



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

innovating to save lives



an affiliate of Johns Hopkins University



SANTE MATERNELLE ET NEONATALE



CARNET DU PARTICIPANT

Ce document a été produit par la générosité du peuple américain, par le biais de l'United States Agency for International Development (USAID). Le contenu est la responsabilité de MCHIP/JHPIEGO et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

TABLE DE MATIERE

| | | |
|-------|--|-----|
| I. | SOMMAIRE DE LA FORMATION | 5 |
| A. | BUT DE LA FORMATION | 5 |
| B. | OBJECTIF GENERAL | 5 |
| C. | OBJECTIFS INTERMEDIAIRES | 5 |
| D. | METHODES D'APPRENTISSAGE | 5 |
| E. | MATERIEL D'APPRENTISSAGE | 5 |
| F. | METHODES D'EVALUATION | 6 |
| G. | DUREE DE LA FORMATION : 5 jours..... | 6 |
| H. | CALENDRIER..... | 6 |
| II. | QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES..... | 7 |
| A. | COMMENT LES RESULTATS SERONT-ILS UTILISES ?..... | 7 |
| B. | Questionnaire | 7 |
| C. | MATRICE DE PERFORMANCE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE | 9 |
| III. | QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE | 10 |
| A. | UTILISATION DU QUESTIONNAIRE | 10 |
| B. | QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-FORMATION | 10 |
| C. | FICHE DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE A MI FORMATION | 13 |
| I. | SESSION RAPPEL SUR LA PREVENTION DES INFECTIONS ET UTILISATION DU PARTOGRAMME..... | 14 |
| I. | SESSION 1: Approche décisionnelle | 28 |
| II. | SESSION 2 : Soins immédiats à la naissance..... | 32 |
| III. | SESSION 3 : Soins du nouveau- né | 37 |
| II. | SESSION 4 : Education et instruction à la mère et à la famille | 45 |
| III. | SESSION 5 : Réanimation du nouveau- né | 37 |
| IV. | SESSION 6 : Soins du nouveau – né de faible poids de naissance..... | 43 |
| IV. | SESSION 7 : Sepsis néonatal..... | 46 |
| V. | SESSION 8 : Prévention et prise en charge de l'éclampsie pendant la grossesse | 53 |
| V. | SESSION 09 : Hémorragie du postpartum | 64 |
| VI. | SESSION 10 : Soins du post partum | 84 |
| VII. | SESSION 11 : PRATIQUE SUR MODELE ANATOMIQUE..... | 94 |
| VIII. | SESSION 12 : PRATIQUE CLINIQUE..... | 110 |
| I. | Annexe 1 : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES | 125 |
| II. | Annexe 2 : PLAN D'ACTION | 127 |
| III. | Annexe 5 : Matériels nécessaires pour la formation theorique et stage clinique | 127 |

ACRONYMES

| | |
|-------|--|
| AME | Allaitement Maternel Exclusif |
| ATB | Antibiotique |
| AVC | Accident Vasculaire Cérébral |
| Bdcf | Bruit de cœur fœtal |
| CD | Compact Disque |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CS | Centre de Santé |
| DNH | Désinfection Haut Niveau |
| FPN | Faible Poids de Naissance |
| GATPA | Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement |
| HPP | Hémorragie du post partum |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| IST | Infection Sexuellement Transmise |
| IV | Intra Veineuse |
| MMK | Méthode Mère Kangourou |
| NNE | Nouveau - Ne |
| PE | Pre Eclampsie Modérée |
| PEC | Prise en Charge |
| PF | Planification Familiale |
| PI | Prévention des Infections |
| SMN | Santé Maternelle et Néonatale |
| SSI | Sérum Salé Isotonique |
| TAD | Tension Artérielle Diastolique |
| TRC | Temps de Recoloration |
| VIH | Virus d'Iso immunisation Humaine |

INTRODUCTION

I. SOMMAIRE DE LA FORMATION

A. BUT DE LA FORMATION

La formation a pour but de contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile en améliorant les compétences des prestataires pour qu'elles puissent dispenser des soins de qualité dans la prise en charge des femmes et des enfants.

B. OBJECTIF GENERAL

A la fin de la formation, les participants devraient être capables d'assurer les prestations de soins essentiels de base, des soins préventifs et des soins relatifs aux problèmes ou besoins du nouveau-né.

C. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

A la fin de la formation, les participants devraient être capables de :

1. Utiliser l'approche décisionnelle dans la prise en charge du nouveau-né ;
2. Prodiguer les soins immédiats à la naissance du bébé ;
3. Dispenser les soins de la première journée au bébé ;
4. Conseiller la mère et la famille sur les soins du nouveau-né ;
5. Prévenir certains problèmes courants chez le nouveau-né ;
6. Réanimer le bébé qui a des problèmes de respiration à la naissance ;
7. Dispenser les soins adéquats au bébé de faible poids de naissance ;
8. Prévenir et traiter le Sepsis néonatal ;
9. Prévenir et traiter le pré éclampsie et l'éclampsie ;
10. Prévenir et traiter l'hémorragie du postpartum ;
11. Offrir les soins maternels du postpartum.

D. METHODES D'APPRENTISSAGE

- Exposés illustrés
- Discussion de groupe
- Travaux de groupe
- Démonstrations pratiques
- Etudes de cas

E. MATERIEL D'APPRENTISSAGE

- MANUEL DE REFERENCE : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement guide destiné à la sage - femme et au médecin
- CAHIER DU FORMATEUR

- CARNET DE STAGE POUR LES APPRENANTS
- MODELE ANATOMIQUE : bébé Nathalie, Mme Zoé avec le bébé et le placenta, l'utérus post partum

F. METHODES D'EVALUATION

- *Evaluation des participants*
 - Evaluation des connaissances à l'aide du questionnaire préalable et du questionnaire à mi stage
 - Evaluation des compétences à l'aide des fiches d'apprentissage et des listes de vérification
- *Evaluation de la formation*
 - Evaluation journalière par les apprenants
 - Evaluation en fin d'atelier par les apprenants
 - Réunion de feedback journalière des formateurs/encadreurs

G. DUREE DE LA FORMATION : 5 jours

H. CALENDRIER

| Horaire | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 |
|-----------|--|---|---|-------------------------|-------------------------|
| 8H 10H | <ul style="list-style-type: none"> - Bienvenue et présentation des participants/formateurs - Questions administratives - Attentes / Craintes/Normes - But, Objectifs, Calendrier - Questionnaire préalable - Identification des besoins d'apprentissage | Mise en train MODULE C : PRE ECLAMPISIE - ECLAMPISIE <u>Session 8</u> : Prévention et Prise en charge de l'éclampsie | Mise en train QUESTIONNAIRE MI STAGE LES PARTICIPANTS S'EXERCENT SUR LES DIFFERENTES COMPETENCES | PRATIQUE SUR LE TERRAIN | PRATIQUE SUR LE TERRAIN |
| 10h-10h15 | PAUSE CAFE | | | | |
| 10h15 | MODULE INTRODUCTIF : A. Prévention des Infections C. Protection environnement B. Partogramme MODULE A : SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAUX NES <u>Session1</u> : approche décisionnelle <u>Session 2</u> : Soins immédiats à la naissance <u>Session 3</u> : Soins du nouveau-né <u>Session 4</u> : Education et instructions à la mère et à la famille | MODULE D: HEMORRAGIE DU POSTPARTUM <u>Session 9</u> : Hémorragie du postpartum | EVALUATION/VALIDATION DES DIFFERENTES COMPETENCES SUR MODELES ANATOMIQUES | PRATIQUE SUR LE TERRAIN | PRATIQUE SUR LE TERRAIN |
| 12h | | | | | |
| 12h-13H | PAUSE DEJEUNER | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|---|--|--------------------------------|--|
| 13h | MODULE B : SOINS AUX NOUVEAUX NES MALADES <u>Session 5</u> : Réanimation du nouveau-né <u>Session 6</u> ; Soins du nouveau-né de FPN <u>Session 7</u> : Sepsis néonatal DEMONSTRATION REANIMATION DU NNE | MODULE E : SOINS DU POSTPARTUM <u>Session 10</u> : Soins du postpartum LES PARTICIPANTS S'EXERCENT SUR LES DIFFERENTES COMPETENCES : <ul style="list-style-type: none"> - GATPA - COMPRESSION ABDOMINALE AORTE - COMPRESSION BIMANUELLE – - TAMPONADE | EVALUATION/VALIDATION DES DIFFERENTES COMPETENCES SUR MODELES ANATOMIQUES | PRATIQUE SUR LE TERRAIN | Synthèse de pratique sur le terrain EVALUATION DE LA FORMATION CLOTURE DE LA FORMATION |
| 17h | RECAPITULATIF EVALUATION JOURNEE | RECAPITULATIF EVALUATION JOURNEE | RECAPITULATIF EVALUATION JOURNEE | | |
| | Lecture : | | | | |

NB pour la pratique : repartir les apprenants en salle de travail, urgence obstétricale et soins du post partum

II. QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES

A. COMMENT LES RESULTATS SERONT-ILS UTILISES ?

Le principal objectif du **Questionnaire préalable des connaissances** est d'aider aussi bien le **formateur** que le **participant** alors qu'ils commencent à travailler ensemble en évaluant ce que les participants, individuellement et en groupe, savent à propos des thèmes ou du contenu du stage. Ainsi, le formateur peut retenir des thèmes sur lesquels il faudra insister davantage pendant le stage. La communication, aux participants, des résultats de l'évaluation préalable leur permet de se concentrer sur leurs besoins d'apprentissage individuel. De plus, les questions informent les participants du contenu qui sera présenté pendant le stage. Les questions sont présentées sous le format vrai-faux.

Un formulaire spécial, la **Matrice d'évaluation individuelle et collective**, est donné pour noter les résultats de tous les participants au stage. En utilisant ce formulaire, le formateur et les participants peuvent rapidement porter sur leur graphique le nombre de réponses correctes pour chacune des questions. Examinant les données de la matrice, le groupe peut facilement déterminer ses points forts et ses points faibles et voir ensemble avec le formateur comment utiliser au mieux le temps alloué par le stage pour arriver aux objectifs de formation souhaités.

Pour le formateur, les résultats du questionnaire permettront de cerner les thèmes particuliers sur lesquels il faudra peut-être insister pendant le stage. Par contre, pour les catégories où 85% ou plus des participants répondent correctement aux questions, le formateur pourra utiliser une partie de ce temps à d'autres fins.

B. Questionnaire

Instructions : Dans l'espace fourni, écrire un **V** majuscule si la phrase est **vraie** ou un **F** majuscule si la phrase est **fausse**.

| PREVENTION DES INFECTIONS | V/F |
|---|-----|
| 1. Le lavage des mains est indiqué avant et après l'examen d'une cliente | |
| 2. Immerger les instruments souillés dans une solution chlorée à 0,5%, pendant 10 minutes, tue rapidement les virus de l'hépatite B et le VIH | |
| SOINS ESSENTIELS DE BASE AU NOUVEAU NE | |
| 3. L'approche décisionnelle aide le personnel soignant à recueillir les informations de manière organisée | |
| 4. Les soins du bébé à la naissance consistent à rechercher les réflexes archaïques | |
| SOINS AUX NOUVEAUX NES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE | |
| 5. Faire porter beaucoup de vêtements au bébé de faible poids de naissance ou prématuré est la méthode la plus efficace | |

| | |
|---|--|
| et la plus facile de le tenir au chaud | |
| 6. La méthode du Bébé Kangourou consiste à mettre le bébé en contact peau à peau sur la poitrine d'une personne en permanence pour son élevage | |
| REANIMATION DU NOUVEAU NE | |
| 7. Prendre le bébé par les pieds « tête en bas »et taper légèrement son dos est une bonne pratique de réanimation | |
| 8. On peut réanimer le nouveau-né sans avoir recours à l'oxygène | |
| 9. Mettre un peu d'alcool dans le nez du nouveau-né tout en le frappant stimule la respiration | |
| HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE | |
| 10. Le sulfate de magnésie est utilisé dans la prévention d'une pré-éclampsie modérée | |
| 11. La dose de charge dans la prise en charge de l'éclampsie correspond à la dose d'attaque | |
| 12. L'hypertension gestationnelle peut être associée à des protéines dans l'urine | |
| 13. Les signes et symptômes présents de l'éclampsie sont les suivants : convulsions, tension artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 2+ ou plus | |
| 14. Une femme enceinte qui a des convulsions devrait être protégée pour qu'elle ne se blesse pas. Il faut déplacer les objets qui se trouvent autour d'elle | |
| HEMORRAGIE DU POST PARTUM | |
| 15. L'hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l'accouchement | |
| 16. Un faible saignement continu ou un saignement soudain après l'accouchement demande une intervention rapide et active. | |
| 17. Si le col est dilaté dans le cas d'une hémorragie (secondaire) du post-partum, il faudra procéder à la dilation et au curetage pour évacuer l'utérus. | |
| 18. La compression bi manuelle est une technique pour prendre en charge l'hémorragie du postpartum | |
| PRISE EN CHARGE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT | |
| 19. La prise en charge active de la troisième période de l'accouchement devrait se faire uniquement avec des femmes qui ont des antécédents d'hémorragie du post-partum. | |
| 20. En cas de rétention placentaire, si le placenta n'est pas délivré après 30 minutes de l'administration d'ocytocine, de traction mesurée sur le cordon et si l'utérus est contracté, il faudra essayer une traction sur le cordon et appliquer une pression fundique | |

III. QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE

A. UTILISATION DU QUESTIONNAIRE

Cette évaluation des connaissances a pour objet d'aider le participant à suivre ses progrès tout au long du stage. A la fin du stage, tous les participants devraient arriver à une note au moins égale à 85%.

Le questionnaire devrait être administré au moment du stage où tout le contenu a été présenté. Un résultat de 85% de réponses correctes ou plus indique que le participant maîtrise les connaissances présentées dans le ou les manuel(s) de référence. Pour ceux qui obtiennent moins de 85% lors du premier essai, le formateur clinique devrait revoir les résultats avec le participant individuellement et le guider à utiliser le ou les manuel(s) de référence pour apprendre l'information nécessaire. Les participants qui obtiennent moins de 85% peuvent remplir à nouveau le questionnaire, à n'importe quel moment pendant le restant du stage. Le test ne sera répété que lorsque le participant aura eu le temps suffisant pour utiliser le ou les manuel(s) de référence.

B. QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-FORMATION

Instructions : Marquer la lettre de la **meilleure** réponse à chaque question dans l'espace prévu à côté du numéro correspondant de la fiche de réponses ci-jointe.

PREVENTION DES INFECTIONS

1. Le lavage des mains est indiqué

- a. Après avoir examiné une cliente
- b. Avant le port de gant
- c. Après avoir touché des instruments souillés
- d. Toutes les réponses sus citées

2. Pour la décontamination, le matériel souillé doit être immergé dans une solution chlorée pendant :

- a. 20mn
- b. 10mn
- c. Toute la nuit
- d. 2mn

SOINS ESSENTIELS DE BASE AU NOUVEAU NE

3. L'approche décisionnelle aide le personnel soignant à

- a. Recueillir les informations de manière organisée
- b. Utiliser ces informations pour qu'un problème ou un besoin soit correctement identifié
- c. Ne prodiguer que les soins et traitements nécessaires et adéquats
- d. Tous les éléments sus mentionnés

4. Les soins immédiats au nouveau comprennent les points suivants sauf, un lequel ?

- a. Sécher le bébé rapidement et le couvrir d'un linge propre
- b. Vérifier la respiration
- c. Rechercher les réflexes archaïques
- d. Encourager la mère à mettre bébé au sein

SOINS AUX NOUVEAUX NES DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

5. Le bébé de faible poids de naissance ou prématuré doit être continuellement au chaud. Une des méthodes la plus efficace et la plus facile est de :

- a. Mettre le bébé dans une couveuse ;
- b. Mettre bébé en contact « peau à peau » avec la mère.

- c. Faire porter beaucoup de vêtements chauds au bébé.
- d. Tous les éléments sus mentionnés

6. La méthode kangourou consiste à :

- a. Envelopper le nouveau-né de faible poids de naissance dans une couette chaude
- b. Mettre le nouveau-né de faible poids de naissance sur le dos
- c. Porter en permanence le nouveau-né de faible poids de naissance peau contre peau avec la mère
- d. Mettre le nouveau - né peau à peau avec sa mère 2 fois par jour

REANIMATION DU NOUVEAU NE

7. Laquelle des techniques suivantes, peut aider le nouveau-né à respirer :

- a. Mettre un peu d'alcool dans son nez tout en le frappant
- b. Le prendre par les pieds « tête en bas » et taper légèrement son dos.
- c. Positionner la tête en légère extension, libérer les voies aériennes et ventiler
- d. L'asperger d'eau froide alternée à de l'eau chaude

8. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en :

- a. Plaçant le nouveau-né en contact peau-à-peau sur la poitrine de la mère et en couvrant le corps et la tête du nouveau-né
- b. Enveloppant de manière bien serrée le nouveau-né dans une couverture chaude
- c. En enveloppant sans serrer le nouveau-né dans une couverture chaude
- d. En baignant le bébé dans de l'eau chaude

9. Tous les éléments suivants sont des signes de danger pour le nouveau-né sauf un, lequel ? :

- a. Cordon rouge ou drainant du pus
- b. Pieds bords
- c. Les yeux gonflés, collant ou drainant du pus
- d. Convulsions

HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE

10. Une tension artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d'une :

- a. Pré éclampsie modérée
- b. Hypertension chronique
- c. Pré éclampsie légère surajoutée
- d. Hypertension gestationnelle

11. Le sulfate de magnésie est utilisé :

- a. Dans la prévention d'une pré-éclampsie modérée
- b. Dans la prise en charge d'une hypertension gestationnelle
- c. Dans la prise en charge d'une éclampsie.
- d. Dans la prise en charge d'une éclampsie et aussi d'une pré éclampsie sévère

12. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent :

- a. La pré éclampsie
- b. L'hypertension chronique
- c. La pyélonéphrite
- d. Aucun des éléments susmentionnés

13. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l'entremise de :

- a. une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse
- b. une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse

- c. injections simultanées IV et IM
- d. embol intraveineux de médicaments, suivi par injection profonde en IM dans chaque fesse.

14. Un médicament antihypertenseur devrait être administré pour l'hypertension dans le cas où la tension est :

- a. Egale à 90 mm Hg
- b. Entre 100 et 110 mm Hg
- c. A partir de 110 mm Hg
- d. Aucun des chiffres sus mentionnés

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

15. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à :

- a. Un utérus atone
- b. Un traumatisme du tractus génital
- c. La rétention placentaire
- d. Tous les éléments susmentionnés

16. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d'hémorragie immédiate du post-partum devant :

- a. Placenta complet et utérus contracté
- b. Placenta incomplet et utérus contracté
- c. Placenta complet et utérus atone
- d. Placenta incomplet et utérus atone

17. Lorsqu'on exécute une compression de l'aorte abdominale pour contrôler l'hémorragie du post-partum, le point de la compression est :

- a. Juste en dessous et légèrement à droite de l'ombilic
- b. Juste en dessous et légèrement à gauche de l'ombilic
- c. Juste au-dessus et légèrement à droite de l'ombilic
- d. Juste au-dessus et légèrement à gauche de l'ombilic

18. Pour la délivrance artificielle :

- a. Administrer de l'ergométrine avant la procédure
- b. Donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
- c. Placer une main sur l'utérus et utiliser l'autre main pour appliquer une traction sur le cordon
- d. Introduire une main dans l'utérus et de l'autre empaumer le fond utérin à travers l'abdomen

GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT

19. La prise en charge du troisième stade du travail est destinée :

- a. Aux femmes qui ont un antécédent d'hémorragie
- b. Aux femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance
- c. A toutes les femmes qui accouchent
- d. Toutes les réponses ci-dessus sont justes

20. Pour la prise en charge active du troisième stade du travail il faut suivre les étapes suivantes :

- a. Injecter l'ocytocine en IM, masser l'utérus, faire une traction contrôlée du cordon
- b. Faire une traction contrôlée du cordon, injecter l'ocytocine en IM, masser l'utérus
- c. Masser l'utérus, injecter l'ocytocine en IM, faire une traction contrôlée du cordon
- d. Injecter l'ocytocine en IM, faire une traction contrôlée du cordon, masser l'utérus

C. FICHE DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE A MI FORMATION

Nom de famille et prénom.....Score

PREVENTION DES INFECTION

1-----

2-----

SOINS ESSENTIELS DE BASE AU NOUVEAU-NE

3-----

4-----

SOINS AU NOUVEAU-NE DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

5-----

6-----

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

7-----

8-----

9-----

HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE

10-----

11-----

12-----

13-----

14-----

HEMORRAGIE DU POST PARTUM

15-----

16-----

17-----

18-----

GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT

19-----

20-----

MODULE INTRODUCTIVE

I. SESSION RAPPEL SUR LA PREVENTION DES INFECTIONS ET UTILISATION DU PARTOGRAMME

Cette session rappellera aux apprenants les normes de prévention des infections et aussi l'utilisation du partogramme lors de la surveillance du travail

A. PREVENTION DES INFECTIONS

a. BUT

- Fournir au personnel de santé les connaissances et compétences nécessaires pour établir et/ou améliorer les pratiques de PI lors des prestations de soins

b. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de cette session les participants devraient être capables de. :

1. Expliquer les principes fondamentaux de la prévention des infections;
2. Enoncer les indications du lavage des mains ;
3. Pratiquer les étapes du lavage simple des mains ;
4. Déterminer quand faut- il porter des gants ;
5. Expliquer les différents modes de traitement des instruments.

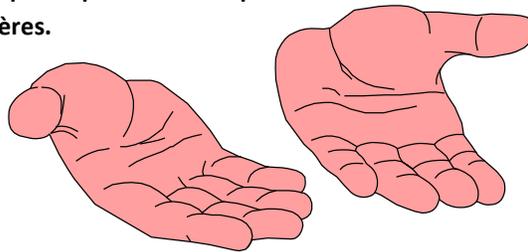
c. LECONS

PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PI

- Chaque personne (client ou personnel) a un risque d'être infectieux.
- Se laver les mains, technique la plus pratique pour prévenir la contamination croisée (d'une personne à l'autre)
- Porter des gants avant de toucher :
 - Tout ce qui est mouillé
 - Une peau lésée
 - Des muqueuses
 - Du sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions)
 - Des instruments souillés et autres articles
- Utiliser des barrières physiques (lunettes de protection, masques et tabliers) en cas d'éclaboussures de tout liquide organique (sécrétions ou excréctions)
- Utiliser des méthodes de travail sans risques :
 - Ne pas récapuchonner ou tordre les aiguilles
 - Passer les instruments tranchants avec précaution
 - Jeter les déchets médicaux avec les précautions qui s'imposent
- Isoler les patients au cas où l'on ne puisse pas les protéger contre les sécrétions (aéroportées) ou les excréctions (urine ou matières fécales)
- Traiter les instruments et autres articles en utilisant les pratiques recommandées de prévention des infections
- Eliminer correctement les déchets

L'observation des pratiques de prévention de l'infection indiquées protégera l'enfant, la mère et les dispensateurs de soins de toute infection. Elle aidera également à prévenir la propagation des infections.

Le lavage des mains : mesure simple et peu coûteuse pour éviter la contamination croisée et réduit de plus de 50% le risque de survenue des infections hospitalières.



Le lavage des mains est indiqué

- Avant et après avoir examiné une patiente (contact direct)
- Après avoir retiré les gants car les gants peuvent avoir des trous
- Après avoir touché au sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions), même si l'on porte des gants

2 types de lavage des mains :



LAVAGE SIMPLE



LAVAGE CHIRURGICALE

ETAPES DU LAVAGE SIMPLE DES MAINS

- Utiliser un savon simple ou antiseptique
- Se frotter vigoureusement les mains pendant 10 à 15 secondes
- Rincer avec de l'eau courante d'un robinet ou d'un seau
- Se sécher les mains avec une serviette propre ou à l'air



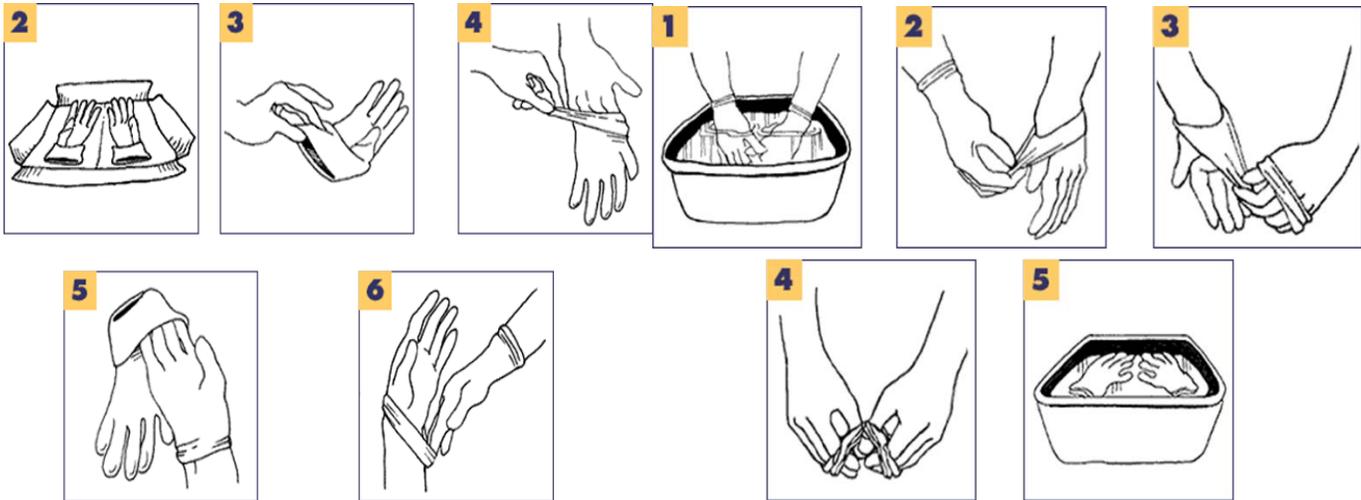
FICHE APPRENTISSAGE LAVAGE DES MAINS

| Lavage simple de mains | Cas | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|
| Faire appel à une autre personne pour aider (surtout en cas d'absence d'eau courante) | | | | | |
| Disposer de seau (rempli d'eau) et autre récipient vide pour accueillir l'eau usée et de gobelet | | | | | |
| Enlever tout bijou des doigts et avant-bras. Enrouler les manches de chemise | | | | | |
| Demander à l'aide pour verser de l'eau sur les mains et les avant-bras/mouiller | | | | | |
| Savonner les mains et les avant-bras | | | | | |
| Bien frotter les paumes, les espaces interdigitaux pendant au moins 1 minute | | | | | |
| Bien rincer les mains et les avant-bras en prenant garde que l'eau ruisselle de haut vers le bas (paume en haut) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Essuyer les mains avec une serviette propre ou laisser sécher à l'air libre | | | | | |
| Remarque: on n'utilise pas de brosse pour un lavage simple | | | | | |

PORTER DES GANTS :

- Lorsqu'on effectue une procédure dans le service ou en salle d'opération
- Lorsqu'on manipule des instruments, gants ou autres articles souillés
- Lorsqu'on évacue les déchets contaminés (coton, gaze ou pansements)
- Utiliser une nouvelle paire de gants pour chaque client afin éviter la contamination croisé

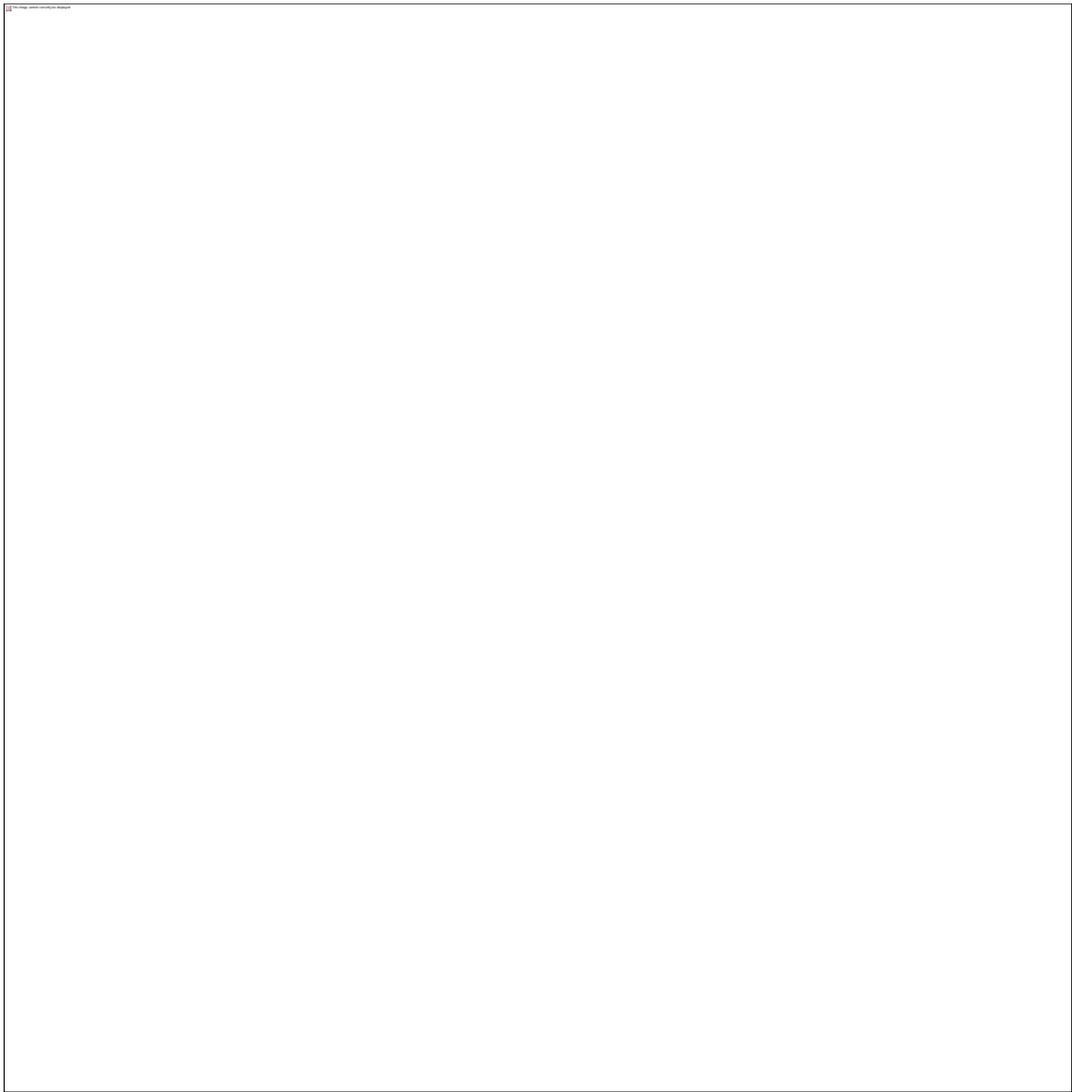


Comment mettre les gants

Comment enlever les gants

TRAITEMENT DES INSTRUMENTS :

- Décontamination : Tremper objets souillés pendant 10mn dans solution chlorée à 0,5%
- Nettoyage : Nettoyer soigneusement les instruments à l'aide d'une brosse et de l'eau savonneuse
- DHN : détruire tous les micro-organismes sauf certaines endospores bactériennes; Méthode acceptable seulement si la stérilisation fait défaut
- Stérilisation : Détruit tous les microorganismes y compris les endospores



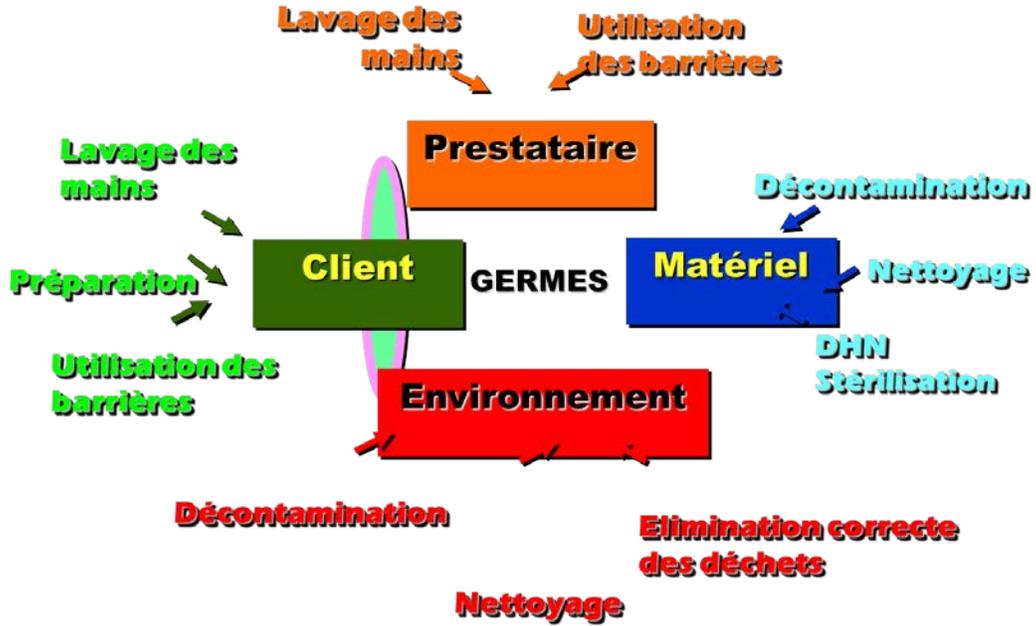
PRATIQUE DE LA PI EN SMN



- Mains propres

- Surfaces et linges propres
- Ciseaux propres pour le cordon
- Ligature propre pour le cordon
- Cordon propre et sec jusqu'à cicatrisation

RESUME DE LA PREVENTION DES INFECTIONS



B. PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

a. BUT ET CONTENU

La protection de l'environnement est un souci majeur actuellement, vu son impact sur la santé. Le projet adhère à cette préoccupation. Son implication ne se manifeste pas vraiment à dispenser une formation en la matière mais à amener les participants aux formations organisées par le projet à respecter certaines règles concernant cette protection de l'environnement.

b. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de cette session et tout au long de la formation, les participants devraient être capables de mettre en pratique les règles de protection de l'environnement selon leurs possibilités

c. LECON

CHECKLIST : Établissement des priorités environnementales

Prévention et réduction des déchets

- Se concentrer sur la limitation de déchets car le pays est limité en structure de recyclage
- Utiliser un support à contenu recyclé imprimable recto verso - si possible – pour les matériels de promotion et les documents à distribuer
- Évitez de distribution de masse de documents : permettre aux participants de demander des copies ou de fournir des copies numériques/électroniques (CD, flash disk ou via site Web).
- Fournir de badge réutilisable
- Acheter de grande bouteille plastique d'eau à repartir dans de verres à chaque table au lieu de petite bouteille individuelle

Recyclage et gestion de déchets

- Là où des installations de recyclage existent, collecter les papiers et les bouteilles de boisson recyclable des lieux de réunion
- Collecter les cartons et papier de lieu d'exposition
- Collecter les cartons, les bouteilles, les cannettes métalliques et plastiques dans les magasins ou grandes surfaces.
- Séparer les déchets organiques pour le compost, fournir de lignes directrices pour le compostage dans les conférences
- Si de bouteilles de boisson réutilisables ne sont pas disponibles, encourage l'utilisation de contenants

Conservation d'énergie et réduction du trafic

- Utiliser de lieux de réunion ou d'exposition naturellement éclairés
- Offrir un service de navette d'hôtels pour le site de l'événement.
- Choisir de lieux de réunion avec possibilité d'hébergement des participants

Contracter les services de restauration et d'hébergement

- Planifier la quantité de nourriture selon les besoins afin d'éviter le gaspillage.
- Envisager l'utilisation de service réutilisable au lieu de produits jetables.
- Faire un don de surplus alimentaires aux organismes de bienfaisance, en le spécifiant dans le contrat du traiteur
- Parler avec l'hôtel sur le remplacement non systématique des nappes, des linges, de savon, etc.

Acheter des produits faisant la promotion de respect de l'environnement

- Utiliser du papier recyclé pour les matériels de publicité et des documents à distribuer, lorsqu'elles sont disponibles.
- Envisager de vendre ou de fournir des contenants réutilisables pour les boissons.
- Fournir des contenants réutilisables pour donner ou les échantillons (porte document ou un fichier, sacs en tissu).
- Où les éléments réutilisables ne sont pas réalisables, sélectionnez les produits qui sont fabriqués à partir de matériaux récupérés et qui peuvent également être recyclés.

Education des participants et présentateurs

- Demander l'utilisation des documents à emporter en matière recyclé et recyclable
- Demander que les matériels non utilisés soient collectés et à utiliser pour un autre évènement

- Encourager les participants à recycler les matériels
- Récompenser la participation à communiquer les actions effectuées pour l'environnement

(Checklist adopted from the US EPA guidance "It's Easy Being Green! A Guide To Planning And Conducting Environmentally Aware Meetings And Events", EPA530-K-96-002, September 1996, <http://www.greenbiz.com/files/document/O16F2392.pdf>)

C. PARTOGRAMME

a. BUT

Cette session permettra aux participants de se rappeler de l'importance du partogramme comme étant un outil de surveillance de l'évolution du travail lors d'un accouchement.

b. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, les participants devraient être capables de :

1. identifier les éléments à consigner dans un partogramme ;
2. utiliser le partogramme pour suivre l'évolution du travail.

c. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'UTILISATION DU PARTOGRAMME

| FICHES D'APPRENTISSAGE POUR L'UTILISATION DU PARTOGRAMME | | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHE | OBSERVATIONS | | | | |
| SE PREPARER | | | | | |
| 1. Préparer l'équipement nécessaire. | | | | | |
| 2. Dire à la femme et à la personne qui l'accompagne ce qui va être fait et les encourager à poser des questions. | | | | | |
| 3. Ecouter ce que disent la femme et la personne qui l'accompagne. | | | | | |
| REEMPLIR LE PARTOGRAMME | | | | | |
| 1. Ecrire les informations suivantes en haut du partogramme : <ul style="list-style-type: none"> · Nom · Geste · Pare · Numéro de l'hôpital ou numéro d'inscription · Date d'admission · Heure d'admission · Heure à laquelle les membranes se sont rompues | | | | | |
| 2. Enregistrer le battement du cœur fœtal toutes les demi-heures dans l'espace prévu à cet effet : <ul style="list-style-type: none"> · Ecouter le cœur fœtal immédiatement après le moment le plus fort d'une contraction avec la femme allongée sur son dos. · La fourchette pour les battements du cœur fœtal pendant l'accouchement est de 100 à 180 battements par minute. | | | | | |
| 3. Enregistrer l'état du liquide amniotique, après chaque examen vaginal dans l'espace prévu à cet effet : <ul style="list-style-type: none"> · I: membranes intactes · C: membranes rompues, liquide amniotique clair · M: liquide amniotique teinté de méconium · S: liquide amniotique teinté de sang | | | | | |
| 4. Enregistrer le modelage du crâne fœtal après chaque examen vaginal dans l'espace prévu à cet effet : <ul style="list-style-type: none"> · 1: sutures apposées · 2: sutures se chevauchant mais réductibles | | | | | |

FICHES D'APPRENTISSAGE POUR L'UTILISATION DU PARTOGRAMME

| ETAPE/TACHE | OBSERVATIONS | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · 3: sutures se chevauchant et non réductibles | | | | | |
| <p>5. Tracer la dilatation cervicale avec un « X » dans l'espace prévu à cet effet, en l'évaluant à chaque examen vaginal.</p> <ul style="list-style-type: none"> · commencer à tracer à 4 cm · Joindre les « X » avec un trait. · Lorsque le travail progresse normalement, le tracer de la dilatation du col reste sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci. · Si le tracer de la dilatation du col se déplace vers la droite de la ligne d'alerte, il se peut que le travail soit prolongé et il faut planifier pour une intervention appropriée si c'est nécessaire. | | | | | |
| <p>6. Tracer la descente de la tête fœtale avec un « O » dans l'espace prévu à cet effet.</p> <ul style="list-style-type: none"> · la descente est évaluée par un examen abdominal avant chaque examen vaginal · la descente fait référence à la partie de la tête (divisée en 5 parties) qui est palpable au-dessus de la symphyse pubienne · Joignez les « O » par un trait. | | | | | |
| <p>7. Enregistrer l'heure et les observations dans l'espace prévu à cet effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> · L'heure d'admission est enregistrée comme heure zéro et l'heure réelle du jour sous celle-ci. | | | | | |
| <p>8. Enregistrer les contractions utérines, toutes les demi-heures, dans l'espace prévu à cet effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Remplir un carré horizontal pour chaque contraction sentie dans une période de 10 minutes · Utiliser des pointillés pour remplir les carrés pour les contractions faibles durant moins de 20 secondes · Utiliser des lignes diagonales pour remplir les carrés pour des contractions modérées durant de 20 à 40 secondes · Utiliser des couleurs pleines pour remplir les carrés pour les contractions fortes durant plus de 40 secondes. · Dans la phase latente, il faut une contraction ou plus dans une période de 10 minutes, chaque contraction durant 20 secondes ou plus. · Dans la phase active, il faut deux contractions ou plus pendant une période de 10 minutes, chaque contraction durant 20 secondes ou plus. | | | | | |
| <p>9. Marquer si l'on utilise de l'ocytocine, des médicaments et du liquide intraveineux dans l'espace prévu à cet effet.</p> | | | | | |
| <p>10. Enregistrer la tension artérielle de la femme toutes les quatre heures dans l'espace prévu à cet effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Enregistrer plus fréquemment si la tension artérielle est élevée. | | | | | |
| <p>11. Enregistrer le pouls de la femme toutes les demi-heures dans l'espace prévu à cet effet.</p> | | | | | |
| <p>12. Enregistrer la température de la femme toutes les deux heures dans l'espace prévu à cet effet.</p> | | | | | |
| <p>13. Enregistrer le débit urinaire de la femme toutes les 2 à 4 heures dans l'espace prévu à cet effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tester l'urine pour la protéinurie et la cétone et enregistrer les résultats. | | | | | |
| <p>14. Enregistrer les détails de l'accouchement à droite de la ligne d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Type d'accouchement · Heure et date de l'accouchement · Poids de naissance | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| Urine | Protéine | | | | | | | | | | | |
| | Volume | | | | | | | | | | | |
| | Cétone | | | | | | | | | | | |

Etude de cas

Cas n° 1

Mme AD une multipare (G2+P1) âgée de 18 ans, présentée en salle de travail à 6 heures avec un historique de douleurs abdominales basses. Elle est à 38 semaines de grossesse. Elle a un historique d'une heure de rupture spontanée de la poche des eaux. Sa tension artérielle était de 120/70mmHg, le pouls 88/minute et la température 37°C. L'examen abdominal a révélé 3 contractions en 10 minutes et chaque contraction durait 35 secondes. Le fœtus était en position longitudinale et la tête fœtale était à 3/5, à la palpation de l'abdomen. Le RCF 144/min. Le toucher vaginal montrait une dilatation du col de 4cm.

Questions :

Quelle est la conduite à adopter?

Attendez-vous à une phase active du travail, commencez le partogramme. Permettez aux participants d'entrer les données le cas échéant.

Information complémentaire Cas n° 1 (Notez-le sur le tableau flipchartt)

- à 8 heures
- RCF : 146/min
- Liquide clair
- Col : dilatation 8cm
- Tête : 2/5 palpable
- Contractions : 4 en 10 mn et chaque contraction durait 45 s

Questions

- Entrez les données sur le partogramme
- Nécessite une quelconque action?
- Espérez : bon progrès, alors continuez l'observation et anticipez l'accouchement.

Cas n° 2

Mme DG, une primigeste âgée de 19 ans qui a eu un travail spontané est admise à l'hôpital avec une dilatation du col à 5cm, le RCF 140/min, la température 37.30C, la TA 130/70mmHg et le pouls 80/min. Les membranes sont intactes à son admission. Position longitudinale, présentation céphalique. Mme DG fut en salle de travail pendant 10 heures.

Le tableau résume sa progression :

| | Col | Contractions | RCF | Liquide | Tête | Modelage de la tête |
|---------------------------|-----|---------------|-----|---------------------------------------|------|---------------------|
| Admission 6 heures | 5cm | 3 en 10 -40 s | 140 | Membranes intactes | 4/5 | 0 |
| 10 heures | 5cm | 2 en 10 -20 s | 146 | Rupture artificielle des membranes-cl | 3/5 | 0 |
| Midi | 8cm | 2 en 10- | 140 | clair | 2/5 | 0 |

| | | | | | | |
|-----------|-----|----------------|-----|-------|-----|---|
| | | 10 s | | | | |
| 14 heures | 9cm | 2 en 10 -20sec | 144 | clair | 2/5 | 0 |

Les signes vitaux de la mère sont restés normaux pendant tout ce temps.

Tracez les renseignements sur le partogramme.

Après chaque tracé (6 heures, 10 heures, midi, 14 heures)

- Demandez aux participants quand sera la prochaine évaluation. Discutez de savoir à quelle fréquence on doit répéter un toucher vaginal (différentes réponses possibles!)

Questions

Commentez le partogramme

Quelles sont les actions requises?

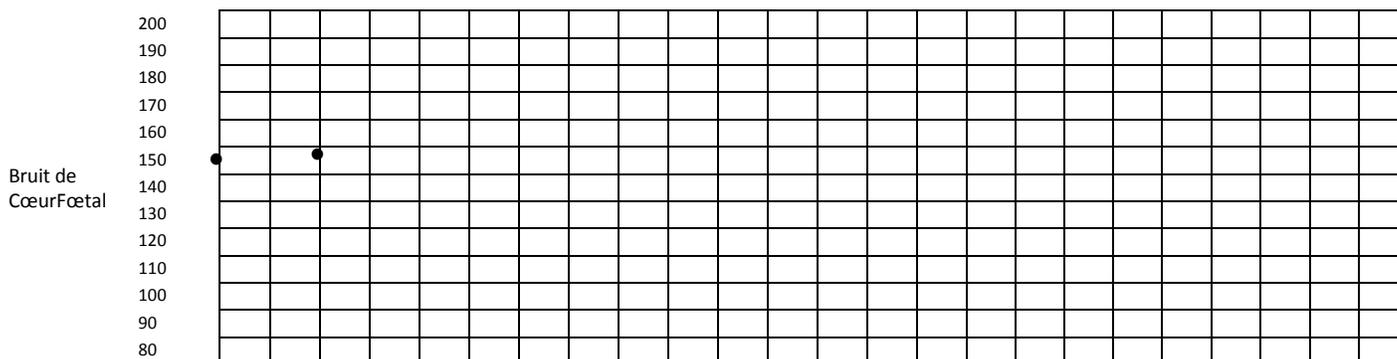
- Augmentez le travail avec une injection d'ocytocine
- Envisagez une analgésie. Qu'est ce qui est disponible localement? Qu'administre-t-on réellement pour soulager les douleurs pendant le travail?

Commentaires **brevs** sur le moment d'effectuer des contrôles complémentaires après l'administration de l'ocytocine

REPONSES DES ETUDES DE CAS

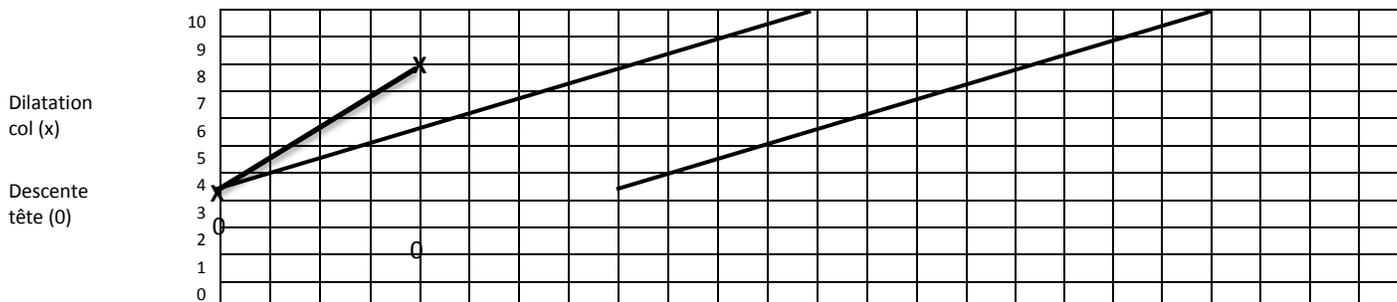
REPONSE 1

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|----------|----|--------|--------|
| Nom: AD | Gestité: 2 | Parité:1 | | Numéro | |
| Date Admission : 11/02/2012 | Heure admission | 6h | RM | 6 | Heures |



Liquide Amniotique
Chevauchement

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



MODULE A : SOINS ESSENTIELS AUX NOUVEAUX NES

I. SESSION 1: Approche décisionnelle

A. BUT ET CONTENU

Pour identifier les problèmes et les besoins du nouveau- né, on utilise fréquemment une procédure par étapes appelée « approche décisionnelle ».

Cette procédure aidera les prestataires à utiliser leur savoir et leurs compétences pour prendre des décisions en matière de soins au nouveau- né.

Cette session permettra aux participants d'utiliser ce processus et par la même occasion d'avoir un processus de réflexion organisé aboutissant à des soins réfléchis, sûrs et efficaces.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. identifier les étapes de l'approche décisionnelle ;
2. appliquer cette approche pour la prise en charge du nouveau- né

C. INTRODUCTION A L'APPROCHE DECISIONNELLE

L'approche décisionnelle aidera les prestataires à utiliser leur savoir et leurs compétences pour prendre des décisions en matière de soins au nouveau -né. Certains prestataires connaissent ce concept, car elles utilisent les notes SOAP (Eléments subjectifs, éléments objectifs, appréciation et plan), la prise de décision clinique ou une variante de ces méthodes. Cette approche par étape implique un processus de réflexion organisé, aboutissant à des soins réfléchis, sûrs et efficaces.

La résolution des problèmes par l'adoption d'une procédure par étapes présente trois avantages :

1. Elle aide le prestataire de soins de santé à recueillir les informations de manière organisée
2. Elle l'aide à utiliser ces informations pour qu'un problème ou un besoin soit correctement identifié
3. Elle aide le personnel soignant à ne prodiguer que les soins et traitements nécessaires et adéquats

Les étapes de l'approche décisionnelle sont les suivantes :

Etape 1 : Réunir les observations médicales

Etape 2 : Procéder à un examen physique

Etape 3 : Identifier les besoins ou les problèmes éventuels

Etape 4 : Echauffer/élaborer un programme de soins pour répondre aux soins et aux problèmes

Etape 5 : Procéder à un suivi pour apprécier le programme de soins

APPROCHE DECISIONNELLE

1. L'historique : Les antécédents
2. L'examen : Les conclusions de l'examen physique, les résultats des tests en laboratoire, s'il y a lieu.
3. Les problèmes : Les problèmes non résolus et les besoins non satisfaits (si la nature du problème n'est pas évidente, les symptômes doivent alors être énumérés ici.)

4. Programme de soins : Pour chaque problème non résolu ou besoin non satisfait, le programme doit inclure :
 - Les conseils et les instructions données
 - Les traitements administrés
 - Les médicaments donnés ou prescrits
 - Les tests en laboratoire ou les examens supplémentaires prescrits
 - Les orientations vers un spécialiste
5. Suivi : Date de la prochaine visite de suivi

PRATIQUE DE L'APPROCHE DECISIONNELLE : CAS CLARA

ETAPE 1 : REUNIR LES OBSERVATIONS MEDICALES

Dorothee, la mère, amène Clara, le bébé, chez le prestataire de soins de santé.

La mère dit : « je suis inquiète car Clara a des rougeurs sur la peau. »

Q : En appliquant les étapes de l'approche décisionnelle, qu'est-ce que vous allez faire ?

R : Réunir les informations médicales

- Regarder les dossiers médicaux éventuels
 - o Carnet ou autre : *la maman n'a rien amené*
 - o Registre clinique : *4 examens prénataux et un accouchement normal, sans problème particulier.*
- Interrogatoire
 - o Quand et où Clara est-elle née ?
 - o Quel était son poids à la naissance ?
 - o Racontez-moi la naissance de Clara et les traitements prescrits
 - o Quand les éruptions cutanées ont-elles débuté ?
 - o Ont-elles empiré ?
 - o Avez-vous tenté quelque chose pour soigner les rougeurs du bébé ?
 - o Clara mange-t-elle bien ?
 - o Clara dort-elle entre les tétées et réclame-t-elle le sein en se réveillant ?
 - o Clara est-elle un bébé difficile ?
 - o Dites-moi à quelle fréquence Clara urine et défèque ?
 - o Y-a-t-il autre chose qui vous inquiète en ce qui la concerne ?
- Résultat de la première étape :

« Nourrisson d'une semaine, née dans l'hôpital régional, présentant une éruption que la mère a remarquée depuis 3 jours ; elle n'a donné aucun traitement. Le bébé s'alimente bien et dort bien, il urine et défèque normalement et n'est pas pénible. »

ETAPE 2 : PROCEDER A UN EXAMEN PHYSIQUE

Q : en réfléchissant aux conclusions de l'enquête sur Clara, quelle étape de l'approche décisionnelle allez-vous faire ?

R : Je me lave soigneusement les mains pour examiner le bébé comme suit :

- Prend la température du bébé ou l'évalue d'après le degré de chaleur de la poitrine
- Pèse le bébé, si possible
- Apprécie le teint du bébé pour voir s'il est rose, bleu, pâle ou jaune
- Cherche d'éventuelles pustules sur la peau, ouvre la couche pour voir les fesses, et écarte les replis de peau (cou, aisselles, zone de l'aîne) pour y rechercher des pustules
- Apprécier la propreté de la peau et des vêtements

- Regarde le cordon pour y détecter d'éventuelles rougeurs ou écoulements
- Regarde les yeux du bébé pour voir s'ils sont rouges, gonflés ou s'ils présentent des écoulements
- Observe l'activité du bébé et sa vivacité pendant l'examen

Après l'examen, je me lave à nouveau les mains et observe le bébé, pendant qu'il tète.

Je consigne les conclusions dans le dossier du bébé :

« Bébé vif et actif, qui tète bien ? Température axillaire = 36.2°C, poids 2.950 Kg (équivalent au poids de naissance). Les yeux sont clairs, le cordon a disparu, le nombril est propre et sec, le teint est rose. Il a cinq petites pustules à l'intérieur des plis de l'aîne et deux très petites sur la fesse gauche. La peau et les vêtements ne sont pas propres. »

Remarque :

- L'examen du bébé consiste à regarder, sentir, écouter et humer. Des tests en laboratoire peuvent aussi faire partie de l'examen, s'il y a lieu et si c'est faisable.
- **Examen complet**

Peu après la naissance, le prestataire de soins de santé procède à un examen physique complet du nouveau-né. Un examen physique complet peut révéler des problèmes que la mère n'a pas détectés.

- **Examen ciblé**

Lorsque par exemple une mère amène son bébé parce qu'il a un problème, un bref examen physique peut être effectué plutôt qu'un examen complet. Dans ce cas, l'examen physique ciblera un problème spécifique : Le « problème énoncé »

- **Test en laboratoire ou autres investigations**

Procéder aux tests en laboratoire et aux autres examens nécessaires (si possible)

ÉTAPE 3 : IDENTIFIER TOUS BESOINS OU PROBLEMES

En révisant les antécédents et les conclusions de l'examen physique de Clara, le constat est :

- *La mère s'inquiète de l'éruption cutanée*
- *Nombre réduit de pustules et aucune autre anomalie physique détectée lors de l'examen*
- *La peau et les vêtements ne sont pas propres (ce qui indique que les exigences de protection contre les infections ne sont pas respectées)*

Q : *comment allez – vous formuler les besoins et les problèmes ?*

R : « *Infection cutanée localisée observée ; l'hygiène laisse à désirer. La mère doit apprendre à discerner une infection cutanée bénigne d'une infection grave. La mère doit connaître les signes de danger du nouveau – né et savoir que faire dans ce cas. »*

Remarque :

- Chaque nouveau-né a besoin de soins essentiels. Ces besoins incluent la chaleur, la protection contre les infections et l'alimentation. Le prestataire de soins de santé constatera parfois que les parents ont besoin d'instructions sur la manière dont ils peuvent répondre aux besoins normaux de leur bébé. Les besoins insatisfaits aboutissent à des problèmes ; si le besoin de chaleur du nouveau-né n'est pas comblé, par exemple, il en résulte une hypothermie.
- Il est important que tous les problèmes et les besoins des mères ou des bébés soient pris en compte.
- Il est parfois difficile de déterminer la nature du problème. De nombreuses pathologies du nouveau-né ont des symptômes semblables ; les difficultés d'allaitement, par exemple, peuvent avoir de nombreuses causes : Infections respiratoires, sepsis, engorgement du sein ou prématurité.

ÉTAPE 4 : ÉLABORER UN PROGRAMME DE SOINS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX PROBLÈMES

Q : après avoir défini les besoins et les problèmes, à quoi consiste l'étape suivante ?

R : *il s'agit d'élaborer un programme pour répondre aux besoins de Clara. Dans ce cas-là, il faut seulement éduquer, conseiller et donner un traitement cutané ; Clara n'a pas besoin de prendre de médicaments ni d'être vue par un autre prestataire de soins ou spécialiste.*

Programme de soins :

- Rassurer la mère en lui expliquant que l'infection cutanée n'est pas grave et peut être traitée à la maison.
- Apprendre à la mère à laver les éruptions cutanées et à les traiter avec une solution de violet de gentiane
 - o Lui montrer comment procéder.
 - o La convier à faire de même pour vérifier qu'elle s'y prend bien.
- Expliquer à la mère qu'elle doit ramener Clara immédiatement si elle développe beaucoup d'autres pustules (plus de 10).
- Apprendre à la mère pourquoi et comment baigner son bébé régulièrement et à lui mettre des vêtements propres.
- Enseigner à la mère les signes de danger du nouveau-né et que faire si Clara en présente.
- Programmer une autre visite 2 à 3 jours plus tard pour voir où en sont l'éruption et l'hygiène du bébé.

Remarque : les éléments du programme de soins

Éducation

- Aider la famille à apprendre à se soigner.
- Enseigner à la mère les signes de danger en ce qui la concerne et pour son bébé.
- Apprendre à la mère à réagir à bon escient aux signes de danger.

Conseil

- Déterminez ce que la mère pense de son problème ou de celui de son bébé et la mesure que vous recommandez.
- Aidez-la à comprendre le besoin ou le problème.
- Déterminez si la mère peut faire ce que vous lui conseillez.
- Aidez-la à trouver des moyens de faire ce que vous lui conseillez ou d'autres approches qu'elle et sa famille peuvent adopter.
- Donnez-lui l'opportunité de discuter de ses questions et préoccupations.

Traitement médical

- Choisissez le médicament ou le traitement qui convient.

Orientation vers un spécialiste

- Si nécessaire, envoyer la mère et le bébé vers une structure mieux équipée pour qu'ils obtiennent de l'aide. Des soins compétents ou spécialisés, prodigués par des sages-femmes, des médecins et des hôpitaux peuvent sauver la vie du bébé ou celle de sa mère.
- La mère peut parfois avoir besoin d'une aide autre que médicale. Les programmes éducatifs, les services sociaux, les groupes de femmes ou les institutions caritatives peuvent éventuellement l'aider à répondre à ses besoins.

Suivi

Avant la fin de la visite, prenez rendez-vous pour une visite de suivi avec la mère pour voir si le programme de soins fonctionne. En programmant cette visite :

- Remerciez la mère d'être venue.
- Expliquez-lui pourquoi elle et son bébé doivent, le cas échéant, revenir vous voir.
- Assurez-vous qu'elle connaît bien les signes de danger du nouveau-né.

- Assurez-vous qu'elle sache quoi faire si elle détecte un signe de danger. Apprenez-lui qu'elle doit immédiatement solliciter des soins médicaux pour le bébé.
- Programmez la visite de suivi au moment recommandé par le tableau décisionnel.

ÉTAPE 5 : SUIVI POUR APPRÉCIER LE PROGRAMME DE SOINS

Q : *Laquelle est la dernière étape de prise en charge du bébé Clara ? Qu'est-ce que vous allez faire pendant cette dernière étape*

R : *il s'agit de faire le suivi pour apprécier le programme de soins :*

- Clara ayant une infection localisée, cette visite doit avoir lieu 2 à 3 jours plus tard.
- Félicite la mère d'être revenue avec Clara
- Apprécier si les directives ont été suivies et le résultat du programme
- Rappeler les conseils : signes de danger, respect des dates de visite post natales prévues, les vaccinations, la planification familiale.

ETUDE DE CAS

Clara est un bébé d'une semaine, née à l'Hôpital Régional de Référence. Sa température axillaire est de 36°. Son poids de naissance est de 2,850 kg. Son nombril est propre et sec. Le teint du bébé est rose et les yeux du bébé sont clairs. Clara tète bien ; elle urine et émet des selles normalement.

Dorothee la mère de Clara l'amène chez l'agent de santé. Elle s'inquiète car Clara présente cinq petites pustules à l'intérieur des plis de l'aîne et deux sur la fesse. La peau et les vêtements ne sont pas propres.

Travail à faire

A partir de ces données, identifier et expliquer les étapes que vous suivriez pour prendre en charge le bébé Clara.

Durée : 10 minutes

II. SESSION 2 : SOINS IMMEDIATS A LA NAISSANCE

A. BUT ET CONTENU

La plupart des bébés respirent et pleurent sans aide à la naissance. Les soins prodigués immédiatement à la naissance sont simples mais importants.

Pendant au moins neuf mois, le fœtus a vécu dans l'utérus à une température très élevée. Cette température doit être maintenue, approximativement pendant au moins le premier mois qui suit l'accouchement.

Cette session permettra aux participants de découvrir les étapes des soins immédiats du nouveau-né à la naissance.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. pratiquer en respectant les différentes étapes les soins immédiats à la naissance.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU NE

| LIEU: | DATE | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|
| ACTIONS/ÉTAPES | CAS/PERSONNES | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <u>PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE</u> | | | | | |
| 1. S'assurer que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées. S'assure que l'endroit où le nouveau - né sera pris en charge est chaud, sans courant d'air. (Allume le chauffage, s'il y en a et au besoin.) | | | | | |
| 2. Vérifier la disponibilité, la propreté/stérilité et la fonctionnalité du matériel y compris pour le matériel de réanimation | | | | | |
| 3. Parler à la mère pendant la vérification du matériel et lui explique ce qu'on va faire et pourquoi. | | | | | |
| 4. Préparer et étudier les dossiers/ formulaires selon recommandations du Ministère de la Santé. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier de soin prénatal, travail et accouchement de la mère ○ Recherche particulièrement le code VIH ○ Fiche d'enregistrement de nouveau-né, si disponible ○ Si le dossier est incomplet, recueillir des renseignements supplémentaires auprès de la mère | | | | | |
| 5. Porter une blouse et autres équipements de protection | | | | | |
| 6. Se laver les mains avec du savon et de l'eau, et les sèche à l'air ou avec une serviette individuelle stérilisée | | | | | |
| 7. Enfiler les gants stériles | | | | | |
| <u>ACCUEIL DU BEBE</u> | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir le bébé dans un linge sec et stérile /propre. Ne jamais le soulever par les pieds tête en bas. Le met en position déclive | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Annoncer l'heure de la naissance et le sexe du bébé | | | | | |
| <u>SECHAGE</u> | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Essuyer les sécrétions sur le visage, la bouche et le nez, si nécessaire. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sécher le bébé immédiatement et entièrement, et se débarrasse du linge mouillé. Pendant le séchage, vérifier la respiration et la couleur du bébé, et décider s'il est nécessaire de le réanimer. | | | | | |
| <u>SOIN DU CORDON OMBILICAL</u> | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Attendre jusqu'à ce que le cordon cesse de battre avant de le clamper et de le couper. Si la mère est séropositive et si le bébé ne respire pas et a besoin de réanimation, clamper et couper immédiatement le cordon. Ne jamais traire le cordon vers le bébé. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Clamper à 5 cm de l'abdomen du bébé, placer une deuxième pince à 2 cm du côté maternelle et sectionner le cordon entre les 2 pinces avec une paire de ciseaux stériles ou une lame de bistouri stérile | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une compresse de gaze stérile pour couvrir la portion pendant la section du cordon pour éviter les éclaboussures. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ligaturer le cordon ou mettre le clamp de Bar ou le nœud à 2 doigts (2-3cm) en s'assurant que le cordon est attaché fermement avec 2 à 3 nœuds. Vérifier la présence du saignement. Rattacher le cordon si nécessaire | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Appliquer une solution antiseptique au cordon, si telle est la recommandation/politique du centre de santé/Ministère de la Santé. Prendre soins d'appliquer l'antiseptique sur le bout et à la base du cordon. | | | | | |
| SOIN DES YEUX | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir l'œil du nouveau-né en séparant doucement les paupières supérieure et inférieure, ou en abaissant la paupière inférieure. Verser une goutte de collyre de tétracycline ou d'érythromycine dans l'œil. Pour les pommades, mettre un filon de pommade de l'angle interne vers l'angle externe en logeant l'intérieur de la paupière inférieure. Utiliser la même technique pour l'autre œil. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le compte-goutte ou le bout du tube ne touche pas les yeux du bébé ou d'autres objets. | | | | | |
| IDENTIFICATION DU BEBE (optionnel) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Placer deux étiquettes d'identification sur le poignet et sur la cheville du bébé. | | | | | |
| MAINTIEN DE LA TEMPÉRATURE DU BÉBÉ/PROTECTION THERMIQUE | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Si aucun soin d'urgence n'est requis, garder le bébé au chaud, en contact peau à peau sur la poitrine de la mère et en le couvrant d'un drap et d'une couverture propres. Si le bébé ne peut pas être mis en contact peau à peau avec sa mère (césarienne, mère malade, etc.), l'envelopper dans un drap et une couverture propres et secs, en prenant soin de lui couvrir la tête. Explique à la mère pourquoi la tête du bébé est couverte. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Vérifier la température axillaire du bébé à l'aide d'un thermomètre. (nettoyer avant et après utilisation avec un coton imbibé d'antiseptique) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Informez que le bain sera reculé de moins de 6 heures | | | | | |
| ADMINISTRATION DE VITAMINE K1 (1mg pour un bébé normal) (sur la base des recommandations du Ministère de la Santé) incluant la technique d'administration d'une injection intramusculaire sur le nouveau-né | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Expliquer la procédure à la mère et le fait que c'est nécessaire pour prévenir les saignements du bébé. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Rassembler les matériels nécessaires: seringue jetable, aiguille, médicament, liquide stérile approprié requis pour la dilution (au besoin), alcool/solution antiseptique, et compresse de gaze/coton propre, de préférence stérile | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Examiner soigneusement l'étiquette du médicament : appellation exacte, date d'expiration, instructions pour la dilution ou toutes les autres notes particulières. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Laver entièrement les mains avec du savon et de l'eau, les sèche à l'air libre ou essuie-mains propres en tissu/papier (utilise des gants dans les zones de forte prévalence de VIH) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prélever le volume de produit requis (0,1ml) dans une seringue à insuline/IDR | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Chasser la bulle d'air tout en tenant la seringue munie d'une aiguille pointée vers le haut et en poussant le barillet de la seringue. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ne toucher pas l'aiguille avec le tampon imbibé ou les doigts | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Exposer la cuisse du bébé et saisir le muscle antéro-latéral de la partie supérieure de la cuisse, nettoyer la peau avec l'antiseptique et le laisser sécher quelques secondes | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Introduire l'aiguille rapidement dans le muscle sans hésiter, aspirer un peu pour s'assurer que la pointe de l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Dire que faire si du sang entre dans la seringue: retirer l'aiguille et l'introduire à un nouvel endroit tout près du précédent. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Injecter lentement le médicament, retirer l'aiguille et appuyer doucement pendant un moment avec le tampon imbibé d'alcool et s'assurer qu'il n'y a aucun écoulement de sang | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| après retrait du tampon. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Se débarrasser de l'aiguille et de la seringue dans une boîte de sécurité. | | | | | |
| INITIATION A L'ALLAITEMENT MATERNEL | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Assister la mère pour l'allaitement au sein du bébé dans les premières heures après la naissance avant leur transfert de la salle d'accouchement. Dire à la mère que commencer très tôt l'allaitement maternel protégera le bébé et facilitera l'allaitement maternel à long terme. | | | | | |
| <i>Critères pour un attachement adéquat</i> L'agent de santé montre comment placer le bébé contre la poitrine. Vérifier l'attachement VÉRIFIER/S'ASSURER QUE | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le menton du bébé touche ou touche presque le sein. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> La bouche du bébé est largement ouverte. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> La totalité de l'auréole est dans la bouche, en particulier la partie inférieure, de sorte que l'auréole soit plus visible au-dessus de la bouche qu'en dessous. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Les lèvres du bébé sont tournées vers l'extérieur. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> La succion est lente et profonde et la déglutition est audible. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recommander spécifiquement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres, y compris l'eau que le lait maternel | | | | | |
| PRÉVENTION DES INFECTIONS | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Effectuer le tri des déchets, décontamine les matériels et range le matériel | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Retirer les gants après les avoir trempés dans le liquide de décontamination | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou avec une serviette individuelle | | | | | |
| ENREGISTREMENT DES PRINCIPALES CONSTATATIONS | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Enregistrer les principales constatations dans la fiche individuelle/dossier de la mère et du nouveau-né | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Enregistrer les principales constatations dans le registre de la salle d'accouchement | | | | | |
| CONSEILS A LA MÈRE | | | | | |
| Allaitement maternel | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Conseiller la mère sur l'importance de l'allaitement précoce et de l'importance du colostrum pour son bébé qui aide à protéger le bébé contre les infections. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recommander à la mère d'allaiter fréquemment et à la demande, nuit et jour | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recommander spécialement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres que le lait maternel y compris l'eau | | | | | |
| Soin du cordon | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Conseiller la mère de ne pas couvrir le cordon avec la couche/serviette | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recommander à la mère de ne pas y appliquer des substances nuisibles/ néfastes telles que l'argile, les mélanges d'herbe, ou du beurre de karité. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Conseiller la mère d'utiliser un antiseptique sur le cordon si conforme aux recommandations/ politiques du Ministère de la Santé/Centre de santé (après lavage des mains avec de l'eau et du savon). En tel cas montre à la mère comment appliquer l'antiseptique, en prenant soin de lever le cordon et d'appliquer l'antiseptique à la base du cordon ou au fond du nombril après que le cordon soit tombé. | | | | | |
| Maintien de la température/PROTECTION THERMIQUE | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recommander à la mère de garder le bébé au chaud et de vérifier sa température en touchant les mains/pieds et l'abdomen pour s'assurant que toutes ces parties sont chaudes mais pas | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| très chaudes. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Conseiller la mère de garder le bébé au chaud en contact peau à peau avec elle, s'il le faut. | | | | | |

III. SESSION 3 : Soins du nouveau- né

A. BUT ET CONTENU

La première journée de vie est une phase de changements multiples dans le corps de bébé. C'est pourquoi une observation et des soins attentifs sont importants.

Au cours de cette session, le participant saura les soins à dispenser au nouveau- né au cours de la première journée qui suit la naissance.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. procéder à l'examen physique du bébé ;
2. prodiguer des soins pour les problèmes ou besoins éventuels.

FICHE D'APPRENTISSAGE

| LIEU: | DATE: | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|
| | NOM(S): | | | | |
| ACTIONS/ÉTAPES | CAS/PERSONNES | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| MOMENT DE L'EXAMEN | | | | | |
| L'agent de santé indique quand l'examen/évaluation doit se faire: | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le plus tôt possible après la naissance | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Une fois par jour aussi longtemps que le bébé se trouve dans le service | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Juste avant la sortie | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lors des visites de contrôle postnatales. | | | | | |
| PRÉPARATION DE L'EXAMEN | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Lors des visites de contrôle, saluer la mère/l'accompagnatrice, installer la mère et le bébé confortablement à un endroit sans courant d'air, et expliquer ce qui va se faire | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Préparer les équipements nécessaires et vérifie leur fonctionnalité : thermomètre, montre, ruban mètre, pèse – bébé | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Expliquer à la mère ce qui va se passer et l'encourager la mère à poser des questions | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Consulter le dossier du bébé/mère : rechercher en particulier toute pathologie maternelle qui peut affecter le nouveau-né (infection, travail dystocique, ...) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Interroger et écouter la mère sur tout problème remarqué, le mode d'alimentation, l'émission de selles, d'urines et sur les signes de danger : <ul style="list-style-type: none"> Tête moins ou ne tête pas Léthargique convulsions Hyperthermie ou hypothermie Respiration difficile, rapide Vomissements avec ou sans distension abdominale Infection de l'ombilic (tuméfié, rouge, sentant mauvais) | | | | | |
| ÉTAPES DE L'EXAMEN DU NOUVEAU – NE | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et sécher à l'air libre ou avec une serviette propre ou du papier cellulose OU utiliser une solution Glycéro alcoolique | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Placer le nouveau sur une surface propre, là où la mère peut regarder tout ce qui se passe ou l'examiner dans le bras de sa mère | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Déshabiller suffisamment le bébé tout en évitant de le refroidir | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Regarder l'apparence générale en recherchant des signes faciaux anormaux | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Apprécier la coloration : le teint doit être rose et non jaune ou cyanosé | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Démontrer comment détecter un ictère en pressant doucement la pointe du nez ou l'arête nasale avec la pulpe du doigt, ensuite en relâchant la pression pour voir si la zone pâlie montre une décoloration jaune. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Rechercher d'autres caractéristiques qui sont normales à cet âge et qui finissent par disparaître au bout de plusieurs jours ou semaines, telles que : <ul style="list-style-type: none"> de petites tâches bombées de couleur blanche ou jaune pâle sur la figure (milium) un rassemblement de petits vaisseaux capillaires sur la figure au-dessus du front et de la lèvre supérieure (télangiectasie) des zones bleuâtres dans le dos et sur les membres (tâches mongoliennes) des tâches ou traces rougeâtres sur la peau (érythème toxique) une desquamation | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prendre les mensurations: poids, taille, périmètres crânien et thoracique | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Rechercher la présence des signes de danger. Si l'agent de santé ne signale pas les éléments, lui demander de le faire (tous les éléments doivent être notés) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Évaluer le signe de danger relatif à la léthargie (moins ou pas des mouvements, difficile à réveiller) : normalement réagit à la stimulation | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la difficulté respiratoire, en indiquant verbalement que le bébé est en train d'être examiné pour : <ul style="list-style-type: none"> Battement des ailes du nez Geignement Respiration rapide, supérieure à 60/minutes (si plus de 60/ min, revérifie la fréquence respiratoire) Tirage sous costal intense | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la fièvre ou l'hypothermie Démontrer comment nettoyer le thermomètre avec un tampon imbibé d'alcool. Démontrer la vérification axillaire de la température avec le thermomètre, en plaçant ce dernier sous l'aisselle pendant 1 minute Indiquer que la température axillaire normale est de 36,5° – 37,5° Indiquer que la fièvre ou l'hypothermie, en dehors de l'échelle normale sont des signes de danger chez le nouveau-né | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Rechercher une distension abdominale : abdomen augmenté de volume, tendu | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Rechercher l'infection du cordon ombilical <ul style="list-style-type: none"> Prendre soin de soulever le cordon pour en voir la base Indiquer qu'il/elle est en train de détecter la présence éventuelle de : <ul style="list-style-type: none"> suppuration rougeur tuméfaction mauvaise odeur <p>NB : si l'examen se fait immédiatement après la naissance, ces signes ci – dessus ne sont pas présents mais vérifier plutôt la présence de saignement ou non</p> | | | | | |
| Effectue un examen systématique | | | | | |
| Niveau de la tête, la face et le cou | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Noter la forme de la tête, inspecter le cuir chevelu à la recherche de blessures, de contusions | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Vérifier la fontanelle antérieure pour voir s'il n'y a pas de tuméfaction | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> On peut noter une bosse sérosanguine au niveau de la partie qui se présente la première au moment du travail et de l'accouchement ou un céphalématome (tuméfaction plus ferme et qui n'enjambe jamais les sutures) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Vérifier toute anomalie au niveau de la face, particulièrement des mouvements asymétriques (paralysie) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir les yeux et regarder si les yeux ont une apparence normale (pas d'opacité, s'il n'y a ni rougeur, ni écoulement) | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler l'intérieur de la bouche pour vérifier qu'il n'y a pas de fente du palais: profiter d'un cri ou d'un bâillement du nouveau-né et éviter de mettre le doigt dans sa bouche | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Examiner la langue et les parois internes de la bouche pour voir si l'enfant ne présente pas de muguet se manifestant par de petites tâches ou plaques blanchâtres irrégulières sur la langue et sur les parois internes des joues. Le muguet est différent de la plaque blanche et lisse que l'on voit au milieu de la langue de certains bébés et qui est normale. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le cou : propreté au niveau des plis, absence de tuméfaction | | | | | |
| Niveau du thorax <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la symétrie et les mouvements durant la respiration. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler le rythme respiratoire (compter le nombre d'inspirations et d'expirations en une minute) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler le rythme cardiaque qui est plus rapide chez le nouveau-né et se situe entre 110 et 160 battements par minute | | | | | |
| <p>NB. Les seins, tant chez les garçons que chez les filles, peuvent être engorgés et sécréter une petite quantité de lait. Il ne faut pas exprimer le lait parce que cela peut causer des traumatismes et une infection.</p> | | | | | |
| Niveau de l'abdomen <ul style="list-style-type: none"> • Palper l'abdomen qui devrait être arrondi et mou ; on peut percevoir le foie | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher sur le cordon ombilical : <ul style="list-style-type: none"> ○ A J0 la présence de deux artères et d'une veine, un suintement de sang. Si c'est le cas, il faut nouer à nouveau le cordon. ○ Plus tard des signes d'infection : un écoulement de pus à partir de l'ombilic ou à la base du cordon (soulevez le cordon pour voir la base), une rougeur sur la peau autour de l'ombilic et/ou une odeur nauséabonde. | | | | | |
| Niveau des organes génitaux externes <ul style="list-style-type: none"> • Chez les garçons, vérifier la position de méat urinaire qui doit être au sommet du gland, et les bourses qui doivent être soudés, et la présence des testicules (qui peuvent manquer pendant la période néonatale) <p>On peut noter une hydrocèle, qui va disparaître avec le temps</p> | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Chez les filles, vérifier la présence de l'orifice vaginal et de l'orifice urétral, les petites lèvres et les grandes lèvres qui doivent être complètement séparées <p>Un écoulement blanchâtre accompagné de sang ou non est une chose normale dans les premières semaines de vie</p> | | | | | |
| Au niveau des membres <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les os, les muscles et la symétrie des plis et des membres lors de leur gesticulation | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier qu'ils sont égaux | | | | | |
| Au niveau du dos en retournant le nouveau-né <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier toute la longueur de la colonne, l'absence d'ouverture ou de tumeur | | | | | |
| Évalue l'allaitement maternel <ul style="list-style-type: none"> • Le positionnement du nouveau-né et de la mère • La bonne prise du sein • Réapprendre à la mère si nécessaire | | | | | |
| Conclue sur l'examen : <ul style="list-style-type: none"> • Comparer les résultats avec les résultats normaux et conclue si l'examen est normal ou non. • En cas d'anomalie, référer après avoir administré le traitement pré-transfert | | | | | |
| | | | | | |

| Exécute les Tâches après examen | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Enlever les gants, se laver les mains | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Informez la mère des résultats et répondez à toute autre question posée. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Si examen normal, planifiez les autres visites, si examen anormal, planifiez le plan de soins | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Enregistrez tous les constats relatifs à l'examen physique | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Conseillez la mère sur les signes de danger, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, le maintien de la température, le bain | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Félicitez la mère pour les bonnes pratiques | | | | | |

C. PRISE EN CHARGE DES ANOMALIES EVENTUELLES

| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, AUSCULTER, PALPER | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
|--|--|---|---|---|
| <p>Qu'est-ce qui a été appliqué sur l'ombilic?</p> | <p>Inspecter la peau. Est-elle jaune?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enfant a moins de 24 heures, inspecter la peau du visage • Si l'enfant a 24 heures ou plus, inspecter les paumes et les plantes des pieds. <p>Inspecter les yeux. Regarder s'ils sont enflés et purulents.</p> <p>Inspecter la peau, surtout autour du cou, les aisselles, la région inguinale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des pustules. • Regarder si elle est enflée, indurée ou si elle présente des formations bulleuses importantes. <p>Inspecter l'ombilic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une rougeur. • Rechercher une purulence. • Regarder si la rougeur s'étend à la peau. | <ul style="list-style-type: none"> • Peau du visage jaune et enfant âgé de 24 heures ou moins. • Peau et plantes des pieds jaunes et enfant âgé de plus de 24 heures. | <p>ICTÈRE</p> | <p>Évacuer l'enfant vers l'hôpital en urgence.</p> <p>Encourager la mère à l'allaiter pendant le trajet.</p> <p>En cas de difficulté concernant l'alimentation de l'enfant, donner à ce dernier du lait maternel exprimé à la tasse</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Yeux enflés et purulents. | <p>GONOCOCCIE OCULAIRE</p> | <p>Administer une dose unique de l'antibiotique approprié pour une infection oculaire.</p> <p>Montrer à la mère comment soigner les yeux de l'enfant.</p> <p>Revoir l'enfant 2 jours plus tard. S'il n'y a pas d'amélioration, voire une aggravation de son état, l'évacuer vers l'hôpital en urgence.</p> <p>Apprécier l'état de la mère et de son partenaire et les traiter pour une possible gonorrhée</p> | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Rougeur au niveau de l'ombilic ou de la région ombilicale | <p>INFECTION OMBILICALE</p> | <p>Montrer à la mère comment soigner une infection ombilicale</p> <p>S'il n'y a pas d'amélioration, voire une aggravation de son état au bout de 2 jours, évacuer l'enfant vers l'hôpital en urgence</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • <10pustules. | INFECTION CUTANÉE LOCALE | <p>Montrer à la mère comment soigner l'infection cutanée</p> <p>Revoir l'enfant 2 jours plus tard.</p> <p>S'il n'y a pas d'amélioration, voire une aggravation au bout de 2 jours ou plus, évacuer l'enfant vers l'hôpital en urgence.</p> |
| | | <p>Un des signes ci-après :</p> <p>Respiration précipitée (plus de 60 respirations par minute).</p> <p>Respiration lente (moins de 30 respirations par minute).</p> <p>Tirage intercostal sévère.</p> <p>Geignement expiratoire.</p> <p>Fièvre (température > 38 °C)</p> <p>Température < 35 °C ou n'augmentant pas après un réchauffement.</p> <p>Convulsions.</p> <p>Malaise ou raideur.</p> <p>Pus s'écoulant de l'ombilic ou ombilic présentant une tuméfaction ou une rougeur diffuse s'étendant à la peau.</p> <p>>10pustules ou formations bulleuses ,ou peau gonflée, rouge ou indurée.</p> <p>Saignement du bout du cordon ombilical ou coupure.</p> <p>Pâleur.</p> | POSSIBLE MALADIE GRAVE (sepsis) | <p>Administrer la première dose de deux antibiotiques en IM</p> <p>Evacuer l'enfant vers l'hôpital en urgence</p> <p>En plus:</p> <p>Réchauffer l'enfant et le tenir au chaud pendant l'évacuation</p> <p>Traiter l'infection ombilicale avant l'évacuation.</p> <p>Traiter l'infection cutanée locale avant l'évacuation.</p> <p>Faire cesser le saignement.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|--|
| | | <p>Contusions, tuméfactions sur les fesses</p> <p>Tête tuméfiée – bosse, d'un côté ou des deux côtés</p> <p>Position anormale des jambes (après une présentation du siège)</p> <p>Mouvement asymétrique des bras ;</p> <p>absence de mobilité d'un bras</p> | TRAUMATISME DE LA NAISSANCE | <p>Expliquer aux parents que le bébé n'a pas mal, que le traumatisme disparaîtra en une à deux semaines et qu'il n'y a besoin d'aucun traitement particulier.</p> <p>NE PAS forcer sur les jambes pour les faire changer de position.</p> <p>Manipuler le membre paralysé avec délicatesse, ne pas tirer dessus.</p> |
| | | <p>Pied bot</p> <p>Fente palatine</p> <p>Apparence inhabituelle étrange,</p> <p>Chair apparente sur la tête, l'abdomen ou le dos</p> | MALFORMATION | <p>Evacuer pour un traitement spécial, si possible.</p> <p>Aider la mère à allaiter l'enfant. Si cela ne fonctionne pas, lui indiquer d'autres méthodes d'alimentation</p> <p>Prévoir un suivi.</p> <p>Conseiller au sujet d'une correction chirurgicale à plusieurs mois. Orienter pour une évaluation spéciale.</p> <p>Couvrir avec de larges bandes stériles trempées dans du sérum physiologique avant l'évacuation.</p> <p>Orienter pour un traitement spécial si possible.</p> |
| | | Autre apparence anormale | MALFORMATION SÉVÈRE | Prendre en charge conformément aux lignes directrices nationales |

II. SESSION 4 : EDUCATION ET INSTRUCTION A LA MERE ET A LA FAMILLE

A. BUT ET CONTENU

Une part importante de l'aide qu'on peut apporter au nouveau- né et à sa famille consiste à leur apprendre à le soigner et à leur donner des conseils.

Cette session permettra aux participants de connaître les conseils qu'ils peuvent attribuer à la mère et à la famille pour les aider à bien s'occuper du nouveau- né.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. conseiller la mère et la famille sur les soins à donner au nouveau- né.

Education et instruction de la mère et de la famille

| Thème | Conseils |
|---|--|
| Visite postnatale | La femme devrait se rendre au CS pour une visite postnatale au deuxième – troisième jour et fin de la première semaine et 6 semaines après l'accouchement |
| Vaccination du nouveau-né | Emmener le nouveau-né au CS dès la naissance pour la vaccination |
| Allaitement maternel exclusif | Allaiter le nouveau-né chaque fois qu'il le demande et sans donner autre chose même de l'eau ni de la tisane jusqu'à 6 mois |
| Prise de la Vitamine A | Prendre 2 capsules données par l'agent de santé elle-même juste après l'accouchement, pour éviter une trop grande fatigue de la femme |
| IST /SIDA | Dès qu'il y a des problèmes au niveau de l'appareil génito-urinaire, venir au CS avec votre partenaire. Même chose si c'est le mari qui se plaint de ces problèmes-là. |
| Planification familiale | On peut compter sur l'AME pour la PF jusqu'à 6 mois après l'accouchement tant que la femme n'a pas vu ses règles ET qu'elle allaite son enfant exclusivement au sein. Avant que le bébé ne commence à prendre autre chose que le lait maternel, la maman devrait se présenter aux services de PF pour commencer une méthode quelconque. |
| Repos, travail | Une femme qui vient d'accoucher et qui allaite son enfant a besoin de beaucoup de repos. On doit également limiter les travaux lourds jusqu'à ce qu'elle ait repris sa force. |
| Nutrition | Une femme qui vient d'accoucher et qui allaite son enfant a besoin de manger 4 à 5 fois dans la journée. On peut également mettre une cuillère à soupe d'huile dans tout ce qu'elle mange pour lui apporter de l'énergie. |
| Reprise des rapports sexuels | La reprise des rapports sexuels dépendrait de l'envie de la femme. Dès qu'elle se sente prête, le couple pourrait reprendre les rapports sexuels. |
| Protection du nouveau-né contre les infections | <ul style="list-style-type: none"> • Lavez-vous les mains au savon et à l'eau avant de toucher le nouveau-né et après. • Ayez des ongles taillés courts (des microbes peuvent vivre sous les ongles). • Ne mettez rien (pansement ou herbes ou médicaments) sur le cordon ombilical. • Veillez à ce que le cordon reste sec et propre. • Lavez tout ce qui va toucher le bébé dans la maison : Vêtements, literie, couvertures. • Éloignez les enfants et les adultes malades du bébé. • Protégez le nouveau-né de la fumée (de cigarettes ou d'un feu de cuisine) car cela peut provoquer des problèmes respiratoires. • Faites dormir le bébé sous une moustiquaire (si vous en disposez) pour le protéger de la malaria. • Allaiter le nouveau-né exclusivement. Le lait maternel protège le nouveau-né des infections. • Veillez à ce que le bébé reçoive toutes ses vaccinations à temps. |

| Thème | Conseils |
|--------------------------------------|--|
| COMMENT Baigner le Nouveau-né | <ul style="list-style-type: none"> • Baigner le bébé dans une chambre chauffée et sans courant d'air. • Préparer tout ce qui est nécessaire pour éviter que le bébé soit exposé longtemps. • S'assurer que l'eau est chaude en testant avec le coude. • Laver en dernier la tête en commençant par la face et les cheveux en dernier • Baigner le bébé rapidement • Sécher le bébé rapidement et complètement avec une serviette chaude. S'assurer que le cheveu est bien séché. • Mettre le bébé en contact peau à peau avec la mère et les couvrir ensemble. Couvrir la tête du bébé • Nettoyer les yeux du bébé en essuyant chaque œil avec un linge propre ou un coin d'un linge propre. Commencer de l'intérieur vers l'extérieur. • Rechercher les signes d'infections quand vous lavez le bébé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Infection de la peau : découvrir les plis pour dépister les pustules et les éruptions. ○ Infection du cordon : rougeur de la peau, suintement, pus, ou odeur fétide autour du cordon. ○ Infection des yeux : rougeur, paupières collantes et sécrétions purulentes. • Laver le derrière du bébé allant de l'avant vers l'arrière. • Ne jamais utiliser du savon sur le visage du bébé, seulement avec de l'eau propre. • Ne pas nettoyer à l'intérieur du nez et du canal auriculaire mais seulement à l'extérieur. • Ne pas utiliser les poudres pour bébé. • S'assurer de la sécheresse à l'intérieur des plis. |
| Bain par essuyage | <ul style="list-style-type: none"> • attendre jusqu'à plus de 6 heures avant de le faire, de préférence 24 h. • La température du bébé est seulement stable à partir du 3ème de la naissance • Continuer jusqu'à ce que le cordon ombilical chute • Utiliser un linge mouillé d'eau chaude – éviter de mettre le bébé dans une bassine • Laver la partie supérieure du corps en laissant la partie inférieure couverte puis sécher rapidement et mettre de vêtement ou envelopper • Ensuite s'occuper de la partie inférieure comme précédemment. |

| Thème | Conseils |
|----------------------------|--|
| Les signes d'alerte | <p>Les signes d'alerte sont les signes de graves problèmes de santé qui sont fatals à de nombreux nouveaux- nés. Pour apprécier une issue fatale, la mère et la famille doivent reconnaître les signes de danger du nouveau- né et y réagir à bon escient.</p> <p>Les nouveaux- nés meurent à cause :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un retard dans la détection des signes de danger,• un retard dans la dans la décision de solliciter l'aide d'un médecin,• un retard pour rejoindre le prestataire de soins ou l'établissement de santé. <p>Les signes d'alerte chez le nouveau- né :</p> <ul style="list-style-type: none">• les problèmes de respiration (moins de 30 ou plus de 60respirations par minute ou halètement) ;• difficulté à s'alimenter ou absence de succion ;• froid au toucher ;• fièvre ;• paupières rouges tuméfiées, écoulement de pus des yeux• rougeur de la peau, tuméfaction, pus ou odeur fétide autour du cordon ou autour du nombril ;• convulsions• jaunisse (peau jaune). |

MODULE B : SOINS AUX NOUVEAUX – NES MALADES

III. SESSION 5 : REANIMATION DU NOUVEAU- NE

A. BUT ET CONTENU

Environ 5 à 10 pour cent de l'ensemble des nouveau-nés ont besoin d'être réanimés à la naissance. Presque 1 million de bébés meurent chaque année parce qu'ils ne respirent pas normalement à la naissance. Lorsqu'un bébé ne peut pas respirer, il est impératif de lui administrer des soins d'urgence. Pour de nombreux bébés, la réanimation est par conséquent une question de vie ou de mort.

Cette session permettra aux participants de pratiquer la réanimation du nouveau- né.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. procéder à la réanimation d'un bébé qui ne respire pas à la naissance ou qui respire mal.

C. LEÇON

SE PREPARER A UNE NAISSANCE

- Identifier un aide et réviser le plan d'urgence.
- Préparer l'aide ou une autre personne qualifiée pour aider si le bébé ne pas respirer.
- Un aide peut aider la mère et appeler à une autre d'assistance.
- Un deuxième aide qualifié peut aider à prendre soin du bébé.
- Le plan d'urgence devrait inclure des communications et des transports vers de centres plus performants.



Préparer la zone d'accouchement.

La zone où un bébé va naître devrait être :

- Propre
 - o aider mère se laver les mains et la poitrine afin de se préparer pour le contact peau à peau.
- Chaud
 - o Fermer des fenêtres et des portes pour arrêter les courants d'air.
 - o Fournir la chaleur si nécessaire.
- Bien éclairé
 - o utiliser une lampe portable si nécessaire afin d'évaluer le bébé.

Se laver les mains.

- Se bien laver les mains aide à prévenir la propagation de l'infection.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou utiliser un désinfectant à base d'alcool avant et après avoir pris soin de la mère ou du bébé.
- Les gants vous protègent contre les infections provenant du sang et des liquides organiques.

Préparer une zone pour la ventilation et vérifier l'équipement.

- Préparer un espace sec, plat et sans danger pour le bébé pour recevoir la ventilation si nécessaire.
- En plus d'un kit d'accouchement, il faut avoir de matériels de réanimation pour aider le à respirer.
- Équipement devrait être désinfecté après usage et garder propre.
- Vérifiez que tous les équipements et fournitures sont prêts à l'emploi dans l'aire de la ventilation.
- Tester la fonction du ballon de ventilation et du masque



bébé

COMMENCER LA VENTILATION

- Placer le bébé sur une zone propre, chaude et sec avec la bonne lumière afin d'évaluer le bébé. Cette zone aurait dû être préparée avant la naissance.
- Debout à la tête du bébé. Vous devez pouvoir contrôler la position de la tête et évaluer les mouvements de la poitrine.

- Sélectionnez le masque correct. Le masque doit couvrir le menton, la bouche et le nez, mais pas les yeux. Le masque devrait faire une fermeture hermétique sur le visage pour que l'air puisse entrer dans les poumons du bébé.



- Position de la tête légèrement étendue. Aider à garder les voies aériennes du bébé ouvertes en positionnant la tête légèrement étendue et en soutenant le menton.
- Positionner le masque sur le visage. Poser à partir de la pointe du menton, puis placez le masque sur la bouche et le nez.
- Essayer d'avoir un bon ajustement (adhérence) entre le masque et le visage tout en pressant le sac pour produire un mouvement doux de la poitrine. Tenir le masque sur le visage avec le pouce et l'index sur le dessus du masque. Utilisez le médium pour maintenir le menton collé avec le masque. Utilisez les 4 e et 5 e doigts le long de la mâchoire pour maintenir les voies respiratoires ouvertes.
- Former une adhérence en appuyant légèrement sur le dessus du masque et en tirant légèrement le menton vers le masque. Si le sceau n'est pas étanche, l'air ne pourra pas entrer dans les poumons comme vous serrez le ballon car l'air sortira sous le rebord du masque. Ne pousser pas le masque vers le bas sur le visage. cela peut changer la position de la tête et interférer avec l'air entrant dans les poumons. Presser le ballon pour produire un mouvement doux de la poitrine, comme si le bébé prend une inspiration douce. Presser le ballon plus fortement si vous avez besoin d'offrir plus d'air à chaque respiration.
- Donner 40 respirations par minute. Compte à haute voix, "Un...deux...trois...Un...deux ...trois. » ainsi vous aller à un rythme qui permet à l'air de pénétrer dans les poumons. « un » doit correspondre à la pression du ballon et « deux - trois » au relâchement.
- Si un bébé ne commence pas à respirer après une minute de ventilation avec de mouvement de la poitrine, évaluer la fréquence cardiaque afin de décider si la ventilation est adéquate.
- Poser la question : est-ce que la fréquence cardiaque est normale ou lente ?
La vérification de la fréquence cardiaque est plus facile et plus rapide à l'aide d'une autre personne qualifiée. Une personne qualifiée peut compter les pulsations du cordon ombilical tandis que vous continuez la ventilation de la première minute. Si vous n'avez pas d'assistance qualifiée ou le pouls du cordon ne peut se faire sentir, vous devrez compter sur le mouvement de la poitrine comme indicateur d'une ventilation adéquate. Continuer la ventilation pendant 1 minute avant d'arrêter pour écouter le rythme cardiaque.
- Décider si la fréquence cardiaque est normale ou lente. Évaluer la fréquence cardiaque en palpant le pouls du cordon ombilical ou écouter le battement de cœur avec un stéthoscope. Prendre le pouls dans le cordon ombilical à la racine, si le pouls ne peut pas être ressentie dans le cordon, il faut écouter avec un stéthoscope et compter le battement de cœur. La Ventilation être stoppée pendant plusieurs secondes afin d'entendre le battement de cœur :
 - Fréquence cardiaque ≥ 100 est normale
 - Fréquence cardiaque < 100 est lente

Minimiser le temps sans ventilation. Écouter le rythme cardiaque juste assez longtemps pour reconnaître si c'est normal ou lent. Si la fréquence cardiaque semble plus vite que votre propre, il est probablement normal. Si la fréquence cardiaque semble plus lentement que votre pouls, il est lent.

Si la fréquence cardiaque est normale, continuer de ventiler jusqu'à ce que le bébé respire bien. Progressivement, réduire le taux de ventilation et laisser le bébé respire de son propre chef. Si la fréquence cardiaque reste normale que le bébé commence à respirer, cesser de ventilation. La ventilation peut être arrêtée lorsque le bébé respire et le rythme cardiaque reste normal (plus de 100 battements par minute).

- Surveiller le bébé après ventilation.
Surveiller le bébé avec la mère. Soins prolongés de peau à peau peuvent être bénéfiques pour le bébé malade ou de faible poids de naissance, qui avait besoin de ventilation. Surveiller les signes vitaux, y compris la respiration, la fréquence cardiaque, la température et la couleur. Un bébé qui a reçu une ventilation avec ballon et masque peut besoin d'aide pour se nourrir. Parler avec la mère et son accompagnant du bébé et le plan de soins.
- Continuer à ventilation et chercher des soins plus avancés si le bébé ne respire pas ou respire mal :

- Un bébé qui a un rythme cardiaque normal et une coloration rose, mais n'arrive pas à respirer nécessite une ventilation continue. Une lente diminution du taux de ventilation pendant plusieurs minutes peut permettre un retour de la respiration spontanée. Si le bébé n'arrive pas à respirer, continuer la ventilation et envisager une consultation spécialisée ou une référence.
- Le bébé qui commence à respirer, mais difficilement avec une fréquence cardiaque faible a besoin de ventilation continue et soins spécialisés.
- Le bébé qui est bleu, pâle ou a une respiration rapide peut être aidé par une oxygénothérapie à travers des canules nasales ou cathéter.
- Un bébé avec un geignement, fréquentes pauses respiratoire (plus de 15 à 20 secondes) a besoin de respirateur

Un bébé qui a reçu une ventilation continue (plus de 5 minutes) a besoin de surveillance plus stricte et une consultation spécialisée ou une référence. Lui pourvoir de la chaleur et une aide pour l'allaitement sera nécessaires.

FICHE D'APPRENTISSAGE

| Réanimation en salle d'accouchement | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------|
| Etapes/taches | | | | | OBSERVATIONS |
| Préparation | | | | | |
| • Identifier un aide pour prendre en charge la mère ou le nouveau – né en cas de besoin | | | | | |
| • Préparer la zone d'accouchement | | | | | |
| • Se laver les mains | | | | | |
| • Préparer une zone pour la ventilation | | | | | |
| • Vérifier les matériels et consommables | | | | | |
| Recevoir le bébé | | | | | |
| • S'il existe de méconium, dégager les voies aériennes par aspiration | | | | | |
| • Sécher le corps, les bras, les jambes et la tête en frottant doucement avec un linge. Essayez le visage pour enlever le sang et les fèces maternelles. Oter le linge humide et remplacer par un autre sec. | | | | | |
| • Apprécier si le bébé crie ou respire, bouge bien et a une coloration rosée | | | | | |
| Si le bébé crie : faire les soins usuels à la naissance | | | | | |
| Si le bébé ne crie pas, il est mou et ne bouge pas. Sa peau peut être pale ou bleue : IL FAUT L'AIDER A RESPIRER | | | | | |
| • Positionner du bébé avec le cou légèrement étendu pour aider à maintenir les voies respiratoires ouvertes. | | | | | |
| • Libérer les voies aériennes Aspirer la bouche et le nez. La bouche en premier pour éliminer la plus grande quantité de sécrétions avant que le bébé crie ou pleure. Car aspirer le nez en premier peut provoquer de la reprise de la respiration et l'inhalation des sécrétions | | | | | |
| • Stimuler la respiration Frotter doucement le dos une ou deux fois. Ne pas retarder ou stimuler plus. Agir rapidement pour évaluer la respiration et de décider si la ventilation est nécessaire. Séchage, libération des voies respiratoires et stimulation de la respiration devraient prendre moins de 1 minute. | | | | | |
| • Evaluer si le bébé respire ou non | | | | | |
| Si le bébé respire : Continuez à vérifier la respiration. Pincer ou lier et couper le cordon ombilical. Encourager l'allaitement maternel dans la première heure | | | | | |
| Si le bébé ne respire pas ou respire mal | | | | | |
| • Couper le cordon | | | | | |
| • Ventiler pendant une minute à raison de 40 /mn | | | | | |
| • Evaluer la respiration | | | | | |
| Si le bébé respire : surveiller avec la mère, encourager l'allaitement | | | | | |
| Si le bébé ne respire pas ou respire mal | | | | | |
| • Demander de l'aide | | | | | |
| • Améliorer la ventilation | | | | | |
| • Apprécier la fréquence cardiaque | | | | | |
| Si la fréquence cardiaque est normale : | | | | | |
| • Continuer la ventilation et évaluer | | | | | |
| • Si le bébé respire, surveiller avec la mère | | | | | |
| • Si le bébé ne respire pas, penser à transférer pour des soins intenses | | | | | |
| Si la fréquence cardiaque est lente moins de 100 | | | | | |
| • Continuer la ventilation | | | | | |
| • Penser à transférer pour des soins plus intenses | | | | | |
| • Arrêter après 10 minutes si le bébé n'arrive pas à respirer : le bébé est mort | | | | | |

Les réponses à ces questions identifient des voies différentes à travers le Plan d'Action et de plusieurs différents cas, comme illustré ci-dessous.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Présence de méconium, ASPIRER | | | | | |
| Sécher rapidement | Sécher rapidement | Sécher rapidement | Sécher rapidement | Sécher rapidement | Sécher rapidement |
| Cris | Pas de cris | Pas de cris | Pas de cris | Pas de cris | Pas de cris |
| Garder chaud Surveiller respiration | Garder chaud, Positionner la tête | Garder chaud, Positionner la tête | Garder chaud, Positionner la tête | Garder chaud, Positionner la tête | Garder chaud, Positionner la tête |
| | Libérer voies aériennes Stimuler la respiration | Libérer voies aériennes | Libérer voies aériennes | Libérer voies aériennes | Libérer voies aériennes |
| Respire bien | Respire bien | Ne respire pas | Ne respire pas | Ne respire pas | Ne respire pas |
| Couper cordon Soins de routine | Couper cordon Soins de routine | Couper cordon, Ventiler | Couper cordon, Ventiler | Couper cordon, Ventiler | Couper cordon, Ventiler |
| | | Respire bien | Ne respire pas | Ne respire pas | Ne respire pas |
| | | Surveiller avec la mère | Appeler de l'aide | Appeler de l'aide | Appeler de l'aide |
| | | | Continue/améliorer ventilation | Continuer/améliorer ventilation | Continuer/améliorer ventilation |
| | | | Respire | Ne respire pas | Ne respire pas |
| | | | Surveiller avec la mère | Continuer ventilation | Continuer ventilation |
| | | | | FC normale | FC lente |
| | | | | Respire | Ne respire pas |
| | | | | Surveiller avec la mère | Continuer la ventilation Soins plus intenses |

IV. SESSION 6 : SOINS DU NOUVEAU – NE DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

A. BUT ET CONTENU

Les bébés ayant un faible poids à la naissance qui survivent présentent plus de risques d'avoir des problèmes de santé ou de croissance que les bébés à terme. Ils ont des besoins spécifiques. Tous les bébés petits ont de meilleures chances de survivre et d'être en bonne santé s'ils bénéficient de soins appropriés.

Cette session permettra aux participants de comprendre le rôle important qu'ils aient à jouer pour aider les bébés ayant un faible poids à la naissance à survivre.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, les participants devraient être capables de :

1. établir le programme de soins d'un bébé de faible poids de naissance.

C. LEÇON

APPLICATION DE L'APPROCHE DECISIONNELLE

ANTECEDENTS

Questionnez la mère :

- Le bébé tète-t-il correctement ?
- A quelle fréquence ?
- Combien de fois le bébé urine-t-il (mouille-t-il ses couches) en une journée ?
- Semble-t-il très somnolent ? Est-il difficile à réveiller ?
- Quel aspect ont ses selles et quelle est leur fréquence ?
- Quelque chose chez votre bébé vous préoccupe-t-il ?
- Consultez le dossier du bébé pour voir son poids de naissance et s'il y a eu des problèmes à la Naissance

EXAMEN

- Observez le bébé pendant qu'il tète.
- Pesez le bébé, si vous disposez d'une balance. Après la première semaine (quand il peut avoir perdu du poids), le nouveau-né doit en principe prendre du poids régulièrement (environ 25 à 30 grammes par jour après les premiers 10 jours).
- Examinez le bébé :
- Examinez sa peau pour en apprécier le teint et détecter d'éventuelles éruptions ou pustules. La jaunisse apparaît plus tôt et dure plus longtemps chez les bébés ayant un faible poids à la naissance. Orientez le bébé vers un service mieux équipé s'il a la jaunisse dans les premières 24 heures ou après 2 semaines ou si la jaunisse s'accompagne d'un autre signe d'alarme.
- Une teinte bleue du torse du bébé, de ses lèvres ou de sa langue, indique un grave manque d'oxygène dans le sang. Ce bébé a besoin d'oxygène immédiatement.
- Vérifiez la respiration.
- Les yeux pour un éventuel écoulement de pus épais.
- La bouche : Recherchez la présence de plaques blanches sur la langue et les gencives.
- Examinez le cordon ombilical (pour d'éventuelles rougeurs, tuméfaction, mauvaises odeurs ou écoulements).
- Estimez sa température au toucher ou prenez sa température axillaire. Une température axillaire normale est de 36 à 37 °C (96,8 à 98,6 °F).

PROBLEMES / BESOINS

- Évaluez si le bébé grandit.
- Déterminez s'il a de quelconques problèmes.
- Réfléchissez aux besoins du bébé : Chaleur, protection contre les infections, allaitement, sécurité, affection et sommeil.

PROGRAMME DE SOINS

Si le nouveau-né ayant un faible poids à la naissance présente de quelconques signes de danger :

- Orientez-le vers un service mieux équipé qui prenne en charge ce type de cas.
- Suivez les Directives d'orientation.

Si le nouveau-né grandit et ne présente aucun signe d'alarme :

- Élaborez un programme de soins pour répondre à d'éventuels besoins ou problèmes.
- Continuez de conseiller la mère sur la manière de prendre soin de son bébé :
- Dites-lui de continuer à garder le bébé peau contre peau contre elle
- De protéger le bébé des infections, se laver les mains, éviter les contacts avec des gens malades)
- De prodiguer les soins normaux du nouveau-né
- D'allaiter le bébé à la demande et exclusivement
- De parler au bébé et de le réconforter
- De lui démontrer son affection
- De veiller à sa sécurité.
- De surveiller l'apparition d'éventuels signes de danger
- Rappelez à la mère ce qu'elle doit faire si elle remarque un signe de danger
- Planifiez la prochaine visite de suivi en fonction des besoins :
- Vaccinations : Même calendrier que pour un bébé ayant un poids normal
- Informez la mère sur les méthodes de contraception afin qu'elle puisse opter pour la méthode de son choix pour différer la prochaine grossesse
- Examinez le bébé ayant un poids insuffisant chaque semaine pour vérifier sa croissance et pour détecter d'éventuels problèmes jusqu'à ce qu'il atteigne un poids de 2,5 kilogrammes.
- Lorsque le bébé pèse 2,5 kilogrammes, commencez à diminuer très progressivement le temps passé en contact peau à peau avec lui.

METHODE MERE KANGOUROU

La méthode Kangourou est une technique de peau à peau et consiste à porter le prématuré en position verticale entre les seins de sa mère dans une poche appelée « kangourou », pour la survie des prématurés et dysmatures. Elle est simple, économique et accessible à tous.



Les critères de sélection

- Bébé
 - Absence de pathologie grave
 - Réflexe de succion présent
 - Bonne coordination succion/déglutition
 - Prise de poids sans gavage pendant deux pesées successives pour le bébé mis dans l'incubateur
- Famille
 - Capable d'appliquer la méthode
 - Motivée
 - Disponible et rigoureuse

Avantages de la technique

- Survie clinique de l'enfant
 - Maintien de la température sans apnée
 - Meilleure oxygénation
 - Stimulation permanente par les battements cardiaques, les mouvements respiratoires, la voix et la présence du porteur
 - Diminution des risques infectieux
 - Suppression des stimuli indésirables
 - Réduction de la mortalité néonatale
- Alimentation de l'enfant
 - La position favorise la lactation chez la mère et chez le prématuré
- Équilibre psycho – affectif nouveau – né et famille

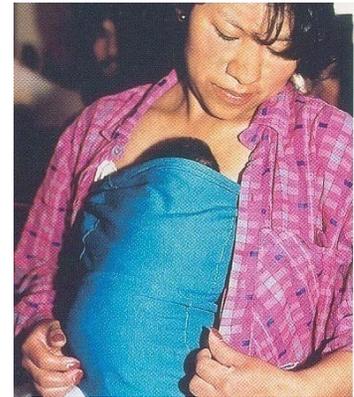
- Amélioration du sommeil profond, bébé pleure moins
- Diminution du sentiment de culpabilité de la mère (prématurité)
- Diminution de l'angoisse de la famille (prématurité à sonde multiple)

Contraintes

- Famille:
 - Rythme rapproché des consultations
 - Temps de présence aux consultations
 - Fréquence de l'allaitement et la nécessité de rester au calme demi – heure après la tétée
 - Dormir en position semi – assise
 - Consignes diverses

Technique

- Portage peau à peau du bébé sur la poitrine de sa mère au-delà d'une période critique éventuelle (problème d'adaptation extra – utérine)
 - Mère: debout ou semi – couchée
 - Prématuré:
 - entre les seins de sa mère ou de l'individu
 - Décubitus ventral en position verticale, peau contre peau
 - Joue contre la poitrine du porteur
 - Jambes écartées sous les seins de la mère
 - Position à garder 24/24: ne jamais mettre en position horizontale
 - Maintenu par un bandeau de Lycra
 - Durée de la méthode déterminée par le bébé
- Habillement
 - Bébé:
 - Vêtu à minima,
 - Chemise sans manches en tissu doux et coton, petit bonnet, des chaussons et une couche en tissu
 - Mère:
 - Pas de soutien-gorge
 - Sous-vêtements en coton et des vêtements à encolure assez large
- Hygiène
 - Vêtements à laver avec du savon « Marseille », rincés abondamment avec de l'eau + vinaigre ou citron et non repassés
 - Ne jamais déshabiller totalement le bébé
 - Pas de baignade
 - Surélever la tête du bébé par un coussin au moment du change
 - Eviter les risques de contamination



Conseiller la mère sur les Soins Mère Kangourou

- Parler à la mère et la famille des avantages des Soins Mère Kangourou
- Conseiller à la mère de placer un linge supplémentaire ou une serviette sous le derrière du bébé pour ne pas souiller ses vêtements et de changer fréquemment les couches. Il faut toujours utiliser un linge propre et bien sec pour les couches du bébé.
- Demandez à la mère de n'enlever le bébé du contact peau à peau que pour changer les couches, pour des besoins d'hygiène et pour les soins du cordon. Un bébé de petit poids de naissance n'a pas besoin d'être baigné quotidiennement. Les parties sales, notamment les plis de la peau, peuvent être nettoyées à l'aide d'une éponge. Lorsque vous baignez le bébé, il est important que la pièce soit chaude et sans courant d'air, que l'eau utilisée soit chaude, de procéder le plus rapidement possible et de bien sécher le bébé avant de reprendre rapidement le contact peau à peau.
- Conseiller à la mère de maintenir les Soins Mère Kangourou 24 heures sur 24 jusqu'à ce que le bébé prenne du poids. Un autre membre de la famille peut remplacer la mère pendant de courtes périodes.

IV. SESSION 7 : SEPSIS NEONATAL

A. BUT ET CONTENU

C'est une infection bactérienne sévère qui peut être localisée au niveau d'un ou de plusieurs organes ou dans le sang (septicémie). Il peut engager le pronostic vital à court terme, et constitue une urgence médicale.

Au cours de cette session, les participants de connaître les moyens que l'on peut mettre en œuvre pour prévenir le nouveau- né de cette pathologie.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. définir le Sepsis ;
2. décrire les modes de transmission de l'infection ;
3. identifier les moyens de prévention du Sepsis ;
4. indiquer les signes précurseurs d'un risque infectieux chez le nouveau- né ;
5. identifier le traitement.

C. LEÇON

DEFINITION DU SEPSIS

Les premiers signes sont vagues et sont parfois difficiles à reconnaître mais il faut pouvoir les détecter assez tôt.

Les premiers signes peuvent être aussi vagues qu'une simple impression visuelle : le nouveau-né ne se porte pas bien, parfois décrite comme « une grimace ». Cependant, il est possible de détecter ces premiers signes par une observation attentive du bébé chaque jour. Il faudrait encourager les mères et les familles à observer leurs bébés dans un lieu suffisamment éclairé, au moins une fois par jour, en particulier durant la première ou les deux premières semaines de vie.

Il existe des signes cliniques plus conventionnels que l'on appelle « signe de danger » et qui permettent d'identifier le sepsis chez le nouveau-né :

- Difficultés à téter
- Léthargie ou réduction de l'activité (moins ou pas de mouvement)
- Fièvre ou corps trop froid au toucher
- Difficulté à respirer
- Vomissements répétés/distension abdominale
- Convulsions
- Signes en rapport avec l'ombilic (écoulement de pus, rougeur étendue, tuméfaction, mauvaise odeur)

MODES DE TRANSMISSION DE L'INFECTION

- Pendant la grossesse : Chorio-amnionite, pyélonéphrite...
- Durant le travail :
 - rupture prématurée des membranes sans couverture antibiotique
 - manœuvre obstétricale septique...
- A la naissance :
 - lors du passage du bébé dans la filière génitale si la mère présente une infection génitale
 - soins ou manœuvres obstétricales ou de réanimations sans asepsie rigoureuse.

LES MOYENS DE PREVENTION

- Traitez les infections de la mère pendant la grossesse.
 - Utilisez des pratiques d'accouchement propres pendant le travail et l'accouchement.
 - Respectez les étapes de la prévention des infections pendant le travail, l'accouchement et les soins postnataux.
 - Lavez-vous les mains avant de manipuler le nouveau-né et après.
 - Apprenez à la mère et à la famille à respecter les mesures de prévention des infections, le lavage des mains en particulier.
 - Administrez à la mère un traitement à base d'antibiotiques pendant l'accouchement si elle présente des signes d'infection ou en cas de rupture prolongée de la poche des eaux (plus de 18 heures).
 - Donnez au nouveau-né un traitement à base d'antibiotiques après la naissance si la mère a de la fièvre pendant l'accouchement.
 - Veillez à ce que le nouveau-né soit allaité exclusivement.
 - Ne mettez pas le bébé en contact avec des gens malades. Isolez le nouveau-né malade des nouveaux nés en bonne santé.
 - Apprenez à la mère et à la famille à garder le bébé éloigné des gens malades.
 - Réaliser toutes les manœuvres obstétricales dans de bonne condition d'asepsie
- A la naissance :
 - Réaliser tous les soins du nouveau-né avec asepsie (lavage des mains ...)
 - Traiter tous nouveau-nés présentant un risque infectieux
 - Encourager l'allaitement maternel exclusif

LES SIGNES PRECURSEURS D'UN RISQUE INFECTIEUX CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Avant l'accouchement :

- Fièvre maternelle au cours du travail ou dans les 6 heures suivant la naissance
- Rupture de la poche des eaux plus de 12 heures
- Liquide amniotique teinté ou méconiale
- Prématurité inexpliquée
- Tachycardie fœtale (> 160 /mn)
- Nombre de touchers vaginaux plus de 6 au cours de travail
- Infection urinaire maternelle dans le mois précédant l'accouchement
- Infection génitale maternelle

A la naissance et durant la période néonatale :

- Difficulté à téter, vomissement, ballonnement, résidu gastrique
- Anomalie de la température
- Changement d'attitude (hypotonie, réveil difficile...)
- Anomalie des couleurs (grisâtre, cyanosé, pale, ictérique...)
- Détresse respiratoire (polypnée, apnée, bradypnée, tirage, gémissement,)
- Trouble hémodynamique (TRC allongé, marbrure...), splénomégalie, hépatomégalie
- Bombement de la fontanelle, convulsion, trouble de conscience
- Syndrome hémorragique (purpura, hémorragie digestive...)

« TOUT NOUVEAU-NE QUI VA MAL EST CONSIDERE COMME INFECTE JUSQU'A PREUVE DU CONTRAIRE »

Le tableau ci-après donne plus d'informations sur l'identification et la prise en charge des signes de danger au niveau des formations sanitaires périphériques.

TRAITEMENT

- Réaliser les soins essentiels du nouveau-né
- Traiter précocement l'infection
- Administrer la première dose d'antibiotique selon la disponibilité des médicaments dans chaque centre de santé :
 - CEFTRIAXONE 100mg/kg en IM ou IV
 - AMPICILLINE 100mg/kg en IM ou IV
 - GENTAMYCINE 4mg/kg
- Référer rapidement selon le niveau de compétence du centre de santé en tenant compte du traitement adjuvant (antipyrétique ou réchauffement, oxygénothérapie, perfusion)

| DIRECTIVES PRATIQUES POUR L'IDENTIFICATION ET LE TRAITEMENT DES INFECTIONS GRAVES DANS LES CENTRES DE SANTE PERIPHERIQUES | | |
|--|--|--|
| Signes de danger (demandez/recherchez) | Identification (recherchez/vérifiez) | Prise en charge |
| Difficultés à téter (Tête moins ou ne tête pas du tout) | Ne tète pas du tout, tête moins que d'habitude, n'ouvre pas la bouche quand on veut le nourrir, ne demande pas à téter | Administrez (a) les premières doses de deux antibiotiques : ampicilline et gentamycine, (b) de la vitamine K1 1mg, si cela n'a pas été fait à la naissance. Référez le bébé à un hôpital de référence |
| Léthargie/ inactivité (Moins ou pas de mouvement) | N'est pas aussi actif que d'habitude, dort trop longtemps, a du mal à s'éveiller, ne se réveille pas pour les tétées, a l'air tout mou, membres mous, trop calme | Expliquez à la mère pourquoi le bébé doit être référé et conseillez-lui d'aller au centre de référence avec une autre personne Conseillez-lui sur les soins à donner au bébé pendant le transport |
| Fièvre/ température corporelle trop basse | Fièvre : corps chaud au toucher, la mère indique que la bouche semblait trop chaude durant l'allaitement, la température dépasse les 37°C Hypothermie : le corps est plus froid que la normale au toucher, la température est moins de 36°C | Tenir le bébé au chaud par de contact peau à peau Afin de prévenir l'hypoglycémie, si le bébé arrive à téter, lui donner le sein ou lui donner du lait maternel exprimé à l'aide d'une tasse. Ne pas essayer de nourrir un bébé qui n'arrive pas à avaler Observer fréquemment le bébé pour voir s'il n'y a pas d'autres problèmes |
| Difficulté respiratoire/respiration rapide | Rythme respiratoire de plus de 60 respirations par minute, battement des ailes du nez, geignements, tirage sous costal grave | Contactez le centre de référence et informez le personnel Donnez un billet de référence à la mère précisant : |
| Vomissements persistants avec ou sans distension de l'abdomen | Les vomissements occasionnels sont une chose courante mais les vomissements persistants sont anormaux de même que la distension abdominale | Le nom et l'adresse de la mère La date et l'heure de la naissance Les problèmes à la naissance, le cas échéant Les raisons de la référence Les traitements administrés Les conseils donnés |

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Convulsions | Les convulsions se présentent souvent de manière atypique chez le nouveau-né, notamment un regard fixe, le clignement de paupières, des trémulations des lèvres, des mouvements cloniques ou toniques des membres | |
| Infection étendue de l'ombilic | Rougeur étendue ou tuméfaction autour de l'ombilic accompagnée ou non de mauvaise odeur | |

CONCLUSION

LES SOINS ESSENTIELLES DU NOUVEAU NE DEVRAIENT PORTER SUR :

- Prévention de l'infection (Accouchement et soins du cordon dans de bonnes conditions d'hygiène)
- Protection thermique
- Allaitement précoce et exclusif
- Soins oculaires
- Vaccinations
- Identification et traitement du nouveau-né malade (Démarrer la respiration et la réanimation)
- Soins du nouveau-né prématuré et/ou de faible poids à la naissance
- Suivi

MODULE C : PRE- ECLAMPSIE ET ECLAMPSIE

V. SESSION 8 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'ECLAMPSIE PENDANT LA GROSSESSE

A. BUT ET CONTENU

Si le pays veut atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement 4 qui est de réduire la mortalité maternelle, une attention particulière doit être accordée dans la prévention de l'éclampsie pendant la grossesse et la prise en charge de l'éclampsie.

Cette session permettra à l'apprenant d'identifier les activités et les tâches qui permettent d'empêcher la survenue d'une éclampsie chez une femme enceinte.

Par ailleurs, au cours de cette session, les participants auront l'occasion de connaître la prise en charge au cours du travail, pendant l'accouchement et après l'accouchement.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. diagnostiquer les états hypertensifs pendant la grossesse et le postpartum ;
2. appliquer les mesures de prévention de la pré- éclampsie et éclampsie;
3. prendre en charge la pré- éclampsie modérée et sévère, l'éclampsie ;
4. mettre en œuvre le traitement approprié pour la pré- éclampsie et surtout l'utilisation du sulfate de magnésium.

Fiches d'apprentissage

HYPERTENSION PENDANT LA GROSSESSE

| Hypertension pendant la grossesse: diastolique >90 mm Hg mais < 110 mm Hg | | | | | |
|--|--------------|--|--|--|--|
| Etapes | OBSERVATIONS | | | | |
| Introduction | | | | | |
| 1. Saluer la femme respectueusement et avec gentillesse. | | | | | |
| 2. Dire à la femme comment cela va se passer et l'encourager de poser des questions | | | | | |
| 3. Ecouter ce que la femme a à dire. | | | | | |
| 4. Fournir de soutien émotionnel et la rassure | | | | | |
| Evaluation initiale | | | | | |
| 5. Prendre les antécédents familiaux et personnels de: <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsie • Hypertension • Affection rénal ou cardiaque • Accident vasculaire cérébral (AVC) | | | | | |
| 6. Prendre l'historique de la maladie (signes de danger). Demande si elle a ou avait: <ul style="list-style-type: none"> • Douleur épigastrique • Céphalées • Troubles visuels (double vision, vision partielle, scintillement) | | | | | |
| 7. Calculer l'âge gestationnel | | | | | |
| 8. Utiliser un tensiomètre adéquat et fonctionnel | | | | | |
| 9. Laisser la femme se reposer en latéral gauche pendant 20 minutes, et vérifier encore la tension quand elle s'assoit | | | | | |
| – Si la TA normale, donc pas d'hypertension. | | | | | |
| – Si la TA reste élevée, pense à vérifier encore après 4 heures. | | | | | |
| – Si la TA reste élevée 4 heures après la première prise, cela doit être considéré comme une HTA. | | | | | |
| 10. Effectuer une recherche de protéinurie sur une urine non souillée du milieu de jet. | | | | | |
| 11. S'il existe une protéinurie plus de 1+: | | | | | |
| – Vérifier si l'échantillon d'urine n'est pas souillé et du milieu de jet. Il s'assure que l'urine n'est pas contaminé par les sécrétions vaginales. | | | | | |
| – Rechercher pour d'éventuelles IST | | | | | |
| – Eliminer les infections urinaires, la bilharziose (zone endémique) et les infections rénales. | | | | | |
| – Eliminer l'anémie | | | | | |
| 12. Si la diastole est >90 mm Hg, âge gestationnel plus de 20 semaines, il existe une protéinurie, vérifier les réflexes rotuliens. | | | | | |
| 13. Si les réflexes sont très vifs (+3 ou +4), référer la femme à l'hôpital ou chez un médecin sans tenir compte de la TA ou de la protéinurie. | | | | | |
| Identification des problèmes / besoins | | | | | |
| 14. Analyser les informations collectées et poser les diagnostics différentiels : <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension chronique : Diastolique >90 mais <110 sans protéinurie, détectée avant 20 semaines de grossesse • Hypertension Gestationnelle: Diastolique >90 sans protéinurie, détectée après 20 semaines de grossesse • Pré-éclampsie modérée : Diastolique >90 mais <110 avec protéinurie 1+ | | | | | |
| 15. Prendre une décision pour la prise en charge ou une référence. | | | | | |

| Hypertension pendant la grossesse: diastolique >90 mm Hg mais < 110 mm Hg | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------|
| Etapas | | | | | OBSERVATIONS |
| 16. Evaluer les besoins en éducation/conseils de la femme et faire un plan de suivi et de conseils. | | | | | |
| Plan de prise en charge | | | | | |
| 17. Partager avec la femme : <ul style="list-style-type: none"> • l'état de sa santé • les chiffres de la TA | | | | | |
| 18. Discuter des complications/problèmes détectés : <ul style="list-style-type: none"> • Complications / problèmes • Possible cause(s) • Mesure de prévention | | | | | |
| 19. Expliquer la prise en charge en relation avec le diagnostic, l'impact sur la grossesse, le travail et la délivrance | | | | | |
| 20. Ecrire ou expliquer toutes prescriptions: <ul style="list-style-type: none"> • Comment et quand utiliser • Contre-indications • Effets indésirables | | | | | |
| 21. Si la femme a besoin d'être référée, expliquer pourquoi et si possible l'accompagner. | | | | | |
| 22. Déterminer la date d'accouchement et aider la femme à développer un plan d'accouchement et un plan d'urgence en cas de complications. | | | | | |
| 23. Conseiller la femme. | | | | | |
| Suivi | | | | | |
| 24. Informer la femme concernant les étapes suivantes : arrangement pour hospitalisation, référence, suivi à titre externe. | | | | | |
| 25. Vérifier la compréhension de la femme concernant son état et les suites de prise en charge | | | | | |
| 26. Rappeler à la femme de revenir à tout moment si elle a des questions/appréhensions/signes de danger sans attendre le rendez-vous. | | | | | |
| 27. Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme | | | | | |
| 28. Donner à la femme son carnet de santé | | | | | |
| 29. Remercier la femme et lui rappeler son prochain rendez-vous. | | | | | |

ADMINISTRATION DE SO₄Mg

| Administration de sulfate de magnésium | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------|
| Etapas/taches | | | | | OBSERVATIONS |
| Administration de dose de charge de sulfate de Magnésium | | | | | |
| 1. Laver les mains avec du savon et de l'eau et sécher avec une serviette propre ou à l'air libre. | | | | | |
| 2. Mettre des gants propres. | | | | | |
| 3. Préparer le sulfate de magnésium solution à 20%, 4 g <ul style="list-style-type: none"> - Prendre une seringue stérile de 20 ml - Tirer 8ml de SO₄Mg à 50 % du flacon de 10 ml = 4 grs dans la seringue. - Ajouter 12ml d'eau de préparation pour avoir 20%. | | | | | |
| 4. Faire savoir à la femme qu'elle peut ressentir une sensation de chaleur lors de l'injection. | | | | | |
| 5. Nettoyer le lieu d'injection avec un antiseptique. | | | | | |
| 6. Injecter en IV lentement la solution de 20%, 4g pendant plus de 5 minutes (10 à 20 mn). | | | | | |
| 7. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés à mettre dans la boîte de sécurité | | | | | |

| Administration de sulfate de magnésium | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------|
| Etapes/taches | | | | | OBSERVATIONS |
| 8. | Préparer 2 seringues de 10ml avec 5 g de solution à 50% sulfate de magnésium avec 1 ml de Lignocaine à 2% (même seringue). | | | | |
| | - Prendre de 2 seringues à 10 ml | | | | |
| | - Tirer le contenu du flacon de SO ₄ Mg à 50% = 10 ml = 5 grs dans la seringue | | | | |
| | - Ajouter 1ml de lignocaine à 2% dans chaque seringue | | | | |
| 9. | Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | |
| 10. | Donner 5 g en IM profonde dans chaque fesse. | | | | |
| 11. | Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés à mettre dans la boîte de sécurité | | | | |
| 12. | Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique dans l'autre fesse. | | | | |
| 13. | Donner 5 g en IM profonde dans chaque fesse. | | | | |
| 14. | Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | |
| 15. | Mettre les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | |
| 16. | Laver la main avec de l'eau et du savon puis sèche avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | |
| 17. | Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | |
| 18. | Expliquer les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | |
| | Si les convulsions reviennent après 15 minutes, donner 2 g sulfate de magnésium (50% solution) IV pendant au moins 5 minutes. | | | | |
| 19. | Laver la main avec de l'eau et du savon puis sèche avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | |
| 20. | Mettre des gants propres. | | | | |
| 21. | Prendre une seringue de 10 ml | | | | |
| 22. | Prendre du flacon de SO ₄ Mg à 50%, 4 ml soit 2 g | | | | |
| 23. | Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | |
| 24. | Donner de la sulfate de magnésium à 50% solution, 2 g en IV lente pendant au moins 5 minutes | | | | |
| 25. | Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | |
| 26. | Mettre les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | |
| 27. | Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | |
| 28. | Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | |
| 29. | Expliquer les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | |
| 30. | Surveiller la femme toutes les heures au moins | | | | |
| Dépister toute toxicité | | | | | |
| | Avant de répéter les doses toutes les 4 heures, il faut: | | | | |
| 31. | Compter la fréquence respiratoire pendant une minute | | | | |
| 32. | Calculer la quantité d'urine durant les 4 dernières heures | | | | |
| 33. | Surveiller les réflexes rotuliens | | | | |
| 34. | Arrêter ou retarder l'administration des médicaments si: <ul style="list-style-type: none"> · Fréquence respiratoire moins de 16 par minute. · Reflexes ostéo-tendineux absents. · Quantité d'urine moins de 30 ml par heure durant les 4 heures précédentes. | | | | |
| 35. | Si un arrêt respiratoire survient : <ul style="list-style-type: none"> · Assister la ventilation. · Donner 1g de gluconate de calcium (10 ml de solution à 10%) en injection lentement jusqu'à la reprise de la respiration. | | | | |
| 36. | Enregistrer les constatations sur le dossier de la femme | | | | |
| 37. | Expliquer les constatations à la femme | | | | |
| Administration de dose de maintenance de sulfate de magnésium | | | | | |

| Administration de sulfate de magnésium | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------|
| Etapes/taches | | | | | OBSERVATIONS |
| 38. Fournir une dose de maintenance de sulfate de magnésium (5 g de sulfate de magnésium (50% solution) + 1 ml lignocaine à 2% en IM toutes les 4 heures) si: | | | | | |
| · Fréquence respiratoire plus de 16 par minute. | | | | | |
| · Reflexes ostéo – tendineux présents. | | | | | |
| · Quantité d'urine plus de 30 ml par heure durant les 4 heures. | | | | | |
| 39. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 40. Mettre des gants propres. | | | | | |
| Préparer 5 g de sulfate de magnésium (50% solution) + 1 ml de lignocaine à 2% : | | | | | |
| - Prendre 1 seringue de 10ml | | | | | |
| - Tirer le contenu du flacon de SO ₄ Mg à 50% = 10 ml = 5 grs dans la seringue | | | | | |
| - Ajouter 1ml de lignocaine à 2% | | | | | |
| 41. Vérifier dans laquelle des fesses, la dernière injection était effectuée | | | | | |
| 42. Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 43. Donner 5 g IM profonde [s'assure que cette injection est donnée dans la fesse opposée à la dernière injection]. | | | | | |
| 44. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 45. Mettre les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 46. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 47. Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |
| 48. Expliquer les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |

GESTION DE LA PREECLAMPSIE SEVERE ET DE L'ECLAMPSIE AVEC DU SULFATE DE MAGNESIE

DOSE DE CHARGE

Préparer une solution 20% de SO_4Mg :

- Prendre une seringue de 20 ml.
- Tirer **8ml** de SO_4Mg à 50% du flacon de 10 ml = **4 grs** dans la seringue.
- Ajouter **12ml** d'eau de préparation pour avoir **20%**.
- Injecter en IV lente de plus de 5 minutes.

Faire suivre immédiatement par 10 grs à 50% de SO_4Mg en IM profonde

- Prendre 2 seringues de 10ml
- Tirer le contenu du flacon de SO_4Mg à 50% = **10 ml = 5 grs** dans chaque seringue
- Ajouter 1ml de lidocaïne à 2% dans chaque seringue.
- Injecter en IM profonde dans chaque fesse.
- Si des crises surviennent, injecter en IVL **4ml** de SO_4Mg à 50% du flacon = soit **2grs**

DOSE D'ENTRETIEN

En IM profonde de 5grs de SO_4Mg à 50% dans la fesse opposée à la dernière toutes les 4H

- prendre 1 seringue de 10ml
- Tirer le contenu du flacon de SO_4Mg à 50% = **10 ml = 5 grs** dans la seringue
- Ajouter 1ml de lidocaïne à 2%
- Injecter en IM profonde alternativement toutes les 4H.
- Continuer le traitement jusqu'à 24 H après la dernière crise ou de l'accouchement

Avant de répéter la dose de SO_4Mg , dépister toute toxicité. Arrêter ou retarder l'administration si :

- Fréquence respiratoire < **16/mn**
- Reflexes tendineux lents ou absents
- Quantité urine < **30 ml/h**



Tirer 8 ml de SO_4Mg à 50%

+

12 ml eau de préparation



= 10 ml

SO_4Mg à 50%

+

1ml de Lidocaïne 2%



= 10 ml

SO_4Mg à 50%

+

1ml de Lidocaïne 2%



Tirer 4 ml de SO_4Mg à 50%

Récurrence de la crise



10 ml de SO_4Mg à 50%

+

1ml de Lidocaïne 2%

En cas d'arrêt respiratoire :

- Assister par ventilation au ballon et masque ou intuber pour ventiler
- Injecter **10ml** de calcium gluconate à 10% soit **1g** en IVL jusqu'à la reprise de la respiration

GESTION DE LA PE SEVERE ET DE L'ECLAMPSIE

| Gestion de pré-éclampsie sévère / éclampsie | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------|
| Etapas /Tâches | | | | | OBSERVATIONS |
| Préparation [ces étapes s'inscrivent en même temps dans la prise en charge immédiate] | | | | | |
| 1. Saluer la femme respectueusement et avec gentillesse. | | | | | |
| 2. Dire à la femme comment cela va se passer et l'encourager de poser des questions | | | | | |
| 3. Ecouter ce que la femme a à dire. | | | | | |
| 4. Fournir de soutien émotionnel et la rassure | | | | | |
| Prise en charge immédiate | | | | | |
| 5. Appeler à l'aide. | | | | | |
| 6. Encourager la femme de se mettre sur le côté pour éviter l'inhalation des sécrétions, vomis et de sang. | | | | | |
| 7. S'assurer que les voies aériennes sont libres. | | | | | |
| 8. Observer la couleur de cyanose et le besoin d'oxygène | | | | | |
| 9. Si disponible, donner de l'oxygène à 4-6 l par minute par masque ou canule. | | | | | |
| 10. Vérifier les pouls, respirations, température, et Bdcf | | | | | |
| 11. Vérifier les réflexes ostéo- tendineux. | | | | | |
| 12. Ausculter les bases des poumons pour dépister les râles. | | | | | |
| 13. Commencer une perfusion de SSI ou Ringer's lactate | | | | | |
| 14. Si TAD au-dessus de 110 mm Hg, donner des médicaments anti hypertenseurs. Réduire la TAD juste moins de 100 mm Hg mais non pas en dessous de 90 mm Hg. | | | | | |
| 1. Administrer des anticonvulsivants pour prévenir ou traiter les convulsions / crises | | | | | |
| 15. Mettre une sonde urinaire pour suivre le débit urinaire et la protéinurie | | | | | |
| 16. Rechercher une protéinurie. | | | | | |
| 17. Evaluer la coagulation avec le "bed side clotting test". L'absence de caillot après 7 minutes ou de caillot mou qui se casse facilement suggère une coagulopathie | | | | | |
| 18. Si la femme présente de convulsion, lui fournir d'assistance | | | | | |
| 19. Ne jamais laisser la femme toute seule. Une convulsion suivie d'aspiration de vomis peut entraîner la mort de la mère et du fœtus. | | | | | |
| 20. Vérifier si la femme est en travail | | | | | |
| 21. Enregistrer l'administration des médicaments, interventions, et constatations dans le dossier de la femme | | | | | |
| Communication avec la femme | | | | | |
| 22. Partager vos constats et, si approprié, avec son partenaire ou membre de la famille | | | | | |
| 23. Discuter de complications / problèmes détectés: <ul style="list-style-type: none"> • Complications / problèmes • Possible cause(s) | | | | | |
| 24. Expliquer la prise en charge base sur le diagnostic, et son importance pour la grossesse, le travail et l'accouchement | | | | | |
| 25. Si la femme a besoin d'être référée, expliquer les raisons | | | | | |
| 26. Vérifier la compréhension de la femme sur les constats, les prochaines étapes et répondre à toutes les questions | | | | | |
| 27. Informer la famille que la femme ne doit pas être laissée toute seule, sans surveillance | | | | | |
| 28. Surveillance de la femme avec une pré éclampsie sévère / éclampsie | | | | | |
| 29. Maintenir un tableau des entrées et sorties des liquides pour éviter un surcharge de liquide. | | | | | |

| Gestion de pré-éclampsie sévère / éclampsie | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------|
| Etapas /Tâches | | | | | OBSERVATIONS |
| 30. | Surveiller TA, pouls, fréquence respiratoire toutes les heures ou plus fréquemment si nécessaire | | | | |
| 31. | Surveiller le Bdcf toutes les heures ou plus fréquemment si nécessaire | | | | |
| 32. | Vérifier les urines toutes les heures ou plus fréquemment si nécessaire | | | | |
| 33. | Vérifier les réflexes toutes les heures ou plus fréquemment si nécessaire | | | | |
| 34. | Observer la couleur pour cyanose et le besoin d'oxygénation toutes les heures | | | | |
| 35. | Auscouter les bases des poumons pour détecter les râles signes d'œdème pulmonaire | | | | |
| 36. | Si râles présents, arrêter les perfusions | | | | |
| 37. | Si râles présents, donner du furosémide 40 mg IV une fois. | | | | |
| 38. | Surveiller la température toutes les 4 heures (hyperthermie peut apparaître). | | | | |
| 39. | Vérifier les signes de travail. | | | | |
| 40. | Ne jamais laisser une femme toute seule. Une convulsion suivie d'aspiration de vomis peut entraîner la mort de la mère et du fœtus. | | | | |
| 41. | Enregistrer tout constat dans le dossier de la femme | | | | |
| 42. | Partage les constats avec la femme et si appropriée avec son partenaire/membre de la famille | | | | |

PRISE EN CHARGE POST CRISE

| Prise en charge après une crise éclamptique/convulsions | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------------|
| Etapas/Tâches | | | | | OBSERVATIONS |
| Gestion rapide en cas de convulsion | | | | | |
| 1. | APPELER A L'AIDE pour mobiliser rapidement une personne | | | | |
| 2. | Rassembler les équipements (appareil de ventilation, aspirateur, masque et ballon, oxygène) | | | | |
| 3. | Airways: Mettre la femme sur le côté gauche pour réduire le risque d'inhalation de sécrétions, de vomis et de sang | | | | |
| 4. | S'assurer que les voies aériennes soient libres | | | | |
| 5. | Breathing: évaluer la respiration | | | | |
| 6. | Si la femme ne respire pas, commencer les mesures de réanimation | | | | |
| 7. | Donner 4–6 L par minute d'oxygène par masque ou canule | | | | |
| 8. | Circulation: évaluer la pulsation | | | | |
| 9. | Si absent, commencer la réanimation et appeler l'équipe de garde | | | | |
| 10. | La protéger d'éventuelles blessures sans pour autant l'immobiliser | | | | |
| Soins après la crise | | | | | |
| 11. | Aspirer la bouche et la gorge en cas de besoin | | | | |
| 12. | Encourager la femme de se mettre de côté pour réduire les risques d'inhalation de sécrétions, vomis et de sang | | | | |
| 13. | S'assurer que les voies aériennes soient libres | | | | |
| 14. | Observer la coloration signe de cyanose et le besoin d'oxygène | | | | |
| 15. | Si disponible, continuer l'oxygénation 4–6 L par minute par masque ou canule | | | | |
| 16. | Voir le besoin d'aspiration: poumons doivent être toujours auscultés après la survenue d'une convulsion | | | | |
| 17. | Surveiller les signes vitaux et le Bdcf | | | | |
| 18. | Mettre une perfusion intraveineuse de SSI ou de Ringer's lactate, si non fait | | | | |

| Prise en charge après une crise éclamptique/convulsions | | | | |
|---|---------------------|--|--|--|
| Etales/Tâches | OBSERVATIONS | | | |
| 19. Administrer des médicaments anticonvulsivants, si non fait | | | | |
| 20. Si la TAD reste au- dessus de 110 mm Hg, donner des antihypertenseurs, sin non fait | | | | |
| 21. Mettre en place une sonde urinaire pour la surveillance des urines et de la protéinurie, si non fait | | | | |
| 22. Faire un test de coagulation au lit, si non fait | | | | |
| 23. Ne jamais laisser la femme seule. Une convulsion suivie par une inhalation de vomis peut causer la mort de la femme et du fœtus | | | | |
| 24. Rechercher les signes de travail | | | | |
| 25. Si c'est la première crise de convulsion et que l'éclampsie n'a pas encore été diagnostiquée, faire le diagnostic différentiel | | | | |
| 26. Fournir une PEC basée sur le diagnostic. Une petite proportion de femme présentant une éclampsie peut avoir une TA normale. Traiter toute femme enceinte/accouchée avec convulsions comme si elle a une éclampsie jusqu'à preuve du contraire | | | | |
| 27. Enregistrer les médicaments administrés et les constats dans le dossier de la femme | | | | |
| Partage les constats avec la femme | | | | |
| 28. Partager les constats avec la femme et si appropriée avec son partenaire/membre de la famille | | | | |
| 29. Discuter de toutes complications / problèmes détectés: <ul style="list-style-type: none"> • Complications / problèmes • Possible cause(s) | | | | |
| 30. Expliquer la PEC, base sur le diagnostic, et l'importance sur la grossesse, le travail et l'accouchement | | | | |
| 31. Si la femme a besoin d'être référée, expliquer les raisons | | | | |
| 32. Vérifier la compréhension de la femme sur les constats, les prochaines étapes et répondre à toutes les questions. | | | | |
| 33. Informer la famille que la femme ne doit pas être laissée toute seule sans surveillance | | | | |

ETUDE DE CAS

Etude de cas : PE modérée par approche décisionnelle

Mme Bodo est âgée de 16 ans. Elle est enceinte de 30 semaines et a effectué 3 CPN au centre. Tous les résultats étaient dans les limites de la normale jusqu'à ce que sa dernière visite il y a 1 semaine. À cette visite, il est constaté que sa tension artérielle était 130/90 mm Hg. Son urine était négative pour la protéine. Les bruits de cœur fœtal étaient normaux, le fœtus est actif et la hauteur utérine était conforme aux dates. Elle est venue à la clinique aujourd'hui, comme on lui avait demandé, pour le suivi.

Evaluation (Histoire, examen physique, examens complémentaires)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Mme Bodo et pourquoi?
 -
2. Quels aspects particuliers de l'examen physique de Mme Bodo vous aideront à poser un diagnostic et pourquoi ?
 -
3. Quelles procédures de dépistage/test de laboratoire allez-vous inclure (si disponible) dans votre évaluation de Mme Bodo et pourquoi ?
 -

DIAGNOSTIC (Identification des Problèmes/Besoins)

Vous avez terminé votre évaluation de Mme Bodo et vos conclusions principales sont les suivantes :

- la pression artérielle de Mme b. est 140/10 mm Hg, et elle a une protéinurie 1 +.
 - Elle ne présente aucuns symptômes indésirables (maux de tête, troubles de la vue, douleur abdominale haute, convulsions ou perte de conscience).
 - Le fœtus est actif et les bruits cardiaques fœtaux sont normaux. Taille de l'utérus est compatible avec les dates.
4. Basé sur ces résultats, quel est le diagnostic de Mme Bodo et pourquoi?
 -

SOINS A DISPENSER (planification et Intervention)

5. Basé sur votre diagnostic, quel est votre plan de soins pour Mme Bodo et pourquoi?
 -

EVALUATION

Mme Bodo revient au Centre de soins prénatals deux fois par semaine, comme on lui avait demandé. Sa tension artérielle demeure la même. Elle continue d'avoir la protéinurie 1 +. La croissance du fœtus est normale. Quatre semaines plus tard, cependant, sa tension artérielle est de 130/110 mm Hg et elle a une protéinurie 2 +. Mme Bodo n'a pas de maux de tête, ni de vision floue, ni douleur abdominale haute, ni convulsions ou perte de conscience et affirme qu'elle se sente bien. Cependant, elle estime qu'il est très fatigant d'avoir à se rendre à la clinique par autobus deux fois par semaine pour suivi et veut venir seulement une fois par semaine.

6. Basé sur ces résultats, quelle est votre plan continue de soins pour Mme Bodo et pourquoi ??
 -

Exercice pratique

- Scenario 1

Réactions clés/ Réponses

- Mme Hary. est âgée de 20 ans. Elle est enceinte de 38 semaines. C'est sa deuxième grossesse. Sa belle-mère a apporté Mme Hary. au Centre de santé ce matin car elle a eu une céphalée sévère et une vision floue pour les dernières 6 heures. Mme H. dit qu'elle se sent très malade.
- *Qu'allez-vous faire ?*
-

- Demande simultanément l'histoire de l'anamnèse de Mme Hary.

La pression artérielle diastolique de Mme Hary. est 96 mm Hg, son pouls 100 battements/minute et la fréquence respiratoire 20 par minute. Elle a de reflexes vifs. Sa belle-mère vous indique que Mme H. n'a eu aucun symptôme ou signe de travail.

- *Quel est le problème de Mme Hary. ?*
- *Que ferez-vous maintenant ?*
- *Quelle est votre principale préoccupation en ce moment ?*
-

Après 15 minutes, Mme Hary se repose tranquillement. Elle a encore un mal de tête et une hyperréflexie.

- *Que ferez-vous maintenant ?*
- *Qu'allez-vous faire au cours de la prochaine heure ?*
-

Il y a maintenant 1 heure que le traitement pour Mme Hary. a commencé. Sa tension artérielle diastolique est encore 96 mm Hg, pouls 100 battements/minute et la respiration à 20 respirations par minute. Elle est encore en hyper- réflexie. Vous détectez que le rythme cardiaque fœtal est à 80.

- *Quelle est votre préoccupation principale maintenant ?*
- *Que ferez-vous maintenant ?*
-

MODULE D : HEMORRAGIE DU POSTPARTUM

V. SESSION 09 : HEMORRAGIE DU POSTPARTUM

A. BUT ET CONTENU

L'hémorragie constitue une des causes de la mortalité maternelle. La nature de l'hémorragie dépend de la période dont elle survient. Une perte de sang peut avoir des conséquences dramatiques même pour une femme qui est en bonne santé et ne souffre pas d'anémie.

Cette session permettra aux participants de distinguer les différentes prises en charge en fonction du diagnostic de saignement vaginal après l'accouchement.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. effectuer les étapes du GATPA ;
2. identifier les causes du saignement en postpartum ;
3. pratiquer les différents manœuvres de prise en charge de l'hémorragie du postpartum.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL

| Liste de vérification des compétences: | CAS | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|
| PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIÈME STADE DU TRAVAIL | | | | | |
| Étapes | Score | | | | |
| Avant de commencer la prise en charge active | | | | | |
| 1. Préparer 10 unités d'ocytocine dans une seringue avant le deuxième stade du travail | | | | | |
| 2. Demander à la femme de vider la vessie juste avant le deuxième stade (poser une sonde uniquement si la femme ne peut pas uriner et si la vessie est pleine) | | | | | |
| 3. Aider la femme à prendre la position qu'elle souhaite (accroupie, semi-assise) | | | | | |
| 4. Expliquer à la femme et à la famille ce qui va se passer | | | | | |
| 5. Après la naissance du bébé, sécher le bébé de la tête aux pieds avec une serviette propre et chaude. Stimuler le bébé pendant qu'on le sèche. | | | | | |
| 6. Mettre de côté la serviette chaude | | | | | |
| 7. S'assurer que le bébé respire pendant qu'on le sèche. Sinon commencer la réanimation. | | | | | |
| 8. Si le bébé respire, le placer sur l'abdomen de la mère en contact peau-à-peau et le recouvrir avec une couverture sèche et chaude. | | | | | |
| Étape 1: Administrer un utérotonique | | | | | |
| 9. Palper l'utérus pour vérifier qu'il n'y a pas d'autre bébé. | | | | | |
| 10. S'il n'y a aucun autre bébé, administrer 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement ou en cas de non disponibilité, utiliser le misoprostol 600 mcg orale | | | | | |
| Étape 2: Exercer une traction mesurée sur le cordon ombilical | | | | | |
| 11. Clamper et couper le cordon | | | | | |
| 12. Maintenir le cordon près du périnée, avec la main ou la pince | | | | | |
| 13. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente | | | | | |
| 14. Attendre une contraction de l'utérus | | | | | |
| 15. A l'aide de la main au-dessus du pubis, exercer une légère pression vers le haut (vers la tête de la patiente) | | | | | |
| 16. De l'autre main, exercer une traction mesurée sur le cordon en direction du bas (en suivant la direction de la filière d'expulsion) | | | | | |
| 17. Si le placenta ne descend pas, cesser de tirer sur le cordon, relâcher la pression sur l'utérus et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Répéter les étapes 12-16. | | | | | |
| 18. Si le placenta est décollé, tirer lentement pour délivrer le placenta. Tirer doucement et fermement sur le cordon en direction du bas (à nouveau, en suivant la direction de la filière d'expulsion). | | | | | |
| 19. Pendant l'expulsion du placenta, prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. | | | | | |

| Liste de vérification des compétences: | CAS | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|
| PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIÈME STADE DU TRAVAIL | | | | | |
| Étapes | Score | | | | |
| 20. Si les membranes se déchirent : 1) examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col, 2) utiliser une pince pour appréhender les membranes, 3) enrouler les membranes et retirer doucement. | | | | | |
| Étape 3: Massage utérin | | | | | |
| 21. Immédiatement après la délivrance du placenta, masser le fond utérin jusqu'à ce qu'il soit ferme. | | | | | |
| Soins après la délivrance | | | | | |
| 22. Examiner le placenta et les membranes pour être sûr que le délivre est complet. | | | | | |
| 23. Inspecter la vulve, le périnée et le vagin pour être sûr qu'il n'existe pas de lacérations. En cas de déchirures, procéder à la réfection. Dispenser les soins indiqués à la patiente. | | | | | |
| 24. Appliquer les directives de prévention des infections en manipulant l'équipement et les fournitures contaminés. | | | | | |
| 25. Masser l'utérus et contrôler les saignements toutes les 15 minutes (ou plus souvent si nécessaire) pendant 2 heures pour s'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin. | | | | | |
| 26. Apprendre à la mère à masser l'utérus (lui montrer comment l'utérus doit être ferme) | | | | | |
| 27. Continuer avec les soins normaux et le suivi de la mère et de l'enfant | | | | | |
| 28. Noter l'information | | | | | |

FICHE D'APPRENTISSAGE PEC HPP

| Liste de vérification des compétences: Prise en charge générale de l'HPP | CAS | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|
| Étapes | Score | | | | |
| 1. APPELER A L'AIDE. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. | | | | | |
| <i>Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.</i> | | | | | |
| 2. Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température). | | | | | |
| <i>L'évaluation de l'état général aide le personnel à décider si la femme a besoin d'un traitement pour le choc et donne des informations de base pour pouvoir évaluer le traitement installé.</i> | | | | | |
| 3. Si l'état de la patiente évoque un choc , commencer immédiatement le traitement. Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si un choc survient , il est important de commencer le traitement immédiatement. | | | | | |
| 4. Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots. Les caillots de sang retenus dans l'utérus inhibent les contractions utérines, qui sont par conséquent moins efficaces. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <i>Le massage utérin aide le prestataire à vérifier si l'utérus est atone, expulse le sang ou les caillots qui peuvent prévenir la contraction utérine et stimule les contractions utérines. Ne pas oublier que la cause principale de l'HPP et l'atonie utérine.</i> | | | | | | |
| 5. Administrer 10 unités d'ocytocine en IM. | | | | | | |
| <i>L'administration de l'ocytocine assure le commencement précoce d'un traitement pour l'atonie utérine (la cause principale de l'HPP).</i> | | | | | | |
| 6. Installer une voie veineuse et commencer à perfuser. | | | | | | |
| <i>L'installation d'une voie veineuse prévient ou traite un choc en remplaçant le liquide perdu.</i> | | | | | | |
| 7. Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser. | | | | | | |
| <i>Le prélèvement de sang aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion sanguine éventuelle</i> | | | | | | |
| 8. Aider la femme à vider sa vessie . Si elle n'en est pas capable et sa vessie est distendue, sonder la vessie. | | | | | | |
| <i>Une vessie pleine déplace l'utérus et peut empêcher ou gêner la contraction utérine. L'examen de la vessie : (1) aide à déterminer si une vessie distendue est la cause de l'atonie utérine et (2) prévient une atonie utérine en assurant que la vessie reste vide.</i> | | | | | | |
| 9. Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet. | | | | | | |
| <i>L'examen du placenta aide à déterminer si une rétention placentaire est la cause des saignements.</i> | | | | | | |
| 10. Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques . S'il n'y a pas de déchirures à la vulve, le vagin et le périnée mais la femme continue à saigner, son utérus est bien contracté et le placenta est complet, penser à une déchirure cervicale et procéder à un examen au spéculum. | | | | | | |
| <i>L'examen des parties génitales aide à déterminer si une déchirure est la cause des saignements.</i> | | | | | | |
| 11. Déterminer la cause des saignements et commencer le traitement. | | | | | | |
| 12. Continuer à surveiller les signes vitaux et les saignements toutes les 15 minutes. | | | | | | |

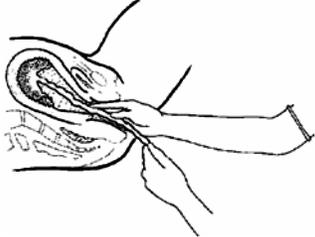
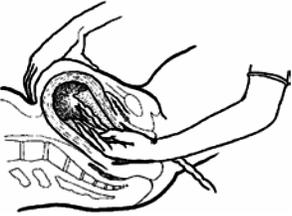
FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE

| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHE | CAS | | | | | |
| PREPARATION | | | | | | |
| 1. Préparer le matériel nécessaire. | | | | | | |
| 2. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | | |
| 3. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer, si faisable. | | | | | | |
| 4. Demander à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, si nécessaire. | | | | | | |

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE**(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|
| 5. Lui injecter un anesthésique (péthidine et diazépam en IV ou kétamine). | | | | | |
| 6. Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV | | | | | |
| 7. Mettre l'équipement de protection personnelle. | | | | | |
| DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE | | | | | |
| 1. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains et les avant-bras avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air. | | | | | |
| 2. Mettre aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles. (Note : il est préférable d'utiliser des gants longs [jusqu'aux coudes] s'ils sont disponibles.) | | | | | |
| 3. Tenir le cordon ombilical avec une pince. | | | | | |
| 4. Tirer doucement sur le cordon jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol. | | | | | |
| 5. Engager une main dans le vagin et remonter jusqu'à l'utérus, le long du cordon jusqu'à localisation du placenta. | | | | | |
| 6. Une fois que le placenta est localisé, 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. | | | | | |
| 7. Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta. | | | | | |
| 8. Décoller le placenta 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. | | | | | |
| 9. Procéder ainsi tout autour du lit placentaire, avec un léger mouvement latéral de la main, jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine : <ul style="list-style-type: none"> • 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, redouter un placenta accreta et prendre les dispositions pour une intervention chirurgicale. | | | | | |
| 10. Lorsque le placenta est entièrement décollé : <ul style="list-style-type: none"> • Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait. • Retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta. • De l'autre main, continuer à exercer une contre traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée. | | | | | |
| 11. Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 60 gouttes par minutes. | | | | | |
| 12. Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus. | | | | | |
| 13. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou donner du misoprostol | | | | | |
| 14. Examiner le placenta pour s'assurer qu'il est complet. | | | | | |
| 15. Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie. | | | | | |

| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHE | | | | | CAS | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | | | | | |
| 11. Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | | | | | |
| 12. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre et sèche ou à l'air. | | | | | | | | | |
| 13. Vérifier les saignements et surveiller les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures | | | | | | | | | |
| 14. Vérifier que l'utérus est bien contracté. | | | | | | | | | |
| 15. Noter la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente. | | | | | | | | | |

| Engager une main dans le vagin, le long du cordon | Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta |
|--|---|
|  |  |

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

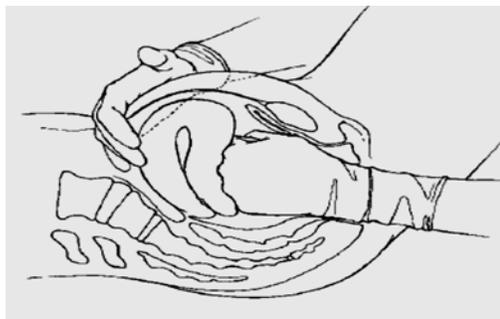
| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHES | | | | | CAS | | | | |
| PREPARATION | | | | | | | | | |
| 1. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | | | | | |
| 2. Apporter un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. | | | | | | | | | |
| 3. Mettre l'équipement de protection personnelle. | | | | | | | | | |

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

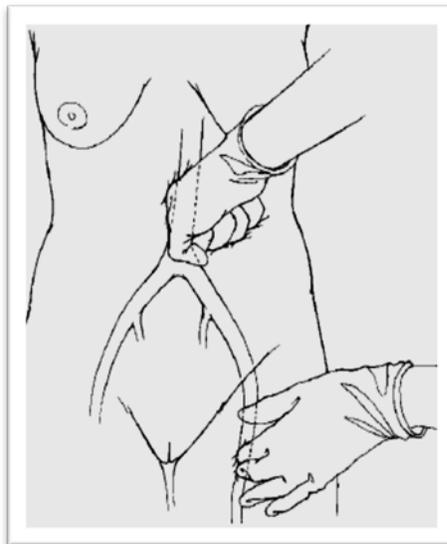
| ETAPE/TACHES | CAS | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|
| TECHNIQUE DE LA COMPRESSION BIMANUELLE | | | | | |
| 4. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air. | | | | | |
| 5. Mettre aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau. | | | | | |
| 6. Nettoyer la vulve et le périnée avec une solution antiseptique. | | | | | |
| 7. Insérer une main dans le vagin et former un poing. | | | | | |
| 8. Introduire le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et appliquer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus. | | | | | |
| 9. Mettre l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus. | | | | | |
| 10. Enfoncer la main en appuyant fermement sur l'abdomen et appliquer une pression sur la paroi postérieure de l'utérus. | | | | | |
| 11. Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 12. Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retirer les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on jette les gants, les mettre dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les faire tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 13. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre ou à l'air libre. | | | | | |
| 14. Surveiller le saignement vaginal et les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant une heure • Puis toutes les 30 minutes pendant les deux heures qui suivent | | | | | |
| 15. S'assurer que l'utérus est bien contracté. | | | | | |

COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS



FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION L'AORTE ABDOMINALE

| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 2. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer | | | | | |
| Note : Les Etapes 1 et 2 devraient être mises en œuvre au même moment que les étapes suivantes. | | | | | |
| TECHNIQUE DE LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE | | | | | |
| 3. Mettre le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche. | | | | | |
| 4. Appliquer une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale. | | | | | |
| 5. Avec l'autre main, palper le pouls fémoral pour noter l'adéquation de la compression : <ul style="list-style-type: none"> • Si le pouls est palpable lors de la compression, la pression est insuffisante. • Si le pouls n'est pas palpable lors de la compression, la pression est suffisante. | | | | | |
| 6. Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 7. Vérifier les saignements et surveiller les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures | | | | | |
| 8. Vérifier que l'utérus est bien contracté. | | | | | |



FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION

| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Préparer le matériel nécessaire. | | | | | |
| 2. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 3. Apporter un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. | | | | | |
| 4. Demander si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques. | | | | | |
| 5. Mettre l'équipement de protection personnelle. | | | | | |
| ADMINISTRER L'ANESTHESIE LOCALE | | | | | |
| Note : Prestataire compétent, vous devriez déjà avoir vos vêtements et vos gants de protection. | | | | | |
| 6. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. | | | | | |
| 7. Mettre aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau. | | | | | |
| 8. Nettoyer le périnée avec une solution antiseptique. | | | | | |
| 9. Aspirer 10 ml de lidocaïne à 0,5% dans une seringue. | | | | | |
| 10. Placer deux doigts dans le vagin le long de la ligne d'incision proposée. | | | | | |
| 11. Insérer l'aiguille à 4-5 cm dans la peau suivant la même ligne et aspire en tirant sur le piston pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau sanguin. | | | | | |
| 12. Faire une infiltration de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec la solution de lidocaïne tout en se retirant. | | | | | |
| 13. Attendre 2 minutes et ensuite, pince la peau avec la pince. (Si la patiente réagit au stimulus, attend encore 2 minutes puis recommence). | | | | | |
| REALISATION DE L'EPISIOTOMIE | | | | | |
| 14. Avant de réaliser l'épisiotomie, attendre que : <ul style="list-style-type: none"> Le périnée soit distendu. 3-4 cm de la tête du bébé soient visibles lors d'une contraction. | | | | | |
| 15. Introduire deux doigts dans le vagin, la paume vers le bas, entre la tête de l'enfant et le périnée. | | | | | |
| 16. Insérer la lame ouverte des ciseaux entre le périnée et les deux doigts. | | | | | |
| 17. Faire une incision médio latérale du périnée, sur 3-4 cm (à un angle de 45° de la ligne médiane à mi-chemin entre la tubérosité ischiatique et l'anus). | | | | | |
| 18. Faire une incision aux ciseaux de 2-3 cm dans le vagin, jusqu'au milieu de la paroi vaginale postérieure. | | | | | |

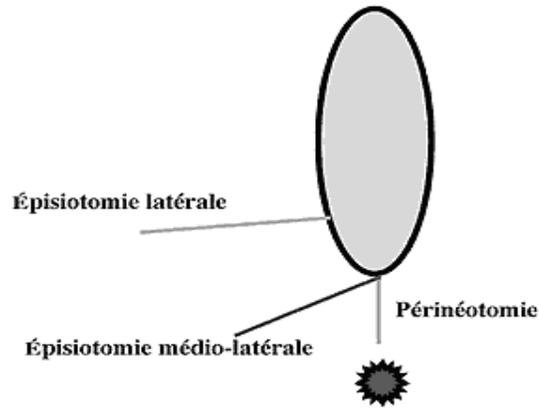
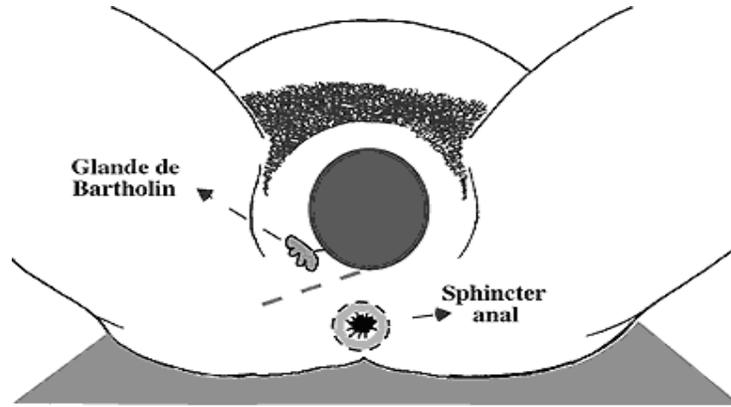
FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA REFECTION
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|
| 19. Si le dégagement de la tête ne suit pas immédiatement, appliquer une pression sur le site de l'épisiotomie entre les contractions en utilisant un morceau de gaze pour minimiser les saignements. | | | | | |
| 20. Contrôler le dégagement de la tête pour éviter l'extension de l'épisiotomie. | | | | | |
| 21. Examiner attentivement la patiente et recherche les éventuelles extensions et autres lésions. | | | | | |
| REFECTION DE L'ÉPISIOTOMIE | | | | | |
| 1. Demander à la femme de positionner ses fesses vers le bout du lit ou de la table (en utilisant les étriers s'ils sont disponibles). | | | | | |
| 2. Demande à un assistant d'éclairer le périnée de la femme. | | | | | |
| 3. Nettoyer le périnée de la femme avec une solution antiseptique. | | | | | |
| 4. S'il faut répéter l'anesthésie locale, aspirer 10 ml de lidocaïne à 0,5% dans une seringue. | | | | | |
| 5. Insérer l'aiguille d'un côté de l'incision vaginale et injecte la solution de lidocaïne tout en retirant doucement l'aiguille. | | | | | |
| 6. Répéter de l'autre côté de l'incision vaginale et de chaque côté de l'incision périnéale. | | | | | |
| 7. Attendre 2 minutes pour que la solution de lidocaïne fasse son effet. | | | | | |
| 8. En utilisant du vicryl USP 2, insérer l'aiguille à suture juste au-dessus (1 cm) de l'incision vaginale. | | | | | |
| 9. Suturer en continu de la partie apicale vers le bas pour réparer l'incision vaginale. | | | | | |
| 10. Suturer jusqu'au niveau de l'orifice vaginal. | | | | | |
| 11. Au niveau de l'orifice vaginal, affronter les berges de l'incision. | | | | | |
| 12. Faire passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la fait ressortir par l'incision puis noue. | | | | | |
| 13. Suturer par des points séparés avec le vicryl pour réparer le muscle périnéal, allant du haut de l'incision périnéale vers le bas ou en surjet | | | | | |
| 14. Suturer par des points séparés pour affronter les berges ou en surjet intradermique | | | | | |
| 15. Mettre un pansement ou linge propre sur le périnée de la femme. | | | | | |

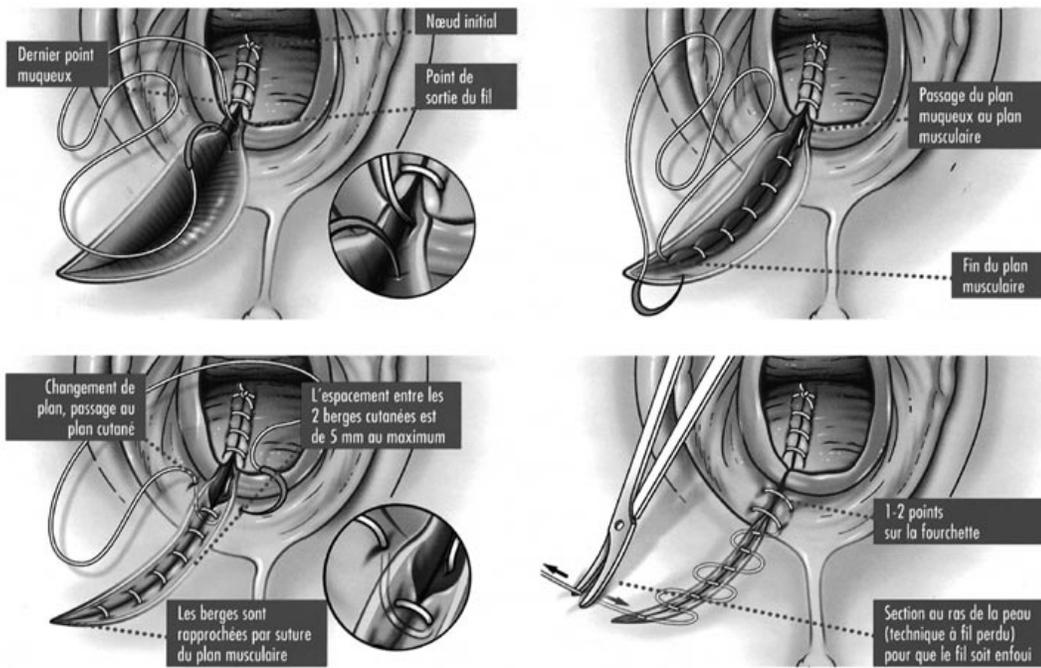
FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 16. Avant d'enlever les gants, jeter les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique. | | | | | |
| 17. Placer tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 18. Décontaminer ou jeter l'aiguille ou la seringue : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les remplit et les rince à trois reprises avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. | | | | | |
| 19. Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retirer les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 20. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. | | | | | |
| 21. Noter la procédure dans le dossier de la patiente. | | | | | |

EPISIOTOMIE



REFECTION



FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES

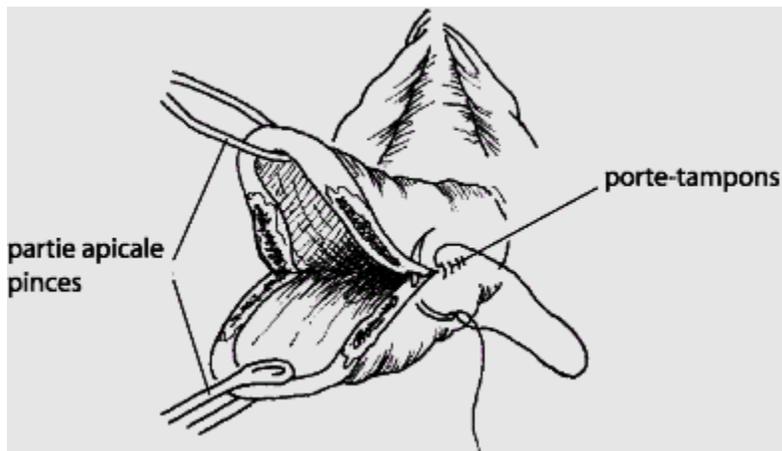
| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|
| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Préparer le matériel nécessaire. | | | | | |
| 2. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 3. Apporter un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. | | | | | |
| 4. Demander à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, si nécessaire. | | | | | |
| 5. Administrer l'anesthésie (péthidine et diazépam ou kétamine en IV), si nécessaire ou anesthésie locale par infiltration des nerfs honteux | | | | | |
| 6. Mettre l'équipement de protection personnelle. | | | | | |
| REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES | | | | | |
| 7. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air. | | | | | |
| 8. Mettre aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles. | | | | | |
| 9. Demander à un assistant d'éclairer le vagin. | | | | | |
| 10. Nettoyer le vagin et le col avec une solution antiseptique. | | | | | |
| 11. Demander à un aide de masser l'utérus et d'exercer une pression fundique. | | | | | |
| 12. Insérer une pince porte-tampons ou pince à pansement dans le vagin et saisit le col sur un côté de la déchirure. | | | | | |
| 13. Insérer une seconde pince porte-tampons et saisit le col sur l'autre côté de la déchirure. | | | | | |
| 14. Tire doucement dans diverses directions pour inspecter la totalité du col. Il se peut qu'il y ait d'autres lésions. | | | | | |
| 15. Placer les poignées des deux pinces dans une main : <ul style="list-style-type: none"> • Tenir le col stable en tirant délicatement les pinces vers lui. | | | | | |
| 16. Place la première suture en haut (partie apicale) de la déchirure. | | | | | |
| 17. Refermer la déchirure avec une suture continue : <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier d'inclure toute l'épaisseur du col à chaque fois que l'aiguille à suture est insérée. | | | | | |
| 18. Si une grande portion du bord de l'orifice est déchirée, suturer par en-dessous par un surjet de vicryl. | | | | | |
| 19. Si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer : <ul style="list-style-type: none"> • La saisir avec une pince hémostatique ou une pince porte-tampons. • Laisser la pince en place pendant 4 heures. • Attendre 4 heures, desserrer partiellement le mors de la pince mais ne la retire pas. • Attendre 4 heures supplémentaires, retire la pince complètement. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
|--|-----|--|--|--|--|
| 20. Avant d'enlever les gants, jeter les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique. | | | | | |
| 21. Placer tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 22. Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none">• Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique.• Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 23. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. | | | | | |
| 24. Noter la procédure dans le dossier de la patiente. | | | | | |

Réfection d'une déchirure du col



CONDOM TAMPONNADE

- Matériels nécessaires :
 - o Condom étanche
 - o Sonde urinaire de Foley
 - o Perfuseur
 - o Liquide de remplissage : SSI (400 ml)
 - o Fils de suture
 - o Seringue
- Comment préparer le matériel
 - o Dérouler le condom
 - o Remplir le ballonnet de la sonde avec 1cc de liquide
 - o Introduire la sonde dans le condom

- Lier avec un fil au-dessous du ballonnet le condom
- Relier la sonde avec le perfuseur et le perfuseur avec le flacon de SSI
- Mise en place
 - Mettre le flacon sur une potence
 - Introduire avec une main le condom monté dans l'utérus
 - Ouvrir le robinet du perfuseur pour remplir le condom
 - Vérifier que le condom se maintient en place
 - Remplir jusqu'à 400ml (250 à 500 ml)
 - Mettre une pince sur la sonde pour empêcher le liquide de sortir
 - Mettre un rouleau de compresses dans le vagin.
 - Continuer la perfusion d'ocytocine pendant 12-24h
- Suivi
 - Faire une prophylaxie antibiotique
 - Evaluer le saignement ou l'efficacité de la tamponnade
 - Maintenir ainsi la tamponnade pendant 8 à 48 heures
 - Dégonfler progressivement le condom en retirant le liquide
 - Après chaque retrait, toujours vérifier le saignement



ETUDES DE CAS SUR HEMORRAGIES DU POST PARTUM

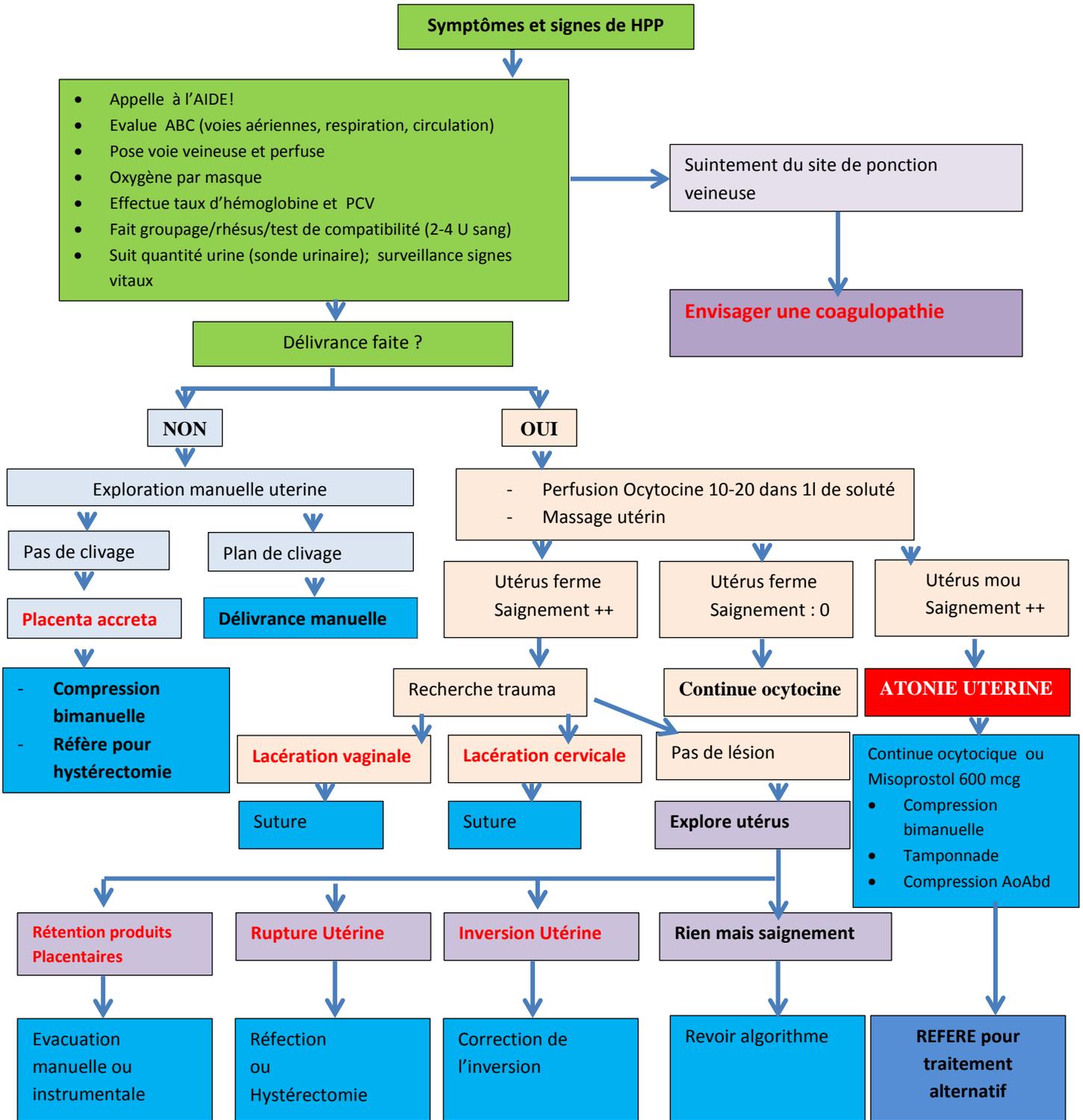
| SCÉNARIO 1 (Information donnée et questions posées par l'encadreur) | REACTIONS CLES /REPONSES (attendues de l'apprenant) |
|--|--|
| <p>1. Mme L. a 36 ans. Elle a 5 enfants. son mari qui vous a dit qu'elle avait accouché à domicile par l'aide d'une matrone, l'a amené à l'hôpital. La matrone avait raconté que le placenta est sorti normalement et en totalité, mais Mme L. a trop saigné après. La famille a essayé avec la matrone d'arrêter le saignement avant de l'amener à l'hôpital mais elle continue à saigner beaucoup.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'est-ce que vous allez faire? | <ul style="list-style-type: none"> ● Appeler à l'aide pour mobiliser tout le personnel disponible ● Évaluer Mme. L. immédiatement pour rechercher un état de choc : signes vitaux (température, pouls, pression sanguine et fréquence respiratoire), degré de conscience, couleur et température de la peau ● Dire à Mme L. (et son mari) ce qui va être fait, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et inquiétudes. ● Tourner Mme L. sur le côté surtout si elle est obnubilée ou inconsciente et maintenir les voies aériennes libres |

| | |
|---|--|
| <p>2. A l'examen, vous trouvez : TA 84/50 mm Hg, pouls à 120 bts/minute, fréquence respiratoire à 34 /minute, température 37° C. Sa peau est froide et moite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème de Mme. L. ? • Qu'est-ce que vous allez faire maintenant ? | <ul style="list-style-type: none"> • Affirmer que Mme L. est en état de choc • Demander à un personnel de commencer la perfusion de R L ou SSI à une vitesse de 1L à passer en 15–20 minutes à l'aide d'une grosse canule. • En commençant l'IV, prélever du sang pour des tests (hémoglobine, groupage/rhésus, compatibilité, coagulabilité) • Oxygéner à 6 – 8 l/mn • Sonder la vessie • Rechercher la cause de l'état de choc (hypovolémie ou septicémie) par palper l'utérus pour la consistance, sensibilité, pour évaluer la perte de sang • Couvrir L. pour éviter le refroidissement • Elever les jambes |
| <p><i>Discussion 1: Comment reconnaître qu'une femme est en état de choc?</i></p> | <p>Réponses attendues : <i>Pouls plus de 110 bts/ minute; TAS moins de 90 mm de Hg; peau froide et moite; pâleur; fréquence respiratoire plus de 30/minute; anxiété et état confus et inconscience</i></p> |
| <p><i>Discussion 2: Si une veine périphérique ne peut pas être cathétérisée, qu'est-ce qu'il faudrait faire?</i></p> | <p>Réponses attendues : <i>voie centrale ou cathéterisation veineuse (dénudation)</i></p> |
| <p>3. A l'examen suivant, vous trouver que l'utérus de Mme L est mou mais non douloureux. Ses vêtements à partir de la taille sont trempés de sang.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les problèmes importants de Mme L.? • Quelles sont les causes de l'état de choc et du saignement ? • Qu'est-ce que vous allez faire par la suite ? | <ul style="list-style-type: none"> • Affirmer que Mme L. avait dit avoir perdu beaucoup de sang après la naissance et la perte de sang est évidente en regardant ses vêtements. • Dire que l'utérus de Mme L. est mou et ne se contracte pas mais non pas sensible; elle n'a pas de fièvre. • Affirmer que le choc est dû à une hémorragie du post partum et par atonie utérine. • Masser l'utérus pour le stimuler • Commencer une seconde perfusion et administrer 20 unités d'ocytocine dans 1 L de soluté à raison de 60 gouttes/minute |
| <p>4. après 15 minutes, l'utérus se contracte, le saignement s'est arrêté, mais la tension artérielle de Mme L. reste à 88/ 60 mm de Hg, pulsation à 116 /minute, fréquence respiration à 32 /minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • qu'est-ce que vous allez faire maintenant ? | <ul style="list-style-type: none"> • Administrer encore un autre litre de soluté pour s'assurer que 2 L sont données dans l'heure de début de traitement • Continuer à oxygéner à 6–8 L/minute • Continuer de surveiller l'utérus qui doit rester contracté • Continuer à surveiller la pression et la pulsation |
| <p>5. Après 15 minutes, l'utérus reste ferme, plus de saignement, la tension artérielle de Mme L. est de 100/60 mm Hg, la pulsation à 90 et la fréquence respiratoire de 24/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • qu'est-ce que vous allez faire maintenant ? | <ul style="list-style-type: none"> • Ajuster le débit de perfusion à 1 L en 6 heures • Continuer de surveiller pour s'assurer que l'utérus se contracte bien. • Continuer de surveiller la TA et la pulsation • regarder la quantité d'urine qui doit être 30 ml/heure ou plus |

DIAGNOSTIC HPP

| Signes d'appels et symptômes | Signes parfois présents | Diagnostic probable | PEC |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - HPP du post-partum immédiat - Utérus mou/non contracté | <ul style="list-style-type: none"> - Choc | Atonie utérine | <ul style="list-style-type: none"> - vider vessie - massage utérin - Ocytocine : 20 UI /60 gouttes/mn puis - Compression bimanuelle - Compression de l'aorte - Tamponnade |
| <ul style="list-style-type: none"> - HPP du post-partum immédiat | <ul style="list-style-type: none"> - placenta complet - utérus contracté | Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales | Suture |
| <ul style="list-style-type: none"> - Absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> - HPP du post-partum immédiat - Utérus contracté | Rétention totale du placenta | Délivrance manuelle |
| <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux | <ul style="list-style-type: none"> - HPP du post-partum immédiat - Utérus contracté | Rétention partielle du placenta | Révision de la cavité utérine |
| <ul style="list-style-type: none"> - Fond utérin non perçu à la palpation abdominale - Douleur légère ou intense | <ul style="list-style-type: none"> - Utérus inversé, visible au niveau de la vulve - HPP du post-partum immédiat | Inversion utérine | Réduction |
| <ul style="list-style-type: none"> - Survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement - Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement | <ul style="list-style-type: none"> - Saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond) - anémie | Hémorragie du post-partum tardif | Ocytocine Révision utérine ATB PEC de l'anémie |
| <ul style="list-style-type: none"> - HPP du post-partum immédiat (saignement intra-abdominal et/ou vaginal) - Forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) | <ul style="list-style-type: none"> - choc - abdomen sensible - pouls rapide | Rupture utérine | Chirurgie réparatrice |

ALGORITHME DE GESTION DE L'HEMORRAGIE DU POST-PARTUM



MODULE E : SOINS DU POST PARTUM

VI. SESSION 10 : SOINS DU POST PARTUM

A. BUT ET CONTENU

Aussi bien pour le nouveau- né que pour la mère, la période du postpartum est un moment très critique surtout pendant la première semaine. Le décès de la mère est très élevé dans ce laps de temps. Il est important de continuer à supporter la maman pour qu'elle puisse s'occuper d'elle-même et de son nouveau – né.

Au cours de cette session, les participants auront l'occasion de conseiller la maman, connaître les problèmes du postpartum et leur prise en charge.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. donner des conseils à la mère surtout concernant les signes de danger
2. identifier les signes de danger et les signes d'alarme dans la période du postpartum
3. prendre en charge les problèmes de santé dans la période du postpartum

C. LEÇONS

SOINS MATERNELS APRÈS ACCOUCHEMENT

- Prenez des comprimés de fer, comme vous l'a expliqué votre agent de santé.
- Reposez-vous dès que vous pouvez.
- Buvez beaucoup d'eau propre et saine.
- Dormez sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.
- Ne prenez pas d'autres médicaments que ceux qui vous ont été prescrits au centre de santé.
- Ne buvez pas d'alcool et ne fumez pas.
- Utilisez un préservatif pour chaque rapport sexuel, s'il y a un risque d'infection sexuellement transmissible (IST) ou de contamination par le VIH/SIDA pour vous ou votre partenaire.
- Lavez-vous entièrement chaque jour, et lavez-vous en particulier le périnée.
- Si vous avez mal dans la région des organes génitaux, asseyez-vous dans une baignoire d'eau claire et chaude.
- Changez de serviette hygiénique toutes les 4 à 6 heures. Lavez vos serviettes ou éliminez-les selon les principes de sécurité.

| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, AUSCULTER, PALPER | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
|---|---|--|----------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Quand et où elle a accouché; - Comment elle se sent ; - Si elle a eu des douleurs, de la fièvre ou si elle saigne depuis l'accouchement ; - Si elle a du mal à uriner ; - Si elle a choisi une méthode de contraception ; - Dans quel état sont ses seins ; - Si quelque chose la préoccupe. - Vérifier dans le dossier : - s'il y a eu des complications pendant l'accouchement ; - si la patiente suit un traitement ; - sa sérologie pour le VIH | <ul style="list-style-type: none"> - Mesurer la tension artérielle et la température - Palper l'utérus pour vérifier s'il est ferme et rond. - Inspecter la vulve et le périnée : pour vérifier l'hygiène ; rechercher une tuméfaction ; un écoulement purulent. - Inspecter le sang et les lochies sur la serviette hygiénique et noter s'ils sont : malodorants ; abondants. - Rechercher une pâleur | <p>La mère se sent bien. Le saignement n'a pas excédé 250 ml. L'utérus est bien contracté et ferme. Il n'y a pas de tuméfaction au niveau du périnée. Le TA, le pouls et la température sont normaux. La patiente ne présente pas de pâleur. Elle ne présente pas d'affection mammaire et l'allaitement se passe bien. Elle n'a ni fièvre, ni douleur, ni préoccupation. Elle n'a pas de mal à uriner.</p> | <p>POST-PARTUM NORMAL</p> | <p>S'assurer que la patiente et sa famille savent ce qu'il faut observer et quand il faut consulter La conseiller en matière de soins du post-partum et d'hygiène et en matière de nutrition. Lui expliquer l'importance de l'espacement des naissances et de la planification familiale L'orienter pour un conseil en matière de planification familiale. Lui délivrer la quantité de fer nécessaire pour 3 mois et lui expliquer qu'il est important de bien suivre le traitement. Lui administrer tout traitement ou prophylaxie nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vacciner contre le tétanos si elle n'a pas eu toutes les injections nécessaires. - L'encourager à utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour elle et pour l'enfant. <p>Noter les observations dans le dossier maternel tenu à domicile. Lui dire de revenir au centre de sante au moins une fois au cours de la première semaine et 6 semaines plus tard</p> |

| TENSION ARTERIELLE DIASTOLIQUE ELEVEE | | | | | |
|---|---|------------|---|-----------------------------------|--|
| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, PALPER | AUSCULTER, | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
| Vérifier si la patiente a eu une pré - éclampsie ou une éclampsie pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. | Si TA diastolique \geq 90 mmHg, mesurer à nouveau après 1 heure de repos. | | - TA diastolique \geq 110 mmHg | HYPERTENSION SÉVÈRE | DONNER hypertenseur approprié Évacuer vers l'hôpital en urgence |
| | | | - TA diastolique \geq 90 mm Hg à 2 lectures successives | HYPERTENSION MODÉRÉE | Réévaluer une semaine plus tard. Si l'hypertension persiste, évacuer la patiente vers l'hôpital. |
| | | | - TA diastolique $<$ 90 mm Hg après 2 lectures | TENSION ARTÉRIELLE NORMALE | Pas de traitement additionnel |

| INCONTINENCE URINAIRE | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|------------|--|------------------------------|--|
| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, PALPER | AUSCULTER, | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
| | | | fuites d'urine à la goutte à goutte ou en filet continu. | INCONTINENCE URINAIRE | <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une lésion du périnée. - Administrer à la patiente les antibiotiques appropriés par voie orale pour traiter une infection urinaire basse. - Si l'infection se prolonge orienter la patiente vers l'hôpital. |
| PÉRINÉE PURULENT OU DOULOUREUX | | | | | |
| | | | vulve ou périnée très enflé(e) | LÉSION DU PÉRINÉE | Evacuer la patiente vers l'hôpital. |

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| | périnée purulent périnée douloureux | INFECTION OU DOULEUR PÉRINÉALE | <ul style="list-style-type: none"> - S'il y a des points de suture, les retirer. - Nettoyer la blessure. Conseiller la patiente pour les soins du périnée. - Lui administrer du paracétamol à titre analgésique. - Suivi dans 2 jours. Sans amélioration, évacuer vers l'hôpital. |
|--|--|---------------------------------------|---|

| LA PATIENTE EST MALHEUREUSE OU pleure facilement | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, AUSCULTER, PALPER | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
| - | | <p>La patiente a ressenti au moins deux des symptômes ci-après pendant la même quinzaine de jours (ce qui ne correspond pas à son état normal) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - culpabilité déplacée ou sentiments négatifs envers elle-même ; - elle pleure facilement ; - perte d'intérêt ou de plaisir ; - sensation de fatigue, d'agitation permanente ; - troubles du sommeil (dort trop ou pas assez, se réveille tôt) ; - capacité de penser et concentration réduite. - Perte d'appétit sensible. | DÉPRESSION DU POST-PARTUM (EN GÉNÉRAL APRÈS LA PREMIÈRE SEMAINE) | <ul style="list-style-type: none"> - Lui apporter un soutien moral. - L'évacuer vers l'hôpital |
| <p>Demander à la patiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comment elle se sent dernièrement ; - si elle a eu une baisse de moral ; - si elle apprécie les choses qu'elle apprécie d'habitude ; - si elle a la même énergie que | | un des signes ci-dessus depuis moins de 2 semaines | BLUES DU POST-PARTUM (HABITUELLEMENT LA PREMIÈRE SEMAINE) | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer à la patiente que c'est très fréquent. - L'écouter raconter ses soucis. Lui apporter un soutien moral et l'encourager. - Recommander à son partenaire et à sa famille de l'aider. |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| d'habitude ou si elle se sent fatiguée ; - comment elle dort ; - si elle arrive à se concentrer | | | | - La revoir 2 semaines plus tard et l'orienter si son état ne s'est pas amélioré. |
|---|--|--|--|---|

| PERTES VAGINALES 4 SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT | | | | |
|---|--|---|--|--|
| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, AUSCULTER, PALPER | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
| <p>Demander à la patiente si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - elle a eu des démangeaisons au niveau de la vulve ; - son partenaire a une affection urinaire. <p>Si le partenaire est présent, demander à la patiente si elle accepte qu'on lui pose le même genre de questions.</p> <p>Si oui, demander au partenaire si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il secrète du pus ou du mucus par l'urètre ; - il a des brûlures lorsqu'il urine. <p>S'il est impossible de rencontrer le partenaire, expliquer à la patiente qu'il est important qu'il soit examiné et soigné pour éviter une surinfection. Fixer une consultation de suivi pour la patiente et, si possible, pour son partenaire.</p> | <p>révélé pas de pertes vaginales, examiner avec un doigt ganté et inspecter le dépôt formé sur le gant.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - démangeaisons intenses au niveau de la vulve - pertes vaginales normales | <p>POSSIBLE GONORRÉE OU INFECTION À CHLAMYDIA</p> | <p>Administrer à la patiente les antibiotiques appropriés par voie orale à la patiente. Soigner le partenaire avec les antibiotiques appropriés par voie orale. Lui recommander une sexualité à moindre risque avec notamment utilisation des préservatifs</p> |
| | | | <p>POSSIBLE CANDIDOSE</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Administrer du clotrimazole à la patiente. - Lui recommander une sexualité à moindre risque - avec notamment utilisation des préservatifs. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | | - Si son état ne s'améliore pas, l'orienter vers l'hôpital. |
| | | | POSSIBLE INFECTION BACTÉRIENNE OU TRICHOMONASE | <ul style="list-style-type: none"> - Administrer du métronidazole à la patiente - Lui recommander une sexualité à moindre risque avec notamment utilisation des préservatifs |

| AFFECTION MAMMAIRE | | | | |
|--|---|--|--|--|
| INTERROGER, ÉTUDIER LE DOSSIER | INSPECTER, AUSCULTER, PALPER | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
| <ul style="list-style-type: none"> - Demander à la patiente si ses seins sont douloureux. | <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des crevasses du mamelon. - Inspecter les seins et rechercher : <ul style="list-style-type: none"> o Une grosseur ; o Une brillance ; o Une rougeur. - Palper délicatement pour détecter une douleur de l'ensemble ou d'une partie du sein. - Mesurer la température Observer une tétée si cela n'a pas encore été fait | <ul style="list-style-type: none"> - Les mamelons ne présentent ni inflammation, ni crevasse visible. - L'enfant prend bien le sein. - Inflammation des mamelons - L'enfant prend mal le sein. | PAS D'AFFECTION MAMMAIRE | Rassurer la mère. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Inflammation des mamelons - L'enfant prend mal le sein. | INFLAMMATION OU CREVASSE DU MAMELON | <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la mère à poursuivre l'allaitement. - Lui apprendre à positionner l'enfant et à le mettre au sein correctement. - Apprécier à nouveau après 2 tétées (ou 1 jour). - S'il n'y a pas d'amélioration, apprendre à la mère à exprimer son lait du sein atteint et à nourrir l'enfant à la tasse et poursuivre l'allaitement avec l'autre sein. |

| AFFECTION MAMMAIRE | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| INTERROGER, ÉTUDE LE DOSSIER | INSPECTER, AUSCULTER, PALPER | RELEVER LES SIGNES CLINIQUES | POSER UN DIAGNOSTIC | TRAITER ET CONSEILLER |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Les deux seins sont enflés, brillants et ils présentent des plaques rouges. - Température < 38 °C - L'enfant prend mal le sein. - Allaitement pas encore mis en place. | ENGORGEMENT MAMMAIRE | <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la mère à poursuivre l'allaitement. - Lui apprendre à positionner l'enfant et à le mettre au sein correctement. - Lui recommander d'allaiter plus fréquemment. - Apprécier à nouveau après 2 tétées (1 jour). S'il n'y a pas d'amélioration, apprendre à la mère à exprimer suffisamment de lait avant la tétée pour réduire la gêne |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Une partie du sein est douloureuse, enflée et rouge. - Température > 38 °C ; et la patiente se sent malade. | MASTITE | <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la mère à poursuivre l'allaitement. - Lui apprendre à positionner l'enfant et à le mettre au sein correctement - Délivrer de la cloxacilline pour 10 jours. - Evaluer à nouveau 2 jours plus tard. S'il n'y a pas d'amélioration, voire une aggravation de son état, - évacuer la patiente vers l'hôpital. - Si la mère est séropositive pour le VIH, la laisser allaiter du côté sain. Exprimer le lait du sein atteint et le jeter jusqu'à ce que la fièvre ait disparu. - En cas de douleur intense, administrer du paracétamol. |

CONSULTATIONS ORDINAIRES AU CENTRE DE SANTE

Dans la première semaine après l'accouchement :

- 2^{ème} – 3^{ème} J si nous n'avez pas accouché au centre ou sortie le premier jour
- 6^{ème} J

Six semaines après l'accouchement :

- Examen de la mère et conseils
- Examen du nouveau – né, vaccination et conseils

Quels sont les signes de danger et quand consulter ?

Il faut que vous vous rendiez **immédiatement**, à l'hôpital ou au centre de santé, **SANS ATTENDRE, de jour comme de nuit**, ou qu'on vous y accompagne, si vous présentez l'un des signes suivants :

- augmentation du saignement vaginal ;
- convulsions ;
- respiration précipitée ou difficile ;
- fièvre et trop grande faiblesse pour quitter le lit ;
- céphalées sévères accompagnées de troubles de la vision.

Il faut que vous vous rendiez au centre de santé, **le plus vite possible**, ou qu'on vous y accompagne, si vous présentez l'un des signes suivants :

- seins ou mamelons enflés, rouges ou sensibles ;
- vous avez du mal à uriner ou une incontinence urinaire ;
- augmentation de la douleur ou de l'infection périnéale ;
- infection au niveau de la plaie ;
- pertes vaginales fétides.

Conseiller en matière de soins et d'hygiène pendant le post-partum

Conseiller la patiente et lui expliquer :

- qu'il faut qu'il y ait toujours quelqu'un auprès d'elle pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement pour pouvoir réagir si son état venait à se modifier ;
- qu'elle ne doit rien introduire dans le vagin ;
- qu'il faut qu'elle se repose et dorme suffisamment ;
- qu'il est important d'avoir une bonne hygiène pour prévenir toute infection pour elle et pour l'enfant, à savoir :
 - o de se laver les mains avant de manipuler le bébé ;
 - o de laver le périnée chaque jour et après chaque défécation ;
 - o de changer les compresses périnéales toutes les 4 à 6 heures, voire plus souvent si les lochies sont abondantes ;
 - o de laver les protections usagées ou de les jeter selon les principes de sécurité ;
 - o de se laver le corps tous les jours ;
 - o qu'il faut éviter d'avoir des rapports sexuels jusqu'à ce que la lésion périnéale soit guérie.

Conseiller en matière de nutrition

- Recommander à la patiente d'avoir une alimentation plus saine et plus variée, de manger de la viande, du poisson, des huiles, des noix, des graines, des céréales, des légumineuses, des légumes et des laitages, pour se sentir forte et en bonne santé (donner des exemples d'aliments et indiquer les quantités à consommer).
- Rassurer la patiente : elle peut manger des aliments normaux, ils sont sans danger pour l'enfant.
- Conseiller plus longuement les femmes très maigres et les adolescentes.
- Déterminer si certains aliments importants sur le plan nutritionnel font l'objet de tabous particuliers. Si c'est le cas, recommandé à la patiente de dépasser ces tabous.
- Parler aux membres de la famille tels que le partenaire et la belle-mère, pour les inciter à veiller à ce que la patiente mange suffisamment et évite les travaux physiques difficiles

Planification familiale

- Vous pouvez tomber enceinte quelques semaines après avoir accouché si vous avez des rapports sexuels et ne pratiquez pas l'allaitement exclusif au sein.
- Discutez avec l'agent de santé du choix de la méthode de planification familiale qui correspond le mieux aux besoins que vous et votre partenaire avez.

FICHE D'APPRENTISSAGE PP PF

| FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM | | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|
| (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément) | | | | | |
| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
| <i>PREPARATION</i> | | | | | |
| 1. Préparer la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire. | | | | | |
| 2. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES – FEMMES QUI ALLAIENT | | | | | |
| 1. Demander pendant combien de temps la patiente a l'intention d'allaiter. | | | | | |
| 2. Demander combien de fois le bébé tète pendant la journée et pendant la nuit. | | | | | |
| 3. Expliquer que les femmes qui pratiquent l'allaitement exclusif n'ont pas besoin de contraception pendant au moins 6 semaines du post-partum, et si elles utilisent la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) elles sont protégées pendant 6 mois maximum. | | | | | |
| 4. Expliquer comment fonctionne MAMA. | | | | | |
| Expliquer les problèmes possibles liés à MAMA. | | | | | |
| 5. Si la patiente allaite mais souhaite utiliser une méthode contraceptive autre que MAMA, lui donner les informations nécessaires sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les choix contraceptifs disponibles et l'impact éventuel de certains contraceptifs sur l'allaitement maternel et la santé du bébé. • Le bon moment pour démarrer chaque méthode par rapport à l'allaitement maternel. | | | | | |
| 6. Vérifier que la patiente n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière (voir le Guide de JHPIEGO intitulé <i>Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale</i> , 2e édition). | | | | | |
| 7. Aider la patiente à choisir une méthode adéquat si elle ne veut pas utiliser la méthode MAMA. | | | | | |
| 8. Fournir la méthode choisie et les instructions concernant l'utilisation (En supposant que le prestataire de soins dispose des compétences nécessaires à cet effet). | | | | | |
| 9. Demander à la patiente de bien vouloir répéter les instructions. | | | | | |
| 10. Discuter de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie. | | | | | |

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

| ETAPE/TACHE | CAS | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|
| 11. Donner des instructions pour la visite de suivi et indique à la patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle a besoin de conseils et d'attention médicale. | | | | | |
| 12. Répondre à toute question que peut avoir la patiente. | | | | | |
| DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES – FEMMES QUI N'ALLAIENT PAS | | | | | |
| 1. Si la patiente n'allait pas, expliquer que ses cycles menstruels recommenceront probablement dans les 4 à 6 semaines qui suivent la naissance. | | | | | |
| 2. Expliquer que, si elle veut éviter tout risque de grossesse, la contraception devrait démarrer au moment (barrières, spermicides, retrait) ou avant (méthodes hormonales, DIU ou stérilisation volontaire) les premiers rapports sexuels. | | | | | |
| 3. Expliquer quel est le bon moment de démarrer les diverses méthodes disponibles pour une femme qui n'allait pas. | | | | | |
| 4. Expliquer les éventuels effets secondaires des diverses méthodes et s'assure qu'ils sont bien compris. | | | | | |
| 5. Vérifier que la patiente n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière (voir le Guide de JHPIEGO intitulé <i>Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale</i> , 2e édition). | | | | | |
| 6. Aider la patiente à choisir une méthode adéquate. | | | | | |
| 7. Fournir la méthode choisie et les instructions concernant l'utilisation (En supposant que le prestataire de soins dispose des compétences nécessaires à cet effet). | | | | | |
| 8. Demander à la patiente de bien vouloir répéter les instructions. | | | | | |
| 9. Discuter de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie. | | | | | |
| 10. Donner des instructions pour la visite de suivi et indique à la patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle a besoin de conseils et d'attention médicale. | | | | | |
| 11. Répondre à toute question que peut avoir la patiente. | | | | | |

EN RESUME :

Les Bons soins du post-partum sont :

- Soins par un accoucheur qualifié
- Attention prioritaire à la mère et au nouveau-né
- Multiples visites
- Dépistage et prise en charge rapide des complications
- Interventions et éducation pour promouvoir une bonne santé continue de la mère et du nouveau-né

MODULE PRATIQUE : PRATIQUE DES COMPETENCES

VII. SESSION 11 : PRATIQUE SUR MODELE ANATOMIQUE

A. BUT ET CONTENU

Comme l'approche d'apprentissage est l'andragogie et l'approche humaniste, les participants doivent maîtriser les compétences essentielles sur les modèles anatomiques avant d'exercer sur des cas réels (personne vivante)..

Cette session permettra aux participants de revoir et pratiquer chaque étape pour la maîtrise. Les participants se rapprochent de la réalité d'offre de service de qualité par la mise en œuvre des trois composantes : attitude, connaissance et compétence.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. Maîtriser les compétences sur la réanimation néonatale, les soins immédiats, l'examen clinique du nouveau – né, l'utilisation de la sulfate de magnésie, la GATPA, la délivrance manuelle, la compression bimanuelle, la compression de l'aorte abdominale et la tamponnade

C. METHODOLOGIE

Les participants seront répartis sur 4 stations.

Une station peut comporter :

- Un encadreur
- 4 participants
- Un modèle néonatalie avec accessoires dont pingouin, masque et ballon autogonflable
- Un modèle complet de Zoe avec un fœtus relié par un cordon au placenta.
- Les équipements :
 - o Boite d'accouchement
 - o Boite de réanimation dont un ballon autogonflable de 75 ml ou 150 ml, un masque N° 1 et N° 2
 - o Stéthoscope obstétricale
 - o Stéthoscope médicale
 - o Horloge ou minuteur
- Les consommables :
 - o Seringue 10 ml, 20ml, cuti ou IDR ou insuline
 - o Perfuseur avec aiguille
 - o Gants
 - o Compresses
 - o Clamp de Bar
 - o Condoms
 - o Fils de suture
 - o
- Les médicaments
 - o Sulfate de magnésie : flacon de de 10ml à 50%
 - o Eau de préparation
 - o Alcool 70
 - o Calcium gluconate 10 ml
 - o Vitamine K1 1ml

Activités

- **Démonstration** : Le facilitateur ou l'encadreur demande aux participants de suivre avec la fiche d'apprentissage correspondant. Il demande aux participants de ne pas hésiter à poser des questions si nécessaire. Il effectue les étapes correctement tout en expliquant ces gestes. Il assure la communication avec la mère/les accompagnants. Il peut répéter les étapes si les participants le réclament
- **Pratique** : à tour de rôle, chaque participant doit s'exercer pour les différentes compétences. L'encadreur et les autres observent et donne de feedback. Si les gestes ne sont pas corrects, l'encadreur peut les montrer de nouveau.
- **Validation** : après les exercices d'apprentissage, lorsque le participant se sent prêt, il peut demander au facilitateur de l'observer quand il va exécuter les compétences. L'encadreur peut utiliser une liste de vérification (celle qui est utilisée pendant le suivi ou la supervision post formation). Le participant doit exécuter les étapes de façon correcte et obtenir une note de 90 pour avoir la validation. Le participant peut repasser jusqu'à la maîtrise i.e. avoir une note supérieure ou égale à 90.

FICHE INTEGREE D'APPRENTISSAGE

SCENARIO 1 : GATPA + SOINS AU NOUVEAU – NE + PEC HEMORRAGIE

| LIEU: | DATE | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|
| ACTIONS/ÉTAPES | CAS/PERSONNES | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE | | | | | |
| 1. S'assurer que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées. S'assurer que l'endroit où le nouveau - né sera pris en charge est chaud, sans courant d'air. (Allume le chauffage, s'il y en a et au besoin.) | | | | | |
| 2. Vérifier la disponibilité, la propreté/stérilité et la fonctionnalité du matériel y compris pour le matériel de réanimation | | | | | |
| 3. Parler à la mère pendant la vérification du matériel et lui expliquer ce qu'on va faire et pourquoi. | | | | | |
| 4. Préparer et étudier les dossiers/ formulaires selon recommandations du Ministère de la Santé. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier de soin prénatal, travail et accouchement de la mère ○ Recherche particulièrement le code VIH ○ Fiche d'enregistrement de nouveau-né, si disponible ○ Si le dossier est incomplet, recueillir des renseignements supplémentaires auprès de la mère | | | | | |
| 5. Porter une blouse et autres équipements de protection | | | | | |
| 6. Se laver les mains avec du savon et de l'eau, et les sécher à l'air ou avec une serviette individuelle stérilisée | | | | | |
| 7. Enfiler les gants stériles | | | | | |
| 8. Préparer 10 unités d'ocytocine dans une seringue | | | | | |
| 9. Demander à la femme de vider la vessie juste avant le deuxième stade (poser une sonde uniquement si la femme ne peut pas uriner et si la vessie est pleine) | | | | | |
| 10. Aider la femme à prendre la position qu'elle souhaite (accroupie, semi-assise) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 11. Expliquer à la femme et à la famille ce qui va se passer | | | | | |
| ACCUEIL DU BEBE | | | | | |
| 12. Accueillir le bébé dans un linge sec et stérile /propre. Ne jamais le soulever par les pieds tête en bas. Le mettre en position déclive | | | | | |
| 13. Annoncer l'heure de la naissance et le sexe du bébé | | | | | |
| SECHAGE | | | | | |
| 14. Essuyer les sécrétions sur le visage, la bouche et le nez, si nécessaire. | | | | | |
| 15. Sécher le bébé immédiatement et entièrement, et se débarrasser du linge mouillé. Pendant le séchage, vérifier la respiration et la couleur du bébé, et décider s'il est nécessaire de le réanimer. | | | | | |
| 16. Si le bébé respire, le placer sur l'abdomen de la mère en contact peau-à-peau et le recouvrir avec une couverture sèche et chaude. | | | | | |
| ADMINISTRATION UTEROTONIQUE | | | | | |
| 17. Palper l'utérus pour vérifier qu'il n'y a pas d'autre bébé. | | | | | |
| 18. S'il n'y a aucun autre bébé, administrer 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement ou en cas de non disponibilité, utiliser le misoprostol 600 mcg orale | | | | | |
| SOIN DU CORDON | | | | | |
| 19. Attendre jusqu'à ce que le cordon cesse de battre avant de le clamber et de le couper. Si la mère est séropositive et si le bébé ne respire pas et a besoin de réanimation, clamber et couper immédiatement le cordon. Ne jamais traire le cordon vers le bébé. | | | | | |
| 20. Clamber à 5 cm de l'abdomen du bébé, placer une deuxième pince à 2 cm du côté maternelle et sectionner le cordon entre les 2 pinces avec une paire de ciseaux stériles ou une lame de bistouri stérile | | | | | |
| 21. Utiliser une compresse de gaze stérile pour couvrir la portion pendant la section du cordon pour éviter les éclaboussures. | | | | | |
| 22. Ligaturer le cordon ou mettre le clamp de Bar ou le nœud à 2 doigts (2-3cm) en s'assurant que le cordon est attaché fermement avec 2 à 3 nœuds. Vérifier la présence du saignement. Rattacher le cordon si nécessaire | | | | | |
| 23. Appliquer une solution antiseptique au cordon, si telle est la recommandation/politique du centre de santé/Ministère de la Santé. Prendre soins d'appliquer l'antiseptique sur le bout et à la base du cordon. | | | | | |
| TRACTION CONTROLEE DU CORDON | | | | | |
| 24. Maintenir le cordon près du périnée, avec la main ou la pince | | | | | |
| 25. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente | | | | | |
| 26. Attendre une contraction de l'utérus | | | | | |
| 27. A l'aide de la main au-dessus du pubis, exercer une légère pression vers le haut (vers la tête de la patiente) | | | | | |
| 28. De l'autre main, exercer une traction mesurée sur le cordon en direction du bas (en suivant la direction de la filière d'expulsion) | | | | | |
| 29. Si le placenta ne descend pas, cesser de tirer sur le cordon, relâcher la pression sur l'utérus et | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Répéter les étapes 24-28. | | | | | |
| 30. Si le placenta est décollé, tirer lentement pour délivrer le placenta. Tirer doucement et fermement sur le cordon en direction du bas (à nouveau, en suivant la direction de la filière d'expulsion). | | | | | |
| 31. Pendant l'expulsion du placenta, prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. | | | | | |
| 32. Si les membranes se déchirent : 1) examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col, 2) utiliser une pince pour appréhender les membranes, 3) enrouler les membranes et retirer doucement. | | | | | |
| MASSAGE UTERIN | | | | | |
| 33. Immédiatement après la délivrance du placenta, masser le fond utérin jusqu'à ce qu'il soit ferme. | | | | | |
| SOINS APRES LA DELIVRANCE | | | | | |
| 34. Examiner le placenta et les membranes pour être sûr que le délivre est complet. | | | | | |
| 35. Inspecter la vulve, le périnée et le vagin pour être sûr qu'il n'existe pas de lacérations. | | | | | |
| 36. Appliquer les directives de prévention des infections en manipulant l'équipement et les fournitures contaminés. | | | | | |
| 37. Masser l'utérus et contrôler les saignements toutes les 15 minutes (ou plus souvent si nécessaire) pendant 2 heures pour s'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin. | | | | | |
| 38. Apprendre à la mère à masser l'utérus (lui montrer comment l'utérus doit être ferme) | | | | | |
| SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU NE | | | | | |
| 39. Se débarrasser des gants souillés, se laver les mains et mettre de nouveaux gants stériles | | | | | |
| SOIN DES YEUX | | | | | |
| 40. Ouvrir l'œil du nouveau-né en séparant doucement les paupières supérieure et inférieure, ou en abaissant la paupière inférieure. Verse une goutte de collyre de tétracycline ou d'érythromycine dans l'œil. Pour les pommades, mettre un filon de pommade de l'angle interne vers l'angle externe en logeant l'intérieur de la paupière inférieure. Utiliser la même technique pour l'autre œil. | | | | | |
| 41. S'assurer que le compte-goutte ou le bout du tube ne touche pas les yeux du bébé ou d'autres objets. | | | | | |
| MAINTIEN DE LA TEMPÉRATURE DU BÉBÉ/PROTECTION THERMIQUE | | | | | |
| 42. Si aucun soin d'urgence n'est requis, garder le bébé au chaud, en contact peau à peau sur la poitrine de la mère et en le couvrant d'un drap et d'une couverture propres. Si le bébé ne peut pas être mis en contact peau à peau avec sa mère (césarienne, mère malade, etc.), l'envelopper dans un drap et une couverture propres et secs, en prenant soin de lui couvrir la tête. Expliquer à la mère pourquoi la tête du bébé est couverte. | | | | | |
| 43. Vérifier la température axillaire du bébé à l'aide d'un thermomètre. (nettoyer avant et après utilisation avec un coton imbibé d'antiseptique) | | | | | |
| 44. Informer que le bain sera reculé de moins de 6 heures | | | | | |
| INITIATION A L'ALLAITEMENT MATERNEL | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 45. Assister la mère pour l'allaitement au sein du bébé dans les premières heures après la naissance avant leur transfert de la salle d'accouchement. | | | | | |
| 46. Dire à la mère que commencer très tôt l'allaitement maternel protégera le bébé et facilitera l'allaitement maternel à long terme. | | | | | |
| 47. Recommander spécifiquement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres, y compris l'eau que le lait maternel | | | | | |
| SOINS ESSENTIELS | | | | | |
| PESÉE DU BÉBÉ | | | | | |
| 1. Placer un linge ou un papier propre sur la cuvette du pèse-bébé | | | | | |
| 2. Ajuster le poids pour afficher « zéro » avec le papier/ linge dessus | | | | | |
| 3. Placer le bébé nu sur le papier/ linge | | | | | |
| 4. Noter le poids lorsque le bébé et la cuvette ne bougent pas | | | | | |
| 5. Écrire le poids du bébé dans les dossiers/registres de la mère/du bébé et informer la mère | | | | | |
| ADMINISTRATION DE VITAMINE K1 (1mg pour un bébé normal) (sur la base des recommandations du Ministère de la Santé) incluant la technique d'administration d'une injection intramusculaire sur le nouveau-né | | | | | |
| 6. Expliquer la procédure à la mère et le fait que c'est nécessaire pour prévenir les saignements du bébé. | | | | | |
| 7. Rassembler les matériels nécessaires: seringue jetable, aiguille, médicament, liquide stérile approprié requis pour la dilution (au besoin), alcool/solution antiseptique, et compresse de gaze/coton propre, de préférence stérile | | | | | |
| 8. Examiner soigneusement l'étiquette du médicament : appellation exacte, date d'expiration, instructions pour la dilution ou toutes les autres notes particulières. | | | | | |
| 9. Prélever le volume de produit requis (1ml) dans une seringue à insuline/IDR | | | | | |
| 10. Chasser la bulle d'air tout en tenant la seringue munie d'une aiguille pointée vers le haut et en poussant le barillet de la seringue. | | | | | |
| 11. Ne toucher pas l'aiguille avec le tampon imbibé ou les doigts | | | | | |
| 12. Exposer la cuisse du bébé et saisit le muscle antérolatéral de la partie supérieure de la cuisse, nettoyer la peau avec l'antiseptique et le laisser sécher quelques secondes | | | | | |
| 13. Introduire l'aiguille rapidement dans le muscle sans hésiter, aspire un peu pour s'assurer que la pointe de l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin | | | | | |
| 14. Dire que faire si du sang entre dans la seringue: retirer l'aiguille et l'introduire à un nouvel endroit tout près du précédent. | | | | | |
| 15. Injecter lentement le médicament, retirer l'aiguille et appuyer doucement pendant un moment avec le tampon imbibé d'alcool et s'assurer qu'il n'y a aucun écoulement de sang après retrait du tampon. | | | | | |
| 16. Se débarrasser de l'aiguille et de la seringue dans une boîte de sécurité. | | | | | |
| PRÉVENTION DES INFECTIONS | | | | | |
| 17. Effectuer le tri des déchets, décontaminer les matériels et ranger le matériel | | | | | |
| 18. Retirer les gants après les avoir trempés dans le liquide de décontamination | | | | | |
| 19. Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou avec une serviette individuelle | | | | | |
| ENREGISTREMENT DES PRINCIPALES CONSTATATIONS | | | | | |
| 20. Enregistrer les principales constatations dans la fiche individuelle/dossier de la mère et du nouveau-né | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 21. Enregistrer les principales constatations dans le registre de la salle d'accouchement | | | | | |
| CONSEILS A LA MÈRE | | | | | |
| Allaitement maternel | | | | | |
| 22. Conseiller la mère sur l'importance de l'allaitement précoce et de l'importance du colostrum pour son bébé qui aide à protéger le bébé contre les infections. | | | | | |
| 23. Recommander à la mère d'allaiter fréquemment et à la demande, nuit et jour | | | | | |
| 24. Recommander spécialement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres que le lait maternel y compris l'eau | | | | | |
| Soin du cordon | | | | | |
| 25. Conseiller la mère de ne pas couvrir le cordon avec la couche/serviette | | | | | |
| 26. Recommander à la mère de ne pas y appliquer des substances nuisibles/ néfastes telles que l'argile, les mélanges d'herbe, ou du beurre de karité. | | | | | |
| 27. Conseiller la mère d'utiliser un antiseptique sur le cordon si conforme aux recommandations/ politiques du Ministère de la Santé/ Centre de santé (après lavage des mains avec de l'eau et du savon). En tels cas montre à la mère comment appliquer l'antiseptique, en prenant soin de lever le cordon et d'appliquer l'antiseptique à la base du cordon ou au fond du nombril après que le cordon soit tombé. | | | | | |
| Maintien de la température/PROTECTION THERMIQUE | | | | | |
| 28. Recommander à la mère de garder le bébé au chaud et de vérifier sa température en touchant les mains/pieds et l'abdomen pour s'assurant que toutes ces parties sont chaudes mais pas très chaudes. | | | | | |
| 29. Conseiller la mère de garder le bébé au chaud en contact peau à peau avec elle, s'il le faut. | | | | | |
| EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU NE | | | | | |
| MOMENT DE L'EXAMEN | | | | | |
| 1. Indiquer quand l'examen/évaluation doit se faire: | | | | | |
| o Le plus tôt possible après la naissance | | | | | |
| o Une fois par jour aussi longtemps que le bébé se trouve dans le service | | | | | |
| o Juste avant la sortie | | | | | |
| o Lors des visites de contrôle postnatales. | | | | | |
| PRÉPARATION DE L'EXAMEN | | | | | |
| 2. Lors des visites de contrôle, saluer la mère/l'accompagnatrice, installer la mère et le bébé confortablement à un endroit sans courant d'air, et expliquer ce qui va se faire | | | | | |
| 3. Préparer les équipements nécessaires et vérifie leur fonctionnalité : thermomètre, montre, ruban mètre, pèse – bébé | | | | | |
| 4. Expliquer à la mère ce qui va se passer et l'encourager la mère à poser des questions | | | | | |
| 5. Consulter le dossier du bébé/mère : rechercher en particulier toute pathologie maternelle qui peut affecter le nouveau-né (infection, travail dystocique, ...) | | | | | |
| 6. Interroger et écouter la mère sur tout problème remarqué, le mode d'alimentation, l'émission de selles, d'urines et sur les signes de danger : - Tête moins ou ne tête pas - Léthargique - Convulsions - Hyperthermie ou hypothermie - Respiration difficile, rapide - Vomissements avec ou sans distension abdominale - Infection de l'ombilic (tuméfié, rouge, sentant mauvais) | | | | | |

| ÉTAPES DE L'EXAMEN DU NOUVEAU – NE | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 7. Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et sécher à l'air libre ou avec une serviette propre ou du papier cellulose OU utiliser une solution Glycéro alcoolique | | | | | |
| 8. Placer le nouveau sur une surface propre, là où la mère peut regarder tout ce qui se passe ou l'examiner dans le bras de sa mère | | | | | |
| 9. Déshabiller suffisamment le bébé tout en évitant de le refroidir | | | | | |
| 10. Regarder l'apparence générale en recherchant des signes faciaux anormaux | | | | | |
| 11. Apprécier la coloration : le teint doit être rose et non jaune ou cyanosé | | | | | |
| 12. Démontrer comment détecter un ictère en pressant doucement la pointe du nez ou l'arête nasale avec la pulpe du doigt, ensuite en relâchant la pression pour voir si la zone pâlie montre une décoloration jaune. | | | | | |
| <p>13. Rechercher d'autres caractéristiques qui sont normales à cet âge et qui finissent par disparaître au bout de plusieurs jours ou semaines, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de petites taches bombées de couleur blanche ou jaune pâle sur la figure (minium) - un rassemblement de petits vaisseaux capillaires sur la figure au-dessus du front et de la lèvre supérieure (télangiectasie) - des zones bleuâtres dans le dos et sur les membres (tâches mongoliennes) - des taches ou traces rougeâtres sur la peau (érythème toxique) - une desquamation | | | | | |
| 14. Prendre les mensurations: poids, taille, périmètres crânien et thoracique | | | | | |
| 15. Rechercher la présence des signes de danger. Si l'agent de santé ne signale pas les éléments, lui demander de le faire (tous les éléments doivent être notés) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le signe de danger relatif à la léthargie (moins ou pas des mouvements, difficile à réveiller) : normalement réagit à la stimulation | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la difficulté respiratoire, en indiquant verbalement que le bébé est en train d'être examiné pour : <ul style="list-style-type: none"> - Battement des ailes du nez - Geignement - Respiration rapide, supérieure à 60/minutes (si plus de 60/ min, revérifie la fréquence respiratoire) - Tirage sous costal intense | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la fièvre ou l'hypothermie <ul style="list-style-type: none"> - Démontrer comment nettoyer le thermomètre avec un tampon imbibé d'alcool. - Démontrer la vérification axillaire de la température avec le thermomètre, en plaçant ce dernier sous l'aisselle pendant 1 minute - Indiquer que la température axillaire normale est de 36,5° – 37,5° - Indiquer que la fièvre ou l'hypothermie, en dehors de l'échelle normale sont des signes de danger chez le nouveau-né | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une distension abdominale : abdomen augmenté de volume, tendu | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher l'infection du cordon ombilical <ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre soin de soulever le cordon pour en voir la base ○ Indiquer qu'il/elle est en train de détecter la présence éventuelle de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ suppuration ▪ rougeur ▪ tuméfaction ▪ mauvaise odeur <p>NB : si l'examen se fait immédiatement après la naissance, ces signes ci – dessus ne sont pas présents mais vérifier plutôt la présence de saignement ou non</p> | | | | | |
| EFFECTUE UN EXAMEN SYSTEMATIQUE | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Niveau de la tête, la face et le cou | | | | | |
| 16. Noter la forme de la tête, inspecter le cuir chevelu à la recherche de blessures, de contusions | | | | | |
| 17. Vérifier la fontanelle antérieure pour voir s'il n'y a pas de tuméfaction | | | | | |
| 18. Vérifier toute anomalie au niveau de la face, particulièrement des mouvements asymétriques (paralysie) | | | | | |
| 19. Ouvrir les yeux et regarder si les yeux ont une apparence normale (pas d'opacité, s'il n'y a ni rougeur, ni écoulement) | | | | | |
| 20. Contrôler l'intérieur de la bouche pour vérifier qu'il n'y a pas de fente du palais | | | | | |
| 21. Examiner la langue et les parois internes de la bouche pour voir si l'enfant ne présente pas de muguet | | | | | |
| 22. Vérifier le cou : propreté au niveau des plis, absence de tuméfaction | | | | | |
| Niveau du thorax | | | | | |
| 23. Vérifier la symétrie et les mouvements durant la respiration. | | | | | |
| 24. Contrôler le rythme respiratoire (compter le nombre d'inspirations et d'expirations en une minute) | | | | | |
| 25. Contrôler le rythme cardiaque qui est plus rapide chez le nouveau-né et se situe entre 110 et 160 battements par minute | | | | | |
| Niveau de l'abdomen | | | | | |
| 26. Palper l'abdomen qui devrait être arrondi et mou ; on peut percevoir le foie | | | | | |
| 27. Rechercher sur le cordon ombilical : <ul style="list-style-type: none"> ○ A J0 la présence d'un suintement de sang. Si c'est le cas, il faut nouer à nouveau le cordon. ○ Plus tard des signes d'infection : un écoulement de pus à partir de l'ombilic ou à la base du cordon (soulevez le cordon pour voir la base), une rougeur sur la peau autour de l'ombilic et/ou une odeur nauséabonde. | | | | | |
| Niveau des organes génitaux externes | | | | | |
| 28. Chez les garçons, vérifier la position de méat urinaire, les bourses, et la présence des testicules | | | | | |
| 29. Chez les filles, vérifier la présence de l'orifice vaginal et de l'orifice urétral, les petites lèvres et les grandes lèvres | | | | | |
| Au niveau des membres | | | | | |
| 30. Vérifier les os, les muscles et la symétrie des plis et des membres lors de leur gesticulation | | | | | |
| 31. Vérifier qu'ils sont égaux | | | | | |
| Au niveau du dos en retournant le nouveau - né | | | | | |
| 32. Vérifier toute la longueur de la colonne, l'absence d'ouverture ou de tumeur | | | | | |
| Évalue l'allaitement maternel | | | | | |
| 33. Le positionnement du nouveau-né et de la mère | | | | | |
| 34. La bonne prise du sein | | | | | |
| 35. Réapprendre à la mère si nécessaire | | | | | |
| Conclue sur l'examen : | | | | | |
| 36. Comparer les résultats avec les résultats normaux et conclure si l'examen est normal ou non. | | | | | |
| 37. En cas d'anomalie, référer après avoir administré le traitement pré-transfert | | | | | |
| Exécute les Tâches après examen | | | | | |
| 38. Enlever les gants, se laver les mains | | | | | |
| 39. Informer la mère des résultats et répondre à toute autre question posée. | | | | | |
| 40. Si examen normal, planifier les autres visites, si examen anormal, planifier le plan de soins | | | | | |
| 41. Enregistrer tous les constats relatifs à l'examen physique | | | | | |
| 42. Conseiller la mère sur les signes de danger, les soins du cordon, l'allaitement maternel | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| exclusif, le maintien de la température, le bain | | | | | |
| 43. Féliciter la mère pour les bonnes pratiques | | | | | |
| HEMORRAGIE DU POST PARTUM | | | | | |
| PEC GENERALE | | | | | |
| APPELER A L'AIDE. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. | | | | | |
| 1. Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température). | | | | | |
| 2. Si l'état de la patiente évoque un choc, commencer immédiatement le traitement. | | | | | |
| 3. Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots. | | | | | |
| 4. Administrer 10 unités d'ocytocine en IM. | | | | | |
| 5. Installer une voie veineuse et commencer à perfuser. | | | | | |
| 6. Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation juste avant de commencer à perfuser. | | | | | |
| 7. Aider la femme à vider sa vessie ou sonder la vessie. | | | | | |
| 8. Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet. | | | | | |
| 9. Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques. | | | | | |
| 10. Déterminer la cause des saignements et commencer le traitement. | | | | | |
| COMPRESSION BIMANUELLE | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 2. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer, si faisable. | | | | | |
| 3. Mettre l'équipement de protection personnelle (si non mis). | | | | | |
| TECHNIQUE DE LA COMPRESSION BIMANUELLE | | | | | |
| 4. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air (si non fait) | | | | | |
| 5. Mettre aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau (si non fait). | | | | | |
| 6. Nettoyer la vulve et le périnée avec une solution antiseptique. | | | | | |
| 7. Insérer une main dans le vagin et former un poing. | | | | | |
| 8. Introduire le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et appliquer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus. | | | | | |
| 9. Mettre l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 10. Enfoncer la main en appuyant fermement sur l'abdomen et appliquer une pression sur la paroi postérieure de l'utérus. | | | | | |
| 11. Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE (passer si la pratique continue) | | | | | |
| 12. Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retirer les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on jette les gants, les mettre dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les faire tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 13. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre ou à l'air libre. | | | | | |
| 14. Surveiller le saignement vaginal et les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant une heure • Puis toutes les 30 minutes pendant les deux heures qui suivent | | | | | |
| 15. S'assurer que l'utérus est bien contracté. | | | | | |
| COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 2. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer | | | | | |
| TECHNIQUE DE LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE | | | | | |
| 3. Mettre le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche. | | | | | |
| 4. Appliquer une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale. | | | | | |
| 5. Avec l'autre main, palper le pouls fémoral pour noter l'adéquation de la compression : <ul style="list-style-type: none"> • Si le pouls est palpable lors de la compression, la pression est insuffisante. • Si le pouls n'est pas palpable lors de la compression, la pression est suffisante. | | | | | |
| 6. Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 7. Vérifier les saignements et surveiller les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures | | | | | |
| 8. Vérifier que l'utérus est bien contracté. | | | | | |
| CONDOM TAMPONNADE | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Expliquer à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 2. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer | | | | | |
| 3. Préparer les matériels nécessaires : Condom étanche ; Sonde urinaire de Foley ; Perfuseur ; Liquide de remplissage : SSI (400 ml) ; Fils de suture ; Seringue | | | | | |
| MONTAGE DU MATERIEL | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. Dérouler le condom | | | | | |
| 5. Remplir le ballonnet de la sonde avec 1cc de liquide | | | | | |
| 6. Introduire la sonde dans le condom | | | | | |
| 7. Lier avec un fil au-dessous du ballonnet le condom | | | | | |
| 8. Relier la sonde avec le perfuseur et le perfuseur avec le flacon de SSI | | | | | |
| METTRE EN PLACE L'ARTIFICE | | | | | |
| 9. Mettre le flacon sur une potence | | | | | |
| 10. Introduire avec une main le condom monté dans l'utérus | | | | | |
| 11. Ouvrir le robinet du perfuseur pour remplir le condom | | | | | |
| 12. Vérifier que le condom se maintient en place | | | | | |
| 13. Remplir jusqu'à 400ml (250 à 500 ml) | | | | | |
| 14. Mettre une pince sur la sonde pour empêcher le liquide de sortir | | | | | |
| 15. Mettre un rouleau de compresses dans le vagin. | | | | | |
| 16. Continuer la perfusion d'ocytocine pendant 12-24h | | | | | |
| SUIVI | | | | | |
| 17. Faire une prophylaxie antibiotique | | | | | |
| 18. Evaluer le saignement ou l'efficacité de la tamponnade | | | | | |
| 19. Maintenir ainsi la tamponnade pendant 8 à 48 heures | | | | | |
| 20. Dégonfler progressivement le condom en retirant le liquide | | | | | |
| 21. Après chaque retrait, toujours vérifier le saignement | | | | | |

SCENARIO 2 : REANIMATION NEONATALE - DELIVRANCE MANUELLE DU PLACENTA – UTILISATION DE LA SULFATE DE MAGNESIE

| Etapes/taches | OBSERVATIONS | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|
| PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE | | | | | |
| 1. S'assurer que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées. S'assurer que l'endroit où le nouveau-né sera pris en charge est chaud, sans courant d'air. (Allume le chauffage, s'il y en a et au besoin.) | | | | | |
| 2. Vérifier la disponibilité, la propreté/stérilité et la fonctionnalité du matériel y compris pour le matériel de réanimation | | | | | |
| 3. Parler à la mère pendant la vérification du matériel et lui expliquer ce qu'on va faire et pourquoi. | | | | | |
| 4. Préparer et étudier les dossiers/ formulaires selon recommandations du Ministère de la Santé. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier de soin prénatal, travail et accouchement de la mère ○ Recherche particulièrement le code VIH ○ Fiche d'enregistrement de nouveau-né, si disponible ○ Si le dossier est incomplet, recueillir des renseignements supplémentaires auprès de la mère | | | | | |
| 5. Porter une blouse et autres équipements de protection | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 6. Se laver les mains avec du savon et de l'eau, et les sécher à l'air ou avec une serviette individuelle stérilisée | | | | | |
| 7. Enfiler les gants stériles | | | | | |
| 8. Préparer 10 unités d'ocytocine dans une seringue | | | | | |
| 9. Demander à la femme de vider la vessie juste avant le deuxième stade (poser une sonde uniquement si la femme ne peut pas uriner et si la vessie est pleine) | | | | | |
| 10. Aider la femme à prendre la position qu'elle souhaite (accroupie, semi-assise) | | | | | |
| 11. Expliquer à la femme et à la famille ce qui va se passer | | | | | |
| ACCUEIL DU BEBE | | | | | |
| 12. Accueillir le bébé dans un linge sec et stérile /propre. Ne jamais le soulever par les pieds tête en bas. Le mettre en position déclive | | | | | |
| 13. Annoncer l'heure de la naissance et le sexe du bébé | | | | | |
| SECHAGE | | | | | |
| 14. Essuyer les sécrétions sur le visage, la bouche et le nez, si nécessaire. | | | | | |
| 15. Sécher le bébé immédiatement et entièrement, et se débarrasser du linge mouillé. Pendant le séchage, vérifier la respiration et la couleur du bébé. | | | | | |
| Le bébé ne crie pas, il est mou et ne bouge pas. Sa peau peut être pale ou bleue : IL FAUT L'AIDER A RESPIRER | | | | | |
| 1. Positionner du bébé avec le cou légèrement étendu pour aider à maintenir les voies respiratoires ouvertes. | | | | | |
| 2. Libérer les voies aériennes | | | | | |
| 3. Aspirer la bouche et le nez. | | | | | |
| 4. Stimuler la respiration | | | | | |
| 5. Frotter doucement le dos une ou deux fois. | | | | | |
| 6. Evaluer si le bébé respire ou non | | | | | |
| Si le bébé respire : Continuer à vérifier la respiration. Pincer ou lier et couper le cordon ombilical. Encourager l'allaitement maternel dans la première heure | | | | | |
| Si le bébé ne respire pas ou respire mal | | | | | |
| 7. Couper le cordon | | | | | |
| 8. Ventiler pendant une minute à raison de 40 /mn | | | | | |
| 9. Evaluer la respiration | | | | | |
| Si le bébé respire : surveiller avec la mère, encourager l'allaitement | | | | | |
| Si le bébé ne respire pas ou respire mal | | | | | |
| 10. Demander de l'aide | | | | | |
| 11. Améliorer la ventilation | | | | | |
| 12. Apprécier la fréquence cardiaque | | | | | |
| Si la fréquence cardiaque est normale : | | | | | |
| 13. Continuer la ventilation et évaluer | | | | | |
| 14. Si le bébé respire, surveiller avec la mère | | | | | |
| 15. Si le bébé ne respire pas, penser à transférer pour des soins intenses | | | | | |
| Si la fréquence cardiaque est lente moins de 100 | | | | | |
| 16. Continuer la ventilation | | | | | |
| 17. Penser à transférer pour des soins plus intenses | | | | | |
| 18. Arrêter après 10 minutes si le bébé n'arrive pas à respirer : le bébé est mort | | | | | |
| DELIVRANCE ARTIFICIELLE | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| On vous appelle car la mère du nouveau – né qui a été réanimé saigne et elle n’a pas pu être délivrée. Qu’est-ce que vous allez faire ? | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Préparer le matériel nécessaire. | | | | | |
| 2. Expliquer à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écouter et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 3. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer | | | | | |
| 4. Demander à la femme de vider sa vessie ou poser une sonde, (si n’est déjà fait) | | | | | |
| 5. Lui injecter un anesthésique (péthidine et diazépam en IV ou kétamine). | | | | | |
| 6. Administrer une dose unique d’antibiotiques prophylactiques <ul style="list-style-type: none"> ● 2 g d’ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU ● 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV | | | | | |
| DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE | | | | | |
| 7. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains et les avant-bras avec de l’eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l’air. | | | | | |
| 8. Mettre aux deux mains des gants chirurgicaux/gants longs désinfectés à haut niveau ou stériles. | | | | | |
| 9. Tenir le cordon ombilical avec une pince. | | | | | |
| 10. Tirer doucement sur le cordon jusqu’à ce qu’il soit parallèle au sol. | | | | | |
| 11. Engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l’utérus, le long du cordon jusqu’à localisation du placenta. | | | | | |
| 12. Une fois que le placenta est localisé, 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. | | | | | |
| 13. Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu’à localisation du bord du placenta. | | | | | |
| 14. Décoller le placenta 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. | | | | | |
| 15. Procéder ainsi tout autour du lit placentaire, avec un léger mouvement latéral de la main, jusqu’à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine : | | | | | |
| 16. 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, redouter un placenta accreta et prendre les dispositions pour une intervention chirurgicale. | | | | | |
| 17. Lorsque le placenta est entièrement décollé : <ul style="list-style-type: none"> ● Explorer l’intérieur de la cavité utérine pour s’assurer que tout le tissu placentaire a été extrait. ● Retirer lentement la main de l’utérus en ramenant le placenta. ● De l’autre main, continuer à exercer une contre traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée. | | | | | |
| 18. Administrer 20 unités d’ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 60 gouttes par minutes. | | | | | |
| 19. Demander à un aide de masser l’utérus pour favoriser une contraction tonique de l’utérus. | | | | | |
| 20. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecter 0,2 mg d’ergométrine en IM ou donner du misoprostol | | | | | |
| 21. Examiner le placenta pour s’assurer qu’il est complet. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 22. Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 23. Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retirer les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 24. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. | | | | | |
| 25. Vérifier les saignements et surveiller les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures | | | | | |
| 26. Vérifier que l'utérus est bien contracté. | | | | | |
| Pendant que vous remplissez les dossiers, on vous appelle car la femme est en train de convulser. Le diagnostic est une éclampsie. Comment allez-vous administrer la sulfate de magnésie | | | | | |
| PEC PE/E SEVERE ET ECLAMPSIE : ADMINISTRATION DE LA SULFATE DE MAGNESIE | | | | | |
| Administration de dose de charge de sulfate de Magnésium | | | | | |
| 1. Laver les mains avec du savon et de l'eau et sécher avec une serviette propre ou à l'air libre. | | | | | |
| 2. Mettre des gants propres. | | | | | |
| 3. Préparer le sulfate de magnésium solution à 20%, 4 g | | | | | |
| - Prendre une seringue stérile de 20 ml | | | | | |
| - Tirer 8ml de SO ₄ Mg à 50 % du flacon de 10 ml = 4 grs dans la seringue. | | | | | |
| - Ajouter 12ml d'eau de préparation pour avoir 20% . | | | | | |
| 4. Faire savoir à la femme qu'elle peut ressentir une sensation de chaleur lors de l'injection. | | | | | |
| 5. Nettoyer le lieu d'injection avec un antiseptique. | | | | | |
| 6. Injecter en IV lentement la solution de 20%, 4g pendant plus de 5 minutes (10 à 20 mn). | | | | | |
| 7. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés à mettre dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 8. Préparer 2 seringues de 10ml avec 5 g de solution à 50% sulfate de magnésium avec 1 ml de Lignocaïne à 2% (même seringue). | | | | | |
| - Prendre de 2 seringues à 10 ml | | | | | |
| - Tirer le contenu du flacon de SO ₄ Mg à 50% = 10 ml = 5 grs dans la seringue | | | | | |
| - Ajouter 1ml de lignocaïne à 2% dans chaque seringue | | | | | |
| 9. Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 10. Donner 5 g en IM profonde dans chaque fesse. | | | | | |
| 11. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés à mettre dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 12. Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique dans l'autre fesse. | | | | | |
| 13. Donner 5 g en IM profonde dans chaque fesse. | | | | | |
| 14. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 15. Mettre les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 16. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 17. Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |
| 18. Expliquer les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |
| Si les convulsions reviennent après 15 minutes, donner 2 g sulfate de magnésium (50% solution) IV pendant au moins 5 minutes. | | | | | |
| 19. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 20. Mettre des gants propres. | | | | | |
| 21. Prendre une seringue de 10 ml | | | | | |
| 22. Prendre du flacon de SO ₄ Mg à 50%, 4 ml soit 2 g | | | | | |
| 23. Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 24. Donner de la sulfate de magnésium à 50% solution, 2 g en IV lente pendant au moins 5 minutes | | | | | |
| 25. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 26. Mettre les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 27. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 28. Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |
| 29. Expliquer les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |
| 30. Surveiller la femme toutes les heures au moins | | | | | |
| Dépister toute toxicité | | | | | |
| Avant de répéter les doses toutes les 4 heures, il faut: | | | | | |
| 31. Compter la fréquence respiratoire pendant une minute | | | | | |
| 32. Calculer la quantité d'urine durant les 4 dernières heures | | | | | |
| 33. Surveiller les réflexes rotuliens | | | | | |
| 34. Arrêter ou retarder l'administration des médicaments si: <ul style="list-style-type: none"> · Fréquence respiratoire moins de 16 par minute. · Reflexes ostéo-tendineux absents. · Quantité d'urine moins de 30 ml par heure durant les 4 heures précédentes. | | | | | |
| 35. Si un arrêt respiratoire survient : <ul style="list-style-type: none"> · Assister la ventilation. · Donner 1g de gluconate de calcium (10 ml de solution à 10%) en injection lentement jusqu'à la reprise de la respiration. | | | | | |
| 36. Enregistrer les constatations sur le dossier de la femme | | | | | |
| 37. Expliquer les constatations à la femme | | | | | |
| Administration de dose de maintenance de sulfate de magnésium | | | | | |
| 38. Fournir une dose de maintenance de sulfate de magnésium (5 g de sulfate de magnésium (50% solution) + 1 ml lignocaïne à 2% en IM toutes les 4 heures) si: <ul style="list-style-type: none"> · Fréquence respiratoire plus de 16 par minute. · Reflexes ostéo – tendineux présents. · Quantité d'urine plus de 30 ml par heure durant les 4 heures. | | | | | |
| 39. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 40. Mettre des gants propres. | | | | | |
| Préparer 5 g de sulfate de magnésium (50% solution) + 1 ml de lignocaïne à 2% : | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Prendre 1 seringue de 10ml - Tirer le contenu du flacon de SO₄Mg à 50% = 10 ml = 5 grs dans la seringue - Ajouter 1ml de lignocaïne à 2% | | | | | |
| 41. Vérifier dans laquelle des fesses, la dernière injection était effectuée | | | | | |
| 42. Nettoyer soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 43. Donner 5 g IM profonde [s'assure que cette injection est donnée dans la fesse opposée à la dernière injection]. | | | | | |
| 44. Prendre en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 45. Mettre les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 46. Laver la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 47. Enregistrer les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |
| 48. Expliquer les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |
| | | | | | |

MODULE PRATIQUE : PRATIQUE DES COMPETENCES

VIII. SESSION 12 : PRATIQUE CLINIQUE

A. BUT ET CONTENU

Le stage clinique est l'étape suivante pour l'acquisition et la maîtrise des compétences. La maîtrise parfaite survient seulement en décours de cette phase de stage clinique. Il est important que le participant ait validé les compétences avant la pratique sur le sujet vivant.

Cette phase permet au participant d'être en situation correspondant à sa pratique quotidienne et d'interagir avec le sujet avec le respect de ses droits.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

A la fin de la session, le participant devrait être capable de :

1. Effectuer les compétences sélectionnées dans le site de stage clinique pour atteindre la maîtrise parfaite

C. METHODOLOGIE

L'encadreur doit appliquer les principes d'encadrement lors de pratique clinique. A titre de rappel, voire ci-après la fiche d'encadrement :

| PENDANT LA SEANCE PRATIQUE | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1. Observer le participant pendant qu'il pratique la procédure. | | | | | |
| 2. Fournir un renforcement positif et des suggestions d'amélioration pendant que le participant pratique la procédure. | | | | | |
| 3. Se référer à la fiche d'apprentissage pendant l'observation. | | | | | |
| 4. Prendre des notes sur la performance du participant sur la fiche d'apprentissage pendant l'observation. | | | | | |
| 5. Se montrer sensible envers la cliente lorsqu'il donne un feed-back au participant pendant une séance clinique avec des clientes. | | | | | |
| 6. Ne donner des commentaires de correction que lorsque le confort ou la sécurité de la patiente est menacée. | | | | | |
| APRES LA SEANCE DE FEED-BACK PRATIQUE | | | | | |
| 1. Accueillir le participant. | | | | | |
| 2. Demander au participant ce qu'il/elle pense de la séance pratique. | | | | | |
| 3. Demander au participant d'identifier les étapes qu'il/elle a bien effectuées. | | | | | |
| 4. Demander au participant d'identifier les étapes pour lesquelles sa performance pourrait être améliorée. | | | | | |
| 5. Se référer aux notes qu'il a écrites sur la fiche d'apprentissage. | | | | | |
| 6. Fournir un renforcement positif sur les étapes ou les tâches que le participant a bien effectuées. | | | | | |
| 7. Offrir des suggestions spécifiques pour l'amélioration. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 8. Travailler avec le participant pour établir des buts pour la prochaine séance pratique. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Les encadreurs et les participants sont repartis de telle sorte que chaque participant aura l'occasion de pratiquer sous la tutelle de l'encadreur.

Pour ne pas gaspiller le temps, les modèles anatomiques sont à amener dans les sites de pratique clinique afin que les participants puissent continuer à s'exercer en absence de cas réel.

Planifier de séance de partage et de feedback collectif à la fin des activités.

D. FICHE INTEGREE D'OBSERVATION/LISTE DE VERIFICATION

SCENARIO 1 : GATPA + SOINS AU NOUVEAU – NE + PEC HEMORRAGIE

| LIEU: | DATE | | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|
| ACTIONS/ÉTAPES | CAS/PERSONNES | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE | | | | | |
| 1. S'assure que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées. S'assure que l'endroit où le nouveau - né sera pris en charge est chaud, sans courant d'air. (Allume le chauffage, s'il y en a et au besoin.) | | | | | |
| 2. Vérifie la disponibilité, la propreté/stérilité et la fonctionnalité du matériel y compris pour le matériel de réanimation | | | | | |
| 3. Parle à la mère pendant la vérification du matériel et lui explique ce qu'on va faire et pourquoi. | | | | | |
| 4. Prépare et étudie les dossiers/ formulaires selon recommandations du Ministère de la Santé. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dossier de soin prénatal, travail et accouchement de la mère ○ Recherche particulièrement le code VIH ○ Fiche d'enregistrement de nouveau-né, si disponible ○ Si le dossier est incomplet, recueillir des renseignements supplémentaires auprès de la mère | | | | | |
| 5. Porte une blouse et autres équipements de protection | | | | | |
| 6. Se lave les mains avec du savon et de l'eau, et les sèche à l'air ou avec une serviette individuelle stérilisée | | | | | |
| 7. Enfile les gants stériles | | | | | |
| 8. Prépare 10 unités d'ocytocine dans une seringue | | | | | |
| 9. Demande à la femme de vider la vessie juste avant le deuxième stade (poser une sonde uniquement si la femme ne peut pas uriner et si la vessie est pleine) | | | | | |
| 10. Aide la femme à prendre la position qu'elle souhaite (accroupie, semi-assise) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 11. Explique à la femme et à la famille ce qui va se passer | | | | | |
| ACCUEIL DU BEBE | | | | | |
| 12. Accueille le bébé dans un linge sec et stérile /propre. Ne soulève jamais le bébé par les pieds tête en bas. Le met en position déclive | | | | | |
| 13. Annonce l'heure de la naissance et le sexe du bébé | | | | | |
| SECHAGE | | | | | |
| 14. Essuie les sécrétions sur le visage, la bouche et le nez, si nécessaire. | | | | | |
| 15. Sèche le bébé immédiatement et entièrement, et se débarrasse du linge mouillé. Pendant le séchage, vérifie la respiration et la couleur du bébé, et décide s'il est nécessaire de le réanimer. | | | | | |
| 16. Si le bébé respire, le place sur l'abdomen de la mère en contact peau-à-peau et le recouvre avec une couverture sèche et chaude. | | | | | |
| ADMINISTRATION UTEROTONIQUE | | | | | |
| 17. Palpe l'utérus pour vérifier qu'il n'y a pas d'autre bébé. | | | | | |
| 18. S'il n'y a aucun autre bébé, administre 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement ou en cas de non disponibilité, utilise le misoprostol 600 mcg orale | | | | | |
| SOIN DU CORDON | | | | | |
| 19. Attend jusqu'à ce que le cordon cesse de battre avant de le clamper et de le couper. Si la mère est séropositive et si le bébé ne respire pas et a besoin de réanimation, clampé et coupe immédiatement le cordon. Ne jamais traire le cordon vers le bébé. | | | | | |
| 20. Clampé à 5 cm de l'abdomen du bébé, place une deuxième pince à 2 cm du côté maternelle et sectionne le cordon entre les 2 pinces avec une paire de ciseaux stériles ou une lame de bistouri stérile | | | | | |
| 21. Utilise une compresse de gaze stérile pour couvrir la portion pendant la section du cordon pour éviter les éclaboussures. | | | | | |
| 22. Ligature le cordon ou mettre le clamp de Bar ou le nœud à 2 doigts (2-3cm) en s'assurant que le cordon est attaché fermement avec 2 à 3 nœuds. Vérifie la présence du saignement. Rattache le cordon si nécessaire | | | | | |
| 23. Applique une solution antiseptique au cordon, si telle est la recommandation/politique du centre de santé/Ministère de la Santé. Prend soins d'appliquer l'antiseptique sur le bout et à la base du cordon. | | | | | |
| TRACTION CONTROLEE DU CORDON | | | | | |
| 24. Maintient le cordon près du périnée, avec la main ou la pince | | | | | |
| 25. Place l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente | | | | | |
| 26. Attend une contraction de l'utérus | | | | | |
| 27. A l'aide de la main au-dessus du pubis, exerce une légère pression vers le haut (vers la tête de la patiente) | | | | | |
| 28. De l'autre main, exerce une traction mesurée sur le cordon en direction du bas (en suivant la direction de la filière d'expulsion) | | | | | |
| 29. Si le placenta ne descend pas, cesse de tirer sur le cordon, relâche la pression sur l'utérus et | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| attend que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Répète les étapes 24-28. | | | | | |
| 30. Si le placenta est décollé, tire lentement pour délivrer le placenta. Tire doucement et fermement sur le cordon en direction du bas (à nouveau, en suivant la direction de la filière d'expulsion). | | | | | |
| 31. Pendant l'expulsion du placenta, prend le placenta avec les deux mains et le fait tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. | | | | | |
| 32. Si les membranes se déchirent : 1) examine avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col, 2) utilise une pince pour appréhender les membranes, 3) enroule les membranes et retire doucement. | | | | | |
| MASSAGE UTERIN | | | | | |
| 33. Immédiatement après la délivrance du placenta, masse le fond utérin jusqu'à ce qu'il soit ferme. | | | | | |
| SOINS APRES LA DELIVRANCE | | | | | |
| 34. Examine le placenta et les membranes pour être sûr que le délivre est complet. | | | | | |
| 35. Inspecte la vulve, le périnée et le vagin pour être sûr qu'il n'existe pas de lacérations. | | | | | |
| 36. Applique les directives de prévention des infections en manipulant l'équipement et les fournitures contaminés. | | | | | |
| 37. Masser l'utérus et contrôler les saignements toutes les 15 minutes (ou plus souvent si nécessaire) pendant 2 heures pour s'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin. | | | | | |
| 38. Apprend à la mère à masser l'utérus (lui montrer comment l'utérus doit être ferme) | | | | | |
| SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU NE | | | | | |
| 39. Se débarrasse des gants souillés, se laver les mains et met de nouveaux gants stériles | | | | | |
| SOIN DES YEUX | | | | | |
| 40. Ouvre l'œil du nouveau-né en séparant doucement les paupières supérieure et inférieure, ou en abaissant la paupière inférieure. Verse une goutte de collyre de tétracycline ou d'érythromycine dans l'œil. Pour les pommades, met un filon de pommade de l'angle interne vers l'angle externe en logeant l'intérieur de la paupière inférieure. Utilise la même technique pour l'autre œil. | | | | | |
| 41. S'assure que le compte-goutte ou le bout du tube ne touche pas les yeux du bébé ou d'autres objets. | | | | | |
| MAINTIEN DE LA TEMPÉRATURE DU BÉBÉ/PROTECTION THERMIQUE | | | | | |
| 42. Si aucun soin d'urgence n'est requis, garde le bébé au chaud, en contact peau à peau sur la poitrine de la mère et en le couvrant d'un drap et d'une couverture propres. Si le bébé ne peut pas être mis en contact peau à peau avec sa mère (césarienne, mère malade, etc.), l'enveloppe dans un drap et une couverture propres et secs, en prenant soin de lui couvrir la tête. Explique à la mère pourquoi la tête du bébé est couverte. | | | | | |
| 43. Vérifie la température axillaire du bébé à l'aide d'un thermomètre. (nettoie avant et après utilisation avec un coton imbibé d'antiseptique) | | | | | |
| 44. Informe que le bain sera reculé de moins de 6 heures | | | | | |
| INITIATION A L'ALLAITEMENT MATERNEL | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 45. Assiste la mère pour l'allaitement au sein du bébé dans les premières heures après la naissance avant transfert de la salle d'accouchement. | | | | | |
| 46. Dit à la mère que commencer très tôt l'allaitement maternel protégera le bébé et facilitera l'allaitement maternel à long terme. | | | | | |
| 47. Recommande spécifiquement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres, y compris l'eau que le lait maternel | | | | | |
| SOINS ESSENTIELS | | | | | |
| PESÉE DU BÉBÉ | | | | | |
| 30. Place un linge ou un papier propre sur la cuvette du pèse-bébé | | | | | |
| 31. Ajuste le poids pour afficher « zéro » avec le papier/ linge dessus | | | | | |
| 32. Place le bébé nu sur le papier/ linge | | | | | |
| 33. Note le poids lorsque le bébé et la cuvette ne bougent pas | | | | | |
| 34. Écrit le poids du bébé dans les dossiers/registres de la mère/du bébé et informe la mère | | | | | |
| ADMINISTRATION DE VITAMINE K1 | | | | | |
| 35. Explique la procédure à la mère et le fait que c'est nécessaire pour prévenir les saignements du bébé. | | | | | |
| 36. Rassemble les matériels nécessaires: seringue jetable, aiguille, médicament, liquide stérile approprié requis pour la dilution (au besoin), alcool/solution antiseptique, et compresse de gaze/coton propre, de préférence stérile | | | | | |
| 37. Examine soigneusement l'étiquette du médicament : appellation exacte, date d'expiration, instructions pour la dilution ou toutes les autres notes particulières. | | | | | |
| 38. Prélève le volume de produit requis (1ml) dans une seringue à insuline/IDR | | | | | |
| 39. Chasse la bulle d'air tout en tenant la seringue munie d'une aiguille pointée vers le haut et en poussant le barillet de la seringue. | | | | | |
| 40. Ne touche pas l'aiguille avec le tampon imbibé ou les doigts | | | | | |
| 41. Expose la cuisse du bébé et saisit le muscle antérolatéral de la partie supérieure de la cuisse, nettoie la peau avec l'antiseptique et le laisse sécher quelques secondes | | | | | |
| 42. Introduit l'aiguille rapidement dans le muscle sans hésiter, aspire un peu pour s'assurer que la pointe de l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin | | | | | |
| 43. Dit que faire si du sang entre dans la seringue: retire l'aiguille et l'introduit à un nouvel endroit tout près du précédent. | | | | | |
| 44. Injecte lentement le médicament, retire l'aiguille et appuie doucement pendant un moment avec le tampon imbibé d'alcool et s'assurer qu'il n'y a aucun écoulement de sang après retrait du tampon. | | | | | |
| 45. Se débarrasse de l'aiguille et de la seringue dans une boîte de sécurité. | | | | | |
| PRÉVENTION DES INFECTIONS | | | | | |
| 46. Effectue le tri des déchets, décontaminer les matériels et range le matériel | | | | | |
| 47. Retire les gants après les avoir trempés dans le liquide de décontamination | | | | | |
| 48. Se lave les mains et les sèche à l'air libre ou avec une serviette individuelle | | | | | |
| ENREGISTREMENT DES PRINCIPALES CONSTATATIONS | | | | | |
| 49. Enregistre les principales constatations dans la fiche individuelle/dossier de la mère et du nouveau-né | | | | | |
| 50. Enregistre les principales constatations dans le registre de la salle d'accouchement | | | | | |

| CONSEILS A LA MÈRE | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Allaitement maternel | | | | | |
| 51. Conseille la mère sur l'importance de l'allaitement précoce et de l'importance du colostrum pour son bébé qui aide à protéger le bébé contre les infections. | | | | | |
| 52. Recommande à la mère d'allaiter fréquemment et à la demande, nuit et jour | | | | | |
| 53. Recommande spécialement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres que le lait maternel y compris l'eau | | | | | |
| Soin du cordon | | | | | |
| 54. Conseille la mère de ne pas couvrir le cordon avec la couche/serviette | | | | | |
| 55. Recommande à la mère de ne pas y appliquer des substances nuisibles/ néfastes telles que l'argile, les mélanges d'herbe, ou du beurre de karité. | | | | | |
| 56. Conseille la mère d'utiliser un antiseptique sur le cordon si conforme aux recommandations/ politiques du Ministère de la Santé/Centre de santé (après lavage des mains avec de l'eau et du savon). En tels cas montre à la mère comment appliquer l'antiseptique, en prenant soin de lever le cordon et d'appliquer l'antiseptique à la base du cordon ou au fond du nombril après que le cordon soit tombé. | | | | | |
| Maintien de la température/PROTECTION THERMIQUE | | | | | |
| 57. Recommande à la mère de garder le bébé au chaud et de vérifier sa température en touchant les mains/pieds et l'abdomen | | | | | |
| 58. Conseille la mère de garder le bébé au chaud en contact peau à peau avec elle, s'il le faut. | | | | | |
| EXAMEN CLINIQUE DU NOUVEAU NE | | | | | |
| MOMENT DE L'EXAMEN | | | | | |
| 44. Indique quand l'examen/évaluation doit se faire: | | | | | |
| o Le plus tôt possible après la naissance | | | | | |
| o Une fois par jour aussi longtemps que le bébé se trouve dans le service | | | | | |
| o Juste avant la sortie | | | | | |
| o Lors des visites de contrôle postnatales. | | | | | |
| PRÉPARATION DE L'EXAMEN | | | | | |
| 45. Lors des visites de contrôle, salue la mère/l'accompagnatrice, installe la mère et le bébé confortablement à un endroit sans courant d'air, et explique ce qui va se faire | | | | | |
| 46. Prépare les équipements nécessaires et vérifie leur fonctionnalité : thermomètre, montre, ruban mètre, pèse – bébé | | | | | |
| 47. Explique à la mère ce qui va se passer et l'encourage la mère à poser des questions | | | | | |
| 48. Consulte le dossier du bébé/mère : recherche en particulier toute pathologie maternelle qui peut affecter le nouveau-né (infection, travail dystocique, ...) | | | | | |
| 49. Interroge et écoute la mère sur tout problème remarqué, le mode d'alimentation, l'émission de selles, d'urines et sur les signes de danger : - Tête moins ou ne tête pas - Léthargique - Convulsions - Hyperthermie ou hypothermie - Respiration difficile, rapide - Vomissements avec ou sans distension abdominale - Infection de l'ombilic (tuméfié, rouge, sentant mauvais) | | | | | |
| ÉTAPES DE L'EXAMEN DU NOUVEAU – NE | | | | | |
| 50. Se lave les mains avec du savon et de l'eau propre et sèche à l'air libre ou avec une serviette | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| propre ou du papier cellulose OU utilise une solution Glycéro alcoolique | | | | | |
| 51. Place le nouveau sur une surface propre, là où la mère peut regarder tout ce qui se passe ou l'examine dans le bras de sa mère | | | | | |
| 52. Déshabille suffisamment le bébé tout en évitant de le refroidir | | | | | |
| 53. Regarde l'apparence générale en recherchant des signes faciaux anormaux | | | | | |
| 54. Apprécie la coloration : le teint doit être rose et non jaune ou cyanosé | | | | | |
| 55. Démontre comment détecter un ictère en pressant doucement la pointe du nez ou l'arête nasale avec la pulpe du doigt, ensuite en relâchant la pression pour voir si la zone pâlie montre une décoloration jaune. | | | | | |
| 56. Recherche d'autres caractéristiques qui sont normales à cet âge et qui finissent par disparaître au bout de plusieurs jours ou semaines | | | | | |
| 57. Prend les mensurations: poids, taille, périmètres crânien et thoracique | | | | | |
| 58. Recherche la présence des signes de danger. Si l'agent de santé ne signale pas les éléments, lui demander de le faire (tous les éléments doivent être notés) | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évalue le signe de danger relatif à la léthargie (moins ou pas des mouvements, difficile à réveiller) : normalement réagit à la stimulation | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évalue la difficulté respiratoire, en indiquant verbalement que le bébé est en train d'être examiné pour : <ul style="list-style-type: none"> - Battement des ailes du nez - Geignement - Respiration rapide, supérieure à 60/minutes (si plus de 60/ min, revérifie la fréquence respiratoire) - Tirage sous costal intense | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Évalue la fièvre ou l'hypothermie <ul style="list-style-type: none"> - Démontre comment nettoyer le thermomètre avec un tampon imbibé d'alcool. - Démontre la vérification axillaire de la température avec le thermomètre, en plaçant ce dernier sous l'aisselle pendant 1 minute - Indique que la température axillaire normale est de 36,5° – 37,5° - Indique que la fièvre ou l'hypothermie, en dehors de l'échelle normale sont des signes de danger chez le nouveau-né | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recherche une distension abdominale : abdomen augmenté de volume, tendu | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recherche l'infection du cordon ombilical <ul style="list-style-type: none"> ○ Prend soin de soulever le cordon pour en voir la base ○ Indique qu'il/elle est en train de détecter la présence éventuelle de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ suppuration ▪ rougeur ▪ tuméfaction ▪ mauvaise odeur <p>NB : si l'examen se fait immédiatement après la naissance, ces signes ci – dessus ne sont pas présents mais vérifier plutôt la présence de saignement ou non</p> | | | | | |
| EFFECTUE UN EXAMEN SYSTEMATIQUE | | | | | |
| Niveau de la tête, la face et le cou | | | | | |
| 59. Note la forme de la tête, inspecter le cuir chevelu à la recherche de blessures, de contusions | | | | | |
| 60. Vérifie la fontanelle antérieure pour voir s'il n'y a pas de tuméfaction | | | | | |
| 61. Vérifie toute anomalie au niveau de la face, particulièrement des mouvements asymétriques (paralysie) | | | | | |
| 62. Ouvre les yeux et regarde si les yeux ont une apparence normale (pas d'opacité, s'il n'y a ni rougeur, ni écoulement) | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 63. Contrôle l'intérieur de la bouche pour vérifier qu'il n'y a pas de fente du palais | | | | | |
| 64. Examine la langue et les parois internes de la bouche pour voir si l'enfant ne présente pas de muguet | | | | | |
| 65. Vérifie le cou : propreté au niveau des plis, absence de tuméfaction | | | | | |
| Niveau du thorax | | | | | |
| 66. Vérifie la symétrie et les mouvements durant la respiration. | | | | | |
| 67. Contrôle le rythme respiratoire (compte le nombre d'inspirations et d'expirations en une minute) | | | | | |
| 68. Contrôle le rythme cardiaque qui est plus rapide chez le nouveau-né | | | | | |
| Niveau de l'abdomen | | | | | |
| 69. Palpe l'abdomen qui devrait être arrondi et mou | | | | | |
| 70. Recherche sur le cordon ombilical : <ul style="list-style-type: none"> ○ A J0 la présence d'un suintement de sang. Si c'est le cas, il faut nouer à nouveau le cordon. ○ Plus tard des signes d'infection : un écoulement de pus à partir de l'ombilic ou à la base du cordon (soulevez le cordon pour voir la base), une rougeur sur la peau autour de l'ombilic et/ou une odeur nauséabonde. | | | | | |
| Niveau des organes génitaux externes | | | | | |
| 71. Chez les garçons, vérifie la position de méat urinaire, les bourses, et la présence des testicules | | | | | |
| 72. Chez les filles, vérifie la présence de l'orifice vaginal et de l'orifice urétral, les petites lèvres et les grandes lèvres | | | | | |
| Au niveau des membres | | | | | |
| 73. Vérifie les os, les muscles et la symétrie des plis et des membres lors de leur gesticulation | | | | | |
| 74. Vérifie qu'ils sont égaux | | | | | |
| Au niveau du dos en retournant le nouveau - né | | | | | |
| 75. Vérifie toute la longueur de la colonne, l'absence d'ouverture ou de tumeur | | | | | |
| Évalue l'allaitement maternel | | | | | |
| 76. Le positionnement du nouveau-né et de la mère | | | | | |
| 77. La bonne prise du sein | | | | | |
| 78. Réapprendre à la mère si nécessaire | | | | | |
| Conclue sur l'examen : | | | | | |
| 79. Compare les résultats avec les résultats normaux et conclure si l'examen est normal ou non. | | | | | |
| 80. En cas d'anomalie, réfère après avoir administré le traitement pré-transfert | | | | | |
| Exécute les Tâches après examen | | | | | |
| 81. Enlève les gants, se lave les mains | | | | | |
| 82. Informe la mère des résultats et répond à toute autre question posée. | | | | | |
| 83. Si examen normal, planifie les autres visites, si examen anormal, planifie le plan de soins | | | | | |
| 84. Enregistre tous les constats relatifs à l'examen physique | | | | | |
| 85. Conseille la mère sur les signes de danger, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, le maintien de la température, le bain | | | | | |
| 86. Félicite la mère pour les bonnes pratiques | | | | | |
| HEMORRAGIE DU POST PARTUM | | | | | |
| PEC GENERALE | | | | | |
| APPELE A L'AIDE. Mobilise d'urgence tout le personnel disponible. | | | | | |
| 11. Évalue rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température). | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 12. Si l'état de la patiente évoque un choc, commence immédiatement le traitement. | | | | | |
| 13. Masse l'utérus pour expulser le sang et les caillots. | | | | | |
| 14. Administre 10 unités d'ocytocine en IM. | | | | | |
| 15. Installe une voie veineuse et commence à perfuser. | | | | | |
| 16. Fait un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, fait immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation juste avant de commencer à perfuser. | | | | | |
| 17. Aide la femme à vider sa vessie ou sonde la vessie. | | | | | |
| 18. Vérifie si le placenta a été expulsé et si oui, l'examine pour s'assurer qu'il est complet. | | | | | |
| 19. Examine la vulve, le vagin et le périnée et recherche d'éventuelles lésions traumatiques. | | | | | |
| 20. Détermine la cause des saignements et commencer le traitement. | | | | | |
| COMPRESSION BIMANUELLE | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 16. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 17. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. | | | | | |
| 18. Met l'équipement de protection personnelle (si non mis). | | | | | |
| TECHNIQUE DE LA COMPRESSION BIMANUELLE | | | | | |
| 19. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air (si non fait) | | | | | |
| 20. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau (si non fait). | | | | | |
| 21. Nettoie la vulve et le périnée avec une solution antiseptique. | | | | | |
| 22. Insère une main dans le vagin et forme un poing. | | | | | |
| 23. Introduit le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et applique une pression contre la paroi antérieure de l'utérus. | | | | | |
| 24. Met l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus. | | | | | |
| 25. Enfonce la main en appuyant fermement sur l'abdomen et applique une pression sur la paroi postérieure de l'utérus. | | | | | |
| 26. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE (passer si la pratique continue) | | | | | |
| 27. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on jette les gants, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 28. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre ou à l'air libre. | | | | | |
| 29. Surveille le saignement vaginal et les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant une heure • Puis toutes les 30 minutes pendant les deux heures qui suivent | | | | | |
| 30. S'assure que l'utérus est bien contracté. | | | | | |
| COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 9. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 10. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer | | | | | |
| TECHNIQUE DE LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE | | | | | |
| 11. Met le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche. | | | | | |
| 12. Applique une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale. | | | | | |
| 13. Avec l'autre main, palpe le pouls fémoral pour noter l'adéquation de la compression | | | | | |
| 14. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 15. Vérifie les saignements et surveille les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures | | | | | |
| 16. Vérifie que l'utérus est bien contracté. | | | | | |
| CONDOM TAMPONNADE | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 22. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 23. Apporte un soutien affectif continu et la rassure | | | | | |
| 24. Prépare les matériels nécessaires : Condom étanche ; Sonde urinaire de Foley ; Perfuseur ; Liquide de remplissage : SSI (400 ml) ; Fils de suture ; Seringue | | | | | |
| MONTAGE DU MATERIEL | | | | | |
| 25. Déroule le condom | | | | | |
| 26. Remplie le ballonnet de la sonde avec 1cc de liquide | | | | | |
| 27. Introduit la sonde dans le condom | | | | | |
| 28. Lie le condom avec un fil au-dessous du ballonnet | | | | | |
| 29. Relie la sonde avec le perfuseur et le perfuseur avec le flacon de SSI | | | | | |
| MISE EN PLACE L'ARTIFICE | | | | | |
| 30. Met le flacon sur une potence | | | | | |
| 31. Introduit avec une main le condom monté dans l'utérus | | | | | |
| 32. Ouvre le robinet du perfuseur pour remplir le condom | | | | | |
| 33. Vérifie que le condom se maintient en place | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 34. Remplie jusqu'à 400ml (250 à 500 ml) | | | | | |
| 35. Met une pince sur la sonde pour empêcher le liquide de sortir | | | | | |
| 36. Met un rouleau de compresses dans le vagin. | | | | | |
| 37. Continue la perfusion d'ocytocine pendant 12-24h | | | | | |
| SUIVI | | | | | |
| 38. Fait une prophylaxie antibiotique | | | | | |
| 39. Evalue le saignement ou l'efficacité de la tamponnade | | | | | |
| 40. Maintient ainsi la tamponnade pendant 8 à 48 heures | | | | | |
| 41. Dégonfle progressivement le condom en retirant le liquide | | | | | |
| 42. Après chaque retrait, toujours vérifie le saignement | | | | | |

SCENARIO 2 : REANIMATION NEONATALE - DELIVRANCE MANUELLE DU PLACENTA – ADMINISTRATION DE LA SULFATE DE MAGNESIE

| Etapes/taches | OBSERVATIONS | | | | |
|---|---------------------|--|--|--|--|
| PRÉPARATION POUR LA NAISSANCE | | | | | |
| 16. S'assure que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées. S'assure que l'endroit où le nouveau - né sera pris en charge est chaud, sans courant d'air. (Allume le chauffage, s'il y en a et au besoin.) | | | | | |
| 17. Vérifie la disponibilité, la propreté/stérilité et la fonctionnalité du matériel y compris pour le matériel de réanimation | | | | | |
| 18. Parle à la mère pendant la vérification du matériel et lui explique ce qu'on va faire et pourquoi. | | | | | |
| 19. Prépare et étudie les dossiers/ formulaires | | | | | |
| 20. Porte une blouse et autres équipements de protection | | | | | |
| 21. Se lave les mains avec du savon et de l'eau, et les sèche à l'air ou avec une serviette individuelle stérilisée | | | | | |
| 22. Enfile les gants stériles | | | | | |
| 23. Prépare 10 unités d'ocytocine dans une seringue | | | | | |
| 24. Demande à la femme de vider la vessie juste avant le deuxième stade (pose une sonde uniquement si la femme ne peut pas uriner et si la vessie est pleine) | | | | | |
| 25. Aide la femme à prendre la position qu'elle souhaite (accroupie, semi-assise) | | | | | |
| 26. Explique à la femme et à la famille ce qui va se passer | | | | | |
| ACCUEIL DU BEBE | | | | | |
| 27. Accueille le bébé dans un linge sec et stérile /propre. Ne soulève jamais le bébé par les pieds tête en bas. Le met en position déclive | | | | | |
| 28. Annonce l'heure de la naissance et le sexe du bébé | | | | | |
| SECHAGE | | | | | |
| 29. Essuie les sécrétions sur le visage, la bouche et le nez, si nécessaire. | | | | | |
| 30. Sèche le bébé immédiatement et entièrement, et se débarrasse du linge mouillé. Pendant le séchage, vérifie la respiration et la couleur du bébé. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Le bébé ne crie pas, il est mou et ne bouge pas. Sa peau peut être pale ou bleue : L'AIDE A RESPIRER | | | | | |
| 19. Positionne le bébé avec le cou légèrement étendu pour aider à maintenir les voies respiratoires ouvertes. | | | | | |
| 20. Libère les voies aériennes | | | | | |
| 21. Aspire la bouche et le nez. | | | | | |
| 22. Stimule la respiration | | | | | |
| 23. Frotte doucement le dos une ou deux fois. | | | | | |
| 24. Évalue si le bébé respire ou non | | | | | |
| Si le bébé respire : Continue à vérifier la respiration. Pince ou lie et coupe le cordon ombilical. Encourage l'allaitement maternel dans la première heure | | | | | |
| Si le bébé ne respire pas ou respire mal | | | | | |
| 25. Coupe le cordon | | | | | |
| 26. Ventile pendant une minute à raison de 40 /mn | | | | | |
| 27. Évalue la respiration | | | | | |
| Si le bébé respire : surveillance avec la mère, encourage l'allaitement | | | | | |
| Si le bébé ne respire pas ou respire mal | | | | | |
| 28. Demande de l'aide | | | | | |
| 29. Améliore la ventilation en repositionnant le cou et en ventilant plus fort | | | | | |
| 30. Apprécier la fréquence cardiaque | | | | | |
| Si la fréquence cardiaque est normale : | | | | | |
| 31. Continue la ventilation et évalue | | | | | |
| 32. Si le bébé respire, surveillance avec la mère | | | | | |
| 33. Si le bébé ne respire pas, pense à transférer pour des soins intenses | | | | | |
| Si la fréquence cardiaque est lente moins de 100 | | | | | |
| 34. Continue la ventilation | | | | | |
| 35. Pense à transférer pour des soins plus intenses | | | | | |
| 36. Arrête après 10 minutes si le bébé n'arrive pas à respirer : le bébé est mort | | | | | |
| | | | | | |
| DELIVRANCE ARTIFICIELLE | | | | | |
| On vous appelle car la mère du nouveau – né qui a été réanimé saigne et elle n'a pas pu être délivrée. Qu'est-ce que vous allez faire ? | | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 27. Prépare le matériel nécessaire. | | | | | |
| 28. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. | | | | | |
| 29. Apporte un soutien affectif continu et la rassure | | | | | |
| 30. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, (si n'est déjà fait) | | | | | |
| 31. Lui injecte un anesthésique (péthidine et diazépam en IV ou kétamine). | | | | | |
| 32. Administre une dose unique d'antibiotiques prophylactiques <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV | | | | | |
| DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE | | | | | |
| 33. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et les avant-bras avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 34. Met aux deux mains des gants chirurgicaux/gants longs désinfectés à haut niveau ou stériles. | | | | | |
| 35. Tient le cordon ombilical avec une pince. | | | | | |
| 36. Tire doucement sur le cordon jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol. | | | | | |
| 37. Engage une main dans le vagin et remonte jusque dans l'utérus, le long du cordon jusqu'à localisation du placenta. | | | | | |
| 38. Une fois que le placenta est localisé, lâche le cordon et amène 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. | | | | | |
| 39. Effectue un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta. | | | | | |
| 40. Décolle le placenta 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. | | | | | |
| 41. Procède ainsi tout autour du lit placentaire, avec un léger mouvement latéral de la main, jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine : | | | | | |
| 42. 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, redouter un placenta accreta et prend les dispositions pour une intervention chirurgicale. | | | | | |
| 43. Lorsque le placenta est entièrement décollé : <ul style="list-style-type: none"> • Explore l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait. • Retire lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta. • De l'autre main, continue à exercer une contre traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée. | | | | | |
| 44. Administre 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 60 gouttes par minutes. | | | | | |
| 45. Demande à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus. | | | | | |
| 46. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou donner du misoprostol 3cp par voie orale | | | | | |
| 47. Examine le placenta pour s'assurer qu'il est complet. | | | | | |
| 48. Examine soigneusement la patiente et, le cas échéant, procède à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie. | | | | | |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 49. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. | | | | | |
| 50. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. | | | | | |
| 51. Vérifie les saignements et surveiller les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures | | | | | |
| 52. Vérifie que l'utérus est bien contracté. | | | | | |
| Pendant que vous remplissez les dossiers, on vous appelle car la femme est en train de convulser. Le diagnostic est une éclampsie. Comment allez-vous administrer la sulfate de magnésie ? | | | | | |
| PEC PE/E SEVERE ET ECLAMPSIE : ADMINISTRATION DE LA SULFATE DE MAGNESIE | | | | | |
| Administration de dose de charge de sulfate de Magnésium | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 49. Lave les mains avec du savon et de l'eau et sèche avec une serviette propre ou à l'air libre. | | | | | |
| 50. Met des gants propres. | | | | | |
| 51. Prépare le sulfate de magnésium solution à 20%, 4 g | | | | | |
| - Prend une seringue stérile de 20 ml | | | | | |
| - Tire 8ml de SO ₄ Mg à 50 % du flacon de 10 ml = 4 grs dans la seringue. | | | | | |
| - Ajoute 12ml d'eau de préparation pour avoir 20% . | | | | | |
| 52. Fait savoir à la femme qu'elle peut ressentir une sensation de chaleur lors de l'injection. | | | | | |
| 53. Nettoie le lieu d'injection avec un antiseptique. | | | | | |
| 54. Injecte en IV lentement la solution de 20%, 4g pendant plus de 5 minutes (10 à 20 mn). | | | | | |
| 55. Prend en charge la seringue et l'aiguille utilisés à mettre dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 56. Prépare 2 seringues de 10ml avec 5 g de solution à 50% sulfate de magnésium avec 1 ml de Lignocaïne à 2% (même seringue). | | | | | |
| - Prend de 2 seringues à 10 ml | | | | | |
| - Tire le contenu du flacon de SO ₄ Mg à 50% = 10 ml = 5 grs dans la seringue | | | | | |
| - Ajoute 1ml de lignocaïne à 2% dans chaque seringue | | | | | |
| 57. Nettoie soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 58. Donne 5 g en IM profonde dans chaque fesse. | | | | | |
| 59. Prend en charge la seringue et l'aiguille utilisés à mettre dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 60. Nettoie soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique dans l'autre fesse. | | | | | |
| 61. Donne 5 g en IM profonde dans chaque fesse. | | | | | |
| 62. Prend en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 63. Met les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 64. Lave la main avec de l'eau et du savon puis sèche avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 65. Enregistre les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |
| 66. Explique les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |
| Si les convulsions reviennent après 15 minutes, donne 2 g sulfate de magnésium (50% solution) IV pendant au moins 5 minutes. | | | | | |
| 67. Lave la main avec de l'eau et du savon puis sèche avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 68. Met des gants propres. | | | | | |
| 69. Prend une seringue de 10 ml | | | | | |
| 70. Prend du flacon de SO ₄ Mg à 50%, 4 ml soit 2 g | | | | | |
| 71. Nettoie soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 72. Donne de la sulfate de magnésium à 50% solution, 2 g en IV lente pendant au moins 5 minutes | | | | | |
| 73. Prend en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 74. Met les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 75. Lave la main avec de l'eau et du savon puis sèche avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 76. Enregistre les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 77. Explique les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |
| 78. Surveille la femme toutes les heures au moins | | | | | |
| Dépiste toute toxicité | | | | | |
| Avant de répéter les doses toutes les 4 heures : | | | | | |
| 79. Compte la fréquence respiratoire pendant une minute | | | | | |
| 80. Calcule la quantité d'urine durant les 4 dernières heures | | | | | |
| 81. Surveille les réflexes rotuliens | | | | | |
| 82. Arrête ou retarde l'administration des médicaments si: <ul style="list-style-type: none"> · Fréquence respiratoire moins de 16 par minute. · Reflexes ostéo-tendineux absents. · Quantité d'urine moins de 30 ml par heure durant les 4 heures précédentes. | | | | | |
| 83. Si un arrêt respiratoire survient : <ul style="list-style-type: none"> · Assiste la ventilation. · Donne 1g de gluconate de calcium (10 ml de solution à 10%) en injection lentement jusqu'à la reprise de la respiration. | | | | | |
| 84. Enregistre les constatations sur le dossier de la femme | | | | | |
| 85. Explique les constatations à la femme | | | | | |
| Administration de dose de maintenance de sulfate de magnésium | | | | | |
| 86. Fournit une dose de maintenance de sulfate de magnésium (5 g de sulfate de magnésium (50% solution) + 1 ml lignocaïne à 2% en IM toutes les 4 heures) si: <ul style="list-style-type: none"> · Fréquence respiratoire plus de 16 par minute. · Reflexes ostéo – tendineux présents. · Quantité d'urine plus de 30 ml par heure durant les 4 heures. | | | | | |
| 87. Lave la main avec de l'eau et du savon puis sécher avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 88. Met des gants propres. | | | | | |
| Prépare 5 g de sulfate de magnésium (50% solution) + 1 ml de lignocaïne à 2% : | | | | | |
| - Prend 1 seringue de 10ml - Tire le contenu du flacon de SO ₄ Mg à 50% = 10 ml = 5 grs dans la seringue - Ajoute 1ml de lignocaïne à 2% | | | | | |
| 89. Vérifie dans laquelle des fesses, la dernière injection était effectuée | | | | | |
| 90. Nettoie soigneusement le point d'injection avec de l'antiseptique. | | | | | |
| 91. Donne 5 g IM profonde [s'assure que cette injection est donnée dans la fesse opposée à la dernière injection]. | | | | | |
| 92. Prend en charge la seringue et l'aiguille utilisés dans la boîte de sécurité | | | | | |
| 93. Met les gants dans une solution de décontamination d'eau de javel à 0.5% | | | | | |
| 94. Lave la main avec de l'eau et du savon puis sèche avec de la serviette propre ou à l'air. | | | | | |
| 95. Enregistre les médicaments prescrits et les constatations dans le dossier de la femme. | | | | | |
| 96. Explique les constatations et les drogues administrées à la femme | | | | | |

ANNEXE

I. ANNEXE 1 : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

FICHE DE COLLECTE DE DONNEES

RAPPORT INDIVIDUEL DES AGENTS DE SANTE FORMES

Année :

Formation sanitaire :

Nom de la personne :

Région :

District :

Commune :

Veillez indiquer votre performance individuelle après votre formation et envoyer cette fiche à votre superviseur / formateur à la fin du mois

| INDICATEURS | Données techniques | | | | Observations |
|---|--------------------|--------|--------|--------------------|--------------|
| | Période | | | | |
| | Mois 1 | Mois 2 | Mois 3 | Total du trimestre | |
| Nombre total des accouchements réalisés | | | | | |
| Nombre des accouchements avec GATPA | | | | | |
| Nombre des femmes ayant reçu l'ocytocine pendant le GATPA | | | | | |
| Nombre total de nouveaux nés ayant reçu les soins essentiels | | | | | |
| Nombre total des nouveaux nés ayant reçu une réanimation | | | | | |
| Nombre des nouveaux nés vivants après une réanimation | | | | | |
| Nombre des nouveaux nés ayant reçu un traitement antibiotique pour les infections | | | | | |
| Nombre des nouveaux nés ayant reçu la tété une heure après l'accouchement | | | | | |
| Nombre total des cas de PE/E qui ont reçu le Sulfate de Magnésie | | | | | |
| Nombre total des cas de PE/E prise en charge | | | | | |
| Nombre de nouveau - nés amenés en consultations postnatal dans les 2 jours après la naissance | | | | | |
| Nombre de femmes venus en consultation post partum dans la première semaine de l'accouchement | | | | | |
| Nombre de femme prise en charge pour des complications obstétricales | | | | | |
| Nombre de femme ayant reçu le misoprostol pour la prévention de l'hémorragie | | | | | |

Fait à _____, le /__/_/_____/_____

Nom et prénoms

Titre

Signature

II. ANNEXE 2 : PLAN D'ACTION

Nom : _____ Prénom : _____

Affiliation : _____ District : _____ Commune : _____

Adresse professionnelle : _____

| Activités | Moment prévu | Date effective | Résultats | observation |
|-----------|--------------|----------------|-----------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NB : remplir au moment de l'exercice les deux premières colonnes ; les autres seront remplies par l'agent et à envoyer mensuellement au superviseur direct

III. ANNEXE 5 : MATERIELS NECESSAIRES POUR LA FORMATION THEORIQUE ET STAGE CLINIQUE

| Matériels | Nombre | | Observation |
|--|-----------------|-----------------|-------------|
| | Avant formation | Après formation | |
| Prévention de l'infection | | | |
| Seau | | | |
| Cuvette | | | |
| Savon | | | |
| Gobelet | | | |
| Gants | | | |
| Eau de javel | | | |
| Serviette | | | |
| Pour la réanimation du nouveau – né | | | |
| Ballon autogonflable | | | |
| Masque | | | |
| Aspirateur de DeLee | | | |
| Pingouin | | | |
| Neonatalie | | | |
| Stéthoscope | | | |
| Langes | | | |
| Pour les soins immédiats | | | |
| Poupée | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Clamp | | | |
| Fils | | | |
| Ciseau | | | |
| Pince kocher | | | |
| Seringue à insuline ou tuberculine | | | |
| Pour l'examen clinique du nouveau – né | | | |
| Pèse bébé | | | |
| Thermomètre | | | |
| Minuteur | | | |
| Pour la méthode MK | | | |
| Poupée | | | |
| Lambaohany/bande de lycra | | | |
| Pour la prévention et PEC éclampsie | | | |
| | | | |
| Tensiomètre | | | |
| Stéthoscope | | | |
| Tube sec 10 ml | | | |
| Tube à essay | | | |
| Marteau à reflexes | | | |
| Pour le GATPA | | | |
| Film | | | |
| Seringue | | | |
| Gants | | | |
| Pour la tamponnade | | | |
| Condom | | | |
| Sonde urinaire à ballonnet | | | |
| Perfuseur | | | |
| Fils de suture | | | |
| Sérum Salé | | | |
| Seringue | | | |
| Film | | | |
| Potence | | | |