 90 mmHg avec protéinurie (Pour l'analyse des urines de la patiente pour déterminer la présence de protéines, voir **Annexe 4, page 4-44**.) – Difficulté à mâcher et à ouvrir la bouche – Antécédents de convulsions – Fièvre/frissons/frissons – Cou rigide – Douleur aux muscles et aux articulations – Spasmes du visage, du cou, du tronc – Dos courbé – Abdomen dur	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale des céphalées, de la vision floue, des convulsions ou de la tension artérielle élevée, voir PCCGA.)*	➡ **Si la TA de la patiente est de 90–110 mmHg sans protéinurie :** – Lui demander de s'asseoir et de se mettre à l'aise et mesurer de nouveau sa tension artérielle après une heure. ➡ **Si la tension artérielle de la patiente reste à 90 mmHg ou plus après une heure**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). ➡ **Si la TA de la patiente se situe dans une fourchette normale**, procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : – Rassurer en indiquant que les maux de tête pendant la grossesse peuvent être chose normale. Pour de plus amples informations sur les céphalées en tant que trouble courant de la grossesse et de la période du post-partum, voir Maux de tête (**Chapitre 9, page 3-21**). – Revoir les signes de danger, le plan de préparation de la patiente à la naissance et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Déroulement défavorable du travail (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Fièvre • Liquide amniotique/écoulement vaginal malodorants • Pouls et tension artérielle anormaux • Rythme cardiaque fœtal anormal ou absent • Mouvements fœtaux absents ou qui diminuent • Ballonnements du segment utérin inférieur (entre la symphyse et l'ombilic) ou formation d'une bande de rétraction (ligne transversale ou oblique à travers l'utérus entre la symphyse et l'ombilic) • Pas de descente de la tête du bébé après 30 minutes d'effort de poussée dans une position autre que celle couchée sur le dos. • Sutures de la tête fœtale se chevauchant et non réductibles, large tête	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : – Suivre les signes vitaux et le rythme cardiaque fœtal toutes les 15 minutes. *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale du déroulement défavorable du travail, voir PCCGA.)*	➡ **Si la patiente se trouve au 1er stade du travail**, voir Contractions utérines insuffisantes (ci-après) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et les soins. ➡ **Si la patiente se trouve au 2e stade du travail**, procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : – Rester vigilant et observer les signes de détresse maternelle ou fœtale (pouls et tension artérielle anormaux ; rythme cardiaque fœtal anormal ou absent ou mouvements fœtaux absents ou qui diminuent). – Ne pas encourager des efforts prolongés de poussée ou le fait de retenir le souffle. – Apporter confort physique et soutien affectif pour faciliter le repos entre les contractions et aider la patiente à affronter la situation. – Vérifier hydratation adéquate et apport suffisant de calories.
Contractions utérines insuffisantes (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Fièvre • Liquide amniotique/écoulement vaginal malodorants • Pouls 110 battements par minute ou plus • TA systolique inférieure à 90 mmHg • TA diastolique 90 mmHg ou plus • Rythme cardiaque fœtal anormal ou absent • Mouvements fœtaux absents ou qui diminuent • Lors de la phase latente, la dilatation du col n'arrive pas à 4 cm après 8 heures de contractions de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues • Lors de la phase active, la dilatation du col ne progresse pas au rythme d'au moins 1 cm par heure ; sur le partogramme, le tracé de la dilatation du col est à droite de la ligne d'alerte.	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : – Suivre les signes vitaux et le rythme cardiaque fœtal toutes les 15 minutes. *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale des contractions utérines insuffisantes, voir PCCGA.)*	➡ **Si les contractions surviennent moins de trois fois en 10 minutes et durent plus de 40 secondes chacune :** – Faire des analyses d'urine pour le niveau de cétones. ➡ **Si des cétones sont présentes**, donner au moins 1 litre de jus ou autre liquide sucré par voie buccale. ➡ **Si des cétones sont présentes et que la patiente ne peut pas boire**, administrer 1 litre de dextrose à 5% dans ½ litre de sérum physiologique en IV, en 1 heure. ➡ **Si aucune amélioration dans les contractions dans l'heure qui suit,** AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Liquide amniotique teinté de méconium, absence ou diminution des mouvements fœtaux, absence de battements cardiaques fœtaux ou rythme cardiaque fœtal anormal (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	N/D	*(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale of la détresse fœtale lors du travail, voir PCCGA.)*	➡ **Si le liquide amniotique est teinté de méconium**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-42** (**page 3-112**). ➡ **Si les mouvements fœtaux sont absents ou diminuent**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-43** (**page 3-112**). ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux sont absents**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-44** (**page 3-113**). ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal est anormal**, prendre en charge selon les directives indiquées à l'**Encadré 3-45** (**page 3-114**).

Encadré 3-42. Prise en charge du liquide amniotique teinté de méconium

Légèrement teinté de méconium

- Demander à la patiente de s'asseoir ou la mettre sur le côté gauche.
- Ecouter le rythme cardiaque fœtal pendant et entre les contractions au moins une fois toutes les 30 minutes.
  - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal reste normal**, la présence de méconium risque d'être uniquement un signe de maturation fœtale et non pas un signe de détresse fœtale. Procéder avec la prestation des soins de base (**Chapitre 6, page 2-39**).
  - ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux sont absents**, voir **Encadré 3-44** (**page 3-113**).
  - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal est anormal**, voir **Encadré 3-45** (**page 3-114**).

Méconium épais

➡ **Si la patiente se trouve au 1er stade du travail**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Administrer 4 à 6 litres d'oxygène par minute pendant la préparation et le transfert.

➡ **Si la patiente se trouve au 2e stade du travail :**

- Effectuer l'accoucher aussi rapidement que possible, en utilisant une épisiotomie (**Annexe 4, page 4-19**) et, si nécessaire, une extraction par ventouse (**Annexe 4, page 4-46**). Pour l'extraction par ventouse, la tête doit se trouver au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête, au plus, doivent se trouver palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
  - ➡ **Si ces conditions ne sont pas satisfaites**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Administrer 4 à 6 litres d'oxygène par minute pendant la préparation et le transfert.
- Se préparer ou demander à un assistant de procéder aux préparations pour la réanimation du nouveau-né (**page 3-99**).

Encadré 3-43. Prise en charge des mouvements fœtaux diminués ou absents

- Palper l'abdomen pour sentir les mouvements fœtaux.
- Demander à la patiente si elle a eu un sédatif.

La patiente N'EST PAS en travail

➡ **Si la patiente a pris en sédatif**, attendre jusqu'à ce que l'effet du médicament se dissipe et ensuite, écouter le rythme cardiaque fœtal.

➡ **Si la patiente n'a pas pris de médicament,** écouter les battements cardiaques fœtaux.

- ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux sont absents**, voir **Encadré 3-44** (**page 3-113**).
- ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est normal**, procéder avec la prestation des soins de base (**Chapitre 6, page 2-39**).
- ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est anormal**, voir **Encadré 3-45** (**page 3-114**).

La patiente EST en travail

- Ecouter les battements cardiaques fœtaux.
  - ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux sont absents**, voir **Encadré 3-44** (**page 3-113**).
  - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est normal**, procéder avec la prestation des soins de base (**Chapitre 6, page 2-39**).
  - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est anormal**, voir **Encadré 3-45** (**page 3-114**).

Encadré 3-44. Prise en charge des battements cardiaques fœtaux absents

La patiente N'EST PAS en travail

- Demander à plusieurs personnes d'écouter, d'utiliser un stéthoscope fœtal électronique ou obtenir une écographie, si c'est possible.
  - ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux ne sont pas détectés à l'écographie obstétricale**, point besoin de transférer la patiente car le fœtus est décédé. Extraire le bébé de la manière qui présente le moins de risque pour la patiente. Voir Mort-né ou décès du nouveau-né (**Chapitre 10, page 3-74**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation de soins.
  - ➡ **Si toujours incapable d'entendre les battements cardiaques fœtaux (en utilisant des méthodes autres que l'écographie obstétricale)**, attendre 1 heure et ensuite répéter.
    - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est normal**, procéder avec la prestation des soins de base (**Chapitre 6, page 2-39**).
    - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est anormal**, voir **Encadré 3-45** (**page 3-114**).
    - ➡ **Si on ne peut toujours pas entendre les battements cardiaques fœtaux :**
      - Informer la patiente et le partenaire que le bébé peut être mort. Voir Mort-né ou décès du nouveau-né (**Chapitre 10, page 3-74**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation de soins.
      - Fournir un soutien émotionnel.
      - Faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

La patiente EST en travail

- Demander à plusieurs personnes d'écouter, d'utiliser un stéthoscope fœtal électronique ou obtenir une écographie, si c'est possible.
  - ➡ **Si les battements cardiaques fœtaux ne sont pas détectés à l'écographie obstétricale**, point besoin de transférer la patiente car le fœtus est décédé. Extraire le bébé de la manière qui présente le moins de risque pour la patiente. Voir Mort-né ou décès du nouveau-né (**Chapitre 10, page 3-74**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et la prestation de soins.
  - ➡ **Si toujours incapable d'entendre les battements cardiaques fœtaux (en utilisant des méthodes autres que l'écographie obstétricale)**, attendre 15 minutes et ensuite répéter. Mettre la patiente sur le côté gauche et lui administrer 4 à 6 litres d'oxygène par minute.
    - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est normal**, procéder avec la prestation des soins de base (**Chapitre 6, page 2-39**).
    - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal peut être entendu et est anormal**, voir **Encadré 3-45** (**page 3-114**).
    - ➡ **Si on ne peut toujours pas entendre les battements cardiaques fœtaux :**
      - ➡ **Si la patiente est au 1er stade du travail,** AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 :
        - Informer la patiente et le partenaire que le bébé peut être mort et fournir un soutien émotionnel.
        - Continuer à administrer l'oxygène à la patiente,4 à 6 litres par minute, pendant la préparation et le transfert.
        - Demander à la patiente de s'asseoir ou la mettre sur le côté gauche pendant la préparation et le transfert.
      - ➡ **Si la patiente est au 2e stade du travail :**
        - Informer la patiente et le partenaire que le bébé peut être mort et fournir un soutien émotionnel.
        - Administrer l'oxygène à la patiente, 4 à 6 litres par minute.
        - Demander à la patiente de s'asseoir ou la mettre sur le côté gauche.
        - Effectuer l'accoucher aussi rapidement que possible, en utilisant une épisiotomie (**Annexe 4, page 4-19**) et, si nécessaire, une extraction par ventouse (**Annexe 4, page 4-46** Pour l'extraction par ventouse, la tête doit se trouver au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête, au plus, doivent se trouver palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
          - ➡ **Si ces conditions ne sont pas satisfaites**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Administrer à la patiente 4 à 6 litres d'oxygène par minute pendant la préparation et le transfert.
        - Se préparer ou demander à un assistant de procéder aux préparations pour la réanimation du nouveau-né (**page 3-99**).

Encadré 3-45. Prise en charge du rythme cardiaque fœtal anormal

Note : Un rythme cardiaque fœtal très lent (moins de 100) en l'absence de contractions ou persistant après les contractions ou alors un rythme cardiaque fœtal rapide (plus de 180) en l'absence d'un rythme cardiaque maternel rapide pendant le travail est considéré un signe de détresse fœtale. De même, un rythme cardiaque fœtal de moins de 120 ou de plus de 160 quand la patiente n'est **pas** en travail est un signe de détresse fœtale.

La patiente N'EST PAS en travail

- Essayer de dépister une cause maternelle (fièvre maternelle, médicaments).
  - ➡ **Si une cause maternelle est retenue**, démarrer les soins appropriés.
  - ➡ **Si une cause maternelle n'est pas retenue**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

La patiente EST en travail

- Ecouter le rythme cardiaque fœtal pendant au moins trois contractions.
  - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal reste anormal pendant au moins trois contractions :**
    - ➡ **Si la patiente est au 1er stade du travail :**
      - Mettre la patiente sur le côté gauche et lui administrer 4 à 6 litres d'oxygène par minute. Ecouter le rythme cardiaque fœtal pendant les trois prochaines contractions.
        - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal reste anormal pendant au moins trois contractions**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Continuer à administrer à la patiente 4 à 6 litres d'oxygène par minute pendant la préparation et le transfert.
    - ➡ **Si la patiente est au 2e stade du travail :**
      - Procéder à l'accouchement aussi rapidement que possible, en utilisant une épisiotomie (**Annexe 4, page 4-19**) et, si nécessaire, une extraction par ventouse (**Annexe 4, page 4-46**). S'il s'agit d'une extraction par ventouse, effectuer un toucher vaginal pour vérifier que la tête se trouve au niveau 0 ou plus bas. Solution alternative : effectuer un examen abdominal pour déterminer que pas plus que deux cinquièmes de la tête se trouvent palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
        - ➡ **Si ces conditions ne sont pas satisfaites**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
      - Se préparer ou demander à un assistant de procéder aux préparations pour la réanimation du nouveau-né (**page 3-99**).
  - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal est normal**, procéder avec la prestation des soins de base (**Chapitre 6, page 2-39**).

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Procidence du cordon		• Le cordon est pulsatile **Patiente se trouve au 1er stade du travail** • AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Prendre les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : – Après avoir mis des gants désinfectés à haut niveau, 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 au-dessus de la symphyse pubienne (ou demander à une assistante de faire ceci) afin de maintenir la présentation hors du bassin et surélever les hanches de la patiente à l'aide d'oreillers ou de couvertures enroulées. – Une fois que la présentation est fermement maintenue au-dessus du bord pelvien, retirer la première main du vagin. – Garder l'autre main au-dessus de la symphyse pubienne avant et après le transfert à l'établissement de référence jusqu'à la réalisation de la césarienne. **Patiente au 2e stade du travail** • Extraire le bébé aussi rapidement que possible, en réalisant une épisiotomie (**Annexe 4, page 4-19**) et une extraction par ventouse (**Annexe 4, page 4-46**), si nécessaire. Pour l'extraction par ventouse, la tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne. ➡ **Si ces conditions ne sont pas satisfaites**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Faire les préparations nécessaires ou demander à un assistant de faire les préparations pour la réanimation du nouveau-né (**page 3-99**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale de la procidence du cordon, voir PCCGA.)*	➡ **Si le cordon n'est pas pulsatile, inutile de transférer la patiente car le bébé est décédé.** – Extraire le bébé de la manière qui présente le moins de risque pour la patiente. – Voir Mort-né ou décès du nouveau-né (**Chapitre 10, page 3-74**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et la prestation de soins.
Présentation de la main ou du pied du fœtus (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)		AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale des mauvaises présentations et positions, voir PCCGA.)*	

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Fièvre (température de 38ºC ou plus) ou écoulement vaginal malodorant (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)		**La patiente a de la fièvre** ➡ **Si la patiente se trouve dans la période du post-partum et a UNIQUEMENT des seins douloureux/sensibles sans enflement fluctuant ou pus,** voir Problèmes au niveau des seins et de l'allaitement maternel (**Chapitre 10, page 3-43**). ➡ **Si la patiente a de la fièvre avec ou sans L'UN QUELCONQUE d'autres signes/symptômes**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : – Poser une voie veineuse ou administrer une solution de réhydratation orale (**Encadré 3-35, page 3-96**). – Donner des antibiotiques tel qu'indiqué au **Tableau 3-4,** (**page 3-117**). – Fournir des soins de soutien, utiliser un ventilateur ou bassiner avec une éponge pour faire baisser la température avant la référence/transfert. **La patiente a des pertes vaginales malodorantes** • AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : – Poser une voie veineuse ou administrer une solution de réhydratation orale (voir **Encadré 3-35, page 3-96**). – Donner des antibiotiques tel qu'indiqué au **Tableau 3-4** (**page 3-117**). – Fournir des soins de soutien, utiliser un ventilateur ou une éponge tiède pour faire baisser la température avant la référence/transfert. *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale de la fièvre lors de la grossesse et du travail ou après l'accouchement, voir PCCGA.)*	

Tableau 3-4. Traitement antibiotique pour la fièvre pendant la grossesse, le travail ou le post-partum

SIGNES/SYMPTOMES GENERALEMENT PRESENTS EN PLUS DE LA FIEVRE	SIGNES/SYMPTOMES PARFOIS PRESENTS	DIAGNOSTIC POSSIBLE	ANTIBIOTIQUES DE PREMIERE INTENTION
• Frissons • Pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de grossesse • Douleur abdominale	• Antécédents de perte de liquide • Utérus sensible • Rythme cardiaque fœtal rapide • Léger saignement vaginal	**Amnionite**	2 g d' ampicilline IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg/kg de gentamicine toutes les 24 heures jusqu'à disparition de la fièvre pendant 48 heures
• Frissons • Douleur abdominale basse • Lochies purulentes et malodorantes • Utérus sensible	• Léger saignement vaginal • Choc	**Métrite**	2 g d' ampicilline IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg/kg de gentamicine toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole IV toutes les 8 heures jusqu'à disparition de la fièvre pendant 48 heures
• Brûlure à la miction • Fièvre oscillante/frissons • Mictions plus fréquentes et plus impérieuses • Douleurs abdominales	• Douleurs rétropubiennes/suprapubiennes • Douleurs à l'aine • Sensibilité de la cage thoracique • Anorexie • Nausée/vomissement	**Pyélonéphrite aiguë**	2 g d' ampicilline IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg/kg de gentamicine toutes les 24 heures jusqu'à disparition de la fièvre pendant 48 heures
• Douleurs abdominales basse et distension abdominale • Fièvre oscillante/frissons • Utérus sensible	• Manque de réponse aux antibiotiques • Enflement dans les annexes ou cul-de-sac de Douglas	**Abcès pelvien**	2 g d' ampicilline IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg/kg de gentamicine toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole IV toutes les 8 heures jusqu'à disparition de la fièvre pendant 48 heures
• Fièvre/frissons • Douleur abdominale basse • Absence de bruits intestinaux	• Douleurs à la palpation appuyée • Distension abdominale • Anorexie • Nausée/vomissement • Choc	**Péritonite**	2 g d' ampicilline IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg/kg IV de gentamicine toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole IV toutes les 8 heures jusqu'à disparition de la fièvre pendant 48 heures
• Seins durs, très sensibles • Erythème sous-jacent	• Enflement fluctuant des seins • Drainent du pus	**Abcès au sein**	500 mg de cloxacilline par voie buccale toutes les 6 heures OR 250 mg d'érythromycine par voie buccale toutes les 8 heures pendant 10 jours

[a] Pour le traitement de la cystite, voir Brûlure à la miction (**Chapitre 10, page 3-47**).

Tableau 3-4. Traitement antibiotique pour la fièvre pendant la grossesse, le travail ou le post-partum *(suite)*

SIGNES/SYMPTOMES GENERALEMENT PRESENTS EN PLUS DE LA FIEVRE	SIGNES/SYMPTOMES PARFOIS PRESENTS	DIAGNOSTIC POSSIBLE	ANTIBIOTIQUES DE PREMIERE INTENTION
• Plaie douloureuse et sensible • Erythème et œdème s'étendant au-delà de la plaie	• Plaie dure • Ecoulement purulent • Zone rouge autour de la plaie	**Cellulite cicatricielle ou fasciite nécrosante**	➡ **Si superficielle**, administrer 500 mg d'ampicilline par voie buccale toutes les 6 heures PLUS 400 mg de métronidazole par voie buccale toutes les 8 heures pendant 5 jours ➡ **Si l'infection est profonde, qu'elle intéresse les muscles et provoque une nécrose**, administrer 2 millions d'unités de pénicilline G IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg/kg de gentamicine IV toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole IV toutes les 8 heures jusqu'à disparition de la fièvre pendant 48 heures. Ensuite, administrer 500 mg d'ampicilline par voie buccale toutes les 6 heures PLUS 400 mg de métronidazole par voie buccale toutes les 8 heures pendant 5 jours
• Frissons/ tremblements • Céphalées • Douleur aux muscles/ articulations • Anémie (paludisme avec complications uniquement) • Coma (paludisme avec complications uniquement)	• Rate élargie • Convulsions (paludisme avec complications uniquement) • Jaunisse (paludisme avec complications uniquement)	**Paludisme**	Suivre les directives nationales de traitement
• Difficulté respiratoire • Toux accompagnée d'expectorations • Douleur thoracique	• Consolidation • Gorge congestionnée • Respiration rapide • Ronchi/ râles crépitants	**Pneumonie**	500 mg d'érythromycine par voie buccale toutes les 6 heures pendant 7 jours
• Céphalées • Toux sèche • Malaise • Anorexie • Rate élargie	• Confusion • Stupeur	**Typhoïde**	1 g d'ampicilline par voie buccale toutes les 6 heures OU 1g d'amoxicilline par voie buccale toutes les 8 heures pendant 14 jours
• Douleur et sensibilité mammaire • Placard rouge en quartier sur le sein 3 à 4 semaines après l'accouchement	• Inflammation précédée d'un engorgement • Affection d'un seul sein le plus souvent	**Mastite**[b]	500 mg de cloxacilline par voie buccale toutes les 6 heures pendant 10 jours OU 250 mg d'érythromycine par voie buccale toutes les 8 heures pendant 10 jours

[b] Pour des informations supplémentaires sur la prestation des soins pour la mastite, voir **Encadré 3-14** (**page 3-45**).

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Douleur au mollet (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Fièvre oscillante • Signe positif d'Homans (douleurs dans le mollet quand le pied est en flexion vers le haut) • Enflement d'une jambe • Le muscle du mollet est dur	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Outre les mesures spécifiées dans l'Annexe 7, avant et pendant le transfert, vérifier que la patiente ne marche pas et que la jambe n'est ni massée ni manipulée.	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes tel qu'indiqué : • Rassurer et expliquer que les symptômes pourraient être normaux. Pour plus d'informations sur les crampes aux jambes en tant que trouble courant pendant la grossesse et la période du post-partum, voir Crampes aux jambes (**Chapitre 9, page 3-5**). • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.
Pus, rougeur ou berges ouvertes de la ligne de suture périnéale ; pus ou drainage d'une déchirure non réfectée ; vive douleur d'une déchirure ou de l'épisiotomie (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Enflement excessif de la vulve ou du périnée • Infection touchant aux muscles et couches plus profondes des tissus • Tissus nécrosés • Plaie dure avec rougeur et enflement s'étendant au-delà de la plaie • Selles ou urine s'écoulant du vagin • Fièvre • Cellulite • Fasciite nécrosante	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : ➧ **Si la patiente présente l'un des signes d'alerte suivants**, démarrer une perfusion IV ou donner une solution de réhydratation orale (voir **Encadré 3-35** [**page 3-96**]) et fournir des antibiotiques tel qu'indiqué au **Tableau 3-4** (**page 3-117**) : – Infection intéressant les muscles ou couches plus profondes des tissus – Tissus nécrosés – Plaie dure avec rougeur s'étendant au-delà de la plaie – Fièvre – Cellulite – Fasciite nécrosante *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge de l'infection des plaies périnéales, voir PCCGA.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes tel qu'indiqué : ➧ **Si du pus s'écoule de la plaie ou rougeurs autour ou écartement des berges de la suture périnéale**, retirer les sutures et débrider la plaie. • Nettoyer la plaie de l'avant vers l'arrière avec un antiseptique (ou du savon) et rincer avec de l'eau propre. • Donner des instructions sur l'hygiène périnéale (**page 2-109**). • Pour de plus amples informations sur la douleur périnéale en tant que trouble courant de la période du post-partum, voir Douleur périnéale (**Chapitre 9, page 3-10**). • Conseiller à la patiente d'attendre que la plaie ait guéri avant de reprendre les rapports sexuels. • Lui conseiller de revenir si les symptômes persistent ou s'empirent. • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Vive douleur abdominale en début de grossesse (jusqu'à la 22e semaine de grossesse) (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Saignement vaginal • Nausée/vomissement • Perte d'appétit • Fièvre/frissons • Sensibilité à la palpation abdominale • Ecart taille-date • Masse annexielle sensible ou sensibilité à la motion cervicale (pour la technique de l'examen pelvien, voir **Annexe 4, page 4-27**) • Brûlure à la miction • Mictions plus fréquentes/mictions impérieuses	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale de la douleur abdominale en début de grossesse, voir PCCGA.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Rassurer et indiquer que les douleurs abdominales peuvent être chose normale pendant la grossesse. Pour de plus amples informations sur les douleurs abdominales ou douleurs de l'aine en tant que trouble courant de la grossesse, voir Douleurs abdominales ou douleurs à l'aine (**Chapitre 9, page 3-3**). • Revoir les signes de danger, le plan de préparation de la patiente à la naissance et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.
Vives douleurs abdominales en fin de grossesse (après 22 semaines de grossesse) **ou lors du travail** (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Douleurs continues qui persistent entre les contractions ou qui se déclenchent soudainement • Contractions qui cessent • Contractions palpables ou dilatation du col avant 37 semaines de grossesse • Pertes vaginales teintées de sang avant 37 semaines de grossesse • Pertes vaginales aqueuses malodorantes • Saignement vaginal • Nausée/vomissement • Perte d'appétit • Fièvre/frissons • Douleurs à la palpation appuyée • Utérus sensible • Parties fœtales facilement palpables • Mouvements fœtaux diminués ou absents • Battements cardiaques fœtaux anormaux ou absents • Brûlure à la miction • Mictions plus fréquentes/plus impérieuses	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Outre les mesures spécifiées dans l'Annexe 7, démarrer une perfusion IV (**Encadré 3-35, page 3-96**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale de la douleur abdominale en fin de grossesse, voir PCCGA.)*	• Evaluer pour voir si le travail a commencé (**Tableau 2-8, page 2-69**). ➡ **Si la patiente EST en travail :** – Procéder avec la prestation des soins de base pour un accouchement et un travail normaux (**Chapitre 6, page 2-39**). – Continuer à évaluer la patiente pour détecter les signes de danger pendant le travail et l'accouchement. ➡ **Si la patiente N'EST PAS en travail :** – Rassurer pour indiquer que les douleurs abdominales sont chose normale. Pour de plus amples informations sur les douleurs abdominales ou de l'aine en tant que trouble courant de la grossesse et du travail, voir Douleurs abdominales (ou de l'aine) (**Chapitre 9, page 3-3**). – Evaluer pour constipation. Pour de plus amples informations sur les changements de la fonction intestinale en tant que trouble courant de la grossesse, voir Changements de la fonction intestinale—Constipation ou diarrhée (**Chapitre 9, page 3-6**). – Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Vives douleurs abdominales après l'accouchement (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Saignement vaginal • Lochies malodorantes et purulentes • Nausée/vomissement • Perte d'appétit • Fièvre/frissons • Sensibilité à la palpation appuyée • Utérus sensible • Masse annexielle sensible ou cul-sac de Douglas enflé (pour la technique de l'examen pelvien, voir **Annexe 4, page 4-27**) • Antécédents de rupture prolongée des membranes, rétention placentaire ou infection sexuellement transmissible traitée de manière inadéquate	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Outre les mesures spécifiées dans l'Annexe 7, démarrer une perfusion (**Encadré 3-35, page 3-96**). *Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale de la douleur abdominale après l'accouchement, voir PCCGA.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • Evaluer la patiente pour constipation. Pour plus d'informations sur les changements de la fonction intestinale en tant que trouble courant de la période du post-partum, voir Changements de la fonction intestinale—Constipation ou Diarrhée (**Chapitre 9, page 3-6**). • Rassurer la femme en indiquant que la douleur abdominale peut être chose normale pendant la grossesse. Pour de plus amples informations sur les tranchées utérines en tant que trouble courant de la période du post-partum, voir Tranchées utérines (**Chapitre 9, page 3-4**). • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.
Contractions avant 37 semaines de grossesse (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)	• Dilatation du col (pour déterminer la dilatation du col, voir **Encadré 2-21, page 2-68**) • Contractions palpables • Mucosités ou pertes vaginales aqueuses ou teintées de sang • Saignement vaginal	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge du travail prématuré, voir PCCGA.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Déterminer un éventuel faux travail (**Tableau 2-8, page 2-70**) : ➡ **SI la patiente est en faux travail**, lui dispenser les soins supplémentaires décrits à la **page 3-48**. En plus : – Faire des analyses d'urine pour écarter l'infection des voies urinaires. – Renforcer l'importance d'un repos suffisant et d'un bon apport liquidien. – Revoir les signes du travail et permettre à la patiente de rentrer chez elle jusqu'à ce que les signes du travail apparaissent. Lui conseiller de revenir pour des soins si les symptômes persistent ou s'aggravent. • Revoir les signes de danger, le plan de préparation de la patiente à la naissance et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS MATERNELLES POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Verbalisation/ comportement qui indique qu'une femme risque de se nuire à elle-même ou au bébé ou hallucinations (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-13** [**page 1-42**].)		AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Outre les mesures spécifiées dans l'Annexe 7, ne pas laisser la patiente seule avant ou pendant le transfert.	

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER PENDANT LA PÉRIODE NEONATALE

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Température anormale du corps (température axillaire inférieure à 36,5°C ou supérieure à 37,5°C) (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**])	• Tète mal alors qu'il a bien tété auparavant • Léthargique, somnolent ou flasque • Vomissement et/ou distension abdominale • Irritable • Difficultés respiratoires • Température de moins de 32°C	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : • Administrer au bébé 50 mg/kg d'ampicilline IM PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg IM (si moins de 2 kg). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge d'une température anormale du corps, voir MNP.)*	➡ **Si la température du bébé est de moins de 36,5°C**, procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes indiquées dans l'**Encadré 3-46** (**page 3-124**). ➡ **Si la température du bébé est de plus de 37,5°C**, procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes indiquées dans l'**Encadré 3-47** (**page 3-124**). • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-46. Prise en charge de la température axillaire du nouveau-né de moins de 36,5°C

- ➡ **Si la mère ou autre membre de la famille est présente**, lui demander de réchauffer son bébé en contact peau-à-peau.
- ➡ **Si la mère (ou autre membre de la famille) n'est pas présente :**
  - Habiller le bébé dans des vêtements chauds, lui mettre un bonnet ou le recouvrir d'une couverture.
  - Réchauffer le bébé en utilisant un incubateur ou autre élément chauffant (par exemple, une chaufferette).
  - Autre solution : utiliser une bouteille d'eau chaude recouverte :
    - La peau du bébé ne doit pas toucher la bouteille d'eau ou autre objet qui pourrait lui causer des brûlures.
    - Tourner fréquemment le bébé.
    - Remplacer la source de chaleur avant qu'elle ne se refroidisse. La pièce doit être bien chaude (au moins 25°C) et éviter les courants d'air.
- Encourager la mère à allaiter aussi souvent que possible le bébé, sur demande, au moins toutes les 2 heures.
- Demander à la mère d'observer les signes de danger (difficultés respiratoires, convulsions, perte de connaissance) et d'appeler à l'aide si de tels signes se présentent.
- Prendre la température du bébé chaque heure.
  - ➡ **Si la température du corps du bébé grimpe d'au moins 0,50°C par heure**, les mesures de réchauffement sont efficaces, continuer à prendre la température du corps toutes les deux heures jusqu'à ce qu'elle revienne à la normale et dispenser les soins de base au nouveau-né, en suivant les indications données au **Chapitre 8 (page 2-113)**.
  - ➡ **Si la température du corps du bébé ne grimpe pas d'au moins 0,5°C par heure ou ne revient pas à la normale (36,5–37,5°C) après avoir pris les mesures de thermorégulation indiquées**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Encadré 3-47. Prise en charge de la température axillaire du nouveau-né de plus de 37,5°C

ATTENTION : Ne pas donner de médicaments antipyrétiques au bébé.

- ➡ **Si la température élevée du corps n'est pas due à une température ambiante elle aussi élevée.** AGIR MAINTENANT ! faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Prendre les mesures suivantes outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 :
  - déshabiller le bébé partiellement ou entièrement avant et pendant le transfert.
  - ➡ **Si la température est supérieure à 39° C**, bassiner le bébé ou lui faire prendre un bain pendant 10 à 15 minutes avant ou pendant le transfert, en utilisant une eau qui a environ 4°C de moins que la température actuelle du corps. **NE PAS utiliser des bains plus froids que cette température.**
  - Laisser le bébé téter ou lui donner du lait maternel avec une tasse avant et pendant le transfert pour prévenir la déshydratation.
- ➡ **Si la température élevée du corps est probablement due à l'exposition ambiante élevée**, prendre les mesures suivantes**.**
  - ➡ Si la température est supérieure à 39°C, bassiner le bébé ou lui faire prendre un bain pendant 10 à 15 minutes avant ou pendant le transfert, en utilisant une eau qui a environ 4°C de moins que la température actuelle du corps. NE PAS utiliser des bains plus froids que cette température.
  - ➡ Si la température élevée du corps est probablement due à une surchauffe, (tel qu'une temperature due à un incubateur ou une couveuse radiante) :
    - Placer le bébé dans un température ambiante normale (25–280°C).
    - Déshabiller le bébé partiellement ou entièrement si nécessaire.
  - Encourager la mère à allaiter fréquemment ou si le bébé ne peut pas téter, lui donner du lait maternel extrait à la tasse pour éviter la déshydratation.
  - Demander à la mère d'observer les signes de danger (difficultés respiratoires, convulsions, perte de connaissance) et d'appeler à l'aide si de tels signes sont notés.
  - Mesurer la température axillaire du bébé chaque heure jusqu'à ce qu'elle revienne à la normale :
    - ➡ **Si la température du corps du bébé revient à la normale (36,5–37,5°C) dans les deux heures qui suivent les mesures de thermorégulation indiquées**, dispenser les soins de base au nouveau-né tel qu'indiqué au **Chapitre 8** (**page 2-113**).
    - ➡ **Si la température du corps du bébé ne revient pas à la normale (36,5–37,5°C) dans les deux heures qui suivent les mesures de thermorégulation indiquées**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER LORS DE LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Jaunisse (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)	• La patiente a eu d'autres enfants qui ont eu la jaunisse le premier jour • Antécédents de jaunisse hémolytique, carence en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G-6-PD) ou facteur rhésus ou incompatibilité de groupes sanguins ABO chez un bébé précédent • Antécédents familiaux de grave anémie, foie élargie ou ablation de la rate • Jaunisse visible partout sur le corps du bébé pendant les 24 premières heures de la vie • Jaunisse visible sur les bras et les jambes au 2e jour • Jaunisse visible sur les mains et les pieds à n'importe quel moment • Pâleur à la naissance • Poids à la naissance de moins de 2,5 kg • Jaunisse qui persiste après 2 semaines chez un bébé à terme (ou 3 semaines chez un bébé avec insuffisance pondérale à la naissance)	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge de la jaunisse, voir MNP.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Faire savoir à la mère que son enfant est normal et que cette couleur va disparaître mais il est important de : – Garder le bébé au chaud. – Allaiter sur demande et souvent (au moins toutes les 3 heures). • Revoir les signes de danger et les préparatifs de la patiente en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier qu'elle sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER LORS DE LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Diarrhée **Note** : Les bébés allaités ont tendance à passer plus d'eau dans les selles—ce n'est pas de la diarrhée. (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)	• Gonflement de la peau qui ne disparaît pas dans les 2 secondes après avoir pincé doucement la peau abdominale et relâché • Les selles sont vertes ou contiennent des mucosités ou du sang • Poids à la naissance de moins de 2,5 kg • Vomissement • Tète mal ou ne tète pas • Flasque ou léthargique • Distension abdominale • Instabilité de la température	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : • Conseiller à la mère de continuer à allaiter pendant le transfert. • Apprendre à la mère à donner des gorgées de solution de réhydratation orale (SRO) pendant le transfert. (Pour des instructions sur la préparation des SRO, voir **Encadré 3-36** [**page 3-96**].) • Encourager la mère à garder le bébé en contact peau-à-peau pour qu'il reste au chaud pendant le transfert. • Donner au bébé 50 mg/kg d'ampicilline PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg en IM (si moins de 2 kg). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge de la diarrhée, voir MNP.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : ➡ **Si la mère allaite**, la conseiller de la manière suivante : – Continuer à allaiter et donner le sein plus souvent et pendant plus longtemps. – Si le bébé recrache pendant qu'il tète, attendre 10 minutes et ensuite, continuer. ➡ **Si la mère utilise un produit de remplacement du lait maternel :** – Observer la préparation du produit de remplacement pour vérifier qu'il est préparé correctement (concentration correcte, pas de contaminants, ustensiles propres, etc). (Pour des directives supplémentaires, voir **page 4-53**.) – Conseiller à la mère que si le bébé recrache pendant qu'il tète, elle devrait attendre 10 minutes et ensuite, continuer lentement. • Evaluer l'hydratation en pinçant doucement la peau abdominale et en relâchant : ➡ **Si aucune tente ne se forme**, donner 125 ml/kg de SRO (pour les instructions sur la manière de préparer les SRO, voir **Encadré 3-36** [**page 3-96**]) tous les jours et 50 ml en plus après chaque selle liquide. ➡ **Si des tentes se forment mais q'elles disparaissent dans les 2 secondes,** administrer 200–400 ml de SRO tous les jours et 50 ml en plus après chaque selle liquide (Pour des instructions sur la préparation des SRO, voir **Encadré 3-36** [**page 3-96**].) ➡ **Si le bébé recrache pendant qu'il reçoit les SRO,** attendre 10 minutes et ensuite continuer lentement. • Revoir les signes de danger et les préparatifs en cas de complications. – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.
Distention abdominale (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)		AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale de la distension abdominale, voir MNP.)*	

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER PENDANT LA PÉRIODE NÉONATALE *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Saignement Arrêter les saignements, si possible : ➧ **Si les saignements proviennent de l'ombilic**, reclamper ou renouer si cela n'a pas encore été fait. ➧ **Si les saignements viennent de la circoncision ou autre coupure/ blessure**, presser sur l'endroit du saignement avec une compresse stérile jusqu'à ce que les saignements cessent. (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)	• Les saignements continuent pendant plus de 15 minutes après avoir pris les mesures mentionnées à la colonne à gauche. • Signes de choc (rythme cardiaque de 180 battements par minute ou plus, pâleur, cyanose centrale, froid au toucher, fréquence respiratoire de plus de 60 mouvements par minute, perte de connaissance ou quasi-perte de connaissance).	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : • Administrer 1 mg de vitamine K_1 en IM avant le transfert. • Continuer à presser sur l'endroit des saignements avec une compresse stérile avant et pendant le transfert. *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge des saignements, voir MNP.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes. • **Pour soigner les coupures et abrasions**, voir Coupures ou abrasions qui ne saignent pas (**Chapitre 10, page 3-83**) pour des informations supplémentaires sur l'évaluation et les soins. • Revoir les signes de danger et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER PENDANT LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Pus ou lésions de la peau **Note** : Les infections de la peau chez les bébés sont extrêmement contagieuses. Observer de strictes mesures de prévention des infections en tout temps pour prévenir la propagation des infections d'un bébé à d'autres bébés. Jeter tous les articles en contact direct avec les lésions (par exemple, gaze) dans un sac en plastique ou un récipient à déchets couvert et ne pouvant pas être perforé. (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)	• Plus de 10 lésions de la peau • Lésions couvrant plus de la moitié du corps • Peau rouge et tissus sous-cutanés, enflés partout sur le corps • Endroit/lésion fluctuant • Œdème généralisé • Eruption vésicante sur les paumes et la plante des pieds • Ecoulement nasal • Jaunisse ou pâleur • Tète mal après avoir bien tété • Distension abdominale ou vomissement • Léthargique, somnolent ou flasque • Fièvre • Mère séropositive-syphilis qui n'a pas été traitée ou qui ne l'a pas été adéquatement	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : ➧ **Si le bébé présente l'un quelconque des signes d'alerte suivant**, administrer 50 mg/kg de cloxacilline IM PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg IM (si moins de 2 kg) : – Plus de 10 lésions de la peau ou lésions couvrant plus de la moitié du corps – Peau rouge et tissus sous-cutanés, enflés partout sur le corps – Endroit/lésion fluctuant – Tète mal après avoir bien tété – Distension abdominale ou vomissement – Léthargique, somnolent ou flasque – Fièvre – Irritabilité – Fontanelle saillante *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale des problèmes de peau et de muqueuse, voir MNP.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : ➧ **S'il existe moins de 10 lésions cutanées ou si les lésions couvrent moins de la moitié du corps**, voir **Encadré 3-48** (**page 3-129**). ➧ **En cas de plaques blanches dans la bouche ou dans la zone couverte par les couches/langes**, voir **Encadré 3-49** (**page 3-129**). • Revoir les signes de danger et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.

Encadré 3-48. Prise en charge de moins de 10 lésions cutanées ou lésions qui couvrent moins de la moitié du corps

- En portant des gants d'examen propres, laver la partie touchée de la peau en utilisant une solution antiseptique (chlorhéxidine ou polyvidone iodée[iode de povidone] à 2,5%) et de la gaze propre, 4 fois par jour jusqu'à ce que les lésions soient guéries :
  - Laver en douceur le pus ou la croûte.
  - Appliquer une solution de violet de gentiane à 0,5% sur les lésions.
  - Demander à la mère de le faire chaque fois que possible, en lui rappelant de laver soigneusement les mains avant et après les soins au bébé.
- Observer continuellement les signes de danger ou d'alerte et apprendre à la mère à observer ces signes et de venir consulter les services de santé immédiatement si de tels signes se présentent.
- ➡ **Si des pustules/ampoules sont encore présentes après 5 jours du traitement susmentionné**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Encadré 3-49. Prise en charge des plaques blanches dans la bouche ou dans la partie recouverte par les couches/langes

Plaques blanches dans la bouche

- Faire la distinction entre le muguet et les plaques de lait en essuyant doucement la langue avec de la gaze propre pour voir si les taches blanches disparaissent. Les taches de lait peuvent être enlevées mais le muguet ne peut pas être enlevé.
- Tamponner les taches dans la bouche du bébé avec une solution orale de nystatine, 4 fois par jour jusqu'à ce que les taches aient disparu, et continuer pendant 2 jours après la disparition des taches.
- Demander à la mère d'appliquer de la crème de nystatine ou une solution de violet de gentiane sur ses mamelons après avoir allaité le bébé. Rappeler à la mère de garder ses seins secs d'une tétée à l'autre. Elle n'a pas besoin d'enlever le médicament avant que le bébé allaite.
- Rappeler à la mère d'utiliser de la gaze/tissu propre pour appliquer la solution et de se laver les mains attentivement avant et après avoir touché le bébé.

Plaque blanches dans la partie des couches/langes

- Appliquer la crème de nystatine aux lésions ou tamponner avec une solution de violet de gentiane à 0,5%, en continuant pendant 3 jours après que les lésions ont disparu.
- Changer les couches/langes chaque fois qu'elles sont mouillées/remplies.
- Rappeler à la mère d'utiliser de la gaze/tissu propre pour appliquer la solution et de se laver attentivement les mains avant et après avoir touché le bébé.

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER PENDANT LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Pus ou rougeur des yeux (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)	• Pus qui s'écoule d'un oeil ou des deux yeux • Mère avec antécédents d'infection sexuellement transmissible récente ou non traitée	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge des yeux qui sont rouges ou enflés ou avec du pus, voir MNP.)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : ➡ **S'il existe une tache rouge vif sous la conjonctive d'un œil ou des deux yeux mais que le bébé se porte bien et qu'il n'y a pas de pus ni rougeur dans les yeux,** voir hémorragie sous-conjonctivale (**Chapitre 9, page 3-28**) pour une information supplémentaire sur l'évaluation et les soins. ➡ **Si les paupières sont rouges et/ou enflées :** – En portant des gants d'examen propres, nettoyer les paupières 4 fois par jour : – Nettoyer en partant de l'intérieur vers l'extérieur. Utiliser une solution stérile ou de l'eau qui a été bouillie puis refroidie) et un écouvillon propre pour chaque œil. – Demander à la mère de le faire chaque fois que possible en lui rappelant de laver ses mains avant et après avoir donné les soins au bébé. – Demander à la mère de laver le visage du bébé une fois par jour (ou plus souvent si c'est nécessaire) en utilisant de l'eau propre et de le sécher avec un linge propre. – Demander à la mère de ne pas mettre de substances dans les yeux du bébé. ➡ **S'il n'y a pas d'améliorations dans les 2 jours**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Revoir les signes de danger et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.

COMPLICATIONS POUVANT METTRE LA VIE EN DANGER PENDANT LA PERIODE NEONATALE *(SUITE)*

SIGNE OU SYMPTOME	EVALUER POUR DECELER CES SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE	SIGNES/SYMPTOMES D'ALERTE PRESENTS	SI AUCUN SIGNE/SYMPTOME D'ALERTE N'EST PRESENT
Rougeur ou mauvaise odeur de l'ombilic (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)	• Pus qui s'écoule de l'ombilic • Zone de rougeur ou d'enflement qui s'étend sur plus de 1 cm • Lésions de la peau • Distension abdominale • La peau autour de l'ombilic est rouge et dure • Température axillaire de plus de 37,5°C ou de moins de 36,5°C • Réponse positive à l'une quelconque des deux questions suivantes : – Est-ce que des substances sale ou nuisibles (par exemple, fumier d'animal) a été appliqué sur le cordon ombilical ? – Est-ce que le cordon ombilical était recouvert (par exemple, d'un pansement) ?	AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Appliquer les mesures suivantes, outre celles spécifiées dans l'Annexe 7 : • Administrer au bébé 50 mg/kg de cloxacilline IM PLUS 5 mg/kg de gentamicine IM (si 2 kg ou plus) ou 4 mg/kg IM (si moins de 2 kg). (*Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale d'un ombilic rouge et enflé, avec du pus ou qui sent mauvais, voir MNP)*	Procéder avec la prestation des soins de base avec les adjonctions et/ou priorités suivantes : • Porter des gants d'examen propres : – Laver l'ombilic en utilisant une solution antiseptique (chlorhéxidine ou iode de polyvidone [iode de povidone] à 2,%) et de la gaze propre. – Badigeonner l'ombilic et la zone autour avec une solution antiseptique (violet de gentiane à 0,5% ou iode de polyvidone à 2,5%) 4 fois par jour jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de pus s'écoulant de l'ombilic. – Demander à la mère de le faire chaque fois que possible au moins deux fois par jour en lui rappelant de se laver soigneusement les mains avant et après avoir donné les soins au bébé. • Recommander à la mère de ne mettre aucune substance sur le cordon. ➡ **Si aucune amélioration après 2 jours,** AGIR MAINTENANT!— faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). • Revoir les signes de danger et les préparatifs en cas de complications : – Vérifier que les moyens de transport d'urgence et les fonds sont de suite accessibles. – Vérifier que la mère sait où se rendre en cas de signes de danger.
Membre ou articulation enflée (Pour une information sur les diagnostics associés à ce signe/symptôme, voir **Tableau 1-14** [**page 1-44**].)		AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). *(Pour un diagnostic différentiel complet et une prise en charge intégrale des traumatismes de la naissance, voir MNP.)*	

ANNEXE UNE

PREPARATION DU LIEU DES SOINS

Le lieu des soins est l'endroit où se déroule la consultation (anamnèse, examen physique, prestation de soins, etc). Qu'il s'agisse d'une structure sanitaire ou du domicile, cet endroit doit répondre à certaines conditions de base qui sont données ci-après. (Pour de plus amples informations sur les fournitures et matériel essentiels mentionnés dans cette section, voir **Annexe 2, page 4-3**.)

PROPRETE, CONFORT ET RANGEMENT EN GENERAL

- L'endroit est d'une température agréable, sans courants d'air, propre et bien rangé. La température de la pièce devrait se maintenir à 25–32°C.
- Les surfaces sont nettoyées avec une solution chlorée à 0,5% avant l'utilisation.
- Les fournitures et le matériel essentiels sont disponibles, à portée de main et prêts à être utilisés (propres, désinfectés à haut niveau et/ou stériles).
- Les objets contaminés et les déchets des consultations précédentes (dans la structure sanitaire) ou de la vie quotidienne (à domicile) ont été enlevés ou mis dans des récipients prévus à cet effet.
- Les récipients pour les linges sales (qui doivent être lavés) et les instruments contaminés (qui doivent soumis à un traitement) sont mis dans les endroits indiqués, à un endroit pratique.
- Des récipients séparés pour l'élimination des différents types de déchets sont mis à des endroits pratiques pour s'en servir facilement :
    - Récipients pour déchets en général (non médicaux, non toxiques), par exemple, papier, bouteilles, boîte, etc. ;
    - Récipients avec couvercle pour les déchets médicaux, tels que du sang, des pansements, etc. ; et
    - Récipients qui ne risquent pas d'être perforés pour les instruments piquants ou tranchants tels que le sang, les lames, etc.

(Pour de plus amples informations sur les pratiques de prévention des infections susmentionnées, voir **page 1-52**.)

APPROVISIONNEMENT EN EAU SALUBRE

Il existe un approvisionnement d'eau propre. Il peut s'agir de l'eau courant au robinet ou d'un seau avec un petit robinet ou encore de l'eau qui est versée d'un récipient ou d'une bassine.

SOURCE DE LUMIERE

- Il existe une source fiable de lumière adéquate, artificielle ou naturelle.
- Souvent la lumière naturelle qui entre par une fenêtre suffit pour un examen physique général. La surface d'examen devrait être positionnée vers la fenêtre mais il ne faudrait pas qu'on puisse voir de l'extérieur ce qui se passe dans la pièce.
- Des sources artificielles de lumière, comme des lampes ou torches électriques, éclairent mieux et conviennent davantage à certains examens, tels que les examens gynécologiques, la réfection des déchirures du col ou du vagin ou l'examen à l'intérieur de la bouche du bébé.

MEUBLES

L'endroit devrait avoir les meubles suivants :

- Une table d'examen, un lit ou autre surface propre, confortable ou qui peut être lavée ;
- Des chaises pour la patiente, son accompagnant (partenaire, amis ou membre de la famille) et le prestataire qualifié ;
- Un bureau ou une table pour prendre des notes ; et
- Une table propre ou autre surface à portée de main pour mettre les instruments, les fournitures et l'équipement.

Pendant le travail/l'accouchement et la période néonatale immédiate : Il faut qu'il y ait suffisamment de place pour que la patiente puisse marcher et se déplacer et pour mettre un lit avec une surface propre et lavable. Le matériel pour la réanimation du nouveau-né—dont une surface sur laquelle on peut pratiquer les gestes de réanimation—devrait être disponible et en parfait état de fonctionnement.

ANNEXE DEUX

EQUIPEMENT ET FOURNITURES ESSENTIELS

Tableau 4-1. Equipement et fournitures essentiels : Soins routiniers (Section 2)

MEUBLES

- Surface d'examen (table ou lit couvert par une surface lavable ou drap propre)
- Lit couvert par une surface lavable et drap propre[4]
- Surface propre et lavable bien située (par exemple une table) pour réanimer le bébé[4,6]
- Surface propre et lavable bien située pour le matériel et les fournitures
- Rideaux pour assurer le droit a l'intimité
- Surface pour écrire (bureau, planchette à pince ou tableau d'affichage)
- Chaises pour la patiente, son accompagnant et le prestataire qualifié.
- Lampes ou torches électriques (avec ampoules et piles de rechange) s'il n'y a pas de lumière naturelle
- Bouilloire ou autre récipient pour chauffer l'eau pour baigner le bébé[6]
- Montre
- Thermomètre pour la température ambiante[1]

DOSSIERS ET FORMULAIRES

- Registre d'inscription
- Courbes et formulaires à remplir par l'établissement et le prestataire qualifié
- Carnet clinique (pour marquer les vaccinations et autres soins) et qui est gardé par la patiente
- Partogramme
- Fiches de référence

FEMME

- Drap ou couverture pour recouvrir la femme
- Blouse[1,4]
- Oreiller[1]
- Serviettes propres pour essuyer la femme après le bain/lavage

FEMME (SUITE)

- Thermomètre
- Calculateur de l'âge gestationnel ou calendrier[1,3]
- Appareil pour prendre la tension artérielle
- Stéthoscopes pour adulte et fœtus
- Mètre ruban[1]
- Seringues et aiguilles
- Tubes à essai pour le prélèvement des échantillons (sang, urine)[2]
- Matériel et fournitures de laboratoire pour les tests d'hémoglobine, RPR/VDRL, VIH, groupe sanguin (ABO, facteur Rhésus)[2]
- Bandes hygiéniques[4,5]
- Récipient pour le placenta[4]

Pour les médicaments essentiels, voir également ***Tableau 4-4 (page 4-6)****.*

NOUVEAU-NÉ

- Clamps et nœuds pour le cordon ombilical
- Ciseaux ou lame pour couper le cordon[4]
- Gaze, écouvillons ou linge propre pour essuyer les yeux du bébé
- Balance pour bébé
- Thermomètre
- Seringues et aiguilles
- Serviettes propres pour essuyer le bébé et habits propres pour l'envelopper après l'avoir séché
- Bonnet pour recouvrir la tête du bébé
- Langes/couches

Pour les médicaments essentiels, voir également ***Tableau 4-4 (page 4-6)****.*

[1] Vivement recommandé mais reste facultatif
[2] Devrait au moins être disponible dans un établissement auquel a accès le prestataire qualifié ou la patiente
[3] Pour les soins prénatals seulement
[4] Pour les soins obstétricaux seulement
[5] Pour les soins du post-partum seulement
[6] Pour les soins du nouveau-né seulement

Tableau 4-2. Equipement et fournitures essentiels : Prévention des infections

LAVAGE DES MAINS/ANTISEPSIE

- Eau propre
- Savon ou produit antiseptique à base d'alcool pour se frotter les mains
- Brosse souple[1]
- Essuie-mains
- Ecouvillons de coton et alcool

EQUIPEMENT DE PROTECTION PERSONNELLE

- Gants
  - Gants d'examen propres (pour poser une voie veineuse, prélever du sang, au contact avec le sang ou les liquides organiques)
  - Gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour l'accouchement, les examens pendant le travail ou tout contact avec plaie ouverte ou tissus sous la peau
  - Gants stériles ou désinfectés à haut niveau à hauteur du coude nécessaire quand la main et l'avant-bras doivent être insérés dans le vagin[1]
- Masque facial
- Lunettes protectrices
- Tablier en caoutchouc ou plastique
- Souliers/bottes qui couvrent tout le pied

MANIPULATION SANS RISQUE DES OBJETS TRANCHANTS ET PIQUANTS

- Récipient ou bac pour passer les objets tranchants ou piquants
- Récipient qui ne risque pas d'être perforé pour l'élimination des objets tranchants et piquants

TRAITEMENT ET EMMAGASINAGE DES INSTRUMENTS

- Emballage individuel pour les instruments avant la stérilisation
- Autoclave, chaleur sèche, stérilisation chimique (solution de glutaraldéhyde ou formaldéhyde) ou récipient avec couvercle pour faire bouillir les instruments.
- Récipient en plastique pour les instruments décontaminés
- Solution de chlore (0,5%)
- Brosse

ENTRETIEN ET ELIMINATION DES DECHETS

- Chiffon pour nettoyer
- Solution de chlore (0,5%)
- Approvisionnement en eau propre
- Récipients séparés, avec couvercle, pour les linges sales, les déchets contaminés et les déchets non contaminés
- Récipients stériles ou désinfectés à haut niveau (si les instruments ne sont pas emballés)
- Récipient en plastique
- Endroit propre et sec pour l'emmagasinage
- Gants d'entretien, gants de ménage

[1] Vivement recommandé mais reste facultatif

Tableau 4-3. Equipement et fournitures essentiels : Soins d'urgence/soins spéciaux (Section 3)

FEMME

- Canules IV de calibre 16 à 18
- Sutures absorbables et non réactives (polyglycoliques ou catgut chromé) et aiguilles à suture
- Bande adhésive
- Masque et ballon auto-gonflant Ambu (taille adulte)
- Crochet amniotique ou pince de Kocher
- Ciseaux à pansement
- Sac fermé ou récipient pour le drainage de la sonde
- Solution de dextrose (5%)
- Diagrammes ou panneaux muraux (pour expliquer le travail et l'accouchement)[1,3,4]
- Moustiquaires imprégnées d'insecticides (uniquement dans les régions où le paludisme est endémique)
- Tubulure pour les intraveineuses
- Equipement et fournitures de laboratoires pour les tests de nitrazine et épreuve de l'arborisation cervicale[2]
- Solution de réhydratation orale
- Oxygène[1]
- Tubulure de l'oxygène[1]
- Ringer lactate ou sérum physiologique
- Pince à pansement
- Ciseaux (pour couper les sutures ou l'épisiotomie)

FEMME (SUITE)

- Porte-aiguille
- Garrot
- Sonde urinaire
- Ventouse obstétricale
- Spéculum vaginal
- Lubrifiant à base d'eau[1]

Pour les médicaments essentiels, voir également ***Tableau 4-4 (page 4-6)****.*

NOUVEAU-NE

- Masque et ballon auto-gonflant Ambu (taille nouveau-né 0 et 1)
- Solution de réhydratation orale
- Oxygène[1]
- Tubulure d'oxygène[1]
- Chaufferette, incubateur ou bouteille d'eau chaude enveloppée dans un linge
- Appareil d'aspiration (appareil DeLee avec cathéter)
- Thermomètre

Pour les médicaments essentiels, voir également ***Table 4-4 (page 4-6)****.*

[1] Vivement recommandé mais reste facultatif
[2] Devrait au moins disponible dans un établissement auquel la patiente ou le prestataire qualifié a accès.
[3] Pour les soins prénatals uniquement
[4] Pour les soins obstétricaux uniquement

Tableau 4-4. Equipement et fournitures essentiels : Médicament et vaccins (Sections 2 et 3)

FEMME

Soins routiniers

- Vaccin antitétanique (doit être gardé réfrigéré)
- Comprimés de fer/folate
- Ocytocine

Soins d'urgence/Soins spéciaux

- 15-méthyl prostaglandine $F_{2\alpha}$[1]
- Albendazole ou mébendazole (uniquement dans les régions où l'ankylostomiase est endémique)
- Amoxicilline
- Ampicilline
- Traitement avec antirétroviraux (ARV) : Zidovudine (AZT), Nevirapine (NVP), Lamivudine (3TC)[2]
- Benzathine benzylpénicilline (ou procaïne benzylpénicilline)
- Benzylpénicilline
- Gluconate de calcium
- Cloxacilline (si l'érythromycine n'est pas disponible)
- Diazépam[1]
- Diphénhydramine
- Ergométrine/methylergométrine[1]
- Erythromycine
- Gentamicine
- Lidocaïne (2%)
- Suppléments d'iode (uniquement dans les régions où la carence en iode est endémique)
- Sulfate de magnesium
- Métronidazole
- Misoprostol[1]
- Paracétamol
- Péthidine
- Laxatif émollient[1]
- Sulfadoxine-pyriméthamine (uniquement dans les régions où le paludisme est endémique)
- Triméthoprime/sulfaméthoxazole
- Suppléments de vitamine A (uniquement dans les régions où l'avitaminose A est endémique)

NOUVEAU NË

Soins routiniers

- Prophylaxie antimicrobienne des yeux (solution de nitrate d'argent à 1% OU iode-polyvidone à 2,5% OU pommade de tétracycline pour les yeux à 1%)
- Vaccins: Polio, BCG, HBV (doit être réfrigéré)
- Vitamine K_1

Soins d'urgence/Soins spéciaux

- Ampicilline
- Benzathine benzylpénicillin (ou procaïne benzylpénicilline)
- Cloxacilline
- Gentamicine
- Immunoglobulines hépatite[1]
- Isoniazide[1]
- Crème de Nystatine (ou violet de gentiane 0,5%)
- Solution orale de Nystatine (ou violet de gentiane 0,5%)
- Phénobarbital
- Polyvidone iodée (2.5%)
- Crème antibiotique topique

[1] Vivement recommandé mais reste facultatif
[2] Devrait être au moins disponible dans un établissement auquel le prestataire qualifié ou la femme a accès

ANNEXE TROIS

LE PARTOGRAMME

UTILISATION DU PARTOGRAMME

Le partogramme de l'OMS (**Diagramme 4-2, page 4-9**) a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase latente 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. 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 la rupture des membranes (si la rupture a eu lieu avant de commencer le tracé sur le partogramme).

Rythme cardiaque fœtal : Toutes les demi-heures.

Liquide amniotique : Couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal : un I si les membranes sont intactes ; R pour rupture des membranes ; C si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ; un M si le liquide amniotique est teinté de méconium ; un B 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.

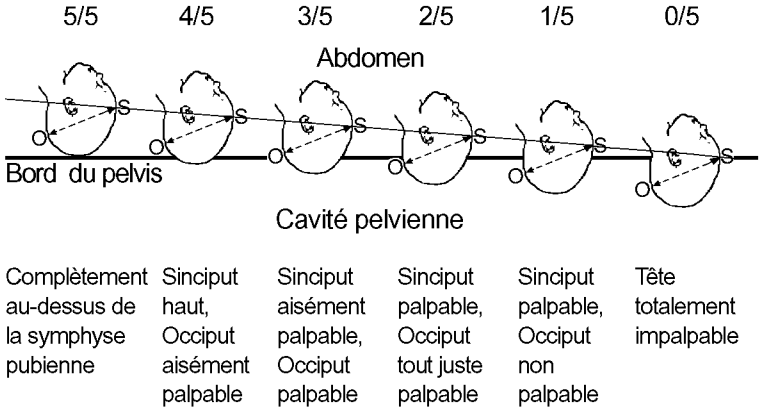
Dilatation du col : Evaluer à chaque toucher vaginal et marquer d'une croix (X). Commencer le tracé de la courbe à 4 cm.

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 heures plus à droite.

Descente évaluée à la palpation de l'abdomen (**Diagramme 4-1**, ci-après) : Concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal. Au point 0/5, le sinciput (S) est au niveau de la symphyse pubienne.

Diagramme 4-1. Descente fœtale à la palpation de l'abdomen*



* Les diagrammes 4-1 et 4-2 sont réimprimés avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2000. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*

Nombre d'heures : Concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active (observé ou déduit)

Heure : L'heure qu'il est.

Nombre de contractions : Toutes les demi-heures ; 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, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.

Médicaments : Noter tout apport médicamenteux.

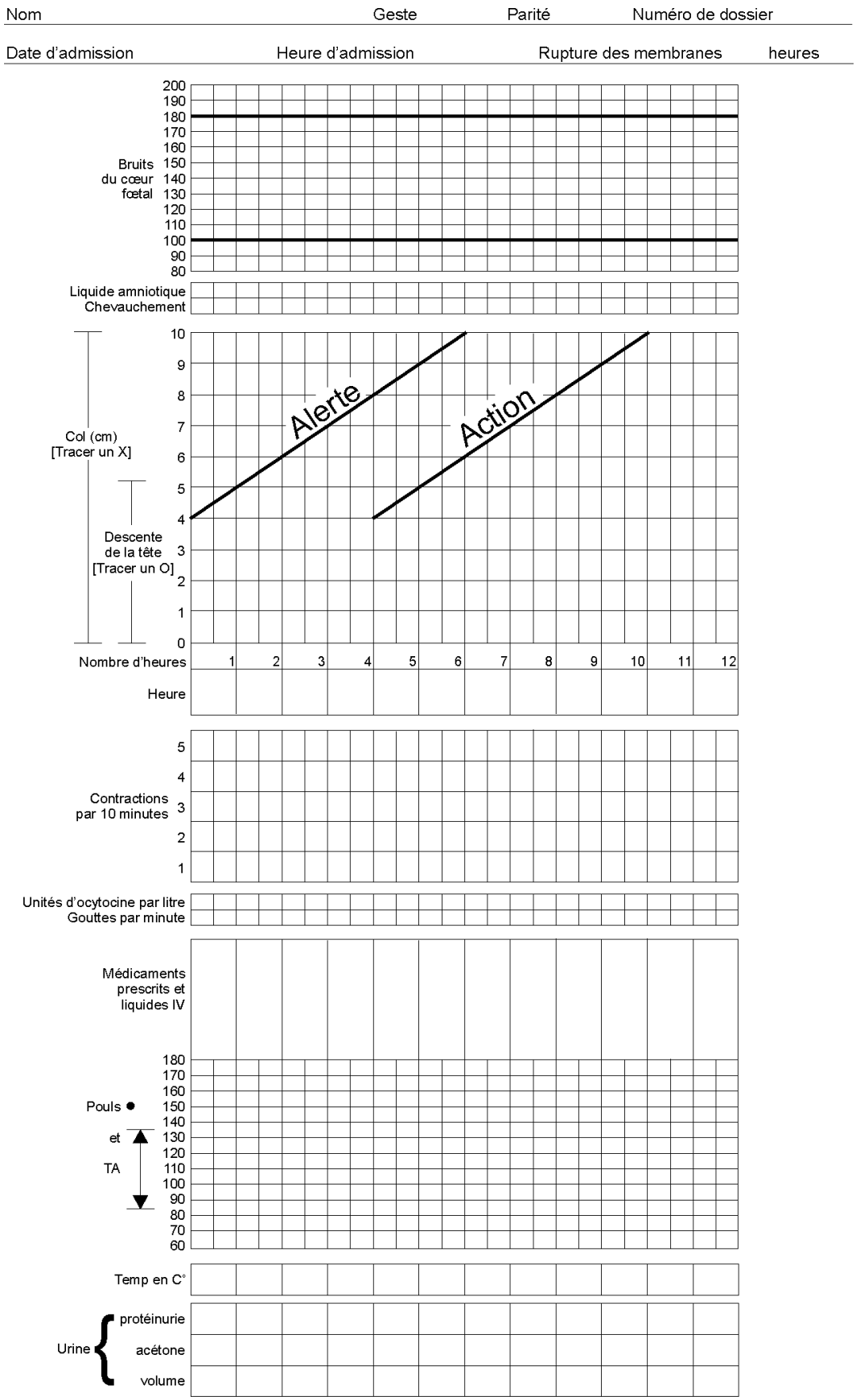
Pouls : Toutes les 30 minutes et marquer d'un point (●).

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.

Diagramme 4-2. Partogramme modifié de l'OMS



ANNEXE QUATRE

INTERVENTIONS SUPPLEMENTAIRES

RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

Indications

Cette intervention ne fait pas partie des soins de base. Elle ne sera réalisée que si les membranes ne se sont pas rompues spontanément avant l'application d'une ventouse (si bien sûr il est nécessaire de procéder à une extraction par ventouse).

Note : Dans les régions à forte prévalence de VIH et/ou hépatite, les membranes devraient être laissées intactes aussi longtemps que possible pour réduire la transmission de l'infection mère à enfant.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- Suivre les principes généraux des soins de base tel qu'indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**) pour réaliser l'intervention suivante.

Intervention

- Ecouter le rythme cardiaque fœtal et le consigner par écrit.
- Demander à la patiente de s'allonger sur le dos, jambes fléchies, pieds joints et genoux écartés.
- Après avoir enfilé des gants désinfectés à haut niveau ou stériles, examiner le col d'une main et noter la consistance, la position, l'effacement et la dilation.
- De l'autre main, introduire une pince à rompre ou une pince de Kocher dans le vagin.
- Diriger cette pince vers les membranes en la faisant glisser le long des doigts intravaginaux.
- Avancer les deux doigts contre les membranes et, de l'autre main, rompre ces dernières délicatement à l'aide de la pince. Laisser le liquide amniotique s'écouler le long des doigts.
- Noter la couleur du liquide (clair, verdâtre et sanguinolent).
    - **En cas de présence de méconium épais**, AGIR MAINTENANT !—voir **Encadré 3-42** (**page 3-112**) avant de procéder avec les soins.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

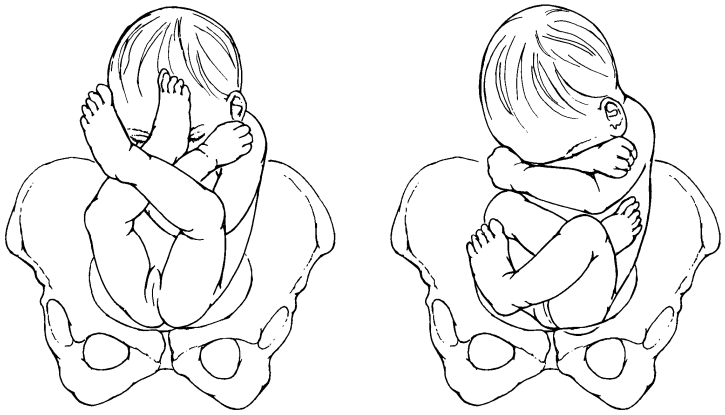
- Ecouter le rythme cardiaque fœtal pendant une contraction et après celle-ci.
    - ➡ **Si le rythme cardiaque fœtal est anormal** (inférieur à 100 btts/min ou supérieur à 180 btts/min), AGIR MAINTENANT !—voir **Encadré 3-45** (**page 3-114**).

ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE (EN SITUATION D'URGENCE UNIQUEMENT)

Indications

Cette intervention ne fait pas partie des soins de base. Elle ne sera effectuée qu'en cas de siège complet (**Figure 4-3, page 4-12**), lorsque le col est entièrement dilate sans signe de disproportion céphalopelvienne **ET qu'on n'a plus le temps de procéder a un transfert urgent (la patiente se trouve déjà au 2e stade du travail quand le problème est dépisté)**.

Figure 4-3. Présentation par le siège : Siège complet (gauche) et décomplété (droite)



Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- Revoir les principes généraux à appliquer pour les soins tel qu'indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Porter tous les paramètres sur un un partogramme comme on le ferait pour la présentation par le sommet.
- Débuter une perfusion (Encadré **3-35, page 3-96**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager.
- Réaliser toutes les manœuvres doucement, sans forcer.

Intervention

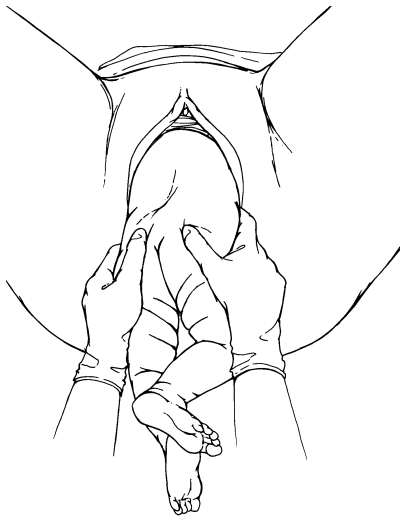
Dégagement des fesses et des jambes

- Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dire à la patiente qu'elle peut pousser lors des contractions.
  - ➡ **Si le périnée est très épais**, réaliser une épisiotomie (**page 4-19**).
- Laisser le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.
- Prendre délicatement les fesses dans une main **sans tirer dessus** :
  - ➡ **Si les jambes ne se dégagent pas spontanément**, les dégager l'une après l'autre
    - Pousser sur la jambe derrière le genou pour la plier ;
    - Saisir la cheville et dégager le pied puis le reste de la jambe ;
    - Faire de même pour l'autre jambe.

AVERTISSEMENT : Ne pas tirer sur le bébé pendant le dégagement des jambes !

- Tenir le bébé par les hanches (**ne pas tirer**), comme indiqué sur la **Figure 4-4** (**page 4-13**). Ne pas le prendre par les flancs ni par l'abdomen, cela risquerait d'endommager les reins ou le foie.

Figure 4-4. Tenir le bébé par les hanches



Dégagement des bras

Bras palpables sur la poitrine :

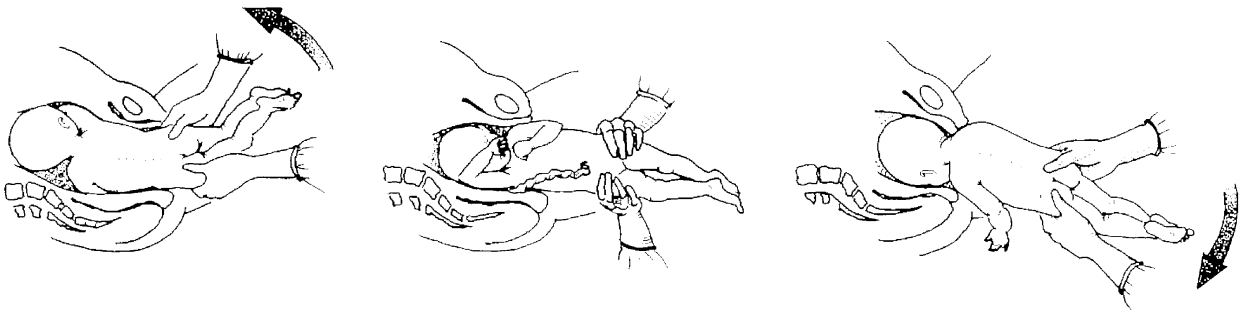
- Laisser les bras se dégager spontanément l'un après l'autre. N'intervenir que si c'est nécessaire.
- Après le dégagement spontané du premier bras, soulever les fesses du bébé en direction de l'abdomen de la mère afin de permettre au deuxième bras de se dégager spontanément.
  - ➡ **Si le bras ne se dégage pas spontanément,** placer un doigt ou deux au niveau du coude et plier le bras de façon à ramener la main de l'enfant sur son visage.

Si les bras sont relevés au dessus de la tête ou enroulés autour du cou :

Utiliser la manœuvre de Lovset (**Figure 4-5**, ci-après) :

- Tenir 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.

Figure 4-5. Manœuvre de Lovset[1]



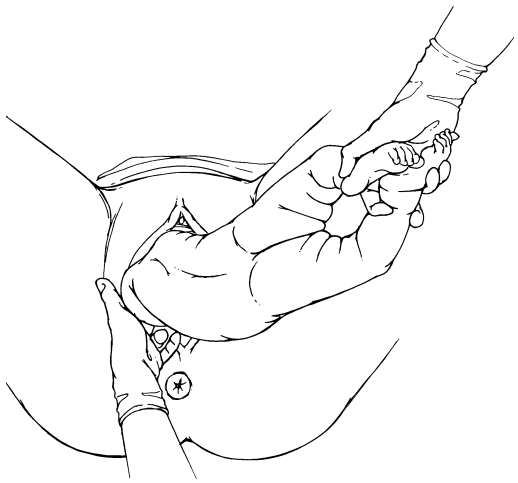
[1] La figure 4-5 est réimprimée avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS. 2000. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* OMS: Genève.

S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier :

Dégager l'épaule postérieure (**Figure 4-6**, ci-après) :

- 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. Ceci devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager.
- Dégager le bras puis la main.

Figure 4-6. Dégagement de l'épaule postérieure



Dégagement de la tête

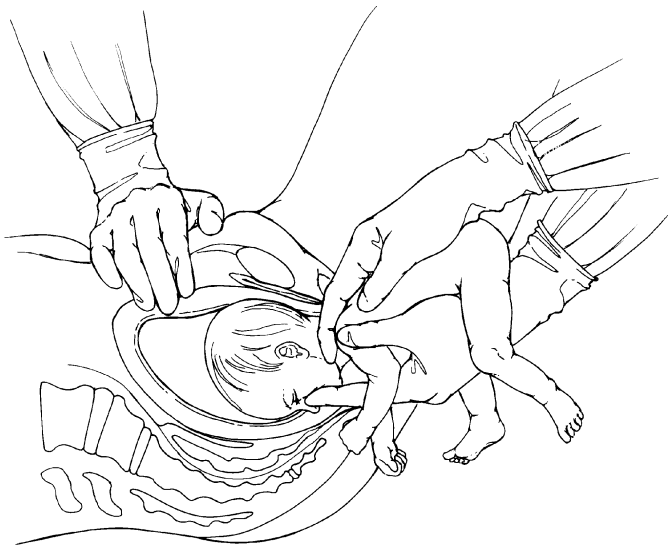
Dégager la tête à l'aide de la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit (**Figure 4-7, page 4-15**) qui se déroule de la façon suivante :

- 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 jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.
- Tirer doucement pour extraire 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.

Figure 4-7. Manoeuvre de Mauriceau-Smellie-Veit



Rétention de la tête (tête enclavée) :

- Sonder la vessie.
- Se faire accompagner d'un aide qui tiendra le bébé pendant que l'on posera le forceps de Piper ou le forceps à longues branches.
- S'assurer que le col est entièrement dilaté.
- Envelopper le corps du bébé dans un linge ou une serviette et le soulever.
- Poser la cuillère gauche du forceps.
- Poser la cuillère droite et solidariser les branches.
- A l'aide du forceps, fléchir la tête et la dégager.
- Exercer une pression ferme au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pour fléchir la tête du bébé et la pousser dans le canal pelvien.

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Aspirer les mucosités de la bouche et du nez de l'enfant.
- Clamper le cordon et le sectionner.
- Administrer à la mère 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement et poursuivre la prise en charge active du 3e stade du travail (**Chapitre 6, page 2-80**).
- Examiner soigneusement la patiente et procéder le cas échéant à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales (**page 4-20**) ou à celle de l'épisiotomie (**page 4-39**).

REDUCTION D'UNE INVERSION UTÉRINE

Indications

Cette intervention ne s'inscrit pas dans les soins de base. Elle est réalisée si l'utérus est inversé pendant la délivrance du placenta.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En réalisant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapter 1** (**page 1-5**).

Intervention

- Installer une voie veineuse (**Encadré 3-35, page 3-96**).
- Injecter de la péthidine et/ou du diazépam lentement en IV (ne pas les mettre dans la même seringue).

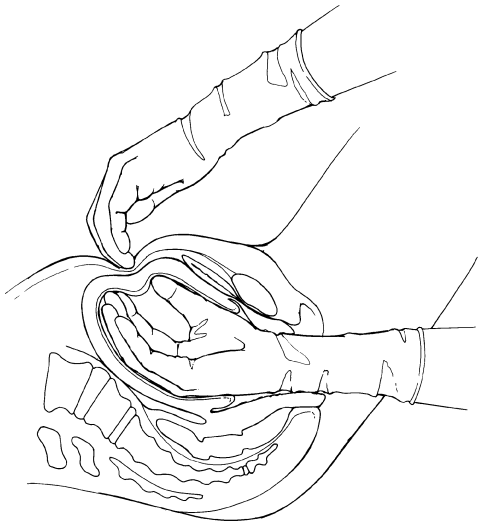
Note : Ne pas administrer de médicaments utérotoniques tant que l'inversion n'a pas été corrigée.

- Nettoyer soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
- Comprimer l'utérus inversé à l'aide d'une serviette mouillée, chaude et stérile jusqu'à ce qu'il soit prêt pour l'intervention.

Réduction manuelle

- Après avoir enfilé des gants stériles à gantelets ou désinfectés à haut niveau, empaumer l'utérus d'une main et le pousser à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position normale, la deuxième main se trouvant sur l'abdomen pour assurer le maintien de l'utérus (**Figure 4-8**, ci-après).
  - ➡ **Si le placenta n'est toujours pas décollé**, procéder à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion.
- Il est important que la partie de l'utérus qui est sortie en dernier (la partie qui est la plus proche du col) soit remise en place en premier.
  - ➡ **Si la reduction échoue**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Figure 4-8. Réduction manuelle de l'utérus inversé



Une fois l'inversion corrigée :

- Perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 500 mL de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 10 gouttes par minute.

➡ **En cas d'hémorragie présumée**, AGIR MAINTENANT !—Faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**). Prendre les mesures suivantes outre celles mentionnées dans l'**Annexe 7** :

– Augmenter le débit de perfusion à 60 gouttes par minute et continuer à perfuser avant et pendant le transfert.

➡ **Si l'utérus ne se contracte pas après la perfusion d'ocytocine**, administrer un autre médicament utérotonique (**Tableau 3-3, page 3-107**).

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques après avoir corrigé l'inversion utérine :
  - 2 g d'ampicilline en IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV ; OU
  - 1 g de céfazoline en IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV.
- Administre 500 mg de paracétamol par voie buccale si nécessaire.
- Deux à trois heures après que cessent les saignements, mesurer le taux d'hémoglobine.
  - ➡ **Si le taux d'hémoglobine de la patiente est inférieur à 7 g/dL**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le taux d'hémoglobine de la patiente est de 7–11 g/dL**, voir Anémie (**Chapitre 10, page 3-41**).

DEFIBULATION

Indications

Cette intervention ne s'inscrit pas dans les soins de base. Elle ne sera effectuée que si la patiente a subi une excision de type III et si la cicatrice est entièrement guérie (pour dégager l'ouverture vaginale). Voir **Figure 3-3** (**page 3-50**) pour un exemple d'excision de type III.

> **Note** : Le meilleur moment de réaliser cette intervention est pendant le 2e trimestre de la grossesse (pour éviter le risque d'infection et d'hémorragie pendant l'accouchement). Toutefois, l'intervention peut également être pratiquée pendant le 2e stade du travail. Il vaut mieux donner les conseils pendant la grossesse plutôt que lors du travail pour que la patiente et son partenaire aient le temps de discuter et de poser des questions à propos de l'intervention.

➡ **Si la défibulation est réalisée pendant le 2e stade du travail**, la pratiquer quand la tête du bébé commence à se dégager.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- Pour réaliser l'intervention, revoir les principes généraux à observer pour les soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
  - ➡ **Si un counseling n'a pas encore été donné à la patiente à propos de la défibulation**, elle devra être conseillée avant l'intervention (**Chapitre 10, page 3-49**).

Intervention

- Procéder avec délicatesse, en la recouvrant et en assurant son droit à l'intimité et expliquer à l'avance les mesures qui seront prises.
- Se laver les mains et enfiler des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.

- Administrer une anesthésie locale :
  - S'assurer qu'elle n'a pas d'allergie à la lidocaïne ou autre médicament de ce type.
  - Insérer un ou deux doigts (index ou index et majeur) délicatement sous la peau à la partie antérieure.
  - Injecter l'anesthésie locale le long de la peau tendue entre les doigts. Une injection supplémentaire de lidocaïne peut être appliquée à gauche et à droite de la ligne centrale.
  - 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 lidocaine si du sang remonte dans la seringue** (Une injection de lidocaïne par voie intraveineuse pourrait provoquer des convulsions et être fatale à la patiente).
  - Attendre 2 minutes et ensuite pincer la région à inciser avec une pince.
    - ➡ **Si la patiente réagit au stimulus**, attendre encore 2 minutes puis recommencer.

Note : Anesthésier suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Insérer la partie émoussée des ciseaux à pansement devant les doigts et couper la peau sur 5 à 8 cm au niveau de l'urètre. Ne pas couper au-delà de l'urètre. **Faire attention à ne pas blesser des parties intactes du clitoris qui pourraient être cachés sous la partie antérieure du capuchon.**
- Inspecter les berges de la plaie et le cas échéant stopper le saignement avec une pince hémostatique (artérielle).
- Lors du travail et de l'accouchement, continuer les gestes menant à la naissance du bébé, prise en charge active du 3e stade du travail, soins immédiats du nouveau-né et inspection placentaire.
- Suturer les berges avec une suture 2-0 absorbable non réactive (préférer les fils en acide polyglycolique. Le catgut chromé est une alternative acceptable).
  - ➡ **Si nécessaire**, administrer un supplément d'anesthésie locale à chaque berge avant de suturer.

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Laver la partie périnéale avec un antiseptique, sécher en tamponnant et enlever les linges souillés.
  - ➡ **Si l'intervention a été réalisée pendant le 2e trimestre de la grossesse**, mettre une bande hygiénique sur la vulve et le périnée.
- Mettre tous les linges avec du sang dans un récipient avec couvercle pour les emporter à la buanderie.
- Doucement allonger les jambes de la patiente, ensemble, et la mettre à l'aise. Vérifier qu'elle n'a pas trop chaud ni trop froid. Respecter son droit à l'intimité et sa pudeur.
- Lui donner les conseils suivants :
  - Revoir les principes généraux à observer pour les soins de la plaie et les mesures d'hygiène pour prévenir les infections (**Chapitre 7, page 2-109**).
  - S'abstenir des relations sexuelles pendant 4 à 6 semaines.
  - Bains de siège (eau chaude et sel) trois fois par jour, puis sécher délicatement la partie pour soulager la douleur pendant les 2 à 4 premières semaines.
  - Indiquer à la patiente que la plaie risque d'être sensible mais que cela est temporaire et disparaîtra.
- Les antibiotiques par voir orale ou parentérale ne sont pas donnés systématiquement.

EPISIOTOMIE

Indications

Ne pas faire d'épisiotomie systématique. Préciser les indications d'épisiotomie :

- Accouchement par voie basse compliqué (siège, dystocie de l'épaule, extraction par ventouse obstétricale)
- Cicatrices de mutilations sexuelles ou de déchirures complètes voire complètes compliquées (3e ou 4e degré) mal cicatrisées
- Souffrance fœtale

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En réalisant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins de base tels qu'ils sont indiqué au **Chapitre 1** (**page 1-5**).

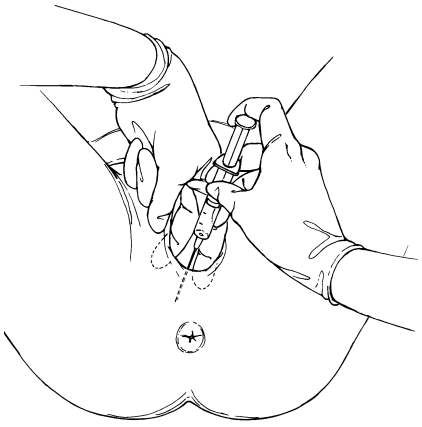
Intervention

- Appliquer une solution antiseptique à la région périnéale.
- Faire une infiltration locale avec de la lidocaïne.
- S'assurer que la patiente ne souffre pas d'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 (**Figure 4-9**, ci-après) avec 10 mL de lidocaïne à 0,5%.
- 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 à inciser avec une pince.
  - ➡ **Si la patiente réagit au stimulus**, attendre encore deux minutes puis recommencer.

Note : Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Attendre 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.

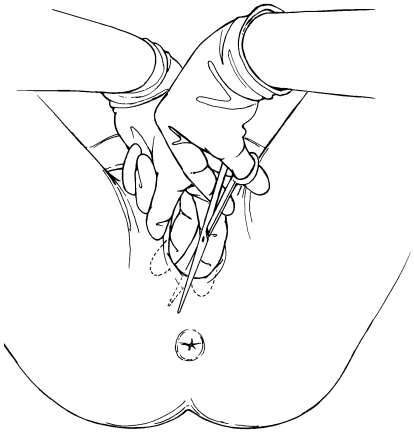
Figure 4-9. Infiltration des tissus du périnée avec un anesthésique local



Note : L'épisiotomie entraîne un saignement. Il importe, par conséquent, de ne pas la réaliser trop tôt.

- Après avoir enfilé des gants désinfectés à haut niveau ou stériles, introduire deux doigts ente la tête du bébé et le périnée.
- Faire une incision médio-latérale du périnée aux ciseaux, sur 3 à 4 cm (**Figure 4-10**, ci-après).
- Faire une incision de 2 à 3 cm dans le vagin, jusqu'au milieu de la paroi vaginale postérieure aux ciseaux.
- Retenir 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.

Figure 4-10. Faire l'incision en introduisant deux doigts dans le vagin pour protéger la tête de l'enfant



Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Examiner attentivement la patiente pour détecter toute éventuelle déchirure vaginale, cervicale et périnéale ou extension de l'épisiotomie (**page 4-20**) et procéder à la réfection de l'épisiotomie (**page 4-39**).
- Mettre tous les linges sales dans un récipient avec un couvercle pour les transporter à la buanderie.

EXAMEN DU VAGIN, DU PÉRINÉE ET DU COL POUR DÉTECTER LES DÉCHIRURES

Indications

- Les étapes 1–3 de l'intervention ci-après entrent dans les soins de base.
- Les étapes 4–8 de l'intervention ci-après seront réalisées si le saignement vaginal continue en dépit d'un utérus ferme et de la réfection des déchirures vaginales et périnéales.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins de base tels qu'ils sont indiqués dans le **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Demander à la patiente de bien vouloir s'allonger sur le dos, de se mettre dans une position semi-assisse avec les jambes écartées et les genoux recourbés. Assurer toujours son droit à l'intimité et respecter sa pudeur.
- Vérifier qu'il existe une bonne source de lumière (lampe, torche électrique etc.).

Intervention

1. Avec la main gantée non dominante, séparer les lèvres et observer soigneusement l'ouverture vaginale et le périnée pour détecter toute déchirure ou hématome (poche de sang sous les tissus).
2. Appuyer fermement sur la paroi vaginale postérieure avec les doigts dominants pour pouvoir observer profondément dans le vagin. Du sang peut suinter d'une déchirure ou gicler d'une artère.
3. Appuyer délicatement sur la paroi vaginale et déplacer les doigts tout le long de la paroi, une après l'autre. Remonter jusqu'au col et évaluer les constatations, tel qu'indiqué à la **page 4-22**.
4. Demander ensuite à un aide d'appuyer délicatement et ferment sur l'utérus de la patiente d'en haut et expliquer à cette dernière les mesures qui sont en train d'être prises. Cela déplacera le col vers le bas dans le vagin afin de pouvoir l'examiner plus attentivement. Appuyer à l'aide de deux doigts sur la paroi vaginale postérieure pour visualiser la circonférence entière du col en se déplaçant de manière systématique autour du col. Evaluer les constatations, tel qu'indiqué à la **page 4-22**.
5. Si on ne peut pas voir le col entier ou en cas de saignement du col, prendre la pince à pansement et clamper la partie arrondie de la pince dans la lèvre antérieure (en haut) du col. Tirer la pince doucement vers soi. **Si on n'arrive pas à bien clamper la pince dans le tissu du col, on risque de déchirer un morceau du col et d'aggraver les saignements**.

Note : Il ne faut jamais appliquer un ténaculum sur le col lors du post-partum.

6. Observer attentivement tous les côtés du col. Les déchirures se présentent généralement des côtés du col à des positions de 3 h et 9 h des aiguilles d'une montre (mi-droite et mi-gauche). Evaluer les résultats tel qu'indiqué ci-après.
   - ➡ **Si du sang bloque la vue, déterminer la source du saignement**, utiliser de la gaze stérile pour absorber le sang.
   - ➡ **Si du sang s'écoule de l'utérus**, AGIR MAINTENANT!—voir Saignement vaginal après l'accouchement (**Chapitre 11, page 3-104**) avant de procéder avec les soins.
7. Inspecter l'endroit allant de la zone périnéale inférieure vers le rectum pour s'assurer qu'il n'existe pas de déchirures ni d'extension de l'épisiotomie si une épisiotomie a été réalisée.
8. Examiner le rectum :
   - Toujours informer la patiente que vous allez examiner le rectum avant de le faire.
   - Insérer un doigt ganté dans l'anus.
   - Soulever délicatement le doigt et repérer le sphincter.
   - Apprécié la tonicité ou la rigidité du sphincter au toucher.
   - Une fois terminé l'examen rectal, retirer les gants et en mettre d'autres, stériles ou désinfectés à haut niveau et procéder à la réfection, tel qu'indiqué ci-après.

Note : Les déchirures sont classées tel qu'indiqué ci-après. Ces classifications se rapportent aux structures anatomiques qui ont été traumatisées.

Degré de déchirures	Critères de diagnostic	Mesures de suivi
Déchirure du 1er degré	Concerne la muqueuse vaginale et la peau périnéale	Réfection (**page 4-38**)
Déchirures du 2e degré	Concerne la muqueuse vaginale, la peau périnéale et les muscles périnéaux superficiels	Réfection (**page 4-38**)
Déchirures du 3e degré	Outre les structures susmentionnées, le sphincter externe et les muscles périnéaux plus profonds sont également lésés	AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**)
Déchirures du 4e degré	Traumatisme s'étend dans la paroi rectale	AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**)
Déchirures cervicales	Déchirures du col	Réfection (**page 4-38**)
Déchirures cervicales étendues	Déchirure du col s'étend profondément sur la paroi vaginale	AGIR MAINTENANT !—faciliter reference/transfert urgent (**Annex 7, page 4-65**)

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- En cas de déchirures, prendre les mesures de suivi en fonction de la classification des déchirures, tel qu'indiqué ci-dessus.
- S'il n'y a pas de déchirures ou des déchirures très petites qui ne saignent pas et qui peuvent guérir sans points de suture, en informer la patiente.
- Revoir les signes de danger avec la patiente et/ou sa famille afin qu'ils reconnaissent les signes d'infection qui peuvent se présenter. S'assurer qu'ils savent où se rendre s'ils ont besoin d'aide.
- Donner des conseils à propos d'une bonne nutrition et recommander un repos suffisant.
- Conseiller de ne pas avoir des relations sexuelles tant que la plaie n'est pas entièrement fermée.
- Encourager la patiente à poser des questions et lui répondre dans des termes qu'elle comprend aisément et dans sa propre langue.
- Lui administrer 500 mg de paracétamol par voie buccale, le cas échéant.

DELIVRANCE ARTIFICIELLE DU PLACENTA OU DES FRAGMENTS PLACENTAIRES

Indications

Cette intervention n'entre pas dans les soins de base. Elle ne devra être effectuée que si le placenta n'est pas délivré dans les 30 minutes qui suivent la stimulation à l'ocytocine et les tractions contrôlées sur le cordon avec contraction ou en cas de rétention de fragments placentaires (délivrance incomplète du placenta).

➡ **Si des heures ou jours se sont écoulés depuis l'accouchement**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En effectuant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Installer une voie veineuse (**Encadré 3-35, page 3-96**).

Intervention

- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager.
- Lui injecter de la péthidine et du diazépam lentement en IV (ne pas les mettre dans la même seringue).[2]
- Sonder la vessie ou s'assurer qu'elle est vide.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques :
  - 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV; OU
  - 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (utiliser des gants à hauteur de coude/à gantelet si possible), engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus (**Figure 4-11, page 4-24**).

  ➡ **Si la rétention placentaire est due à un anneau de rétraction**, AGIR MAINTENANT !— faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus (**Figure 4-12, page 4-24**).

  ➡ **En cas d'inversion utérine**, repositionner l'utérus (**page 4-15**).
- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.

➡ **Si le cordon a été préalablement rompu ou en cas de rétention de fragments placentaires :**

- Introduire une main dans la cavité utérine et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus (**Figure 4-12, page 4-24**).
- Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta ou les fragments placentaires et la paroi utérine.

[2] Administrer 1 mg de péthidine par kg (mais pas plus de 100 mg), lentement, en IM ou en IV ou 0,1 mg de morphine par kg en IM. ET administrer du diazépam en IV par doses de 1 mg et attendre au moins 2 minutes avant d'injecter la dose suivante. La sédation est suffisante et sans danger une fois que la paupière supérieure de la patiente s'abaisse et couvre juste la limite de la pupille. Il faut alors surveiller sa fréquence respiratoire toutes les minutes. Si **la fréquence respiratoire descend au-dessous de 10 par minute**, cesser toute sédation ou analgésie. (*Source* : Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* OMS: Genève.)

Figure 4-11. Engager une main dans le vagin, le long du cordon

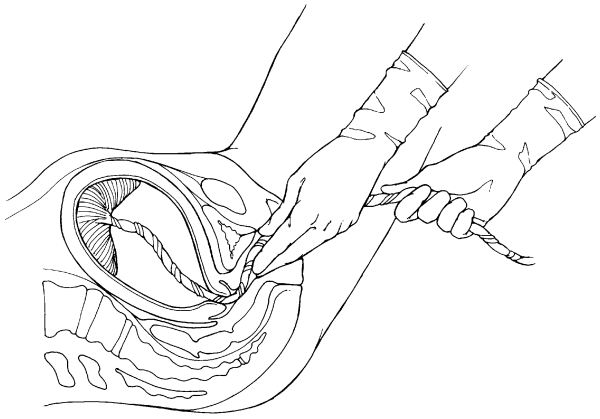
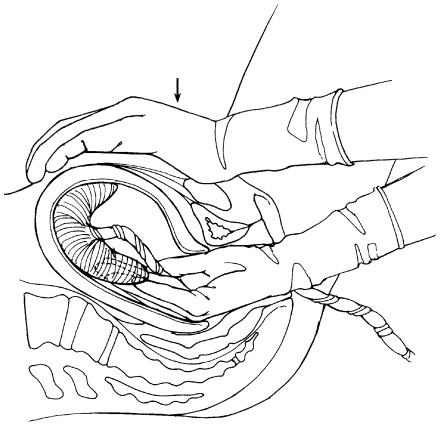


Figure 4-12. Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta

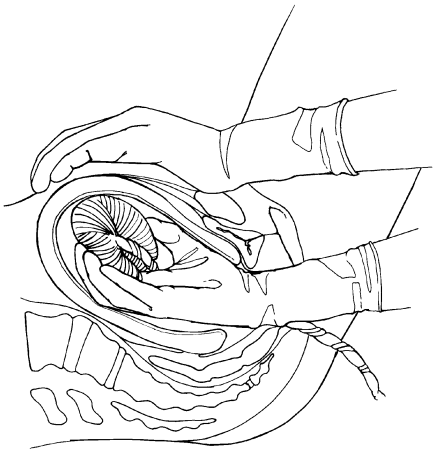


- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.
- Procéder ainsi tout doucement tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.
  - ➡ **Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine sous l'effet du mouvement latéral effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage**, retirer les fragments placentaires.
    - ➡ **Si les tissus sont très adhérents**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Note : Des tissus très adhérents peuvent être un placenta accreta. Tout effort d'extraction de fragments qui ne se séparent pas facilement peut entraîner un saignement abondant ou une perforation de l'utérus demandant généralement que soit pratiquée une hystérectomie.

- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta (**Figure 4-13, page 4-25**).
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée.

Figure 4-13. Retirer la main de l'utérus



- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- ➡ **Si la patiente n'a pas encore reçu d'ocytocine en IV**, administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.
- ➡ **Si les saignements continuent,** faire une compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale (**Encadré 3-39, page 3-106**).
  - ➡ **Si les saignements continuent malgré la compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale,** AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- Examiner le placenta pour s'assurer qu'il est complet.
  - ➡ **S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire**, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement le vagin, le périnée et le col de la patiente (**page 4-20**) et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures vaginales ou périnéales (**page 4-40**) ou cervicales (**page 4-38**) ou à celle de l'épisiotomie (**page 4-39**).

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- 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 heures suivantes ou jusqu'à ce que l'état de la patiente soit stable.
- Palper le fond utérin toutes les 15 minutes pendant les 4 heures suivantes pour s'assurer que l'utérus est toujours contracté.
- Contrôler les saignements excessifs.
- Maintenir la perfusion.
- Deux à trois heures après que les saignements cessent, mesurer le taux d'hémoglobine.
  - ➡ **Si le taux d'hémoglobine de la patiente est inférieur à 7 g/dL**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si le taux d'hémoglobine de la patiente est de 7–11 g/dL**, voir Anémie (**Chapitre 10, page 3-41**).
- Dispenser les soins de base tel qu'indiqué au **Chapitre 6**.

MULTIPLES NAISSANCES (EN SITUATIONS D'URGENCE UNIQUEMENT)

Indications

Cette intervention ne fait pas partie des soins de base. Elle ne sera réalisée que dans le cas de multiples naissances **ET si on n'a pas le temps de procéder à une référence/transfert urgent (ou si la patiente se trouve déjà au 2e stade du travail quand la condition est détectée)**.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- Pour réaliser l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).

Intervention

- De suite après la naissance du premier bébé :
  - Palper l'abdomen pour déterminer la position de l'autre bébé ou des autres bébés.
  - Contrôler le rythme cardiaque fœtal.
- Laisser une pince sur le bout maternel du cordon ombilical. **Ne pas administrer d'ocytocine ni procéder à la délivrance du placenta tant que le dernier bébé n'est pas né.**
- Faire un toucher vaginal pour déterminer :
  - Si le cordon est tombé :
    - ➡ **Si le cordon est tombé :**
      - Procéder aussi rapidement que possible à l'accouchement, en pratiquant une épisiotomie (**page 4-19**) et une extraction par ventouse obstétricale, si nécessaire (**page 4-47**). Pour l'extraction par ventouse, la tête fœtale doit être palpable à 2/5 au-dessus de la symphyse pubienne.
        - ➡ **Si ces conditions n'existent pas**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
      - Préparer ou demander à un aide de préparer la réanimation du nouveau-né (**Chapitre 11, page 3-99**).
  - Si les membranes sont intactes ou rompues.
- Continuer à surveiller les contractions, le pouls maternel et la tension artérielle ainsi que le rythme cardiaque foetale jusqu'à la naissance du dernier bébé.

Présentations par le sommet

➡ **Si la tête n'est pas engagée**, pousser la tête dans le bassin manuellement (mains sur l'abdomen si possible).

➡ **Si les membranes sont intactes**, rompre les membranes (**page 4-11**) avec une pince à rompre ou une pince Kocher entre les contractions.

- Surveiller le rythme cardiaque fœtal entre les contractions.
  - ➡ **Si les contractions sont insuffisantes après la naissance du premier bébé (inférieures à trois contractions en 10 minutes durant chacune au moins 40 secondes)** AGIR MAINTENANT ! Faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
  - ➡ **Si une naissance spontanée n'a pas lieu dans les 2 heures qui suivent des contractions adéquates ou en cas d'anormalités du rythme cardiaque fœtal (moins de 100 battements ou plus de 180 battements par minute en l'absence de contractions ou persistant après les contractions)**, AGIR MAINTENANT !—Faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Présentation par le siège

➧ **Si le bébé n'est pas jugé plus grand que le premier bébé, et si le col de l'utérus n'est pas contracté**, procéder avec l'accouchement par le siège (par voie basse) (**page 4-12**).

➧ **Si les contractions sont insuffisantes après la naissance du premier bébé ou en cas d'anormalités cardiaques du fœtus (moins de 100 battements ou plus de 180 battements par minute)** AGIR MAINTENANT ! Faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Après la naissance du bébé, faire une Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**Chapitre 11, page 3-97**).
- Une fois le dernier bébé né :
  - Prise en charge active du 3e stade du travail (**Chapter 6, page 2-80**).
  - Aider la mère à être en contact peau-à-peau avec les bébés et à les allaiter dans l'heure qui suit leur naissance.
  - Examiner le placenta et les membranes pour voir s'ils sont complets. On peut trouver un placenta avec deux cordons ombilicaux ou un placenta séparé et un cordon ombilical pour chaque bébé.
- Aider la famille à trouver les ressources nécessaires (autres membres de la famille, communauté et organisations confessionnelles) pour aider à s'occuper des nouveau-nés.

EXAMEN PELVIEN

L'examen pelvien a deux composantes : l'examen au spéculum et l'examen bi-manuel. Il ne fait pas partie des soins de base. Le prestataire qualifié n'aura besoin de faire qu'une partie de l'examen. Les deux examens ne seront réalisés que s'ils sont indiqués.

Indications

L'examen au spéculum est recommandé dans les cas suivants :

- Lésion cervicale soupçonnée
- Grossesse incertaine (moins de 12 semaines de gestation)
- Tissus apparaissant au col lors des périodes prénatales et du post-partum
- Lorsque des informations supplémentaires sont nécessaires sur l'état de la patiente

L'examen bi-manuel doit être réalisé dans les cas suivants :

- Quand une information est nécessaire sur la taille de l'utérus
- Lorsque des informations supplémentaires sont nécessaires sur l'état de la patiente

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En réalisant l'intervention, revoir les principes généraux à observer lors des soins de base, tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Avant de commencer, les mesures indiquées dans l'**Encadré 2-7** (**page 2-17**) ont été prises et l'examen vaginal a été réalisé (**Encadré 2-12, page 2-24**).
- Demander à la patiente d'indiquer si elle a des douleurs lors de l'examen. Observer également ses réactions et expressions du visage pour noter si elle a mal.

Examen au spéculum

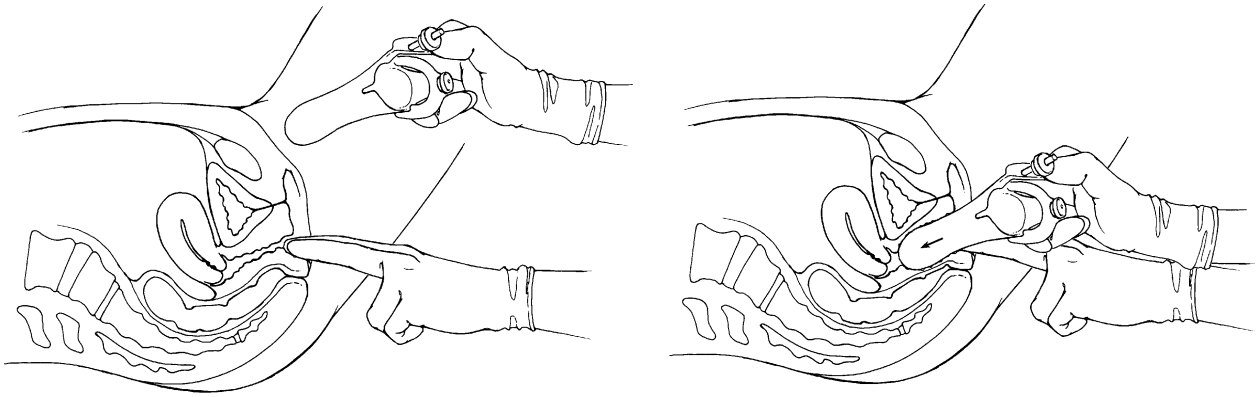
Intervention

- Choisir le plus petit spéculum à deux valves qui permet de visualiser adéquatement le vagin et le col.

Note : L'utilisation d'un spéculum de grande taille ou moyen chez une patiente avec un périnée et une ouverture vaginale petits et traumatisés peut être douloureux pour elle.

- Avant d'insérer le spéculum, le montrer à la patiente et lui expliquer que vous allez insérer une partie dans son vagin. Tout au long de l'examen, informer la patiente de ce que vous allez faire lors de chaque étape.
- Si le spéculum est froid, le réchauffer en le passant sous l'eau courante chaude ; proche d'une lampe ou le tenant dans votre main gantée, si on ne dispose pas d'eau.
- Lorsqu'on insère le spéculum, demander à la patiente de respirer profondément puis d'expirer la bouche car cela l'aide à se détendre et à relaxer les muscles vaginaux.
- Pour insérer le spéculum :
  - Juste avant d'insérer le spéculum, toucher doucement l'intérieur de la cuisse avec le dos du poignet et informer la patiente qu'elle va sentir les doigts qui touchent sa vulve et le périnée.
  - Engager délicatement l'index et le majeur dans l'ouverture vaginale et pousser sur le périnée vers le rectum (**Figure 4-14 à gauche**, ci-dessous). (Cela relaxe les muscles et permet d'insérer plus facilement le spéculum).
    - ➡ **Si le vagin est sec,** lubrifier les lames du spéculum avec de l'eau avant de l'insérer.
  - Avec l'autre main, tenir le spéculum fermé pour que les lames fermées soient en plan vertical, à un angle légèrement oblique (**Figure 4-14 à gauche**, ci-après).
  - Informer la patiente qu'elle va sentir à présent le spéculum entrer dans son vagin.
  - En insérant délicatement le spéculum de manière oblique dans le vagin, dans une direction postérieure, retirer les doigts. Cela évite d'exercer une pression sur l'urètre qui est douloureuse (**Figure 4-14 à droite**, ci-dessous).

Figure 4-14. Insérer le spéculum (gauche et droite)



Note : Faire attention à ne pas tirer les poils pubiens ou pincer les lèvres avec le spéculum.

- En avançant le spéculum, faire tourner doucement les lames et les mettre en position horizontale avec le manche vers le bas. S'assurer que les lèvres ne se replient pas vers l'intérieur lorsqu'on avance le spéculum. Insérer entièrement ou jusqu'à sentir une résistance (**Figure 4-15, page 4-29**).

- Ouvrir doucement les lames (**Figure 4-16**, ci-après) jusqu'à ce que le col puisse être bien visualisé en resserrant la vis supérieure.

Figure 4-15. Rotation du spéculum

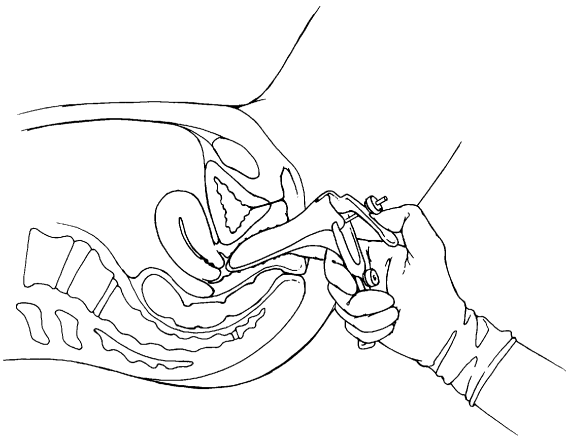


Figure 4-16. Ouvrir les lames du spéculum

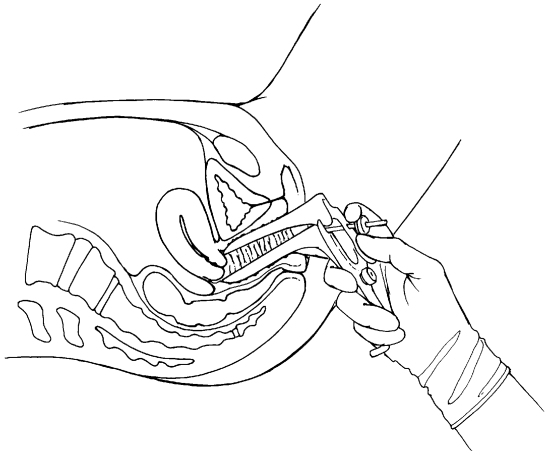
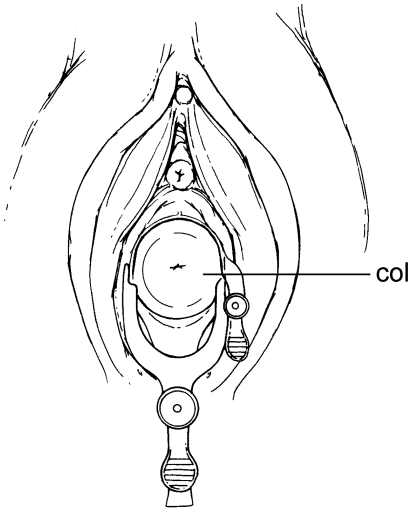
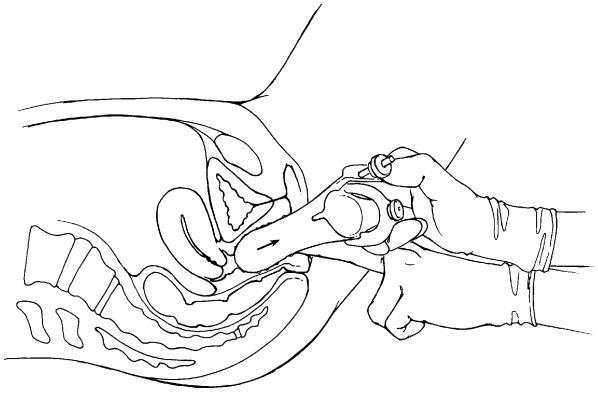


Figure 4-17. Spéculum en place avec lames ouvertes



- Examiner les parois vaginales et les sécrétions. Evaluer les résultats tel que montré ci-après et à la **page 4-31**.
- Examiner le col et l'ouverture cervicale (orifice externe du col de l'utérus). Evaluer les constatations, tel qu'indiqué à la **page 4-31**.
  - ➡ **Si vous avez du mal à localiser le col**, retirer légèrement le spéculum et le positionner dans une direction plus postérieure, puis l'avancer à nouveau doucement et ouvrir doucement les lames pour voir si le col apparaît clairement.
- Noter la couleur, la position et l'apparence générale du col.
- Noter les sécrétions cervicales.
- Après avoir terminé l'inspection et prélevé un échantillon, ouvrir les lames en garant le doigt sur le levier et en desserrant le(s) vis.
- En maintenant les lames partiellement séparées, faire une rotation du spéculum à 90°.
- Retirer doucement le spéculum pour visualiser les parois vaginales antérieures et postérieures (**Figure 4-18**, ci-après). Le spéculum doit être retiré à un angle oblique pour éviter la pression sur l'urètre.

Figure 4-18. Retirer le spéculum



Elément	Normal	Anormal/Action de suivi

Paroi vaginale et muqueuse	• La paroi vaginale est humide et lisse ou plissé (crêtes du vagin).
	• Pas d'inflammations, ni ulcérations ou lésions dans le vagin.
	• La muqueuse chez une femme qui n'est pas enceinte est de couleur rose.
	• **Pendant la grossesse :**
	  ◦ Le vagin a une couleur bleuâtre.
	• **Pendant la période du post-partum :**
	  ◦ Entre 2 heures et 6 heures du post-partum, les lésions et traumatismes guériront progressivement, mais cela dépend du niveau du traumatisme. A 6 semaines du post-partum, la muqueuse du vagin devrait revenir à la normale.
		➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.

Elément	Normal	Anormal/Action de suivi
Sécrétions vaginales	• Les sécrétions normales sont fines, claires ou troubles (blanches) et sans odeur. • Il n'existe pas de pertes aqueuses, mousseuse, malodorantes (odeur de poisson) grises ou « caséeuses ».	➡ **Si les résultats ne se situent pas dans la fourchette normale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir fourni les soins de base.
Col : apparence générale	• Le col d'une femme non enceinte est rose. • La surface doit être lisse et la couleur distribuée de manière égale. • Plus la parité est élevée, plus le col est distendu et écarté. • **Pendant la grossesse :** • Le col peut être bleu.	➡ **En cas de polypes, nodules ou kystes**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **En cas d'érosion ou de tissus rouge vif autour de l'orifice externe du col (ectropion)**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base. ➡ **Si le col saigne facilement**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après la prestation des soins de base.

Orifice externe du col	• L'orifice du col d'une femme nullipare est petit et de forme ronde ou ovale.
	• L'orifice d'une femme multipare est normalement de forme d'une fente horizontale et peut être irrégulier ou ouvert.
	• **Pendant la grossesse et le travail :**
	  • Les membranes du fœtus peuvent être visibles (si elles ne sont pas encore rompues).
	• **Lors du travail actif :**
	  • Le col est dilaté.	

Sécrétions cervicales	Les sécrétions cervicales normales sont de couleur claire et sans odeur.	➡ **En cas de saignement ou écoulement avec pus**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Après avoir retiré doucement le spéculum, le mettre dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour le décontaminer.
- Expliquer à la patiente que vous allez à présent faire un examen bi-manuel (si c'est indiqué).

  ➡ **Si un examen bi-manuel n'est pas indiqué**, procéder avec les étapes et aspects à envisager après l'intervention (**page 4-37**).

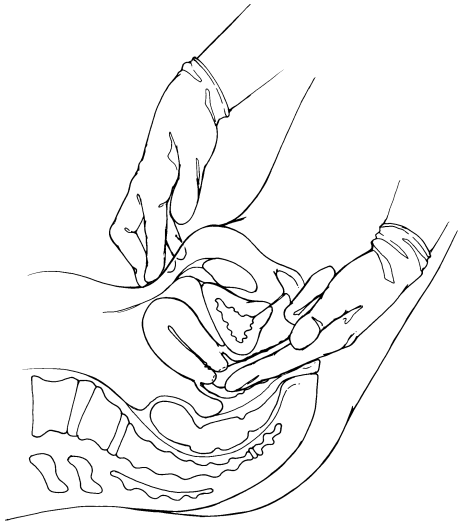
Examen bi-manuel

Technique

Note : La main placée dans le vagin est généralement la main dominante (la main droite pour la plupart des personnes). Dans ces instructions, elle est appelée la main pelvienne. La main qui ne se trouve pas dans le vagin est appelée la main abdominale.

- Lubrifier l'index et le majeur de la main pelvienne avec de l'eau propre ou un lubrifiant en utilisant la technique aseptique.
- Séparer délicatement les lèvres avec les deux doigts de la main abdominale et insérer les doigts lubrifiés de l'index et du majeur de la main pelvienne, lentement et doucement dans le vagin.
- Tout en exerçant une légère pression vers le bas (en s'éloignant de l'urètre et de la vessie), insérer peu à peu vos doigts entièrement tout en tournant lentement votre main, paume vers le haut, jusqu'à toucher le col. Le pouce est en position antérieure et l'annulaire et le petit doigt sont repliés dans la paume de la main (**Figure 4-19,** ci-après). **Eviter** de placer le pouce sur le clitoris de la patiente car cela la gêne.

Figure 4-19. Insérer les doigts dans le vagin



Palper le col

- Commencer à palper doucement le col :
  - Le col normal est lisse et fermé. Pendant la grossesse, le col est plus mou et plus grand et donne la sensation d'une lèvre. Le col d'une femme qui n'est pas enceinte a la même sensation que le bout du nez.
- La position du col souvent indique la position du corps de l'utérus. Un col qui pointe vers le bas est signe d'un utérus de direction antérieure (antéversé, **Figure 4-20, page 4-33**) alors qu'un col vers le haut est signe d'un utérus en direction postérieure (rétroversé, **Figure 4-21, page 4-33**).

Figure 4-20. Palpation d'un utérus antéversé

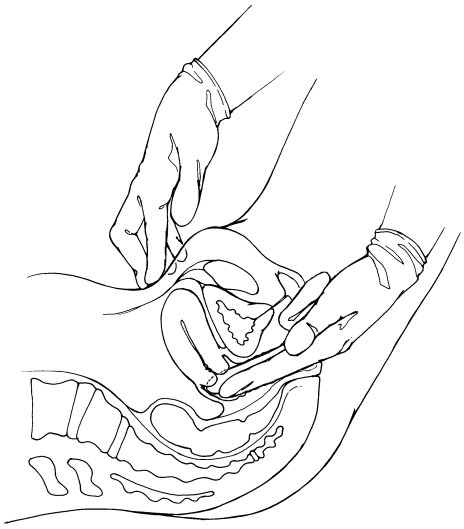
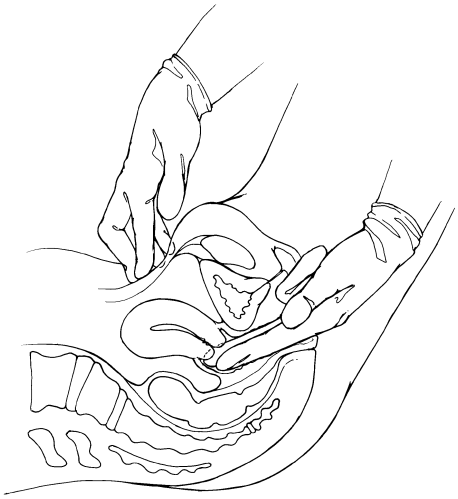


Figure 4-21. Palpation d'un utérus rétroversé

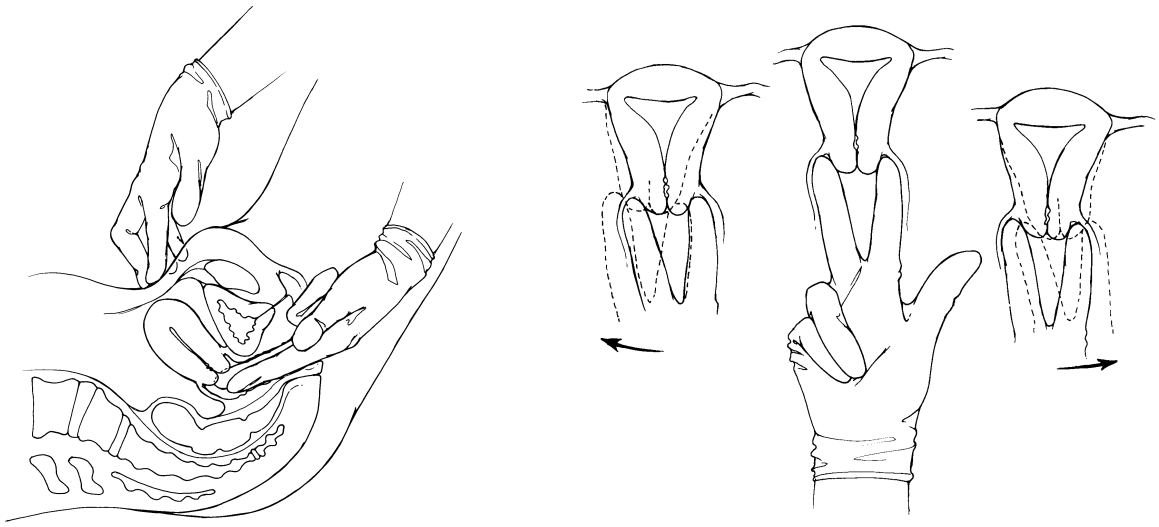


- Déplacer le col doucement d'un côté à l'autre entre vos doigts (**Figure 4-22 gauche et droite, page 4-34**). Il devrait se déplacer 1 à 2 cm dans chaque direction sans que la patiente n'éprouve de douleurs ou même de gêne.

  ➡ **Si la patiente ressent une douleur à la motion cervicale**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.

  ➡ **Si l'un quelconque des signes est présent en plus de la sensibilité à la motion cervicale**, AGIR MAINTENANT!—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Figure 4-22. Vérifier le mouvement cervical (gauche et droite)



Palpation de l'utérus

- Pour sentir le corps de l'utérus, mettre les doigts de la main pelvienne dans l'espace derrière le col avec la paume vers le haut. Ensuite, placer l'autre main à plat sur l'abdomen entre l'ombilic et l'os pubien.
- Faire glisser doucement votre main abdominale vers la symphyse pubienne, en appuyant vers le bas et vers l'avant (vers l'utérus) avec la partie plate des doigts (pulpe des doigts).
- En même temps, pousser vers l'intérieur et vers le haut avec les doigts de la main dans le vagin, en essayant d'attraper l'utérus entre les doigts de vos deux mains.
- Si on sent l'utérus entre les doigts des deux mains, environ 2–4 cm au-dessus du niveau de l'os pubien, l'utérus est antéversé (**Figure 4-20, page 4-33**).

Note : La femme risque de resserrer les muscles de son abdomen et de ses fesses. Pour mieux sentir l'utérus, lui demander d'aspirer profondément, d'expirer et de détendre les muscles de ses fesses.

➧ **Si on ne peut pas sentir l'utérus**, il est peut-être en position horizontale ou plus probablement rétroversé (**Figure 4-21, page 4-33**). On peut s'en assurer de la manière suivante :

– Déplacer l'utérus vers le haut en plaçant les doigts de la main pelvienne sous le col et en le soulevant légèrement (position antérieure) (**Figure 4-21, page 4-33**).

– Enfoncer plus profondément les doigts de votre main abdominale.

➧ **Si on n'arrive toujours pas à localiser l'utérus**, mettre les doigts des deux côtés de l'utérus et presser vers l'intérieur aussi profondément que possible sans que cela fasse mal à la patiente. Ensuite, presser vers le bas avec l'autre main aussi profondément que possible.

- Examiner l'utérus. Evaluer les résultats, tel qu'indiqué la **page 4-35** et **4-36**.

Elément	Normal	Anormal/Action de suivi

Taille	• La taille de l'utérus d'une femme en âge de procréer qui n'est pas enceinte varie en fonction de la parité mais sa longueur est de 5–8 cm, la hauteur de 3–5 cm et l'épaisseur de 2 cm. S'il est élargi et mou, envisager la possibilité d'une grossesse.
	• **Pendant la grossesse :**
	  • **8 semaines** : L'utérus ne peut pas être palpé à travers la paroi abdominale, il est de la taille d'une balle de tennis à la palpation bi-manuelle et il est plus mou et plus rond que l'utérus d'une femme qui n'est pas enceinte.
	  • **12 semaines** : L'utérus a environ 8 cm de diamètre, peut être palpé, sortant du bassin, à environ la hauteur de la symphyse pubienne.
	  • **16 semaines** : L'utérus est au milieu entre la symphyse pubienne et l'ombilic (7,5 cm au-dessus de la symphyse pubienne).
	• **Pendant la période du post-partum :**
	  • **6 heures** : L'utérus aura environ 15 cm de long, 12 cm de large et 8 à 10 cm d'épaisseur (environ deux fois la taille de l'utérus d'une femme non enceinte).
	  • **6 semaines** : La taille de l'utérus a environ 5 à 8 cm de long, 3 à 5 cm de large et 2 cm d'épaisseur. L'utérus d'une femme qui a eu un certain nombre d'enfants peut être plus large.	

Forme	• Le corps de l'utérus devrait être rond et en forme de poire.
	• **Pendant la grossesse :**
	  • Alors que l'utérus d'une femme enceinte s'élargit, sa forme change. Il devient d'abord globulaire et ensuite une ovoïde de plus en plus grande.
	  • **12 semaines** : L'utérus prend une forme de globe.
	  • **16 semaines** : L'utérus prend une figure ovoïde.
	• **Pendant la période du post-partum :**
	  • Le corps de l'utérus est rond et ferme lors de la visite du post-partum à 2h–6h. Lors des visites à 6 jour et 6 semaines du post-partum, l'utérus aura la forme d'une poire.
		➡ **Si le corps de l'utérus devient irrégulier**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.

Emplace-ment	• L' uterus devrait se situer dans le plan médian.	➡ **Si le bout de l'utérus est poussé à droite ou à gauche**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.

Elément	Normal	Anormal/Action de suivi

Consistance	• Le corps semble lisse et ferme.
	• **Pendant la grossesse :**
	  ◦ L'utérus est mou de manière uniforme : le Signe Hegar en début de grossesse est un ramollissement marqué de l'isthme de l'utérus.
	• **Pendant la période du post-partum :**
	  ◦ Lors de la visite du post-partum entre 2 à 6 heures, l'utérus devrait être ferme. Lors des visites à 6 jours et 6 semaines, l'utérus sera encore plus ferme (presque dur).	

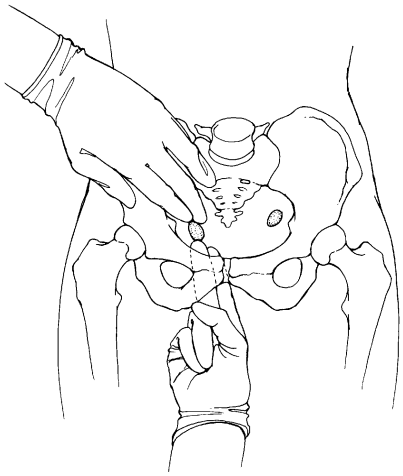
Mobilité	• L'utérus devrait pouvoir être bougé facilement vers l'avant et l'arrière.	➡ **Si l'utérus est fixe (non mobile)**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.
Sensibilité	• Normalement, l'utérus n'est pas sensible au mouvement ou à la palpation.	➡ **Si l'utérus est sensible**, faciliter reference/transfert non urgent (**Annex 7, page 4-65**) après avoir dispensé les soins de base.

Localiser les ovaires

- Les ovaires sont généralement derrière et de chaque côté de l'utérus. Pour localiser l'ovaire droit :
  - Faire glisser le bout des doigts de la main pelvienne juste en dessous et du côté du col, profondément dans le fornix latéral.
  - Déplacer votre main abdominale du même côté et latéral à l'utérus.
  - Appuyer (postérieurement) avec cette main et étendre vos doigts vaginaux vers le haut (antérieurement).
  - Joindre les doigts des deux mains et les glisser vers la symphyse pubienne (**Figure 4-23, page 4-37**). Normalement on doit soit sentir l'ovaire glisser entre les doigts. Tenir délicatement l'ovaire—le fait d'exercer une pression sur un ovaire peut entraîner une douleur.
- Répéter le même mouvement sur l'autre ovaire.

Note : Il est souvent plus facile de sentir l'ovaire du même côté du corps que celui de la main qui se trouve dans le vagin (à savoir main droite dans le vagin et l'ovaire droit).

Figure 4-23. Localiser les ovaires



Note : Localiser les ovaires relève d'une compétence que l'on acquiert avec le temps. Il faut veiller avant tout au confort de la patiente. Si vous être en train d'apprendre cette technique, vous n'arriverez pas toujours à sentir les ovaires. Le fait de ne pas arriver à sentir les ovaires ou autres structures annexielles indique généralement que ces dernières sont de taille normale (environ 3 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur) et il est important de le savoir.

- Noter toute sensibilité ou masse dans les annexes.
  - ➡ **Si on constate une masse annexielle sensible pendant la grossesse (ou éventuelle grossesse)**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- Avant de retirer les doigts de votre main pelvienne, pousser vers l'arrière pour contrôler la sensibilité ou détecter des masses dans le cul-de-sac (espace derrière l'utérus et devant le rectum).

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Après avoir terminé l'examen, plonger les deux mains gantées dans une solution de chlore à 0,5%.
- Retirer les gants en les retournant.
- Si les gants sont jetés, les mettre dans un récipient ou un sac en plastique qui ne risque pas d'être perforé.
- 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.
- Demander à la patiente de bien vouloir se déplacer au bout de la table et l'aider à se mettre en position assise.
- Si un lubrifiant est utilisé pour les examens bi-manuels ou au spéculum, ou si la patiente a encore des lochies ou des pertes, lui remettre une serviette en papier pour essuyer ses parties génitales externes et rectum avant qu'elle ne s'habille. Lui indiquer où elle peut jeter la serviette.
- Evaluer vos résultats pour déterminer si un traitement s'avère nécessaire et préparer le counseling.
- Une fois la patiente habillée, lui expliquer les résultats et répondre à toute question qu'elle peut avoir.
- Consigner vos constatations.
- Si un drap en caoutchouc est utilisé, l'essuyer avec une solution chlorée à 0,5%.

REFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES

Indications

Cette intervention n'entre pas dans les soins de base. Elle est effectuée si des déchirures cervicales sont notées à l'examen.

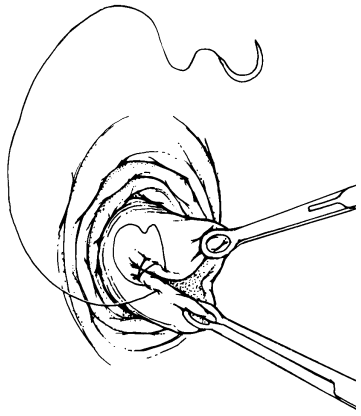
Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En exécutant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Terminer l'examen du col pour noter les éventuelles déchirures (**page 4-20**) si cet examen n'a pas encore été fait.
- Badigeonner la région du vagin et du col avec une solution antiseptique.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager.
- Point besoin d'anesthésie pour la majorité des déchirures cervicales.
- Demander à la patiente de vider sa vessie et sonder la vessie si nécessaire.

Intervention

- Demander à un aide d'exercer une pression fundique pour visualer le col.
- 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 (**Figure 4-24**, ci-après). Il se peut qu'il y ait d'autres lésions.
  - ➡ **S'il est difficile d'atteindre la déchirure cervicale ou si elle s'étend au-delà du dôme vaginal**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).
- Suturer les lésions cervicales avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycolique) 0 en partant de la partie apicale (extrémité supérieure de la lésion) (**Figure 4-24**, ci-après) 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) 0.

Figure 4-24. Réfection d'une déchirure du col



Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Laver la zone périnéale avec une solution antiseptique, sécher en tamponnant, emporter les linges sales et mettre une bande hygiénique sur la vulve et le périnée.

- Mettre tous les linges tâchés de sang dans un récipient fermé ou équipé d'un couvercle pour les transporter à la buanderie.
- Etendre et reposer les jambes de la patiente, ensemble, et la mettre à l'aise. S'assurer qu'elle n'a pas froid et qu'elle n'est pas humide. Toujours respecter son droit à l'intimité et sa pudeur.
- S'assurer qu'elle comprend la nature du traumatisme. Revoir les mesures d'hygiène pour prévenir l'infection :
  - Changer les bandes périnéales souvent pour éviter les odeurs désagréables.
  - Laisser le périnée ouvert à l'air autant que possible.

REFECTION DE L'EPISIOTOMIE

Indications

Cette intervention devra être réalisée après toutes les épisiotomies.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En réalisant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager.

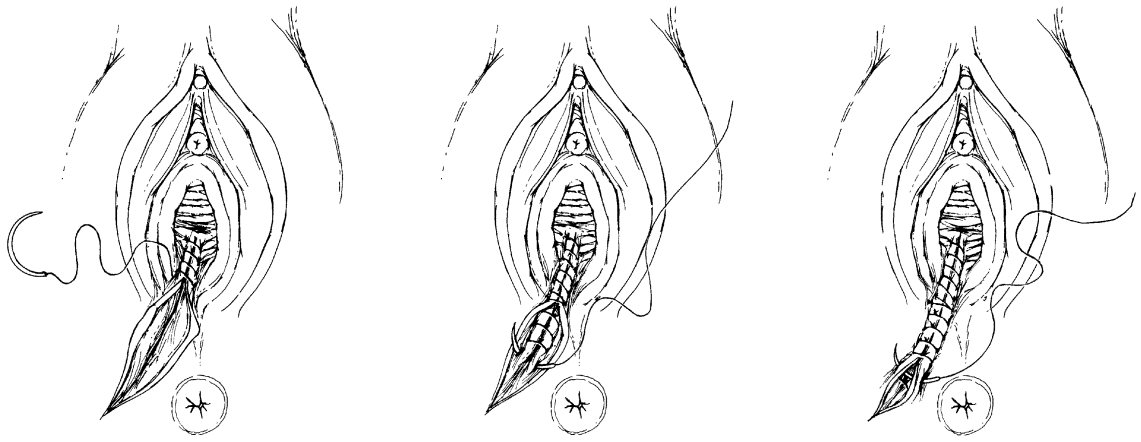
Intervention

- Appliquer une solution antiseptique tout autour de l'épisiotomie.
- Vérifier que l'anesthésique locale infiltrée avant l'épisiotomie fait encore effet (pincer la zone avec une pince. Si la patiente réagit au stimulus, une anesthésie supplémentaire est nécessaire).
  - ➡ **Si une anesthésie supplémentaire est nécessaire**, infiltrer tel qu'indiqué à la **page 4-19** pour l'épisiotomie.
- Suturer la muqueuse vaginale par un surjet de fil 2/0 (**Figure 4-25, Etape 1, page 4-40**) :

> **Note** : Il est important d'utiliser des fils résorbables pour fermer l'épisiotomie. 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 de l'épisiotomie qui leur est associée. Le catgut chromé est une solution acceptable mais pas idéale.

  - Commencer la suture environ 1 cm au-dessus de la partie apicale (la plus externe) de l'épisiotomie et suturer jusqu'au niveau de l'orifice vaginal.
  - Au niveau de l'orifice vaginal, affronter les berges de l'incision.
  - Faire passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la faire ressortir par l'incision puis nouer.
- Suturer les muscles du périnée par des points séparés de fil 2/0 (**Figure 4-25, Etape 2, page 4-40**).
  - ➡ **Si l'épisiotomie est profonde**, mettre une seconde couche de sutures pour fermer l'espace.
- Suturer la peau par des points séparés (ou par un surjet intradermique) en commençant par l'ouverture vaginale (**Figure 4-25, Etape 3, page 4-40**).
  - ➡ **Si l'épisiotomie était profonde**, s'assurer qu'il n'existe pas de sutures dans le rectum. Informer la patiente que vous allez examiner son rectum. Ensuite mettre un doigt ganté dans l'anus pour détecter l'éventuelle présence de points de suture.

Figure 4-25. Réfection de l'épisiotomie (Etapes 1, 2, et 3)



Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Laver la zone périnéale avec une solution antiseptique, sécher en tamponnant, emporter les linges sales et mettre une bande hygiénique sur la vulve et le périnée.
- Mettre tous les linges tâchés de sang dans un récipient fermé ou équipé d'un couvercle pour les transporter à la buanderie.
- Etendre et reposer les jambes de la patiente, ensemble, et la mettre à l'aise. S'assurer qu'elle n'a pas froid et qu'elle n'est pas humide. Toujours respecter son droit à l'intimité et sa pudeur.
- S'assurer qu'elle comprend la nature du traumatisme. Revoir les mesures d'hygiène pour prévenir l'infection :
  - Passer de l'eau propre sur le périnée après une miction.
  - Nettoyer avec de l'eau légèrement savonneuse et rincer le périnée après chaque élimination des matières fécales.
  - Changer les bandes périnéales souvent pour éviter les odeurs désagréables.
  - Laisser le périnée à l'air autant que possible.

REFECTION DES DECHIRURES VAGINALES ET PERINEALES (1ER ET 2E DEGRES)

Indications

Cette intervention n'entre pas dans les soins routiniers de base. Elle est réalisée si une déchirure du premier ou deuxième degré (déchirure simple ou complète) est détectée selon les classification décrites auparavant. (**page 4-22**).

➡ **Si on note une déchirure du 3e ou 4e degré** (déchirure complète compliquée), AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Note : La plupart des déchirures simples (1er degré) se ferment spontanément sans qu'il y ait besoin de les suturer.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- Pour réaliser l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer pour les soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).

- Terminer l'examen du vagin et du périnée pour dépister les déchirures, si l'examen n'a pas encore été fait (**page 4-20**).
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager.

Intervention

- Demander à un aide de vérifier l'utérus et de s'assurer qu'il est contracté.
- Examiner soigneusement le vagin, le périnée et le col.
- Badigeonner la région de la déchirure avec une solution antiseptique.
- Faire une infiltration locale de lidocaïne.
- 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 (**Figure 4-9, page 4-19**) avec 10 mL de solution de lidocaïne à 0,5%.
- 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 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.

Note : Faire l'anesthésie suffisamment tôt pour que le produit ait le temps de faire effet.

- Suturer la muqueuse vaginale avec un surjet de fil 2/0 (**Figure 4-25, Etape 1, page 4-40**):

Note : Il est important d'utiliser des fils résorbables pour fermer l'épisiotomie. 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 de l'épisiotomie qui leur sont associées. Le catgut chromé est une solution acceptable mais pas idéale.

  - Commencer la suture environ 1 cm au-dessus de la partie apicale (la plus externe) de l'épisiotomie et suturer jusqu'au niveau de l'orifice vaginal.
  - Au niveau de l'orifice vaginal, affronter les berges de l'incision.
  - Faire passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la faire ressortir par l'incision puis nouer.
- Suturer les muscles du périnée par des points séparés de fil 2/0 (**Figure 4-25, Etape 2, page 4-40**).
  - ➡ **Si la déchirure est profonde**, mettre une seconde couche de sutures pour fermer l'espace.
- Suturer la peau par des points séparés (ou par un surjet intradermique) en commençant par l'ouverture vaginale (**Figure 4-25, Etape 3, page 4-40**).
  - ➡ **Si la déchirure était profonde**, s'assurer qu'il n'existe pas de sutures dans le rectum. Informer la patiente que vous allez examiner son rectum. Ensuite mettre un doigt ganté dans l'anus pour détecter l'éventuelle présence de points de suture.

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Laver la zone périnéale avec une solution antiseptique, sécher en tamponnant, emporter les linges sales et mettre une bande hygiénique sur la vulve et le périnée.
- Mettre tous les linges tâchés de sang dans un récipient fermé ou équipé d'un couvercle pour les transporter à la buanderie.
- Etendre et reposer les jambes de la patiente, ensemble, et la mettre à l'aise. S'assurer qu'elle n'a pas froid et qu'elle n'est pas humide. Toujours respecter son droit à l'intimité et sa pudeur.
- S'assurer qu'elle comprend la nature du traumatisme. Revoir les mesures d'hygiène pour prévenir l'infection :
  - Passer de l'eau propre sur le périnée après une miction.
  - Nettoyer avec de l'eau légèrement savonneuse et rincer le périnée après chaque élimination des matières fécales.
  - Changer les bandes périnéales souvent pour éviter les odeurs désagréables.
  - Laisser le périnée à l'air autant que possible.

DYSTOCIE DES EPAULES (EPAULES ENCLAVEES)

Indications

Cette intervention ne fait pas partie des soins de base. Elle n'est effectuée que dans le cas suivant : la tête est dégagée mais les épaules sont enclavées et ne peuvent être dégagées.

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En effectuant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer lors des soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Réaliser une **épisiotomie** pour réduire l'obstacle constitué par les parties molles et faciliter la manipulation (**page 4-19**).

Intervention

Réaliser la manoeuvre de McRoberts :

- La patiente est allongée sur le dos. Lui demander de fléchir les genoux et de les remonter le plus haut possible sur sa poitrine (**Figure 4-26, page 4-43**). Demander à deux aides de lui tenir fermement les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine.
- 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.

- Avec une main de chaque côté de la tête fœtale, exercer une pression sur l'épaule antérieure pour la déplacer sous la symphyse pubienne.
- Eviter toute traction excessive sur la tête car cela peut endommager le plexus brachial.

Si l'épaule n'est toujours pas dégagée :

- Introduire une main dans le vagin et exercer une pression sur l'épaule antérieure en direction du sternum fœtal pour obtenir une rotation de l'épaule et faire diminuer le diamètre biacromial.
- Si nécessaire, exercer une pression sur l'épaule postérieure, en direction du sternum.

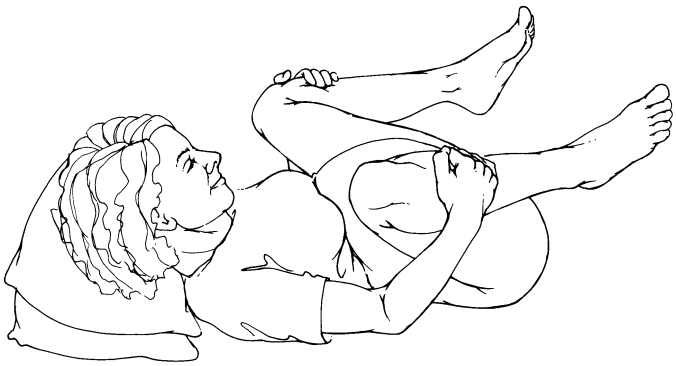
Si malgré ces mesures, l'épaule n'est toujours pas dégagée :

- Introduire 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, saisir la main et dégager le bras entier.
- Avec une main de chaque côté de la tête fœtale, appliquer une pression ferme et continue vers la bas pour faire pivoter l'épaule sous la symphyse pubienne.

Si le bras postérieur ne peut pas être dégagé, réaliser la manœuvre tire-bouchon :

- Passer une main le long de l'épaule postérieure et appliquer une rotation de 180° au bébé pour amener vers l'avant l'épaule antérieure et vers l'arrière l'épaule postérieure.
- Appliquer une rotation au bébé avec le dos en position antérieure.
- Continuer ce mouvement de rotation jusqu'à ce le bébé soit extrait comme à l'aide d'un tire-bouchon.

Figure 4-26. Genoux fléchis et remontés vers la poitrine



Si toutes les manœuvres ci-dessus ne suffisent pas à dégager l'épaule antérieure :

- Une autre solution consiste à fracturer la clavicule du bébé afin de réduire le diamètre biacromial et dégager l'épaule antérieure sous la symphyse. On presse la clavicule antérieure contre la symphyse pubienne. Après la naissance, faciliter référence/transfert urgent du bébé (**Annexe 7, page 4-65**).

Si les mesures susmentionnées ne permettent toujours pas d'extraire le bébé :

- AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Si les mesures susmentionnées aboutissent et permettent effectivement d'extraire le bébé :

- Faire une Evaluation initiale rapide de la mère (**page 3-90**) et une Evaluation initiale rapide du nouveau-né (**page 3-97**) avant de procéder avec les soins.

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Procéder à la réfection de l'épisiotomie (**page 4-39**).
- Apporter le cas échéant un soutien affectif à la mère et à la famille suivant une naissance traumatisante ou l'éventuel décès du nouveau-né (**page 3-74**) ou blessure du bébé.

EXAMEN

Analyse des urines pour détecter la présence de protéine

Indications

Cet examen doit être réalisé pour chaque femme qui est enceinte ou qui vient d'accoucher et qui a également de l'hypertension pour écarter la possibilité de pré-éclampsie/éclampsie.

Etapes et aspects à envisager avant l'examen

- Pour réaliser la technique suivante, revoir les principes généraux à observer lors des soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Remettre à la patiente un récipient avec une étiquette et lui expliquer où elle peut aller pour recueillir les urines.
- Expliquer la méthode du jet (recueil d'échantillons non souillés, les sécrétions vaginales ou le liquide amniotique pouvant contaminer le prélèvement des urines). Une pose de sonde à cette fin n'est pas recommandée à cause du risque d'infections des voies urinaires.
- Pour la méthode du jet :
  - Nettoyer la vulve avec de l'eau.
  - Séparer les lèvres avec les doigts.
  - Uriner en jet libre. (Ne pas laisser l'urine couler sur la vulve car cela risque de contaminer l'urine.)
  - Prélever l'urine à mi-jet et retirer le récipient avant que le jet d'urine ne cesse.

Technique

- Analyser les urines pour détecter la présence d'urine en utilisant soit la bandelette réactive ou la technique d'ébullition (ci-après).

Technique de la bandelette réactive

- Retirer une bandelette de la bouteille et remettre le bouchon.
- Tremper entièrement la partie réactive de la bandelette dans de l'urine fraîche et retirer immédiatement pour éviter de dissoudre les réactifs.
- Comparer les zones réactives au tableau avec les couleurs correspondantes qui figure sur l'étiquette de la bouteille, après le temps spécifié (généralement après 60 secondes).
  - Tenir la bandelette près des couleurs et apparier, regardant soigneusement avec laquelle elle concorde. Eviter de placer la bandelette directement sur le tableau des couleurs car l'urine va souiller le tableau.
  - Une couleur verdâtre signale la présence de protéine. Les couleurs vont du jaune pour des réactions négatives à jaune-vert et vert et vert-bleu pour des réactions positives.

Technique de l'ébullition

- Verser l'urine dans un tube à essai et chauffer jusqu'à ce qu'elle entre en ébullition
- Après l'ébullition, laisser le tube se refroidir jusqu'au point où on peut le toucher. Une précipitation épaisse au fond signale la présence de protéine.

➡ **Si de l'acide acétique est disponible**, ajouter 2 à 3 gouttes d'acide acétique après avoir fait bouillir les urines (même si les urines sont froides).

  ➡ **Si les urines deviennent troubles**, cela signifie présence de protéines dans les urines.

  ➡ **Si les urines restent claires**, cela signifie absence de protéine dans les urines.

Etapes et aspects à envisager après le test

- Appliquer les mesures de prévention de l'infection pour les fournitures et l'équipement pendant le test.
- Communiquer les résultats à la patiente et lui apporter les conseils indiqués même si le résultat est normal ou négatif.

Mesurer le taux d'hémoglobine

Indications

Cette technique fait partie des soins de base et sera effectuée chaque fois que l'on soupçonne une anémie.

Etapes et aspects à envisager avant le test

- En réalisant la technique suivante, revoir les principes généraux à observer lors des soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).

Technique

Prélever un échantillon de sang

- Laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon, les sécher et enfiler aux deux mains des gants d'examen.
- Nettoyer le bout du doigt de la femme avec de l'alcool sur un écouvillon, du coton ou de la gaze.
- Piquer le doigt avec une lancette en utilisant un mouvement rapide. En effet, un mouvement lent risque d'être douloureux.
- Verser le sang dans un tube capillaire ou un tube à essai.
- Appuyer légèrement sur l'endroit de la piqûre avec une boule de coton sèche pendant quelques minutes.
- Jeter tout le matériel en observant les techniques recommandées de prévention de l'infection (**page 1-52**).
- Mesurer le taux d'hémoglobine avec un hémoglobinomètre ou l'échelle de couleurs d'hémoglobine de l'OMS (voir ci-après).

Utiliser un hémoglobinomètre

- Mettre une goutte de sang d'un côté du verre de l'hémoglobinomètre contenant la dépression en forme de H.
- Remuer le sang avec le bout de l'applicateur de l'hémolyse jusqu'à ce que le sang apparaisse transparent plutôt que trouble.
- Mettre la partie plate du verre sur le haut de la lame de sang et faire glisser les deux dans un clip de métal. Faire glisser la lame de sang dans la fente du côté de l'hémoglobinomètre.
- Tenir l'hémoglobinomètre à l'œil et presser sur le bouton de la lumière ce qui fait apparaître une surface divisée verte.
- Quand les deux moitiés du champ semblent du même ton de vert, noter la concentration d'hémoglobine dans l'échantillon (grammes d'hémoglobine dans 100 mL).

Utiliser l'échelle de couleurs d'hémoglobine de l'OMS

- Avec une pipette ou un tube capillaire, mettre une goutte de sang sur le papier du test de sorte à obtenir une tache de 8–9 mm de diamètre. Attendre 30 secondes.
- Dans une bonne lumière (mais non pas dans la lumière directe du soleil), comparer la tache avec l'échelle de couleurs en gardant le livret ouvert dans une main et en évitant l'ombre et la lumière directe du soleil.
- Faire glisser la tache de sang le long des ouvertures de l'échelle de couleurs.
- Si la tache de sang a la même couleur que l'un des tons de l'échelle, noter sa valeur du dosage de l'hémoglobine. Si la couleur de la tache se situe entre deux tons, noter la valeur la plus faible (si c'est entre 6 et 8 g, noter comme 6).
- Essuyer avec un tissu humide la surface qui est entrée en contact avec le papier de test.

Etapes et aspects à envisager après le test

- Observer les mesures de prévention de l'infection lors de l'utilisation des fournitures et de l'équipement lors du test.
- Communiquer le résultat du test à la patiente et donner les conseils indiqués, même si le résultat est normal ou négatif.

Epreuve rapide de la réagine plasmatique (RPR)

Indications

Cet examen ou le VDRL, fait partie des soins de base pendant la grossesse pour le dépistage de la syphilis.

Etapes et aspects à envisager avant l'examen de dépistage

- En réalisant l'épreuve suivante, revoir les principes généraux à observer lors des soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).

Technique

- Aspirer l'échantillon dans la pipette. Eviter de ramasser des cellules et bulles.
- Tenir verticalement la pipette et presser pour qu'une goutte (environ 0,05 ml) tombe librement dans le cercle de la carte du test. Ne pas toucher la surface de la carte.
- Utiliser le bout scellé de la pipette pour étendre l'échantillon jusqu'à remplir le cercle entier. Ne pas répandre à l'extérieur du cercle.
- Retourner doucement la bouteille d'antigène plusieurs fois. Tenir verticalement et verser 4–5 gouttes dans le capuchon de la bouteille pour vérifier que le passage de l'aiguille est ouvert. Mettre une goutte dans le cercle du test. La goutte ne doit pas rester accrochée à la tige de l'aiguille. Ne pas mélanger l'échantillon et l'antigène.
- Reprendre l'antigène du capuchon.
- Faire tourner la carte du test pendant 8 minutes sous le couvert humidifiant.
- Pour faciliter l'interprétation, incliner la carte vers l'avant et l'arrière, à la main, trois ou quatre fois, et lire immédiatement les résultats sous une lumière vive ou à la lumière du jour. (Une source fluorescente peut causer des erreurs dans l'interprétation.)
- Noter réactif ou non réactif :
  - Réactif : agglutination caractéristique avec réactifs minimes ou modérés
  - Non réactif : Légère rugosité pas d'agglutination

Etapes et aspects à envisager après le test

- Observer les mesures de prévention de l'infection lors de l'utilisation des fournitures et de l'équipement lors du test.
- Communiquer le résultat du test à la femme et donner les conseils indiqués, même si le résultat est normal ou négatif.

EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE

Indications

Cette intervention ne fait pas partie des soins routiniers de base. Elle est effectuée uniquement en situation de détresse fœtale (si on n'a plus le temps de transférer la patiente) et de procidence du cordon et seulement si les conditions suivantes sont bien remplies :

- Le fœtus est en présentation du sommet

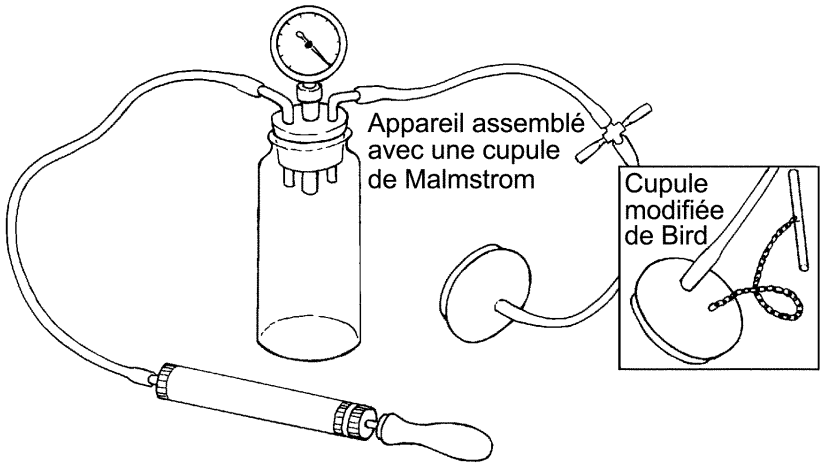
- La grossesse est à terme
- Le col est complètement dilaté
- La tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne
- Les membranes sont rompues

➡ **Si les conditions ci-dessus ne sont pas bien remplies**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/ transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Etapes et aspects à envisager avant l'intervention

- En effectuant l'intervention suivante, revoir les principes généraux à observer lors de soins de base tels qu'ils sont indiqués au **Chapitre 1** (**page 1-5**).
- Vérifier que l'équipement est complet (**Figure 4-27**, ci-après).
- 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.

Figure 4-27. Ventouse obstétricale



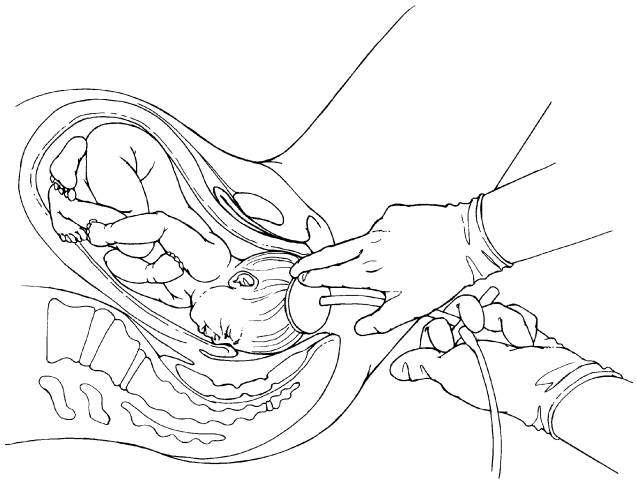
Intervention

- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés à haut niveau, vérifier la position de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles.
- Repérer la petite fontanelle (**Figure 2-9, page 2-69**).
- 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 (**page 4-19**) pour pouvoir positionner la cupule correctement.

  ➡ **Si une épisiotomie s'avère 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. Maintenir l'index en contact avec la cupule et la tête du bébé.
- Avec la pompe, créer un vide en exerçant une dépression de 0,2 kg/cm^2 et vérifier la pose de la cupule.
- Augmenter la dépression jusqu'à 0,8 kg/cm^2 et vérifier la pose de la cupule.

- Après avoir atteint la dépression maximale, entamer une traction (**Figure 4-28**, ci-après) dans l'axe pelvien, perpendiculairement à la cupule.

Figure 4-28. Exercer une traction avec la cupule Malmstrom



➡ **Si la tête est inclinée sur un côté ou mal fléchie**, il convient d'orienter la traction de façon à corriger l'asynclitisme ou la déflexion (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. 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 foetal
  - La pose de la cupule

Se rappeler :
- 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.
- **S'il n'y a pas de descente avec chaque traction**, ne pas insister et arrêter l'extraction.

➡ **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 ; OU
- La cupule glisse deux fois sur la tête dans le sens même de la traction à la dépression négative maximale.

➡ **Si l'extraction par ventouse obstétricale est sans succès**, AGIR MAINTENANT !—faciliter référence/transfert urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

Etapes et aspects à envisager après l'intervention

- Réfection le cas échéant de l'épisiotomie (**page 4-39**).
- Apporter si nécessaire un soutien affectif à la mère et à la famille après une naissance traumatisante et blessures éventuelles du bébé.

ANNEXE CINQ

COUNSELING ET MESSAGES DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES

Les messages et le counseling sur les thèmes suivants seront donnés en fonction des besoins individuels de chaque femme. A l'instar de tous les aspects suivants se rapportant aux soins, ces directives seront individualisées en fonction des antécédents et de l'examen physique de la femme ainsi que de son expérience et des questions qu'elle pose lors de la visite.

SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL

Outre le fait de leur communiquer les avantages et les principes de l'allaitement maternel précoce et exclusif, certaines mères auront besoin de conseils supplémentaires sur la bonne manière d'allaiter leur enfant.

Positionnement

La mère devrait se mettre dans une position dans laquelle elle est à l'aise, avec son bras et son dos bien soutenus. Voici certaines positions :

- S'asseoir dans une chaise (or par terre contre le mur, ou sur le sol contre un arbre) avec un accoudoir pour le bras et/ou un cousin (ou une couverture repliée) (**Figures 4-29 à 4-31**, ci-après).
- Etre couchée de côté (**Figure 4-32**, ci-après).

Figure 4-29. Allaitement maternel : position Berceau

Figure 4-30. Allaitement maternel : position/ Berceau-entrecroisée

Figure 4-31. Allaitement maternel : Position Berceau/sous le bras

Figure 4-32. Allaitement maternel : Position couchée de côté

La mère devrait positionner son bébé de la manière suivante :

- La tête et le corps sont en ligne droite (le cou n'est ni tordu ni courbé) ;
- La bouche fait face au sein avec la lèvre supérieure contre le mamelon ;
- Le corps est tenu proche de la mère ; et
- Le corps entier est soutenu—pas simplement la tête et les épaules.

Prises

Alors que la mère tient son nouveau-né dans une de ces positions, elle doit soutenir son sein avec la main de libre. Ainsi le poids du sein ne pèse pas sur le menton du bébé. Voici des techniques utiles à cette fin.

- **Prise « C »**—La mère soutient son sein en haut, loin de l'aréole et avec les doigts en dessous. Cela favorise la position Berceau/sous le bras.
- **Prise « U »**—La mère met ses doigts à plat sur sa cage thoracique sous son sein, avec son index dans le repli sous son sein. Elle baisse son coude pour que le sein soit soutenu entre son pouce et l'index. Le pouce sera sur la zone extérieure du sein et ses doigts sur la zone intérieure.

Attachement/Tétée

La mère peut aider le bébé à bien s'attacher au sein de la manière suivante :

- Le bébé prend autant de l'aréole que possible dans la bouche—pas simplement le mamelon—pour que le mamelon et l'aréole s'étendent et forment une longue tétine ;
- Le bébé ne prend pas simplement le bout du mamelon dans sa bouche et tète (comme avec une paille) mais il presse l'aréole contre le haut de la bouche avec sa langue (le lait est extrait du sein par compression et non pas en suçant) ;
- Une plus grande partie de l'aréole peut être vue au-dessus de la bouche du bébé qu'en dessous ;
- La bouche du bébé est grande ouverte quand il ou elle s'attache ; et
- Le menton du bébé touche le sein.

Autres problèmes liés à l'allaitement maternel

➡ **Si la mère a des mamelons rentrés**, voir **Encadré 4-1** (ci-après) pour des conseils supplémentaires.

➡ **Si la mère doit extraire le lait pour une raison quelconque** (le bébé est malade et ne peut pas téter), voir **Encadreé 4-2** (**page 4-51**) pour des directives supplémentaires.

Encadré 4-1. Directives supplémentaires pour des femmes avec des mamelons rentrés

- Rassurer la mère en lui indiquant que la plupart des femmes avec des mamelons plats ou rentrés peuvent allaiter sans problèmes.
- Apporter messages de santé et conseils sur les aspects suivants :
  - Protractile (dans quelle mesure le mamelon peut-il être étiré) : cela s'améliore pendant la grossesse et la première semaine du post-partum.
  - Attachement correct : le bébé tète de l'aréole et du mamelon—pas simplement du mamelon—(le mamelon ne représente qu'un tiers de ce bout de sein dans la bouche du bébé).
  - Eviter de mettre une tétine, un biberon ou un doigt dans la bouche du bébé pour voir s'il tète bien.
  - Il est important d'allaiter souvent lors de la période du post-partum immédiat. A cette époque, les tissus du sein sont plus mous et peuvent s'ajuster plus facilement à la bouche du bébé alors que celui apprend à saisir le sein pour téter.

Encadré 4-2. Extraction de lait maternel[1]

Apprendre à la mère à extraire elle-même le lait. Procéder de la manière suivante :

- Utiliser une tasse ou un récipient propre (lavé et rincé avec de l'eau bouillie et séché à l'air) pour recueillir et garder le lait.
- Se laver attentivement les mains.
- S'asseoir ou rester debout, en étant à l'aise, et tenir le récipient sous le sein.
- Extraire le lait (**Figure 4-33,** ci-après) :
  - Placer son **pouce** au-dessus de l'aréole et le premier en dessous de l'aréole (en face du pouce). Soutenir le sein avec les autres doigts.
  - Comprimer le sein entre le doigt et le pouce. Presser le doigt et le pouce vers la poitrine ensemble car le fait de comprimer ainsi permet au lait de s'écouler
  - Presser puis relâcher à plusieurs reprises tout autour du sein pour s'assurer que le lait est extrait de tous les lobes. En principe cela ne fait pas mal et si c'est douloureux, repositionner le pouce et l'index. Le lait ne sort pas toujours de suite, mais après avoir comprimé plusieurs fois, il devrait commencer à s'écouler goutte par goutte d'abord puis d'un flux plus continu. Chaque femme trouvera son propre rythme pour comprimer et relâcher.
  - Utiliser un mouvement des doigts consistant à rouler et non à frotter pour éviter les frictions.
  - **Eviter** de presser, pincer ou tirer le mamelon.
- Extraire d'un sein 3 à 5 minutes jusqu'à ce que le lait s'écoule et ensuite extraire de l'autre sein. Répéter et extraire le lait des deux seins jusqu'à ce que le flux cesse (cela peut prendre 20 à 30 minutes).

Figure 4-33. Extraire le lait maternel

- Si le lait ne s'écoule pas bien :
  - S'assurer que la mère utilise la technique correcte ;
  - Lui recommander de mettre des compresses chaudes sur ses seins ; et
  - Demander à quelqu'un de lui masser le dos et le cou.
- Si le lait extrait n'est pas utilisé immédiatement, mettre une étiquette sur le récipient et réfrigérer le lait et l'utiliser dans les 24 heures ou alors congeler le lait (si la température peut être maintenue stable) à -20°C pendant 6 mois maximum. Si on ne dispose pas de réfrigérateur ou de congélateur, garder le lait couvert à température ambiante pendant 6 heures maximum.
- Vérifier que le lait est à température ambiante avant de le donner au bébé :
  - Réchauffer le lait congelé ou réfrigéré dans un bain-marie (environ 40°C) mais éviter de trop le chauffer
  - Utiliser rapidement le lait réchauffé.

ALLAITEMENT MATERNEL VERSUS PRODUIT DE REMPLACEMENT DU LAIT MATERNEL

Lors d'une consultation avec une femme séronégative-VIH, on l'encouragera vivement à allaiter mais il ne faut pas non plus la forcer à prendre une décision qui ne lui convient pas. Toutes les femmes séronégatives devront être informées des avantages de l'allaitement maternel.

[1] *Adapté de:* World Health Organization. 2003. *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses, and Midwives*. OMS: Genève.

Note : Si la femme est séropositve VIH, voir **page 3-51**.

	Allaitement maternel exclusif	**Utilisation exclusive de produit de remplacement du lait maternel**
Nutrition	• Contient tous les nutriments dont le bébé a besoin pendant les 6 premiers mois • Est digéré facilement	• Selon le type de produit, les combinaisons de nutriments changent et elles sont plus ou moins semblables au lait maternel. Aucun produit toutefois n'a une composition aussi parfaite que le lait maternel.
Chaleur	• Apporte de la chaleur au nouveau-né	
Protection	• Renforce le système immunitaire • Aide à protéger le bébé contre les infections et les allergies	
Sécurité	• Est une source salubre de nourriture	• Risque de contamination des ustensiles et du produit de remplacement du lait • Risque de se gâter
Liaison	• Encourage les liens mère à enfant	
Avantages sur le plan santé pour la mère	• Aide l'utérus à reprendre la taille normale • Protège contre une grossesse car l'ovulation est retardée • Réduit le risque d'anémie en retardant le retour de couches	
Coût-efficacité et accessibilité	• Revient moins cher que d'acheter le lait commercial • Est très accessible	• Peut être cher • N'est pas toujours accessible • N'est pas toujours faisable
Acceptabilité et adéquation	• Est généralement plus accepté dans la culture donnée	• N'est pas toujours approprié (s'oppose aux normes culturelles) • Peut être la cause d'un rejet social
Pratique	• Dmande moins de temps pour la préparation car pas d'ustensiles à laver et de lait à mélanger et à garder	• Prend du temps à la préparation et à la conservation

- Peu importe la décision de la mère, on lui apportera le soutien nécessaire en lui communiquant les informations dont elle a besoin pour nourrir en toute sécurité son bébé.
  - ➡ **Si la mère décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel :**
    - Evaluer la faisabilité et l'adéquation de l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (voir **Encadré 4-3, page 4-53**).
    - Evaluer ses pratiques actuelles (comment prépare-t-elle actuellement le produit de remplacement du lait maternel) et lui donner des conseils sur la manière de préparer et de donner avec les bonnes mesures d'hygiène le produit de remplacement du lait maternel.
    - Voir également Utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel (**page 4-53**).
  - ➡ **Si la mère a décidé d'allaiter**, voir Allaitement précoce et exclusif (**page 2-134**).

Encadré 4-3. Evaluer la faisabilité de l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel

Pour évaluer la faisabilité et l'adéquation de l'utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel dans le contexte de la population desservie, se pencher sur les aspects suivants et/ou en discuter avec la mère :

- Le produit de remplacement est-il acceptable dans la culture de la femme ?
- Le produit de remplacement est-il sans risques et adéquat du point de vue nutritionnel ?
- Est-il d'un prix abordable, facilement disponible et d'un approvisionnement régulier ?
- A-t-on accès à de l'eau salubre ou du combustible pour faire bouillir l'eau et préparer correctement les ustensiles ?
- Y a-t-il quelqu'un qui peut apprendre à la mère comment préparer correctement le lait commercial ?
- Existe-t-il une autre forme de contraception que la mère peut utiliser à la place de l'allaitement maternel exclusif ?

UTILISER UN PRODUIT DE REMPLACEMENT DU LAIT MATERNEL

Si la mère décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel, lui donner les conseils suivants :

- Vérifier que sa décision soit prise après avoir attentivement envisagé les avantages et inconvénients des deux méthodes : allaitement maternel exclusif pendant 6 mois ou utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel qui soit disponible localement.
- Si la mère n'a pas encore tranché, l'aider à faire un choix informé de la méthode d'alimentation (voir Allaitement maternel ou utilisation d'un produit de remplacement du lait maternel [**page 4-51**]).
- Si la question est tranchée, l'aider à choisir un produit commercial qui soit d'un coût abordable, pratique, facile à trouver et d'une bonne valeur nutritive.

Préparation et conservation dans de bonnes conditions d'hygiène des produits de remplacement du lait maternel

Si une mère décide d'utiliser un produit de remplacement du lait maternel, lui donner les conseils suivants :

- Utiliser une technique aseptique pour préparer le produit de remplacement du lait maternel en utilisant des ustensiles, des récipients et des tasses et cuillères qui ont été bouillis et séchés à l'air.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de préparer le produit de remplacement du lait maternel.
  - ➡ **Si la mère opte pour du lait de chèvre ou de vache**, lui recommander de mélanger 1 partie d'eau bouillie* pour deux parties de lait de chèvre ou de vache et 1 cuillérée (petite cuillère) de sucre. Faire bouillir le mélange et le laisser refroidir avant de le donner à l'enfant.
  - ➡ **Si la mère opte pour du lait évaporé en boîte**, elle doit mélanger 3 parties d'eau bouillie* pour 2 parties de lait évaporé et 1 cuillérée (petite cuillère) de sucre.
  - ➡ **Si la mère décide d'utiliser du lait en poudre**, elle doit suivre les indications qui figurent sur la boîte (et utiliser de l'eau bouillie*).
  - ➡ **Si elle décide d'utiliser du lait écrémé en poudre**, elle doit mélanger 1 tasse d'eau bouillie avec 12 cuillérées (petite cuillère) de lait écrémé en poudre, 2 cuillérées de sucre (petite cuillère) et 3 cuillérées (petite cuillère) d'huile.

* **Note** : Il est important que l'eau utilisée pour mélanger ou diluer le lait soit **bouillie pendant 10 minutes et ensuite laissée à refroidir** avant d'être utilisée.

- Le lait ne doit pas être laissé à température ambiante pendant plus de deux heures. Le lait doit être gardé dans un réfrigérateur pendant 24 heures.
- NE PAS utiliser de lait condensé.

Directives d'alimentation

- Il est moins risqué de donner à manger au bébé avec une tasse et un cuillère plutôt qu'avec un biberon car il est plus difficile de nettoyer les biberons et les tétines (voir donner à manger avec une tasse, une tasse et une cuillère ou autre ustensile, ci-après).
- Le bébé devrait recevoir à manger chaque fois qu'il le souhaite (sur demande)—c'est-à-dire environ toutes les 2 à 3 heures ou 8 à 12 fois par jour pendant les premiers jours de la vie.
- Si le bébé reçoit suffisamment à manger, il ou elle va uriner au moins 6 fois par jour pendant les 2 à 7 premiers jours après la naissance et il éliminera des matières fécales deux fois par jour pendant les 2 à 7 premiers jours après la naissance.

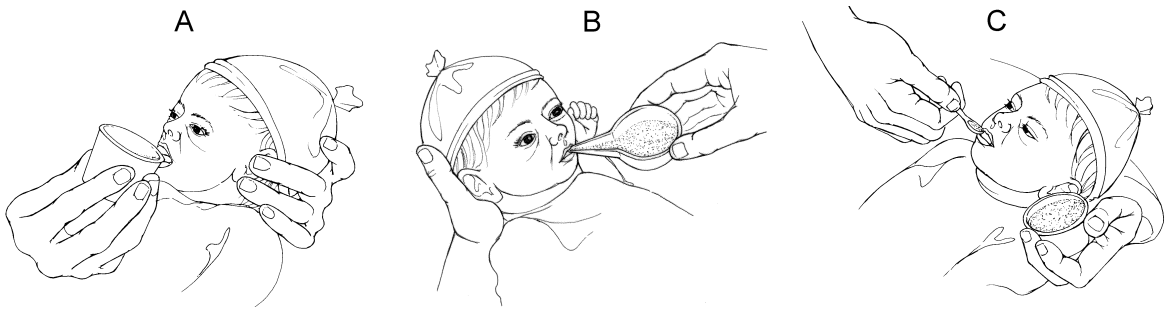
DONNER A MANGER EN UTILISANT UNE TASSE, UNE TASSE ET CUILLERE OU AUTRE USTENSILE[2]

Si la mère donne à manger au bébé avec une tasse, une tasse et une cuillère ou autre ustensile (par exemple, paladai), lui donner les conseils suivants :

- Utiliser des ustensiles propres (lavés, bouillis ou rincés avec de l'eau bouillie et séchés à l'air) chaque fois que l'on donne à manger à l'enfant.
  - ➡ **Si on donne du lait maternel extrait**, donner le lait à l'enfant immédiatement après que le lait est extrait, si possible).
  - ➡ **Si on donne un produit de remplacement du lait maternel**, donner le lait au bébé immédiatement après qu'il est préparé si possible.
    - ➡ **Si le bébé ne consomme pas tout le lait extrait ou produit de remplacement du lait maternel**, le lait restant peut être gardé dans le réfrigérateur pendant 24 heures maximum.
  - ➡ **Si on lui donne une solution de réhydratation orale (SRO)**, donner la solution au bébé immédiatement après qu'elle est préparée (**Encadré 3-36, page 3-96**), si possible. Jeter les SRO non utilisés après 24 heures.
- Demander à la mère de donner à manger au bébé si elle est disponible. Elle devrait :
  - Mesurer la quantité de lait maternel, de lait commercial ou de SRO dans une tasse.
  - Tenir le bébé en position semi-assise sur ses genoux.
  - Poser légèrement la tasse ou la cuillère sur la lèvre inférieure du bébé et toucher l'extérieur de la lèvre supérieure avec le bout de la tasse ou de la cuillère (**Figure 4-34, page 4-55**).
  - Incliner la tasse ou la cuillère pour que le lait arrive jusqu'aux lèvre du bébé et laisser le bébé prendre le liquide plutôt que de verser le lait dans sa bouche.
  - Arrêter de lui donner à manger quand le bébé ferme la bouche et montre qu'il ne veut plus manger.
    - ➡ **Si le bébé ne prend pas la quantité nécessaire de lait maternel, de produit de remplacement de lait maternel ou de SRO**, suggérer à la mère de lui donner à manger pendant plus longtemps ou plus souvent.
    - ➡ **Si le bébé ne mange pas bien à la tasse ou à la cuillère ou si la mère ne veut pas les utiliser mais ne peut pas allaiter**, faciliter référence/transfert non urgent (**Annexe 7, page 4-65**).

[2] *Adapté de* : World Health Organization. 2003. *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses, and Midwives*. OMS: Genève.

Figure 4-34. Autres méthodes d'alimentation : Tasse (A), Paladai (B), Cuillère (C)[3]



CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Bien des femmes, lors du post-partum, ne veulent plus avoir d'enfants ou alors souhaitent attendre au moins deux ans. Il est à regretter donc que nombreuses d'entre elles quittent les services obstétricaux sans recevoir de counseling à propos de la planification familiale ou de méthodes contraceptives. Toutes les femmes du post-partum devraient être informées quant à leur choix en matière de planification familiale. La Fédération internationale de la planification familiale (IPPF) donne les directives suivantes pour le counseling des femmes lors du post-partum :

- Encourager l'allaitement maternel complet pour toutes les femmes du post-partum.
- Ne pas arrêter d'allaiter pour commencer à utiliser une méthode contraceptive.
- Les méthodes contraceptives utilisées par les femmes qui allaitent ne devraient pas avoir des conséquences négatives pour l'allaitement maternel ou la santé du bébé.

Infécondité du post-partum

Après l'accouchement, une femme traverse une période d'infécondité. Chez les femmes **qui n'allaitent pas**, elle peut durer moins de 6 semaines (en moyenne, la première ovulation survient à 45 jours du post-partum). Chez les femmes qui **allaitent**, la période d'infécondité est plus longue car la tétée fréquente du bébé bloque l'ovulation. Par ailleurs, il est impossible de prévoir exactement la date du retour de la fécondité (la conception pouvant se faire avant qu'une femme n'a eu son retour de couches).

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

On sait depuis longtemps que l'allaitement maternel pourrait être une méthode contraceptive temporaire efficace si une femme arrivait à connaître avec certitude le moment où elle n'est plus protégée. MAMA lui offre les moyens de le faire. Cette méthode confère une protection contraceptive efficace pour une femme qui allaite du moment qu'elle pratique un allaitement maternel complet ou quasi-complet, qu'elle **n'a pas encore eu** son retour de couches (aménorrhée due à la lactation) et qu'elle est à moins de 6 mois du post-partum. Si ces critères sont satisfaits, alors MAMA confère une protection de plus de 98% contre la grossesse pendant les 6 premiers mois du post-partum. Par contre, si l'un de ces critères change, il faudra commencer une autre méthode contraceptive—une méthode qui n'interfère pas avec l'allaitement—pour éviter une grossesse. En outre, l'utilisation de MAMA permet tant à la mère qu'au bébé de profiter pleinement des nombreux autres avantages de l'allaitement maternel.

[3] Le Figure 4-34 est réimprimé avec la permission de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2003. *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses, and Midwives.* OMS: Genève.

Quand commencer la contraception

Certes, toutes les méthodes de contraception conviennent aux femmes lors du post-partum mais le moment de commencer à utiliser une méthode change selon que la mère allaite ou non. Les méthodes qui peuvent être utilisées quand le couple reprend les activités sexuelles même lors de la période immédiate du post-partum sont les suivantes :

- Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ;
- Spermicides ;
- Préservatifs (les préservatifs lubrifiés peuvent aider à remédier au problème de la sécheresse vaginale) ; et
- Retrait.

Un diaphragme ne peut pas être utilisé avant la 6e semaine du post-partum surtout parce qu'il ne peut pas être ajusté correctement. Cela risque en effet de faire mal si une épisiotomie a été pratiquée ou en présence de déchirures vaginales, périnéales ou cervicales.

Femmes qui allaitent

Les femmes qui allaitent n'ont pas besoin de contraception pendant les premières 6 semaines au moins du post-partum—et jusqu'à 6 mois si elles utilisent MAMA. Le **Diagramme 4-35** (**page 4-57**) indique le moment recommandé pour démarrer la contraception pour les femmes qui allaitent. Si une femme qui allaite décidé d'utiliser une méthode contraceptive autre que MAMA, elle devra recevoir des conseils sur l'effet éventuel que comportent certaines méthodes contraceptives sur l'allaitement maternel et la santé du bébé. Par exemple, les contraceptifs oraux combinés (COC) et les contraceptifs injectables combinés (CIC) sont les choix les moins recommandables pour une femme qui allaite. Tous les COC, même les pilules à faible dose (30–35 mcg d'éthinyl estradiol) diminue la production de lait et pourrait affecter la croissance normale d'un bébé pendant les 6 à 8 premières semaines du post-partum.[4] Attendre au moins 8 à 12 semaines du post-partum avant de commencer à prendre des COC ou des CIC donne le temps nécessaire pour mieux établir l'allaitement maternel.

Femmes qui n'allaitent pas

La plupart des femmes qui n'allaitent pas commenceront à nouveau à avoir des cycles menstruels dans les 4 à 6 semaines après l'accouchement, mais seul un tiers des premiers cycles seront ovulatoires et moins encore se termineront pas une grossesse. Si un couple veut éviter tout risque de grossesse au moment des premiers rapports sexuels (méthodes barrières, spermicides, retrait) ou avant (méthodes hormonales, dispositifs intra-utérins [DIU], ou stérilisation volontaire [SV]. Le risque de problèmes de coagulation du sang, imputable à une grossesse, (facteurs élevés de coagulation) existe encore pendant les 2 à 3 premières semaines du post-partum, les COC et CIC ne devraient pas être pris avant cette date. Par contre, les contraceptifs à seuls progestatifs (CP) peuvent être pris immédiatement lors du post-partum car ils n'augmentent pas le risque d'avoir des problèmes de coagulation du sang. Le **Diagramme 4-36** (**page 4-57**) indique les différents moments recommandés pour démarrer la contraception pour des femmes qui n'allaitent pas.

Le Tableau 4-5 (**page 4-58**) et le **Tableau 4-6** (**page 4-58**) apportent des informations supplémentaires sur l'utilisation de méthodes contraceptives par des femmes du post-partum.

[4] Ces restrictions ne s'appliquent pas aux femmes qui ne pratiquent qu'un allaitement minime.

Diagramme 4-35. Moment recommandé pour démarrer les contraceptifs pour les femmes qui allaitent[5]

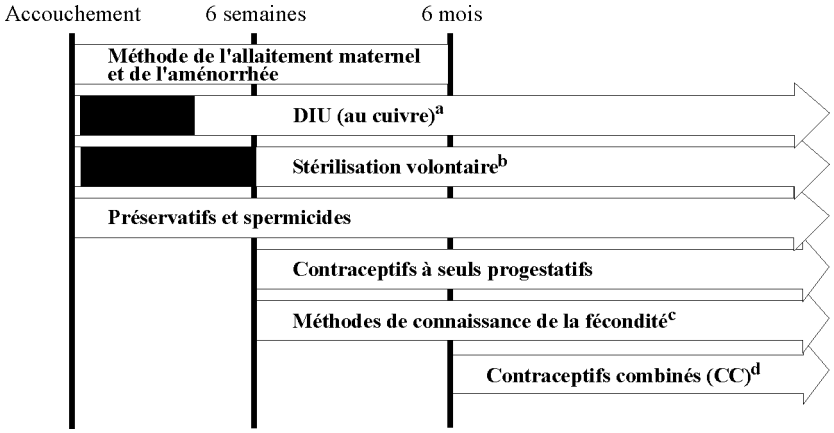
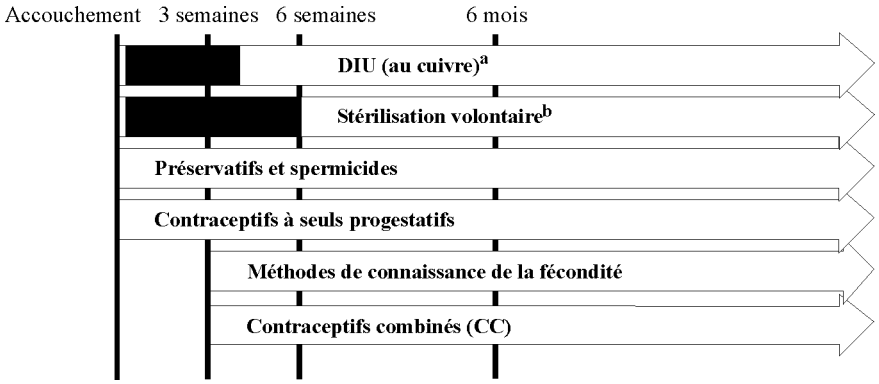


Figure 4-36. Moment recommandé pour démarrer les contraceptifs pour les femmes qui n'allaitent pas[5]



[a] Si l'accouchement a lieu dans un hôpital ou autre établissement de santé, l'insertion immédiate du DIU post-placentaire ou post-partum (moins de 48 heures) est indiquée dans certaines circonstances (avec counseling adéquat et prestataire qualifié ayant une formation spéciale).

[b] Une vasectomie peut être réalisée à n'importe quel moment.

[c] Les méthodes de connaissance de la fécondité risquent d'être plus difficiles pour les femmes qui allaitent, la fonction ovarienne réduite faisant qu'il est plus difficile d'interpréter les signes de fécondité (changements de la glaire, de la température basale du corps). Aussi les méthodes de connaissance de la fécondité demandent-elles des périodes prolongées d'abstinence pendant l'allaitement maternel.

[d] Pendant les 6 premiers mois, les COC et les CIC peuvent affecter la quantité de lait maternel et la croissance saine du bébé. Si une femme allaite mais qu'elle n'utilise pas MAMA, elle peut commencer à prendre des COC ou des CIC dès la sixième semaine du post-partum si d'autres méthodes ne sont pas disponibles ni acceptables. (OMS classe 3).

[5] *Adapté de :* Family Health International (FHI) 1993. Postpartum Contraception. Contraceptive Technology Update Series. FHI: Research Triangle Park, North Carolina.

Tableau 4-5. Classification programmatique des critères de recevabilité médicale de l'OMS

CLASSIFICATION	AVEC JUGEMENT CLINIQUE	AVEC JUGEMENT CLINIQUE LIMITE
1	Utiliser la méthode quelles que soient les circonstances	Oui—Utiliser la méthode
2	Utiliser en règle générale la méthode	Oui—Utiliser la méthode
3	L'utilisation de la méthode n'est généralement pas recommandée	Non—Ne PAS utiliser la méthode
4	La méthode ne doit pas être utilisée	Non—Ne PAS utiliser la méthode

Tableau 4-6. Structure de counseling pour l'utilisation de la contraception lors du post-partum

METHODE	DELAIS APRES L'ACCOUCHEMENT	CHARACTERISTIQUES CONNEXES DE LA METHODE	REMARQUES
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	Devrait commencer à allaiter immédiatement après l'accouchement. Très efficace jusqu'à 6 mois en cas d'allaitement complet et pas de menstruation.	De considérables avantages pour la santé tant de la mère que du bébé. Donne le temps de choisir et de prendre les dispositions nécessaires pour des méthodes chirurgicales ou autres méthodes contraceptives.	Pour un maximum d'efficacité, la femme doit pratiquer l'allaitement maternel complet. L'efficacité diminue au moment du sevrage ou d'alimentation complémentaire.
Contraceptifs oraux combinés (COC) et contraceptifs injectables combinés (CIC)	**Si elle allaite :** • Ne devraient pas être utilisés pendant les 6 à 8 premières semaines du post-partum. (OMS classe 4) • Devraient être évités de 6 semaines à 6 mois du post-partum à moins que d'autres méthodes plus adéquates ne soient ni disponibles ni acceptables. (OMS classe 3) **Si elle utilise MAMA :** • Attendre 6 mois. • Démarrer les COC ou les CIC lorsque le sevrage commence. (OMS classe 2) **Si elle n'allaite pas :** • Peut être démarré après 3 semaines du post-partum. Si la femme a eu son retour de couches et reprend son activité sexuelle, démarrer les COC ou les CIC uniquement si on est certain, dans la mesure du possible, qu'elle n'est pas enceinte.	Pendant les 6 à 8 premières semaines du post-partum, les COC et les CIC **diminuent** la quantité de lait maternel et peuvent affecter la croissance saine du bébé. (cet effet peut continuer jusqu'à 6 mois). Lors des trois premières semaines du post-partum, les œstrogènes des COC et des CIC augmentent légèrement le risque de problèmes de coagulation du sang.	Les COC et les CIC devraient être le dernier choix pour les femmes qui allaitent. On peut donner les COC et les CIC à des femmes qui étaient pré-éclamptiques ou qui avaient de l'hypertension pendant la grossesse à condition que la tension artérielle soit revenue dans la fourchette normale en commençant les COC et les CIC. Il n'y a pas de risque accru de formation de caillots après 3 semaines du post-partum.

Tableau 4-6. Structure de counseling pour l'utilisation lors du post-partum *(suite)*

METHODE	DELAIS APRES L'ACCOUCHEMENT	CARACTERISTIQUES CONNEXES DE LA METHODE	REMARQUES
Contraceptifs à seuls progestatifs (CSP) (implants, PIC et pilule à seuls progestatifs)	**Si elle allaite :** • Eviter pendant les 6 premières semaines du post-partum à moins que d'autres méthodes plus adéquates ne soient pas disponibles ni acceptables. (OMS classe 3) **Si elle utilise MAMA :** • Attendre 6 mois. • Commencer les CSP quand le sevrage commence. (OMS classe 1) **Si elle n'allaite pas :** • Commencer immédiatement. Si la femme a eu son retour de couches et si elle a repris ses activités sexuelles, démarrer les CSP uniquement si on est certain, dans la mesure du possible, que la femme n'est pas enceinte.	Pendant les 6 premières semaines du post-partum, les progestatifs peuvent affecter la croissance saine du bébé. Après 6 semaines du post-partum, il n'y a plus d'effet sur la quantité ou la qualité du lait maternel ou la santé du bébé.	Un saignement irrégulier peut se présenter avec l'utilisation des CSP, même chez les femmes qui allaitent.
Dispositifs intra-utérins (DIU) (libérant du cuivre)[6]	Peut être inséré immédiatement (de préférence dans les 10 minutes) qui suivent la délivrance artificielle ou 48 heures après l'accouchement. (OMS classe 2) Si le DIU n'est pas inséré dans les 48 heures du post-partum, l'insertion devrait être remise jusqu'à 6 semaines du post-partum. (OMS classe 1) Si la femme a eu son retour de couches et si elle a repris l'activité sexuelle, insérer un DIU uniquement si on certain, dans la mesure du possible, qu'elle n'est pas enceinte.	Aucun effet sur la quantité ou la qualité du lait maternel ou la santé de l'enfant. Moins d'effets secondaires post-insertion (saignement, douleur) quand le DIU est inséré chez une femme qui allaite.	Exige un prestataire qualifié et formé en matière d'insertion post-placentaire et post-partum. Un dépistage et counseling doit être effectué lors des visites prénatales pour l'insertion post-placentaire. Les taux de retrait du DIU de la première année sont plus faibles chez les femmes qui allaitent. Taux d'expulsion spontanée plus élevée (6 à 10%) que pour l'insertion à intervalle (taux les plus faibles si le DIU est inséré haut dans l'utérus dans les 10 minutes qui suivent la délivrance artificielle). Après 6 semaines du post-partum, le prestataire qualifié n'a plus besoin d'être formé en matière d'insertion du DIU lors du post-partum (technique est la même que pour l'insertion à intervalle).

[6] Les DI U libérant des progestatifs ne devraient être insérés qu'après la 6e semaine du post-partum (OMS classe 3).

Tableau 4-6. Structure de counseling pour l'utilisation de la contraception lors du post-partum *(suite)*

METHODE	DELAIS APRES L'ACCOUCHEMENT	CARACTERISTIQUES CONNEXES DE LA METHODE	REMARQUES
Préservatifs et Spermicides (mousse, crème, film, suppositoires, comprimés)	Peuvent être utilisés à n'importe quel moment du post-partum.	Pas d'effet sur la quantité ou la qualité du lait maternel ou la santé de l'enfant. Utiles en tant que méthodes intérimaires surtout s'il faut attendre avant de démarrer une autre méthode.	Les préservatifs lubrifiés et les spermicides aident à remédier à la sécheresse vaginale lors des rapports sexuels (problème courant chez les femmes qui allaitent).
Diaphragme avec spermicides (mousse ou crème)	Il vaut mieux attendre que la période immédiate du post-partum soit terminée (à 6 semaines du post-partum) avant d'ajuster le diaphragme.	Pas d'effet sur la quantité ou la qualité du lait maternel ou la santé du bébé.	Ajustement nécessaire (examen pelvien) de la part d'un prestataire qualifié. Le diaphragme utilisé avant la grossesse risque d'être trop petit suite à des changements dans les tissus vaginaux ou cervicaux suite à l'accouchement. Les spermicides aident à rémédier à la sécheresse vaginale lors des rapports sexuels (problème courant chez les femmes qui allaitent).
Méthodes de connaissance de la fécondité	Ces méthodes ne sont pas recommandées tant que la femme n'a pas eu son retour de couches. Elle peut commencer à noter à 6 semaines du post-partum mais devrait continuer à utiliser MAMA.	Pas d'effet sur la quantité et la qualité du lait maternel ou la santé du bébé.	Difficile de "lire" la glaire cervicale tant que les règles ne sont pas revenues et ne sont pas régulières (ovulatoires). La température basale du corps varie quand la mère se lève la nuit pour allaiter. Aussi, la hausse de température du matin suite après l'ovulation n'est-elle pas fiable.
Retrait (Coït interrompu) **ou Abstinence**	Peut être utilisé à n'importe quel moment du post-partum.	Pas d'effet sur la quantité ou la qualité du lait maternel ou la santé du bébé. Le fait de s'abstenir des relations sexuelles est efficace à 100%.	Pour certains couples, il est difficile de pratiquer le retrait ou de s'abstenir pendant de longues périodes. Acceptable dans des cultures où il est de coutume de pratiquer l'abstinence lors du post-partum.

Tableau 4-6. Structure de counseling pour l'utilisation de la contraception lors du post-partum *(suite)*

METHODE	DELAIS APRES L'ACCOUCHEMENT	CARACTERISTIQUES CONNEXES DE LA METHODE	REMARQUES
Ligature des trompes	Peut être réalisée immédiatement dans les 48 heures du post-partum. Si elle n'est pas réalisée dans les 48 heures du post-partum, elle devra être remise jusqu'à 6 semaines du post-partum. Le meilleur moment, c'est après s'être remise de l'accouchement et une fois qu'on est davantage certain de la santé du nouveau-né.	Pas d'effet sur la quantité et la qualité du lait maternel ou la santé du bébé. La mini-laparotomie du post-partum est la plus facile à faire dans les 48 heures qui suivent l'accouchement car la position de l'utérus permet de repérer et de voir plus facilement les trompes de Fallope.	Réalisée sous anesthésie locale car cela réduit les risques pour la femme et ne suppose pas une séparation prolongée entre la mère et l'enfant suite à des complications de l'anesthésie. Il vaudrait mieux donner les conseils et obtenir le consentement informé avant le travail et l'accouchement (lors des consultations prénatales).
Vasectomie	Peut être réalisée à n'importe quel moment. Il vaut mieux attendre d'être certain que le bébé est en bonne santé.	Pas efficace immédiatement. Une méthode intérimaire devrait être utilisée pendant 3 mois (ou au moins 20 éjaculations) si le couple est sexuellement actif.	Dans les cultures où il est de coutume de pratiquer l'abstinence lors du post-partum, la vasectomie effectuée à ce moment-là cause le moins d'interruption dans la vie sexuelle du couple. Le premier contact de la femme avec le système de santé est un bon moment pour l'homme de s'informer.

ANNEXE SIX

BILAN RAPIDE

La personne[1] qui a le premier contact[2] avec la patiente ou le nouveau-né devrait effectuer un bilan rapide pour s'assurer que les affections pouvant s'avérer fatales sont reconnues aussi rapidement que possible et pour éviter tout retard dans l'obtention des soins nécessaires.

- **Observer** et demander à la patiente si elle a des signes ou symptômes de travail ou si elle et/ou son nouveau-né ont ou ont récemment eu (dans les dernières 24 heures) **l'un quelconque** des signes de danger (**Tableau 4-7, page 4-64**).

  ➡ **Si la patiente a des signes/symptômes de travail mais SANS autre signe de danger**, dispenser les soins de base/soins obstétricaux tels qu'ils sont décrits au **Chapitre 6** (**page 2-39**).

  ➡ **Si la patiente et/ou le nouveau-né présente des signes de danger, prendre immédiatement** les mesures suivantes :

  Appeler à l'aide ;

  – Prendre les mesures indiquées en cas d'urgence ; et

  – Notifier le prestataire qualifié ;

  – Le prestataire qualifié devrait réaliser une Evaluation initiale rapide (**page 3-90**) [**pour la mère**] ou la **page 3-97** [pour le nouveau-né] pour juger si la mère et/ou le nouveau-né a besoin de stabilisation et référence/transfert.

  ➡ **En l'absence de signes de danger ou signes/symptômes de travail (et si aucun de ces signes ne s'est présenté les 24 dernières heures)**, procéder avec les soins de base—orienter la mère et/ou le nouveau-né vers le prestataire qualifié.

  ➡ **Si c'est dans les 6 heures qui suivent la naissance (ou avant de rentrer à la maison),** la mère et/ou le nouveau-né devrait recevoir :

  – Une évaluation continue tel qu'indiqué sur le **Tableau 2-13** (pour la mère, **page 2-87**) et le **Tableau 2-16** (pour le nouveau-né, **page 2-115**) ; et

  – Des soins de soutien continus tel qu'indiqué sur le **Tableau 2-14** (pour la mère, **page 2-88**) et le **Tableau 2-17** (pour le nouveau-né, **page 2-116**).

[1] Il s'agit d'un membre désigné de la structure sanitaire (réceptionniste, vigile, portier, etc.) qui est formé et équipé pour reconnaître et prendre les mesures nécessaires en cas de signes de danger et signes de travail avancé.

[2] Le premier contact peut se faire dans une structure sanitaire, une partie différente de la même structure sanitaire (service post-partum ou soins néonatals) ou au domicile de la mère. Si on dispense des soins à domicile, le prestataire qualifié fera le même bilan rapide tout en aidant la mère et sa famille à se mettre à l'aise en sa présence. Toutes les mesures seront modifiées et témoigneront du respect du prestataire pour le foyer, la famille et les habitudes de la cliente chez elle.

Tableau 4-7. Signes de danger ou signes/symptômes de travail avancé à observer ou questions à poser lors du bilan rapide

MERE	NOUVEAU-NE
SIGNES/ SYMPTOMES DE TRAVAIL AVANCE • Contractions fortes et régulières • Envie de pousser • Liquides qui s'écoulent du vagin • Gémissement et grognement **SIGNES DE DANGER** **A n'importe quel moment du cycle de procréation :** • Maux de tête prononcés et vision floue • Convulsions/perte de connaissance • Difficultés respiratoires (respiration anormale, halètement, respiration sifflante, râle, pâleur ou cyanose [couleur bleuâtre], absence de respiration) • Fièvre (sensation de chaleur) • Pertes vaginales malodorantes **Pendant la grossesse, voir également :** • Saignement vaginal • Graves douleurs abdominales **Pendant le travail, voir également :** • Saignement vaginal • Mouvement fœtal diminué/absent • Cordon ou partie fœtale visible à l'ouverture vaginale • Pertes vaginales verdâtres/brunâtres (teintées de méconium) • Vives douleurs abdominales continues **Pendant la période du post-partum, voir également :** • Saignement vaginal (abondant ou qui augmente soudainement) • Douleur au mollet, avec ou sans enflement • Ecoulement malodorant des déchirures/incisions • Vives douleurs abdominales • Verbalisation/comportement qui indiquent qu'elle risque de se faire mal ou de nuire au bébé et hallucinations	**SIGNES DE DANGER** • Difficultés respiratoires (respiration anormale, tirage sous-costal, geignements respiratoires, halètement et absence de respiration) • Convulsions, spasmes, perte de connaissance ou dos arqué (opisthotonos) • Cyanose (couleur bleue) • Pâleur • Flasque • Léthargie • Chaud au toucher (fièvre) • Froid au toucher • Saignement • Jaunisse • Ne mange pas, tète mal • Diarrhée • Vomissement persistant ou distension abdominale • Pus ou rougeur de l'ombilic, des yeux ou de la peau • Membres ou articulations enflés

ANNEXE SEPT

DIRECTIVES POUR REFERER/TRANSFERER

Si la femme ou le nouveau-né nécessite référence/tranfert urgent, réaliser une Evaluation initiale rapide (pour la patiente, **page 3-90** ; pour le nouveau-né, **page 3-97**) et prendre les mesures de stabilisation avant de procéder.

Si une patiente ou un nouveau-né présente un problème dont le diagnostic et le traitement n'entrent plus dans la portée du présent manuel, le prestataire qualifié doit soupeser les éventuels risques et avantages liés à la référence ou au transfert de la patiente ou du nouveau-né vers un prestataire de soins ou un établissement de santé qui dispose des capacités et des ressources nécessaires pour prendre en charge le problème.

- Premièrement, le prestataire qualifié devrait envisager les facteurs suivants lorsqu'il décide s'il faut **référer/transférer immédiatement ou attendre** :
  - **Distance jusqu'à l'établissement ou prestataire le plus proche comptant les compétences et ressources nécessaires—**Combien de temps faut-il pour s'y rendre ? Si la femme est entrée en travail, le bébé risque-t-il de naître avant qu'ils n'arrivent à leur destination ?
  - **Nature du problème de la patiente ou du nouveau-né**—Risquent-ils de mourir s'ils ne sont pas transférés immédiatement ? Si la femme est entrée en travail, est-ce que le déroulement normal du travail va être entravé par le problème ?
  - **Disponibilité des ressources nécessaires pour référence/transfert** (moyens de transport, soutien médical et personnel pendant le transfert).

Note : Pendant le travail et l'accouchement, transfert non urgent signifie généralement transfert lors du post-partum.

- Si le prestataire qualifié décide qu'il est nécessaire de transférer la patiente ou le nouveau-né vers un endroit où les soins indiqués peuvent leur être dispensés, les directives indiquées dans l'**Encadré 4-4** (**page 4-66**) devraient être suivies lors des préparatifs et pendant la référence ou le transfert.

Note : Le fait d'être référé vers un endroit avec des capacités chirurgicales ne suppose pas un transfert vers un autre établissement de santé si la structure où sont dispensés actuellement les soins dispose de compétences chirurgicales. Parfois la référence supposer uniquement un transfert vers un autre département ou service dans le même établissement de santé et n'exige pas un transfert vers un autre endroit.

Encadré 4-4. Directives pour référence/transfert pour la mère et le nouveau-né

- Expliquer à la mère et/ou à la famille la raison de la référence et du transfert.
- Prendre les dispositions ou aider la famille à organiser rapidement le transfert.
- Communiquer l'état de santé de la mère et/ou du nouveau-né au site de référence et indiquer l'heure estimée de l'arrivée.
- Stabiliser, le cas échéant, la mère/le nouveau-né avant qu'ils ne quittent l'établissement.
- Envoyer les dossiers de la mère/ du nouveau-né au site de référence. Dans ces dossiers devraient figurer les résultats des examens, les traitements dispensés et la raison de la référence/du transfert. Si les dossiers ne sont pas disponibles, noter attentivement les informations se rapportant à la mère et au nouveau-né, les traitements dispensés et la raison de la référence/du transfert pour remettre au prestataire qualifié au site de référence.
- Si la femme est entrée en travail, vérifier la disponibilité des fournitures nécessaires pour un accouchement sans risques pendant le transfert.
- Disposer d'une réserve suffisante de médicaments nécessaires pendant le transfert. Donner de l'oxygène si la mère ou le bébé connaissent des difficultés respiratoires ou si la femme est en choc et a besoin d'oxygène.
- Si c'est possible, demander à un prestataire qualifié d'accompagner la patiente ou le nouveau-né pour s'assurer qu'ils reçoivent les liquides et médicaments nécessaires, le soutien et les soins dont ils ont besoin et pour apporter une assistance si l'accouchement survient lors du transfert.
- S'assurer que l'état de la mère et du nouveau-né (signes vitaux, apport et élimination) est surveillé avant et pendant le transfert et que tous les résultats sont notés.
- Demander que le site de référence/prestataire qualifié renvoie l'information concernant la prise en charge de la patiente/du nouveau-né ainsi que leur état de santé.

Pour la mère, également :

- La maintenir au chaud (mais pas trop chaud car cela augmente la circulation périphérique et diminue l'apport sanguin aux organes vitaux) avant et pendant le transfert.

Pour le nouveau-né, également :

- Le/la maintenir au chaud avant et pendant le transfert :
  - Eviter toute déperdition de chaleur en maintenant le nouveau-né en contact peau-à-peau avec la mère.
  - Couvrir la mère et le bébé avec des couvertures chaudes et vérifier que la tête du bébé est couverte.
  - Si le climat est très chaud, utiliser moins de couvertures mais protéger le bébé de la lumière directe du soleil.
- Si possible, demander à la mère ou à une autre personne de tenir le bébé dans ses bras ou sur ses genoux pendant le transfert et encourager la mère à allaiter le bébé pendant le voyage.