

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION NATIONALE DE LA
SANTE

DIVISION SANTE DE LA
REPRODUCTION

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

GUIDE DU FACILITATEUR

Soins Obstétricaux et Néonataux
d'Urgence

Mars 2016.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
I. But et objectifs de la formation	1
II. Critères de sélection des facilitateurs et des apprenants	2
III. Méthodologie	3
IV. Ressources	3
V. Méthodes d'évaluation	3
VI. Durée	5
VII. Thèmes	5
VIII. Fiches techniques	6
AGENDA : Formation SONU	8
Questionnaire préalable	10
Réponses au questionnaire préalable	13
PHASE 1 : Mise à jour des connaissances	16
SESSION 1 : CONCEPT SONU	17
SESSION 2 : BILAN INITIAL D'UNE FEMME ENCEINTE OU ACCOUCHEE RECENTE QUI PRESENTE UN PROBLEME DE SANTE	18
SESSION 3 : HEMORRAGIE AU COURS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL, ET DANS LE POST- PARTUM	19
SESSION 4 : CHOC EN OBSTETRIQUE	24
SESSION 5 : HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA) ET ECLAMPSIE	27
SESSION 6 : PARTOGRAPHE	29
SESSION 7 : COMPLICATIONS DU TRAVAIL	30
SESSION 8 : FIEVRE ET GROSSESSE	32
SESSION 9 : PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE	33
SESSION 10 : PREVENTION DES INFECTIONS	36
SESSION 11 : EXTRACTIONS INSTRUMENTALES	37
ANNEXES	43
ANNEXE 1 : Enoncés études de cas	44
Annexe 1.1 : Bilan initial d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé	44
Annexe 1.2 : Hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum	45
Annexe 1.3 : Partogramme	46
Annexe 1.4 : Complications du travail	49
Annexe 1.5 : Fièvre et grossesse	54
Annexe 1.6 : Prise en charge du nouveau-né	56
ANNEXE 2 : Réponses des études de cas	57
Annexe 2.1 : Bilan initial d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé	57
Annexe 2.2 : Hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum	58
Annexe 2.3 : Partogramme	58
Annexe 2.4 : Complications du travail	62
Annexe 2.5 : Fièvre et grossesse	66
Annexe 2.6 : Prise en charge du nouveau-né	67
ANNEXE 3 : Fiches techniques	69

FICHE TECHNIQUE N°3.1 : Administration du misoprostol en SAA.....	69
FICHE TECHNIQUE N° 3.2 : Gestion des effets secondaires du misoprostol en SAA.....	70
FICHE TECHNIQUE N°3.3 : Score de Bishop pour le déclenchement du travail d'accouchement.....	71
FICHE TECHNIQUE N°3.4 : Test de coagulation au lit de la patiente.....	71
FICHE TECHNIQUE N°3.5 : Transfusion Sanguine.....	72
FICHE TECHNIQUE N°3.6 : Partographe modifié de l'OMS.....	74
FICHE TECHNIQUE N°3.8 : Soins immédiats à donner aux nouveau-nés dans les structures de santé.....	77
FICHE TECHNIQUE N°3.9 : Ventilation au masque.....	78
FICHE TECHNIQUE N°3.10 : Massage cardiaque externe (MCE).....	80
FICHE TECHNIQUE N°3.11 : Médicaments utilisés au cours de la réanimation.....	81
FICHE TECHNIQUE N°3.12 : Ventouse obstétricale.....	82
FICHE TECHNIQUE N° 3.13 : Application de forceps.....	83
FICHE TECHNIQUE N°3.14: Administration de corticoïdes par voie parentérale (maturation pulmonaire).....	84
ANNEXE 4 : Listes de vérification.....	85
LISTE DE VERIFICATION N°4.1 : Compétences dans le cadre des soins après avortement (SAA) ..	85
LISTE DE VÉRIFICATION N°4.2 : Délivrance manuelle du placenta.....	89
LISTE DE VÉRIFICATION N°4.3 : Compression bi manuelle de l'utérus.....	91
LISTE DE VÉRIFICATION N°4.4 : Compression de l'aorte abdominale.....	92
LISTE DE VÉRIFICATION N°4.5 : Réfection des déchirures cervicales.....	94
LISTE DE VÉRIFICATION N°4.6 : Tamponnement intra utérin.....	96
LISTE DE VERIFICATION N° 4.7 : Administration du sulfate de magnésium (So4Mg).....	98
LISTE DE VERIFICATION N°4.8 : Réanimation du Nouveau-né.....	101
ANNEXE 5 : Enoncé questionnaire mi-stage.....	103
ANNEXE 6 : Corrigé questionnaire mi-stage.....	109
ANNEXE 7 : Evaluation de la formation en SONU.....	115
ANNEXE 8 : Matrice d'évaluation des connaissances individuelles et collectives prétest.....	116
ANNEXE 9 : Matrice d'évaluation des connaissances individuelles et collectives post-test.....	117
Liste des participants à l'élaboration des documents de formation SONU.....	118

SOMMAIRE

Ce guide du facilitateur est conçu pour la formation continue sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence. C'est un outil d'orientation des facilitateurs en vue de les aider à animer des formations axées sur les compétences pour améliorer la qualité des soins dans les structures SONU.

Il comporte les éléments suivants :

- Les objectifs de la formation ;
- Les critères de sélection des facilitateurs, des participants et du site de stage clinique ;
- La méthodologie ;
- Les ressources ;
- Les méthodes d'évaluation ;
- Les thèmes ;
- Un plan de leçon pour chaque session avec : la description des activités à mener, la technique de formation (théorique, pratique sur modèle anatomique, simulation et stage clinique), le matériel nécessaire.

I. But et objectifs de la formation

1.1. But de la formation

Renforcer les compétences des participants à fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité dans les structures de santé.

1.2. Objectifs d'apprentissage

A la fin de cette formation, les participants seront en mesure de :

- Décrire les différentes fonctions des structures de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- Procéder au bilan initial rapide d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé ;
- Assurer la prise en charge des hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum ;
- Assurer la prise en charge d'un état de choc chez une femme enceinte, en travail ou une accouchée récente ;
- Assurer la prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'éclampsie chez la femme enceinte et chez une accouchée ;
- Utiliser le partogramme pour suivre l'évolution du travail d'accouchement ;
- Reconnaître rapidement le déroulement défavorable du travail et prendre les mesures qui s'imposent ;
- Prendre en charge les complications au cours du travail ;
- Prendre en charge les principales causes de fièvre pendant la grossesse ;
- Assurer la prise en charge des principaux problèmes du nouveau-né.

II. Critères de sélection des facilitateurs et des apprenants

2.1. Critères de sélection des facilitateurs

Les facilitateurs à ce cours doivent être des cliniciens qualifiés maîtrisant les prestations cliniques en SONU et les techniques d'enseignement pour adultes, ayant une compétence de formation clinique et exerçant dans une structure SONU ou ayant la possibilité de maintenir régulièrement leurs compétences cliniques.

Le pool de facilitateurs sera composé de :

- Une sage-femme ;
- Un gynécologue obstétricien ;
- Un pédiatre ;
- Un anesthésiste-réanimateur.

2.2. Critères de sélection des participants

Le cours s'adresse aux prestataires qui exercent dans les structures SONU et qui sont impliqués dans la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Il s'agit de : sages-femmes, médecins, infirmiers/infirmières et anesthésistes.

Par session il faut 15 à 20 participants pour 4 facilitateurs.

2.3. Critères de sélection du site clinique

Cette tâche est d'importance capitale, car elle déterminera les compétences et attitudes que les apprenants observeront comme modèle pendant la formation. Les critères suivants peuvent être utilisés pour la sélection des sites cliniques :

- Adhésion du personnel du site clinique, pour assurer le bon déroulement de la formation ;
- Le personnel du site clinique doit être disposé à recevoir une mise à jour des compétences techniques pour pouvoir modéliser les meilleures pratiques ;
- Les normes cliniques fondées sur les preuves doivent être mises en place sur le site (par exemple, soins respectueux, utilisation des pratiques de prévention des infections, utilisation du partographe) ;
- Il faut un nombre de cas suffisant pour la formation (en particulier des cas chirurgicaux pour les SONUC). Il faut en moyenne 10 à 15 accouchements par jour dans les sites de formation en SONUB, et au moins 10 accouchements dont 2 ou 3 césariennes par jour pour les sites de formation en SONUC.

Si le nombre de cas est moindre, on peut organiser des rondes de nuit ou prolonger le stage pour que les apprenants puissent avoir l'occasion d'acquérir la compétence.

2.4. Renforcement et préparation des sites cliniques

Le pire scénario pour tout facilitateur est d'amener des apprenants dans une structure sanitaire où les normes de pratique clinique ne sont pas respectées et dont les ruptures de stocks sont fréquentes.

En conséquence, au moins deux semaines avant la formation, les facilitateurs doivent travailler avec le personnel du site clinique sur ces points et doivent s'assurer que les directives écrites fondées sur les preuves, qui décrivent les meilleures pratiques en santé maternelle et néonatale (prévention des infections, utilisation du partographe, gestion active de la troisième période du travail etc.), sont mises en œuvre.

III. Méthodologie

- Exposés illustrés ;
- Exercices individuels ;
- Brainstorming ;
- Etude de cas ;
- Travaux de groupe ;
- Démonstration ;
- Lecture dirigée ;
- Encadrement ;
- Pratique sur les modèles anatomiques ;
- Stage clinique.

IV. Ressources

- Manuels de référence ;
- Guide du facilitateur ;
- Carnet du participant ;
- Mannequins pour la démonstration et la pratique en situation simulée ;
- Fournitures de bureau ;
- Ordinateur ;
- Vidéo projecteur ;
- Flipchart et feutres ;
- Vidéos cliniques, etc.

V. Méthodes d'évaluation

5.1. Participants

➤ Questionnaire préalable

Avant le début de la formation, un pré-test est administré qui couvre les objectifs de connaissance de la formation. L'objectif de ce test est d'évaluer les connaissances de base des participants. Les résultats du pré-test peuvent aider les facilitateurs à adapter la formation, à réduire le temps prévu pour les sujets bien maîtrisés et à mettre un accent sur les objectifs qui le sont moins.

Les résultats du pré-test devraient être notés dans la matrice d'évaluation initiale. Il faut expliquer le but du pré-test aux participants, et parfois, leur rappeler que c'est normal s'ils ne connaissent pas toutes les bonnes réponses.

➤ **Évaluation des compétences**

La première étape dans l'évaluation des compétences est faite lorsque le participant aura terminé avec le contenu et les activités d'apprentissage, et avant d'aller en clinique, soit par une étude de cas (exemple : petit poids de naissance) soit par une démonstration sur un mannequin (exemple : délivrance artificielle).

Les participants et facilitateurs suivent l'évolution de la compétence grâce à des listes de vérification. Les listes de vérification sont suffisamment détaillées pour permettre au facilitateur d'évaluer et enregistrer dans son ensemble la performance d'une compétence ou d'une activité.

L'utilisation des listes de vérification dans la formation clinique basée sur la compétence permet de :

- S'assurer que les participants ont maîtrisé les compétences et les activités cliniques, d'abord sur mannequins, puis avec des clientes,
- S'assurer que tous les participants verront leurs compétences mesurées selon les mêmes standards,
- Avoir une base pour des observations et les évaluations de suivi.

Les critères pour qualifier de satisfaisante la performance d'un participant sont basés sur les connaissances, les attitudes et les compétences démontrées pendant la formation. Dans l'évaluation de la performance, le facilitateur jugera chaque étape ou tâche pour dire si le niveau de compétence est :

- **Satisfaisant** : Le participant accomplit l'étape ou la tâche selon les procédures ou directives standards.
- **Non satisfaisant** : Le participant n'a pas accompli l'étape ou la tâche selon les procédures ou directives standards.
- **Non-observé** : Etapes, tâches ou performance non accomplies par le participant au cours de l'évaluation.

La liste de vérification est d'abord utilisée pour évaluer la performance des participants sur des mannequins.

Lorsqu'elle est remplie, cette liste de vérification combinée aux commentaires et recommandations du facilitateur, procure une documentation objective sur le niveau de performance du participant. En outre, elle sert d'élément dans le processus d'attestation de la qualification du participant à fournir le service clinique.

Lorsque le facilitateur aura trouvé que le participant peut accomplir avec compétence les techniques nouvellement acquises sur des mannequins ou en jeu de rôle, il enregistrera cette date dans le registre de formation et enverra le participant en clinique pour accroître ses compétences et acquérir la maîtrise parfaite.

➤ **Evaluation des compétences en clinique**

Une fois que le participant peut démontrer les compétences sur un mannequin ou en jeu de rôle, il passera du temps en clinique pour observer et appliquer les connaissances et compétences nouvellement acquises dans le cadre clinique réel.

➤ **Post-Test**

Il constitue aussi un moyen d'évaluer l'efficacité des différentes sessions de formation. A nouveau, les résultats du post-test devraient être notés dans la matrice d'évaluation de la formation.

La qualification à la fin de la formation est reconnue aux participants qui :

- Ont obtenu un résultat de 85% ou plus lors de l'évaluation finale des connaissances (Niveau Acceptable de Connaissances),
- Arrivent à la maîtrise d'au moins de 80% de chaque compétence (Niveau Acceptable de Compétences).

5.2. Formation

La fiche d'évaluation de la formation du cours sera remplie par les participants à la fin de l'atelier.

VI. Durée

Elle est de 2 semaines, précédée d'une phase préparatoire de 2 jours.

VII. Thèmes

La formation en SONU comprend les thèmes suivants :

- Concept SONU
- Bilan initial chez une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé
- Hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum :
 - La grossesse extra utérine,
 - L'avortement compliqué,
 - Le placenta prævia hémorragique,
 - L'hématome retro placentaire,
 - La rupture utérine,
 - L'hémorragie du post-partum.
- Choc en obstétrique.
- Hypertension artérielle et éclampsie :
 - La pré éclampsie,
 - L'éclampsie.
- Partographe.

- Complications du travail :
 - Le travail prolongé,
 - La pré rupture utérine,
 - La souffrance fœtale aigue.
- Fièvre et grossesse :
 - Le paludisme,
 - L'infection urinaire (Pyélonéphrite),
 - La chorioamniotite.
- Prise en charge du nouveau-né :
 - Pathologies courantes du nouveau-né :
 - Le sepsis néonatal,
 - L'asphyxie néonatale,
 - Réanimation du nouveau-né.
- Prévention des infections.
- Extractions instrumentales (forceps, ventouse obstétricale).

VIII. Fiches techniques et listes de vérification

- FICHE TECHNIQUE N°3.1 : Administration du misoprostol en SAA
- FICHE TECHNIQUE N° 3.2 : Gestion des effets secondaires du misoprostol en SAA
- FICHE TECHNIQUE N°3.3 : Score de Bishop pour le déclenchement du travail d'accouchement
- FICHE TECHNIQUE N°3.4 : Test de coagulation au lit de la patiente
- FICHE TECHNIQUE N°3.5 : Transfusion Sanguine
- FICHE TECHNIQUE N°3.6 : Partographe modifié de l'OMS
- FICHE TECHNIQUE N°3.8 : Soins immédiats à donner aux nouveau-nés dans les structures de santé
- FICHE TECHNIQUE N°3.9 : Ventilation au masque
- FICHE TECHNIQUE N°3.10 : Massage cardiaque externe (MCE)
- FICHE TECHNIQUE N°3.11 : Médicaments utilisés au cours de la réanimation
- FICHE TECHNIQUE N°3.12 : Ventouse obstétricale
- FICHE TECHNIQUE N° 3.13 : Application de forceps
- FICHE TECHNIQUE N°3.14: Administration de corticoïdes par voie parentérale (maturation pulmonaire)
- LISTE DE VERIFICATION N°4.1 : Compétences dans le cadre des soins après avortement (SAA)
- LISTE DE VÉRIFICATION N°4.2 : Délivrance manuelle du placenta
- LISTE DE VÉRIFICATION N°4.3 : Compression bi manuelle de l'utérus
- LISTE DE VÉRIFICATION N°4.4 : Compression de l'aorte abdominale
- LISTE DE VÉRIFICATION N°4.5 : Réfection des déchirures cervicales

- LISTE DE VÉRIFICATION N°4.6 : Tamponnement intra utérin
- LISTE DE VERIFICATION N° 4.7 : Administration du sulfate de magnésium (So4Mg)
- LISTE DE VERIFICATION N°4.8 : Réanimation du Nouveau-né

AGENDA : Formation SONU

PREMIÈRE SEMAINE

HORAIRES	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6
08h30 - 10h30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture ▪ Présentation des participants ▪ Buts et objectifs ▪ Informations administratives ▪ Agenda ▪ Questionnaire préalable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta Prævia Hémorragique ▪ Hématome Retro Placentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration (Compression bi manuelle, compression aorte abdominale, délivrance artificielle, révision utérine, tamponnement intra utérin) suite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partographe (Exercice de remplissage) suite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sepsis néonatal (Etude de cas) ▪ Asphyxie néonatale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extractions instrumentales ▪ Démonstration sur forceps et ventouse obstétricale
10h30-10h45	 PAUSE CAFE 					
10h45 - 13h30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concept SONU ▪ Bilan initial rapide (Etudes de cas) ▪ La grossesse extra utérine (Etude de cas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture utérine ▪ Hémorragie du post-partum (Etudes de cas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc en obstétrique Pré – Eclampsie ▪ Eclampsie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail prolongé ▪ Pré-Rupture Utérine (Etudes de cas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration réanimation du nouveau-né 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration sur forceps et ventouse obstétricale
13h30–14h30	 PAUSE DEJEUNER 					
14h30- 17h00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'avortement compliqué ▪ Démonstration AMIU 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration (Compression bimanuelle, compression aorte abdominale, délivrance artificielle, révision utérine, tamponnement intra utérin). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partographe ▪ Partographe (Exercice de remplissage) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souffrance Fœtale Aigue ▪ Fièvre et grossesse (études de cas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration réa Nné(Suite) ▪ Prévention des infections 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démonstration sur forceps et ventouse obstétricale (suite)
17 h00	RECAPITULATIF					

DEUXIÈME SEMAINE

HORAIRES	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10	JOUR 11	JOUR 12
08h00 - 10h30	Pratique sur les sites de stage Accueil des clients Prévention des infections Pratique sur cas réel ou simulation	Pratique sur les sites de stage Accueil des clients Prévention des infections Pratique sur cas réel ou simulation	Pratique sur les sites de stage Accueil des clients Prévention des infections Pratique sur cas réel ou simulation	Pratique sur les sites de stage Accueil des clients Prévention des infections Pratique sur cas réel ou simulation	Pratique sur les sites de stage Accueil des clients Prévention des infections Pratique sur cas réel ou simulation	Synthèse Evaluation de la formation Prochaines Etapes Synthèse générale
10h45 - 13h00	Enregistrement des données	Enregistrement des données	Enregistrement des données	Enregistrement des données	Enregistrement des données	
13h00- 14h00	 PAUSE-DEJEUNER 					
14 h00 – 17h	Pratique sur les sites de stage Bilan de la journée par site Discussion des cas cliniques Point sur le niveau de réalisation des objectifs de stage	Pratique sur les sites de stage Bilan de la journée par site Discussion des cas cliniques Point sur le niveau de réalisation des objectifs de stage	Pratique sur les sites de stage Bilan de la journée par site Discussion des cas cliniques Point sur le niveau de réalisation des objectifs de stage	Pratique sur les sites de stage Bilan de la journée par site Discussion des cas cliniques Point sur le niveau de réalisation des objectifs de stage	Pratique sur les sites de stage Bilan de la journée par site Discussion des cas cliniques Point sur le niveau de réalisation des objectifs de stage Questionnaire à mi stage	Clôture

Questionnaire préalable

Instruction :

Cocher la bonne réponse dans la case correspondante.

 Bilan initial d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé

1. Le bilan initial d'une femme présentant des complications comprend un examen complet
Vrai /__/ faux /__/
2. L'examen au cours du bilan initial rapide d'une femme présentant un saignement comporte un toucher vaginal.
Vrai /__/ faux /__/

 Hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum

3. En cas de placenta prævia hémorragique le sang est noir et survient de façon inopinée.
Vrai /__/ faux /__/
4. Une des principales causes de l'hémorragie du post-partum immédiat est l'endométrite
Vrai /__/ faux /__/
5. Pour faire l'anesthésie para cervicale lors de l'aspiration manuelle intra utérine, il faudra injecter environ 2ml d'un anesthésique local juste en dessous de l'épithélium à 3 et à 9 heures.
Vrai /__/ faux /__/
6. La visite de suivi après l'administration du misoprostol dans les SAA doit être programmée au 7^{ème} jour
Vrai /__/ faux /__/

 Choc en obstétrique

7. Une diurèse inférieure à 30 ml/h fait partie des signes de choc.
Vrai /__/ faux /__/
8. Devant un état de choc un remplissage vasculaire est impératif.
Vrai /__/ faux /__/
9. En cas d'un choc hémorragique la tension artérielle systolique est inférieure à 90 mmHg et la fréquence cardiaque supérieure 100 bts/min
Vrai /__/ faux /__/
10. Au cours du choc septique la transfusion sanguine est systématique
Vrai /__/ faux /__/
11. Devant un état de choc anaphylactique l'adrénaline est la base du traitement
Vrai /__/ faux /__/

❑ Hypertension artérielle et éclampsie

12. La pré-éclampsie est définie comme l'association d'une HTA et d'une protéinurie d'au moins 2 croix
Vrai /__/ faux /__/
13. Les signes et symptômes de l'éclampsie comprennent : convulsions, tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg après 20 semaines de grossesse et protéinurie à 2+ ou plus.
Vrai /__/ faux /__/

❑ Partographe

14. Le modelage du troisième degré de la tête au cours du travail signifie que les os du crâne sont apposés
Vrai /__/ faux /__/
15. En phase active, le toucher vaginal doit se faire toutes les heures.
Vrai /__/ faux /__/

❑ Complications du travail

16. Un travail est dit prolongé lorsque la durée dépasse 10 heures ou la phase active supérieure à 6 heures
Vrai /__/ faux /__/
17. Un des signes essentiels de la pré rupture est la couleur teintée verdâtre (méconial) du liquide amniotique
Vrai /__/ faux /__/

❑ Fièvre et grossesse

18. Parmi les signes cliniques de la pyélonéphrite on peut citer les convulsions.
Vrai /__/ faux /__/
19. Le paludisme grave se manifeste exclusivement chez la femme enceinte par les signes de danger suivants : convulsions répétées, vomissement de toute prise alimentaire.
Vrai /__/ faux /__/
20. Le traitement du paludisme grave se fait uniquement par l'Artésunate ?
Vrai /__/ faux /__/
21. La chorioamniotite est due le plus souvent à l'ouverture de l'œuf.
Vrai /__/ faux /__/
22. L'écoulement du liquide amniotique purulent, nauséabond est le principal signe de l'infection ovulaire :
Vrai /__/ faux /__/

❑ Prise en charge du nouveau-né

23. La réanimation du nouveau-né est un acte systématique dans tout accouchement :
Vrai /__/ faux /__/
24. Il est indispensable d'évaluer le score d'Apgar pour décider de la réanimation du nouveau-né
Vrai /__/ faux /__/

25. Le maintien de la température, la libération des voies aériennes, la ventilation suffisent pour la réanimation de la majorité des nouveau-nés

Vrai /__/ faux /__/

26. L'hyperthermie, la pâleur et la cyanose sont les signes spécifiques du sepsis néonatal

Vrai /__/ faux /__/

Extractions instrumentales

27. Pour l'application de la ventouse, la cupule doit être placée près du bregma (fontanelle antérieure).

Vrai /__/ faux /__/

28. Une des indications de la ventouse obstétricale est la souffrance fœtale aigue

Vrai /__/ faux /__/

29. Une des conditions générales de l'application du forceps est le sondage vésical

Vrai /__/ faux /__/

30. Une des conditions d'une prise correcte du forceps est que les cuillers doivent saisir les os pariétaux diamétralement opposés. ,Vrai /__/ faux /__/

Réponses au questionnaire préalable

Bilan initial chez une femme enceinte qui présente un problème

1. Le bilan initial d'une femme présentant des complications comprend un examen complet
Vrai /__/ **faux /_x_/**
2. L'examen au cours du bilan initial rapide d'une femme présentant un saignement comporte un toucher vaginal.
Vrai /__/ **faux /_x_/**

Hémorragies au cours de la grossesse, travail et dans le post-partum

3. En cas de placenta prævia hémorragique le sang est noir et survient de façon inopinée.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
4. Une des principales causes de l'hémorragie du post-partum immédiat est l'endométrite
Vrai /__/ **faux /_x_/**
5. Pour faire l'anesthésie para cervicale lors de l'aspiration manuelle intra utérine, il faudra injecter environ 2ml d'un anesthésique local juste en dessous de l'épithélium à 3 et à 9 heures.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
6. La visite de suivi après l'administration du misoprostol doit être programmée au 7^{ème} jour
Vrai /__/ **faux /_x_/**

Choc en obstétrique

7. Une diurèse inférieure à 30 ml/h fait partie des signes de choc.
Vrai /_x_/ faux /__/
8. Devant un état de choc un remplissage vasculaire est impératif.
Vrai /_x_/ faux /__/
9. En cas d'un choc hémorragique la tension artérielle systolique est inférieure à 90 mmHg et la fréquence cardiaque supérieure 100 bts/min. **Vrai /x_/** faux /__/
10. Au cours du choc septique la transfusion sanguine est systématique Vrai /__/ **faux /_x_/**
11. Devant un état de choc anaphylactique l'adrénaline est la base du traitement
Vrai /_x_/ faux /__/

Hypertension artérielle et éclampsie

12. La pré-éclampsie est définie comme l'association d'une HTA et d'une protéinurie d'au moins 2 croix
Vrai /_x_/ faux /__/
13. Les signes et symptômes de l'éclampsie comprennent : convulsions, tension artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 2+ ou plus.
Vrai /_x_/ faux /__/

Partographe

14. Le modelage du troisième degré de la tête au cours du travail signifie que les os du crâne sont apposés
Vrai /__/ **faux /_x_/**
15. En phase active, le toucher vaginal doit se faire toutes les heures.
Vrai /_x_/ faux /__/

 Complications du travail

16. Un travail est dit prolongé lorsque la durée dépasse 10 heures, ou la phase active supérieure à 6 heures
Vrai /__/ **faux /_x_/**
17. Un des signes essentiels de la pré rupture est la couleur teintée verdâtre (méconial) du liquide amniotique
Vrai /__/ **faux /_x_/**

 Fièvre et grossesse

18. Parmi les signes cliniques de la pyélonéphrite aigue on peut citer les convulsions.
Vrai /__/ faux /_x_/
19. Le paludisme grave se manifeste exclusivement chez la femme enceinte par les signes de danger suivants : convulsions répétées, vomissement de toute prise alimentaire.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
20. Le traitement du paludisme grave se fait uniquement par l'artésunate.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
21. La chorioamniotite est due le plus souvent à l'ouverture de l'œuf.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
22. L'écoulement du liquide amniotique purulent, nauséabonde est le principal signe de l'infection ovulaire.
Vrai /_x_/ faux /__/

 Prise en charge du nouveau-né

23. La réanimation du nouveau-né est un acte systématique dans tout accouchement.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
24. Il est indispensable d'évaluer le score d'Apgar pour décider de la réanimation du nouveau-né.
Vrai /__/ **faux /_x_/**
25. Le maintien de la température, la libération des voies aériennes, la ventilation suffisent pour la réanimation de la majorité des nouveau-nés.
Vrai /_x_/ faux /__/
26. L'hyperthermie, la pâleur et la cyanose sont les signes spécifiques du sepsis
Vrai /__/ **faux /_x_/**

 Extractions instrumentales

27. Pour l'application de la ventouse, la cupule doit être placée près du bregma (fontanelle antérieure).
Vrai /__/ **faux /_x_/**

28. Une des indications de la ventouse obstétricale est la souffrance fœtale aigue.
Vrai /_x_/ faux /__/
29. Une des conditions générales de l'application du forceps est le sondage vésical.
Vrai /_x_/ faux /__/
30. Une des conditions d'une prise correcte du forceps est que les cuillers doivent saisir les os points pariétaux diamétralement opposés. Vrai /__/ **faux** /_x_/

PHASE 1 :
Mise à jour des connaissances

SESSION 1 : CONCEPT SONU

SÉANCE 1 : Les SONU, riposte contre la mortalité maternelle et néonatale

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Décrire l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale
2. Enumérer les fonctions essentielles d'une structure SONUB et d'une structure SONUC
3. Expliquer les indicateurs de processus des nations unies

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *Exposé illustré*

 **15 mn**

Le facilitateur fait un exposé sur l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale, et introduit le concept SONU.

Il anime une discussion, clarifie les points et fait la synthèse.

Activité 2 : *Brainstorming*

 **20 mn**

Le facilitateur demande aux participants d'énumérer les différentes fonctions SONU et les indicateurs de processus des Nations-Unies. Il recense les idées, fait la synthèse et donne la bonne réponse.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 2 : BILAN INITIAL D'UNE FEMME ENCEINTE OU ACCOUCHEE RECENTE QUI PRESENTE UN PROBLEME DE SANTE

SÉANCE 1 : Evaluation initiale rapide

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le bilan initial rapide.
2. Décrire les éléments du bilan initial rapide.
3. Faire le bilan initial rapide d'une femme qui présente une complication pendant la grossesse, l'accouchement ou dans le post-partum.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs spécifiques et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *En brainstorming*

🕒 5 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir le bilan initial. Il recense les réponses, fait la synthèse et donne la bonne réponse

Activité 2 : *En brainstorming*

🕒 20 mn

Le facilitateur demande aux participants de décrire les éléments du bilan initial rapide. Il recense les réponses, fait la synthèse et donne la bonne réponse

Activité 3 : *Etude de cas, (cf. Annexe : 1, Énoncé : 1.1 et Annexe : 2, Corrigé : 1.2)*

🕒 40mn

Le facilitateur répartit les participants en groupes, distribue les études de cas sur « saignement », « perte de connaissance » et « douleurs abdominales »

Il demande à chaque groupe de faire le bilan initial devant le cas attribué. En plénière chaque groupe présente les résultats suivi de discussions. Le facilitateur fait la synthèse. Ensuite il présente les autres éléments et clarifie au besoin.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle les objectifs spécifiques de la séance et s'assure que les participants ont bien compris

SESSION 3 : HEMORRAGIE AU COURS DE LA GROSSESSE, DU TRAVAIL, ET DANS LE POST-PARTUM

SÉANCE 1 : Grossesse extra-utérine (GEU)

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la grossesse extra-utérine.
2. Identifier les éléments du diagnostic positif de la GEU.
3. Expliquer la conduite à tenir devant un cas de grossesse extra utérine.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Etudes de cas (cf. Annexe 1 : Énoncé 1.2 et Annexe 2 : Corrigé 2.1) ⌚ 40 mn

Le facilitateur distribue l'étude de cas aux participants et leur demande de traiter individuellement. Il demande à un participant de présenter sa réponse en plénière, dirige les discussions et fait la synthèse. Ensuite il fait lire par les participants le chapitre sur la GEU y compris l'algorithme et clarifie au besoin

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 2 : Avortement compliqué

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir l'avortement compliqué.
2. Identifier les signes cliniques de l'avortement incomplet, l'avortement septique et l'avortement avec lésions traumatiques.
3. Décrire la conduite à tenir devant l'avortement incomplet, l'avortement septique et l'avortement avec lésions traumatiques.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Travaux de groupe

🕒 60 mn

Le facilitateur divise les participants en groupes de travail. Il demande à chaque groupe de définir l'avortement compliqué, d'identifier les signes cliniques de l'avortement incomplet, l'avortement septique et l'avortement avec lésions traumatiques et d'expliquer la conduite à tenir devant chaque cas.

Chaque groupe présente ses travaux en plénière, le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et donne les éléments clés. Ensuite il fait lire l'algorithme par les participants et clarifie au besoin.

Le facilitateur donne les informations sur l'aspiration manuelle intra utérine (*fiche d'apprentissage 4.1*) et sur l'utilisation du misoprostol ainsi que la prise en charge des effets secondaires du misoprostol (*cf. fiches techniques 3.1 et 3.2*). Il clarifie au besoin.

Activité 2 : Démonstration

Le facilitateur démontre la technique de l'aspiration manuelle intra utérin sur mannequin en expliquant chaque étape. Les participants observent en se référant à la liste de vérification. Le facilitateur leur demande de s'exercer en petits groupes sur les différentes techniques. Le facilitateur encadre et leur donne le feed back immédiat.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, seringue, canules, speculum, pince de Pozzi et bassin pour l'AMIU et les comprimés de misoprostol.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 3 : Placenta prævia hémorragique

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le placenta prævia hémorragique.
2. Identifier les signes cliniques du placenta prævia hémorragique.
3. Décrire la conduite à tenir devant un cas de placenta prævia hémorragique.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

🕒 15 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir le placenta prævia hémorragique et d'identifier les signes cliniques. Il recense les idées et fait la synthèse.

Activité 2 : Travaux de groupe

🕒 15 mn

Le facilitateur répartit les participants en petits groupes et leur demande d'expliquer la conduite à tenir devant un cas de placenta prævia hémorragique . Chaque groupe présente ses travaux en plénière, le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et donne les éléments clés. Ensuite il fait lire l'algorithme par les participants et clarifie au besoin.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 4 : Hématome retro-placentaire

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir l'hématome retro placentaire.
2. Identifier les signes cliniques de l'hématome retro placentaire.
3. Expliquer la conduite à tenir devant un cas d'hématome retro placentaire.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

🕒 15 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir l'hématome retro placentaire et d'identifier les signes cliniques. Il recense les idées et fait la synthèse.

Activité 2 : Brainstorming

🕒 40 mn

Le facilitateur demande aux participants d'expliquer la conduite à tenir devant un cas d'hématome retro placentaire.

Le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et donne les éléments clés. Il fait lire l’algorithme par les participants et clarifie au besoin.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s’assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 5 : Rupture utérine

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la rupture utérine.
2. Identifier les signes cliniques de la rupture utérine.
3. Décrire la conduite à tenir devant un cas de rupture utérine.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s’assure que tous les participants ont compris.

Activité : *En brainstorming*

🕒 30 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir la rupture utérine, d’identifier les signes cliniques, et d’expliquer la conduite à tenir.

Le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et donne les éléments clés. Ensuite il fait lire l’algorithme par les participants et clarifie au besoin

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s’assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 6 : Hémorragie du post-partum immédiat

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir l’hémorragie du post-partum immédiat.
2. Identifier les signes cliniques.
3. Identifier les éléments de diagnostic étiologique.
4. Décrire la conduite à tenir.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *En travaux de groupe* ⌚ 35 mn

Le facilitateur divise les participants en groupes de travail. Il demande à chaque groupe de définir l'hémorragie du post-partum immédiat, d'identifier les signes cliniques et les éléments de diagnostic étiologique en insistant sur les 4 principales causes (atonie, rétention placentaire, déchirure des parties molles et trouble de la coagulation). Il recense les idées, fait synthèse et présente les bonnes réponses.

Activité 2 : *Etude de cas (cf. Annexe 1 : Enoncé 1.2 et Annexe 2 : Corrigé 2.2)* ⌚ 60 mn

Le facilitateur divise les participants en groupes de travail, leur distribue l'étude de cas. Chaque groupe traite l'étude de cas et présente ses travaux en plénière ; le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et donne les éléments clés. Ensuite il fait lire par les participants l'algorithme sur l'hémorragie du post partum immédiat ainsi que les fiches techniques sur les éléments suivants : délivrance artificielle (*fiche d'apprentissage 4.2*), la révision utérine, la compression aorte abdominale (*fiche d'apprentissage 4.4*), la compression bimanuelle (*fiche d'apprentissage 4.3*), et le tamponnement intra utérin (*fiche d'apprentissage 4.6*). Il clarifie au besoin.

Activité 3 : *Démonstration*

Le facilitateur démontre une à une les techniques de la compression bi manuelle, la compression de l'aorte abdominale, le tamponnement intra utérin, la délivrance artificielle, la révision utérine sur mannequin en expliquant chaque étape. Les participants observent en se référant à la liste de vérification. Le facilitateur leur demande de s'exercer en petits groupes sur les différentes techniques. Le facilitateur encadre et leur donne le feed-back immédiat.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant, mannequins

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 4 : CHOC EN OBSTETRIQUE

SÉANCE 1 : Le choc hémorragique

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le choc hémorragique.
2. Identifier les éléments de diagnostic devant un état de choc hémorragique.
3. Décrire la conduite à tenir devant un état de choc hémorragique.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *En brainstorming*

🕒 05 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir le choc hémorragique, il recense les idées et fait la synthèse ensuite donne la bonne réponse.

Activité 2 : *Travaux de groupes*

🕒 40 mn

Le facilitateur répartit les participants en groupe de travail. Il demande à chaque groupe d'identifier les éléments de diagnostic du choc hémorragique et de décrire la conduite à tenir. Chaque groupe présente ses travaux en plénière, le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et présente les résultats

Il fait lire par les participants les **fiches techniques sur la transfusion sanguine (FT 3.5)** et **le test de coagulation au lit de la patiente (FT 3.4)**. Il clarifie au besoin

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur fait l'évaluation du cours à l'aide de questions et réponses.

SÉANCE 2 : Le choc septique

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le choc septique.
2. Identifier les éléments de diagnostic devant un choc septique.
3. Décrire la conduite à tenir devant un cas de choc septique.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *En brainstorming*

🕒 15 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir le choc septique, il récence les idées et fait la synthèse ensuite donne la bonne réponse.

Activité 2 : *Travaux de groupe*

🕒 40 mn

Le facilitateur repartit les participants en groupe de travail. Il demande à chaque groupe d'identifier les éléments de diagnostic du choc septique et de décrire la conduite à tenir. Chaque groupe présente ses travaux en plénière, le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et présente les résultats

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur fait l'évaluation du cours à l'aide de questions et réponses.

SÉANCE 3 : *Le choc anaphylactique*

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le choc anaphylactique.
2. Identifier les éléments de diagnostic devant un choc anaphylactique.
3. Décrire la conduite à tenir devant un cas de choc anaphylactique.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *En brainstorming*

🕒 15 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir le choc anaphylactique, il récence les idées et fait la synthèse ensuite donne la bonne réponse.

Activité 2 : *En brainstorming*

🕒 20 mn

Le facilitateur demande aux participants d'identifier les éléments du choc anaphylactique et de décrire la conduite à tenir devant un cas de choc anaphylactique. Il récence les réponses et fait la synthèse.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur fait l'évaluation du cours à l'aide de questions et réponses.

SESSION 5 : HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA) ET ECLAMPSIE

SÉANCE 1 : Pré-Eclampsie

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir l'HTA sévère chez la femme enceinte.
2. Définir la pré éclampsie modérée et la pré éclampsie sévère
3. Identifier les signes cliniques de la pré éclampsie modérée et de la pré éclampsie sévère.
4. Expliquer la conduite à tenir de la pré éclampsie modérée et de la pré éclampsie sévère.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité : *En travaux de groupe*

🕒 60 mn

Le facilitateur divise les participants en groupes de travail. Il demande à chaque groupe de définir l'HTA sévère chez la femme enceinte, de définir la pré éclampsie modérée et la pré éclampsie sévère, d'identifier les signes cliniques de la pré éclampsie modérée et la pré éclampsie sévère et d'expliquer la conduite à tenir devant chaque cas.

Chaque groupe présente ses travaux en plénière, le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et présente les résultats. Ensuite il fait lire par les participants l'algorithme sur la pré éclampsie modérée et la pré éclampsie sévère et la **fiche technique sur les modalités d'administration du sulfate de magnésium 4.7** et clarifie au besoin.

Ressources Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 2 : Eclampsie

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir l'éclampsie.
2. Identifier les signes cliniques.
3. Expliquer la conduite à tenir.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité : En brainstorming

 **35 mn**

Le facilitateur demande aux participants de définir l'éclampsie, d'identifier les signes cliniques, et d'expliquer la conduite à tenir.

Le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et donne les bonnes réponses. Ensuite il fait lire l'algorithme par les participants et clarifie au besoin. Il insiste sur le fait que le sulfate de magnésium est le médicament de choix dans la prévention et le traitement des crises convulsives.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 6 : PARTOGRAPHE

SÉANCE 1 : Remplissage du partographe

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le partogramme et le partographe.
2. Citer les éléments du partographe.
3. Expliquer le remplissage du partographe.
4. Remplir et interpréter correctement le partographe.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Exposé illustré

🕒 10 mn

Le facilitateur fait un rappel sur la définition et les différentes phases et le déroulement du travail. Il clarifie au besoin.

Activité 2 : Brainstorming

🕒 10 mn

Le facilitateur introduit l'activité en justifiant l'adoption du partographe modifié de l'OMS (simplicité d'utilisation, harmonisation avec les autres pays, contient plus d'éléments de surveillance materno-fœtale)

Il demande aux participants de définir le partogramme et le partographe et de citer les éléments du partographe. Il récence les idées, fait la synthèse et donne les bonnes réponses sur un partographe géant.

Activité 3 : Brainstorming

🕒 30 mn

Le facilitateur demande aux participants d'expliquer le remplissage du partographe. Il récence les idées, fait la synthèse et donne les bonnes réponses sur un partographe géant.

Activité 4 : Etudes de cas (cf. Annexe 1 : Énoncé 1.3 et Annexe 2 : Corrigé 2.3)

🕒 70 mn

Le facilitateur répartit les participants en groupe de travail et donne une étude de cas à chaque groupe. En plénière chaque groupe présente ses résultats, le facilitateur dirige les discussions et fait la synthèse et présente les partogrammes corrigés.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant, partographe géant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 7 : COMPLICATIONS DU TRAVAIL

SÉANCE 1 : Travail prolongé

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le travail prolongé.
2. Identifier les signes cliniques d'un travail prolongé.
3. Poser le diagnostic étiologique d'un travail prolongé.
4. Expliquer la conduite à tenir devant un travail prolongé.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

 **30 mn**

Le facilitateur demande aux participants de définir le travail prolongé, d'identifier les signes cliniques, de poser le diagnostic étiologique et d'expliquer la conduite à tenir du travail prolongé.

Le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et présente les résultats. Ensuite il fait lire par les participants l'algorithme sur le travail prolongé et clarifie au besoin.

Activité 2 : Etudes de cas (cf. Annexe 1 : Enoncé 1.4 et Annexe 2 : Corrigé 2.4)

 **60 mn**

Le facilitateur répartit les participants en groupe de travail et donne une étude de cas à chaque groupe. En plénière chaque groupe présente ses résultats, le facilitateur dirige les discussions et fait la synthèse et présente les partogrammes corrigés.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 2 : Pré-rupture utérine

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la pré-rupture utérine.
2. Identifier les signes cliniques de la pré rupture utérine.
3. Décrire la conduite à tenir devant une pré rupture utérine.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité : *Etude de cas (cf. Annexe 1 : Énoncé 1.4 et Annexe 2 : Corrigé 2.4)* 🕒 45 mn

Le facilitateur distribue l'étude de cas aux participants pour traiter individuellement. Les participants présentent leurs résultats en plénière, le facilitateur dirige les discussions, fait la synthèse et fait lire par les participants la définition, les éléments de diagnostic, l'algorithme et clarifie au besoin.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 3 : Souffrance fœtale aiguë

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la souffrance fœtale aiguë.
2. Identifier les signes cliniques de la souffrance fœtale aiguë.
3. Décrire la conduite à tenir devant une souffrance fœtale aiguë.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité : *Brainstorming* 🕒 30 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir la souffrance fœtale aiguë, d'identifier les signes cliniques et d'expliquer la conduite à tenir devant une souffrance fœtale aiguë.

Le facilitateur dirige les discussions, récapitule. Ensuite il fait lire l'algorithme par les participants et clarifie au besoin.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 8 : FIEVRE ET GROSSESSE

SÉANCE 1 : Paludisme, Infection urinaire (pyélonéphrite) et Chorioamniotite

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Citer les principales causes de fièvre chez la femme enceinte.
2. Citer les signes :
 - du paludisme grave chez la femme enceinte,
 - de la pyélonéphrite associée à la grossesse
 - de la chorioamniotite.
3. Décrire la conduite à tenir devant chaque pathologie

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

 **15 mn**

Le facilitateur fait un brainstorming en demandant aux participants de citer les principales causes de fièvre chez la femme enceinte . Il recense les idées et fait la synthèse.

Activité 2 : Brainstorming

 **15 mn**

Le facilitateur fait un brainstorming en demandant aux participants de citer les signes du paludisme grave, de la pyélonéphrite et de la chorioamniotite et de décrire la conduite à tenir devant chaque cas. Il recense les idées et fait la synthèse.

Activité 3 : Cas clinique (cf. Annexe 1 : Enoncé 1.5 et Annexe 2 : Corrigé 2.5)

 **35 mn**

Le facilitateur répartit les participants en groupes de travail. A chaque groupe, il donne les cas cliniques sur le paludisme grave et la chorioamniotite. Il demande à chaque groupe de traiter les études de cas. Une discussion générale est faite après la présentation des travaux des différents groupes.

Le facilitateur anime la discussion, clarifie les points, fait la synthèse.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 9 : PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

SÉANCE 1 : Sepsis néonatal

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le sepsis néonatal.
2. Enumérer les signes du sepsis néonatal.
3. Décrire la conduite à tenir en cas de sepsis néonatal.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

 **15 mn**

Le facilitateur demande aux participants de définir le sepsis néonatal. Il anime une discussion et clarifie les points et fait la synthèse.

Activité 2 : Etude de cas (cf. Annexe 1 : Enoncé 1.6 et Annexe 2 : Corrigé 2.6)

 **45 mn**

Le facilitateur répartit les participants en groupes de travail. A chaque groupe, il donne le cas clinique. Il leur demande de déterminer le diagnostic et la conduite à tenir devant l'affection. Une discussion générale est faite après la présentation des travaux des différents groupes.

Le facilitateur anime la discussion, clarifie les points, fait la synthèse et donne la bonne réponse.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 2 : Asphyxie du nouveau-né

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir l'asphyxie du nouveau-né.
2. Enumérer les signes de l'asphyxie du nouveau-né.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

 15 mn

Le facilitateur fait un brainstorming en demandant aux participants de donner la définition de l'asphyxie du nouveau-né. Il anime une discussion, clarifie les points et fait la synthèse.

Activité 2 : Brainstorming

 15 mn

Le facilitateur fait un brainstorming en demandant aux participants d'énumérer les signes de l'asphyxie du nouveau-né. Il anime une discussion, clarifie les points, fait la synthèse et explique que la prise en charge repose sur la réanimation.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant, matériel pour la réanimation du nouveau né.

Récapitulatif ; Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 3 : Réanimation du nouveau-né

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la réanimation du nouveau-né
2. Décrire les étapes de la réanimation du nouveau-né

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

 10 mn

Le facilitateur fait un brainstorming en demandant aux participants de donner la définition de la réanimation du nouveau-né. Il anime une discussion, clarifie les points et fait la synthèse.

Activité 2 : Brainstorming

 30 mn

Le facilitateur fait un brainstorming en demandant aux participants de décrire les étapes de la réanimation du nouveau-né. Il anime une discussion, clarifie les points, fait la synthèse et fait lire par les participants la fiche technique sur la réanimation du nouveau-né (*cf. Fiche d'apprentissage 4.8 réanimation*) et la *fiche technique 3.8 sur les soins immédiats du nouveau-né.*

Activité 3 : *Démonstration*

🕒 **60 mn**

Le facilitateur démontre en expliquant les étapes de la réanimation du nouveau-né sur mannequin. Les participants observent en se référant à la liste de vérification. Le facilitateur leur demande de s'exercer en petits groupes sur la technique. Le facilitateur encadre et leur donne le feed back immédiat.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, mannequin, cahier du participant, matériel pour la réanimation du nouveau né.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 10 : PREVENTION DES INFECTIONS

SÉANCE 1 : Prévention des infections

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la prévention des infections.
2. Enumérer les techniques de prévention des infections.
3. Décrire les différentes techniques de prévention des infections.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *Brainstorming*

🕒 15 mn

Le facilitateur demande aux participants de définir la prévention des infections, et de citer les différentes techniques. Il récence les idées et fait la synthèse.

Activité 2 : *Travaux de groupe*

🕒 50 mn

Le facilitateur répartit les participants en groupes de travail et donne à chaque groupe une technique. Il demande à chaque groupe de décrire la technique attribuée. En plénière chaque groupe présente ses résultats, le facilitateur anime la discussion, clarifie les points, fait la synthèse.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, cahier du participant.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SESSION 11 : EXTRACTIONS INSTRUMENTALES

SÉANCE 1 : Forceps

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir le forceps.
2. Citer les variétés de forceps.
3. Identifier les conditions d'application du forceps.
4. Expliquer la technique de l'utilisation du forceps.
5. Enumérer les accidents liés à l'utilisation du forceps.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : Brainstorming

🕒 20 mn

Le facilitateur demande aux participants de donner la définition, la description, les différentes variétés, et les conditions d'application du forceps.

Le facilitateur anime la discussion, clarifie les points, fait la synthèse.

Activité 2 : Démonstration

🕒 60 mn

Le facilitateur démontre la technique d'utilisation du forceps sur mannequin en expliquant chaque étape. Les participants observent en se référant à la liste de vérification. Le facilitateur leur demande de s'exercer en petits groupes sur les différentes techniques. Le facilitateur encadre et leur donne le feed back immédiat.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, mannequin, cahier du participant, forceps.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

SÉANCE 2 : Ventouse obstétricale

☞ Objectifs spécifiques

A la fin de cette séance, le participant doit être capable de :

1. Définir la ventouse obstétricale.
2. Décrire la ventouse obstétricale
3. Identifier les conditions d'application de la ventouse obstétricale.
4. Expliquer les techniques de la ventouse obstétricale.
5. Enumérer les accidents liés à l'utilisation de la ventouse obstétricale.

☞ Méthodologie

Clarification des objectifs

Le facilitateur demande à un participant de lire les objectifs et s'assure que tous les participants ont compris.

Activité 1 : *Brainstorming*

 20 mn

Le facilitateur demande aux participants de donner la définition, la description, les conditions d'application et les accidents de la ventouse obstétricale.

Le facilitateur anime la discussion, clarifie les points, fait la synthèse.

Activité 2 : *Démonstration*

 60 mn

Le facilitateur démontre la technique d'utilisation de la ventouse obstétricale sur mannequin en expliquant chaque étape. Les participants observent en se référant à la liste de vérification. Le facilitateur leur demande de s'exercer en petits groupes sur les différentes techniques. Le facilitateur encadre et leur donne le feed back immédiat.

Ressources : Marqueurs, papier géant, vidéo projecteur, manuel de formation SONU, guide du facilitateur, mannequin, cahier du participant., ventouse obstétricale.

Récapitulatif : Le facilitateur rappelle chaque objectif spécifique de la séance et s'assure que les participants ont bien compris.

PHASE 2 :
Stage clinique

Le stage clinique est l'étape suivante pour l'acquisition et la maîtrise des compétences

La maîtrise parfaite survient seulement au décours de cette phase. Il est important que le participant ait validé les compétences avant la pratique sur l'être humain.

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

☞ **Objectif général**

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

1. Mettre en application les compétences acquises sur le site de stage clinique.

☞ **Objectifs spécifiques**

Au cours du stage pratique, le participant doit être capable de :

- Faire le bilan initial d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé ;
- Prendre en charge les hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post partum ;
- Prendre en charge le choc en obstétrique ;
- Prendre en charge la pré éclampsie modérée et la pré éclampsie sévère ;
- Remplir et interpréter correctement le partogramme ;
- Prendre en charge les complications du travail ;
- Diagnostiquer et prendre en charge les principales causes de fièvre chez la femme enceinte ;
- Prendre en charge les pathologies courantes et pratiquer la réanimation du nouveau-né ;
- Réaliser trois accouchements par ventouse et deux accouchements par forceps selon les indications.

☞ **Méthodologie**

L'encadreur doit appliquer les principes d'encadrement lors de pratique clinique. A titre de rappel, voir 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. Intervenir pour correction lorsque le confort ou la sécurité de la cliente et/ou du nouveau-né est menacée.					
FEED-BACK APRES LA SEANCE PRATIQUE					
1. Accueillir le participant.					
2. Demander au (à la) participant(e) ce qu'il/elle pense de la séance					
3. Demander au (à la) participant(e) d'identifier les étapes qu'il/elle a bien faites.					
4. Demander au (à la) participant(e) 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 (la) participant(e) a bien effectuées.					
7. Offrir des suggestions spécifiques pour l'amélioration.					
8. Travailler avec le (la) participant(e) 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.

Les modèles anatomiques seront amenés dans les sites de pratique clinique afin que les participants puissent continuer à s'exercer en absence de cas réel.

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

Ressources : Manuel de formation SONU, Guide du facilitateur, cahier du participant, Compresse, Polyvidone iodé, Gants stériles, Seringue, Lidocaïne, Ocytocine, nicardipine, gluconate de calcium, fils de suture, boîtes d'accouchement , boîtes d'épisiotomie cathéter, perfuseur, sérum, valve, Mannequin Mama Natalie, Néonathalie, valves vaginales , Ventouse obstétricale, Forceps, Thermomètre, seringue d' AMIU, Appareil à tension, Stéthoscope médical, Stéthoscope obstétrical, Sulfate de magnésium, sonde urinaire, sonde nasogastrique, Ambu, masque, Aspirateur pour nouveau-né (pingouin), Poire, Sparadrap, Bonnet, alcool, Eau de Javel, Bavette, seau, eau , savon, tablier, lunette, sur chaussures, champs....

ANNEXES

ANNEXE 1 : Enoncés études de cas

Annexe 1.1 : Bilan initial d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé

ETUDE DE CAS 1

Madame DIARRA est une primipare de 20 ans qui présente un saignement vaginal.

Questions :

1. Etablir le bilan initial de M^{me} Diarra.
2. Quelles sont les causes possibles de saignement chez M^{me} Diarra ?

ETUDE DE CAS 2

Madame KONE est une 4^{ème} pare de 30 ans qui se présente dans la structure dans un tableau de perte de connaissance.

Questions :

1. Etablir le bilan initial de M^{me} KONE.
2. Quelles sont les causes possibles de perte de connaissance chez M^{me} KONE ?

ETUDE DE CAS 3

Madame COULIBALY est une 5^{ème} pare âgée de 35 ans qui se présente dans la structure dans un tableau de douleurs abdominales.

Questions :

1. Etablir le bilan initial de M^{me} COULIBALY.
2. Quelles sont les causes possibles de douleurs abdominales chez M^{me} COULIBALY ?

Annexe 1.2 : Hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum

ETUDE DE CAS 1

Madame KEITA 23 ans, 3^{ème} geste, 2^{ème} pare se présente en consultation pour douleurs abdominales sur une aménorrhée de trois mois. A l'examen vous constatez un saignement minime de sang noirâtre et une douleur vive à la palpation abdominale ainsi qu'au toucher vaginal. La TA est 120/80 mmHg, le pouls à 80 pulsations/min.

Questions :

1. Quel sera votre diagnostic ?
2. Définir la pathologie retenue et citer les éléments en faveur du diagnostic.
3. Décrire votre conduite à tenir.

ETUDE DE CAS 2

M^{me} MAIGA a accouché à 6 heures 30 mn d'un garçon pesant 2 kg 800. Vous la mettez dans la salle des suites de couches, 40 mn après, vous constatez une hémorragie vulvaire faite de sang rouge d'abondance moyenne. A l'examen : TA = 100/50 mmHg, pouls : 110 batt/min. Au toucher vaginal, l'utérus est mou, étalé.

Questions :

1. A quoi pensez-vous ?
2. Quelle est votre conduite à tenir ?

Annexe 1.3 : Partographe

ETUDE DE CAS 1

M^{me} Sidibé, G2 P1 âgée de 18 ans, est admise en salle de travail à 9 heures pour contractions utérines douloureuses. Elle est à 38 semaines de grossesse. Elle signale une rupture spontanée de la poche des eaux d'environ une heure. Sa tension artérielle est de 110/70 mmHg, le pouls 80/minute et la température 36.8°C. L'examen obstétrical a révélé 4 contractions en 10 minutes et chaque contraction durait 30 secondes. Le fœtus est en position longitudinale et la tête fœtale à la palpation de l'abdomen était à 3/5. Les BCF sont à 120/min. Le toucher vaginal montrait une dilatation du col de 5 cm. Le liquide amniotique est clair. Le volume des urines est estimé à 200ml.

Questions :

1. Quelle est la conduite à adopter ?

Par la suite le suivi du travail a donné les résultats suivants :

HEURE	Col	Pouls	T°	TA	Contractions utérines	Descente de la Tête fœtale	Modelage de la tête fœtale	BBCF	Liquide amniotique
09 h 30		85/mn			4 de durée 35s			130/mn	clair
10 h 00		80/mn			4 de durée 35s			120/mn	clair
10 h 30		88/mn			4 de durée 35s			140/mn	clair
11 h 00		90/mn	37°C		4 de durée 45s	2/5		122/mn	clair
11 h 30		98/mn			4 de durée 45s			130/mn	clair
12 h 00		90/mn		110/70 mmHg	5 de durée 45s			140/mn	clair
12 h 30		90/mn			5 de durée 45s			150/mn	clair
13 h 00	10 cm		37°C		5 de durée 45s	0/5		150/mn	clair

2. Entrez les données sur le partographe.
3. Interpréter les informations sur le partogramme à 11 heures.

ETUDE DE CAS 2

Etape 1

- Madame DIALLO est admise à 5 h 00.
- Rupture des membranes à 4 h 00.
- Gestité 3, parité 2.
- A l'admission, les quatre cinquièmes de la tête du fœtus étaient palpables au-dessus de la symphyse pubienne et la dilatation du col était de 2 cm.

Question :

- ☞ Remplir le partographe ?

Etape 2

- 09 h 00 :
 - Les trois cinquièmes de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
 - Dilatation du col à 5 cm.
 - 3 contractions en 10 minutes, chacune durant 20 à 40 secondes.
 - Rythme cardiaque fœtal (BCF), 120.
 - Rupture des membranes, liquide amniotique clair.
 - Les sutures des os crâniens sont apposées.
 - Tension artérielle 120/70 mm Hg.
 - Température 36,8°C.
 - Pouls 80 par minute.
 - Débit urinaire 200 ml ; test négatif pour protéine et acétone.

Questions :

1. Compléter le partographe ?
2. Quelle sera votre conduite à tenir ?
3. Quels conseils devraient être donnés ?
4. Que va-t-il probablement se passer à 13 h 00 ?

Etape 3

Noter les informations suivantes sur le graphique du partogramme :

- 09 h 30 BCF 120, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80.
- 10 h 00 BCF 136, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80.
- 10 h 30 BCF 140, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 88.
- 11 h 00 BCF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Température 37°C.
- 11 h 30 BCF 136, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 84, 2/5 de la tête engagée.
- 12 h 00 BCF 140, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 88.
- 12 h 30 BCF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 88.
- 13 h 00 BCF 140, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, Température 37°C, les 0/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne, le col est entièrement dilaté, liquide amniotique clair, apposition des sutures, tension artérielle 100/70 mm Hg, volume urinaire 150 ml ; test négatif pour la protéine et l'acétone.

Questions :

1. Compléter le partogramme
2. Quelle sera votre conduite à tenir ?
3. Quels conseils devraient être donnés ?
4. Que va-t-il probablement se passer ensuite ?

Etape 4

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

- 13 h 20 : Accouchement spontané d'un enfant vivant de sexe féminin, poids 2850g.

Questions :

1. Combien de temps a duré la phase active du premier stade du travail ?
2. Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?

Annexe 1.4 : Complications du travail

ETUDE DE CAS 1

Etape 1

- Madame BERTHE a été admise à 10 h 00.
- Primigeste.

L'examen permet de noter les informations suivantes :

- Les 5/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
- Dilatation du col de 4 cm.
- Il y a 2 contractions en 10 minutes, chacune dure moins de 20 secondes.
- BCF 140.
- Membranes intactes.
- Tension artérielle 100/70 mm Hg.
- Température 36,2°C.
- Pouls 80 par minute.
- Volume urinaire 400 ml ; test négatif pour la protéine et l'acétone.

Questions :

1. Remplir le partographe ?
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle mesure allez-vous prendre ?

Etape 2

- 10 h 30 BCF 140, 2 contractions/10 chaque 15 sec, Pouls 90.
- 11 h 00 BCF 136, 2 contractions /10 chaque 15 sec, Pouls 88, Membranes intactes.
- 11 h 30 BCF 140, 2 contractions/10 chaque 20 sec, Pouls 84.
- 12 h 00 BCF 136, 2 contractions /10 chaque 15 sec, Pouls 88, Température 36,2°C, les 5/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne, dilatation du col de 4 cm, membranes intactes.

Questions :

1. Compléter le partogramme ?
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle mesure allez-vous prendre ?

Etape 3

- 12 h 30 BCF 136,1 contraction /10 chaque 15 sec, Pouls 90.
 13 h 00 BCF 140, 1 contraction /10 chaque 15 sec, Pouls 88.
 13 h 30 BCF 130, 1 contraction/10 chaque 20 sec, Pouls 88.
 14 h 00 BCF 140, 2 contractions/10 chaque 20 sec, pouls 90, température 36,8°C, tension artérielle 100/70 mmHg, les 5/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne, dilatation du col de 4 cm, apposition de sutures, débit urinaire 300 ml ; test négatif pour protéine et acétone, membranes intactes.

Questions :

1. Compléter le partogramme
2. Quelle mesure allez-vous prendre ?

Etape 4

- 14 h 30 :
 - 2 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes.
 - Débit de perfusion augmenté à 20 gouttes par minute.
 - BCF 140, Pouls 88.
- 15 h 00 :
 - 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes.
 - Débit de perfusion augmenté à 24 gouttes par minute.
 - BCF 140, Pouls 90.
- 15 h 30 :
 - 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes.
 - Débit de perfusion augmenté à 28 gouttes par minute.
 - BCF 140, Pouls 88.
- 16 h 00 :
 - Les 2/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
 - Dilatation du col de 6 cm ; apposition de sutures.
 - 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes.
 - Débit de perfusion augmenté à 32 gouttes par minute.
 - BCF 144, Pouls 92.
- 16 h 30 :
 - BCF 140, Contractions 3/10 chaque 45 sec, Pouls 90.

Questions :

1. Compléter le partogramme ?
2. Quelle sera votre conduite à tenir ?

Etape 5

- 17 h 00 BCF 138, Pouls 92, Contractions 3/10 chaque 40 s, ocytocine 32 gts/mn.
- 17 h 30 BCF 140, Pouls 94, Contractions 3/10 chaque 45 s, ocytocine 32 gts/mn.
- 18 h 00 BCF 140, Pouls 96, Contractions 4/10 chaque 50 s, ocytocine 32 gts/mn.
- 18 h 30 BCF 144, Pouls 94, Contractions 4/10 chaque 50 s, ocytocine 32 gts/mn.

Question :

- ☞ Compléter le partogramme

Etape 6

- 19 h 00 :
 - Les 0/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
 - BCF 144, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 90.
 - Le col est entièrement dilaté.

Question :

- ☞ Compléter le partogramme

Etape 7

- 19 h 30 :
 - BCF 142, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 100.
- 20 h 00 :
 - BCF 146, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 110.
- 20 h 10 :
 - Accouchement spontané d'un enfant vivant de sexe masculin, poids 2,654 g.

Questions :

1. Compléter le partogramme.
2. Combien de temps a duré la première phase active du travail ?
3. Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?
4. Pourquoi a-t-on accéléré le travail ?

ETUDE DE CAS 2

Etape 1

- Madame COULIBALY a été admise à 10 h 00.
- Rupture des membranes à 09 h 00.
- Gestité 4, parité 3.

L'examen clinique permet de noter les informations suivantes :

- Les 3/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
- Dilatation du col à 4 cm.
- Il y a 3 contractions en 10 minutes, chacune dure 30 secondes.
- BCF 140 battements/mn.
- Liquide amniotique clair.
- Apposition de sutures.
- Tension artérielle 120/70 mm Hg.
- Température 36,8°C.
- Pouls 80 par minute.
- Volume urinaire 200 ml ; test négatif pour la protéine et l'acétone.

Question :

☞ Remplir le partographe.

Etape 2

- 10 h 30 BCF 130, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 80.
 11 h 00 BCF 136, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90.
 11 h 30 BCF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88
 12 h 00 BCF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90, température 37°C,
 tête 3/5 palpable.
 12 h 30 BCF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90.
 13 h 00 BCF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88.
 13 h 30 BCF 120, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88.
 14 h 00 BCF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, température 37°C,
 tension artérielle 100/70, les 3/5 de la tête du fœtus sont palpables au-
 dessus de la symphyse pubienne, dilatation du col à 6 cm, liquide
 amniotique clair, chevauchement réductible des sutures.

Question :

☞ Remplir le partographe.

Etape 3

- 14 h 30 BCF 120, 4 Contractions en 10 mn durée 40 sec, Pouls 90, Liquide clair.
- 15 h 00 BCF 120, 4 Contractions en 10 mn durée 40 sec, Pouls 88, Liquide teinté de sang.
- 15 h 30 BCF 100, 4 Contractions en 10 mn durée 45 sec, Pouls 100.
- 16 h 00 BCF 90, 4 Contractions en 10 mn durée 50 sec, Pouls 100, température 37°C.
- 16 h 30 BCF 90, 4 Contractions en 10 mn durée 50 sec, Pouls 110, tête 3/5 palpables, LA méconial, Les 3/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne, dilatation du col à 6 cm, chevauchement irréductible des sutures, liquide amniotique teinté par le méconium, volume urinaire 100 ml ; test négatif pour la protéine, acétone 1+.

Question :

- ☞ Remplir le partographe.

Etape 4

Porter l'information suivante sur le partographe :

- Césarienne à 17 h 00, enfant vivant de sexe féminin avec problème respiratoire, poids 4850 g.

Questions :

1. Quel est le diagnostic final ?
2. Quelle mesure était indiquée à 14 h 00 et pourquoi ?
3. Quelle mesure était indiquée à 16 h 00 et pourquoi ?
4. A 16 h 30, la décision de césarienne a été prise. Etait-elle correcte ? Justifiez votre réponse ?
5. Quels sont les problèmes auxquels on peut s'attendre chez le nouveau-né ?

Annexe 1.5 : Fièvre et grossesse

ETUDE DE CAS 1

Instructions :

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Enoncé

Vous êtes de garde au service des urgences de la maternité. Vous recevez M^{me} TRAORE 4^{ème} geste, 3^{ème} pare de 34 ans. Elle a 18 semaines de grossesse et présente les signes suivants : convulsions répétées, incapacité de boire, vomissements de toute prise alimentaire, pâleur conjonctivale prononcée, léthargie.

A l'interrogatoire, les parents de M^{me} TRAORE indiquent qu'elle n'a pas encore commencé les visites prénatales.

A l'examen clinique, elle a une fièvre à 39°C, le pouls à 96 btts/mn, la TA = 110/50 mmHg.

Questions :

1. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?
2. Relevez les éléments de gravité de la pathologie ?
3. Quels sont les examens complémentaires à demander ?
4. Décrivez la conduite à tenir ?

ETUDE DE CAS 2

Instructions :

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Enoncé

Vous recevez M^{me} Kanté au centre de santé : vos constatations sont les suivantes :

- Anamnèse :
Madame Kanté signale qu'elle a des contractions utérines douloureuses, frissons et fièvre. Elle signale par ailleurs qu'elle a commencé à perdre les eaux depuis 3 jours environ.

- Examen physique :
La température de Madame Kanté est de 39°C, son pouls est de 90 batts par minute, sa tension artérielle est de 112/70mmHg et sa fréquence respiratoire est de 16 cycles par minute.

La hauteur de l'utérus est de 40 cm. Elle a 2 contractions utérines toutes les 10 minutes, durant chacune 20 secondes. La présentation est céphalique et palpables au-dessus de la symphyse pubienne (4/5). Le rythme cardiaque fœtal est régulier, à 150 battements par minute. Au toucher vaginal : le col mou, mince, dilaté à 4 cm, sutures apposées. Le gant ramène un écoulement de liquide amniotique purulent, louche, nauséabond.

Questions :

1. Quel est le diagnostic de Madame Kanté ?
2. Justifier votre réponse
3. Quelle est la conduite à tenir ?

Annexe 1.6 : Prise en charge du nouveau-né

ETUDE DE CAS 1

Enoncé

Vous êtes de garde au service des urgences pédiatriques. On vous amène un nouveau – né à J1 de vie qui présente des mouvements anormaux dans un contexte fébrile.

L’histoire de la mère est la suivante : G3P3, grossesse mal suivie, rupture spontanée des membranes de plus de 18 heures à 38 SA, accouchement par voie basse d’un nouveau-né de sexe masculin pesant 3 200 g réanimé pendant 5 mn.

Apgar : 06 à la 1^{ère} minute et 8 à la 5^{ème} minute, température à la naissance 38°C.
A l’examen, le nouveau-né avait 39°C, convulsion, un tirage sous costal et un geignement.

Questions :

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez votre réponse.
2. Quelle est la conduite à tenir devant ce cas ?

ANNEXE 2 : Réponses des études de cas

Annexe 2.1 : Bilan initial d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé

REPONSE ETUDE DE CAS 1

1. Bilan initial de M^{me} DIARRA

Demander si :

- Enceinte : si oui, depuis combien de temps ?
- Accouchement récent ?
- Placenta expulsé ?
- Examiner :
 - vulve : importance du saignement, rétention placentaire, déchirures apparentes ;
 - utérus : atone ou rétracté au palper ;
 - vessie : pleine.

2. Causes du saignement

- Si premier trimestre : avortement, grossesse ectopique (GEU), grossesse molaire.
- Si troisième trimestre : hématome retro placentaire, rupture utérine, placenta prævia.
- Si post partum : atonie utérine, déchirures cervicales et vaginales, rétention placentaire, inversion utérine.

REPONSE ETUDE DE CAS 2

1. Bilan initial de M^{me} KONE

➤ Demander si :

- Enceinte : si oui, depuis combien de temps ?
- Accouchée : si oui, depuis combien de temps ?

➤ Examiner :

- Tension artérielle : élevée (TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg).
Température : 38 °C ou plus.

2. Les causes

- Eclampsie
- Paludisme
- Epilepsie
- Tétanos

REPONSE ETUDE DE CAS 3

1. *Bilan initial de M^{me} COULIBALY*

➤ Demander si :

- Enceinte : si oui, depuis combien de temps
- Accouchée : si oui, depuis combien de temps ?

➤ Examiner :

- Tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg).
- Pouls : rapide (110 bts/min ou plus).
- Température : 38 °C ou plus.
- Utérus : gravide.
- Utérus gros, sensible.
- Lochies purulentes, fétides.

2. *Les causes :*

- Torsion de kyste de l'ovaire.
- Appendicite.
- Grossesse ectopique.
- Travail d'accouchement.
- Chorioamniotite.
- Hématome rétroplacentaire.
- Rupture utérine.
- Endométrite.

Annexe 2.2 : Hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum

REPONSE ETUDE DE CAS 1 :

cf. Algorithme grossesse extra utérine (GEU rompue sans signe de choc).

REPONSE ETUDE DE CAS 2 :

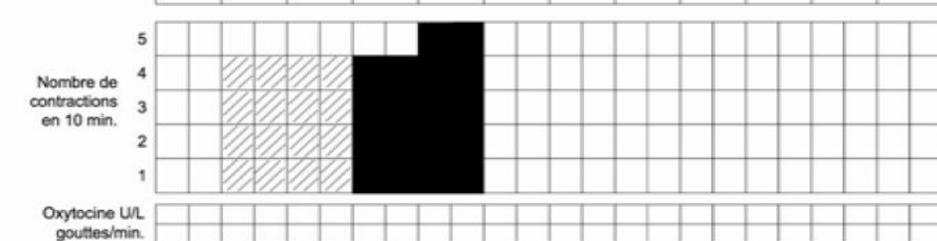
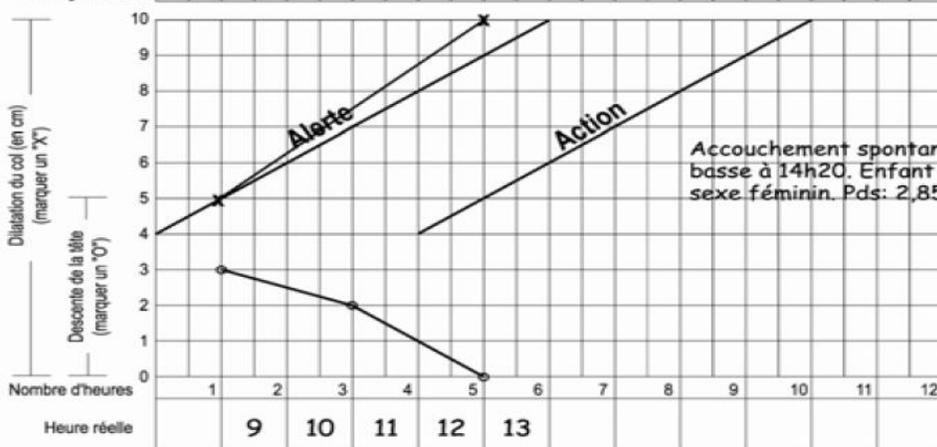
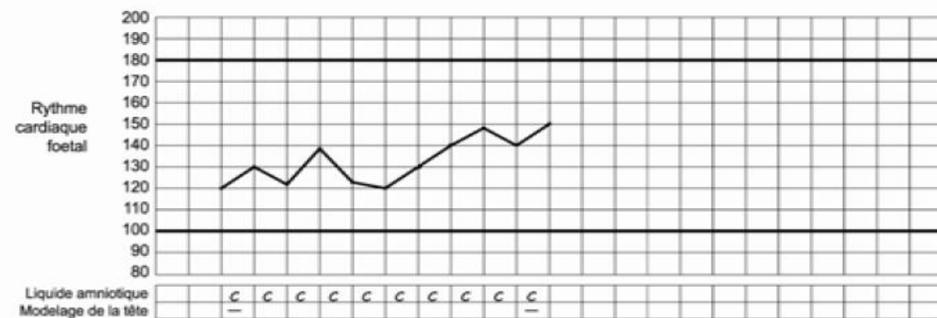
cf. Algorithme hémorragie du post partum.

Annexe 2.3 : Partographe

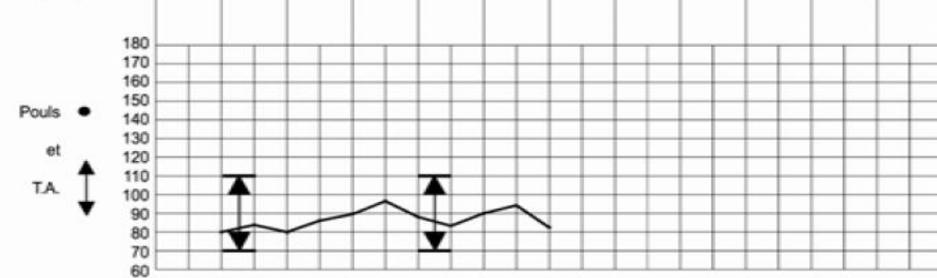
REPONSE ETUDE DE CAS 1

1. *Le travail est passé à la phase active. il faut commencer à enregistrer les données de suivi du travail sur le partographe.*
2. *Partographe rempli.*

Nom	Mme S.	Gestité	3	Parité	2+0	Dossier No.	7886
Date d'admission	12.5.2002	Heure d'admission	5:00	Rupture des membranes	1	heure	



Oxytocine U/L gouttes/min.									
Médicaments et injections I.V.									



Temp. °C	36,8	37	37						
Urine									
prot.	-	-	-						
acet.	-	-	-						
vol.	200	150							

3. A 11 heures, les bruits du cœur fœtal, la tension artérielle, la température et le volume des urines de M^{me} Sidibé sont stables et normaux. Le liquide amniotique est clair. Les contractions utérines sont régulières et d'intensité croissante. La descente de la tête est régulière.

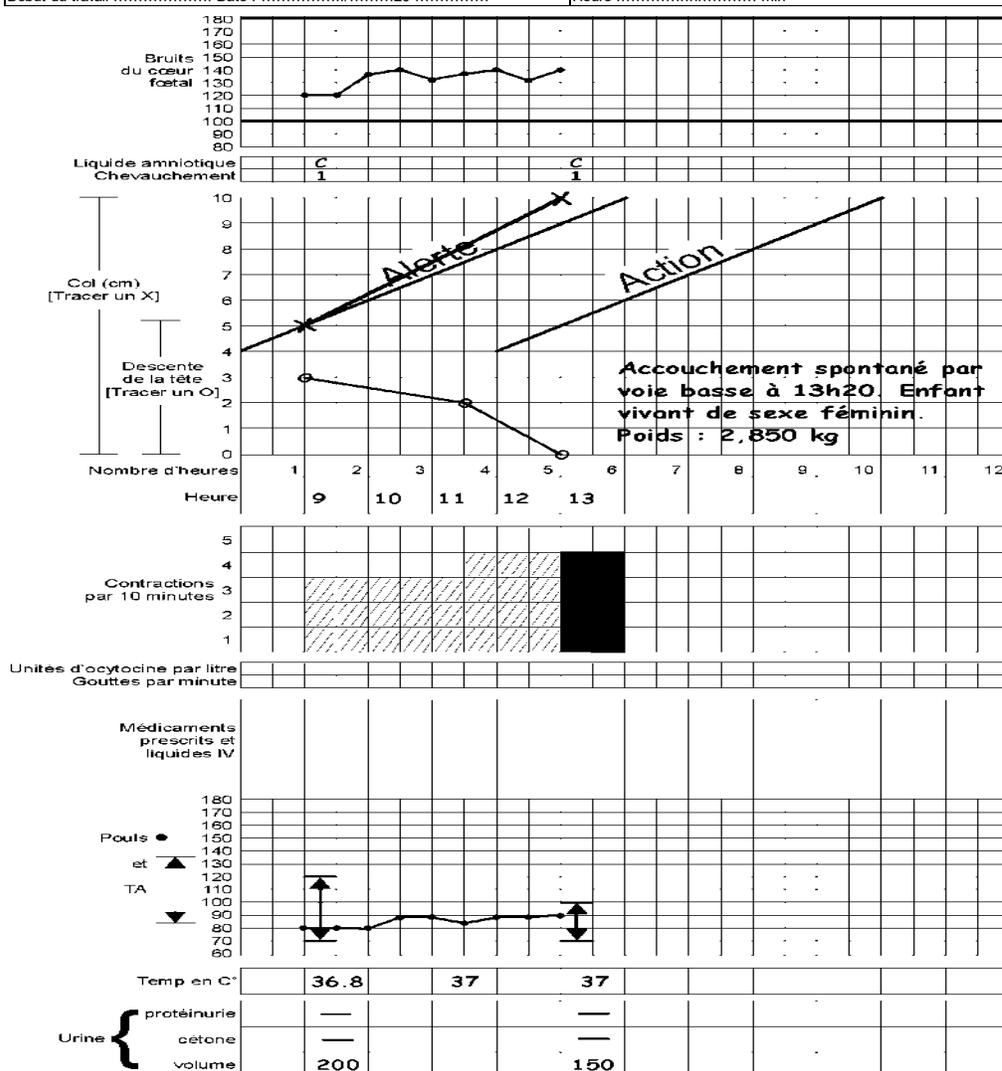
Le travail de M^{me} Sidibé se déroule sans complication. Son état général et celui du fœtus sont bons. L'accouchement normal par voie basse est attendu.

REPONSE ETUDE DE CAS 2

Etape 1 : Partographe rempli

Région / District de : _____ Cercle / Zone sanitaire de : _____
 Commune de : _____ CS/CSCOM de _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil :						
Nom de la Femme :			Age :		Nom du mari:	
Village / Quartier :			Antécédents	G: _____	P: _____	V: _____
Entrée à la maternité : Date :/...../20.....			Heure :h..... min			
Motif :						
Début du travail : Date :/...../20.....			Heure :h..... min			



Etape 2 (09h00)

- Voir partogramme
- CAT : Informer la parturiente des résultats et de la suite, l'encourager à poser des questions, lui fournir des mesures de confort, d'hydratation et de nutrition.
- Conseils : Laisser la parturiente choisir la position qui lui convient ; lui demander de boire et de manger si elle le souhaite.
- A 13h 00, on prévoit une progression de la dilatation du col d'au moins 9 cm.

Etape 3

- Voir partogramme
- CAT : Procéder à la préparation de la naissance.
- Conseils : Pousser uniquement si elle sent l'envie de pousser.
- Résultat escompté : Accouchement spontané par voie basse.

Etape 4

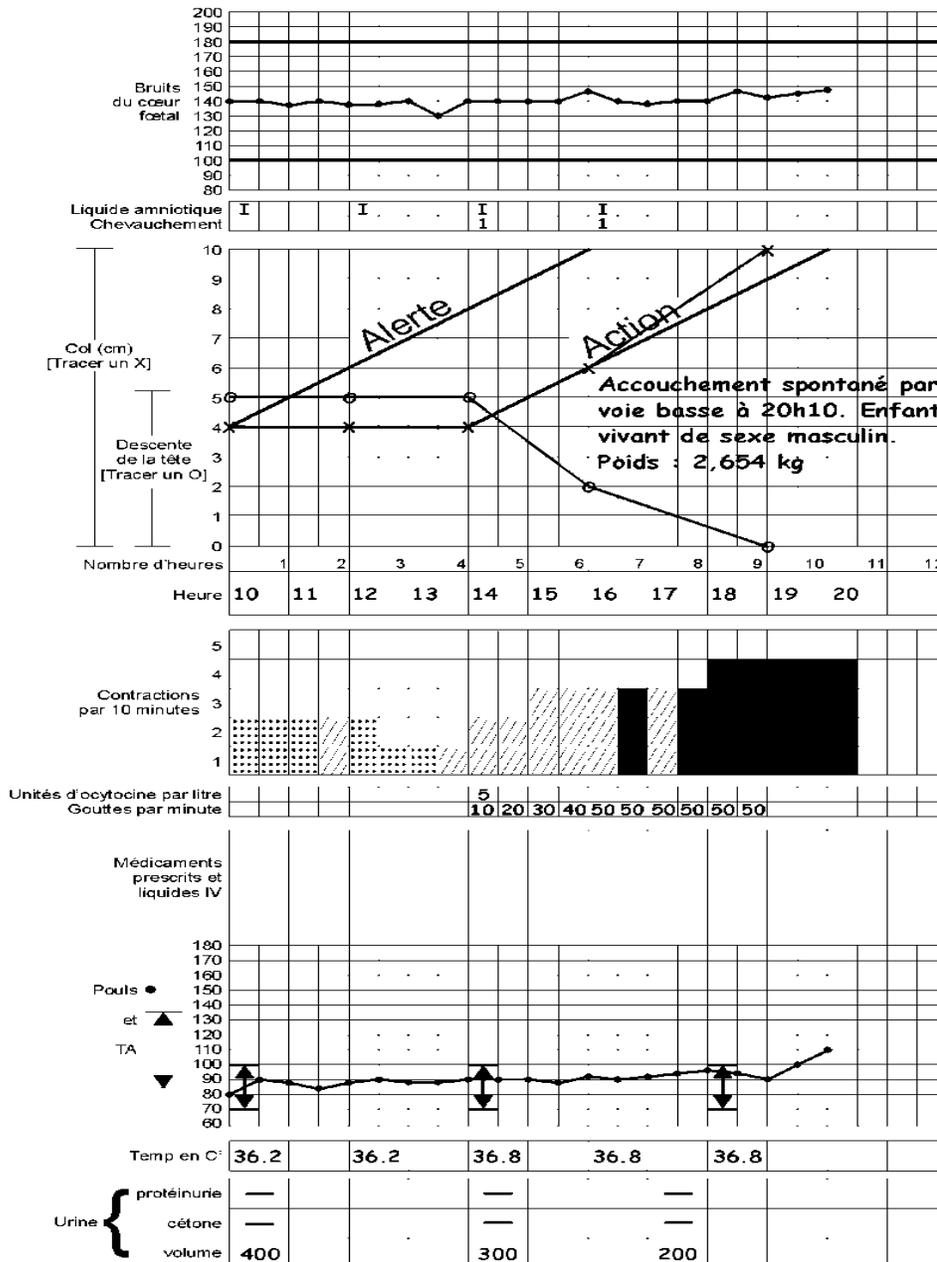
- 1^{er} stade du travail actif : 4 heures.
- 2^{ème} stade du travail actif : 20 minutes.

Annexe 2.4 : Complications du travail

REPONSE ETUDE DE CAS 1

Name **Mme B** Geste **1** Pare **0+0** Numéro de l'hôpital **1443**

Date d'admission **5 décembre 2000** Heure d'admission **10 heures** Rupture des membranes **14 heures**



Etape 1

- Voir Partographe.
- Diagnostic : Phase active du travail.
- Mesure : Informer M^mc BERTHE et sa famille des résultats de l'examen et de la suite ; donner continuellement l'occasion de poser des questions ; l'encourager à marcher, boire et manger.

Etape 2

- Voir Partogramme.
- Diagnostic : Phase active prolongée (dilatation du col marquée à droite de la ligne d'alerte du partographe).
- Mesure : Le facilitateur devrait saisir l'occasion de démarrer une discussion concernant l'utilisation de l'ocytocine pour accélérer le travail dans un contexte clinique. Par exemple, la parturiente est-elle prise en charge dans un poste de santé qui se trouve à 4 heures de l'hôpital de district où une perfusion d'ocytocine peut être démarrée ? Ou alors si elle se trouve dans un hôpital de district, est-ce que d'autres mesures peuvent être utilisées (par exemple, l'hydratation, le fait de marcher) avant de démarrer l'ocytocine ?

Etape 3

- Voir Partogramme.
- Mesure : Rupture artificielle des membranes et perfusion d'ocytocine au besoin ; informer la parturiente des résultats et de la suite ; rassurer ; répondre aux questions ; encourager à boire et à adopter la position qu'elle préfère.

Etape 4

- Voir Partogramme.
- CAT : Continuer la surveillance, assurer son confort (psychologique et physique) ; encourager à boire et à manger.

Etape 5

- Voir partogramme

Etape 6

- Voir partogramme

Etape 7

- Voir Partogramme.
- 1^{er} stade du travail actif : 9 heures.
- 2^{ème} stade du travail actif : 1 heure 10 minutes.
- Pourquoi la rupture artificielle des membranes et la perfusion d'ocytocine : Moins de 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes (manque de progression), risque de souffrance fœtale et fatigue maternelle.

Etape 3

- Voir partogramme

Etape 4

- Voir partogramme.
- Diagnostic final : Travail dystocique.
- Mesure à 14 heures : Continuer à apporter un soutien psychologique et physique, y compris l'hydratation ; continuer un suivi attentif de l'état de la mère et du fœtus. Pourquoi ? La parturiente et la famille peuvent être découragées par le manque de progression et être épuisées psychologiquement et physiquement.
- A 16 h 00 : Faire une césarienne car la dilatation stagne et la présentation ne descend pas malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes.
- A 16 h 30 : Oui, c'était la mesure correcte car souffrance fœtale et manque de progression malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes, présence d'acétone dans l'urine, pouls maternel qui s'accélère. Toutefois, on a attendu plus longtemps qu'il n'aurait fallu pour le bien de la mère et du bébé.
- Problèmes attendus chez le nouveau-né : asphyxie, inhalation du méconium.

Annexe 2.5 : Fièvre et grossesse

REPONSE ETUDE DE CAS 1

1. *Hypothèse diagnostique* : Le paludisme grave chez la femme enceinte.
2. *Eléments de gravité* : Convulsions répétées, incapacité de boire, vomissements de toute prise alimentaire, pâleur conjonctivale prononcée, léthargie.
3. *Examens complémentaires* : TDR, puis confirmation par la goutte épaisse/frottis mince, NFS ou taux d'Hémoglobine ou d'hématocrite.
4. *Traitement* :
 - Rassurer.
 - Prendre une voie veineuse avec cathéter 16G ou 18 G et perfusion de ringer lactate ou du sérum glucosé 10%.
 - Faire baisser la température
 - Oxygéner.
 - Mettre une sonde vésicale à demeure.
 - Administration des médicaments (Cf. manuel).

REPONSE ETUDE DE CAS 2

1. *Diagnostic* : Chorioamniotite.
2. *Justification* : Rupture des membranes depuis 3 jours, T° 39°C. Au toucher vaginal, le gant ramène un écoulement de liquide amniotique purulent, louche, nauséabond.
3. *Prise en charge*
 - Rassurer.
 - Faire baisser la température.
 - Prendre une voie veineuse avec cathéter 16 G ou 18 G et perfusion de ringer lactate ou du sérum glucosé.
 - Oxygéner.
 - Commencer sans délai la triple antibiothérapie à raison de :
 - Amoxicilline : 2 g/6 h en IV.
 - Gentamicine : 160 mg/j en IM (durée maximum : 5 jours).
 - Métronidazole : 500 mg /8 H en perfusion.

N.B : Continuer l'antibiothérapie parentérale jusqu'à 48 heures après l'apyrexie.

- Surveiller le travail à l'aide d'un partographe.
- Diriger le travail d'accouchement en administrant l'ocytocine en perfusion si nécessaire.
- Adresser le nouveau-né en pédiatrie.

Annexe 2.6 : Prise en charge du nouveau-né

REPONSE ETUDE DE CAS 1

1. Le diagnostic évoqué est le sepsis néonatal car :

- Grossesse mal suivie.
- Existence de mouvements anormaux et convulsions.
- Rupture des membranes plus de 18 heures.
- Réanimé à la naissance.
- Température à 38°5C puis 39°C.
- Tirage sous costal et geignement.

2. La conduite à tenir devant le sepsis néonatal

- Hospitaliser
- Prendre une voie veineuse
- Faire apport hydro-électrolytique par :
 - Sérum glucosé 10% à 60ml/kg/jour : Soit $60 \text{ ml} \times 3,2 \text{ kg} = 192 \text{ ml}$ de sérum glucose en perfusion sur 24 heures soit 3 gouttes/mn.
 - +
 - Calcium inj à 3ml/kg/jour : Soit $3 \text{ ml} \times 3,2 \text{ kg} = 9,6 \text{ ml}$ dans la perfusion.
- Faire une antibiothérapie :
 - Amoxicilline inj à 200 mg/kg/jour : Soit $200 \text{ mg} \times 3,2 \text{ kg/jour} = 640 \text{ mg/jour}$ soit 320 mg en IV le matin et 320mg en IV le soir.
 - +
 - Gentamicine inj à 3 mg/kg/jour : Soit $3 \text{ mg} \times 3,2 \text{ kg/jour} = 10 \text{ mg/jour}$.
 - OU**
 - Ceftriaxone inj à 100 mg/kg/jour en IV : Soit $100 \text{ mg} \times 3,2 \text{ kg/jour}$ en IV = 320 mg/jour en IV.
 - +
 - Gentamicine inj à 3 mg/kg/jour : Soit $3 \text{ mg} \times 3,2 \text{ kg/jour} = 10 \text{ mg/jour}$
- Prendre en charge les signes :
 - Devant l'hyperthermie :
 - ✓ Privilégier les moyens physiques : déshabiller le nouveau-né, faire un enveloppement humide.
 - ✓ Si persistance de la fièvre : Faire une perfusion de paracétamol, 7,5 mg/kg toutes les 6 heures soit $7,5 \text{ mg} \times 3,2 \text{ kg} = 24 \text{ mg}$ en IV toutes les 6 heures.

- Devant les difficultés respiratoires :
 - ✓ Dégager les voies aériennes supérieures.
 - ✓ Administrer de l'oxygène (0,5 – 1 litre/minute) au moyen de lunettes nasales.
- Devant les mouvements anormaux et les convulsions :
 - ✓ Dégager les voies aériennes supérieures.
 - ✓ Administrer Phénobarbital : 20 mg/kg en IV en dose de charge puis 5 mg/kg en dose d'entretien. On administrera la dose de charge en raison de : $20 \text{ mg} \times 3,2 \text{ kg} = 64 \text{ mg}$ en IM ou en IV lente sur 30 mn.

ANNEXE 3 : Fiches techniques

FICHE TECHNIQUE N°3.1 : Administration du misoprostol en SAA

Indication :

- Avortement incomplet non compliqué du 1^{er} trimestre.

Critères d'éligibilité

- Terme de la grossesse inférieur ou égal à 12SA ;
- Taille de l'utérus inférieure ou égale à 12SA ;
- Etat hémodynamique stable.

Contre indication

- Allergie connue au misoprostol ou à une autre prostaglandine.
- Signes d'infection pelvienne ou de septicémie.
- Signes de grossesse extra-utérine.
- Signes de choc hémodynamique.
- Saignements excessifs.
- Grossesse molaire (en raison du risque hémorragique)
- Anémie sévère.
- Utérus cicatriciel.
- Asthme.

Posologie et mode d'administration

- Expliquer à la cliente la procédure d'évacuation.
- Faire avaler 3 comprimés de 200µg soit au total 600µg en prise unique avec de l'eau.
- Renouveler la dose au besoin 24 heures après.

N.B : Les comprimés seront pris en présence du personnel formé chargé de la prise en charge de l'avortement.

Mise en observation : Surveiller la cliente pendant 30 minutes avant de la laisser rentrer à domicile.

Suivi post procédure :

- Donner un rendez vous à la cliente au bout de 7 jours.
- Expliquer à la cliente qu'elle peut revenir au centre à tout moment devant les signes de rétention de débris (aggravation du saignement et/ ou douleur pelvienne) ou des signes d'infection (fièvre).

Si rétention de tissus sans complication infectieuse et/ou hémorragique :

- Donner une 2^{ème} dose de misoprostol.

Si rétention de tissus avec complication infectieuse et/ou hémorragique :

- Stabiliser la patiente.
- Prendre en charge la complication.
- Procéder à l'AMIU après.

Examen des débris du produit de conception :

- Demander à la cliente de recueillir le produit de conception et de l'apporter au centre de prestation.
- Fixer le produit de conception au formol et envoyer au laboratoire pour examen anatomopathologique.

Counseling PF

- Faire le counseling sur les différentes méthodes de PF.
- Offrir une méthode de contraception si la cliente le désire.
- Référer pour d'autres services SR si nécessaire.

FICHE TECHNIQUE N° 3.2 : Gestion des effets secondaires du misoprostol en SAA

Douleur/Crampes

CAT:

- Rassurer la patiente.
- Demander à la patiente d'adopter une position assise ou couchée confortable.
- Donner du paracétamol 500mg 2cp en prise unique, à renouveler au besoin **OU**
- Donner un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) tel que l'ibuprofène : 400mg en prise unique à renouveler au besoin.

Frissons/Fièvre

CAT:

- Rassurer la patiente.
- Donner du paracétamol 500mg 2cp en prise unique si nécessaire.

Si la fièvre ou les frissons persistent pendant plus de 24 heures ou apparaissent plus d'un jour après la prise du misoprostol :

- Demander à la patiente de revenir immédiatement au centre de santé.

Saignements vaginaux

CAT:

- Rassurer la patiente.
- Expliquer à la patiente que la quantité des saignements ne doit pas dépasser pas celles des règles normales.
- Demander à la patiente de revenir immédiatement au centre de santé si :
 - Plus de 2 serviettes hygiéniques mouillées en 1 heure ;
 - Saignements soudain abondants après diminution ou arrêt pendant plusieurs jours ;
 - Saignements continus avec apparition de vertiges.

Saignements abondants/prolongés

CAT:

- Rassurer la patiente.
- Prendre une voie veineuse sécurisée avec cathéter 16G ou 18G.
- Procéder à l'AMIU pour terminer l'avortement.
- Administrer les solutés en cas de trouble hémodynamique.
- Transfuser uniquement en cas d'indication médicale.

Nausées/Vomissements

CAT:

- Rassurer la patiente.
- Expliquer à la patiente que la nausée et les vomissements sont des effets secondaires éventuels.
- Administrer un antiémétique si nécessaire : métoclopramide ou métopimazine injectable 1 ampoule de 10mg en IVD lente.

Diarrhée

CAT:

- Rassurer la patiente.
- Expliquer à la patiente que la diarrhée est parfois liée à l'utilisation du misoprostol et disparaît rapidement.
- Demander à la patiente de boire beaucoup d'eau.
- Si persistance de la diarrhée, lui demander de revenir au centre de santé.

FICHE TECHNIQUE N°3.3 : Score de Bishop pour le déclenchement du travail d'accouchement

INDICE PELVIEN POUR LE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL (D'APRÈS BISHOP)

	0	1	2	3
Longueur du col	4 cm	3 cm	2 cm	1 cm
Dilatation du col	0	1 ou 2 cm	3 ou 4 cm	5 ou 6 cm
Position du col	postérieur	médian	antérieur	
Consistance du col	rigide	souple	mou	
Niveau de la présentation	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2

Interprétation :

- Score inférieur à 7, le déclenchement du travail doit être évité en première intention.
- Score supérieur ou égal à 7, le déclenchement du travail est possible

FICHE TECHNIQUE N°3.4 : Test de coagulation au lit de la patiente

- Prélever 2 ml de sang veineux dans un tube à essai en verre propre sec.
- Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud.
- Si au bout de 4 mn un caillot se forme et que tout le sang du tube se coagule permettant de retourner complètement le tube, alors il n'y a pas de trouble de coagulation.
- Si au bout de 7 mn le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement cela évoque une coagulopathie.

FICHE TECHNIQUE N°3.5 : Transfusion Sanguine

Indications :

La transfusion de sang ou de dérivés sanguins est généralement indiquée devant :

- une diminution de la production du sang ou de certains de ses éléments ;
- une destruction massive ou perte de certains éléments du sang ;
- un dysfonctionnement d'un composant spécifique du sang (hématies, plaquettes ou facteurs de coagulation) ;
- une hémorragie grave.

Groupage sanguin et compatibilité

Système ABO :

Les groupes sanguins sont déterminés dans le système ABO par la présence d'antigènes de surface sur les globules rouges et/ou d'anticorps dans le plasma de l'individu.

Les 4 groupes sont :

- le groupe A (possède dans son plasma les anticorps anti-B)
- le groupe B (possède dans son plasma les anticorps anti-A)
- le groupe AB (ne possède ni anticorps-A, ni anticorps-B) est dit receveur universel
- le groupe O (ne possède ni antigène A, ni antigène B) est dit donneur universel.

Pour faire le test de compatibilité, on mélange directement le plasma du patient avec les globules rouges du donneur, pour vérifier que ne survienne pas une hémolyse due à un anticorps non détecté (voir fiches technique « test de compatibilité »).

Système Rhésus :

Les antigènes de surface Rh déterminent les groupes rhésus négatif (absence de l'antigène Rh) et rhésus positif (présence de cet antigène). Les sujets Rh- vont fabriquer des anticorps anti-Rh lorsqu'ils sont exposés à du sang Rh+. Cela ne pose pas de problème lors de la première exposition, mais une hémolyse apparaîtra lors des expositions ultérieures, provoquées par les anticorps circulants. Cela peut arriver au cours de la grossesse :

La mère Rh- peut fabriquer des anticorps anti-Rh+ si le fœtus est Rh+. Les anticorps anti-Rh traversant le placenta, lorsqu'une mère Rh- a fabriqué des anticorps anti-Rh, ceux-ci passent chez le fœtus et une hémolyse fœtale massive va survenir. elle peut être fatale pour le fœtus.

L'administration d'anticorps anti-Rh prévient la fabrication d'anticorps anti-Rh par le patient Rh-. Les anticorps anti-Rh doivent être administrés aux sujets Rh- recevant du sang Rh+, ou aux mères Rh- mettant au monde un nouveau-né Rh+ (des passages d'hématies fœtales vers la circulation maternelle surviennent en effet lors de l'accouchement). Les doses recommandées sont d'une dose (300 µg/flacon) par 15 ml de sang Rh+ transfusé.

Complications des transfusions

Hémolyse aiguë

Signes : anxiété, agitation, douleurs thoraciques, lombalgies, céphalées, dyspnée, frissons, fièvre.

Conduite à tenir :

- Arrêter la transfusion.
- Envoyer le sang transfusé et celui du patient au laboratoire, pour revérifier la compatibilité
- Traiter l'hypotension, par remplissage et vasopresseurs, si nécessaire
- Envisager l'administration des corticoïdes
- Préserver la fonction rénale en maintenant une diurèse abondante (remplissage, furosémide, mannitol)
- Rester vigilant quant à une éventuelle coagulation intra- vasculaire disséminée (CIVD).

Réactions transfusionnelles non hémolytiques

Signes : anxiété, prurit, dyspnée modérée

Conduite à tenir :

- Arrêter la transfusion

Si urticaire :

- Ralentir la transfusion
- Donner des antipyrétiques et des corticoïdes

Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post- transfusionnelles

- Administrer avant la transfusion des antipyrétiques (paracétamol 500 mg) et un antihistaminique

Complications métaboliques des transfusions sanguines :

- **Hypocalcémie** due à la fixation du calcium par le citrate utilisé comme anticoagulant (pour conserver le sang).

Conduite à tenir : Après 2 flacons de sang, injecter une ampoule de calcium en IV lente.

Complications infectieuses post-transfusionnelles :

- Hépatite virale B ou C
- VIH
- infections bactériennes
- paludisme post-transfusionnel

FICHE TECHNIQUE N°3.7 : Fiches de surveillance du post partum

Région/District de : District sanitaire :

Commune de : Centre de santé :

Prénom et Nom de la femme : Age :

Résidence :

Date et Heure d'accouchement :

MERE														
Période	15mn	30 mn	30 mn	1h	1h	1h								
Paramètres														
<i>Globe de sécurité</i>														
<i>Saignement vaginal</i>														
<i>Tension Artérielle</i>														
<i>Pouls</i>														
<i>Température</i>														

Valeurs de surveillance			
Paramètres	Normale	Alerte	Référence
Saignement	Minime	moyen	Abondant
Globe de sécurité	Bien formé (dur)	-	Mal formé (mou)
Pouls	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA	moins de 14/9	14/9	> 14/9
Température	37°5	38°	plus de 38°
Traitement et observation			

N.B : Pour chaque paramètre écrire la valeur dans les colonnes.

Nouveau né														
Période	15mn	30mn	30mn	1h	1h	1h								
Paramètres														
Température														
Coloration														
Saignement ombilical														
Respiration														
Allaitement Maternel														

NB : Pour chaque paramètre écrire la valeur dans les colonnes.

**PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT
(LA MINUTE QUI SUIV) APRES L'ACCOUCHEMENT**

NOM DE L'AGENT :															
Paramètres	Valeur (N 1, 2, 3)			Normale	N1	N2	N3	Alerte	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3
Température				Entre 36 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie ou entre 35°5 et 36° Hypothermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Réanimation				Non								Oui			
Mise au sein				Immédiatement								Difficultés pour têter			
Malformation															
Traitement/Soins Vit K1, Polio(P0) Pde Tétracycline 1%, Autres															

N = Nouveau-né

Nb : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et référence/évacuation)

FICHE TECHNIQUE N°3.8 : Soins immédiats à donner aux nouveau-nés dans les structures de santé

Etapes pour les soins immédiats du nouveau-né :

- | | |
|-----------------|--|
| <u>Etape 1</u> | Sécher et stimuler. |
| <u>Etape 2</u> | Evaluer la respiration et la coloration. |
| <u>Etape 3</u> | Décider si une réanimation est nécessaire. |
| <u>Etape 4</u> | Garder le nouveau-né au chaud. |
| <u>Etape 5</u> | Ligaturer et couper le cordon après cessation des battements du cordon si le nouveau – né ne nécessite pas de réanimation. |
| <u>Etape 6</u> | soins ombilicaux par l'application un produit antiseptique (Chlorhexidine gel 7,1%) |
| <u>Etape 7</u> | Identifier l'enfant (sexe et noms de la mère et du père). |
| <u>Etape 8</u> | Appliquer le collyre ou la pommade ophtalmique selon les recommandations nationales. |
| <u>Etape 9</u> | Administrer la vitamine K1. |
| <u>Etape 10</u> | Peser l'enfant – mensurations. |
| <u>Etape 11</u> | Initier l'allaitement. |
| <u>Etape 12</u> | Nettoyer ou donner au besoin le bain au nouveau- né de mère séropositive en évitant de le refroidir. |

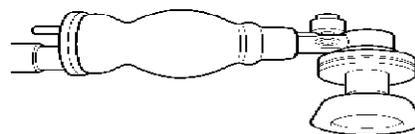
FICHE TECHNIQUE N°3.9 : Ventilation au masque

- **Indications**
 - Absence de mouvements respiratoires spontanés après stimulations tactiles
 - Mouvements respiratoires présents mais FC<100/mn
- **Contre-indication**
 - Hernie diaphragmatique
- **Matériel**
 - Ballon autogonflable (qui reste gonflé à l'état de repos), monté et pouvant être raccordé à une source d'oxygène

 - Utilisez un masque de taille appropriée, n°1 pour les nouveau-nés de poids $\geq 2500\text{g}$, n°0 pour les nouveau-nés de petit poids de naissance ($< 2500\text{g}$)
 - Chez le nouveau-né à terme, commencer la ventilation sous l'air libre
- **Position de l'enfant**
 - Cou en position d'extension modérée sur le tronc. On peut placer un linge roulé sous les épaules du nouveau-né
- **Position de l'opérateur**
 - Se placer à la tête du nouveau-né
 - Si droitier : tenir le ballon de la main droite et le masque de la main gauche.
- **Position du masque**
 - Masque appliqué sur la face à l'aide du pouce et de l'index, et éventuellement du majeur en commençant par le menton, les joues puis le nez. L'étanchéité est obtenue par une pression modérée sur le ballon, tandis que l'annulaire et l'auriculaire accrochent le maxillaire inférieur (qu'on « luxe » un peu vers l'avant).
- **Fréquence de ventilation**
 - 40-60 cycles/mn soit 10-15 insufflations/15 secondes.

- **Pression de ventilation et durée des insufflations**
 - Premières insufflations : 20-40cm d'eau soit 2-3 secondes
 - Insufflations suivantes : 15-30 cm d'eau soit 1/2-1/4 de seconde
 - **Critères d'efficacité**
 - Meilleur critère d'efficacité : mouvements thoraciques, de gonflement puis de retour à la position initiale
 - Murmure vésiculaire franc bilatéral
 - Accélération de la fréquence cardiaque
- NB : - Les mouvements de l'abdomen ne constituent pas un critère d'efficacité
 - Si ventilation > 3-5mn, placer une sonde orogastrique
- **Complication**
 - Pneumothorax

Ballon de réanimation auto-remplisseur pour nouveau-né avec masque rond



Position du masque sur le visage :

bonne taille et position du masque



bonne

masque trop bas



mauvaise

masque trop petit



mauvaise

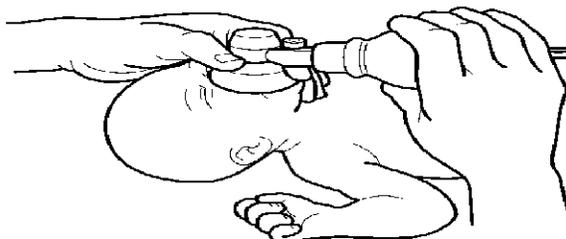
masque trop grand



mauvaise

Ventilation d'un nouveau-né au ballon et au masque

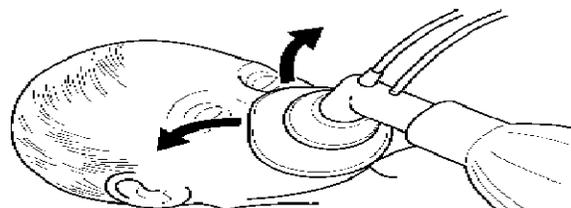
Tirer la mâchoire en avant vers le masque avec le majeur de la main qui tient le masque
Ne pas mettre la nuque en hyperextension



Masque non étanche

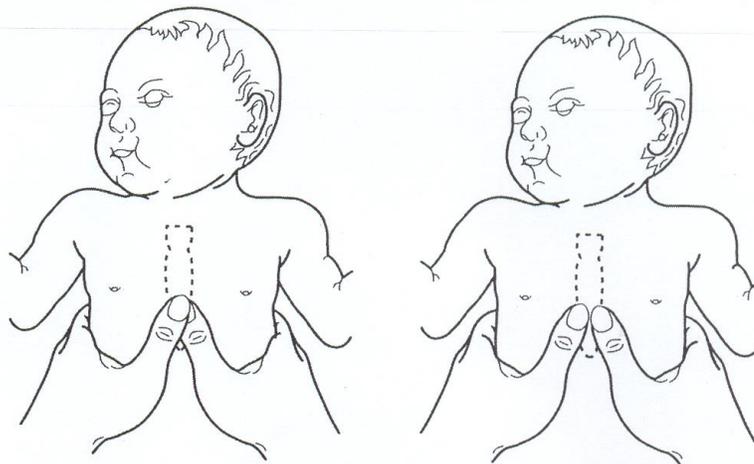
Si l'on entend de l'air s'échapper du masque, il faut mieux l'ajuster.

Les fuites les plus fréquentes s'observent entre le nez et les joues.



FICHE TECHNIQUE N°3.10 : Massage cardiaque externe (MCE)

- **Indication**
 - FC < 60/mn après une minute de ventilation au masque
- **Condition**
 - Ventilation indispensable pendant le MCE d'où la nécessité de 2 personnes
- **Technique**
 - Technique utilisant les 2 pouces actuellement recommandée
- **Lieu**
 - Tiers inférieur du sternum, strictement médian, juste au-dessous de l'horizontal qui joint les mamelons
- **Pression**
 - 1,5-2cm
- **Fréquence**
 - 90 compressions/mn
 - 1 insufflation pour 3 pressions sternales
- **Critères d'efficacité**
 - FC > 60/mn (faire l'évaluation initiale à 30 secondes)
- **Complications**
 - Fractures de côtes pouvant entraîner un pneumothorax
 - Traumatisme de l'appendice xyphoïde, du foie.



FICHE TECHNIQUE N°3.11 : Médicaments utilisés au cours de la réanimation

Médicaments	Indication	Dilution	Posologie
Adrénaline	Fréquence cardiaque < à 60/mn après au moins 30s d'une adéquate ventilation associée au massage cardiaque	Prendre 1ml de la présentation à diluer dans 9 ml de sérum physiologique	0,1-0,3mL/kg par voie IV ou 0,5-1mL/kg par voie intra-trachéale Les doses sont renouvelables une à deux fois
Sérum physiologique	Expansion volémique (souvent contexte d'accouchement hémorragique)	–	10mL/kg en 5 à 10 mn en IV Renouveler jusqu'à efficacité

FICHE TECHNIQUE N°3.12 : Ventouse obstétricale

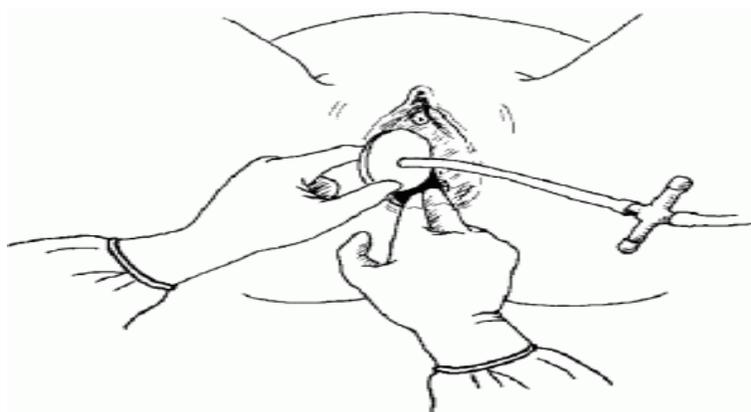
Technique

- Préparer le matériel
- Rassurer la parturiente
- Asepsie vulve /vaginal
- Laver les mains de façon aseptique
- Vider la vessie
- Porter des gants stériles
- Vérifier la position exacte de la présentation
- Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente
- Protéger la vulve à l'aide d'un champ troué stérile
- Ecarter les lèvres de la vulve
- Introduire et appliquer la cupule la mieux adaptée sur la tête fœtale (plan osseux) en évitant les fontanelles.
- Appliquer la cupule la plus large possible sur la présentation, en plaçant le centre sur le point de flexion, 1 cm en avant de la petite fontanelle. Positionnée ainsi, la cupule favorise la flexion, la descente et la rotation naturelle de la tête qui doivent résulter de la traction
- Mettre le doigt tout autour de la cupule pour éliminer une prise de parties molles maternelles
- Actionner la pompe jusqu'à ce que la dépression atteigne 60 à 80 cmHg
- Vérifier l'absence de prise des parties molles
- Attendre que la prise soit solide
- Exercer des tractions lors des contractions en suivant les axes du dégagement normal
- Dégager la tête fœtale
- Arrêter l'aspiration.
- Terminer l'accouchement.

Si épisiotomie ou déchirures :

- Procéder à la suture en cas de lésion.

FIGURE : Application de la cupule



FICHE TECHNIQUE N° 3.13 : Application de forceps

A	ANESTHÉSIE ASSISTANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésie adéquat • Soutien néonatal
B	BIEN VIDER LA VESSIE	<ul style="list-style-type: none"> • Vessie bien vide.
C	COL	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement dilaté, membranes rompues.
D	DÉTERMINER	<ul style="list-style-type: none"> • La position, la station, et si le bassin est adéquat • Envisager la possibilité d'une dystocie de l'épaule
E	ÉQUIPEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la qualité et le bon fonctionnement de l'équipement
F	FORCEPS	<ul style="list-style-type: none"> • Application virtuelle du forceps • Lame gauche, main gauche, côté gauche de la mère, saisie à la manière d'un crayon et insertion verticale, le pouce droit dirigeant la lame • Lame droite, main droite, côté droit de la mère, saisie à la manière d'un crayon et insertion verticale, le pouce gauche dirigeant la lame • Joindre les lames et maintenir l'appui – vérifier l'application • La fontanelle postérieure doit se trouver à 1 cm au-dessus du plan des branches • Fenestration : pas plus qu'un travers de doigt entre la lame et le crâne • La suture sagittale est perpendiculaire au plan des branches avec les sutures occipitales à 1 cm au-dessus des branches respectives
G	GRANDE DÉLICATESSE (TRACTION)	<ul style="list-style-type: none"> • la traction est appliquée au moment de la contraction ou d'une poussée
H	HAUTEUR DES MANCHES	<ul style="list-style-type: none"> • La traction se fait selon l'axe de la filière pelvi-génitale • Ne pas élever les forceps trop tôt
I	INCISION	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager l'épisiotomie
J	JOUES	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer les forceps lorsqu'on peut saisir la mâchoire ou que l'accouchement est assuré de réussir.

FICHE TECHNIQUE N°3.14: Administration de corticoïdes par voie parentérale (maturation pulmonaire)

Indication : Situations de risque d'accouchement prématuré (âge de la grossesse compris entre **26 à 34 SA**).

Betametasone 4 mg

Administrer 12 mg soit 3 ampoules en Intra Musculaire à renouveler 24 heures après (soit 2 doses).

OU

Dexamethasone

Administrer 6 mg en intra musculaire à faire toutes les 12 heures pendant 48 heures (soit 4 doses).

ANNEXE 4 : Listes de vérification

LISTE DE VERIFICATION N°4.1 : Compétences dans le cadre des soins après avortement (SAA)

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

1. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
2. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
3. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation du facilitateur.

ETAPES/TACHES	CAS				
	1	2	3	4	5
EVALUATION INITIALE					
1. Evalue la patiente pour détecter un état de choc ou d'autres conditions mettant sa vie en danger					
2. Stabilise la patiente si des complications sont identifiées ou organiser son transfert si nécessaire					
BILAN MEDICAL					
1. Fait l'anamnèse					
2. Procède à l'examen physique (cœur, poumons, abdomen) et l'examen gynécologique					
3. Fait les tests de laboratoire si indiqué					
4. Donne à la patiente des informations sur sa condition et le plan de la prise en charge					
SE PREPARER					
1. Dit à la patiente ce que vous allez faire et l'encourage à poser des questions.					
2. Dit qu'elle peut éprouver une certaine gêne pendant certaines étapes de la procédure et que vous lui indiquez à l'avance.					
3. Demande si elle est allergique (produits anesthésiques ou aux antiseptiques).					
Vérifie que :					
- les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau et fonctionnels sont disponibles					
- les canules sont disponibles.					
- la disponibilité de la seringue AMIU et sa fonctionnalité					
- la patiente a vidé sa vessie					

ETAPES/TACHES	CAS				
	1	2	3	4	5
5. Met les barrières physiques (bonnet, bavette, tablier, lunettes et bottes)					
6. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre et sec ou les laisser sécher à l'air libre.					
7. Dispose les instruments et gants stériles dans un récipient stérile ou désinfecté à haut niveau.					
TACHES PRE-AMIU					
1. Nettoie la zone périnéale avec une solution antiseptique.					
2. Fait un examen gynécologique bi manuel, en vérifiant la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation cervicale.					
3. Insère le spéculum et retire le sang ou les tissus du vagin avec une pince en cœur.					
4. Retire les produits de conception (PDC) sortant éventuellement de l'orifice cervical et voir si le col porte des déchirures.					
5. Applique à deux reprises un antiseptique sur le col et les parois vaginales en utilisant des compresses stériles.					
6. Applique la pince tire col (Pozzi) sur la lèvre postérieure du col.					
Administrer l'anesthésie para cervicale (si nécessaire)					
1. Remplit la seringue de 10 ml d'un anesthésique locale à 1% adrénaline.					
2. Exerce, une légère traction avec une pince tire col pour identifier la zone entre l'épithélium cervical lisse et le tissu vaginal.					
3. Insère l'aiguille juste en dessous de l'épithélium et aspire en retirant le piston pour vérifier que l'aiguille ne pénètre pas dans un vaisseau sanguin.					
4. Injecte environ 2ml d'un anesthésique local juste en dessous de l'épithélium pas plus profondément que 2 à 3 mm à 3, 5, 7,9 heures.					
5. Attend 2 à 4 mn pour que l'anesthésie fasse l'effet maximum.					
PROCEDURE AMIU					
1. Exerce doucement une traction sur le col pour redresser le canal cervical et la cavité utérine.					
2. Dilate le col si nécessaire en utilisant progressivement une canule plus grande.					
3. Stabilise le col, pousser la canule choisie doucement et lentement dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle arrive au fond (pas plus de 10 cm). Ensuite retirer un peu la canule du fond utérin.					
4. Adapte la seringue préparée à la canule en tenant la canule et la pince de Pozzi d'une main et la seringue de l'autre. Vérifie que la canule n'avance pas lorsqu'on adapte la seringue.					

ETAPES/TACHES	CAS				
	1	2	3	4	5
5. Libère les valves à pousoir de la seringue pour transférer le vide par le biais de la canule dans la cavité utérine.					
6. Evacue tout le contenu restant en faisant tourner la canule et la seringue. Faire avancer, reculer doucement et lentement la canule à l'intérieur de l'utérus.					
7. Si la seringue est à moitié pleine avant la fin de la procédure, ferme les valves, détache la canule de la seringue. Retire uniquement la seringue en laissant la canule en place.					
8. Pousse le piston pour vider les produits de conception dans la passoire.					
9. Crée à nouveau le vide dans la seringue, adapte la seringue à la canule et relâche les valves à pousoir.					
10. Vérifie les signes d'achèvement (mousse rouge ou rose, absence de tissus dans la canule, rétraction de l'utérus autour de la canule ou sensation granuleuse). Retire doucement la canule et la seringue AMIU.					
11. Démonte la canule de la seringue AMIU et pousse le piston pour vider le contenu dans la passoire.					
12. Nettoie la peau avec de l'eau et du savon.					
13. Inspecte rapidement les tissus évacués pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué.					
14. Réévalue la situation pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une grossesse extra utérine si au cours de la procédure vous n'avez aucun produit de conception.					
15. Retire la pince de Pozzi avant d'enlever le spéculum.					
16. Fait un examen bimanuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.					
18. Si l'utérus est encore mou ou si les saignements persistent, répète la procédure après un counseling.					
TACHES POST-AMIU					
1. Avant d'enlever les gants, jette le matériel contaminé dans un récipient étanche ou un sac plastique.					
2. Place le spéculum et les instruments en métal dans une solution chlorée à 0,5% et laisse tremper pendant 10 mn pour la décontamination. Ensuite les nettoie et fait la stérilisation ou la DHN.					
3. Place l'aiguille et la seringue dans une boîte de sécurité.					
4. Adapte la canule utilisée à la seringue AMIU et les rince avec la solution chlorée à 0,5% au moins deux fois.					
5. Démonte la seringue et la fait tremper avec la canule dans la solution chlorée à 0,5% pendant 10 mn pour la décontamination. Ensuite les nettoie et fait la DHN.					

ETAPES/TACHES	CAS				
	1	2	3	4	5
6. Envoie le produit de conception à l'anapath (si disponible) et vide le reste dans un lavabo, une toilette ou latrines ou une poubelle avec un couvercle qui ferme bien.					
7. Plonge les mains gantées dans la solution chlorée à 0,5%, retire les gants en les retournant et les place dans une poubelle avec un couvercle qui ferme bien. .					
8. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les essuie avec un linge propre et sec ou les sèche à l'air libre.					
9. Laisse la patiente se reposer dans un endroit confortable pendant au moins 30 mn là où sa récupération peut être suivie.					
10. Vérifie les saignements au moins une fois avant de laisser la femme partir et vérifie que les crampes ont diminué.					
11. Informe la femme sur les signes de danger.					
12. Explique à la femme la nécessité du suivi et qu'elle peut revenir à chaque fois qu'elle est préoccupée.					
13 Donne des informations sur le retour à la fécondité après un avortement.					
14. Discute des buts de procréation et si approprié fournit la méthode de PF après un counseling.					
Total					
Pourcentage					

LISTE DE VÉRIFICATION N°4.2 : Délivrance manuelle du placenta

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

4. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
5. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
6. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du facilitateur.

LIEU :	AV	AP	AV	AP
DATE :				
ETAPES/TACHES				
<i>Après la réanimation, le bébé se porte bien. Le placenta n'a pas encore été expulsé après 40'. Le prestataire décide une délivrance manuelle du placenta</i>				
PREPARATION				
1. Prépare le matériel nécessaire et les médicaments : gants ; plateau ; seringues 10 ml ; gants chirurgicaux stériles.				
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.				
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassurer.				
4. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, si nécessaire.				
5. Lui injecter un anesthésique (péthidine et diazépam en IV ou kétamine).				
6. Administre une dose unique d'antibiotiques prophylactiques 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV				
7. Met l'équipement de protection personnelle.				
DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE				
8. Badigeonne le vagin et le col avec un antiseptique.				
9. Désinfecte 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.				
10. Met les gants chirurgicaux stériles. (Note : il est préférable d'utiliser des gants longs [jusqu'aux coudes] s'ils sont disponibles.)				
11. Tient le cordon ombilical avec une pince.				
12. Tire doucement sur le cordon jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.				
13. Engage une main dans le vagin et remonte jusque dans l'utérus, le long du cordon jusqu'à localisation du placenta.				
14. 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 fait une contre traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus.				
15. Effectue un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.				

LIEU : DATE :	AV	AP	AV	AP
ETAPES/TACHES				
16. 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.				
17. 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 :				
18. 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, exerce une contre traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée. 				
19. Administre 10 unités d'ocytocine diluées dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 60 gouttes par minutes.				
20. Demande à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.				
21. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecte donne du misoprostol, 3 cp de 200 microgramme en une seule prise par voie orale ou 5 comp dans le rectum.				
22. Examine le placenta pour s'assurer qu'il est complet.				
23. 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				
24. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. <ul style="list-style-type: none"> • Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. 				
25. 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.				
26. Vérifie les saignements et surveille les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 2 heures • Puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure • Et Toutes les heures pendant 3 heures 				
27. Vérifie que l'utérus est bien contracté.				
28. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente.				
Total :				
Pourcentage :				

LISTE DE VÉRIFICATION N°4.3 : Compression bi manuelle de l'utérus

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

1. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
2. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
3. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du facilitateur.

LIEU:	AV	AP	AV	AP	AV
Date:					
<u>ACTIONS/ÉTAPES</u>					
COMPÉTENCE/ACTIVITÉ EFFECTUÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					
La surveillance a montré un saignement vaginal de la femme après une heure					
COMPRESSION BI MANUELLE					
1. Offre un soutien émotionnel continu, et rassure la femme et ses accompagnateurs.					
2. Explique la procédure.					
2. Réunit les équipements, médicament ou consommables nécessaires pour la technique :					
3. Rassure la femme en expliquant ce que l'on va faire et pourquoi et s'assure que la vessie est vide et lave la vulve					
4. Se lave les mains					
5. Enfile les gants chirurgicaux.					
6. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
7. S'assure laque la perfusion d'ocytocine continue					
8. Introduction la main (main d'accoucheur) et positionne le poing à la partie antérieure sur le cul de sac supérieur, empaume avec la main externe le fond utérin, rapproche les deux mains pour la compression.					
9. Maintient la pression et surveille le saignement.					
10. Après plusieurs minutes de l'arrêt du saignement, met fin à la compression bi manuelle					
11. Demande à la femme ou son entourage de continuer le massage					
ACTIVITES POST INTERVENTION					
12. Effectue les mesures de prévention des infections					
13. Remplit le dossier					
14. Surveille la parturiente pendant les 24 heures qui suivent					
Total /					
Pourcentage					

LISTE DE VÉRIFICATION N°4.4 : Compression de l'aorte abdominale

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

1. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
2. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
3. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du facilitateur.

LIEU:	AV	A P	AV	A P	A V
Date:					
<u>ACTIONS/ÉTAPES</u>					
COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE					
La surveillance a montré un saignement vaginal de la femme après une heure					
PRISE EN CHARGE GENERALE HPP					
1. Offre un soutien émotionnel continu, et rassure la femme et ses accompagnants.					
2. Explique la procédure à la patiente.					
3. Recherche la cause du saignement en utilisant l'algorithme et retient l'atonie utérine.					
4. Effectue le massage utérin et met dans la perfusion 10 UI d'ocytocine (si non en IM) et évalue le saignement et trouve que cela continue.					
COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE					
5. Appelle à l'aide.					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
7. Effectue le lavage des mains					
8. Porte les gants.					
9. Se positionne pour exécuter la manœuvre.					
10. Explique à la patiente et ses accompagnateurs la procédure.					
11. Met le poing à 1 cm au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche ; exerce une pression de haut en bas ;					
12. Vérifie l'efficacité de la pression en palpant le pouls fémoral avec les doigts de l'autre main. Si sent encore, améliore la pression.					
13. Maintient la pression jusqu'à ce que le saignement s'arrête.					
14. Demande à la femme ou à l'entourage de continuer le massage après l'arrêt du saignement.					
15. Effectue la prévention des infections					
ACTIVITES POST PROCEDURE					
16. Remplit le dossier					
17. Surveille la parturiente toutes les 30mn et réfère dans un hôpital					

LIEU:	AV	A P	AV	A P	A V
Date:					
<u>ACTIONS/ÉTAPES</u>					
chirurgicale si le saignement continue et si indiquée.					
Total /					
Pourcentage					

LISTE DE VÉRIFICATION N°4.5 : Réfection des déchirures cervicales

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

1. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
2. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
3. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du facilitateur.

ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, si nécessaire.					
5. Administre l'anesthésie (péthidine et diazépam ou kétamine en IV), si nécessaire ou anesthésie locale par infiltration des nerfs honteux					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES					
7. 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.					
8. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles.					
9. Nettoie le vagin et le col avec une solution antiseptique.					
10. Demande à un aide de masser l'utérus					
11. Saisit le col sur les deux côtés de la déchirure.					
12. Tire doucement dans diverses directions pour inspecter la totalité du col. Il se peut qu'il y ait d'autres lésions.					
13. Stabilise le col en tirant délicatement les pinces vers lui.					
14. Place le premier point de la suture en haut (partie apicale) de la déchirure.					
15. Fait la suture					
TACHES APRES LA PROCEDURE					

ETAPE/TACHE	CAS				
16. Jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique avant d'enlever les gants,					
17. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
18. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant.					
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 propre et sèche ou à l'air.					
20. Note la procédure dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VÉRIFICATION N°4.6 : Tamponnement intra utérin

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

1. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
2. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
3. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du facilitateur.

LIEU:	AV	AP	AV	AP	AV
Date:					
<u>ACTIONS/ÉTAPES</u>					
Le saignement reprend ou persiste ; et il faut utiliser la technique de condom tamponnement					
CONDOM TAMPONNEMENT : peut-être un geste avant et lors du transfert					
ACCUEIL ET DECHOCAGE					
1. Accueille la parturiente et ses accompagnants.					
2. Appelle à l'aide pour prendre en charge la femme : l'aide à se mettre sur le lit en décubitus latéral, protège sa langue contre les morsures					
3. Offre un soutien émotionnel continu, et la rassure.					
4. Demande à ses accompagnants de ne jamais la laisser seul, la tenir et la protéger contre les blessures et traumatisme.					
5. Met en place une voie veineuse avec perfusion de Ringer Lactate					
6. Met en place une sonde urinaire.					
PRÉPARATION :					
7. Réunit les équipements, médicament ou consommables nécessaires pour la technique : condoms, fils, sondes de Foley, 1 flacon de sérum salé isotonique, un perfuseur.					
8. Rassure la femme en expliquant ce que l'on va faire et pourquoi et s'assure que la vessie est vide et nettoie la vulve					
9. Se prépare pour l'exécution : lavage des mains, port de gants					
10. S'assure que la perfusion d'ocytocine continue et est maintenue pendant 12 à 24h					
11. Effectue le montage de l'artifice : déroule le condom, gonfle le petit ballonnet de la sonde de Foley, attache le condom à la sonde, relie la sonde au perfuseur qui est déjà inséré dans un flacon contenant 400 ml d'eau stérile ou de sérum salé isotonique					
12. Exécute l'introduction : explique à la femme l'introduction de la main (main d'accoucheur) tenant le condom partiellement rempli dans le vagin puis dans l'utérus.					

LIEU:	AV	AP	AV	AP	AV
Date:					
<u>ACTIONS/ÉTAPES</u>					
13. Remplissage et maintien : ouvre le robinet de la perfusion à fond pour gonfler le condom, vérifie le bon emplacement et introduit un bloc de compresse jusqu'au niveau du col pour maintenir le dispositif en place. Met une pince sur la sonde pour éviter le reflux du liquide					
14. Surveillance : Fait une prophylaxie antibiotique, vérifie le degré de saignement et le fonctionnement de l'artifice, garde le dispositif pendant 8 à 48h.					
15. Retrait de l'artifice : constate l'arrêt du saignement et ouvre la pince pour dégonfler petit à petit le condom. Retire le tout à la fin et vérifie la tonicité de l'utérus.					
ACTIVITES POST INTERVENTION					
16. Effectue la prévention des infections					
17. Remplit le dossier					
18. Surveille la parturiente et réfère dans un hôpital chirurgical si le saignement continue si indiqué.					
Total /					
Pourcentage					

LISTE DE VERIFICATION N° 4.7 : Administration du sulfate de magnésium (So4Mg)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1. Doit améliorer :** étape ou tâche pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou a été omise
- 2. Exécutée avec compétence :** étape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire) mais le participant ne progresse pas avec maîtrise d'une étape à l'autre.
- 3. Exécutée avec maîtrise :** étape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

Administration de sulfate de magnésium					
Etapes/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					
- 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 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					

Administration de sulfate de magnésium					
Etapes/taches	OBSERVATIONS				
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_4Mg 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. 					

Administration de sulfate de magnésium					
Etapes/taches	OBSERVATIONS				
35. Si un arrêt respiratoire survient : · 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 d'entretien de sulfate de magnésium					
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					
Total :					
Pourcentage :					

LISTE DE VERIFICATION N°4.8 : Réanimation du Nouveau-né

Mettre un V dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante ou X si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou N/O si elle n'est observée

1. **Satisfaisant** : effectue la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
2. **Insatisfaisant** : n'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux procédures ou directives écrites.
3. **Non observée** : la tâche ou la compétence n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation du facilitateur

PRÉPARATION POUR LA RÉANIMATION	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Vérifier la présence des matériels, sa propreté/stérilité et sa fonctionnalité				
1. S'assurer que la température de la salle est chaude, qu'il n'y a pas de courant d'air, ni de fenêtres ouvertes.				
2. Chauffage au besoin, si disponible.				
3. Assurer la propreté de la surface de la table.				
4. Préparer et rassembler: 3 à 5 draps propres pour sécher et envelopper le bébé (bonnet si possible, couvertures si nécessaires).				
• Compresse de gaze ou morceaux de tissu propres.				
• Gants stériles.				
• Aspirateur ou nécessaire pour aspiration.				
• Sonde 8F et 10 F.				
• Ballon autogonflable de réanimation avec des masques faciaux pour bébé (n°1 pour bébés de taille normale, n°0 pour les bébés de faible poids à la naissance).				
• Source d'oxygène s'il y en a – si cylindre(s), vérifie si pleine.				
• Thermomètre.				
• Horloge avec aiguille seconde.				
• Stéthoscope.				
ETAPES DE LA RÉANIMATION				
5. Se laver les mains et porter des gants stériles.				
6. Recevoir le nouveau né dans un linge propre/stérile, sec et chaud.				
7. Si le bébé ne respire pas, clamber et couper le cordon immédiatement et informer la mère.				
8. Essuyer le visage du bébé, sécher le bébé et mettre de côté le tissu mouillé.				
9. Placer le bébé sur son dos sur une surface chaude et bien éclairée, tête placée du côté du réanimateur.				
10. Avec un autre tissu sec et stérile/propre, envelopper le corps et la tête du bébé, en laissant la poitrine exposée, et vérifier encore une fois si le bébé respire.				

ETAPES REANIMATION DU NOUVEAU-NE				
<p>11. Si le bébé ne respire toujours pas, dégager la voie respiratoire par l'aspiration (la bouche d'abord, le nez ensuite) avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une sonde d'aspiration reliée à un appareil d'aspiration mécanique (pression à vide ne dépassant pas 130 cm d'eau ou 100 mm Hg). <p>S'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sonde d'aspiration est introduite suffisamment pour une aspiration efficace, mais pas plus de 5 cm dans la bouche ou 3 cm dans les narines. • L'aspiration est exécutée avec douceur et seulement lors du retrait du tube, et non lors de son introduction. 				
12. Commencer la ventilation si le bébé ne respire toujours pas ou s'il gaspe**.				
13. Placer le cou du bébé en légère extension en tirant la tête et le cou avec les mains ou en plaçant un petit rouleau de tissu sous ses épaules.				
14. S'assurer que le masque est bien appliquée de façon étanche recouvrant le menton, la bouche et le nez du bébé, mais pas les yeux.				
15. S'assurer que la poitrine du bébé se soulève.				
16. Ventiler 40 fois/minute environ; revérifier la respiration du bébé après 1 minute.				
17. Si le bébé respire, arrêter la ventilation et faire les soins de suivi.				
<p>18. Si le bébé ne respire pas ou respire mal, évaluer la fréquence cardiaque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si >100/mn : Continuer à ventiler ; • Si <100/min : Vérifier les voies aériennes et l'extension du cou, repositionner le masque et recommencer la ventilation. 				
Total :				
Pourcentage :				

ANNEXE 5 : Énoncé questionnaire mi-stage

Questionnaire mi-stage énoncé

Instruction : encercler la lettre correspondant à la meilleure réponse

❑ Bilan initial rapide d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé

1. Le bilan initial rapide d'une femme présentant une fièvre comprend :

- un interrogatoire minutieux, une recherche de raideur de la nuque, un examen des seins pour rechercher une tumeur bénigne, la recherche de la sensibilité de l'abdomen.
- un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, un examen des seins pour rechercher une tumeur bénigne, la recherche de raideur de la nuque, la recherche de la sensibilité de l'abdomen à la recherche d'un épanchement intra abdominal.
- un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, un examen des seins pour rechercher un abcès, la recherche de raideur de la nuque, la recherche de la sensibilité de l'abdomen.
- Toutes les réponses sont justes

2. Le bilan initial rapide d'une femme présentant une hémorragie vaginale comprend :

- un examen complet, un interrogatoire minutieux précisant la notion d'accouchement, la quantité de sang perdu, un toucher vaginal,
- un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, et précisant la notion d'accouchement, la quantité de sang perdu, un toucher vaginal
- un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, et précisant la notion d'accouchement, l'examen de la vulve pour apprécier l'importance du saignement.
- Toutes les réponses sont justes

❑ Les hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum

3. Les éléments de diagnostic de l'HRP comprennent :

- Un saignement vaginal minime, fait de sang plus ou moins noirâtre, un état de choc quelque fois, une hypertonie utérine, une bradycardie fœtale

- b. Un saignement vaginal plus ou moins abondant, fait de sang noirâtre, un état de choc le plus souvent, un utérus plus ou moins ferme et une mort fœtale.
- c. Un saignement vaginal généralement minime, fait de sang noirâtre, un état de choc le plus souvent, une hypertonie utérine et une mort fœtale.
- d. Les réponses a et b sont justes.

4. Lequel de ces éléments ne fait pas partie des causes d'hémorragie du post-partum immédiat :

- a. Une atonie utérine
- b. Une rétention placentaire
- c. Les troubles de la coagulation
- d. Une chorioamniotite

5. Le diagnostic des troubles de la coagulation

- a. Repose essentiellement sur les examens de laboratoire notamment le taux de prothrombine, le temps de saignement et de coagulation
- b. Peut être fait au lit de la patiente par un test qui confirme la coagulopathie si au bout de 7 minutes le caillot de sang se désagrège facilement ou si le sang ne coagule pas.
- c. Peut être fait au lit de la patiente par un test qui confirme la coagulopathie si au bout de 5 minutes le caillot de sang est mou ou si le sang ne coagule pas.
- d. Aucune des réponses n'est juste

6. La compression de l'aorte abdominale

- a. Est une technique de prise en charge de l'HPP immédiat quelle que soit son étiologie
- b. Se fait en mettant le point fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche
- c. Se fait en mettant le point fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche et en palpant le pouls fémoral
- d. Toutes les réponses sont justes.

Le choc en obstétrique

8. Parmi les signes suivants lequel évoque un choc hémorragique ?

- a. Une diurèse conservée
- b. Une hyperthermie
- c. une fréquence cardiaque est ≤ 90 Pulsations/min
- d. Une TA systolique ≤ 90 mmhg

9. Parmi les mesures suivantes laquelle est spécifique du choc septique

- a. Faire Hb, Ht et groupe Rhésus

- b. Faire une corticothérapie
- c. Débuter une antibiothérapie à large spectre
- d. Faire un remplissage vasculaire avec du sérum glucosé

10. Les mesures suivantes sont systématiques au cours d'un choc en obstétrique

- a. Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge
- b. en cas d'évacuation, continuer la réanimation au cours du transport
- c. Alerter le bloc opératoire et la banque de sang
- d. Toutes les réponses sont justes

☐ L'hypertension artérielle et éclampsie :

11. La prise en charge de la pré éclampsie sur une grossesse non à terme repose sur :

- a. Exclusivement l'administration du SO₄Mg associée à un antihypertenseur, une césarienne
- b. Le repos, l'administration du SO₄Mg associée à un antihypertenseur, et en l'absence d'amélioration, une césarienne après échec du déclenchement du travail
- c. l'administration du valium en priorité associée à un antihypertenseur, une césarienne après échec du déclenchement du travail
- d. Aucune des réponses n'est juste

☐ Le partographe

12. Parmi les éléments suivants lequel n'indique pas un déroulement favorable du 1^{er} stade du travail :

- a. Les contractions utérines régulières de fréquence et de durée croissantes
- b. La progression de la dilatation de 1cm par heure pendant la phase active
- c. La poche des eaux intacte a dilatation complète
- d. Le col appliqué sur la présentation

13. Le partographe est un outil :

- a. dont les éléments de progression du travail sont la dilatation du col et la descente de la présentation
- b. qui devrait être utilisé chez toute femme pendant la grossesse, le travail afin de suivre l'évolution de l'accouchement
- c. dont la 1^{ère} croix de dilatation en phase active, est mise sur la ligne d'action
- d. sur lequel l'heure doit toujours être marquée à droite de la croix

☐ Les complications du travail

14. La prise en charge d'une patiente ayant présenté un travail prolongé comprend :

- a. La césarienne après échec de la direction du travail
- b. La réévaluation de la patiente afin d'écartier un faux travail en phase de latence
- c. En phase active, la rupture artificielle des membranes et une perfusion d'oxytocine
- d. Toutes les réponses sont justes

15. La prise en charge de la souffrance fœtale aigue

- a. En phase active repose essentiellement sur la césarienne quel que soit le niveau d'engagement de la présentation
- b. Comporte une extraction instrumentale (ventouse ou forceps) dès que la dilation est complète et engagée
- c. Comprend une oxygénation, la mise en décubitus latéral droite de la parturiente et une extraction par ventouse dès que la présentation céphalique est engagée.
- d. Les réponses a et b sont correctes

❑ Fièvre et grossesse**16. les signes du paludisme grave chez la femme enceinte sont :**

- a. convulsions répétées, douleur abdominale et asthénie
- b. Léthargie, vomissement de toute prise alimentaire, céphalée
- c. Raideur de la nuque, éruption cutanée, fièvre
- d. Toutes les réponses sont fausses.

17. La chorioamniotite :

- a. Se rencontre le plus souvent avant l'ouverture de la cavité amniotique
- b. Se fait généralement après l'expulsion du fœtus
- c. Est toujours associée à une souffrance fœtale
- d. Se fait le plus souvent après l'ouverture de la cavité amniotique

❑ La prise en charge du nouveau-né**18. Les signes de danger chez le nouveau-né comprennent :**

- a. Les convulsions, la fièvre, l'hypothermie et la diarrhée
- b. La constipation, l'écoulement nasal, les difficultés de téter, le tirage inter et sous costal
- c. La diarrhée, la léthargie, l'érythème fessier, les vomissements persistants
- d. La léthargie, la candidose buccale, l'hypothermie, les difficultés de téter

19. Dans la prise en charge du sepsis néonatal :

- a. L'antibiothérapie doit débuter après les résultats biologiques
- b. Les antibiotiques doivent être administrés systématiquement

- c. Les antibiotiques doivent être administrés par voie orale
- d. L'antipyrétique doit être administré en première intention

20. Dans la réanimation du nouveau-né, les 3 premières étapes de la Règle TARCiM sont :

- a. maintenir une température correcte, assurer une respiration adéquate, assurer une circulation correcte
- b. maintenir une température correcte, utiliser les médicaments, assurer une respiration adéquate
- c. maintenir une température correcte, assurer la libération des voies aériennes, assurer une respiration adéquate
- d. assurer la libération des voies aériennes, maintenir une température correcte, utiliser les médicaments

21. La ventilation au masque, dans le cadre de la réanimation du nouveau-né, est débutée

- a. Aussitôt après le séchage et la stimulation
- b. Si la fréquence cardiaque est inférieure à 100 battements par minute malgré le séchage, la stimulation et l'aspiration
- c. Si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 battements par minute malgré le séchage, la stimulation et l'aspiration
- d. En même temps que le massage cardiaque externe

☐ Les extractions instrumentales

22. Les conditions de l'application du forceps comprennent

- a. La vessie vide
- b. La dilatation du col complète
- c. La tête fœtale fixée
- d. Les réponses a et b sont justes

23. Parmi les indications du Forceps on peut citer :

- a. La souffrance fœtale aigue
- b. La prématurité
- c. L'éclampsie
- d. Toutes les réponses sont justes

24. Parmi les affirmations suivantes, laquelle ne fait pas partie des contre-indications de la ventouse obstétricale :

- a. La prématurité

- b. Les variétés de présentation fœtale indéterminées
- c. Le bassin limite
- d. Une volumineuse bosse sérosanguine

25. Pour l'extraction fœtale par la ventouse obstétricale, la cupule doit être appliquée :

- a. Sur la fontanelle antérieure
- b. Sur la fontanelle postérieure
- c. Près de la fontanelle postérieure
- d. Aucune des réponses n'est juste

26. Pour l'extraction fœtale par la ventouse obstétricale :

- a. Le sens de traction est l'axe ombilico-coccygien
- b. La traction se fait vers le haut (pubis) puis le bas (coccyx)
- c. La traction est latérale (gauche et droite), puis suivant l'axe ombilico-coccygien
- d. Aucune bonne réponse

ANNEXE 6 : Corrigé questionnaire mi-stage

Questionnaire mi-stage (corrigé)

Bilan initial rapide d'une femme enceinte ou accouchée récente qui présente un problème de santé

1. Le bilan initial rapide d'une femme présentant une fièvre comprend :
 - a. un interrogatoire minutieux, une recherche de raideur de la nuque, un examen des seins pour rechercher une tumeur bénigne, la recherche de la sensibilité de l'abdomen.
 - b. un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, un examen des seins pour rechercher une tumeur bénigne, la recherche de raideur de la nuque, la recherche de la sensibilité de l'abdomen à la recherche d'un épanchement intra abdominal.
 - c. **un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, un examen des seins pour rechercher un abcès, la recherche de raideur de la nuque, la recherche de la sensibilité de l'abdomen.**
 - d. Toutes les réponses sont justes

2. Le bilan initial rapide d'une femme présentant une hémorragie vaginale comprend :
 - a. un examen complet, un interrogatoire minutieux précisant la notion d'accouchement, la quantité de sang perdu, un toucher vaginal,
 - b. un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, et précisant la notion d'accouchement, la quantité de sang perdu, un toucher vaginal
 - c. **un interrogatoire sommaire axé sur les signes de danger, et précisant la notion d'accouchement, l'examen de la vulve pour apprécier l'importance du saignement.**
 - d. Toutes les réponses sont justes

Les hémorragies au cours de la grossesse, du travail et dans le post-partum

3. Les éléments de diagnostic de l'HRP comprennent :
 - a. Un saignement vaginal minime, fait de sang plus ou moins noirâtre, un état de choc quelque fois, une hypertonie utérine, une bradycardie fœtale
 - b. Un saignement vaginal plus ou moins abondant, fait de sang noirâtre, un état de choc le plus souvent, un utérus plus ou moins ferme et une mort fœtale.
 - c. **Un saignement vaginal généralement minime, fait de sang noirâtre, un état de choc le plus souvent, une hypertonie utérine et une mort fœtale.**
 - d. Les réponses a et b sont justes

4. Lequel de ces éléments ne fait pas partie des causes d'hémorragie du post-partum immédiat :
 - a. Une atonie utérine
 - b. Une rétention placentaire
 - c. Les troubles de la coagulation
 - d. Une chorioamniotite**

5. Le diagnostic des troubles de la coagulation
 - a. Repose essentiellement sur les examens de laboratoire notamment le taux de prothrombine, le temps de saignement et de coagulation
 - b. Peut être fait au lit de la patiente par un test qui confirme la coagulopathie si au bout de 7 minutes le caillot de sang se désagrège facilement ou si le sang ne coagule pas.**
 - c. Peut être fait au lit de la patiente par un test qui confirme la coagulopathie si au bout de 5 minutes le caillot de sang est mou ou si le sang ne coagule pas.
 - d. Aucune des réponses n'est juste

6. La compression de l'aorte abdominale
 - a. Est une technique de prise en charge de l'HPP immédiat quelle que soit son étiologie
 - b. Se fait en mettant le point fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche
 - c. Se fait en mettant le point fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche et en palpant le pouls fémoral**
 - d. Toutes les réponses sont justes.

Le choc en obstétrique

7. Parmi les signes suivants lequel évoque un choc hémorragique ?
 - a. Une diurèse conservée
 - b. Une hyperthermie
 - c. une fréquence cardiaque est ≤ 90 Pulsations/min
 - d. Une TA systolique ≤ 90 mmhg**

8. Parmi les mesures suivantes laquelle est spécifique du choc septique
 - a. Faire Hb, Ht et groupage Rhésus
 - b. Faire une corticothérapie
 - c. Débuter une antibiothérapie à large spectre**

d. Faire un remplissage vasculaire avec du sérum glucosé

9. Les mesures suivantes sont systématiques au cours d'un choc en obstétrique
- Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge
 - En cas d'évacuation, continuer la réanimation au cours du transport
 - Alerter le bloc opératoire et la banque de sang
- d. Toutes les réponses sont justes**

L'hypertension artérielle et éclampsie :

10. La prise en charge de la pré éclampsie sur une grossesse non à terme repose sur :
- Exclusivement l'administration du SO₄Mg associée à un antihypertenseur, une césarienne
 - Le repos, l'administration du SO₄Mg associée à un antihypertenseur, et en l'absence d'amélioration, une césarienne après échec du déclenchement du travail**
 - l'administration du valium en priorité associée à un antihypertenseur, une césarienne après échec du déclenchement du travail
 - Aucune des réponses n'est juste

Le partographe

11. Parmi les éléments suivants lequel n'indique pas un déroulement favorable du 1er stade du travail :
- Les contractions utérines régulières de fréquence et de durée croissantes
 - La progression de la dilatation de 1cm par heure pendant la phase active
 - La poche des eaux intacte a dilatation complète**
 - Le col appliqué sur la présentation
12. Le partographe est un outil :
- Dont les éléments de progression du travail sont la dilatation du col et la descente de la présentation
 - Qui devrait être utilisé chez toute femme pendant la grossesse, le travail afin de suivre l'évolution de l'accouchement
 - Dont la 1^{ère} croix de dilatation en phase active, est mise sur la ligne d'action**
 - Sur lequel l'heure doit toujours être marquée à droite de la croix

Les complications du travail

13. La prise en charge d'une patiente ayant présenté un travail prolongé comprend :
- La césarienne après échec de la direction du travail

- b. La réévaluation de la patiente afin d'écartier un faux travail en phase de latence
- c. En phase active, la rupture artificielle des membranes et une perfusion d'oxytocine
- d. Toutes les réponses sont justes**

14. La prise en charge de la souffrance fœtale aigue
- a. En phase active repose essentiellement sur la césarienne quel que soit le niveau d'engagement de la présentation
 - b. Comporte une extraction instrumentale (ventouse ou forceps) dès que la dilation est complète et engagée
 - c. Comprend une oxygénation, la mise en décubitus latéral droite de la parturiente et une extraction par ventouse dès que la présentation céphalique est engagée.
 - d. Les réponses a et b sont correctes**

Fièvre et grossesse

15. les signes du paludisme grave chez la femme enceinte sont :
- a. convulsions répétées, douleur abdominale et asthénie
 - b. Léthargie, vomissement de toute prise alimentaire, céphalée**
 - c. Raideur de la nuque, éruption cutanée, fièvre
 - d. Toutes les réponses sont fausses.

16. La chorioamniotite :
- a. Se rencontre le plus souvent avant l'ouverture de la cavité amniotique
 - b. Se fait généralement après l'expulsion du fœtus
 - c. Est toujours associée à une souffrance fœtale
 - d. Se fait le plus souvent après l'ouverture de la cavité amniotique**

La prise en charge du nouveau-né

17. Les signes de danger chez le nouveau-né comprennent :
- a. Les convulsions, la fièvre, l'hypothermie et la diarrhée**
 - b. La constipation, l'écoulement nasal, les difficultés de téter, le tirage inter et sous costal
 - c. La diarrhée, la léthargie, l'érythème fessier, les vomissements persistants
 - d. La léthargie, la candidose buccale, l'hypothermie, les difficultés de téter
18. Dans la prise en charge du sepsis néonatal :
- a. L'antibiothérapie doit débuter après les résultats biologiques
 - b. Les antibiotiques doivent être administrés systématiquement**
 - c. Les antibiotiques doivent être administrés par voie orale

- d. L'antipyrétique doit être administré en première intention
19. Dans la réanimation du nouveau-né, les 3 premières étapes de la Règle TARCiM sont :
- a. maintenir une température correcte, assurer une respiration adéquate, assurer une circulation correcte
 - b. maintenir une température correcte, utiliser les médicaments, assurer une respiration adéquate
 - c. maintenir une température correcte, assurer la libération des voies aériennes, assurer une respiration adéquate**
 - d. assurer la libération des voies aériennes, maintenir une température correcte, utiliser les médicaments
20. La ventilation au masque, dans le cadre de la réanimation du nouveau-né, est débutée
- a. Aussitôt après le séchage et la stimulation
 - b. Si la fréquence cardiaque est inférieure à 100 battements par minute malgré le séchage, la stimulation et l'aspiration**
 - c. Si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 battements par minute malgré le séchage, la stimulation et l'aspiration
 - d. En même temps que le massage cardiaque externe

Les extractions instrumentales

21. Les conditions de l'application du forceps comprennent
- a. La vessie vide
 - b. La dilatation du col complète
 - c. La tête fœtale fixée
 - d. Les réponses a et b sont justes**
22. Parmi les indications du Forceps on peut citer :
- a. La souffrance fœtale aigue
 - b. La prématurité
 - c. L'éclampsie
 - d. Toutes les réponses sont justes**
23. Parmi les affirmations suivantes, laquelle ne fait pas partie des contre-indications de la ventouse obstétricale :
- a. La prématurité
 - b. Les variétés de présentation fœtale indéterminées

c. Le bassin limite

d. Une volumineuse bosse sérosanguine

24. Pour l'extraction fœtale par la ventouse obstétricale, la cupule doit être appliquée :

a. Sur la fontanelle antérieure

b. Sur la fontanelle postérieure

c. Près de la fontanelle postérieure

d. Aucune des réponses n'est juste

25. Pour l'extraction fœtale par la ventouse obstétricale :

a. Le sens de traction est l'axe ombilico-coccygien

b. La traction se fait vers le haut (pubis) puis le bas (coccyx)

c. La traction est latérale (gauche et droite), puis suivant l'axe ombilico-coccygien

d. Aucune bonne réponse

ANNEXE 7 : Evaluation de la formation en SONU

(À remplir par les participants)

1. Prière exprimer votre opinion sur les aspects suivants de la formation en utilisant l'échelle de notation suivante :

4 – Excellent 3 – Bon 2 – Passable 1 – Médiocre

	<i>Notes</i>
Atteinte des objectifs de la formation	
Réalisation des attentes personnelles	
Utilité du questionnaire préalable	
Méthodologie utilisée	
Utilité du matériel pédagogique	
Utilité des séances pratiques en salle	
Organisation du stage pratique	

2. Durée de la formation _____ Trop long _ Trop court __ Juste bien _____
3. Quels sont les thèmes sur lesquels vous auriez aimé avoir plus d'informations ou sur lesquels on aurait dû passer plus de temps ?
4. Les facilitateurs ont-ils répondu à vos attentes ?
5. Quels sont les thèmes qui devraient **être ajoutés** (et pourquoi) pour améliorer la formation ?
6. Suggestions pour les futures formations

ANNEXE 8 : Matrice d'évaluation des connaissances individuelles et collectives prétest

		N° des participants																									Thèmes	
N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1																												Bilan initial chez une femme qui présente un problème
2																												
3																												Hémorragies au cours de la grossesse, travail et dans le post-partum
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												Hypertension artérielle et ses complications
9																												
10																												Partogramme
11																												
12																												Complication du travail
13																												
14																												Fièvre et Grossesse
15																												
16																												
17																												Prise en charge du nouveau-né
18																												
19																												
20																												Extractions instrumentales
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
Total %																												

ANNEXE 9 : Matrice d'évaluation des connaissances individuelles et collectives post-test

N° des participants																									Thèmes		
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1																											Bilan initial chez une femme qui présente un problème
2																											
3																											Hémorragies au cours de la grossesse, travail et dans le post-partum
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											Hypertension artérielle et ses complications
9																											
10																											Partogramme
11																											
12																											Complication du travail
13																											
14																											Fièvre et Grossesse
15																											
16																											
17																											Prise en charge du nouveau-né
18																											
19																											
20																											Extractions instrumentales
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											Total %
Total %																											

Liste des participants à l'élaboration des documents de formation SONU

N°	Prénoms et Nom	Fonction	Structures	Téléphone	Email
1.	D ^r Batte DICKO	Pédiatre	HFD de Kayes	66691919	batte.dicko@yahoo.fr
2.	D ^r Abdoulaye TRAORE	Anesthésiste Réanimateur	HSD de Mopti	76238575	ngoabdoulaye@yahoo.fr
3.	D ^r Mamadou KAMPO	Gynécologue Obstétricien	Hôpital Tombouctou	75067442	mitikamp@gmail.com
4.	D ^r Mala SYLLA	Gynécologue Obstétricien	Hôpital de Sikasso	66690042	hamasylla@yahoo.fr
5.	M ^{me} Sama NIANGALY	Sage-femme	DRS de Tombouctou	76383879	samaniangaly@yahoo.fr
6.	D ^r Aliou BAGAYOKO	Gynécologue Obstétricien	DRS de Bamako	76426266	alioubagayoko@yahoo.fr
7.	M ^{me} KEITA Fatimata TOURE	Assistante Médicale	DSR/DNS	74584188	tour.fatimata@yahoo.fr
8.	D ^r Aïssatou MAIGA	Médecin	CSRéf Koulikoro	76434913	amaiga24@yahoo.fr
9.	D ^r Chaka KOKAÏNA	Gynécologue Obstétricien	HNF de Ségou	79375972	chakakokaina@yahoo.fr
10.	D ^r ALMEIMOUNE A.	Anesthésiste Réanimateur	CHU Gabriel TOURE	76497329	hamidoumaiga@live.com
11.	M ^{me} Aïssata SANGARE	Point focal SONU	DRS de Kayes	62484198	sangaraissata@yahoo.fr
12.	D ^r Modibo SOUMARE	Gynécologue Obstétricien	CSRéf Commune 1	76339105	soumaremd@yahoo.fr
13.	M ^{me} Pinda FANE	Sage-femme	DRS de Bamako	76376868	pindasage@yahoo.com
14.	M ^{me} BERTHE Diénéba DEMBELE	Point focal SONU	DRS de Sikasso	66782669	dienedembele@yahoo.fr
15.	M ^{me} HAIDARA Aïssata TANDINA	Spécialiste SM/PF	USAID SSGI	62111608	aissata.tandina@savethechildren.org
16.	D ^r Kalifa TRAORE	Gynécologue Obstétricien	HHMT de Gao	76327801	kaltra13@gmail.com
17.	D ^r Moussa KANTE	Anesthésiste	Hôpital de	71557887	mmkante73@yahoo.fr

N°	Prénoms et Nom	Fonction	Structures	Téléphone	Email
		Réanimateur	Sikasso		
18.	D ^r Mamadou SIMA	Gynécologue Obstétricien	CHU de Point G	66790442	drmsima@yahoo.fr
19.	D ^r TALL Fadima K.	Anesthésiste Réanimateur	CHU de Kati	66717830	mimaktall@gmail.com
20.	D ^r Bougou GOITA	Chargé SR	DRS de Kidal	65488323	goitabougou@yahoo.fr
21.	M ^{me} Arafa TOURE	Sage-femme	DRS de Koulikoro	76236130	arafatoure57.at@gmail.com
22.	D ^r KOUMA Aminata	Gynécologue Obstétricien	CHU de Kati	65990480	koumamit@yahoo.fr
23.	Mr Séckou DIARRA	Chargé Formation	DNS/UPFIS	76475136	seckoudiarra@gmail.com
24.	D ^r Famakan KANE	Gynécologue Obstétricien	HSD de Mopti	66308678	kanef12@yahoo.fr
25.	D ^r Adama BAH	Pédiatre	HNF de Ségou	60025095	bah750@gmail.com
26.	D ^r Bréhima COULIBALY	Chef Divsion Santé	DRS de Ségou	76192516	coulibalybrin@yahoo.fr
27.	D ^r Siliman TRAORE	Point focal SONU	DRS de Gao	75305773	silimant@yahoo.fr
28.	D ^r Oumar M. TRAORE	Gynécologue Obstétricien	CSRéf Commune 5	76187271	baroutraore@yahoo.fr
29.	D ^r Mahamadou DIASSANA	Gynécologue Obstétricien	HFD de Kayes	66898383	diassanamahamadou@yahoo.fr
30.	D ^r Assetou CISSOUMA	Pédiatre	Hôpital de Sikasso	69793130	cis_astou@yahoo.fr
31.	M ^{me} DIALLO Kadidia DEMBELE	Point focal SONU	DRS de Mopti	66791872	kadidiadembele2007@yahoo.fr
32.	Yacouba SISSOKO	Anesthésiste	HFD de Kayes	76011632	sissoko-yacou11@yahoo.fr
33.	D ^r Seydina Alioune BEYE	Anesthésiste Réanimateur	HNF de Ségou	75402539	seydina2772@yahoo.fr
34.	D ^r TRAORE Aminata CISSE	Chef Section Santé femmes et enfants	DSR/DNS	66717182	amitra15c@yahoo.fr
35.	D ^r DICKO Abdourhamane	Gynécologue Obstétricien	CSRéf Koro	65824500	dickoabdourhamane@yahoo.fr
36.	D ^r FANE Korotoumou Wellé	Pédiatre	Hôpital du Mali	66723348	korowele72@yahoo.fr

N°	Prénoms et Nom	Fonction	Structures	Téléphone	Email
	DIALLO				
37.	D ^r Chiaka SANOGO	Chargé SR	DRS Koulikoro	65640232	sanogochiakatino@yahoo.fr
38.	D ^r Binta KEITA	Gynécologue Obstétricien	Personne Ressource	66731414	bintakeita11@yahoo.fr
39.	M ^{me} Haoua DIALLO	Sage-femme	Personne Ressource	66727949	dialloms@yahoo.fr
40.	D ^r Alassane TRAORE	Gynécologue Obstétricien	Hôpital du Mali	76191312	alassane200@yahoo.fr
41.	M ^{me} N'Diaye, Fatoumata DIAKITE	Sage-femme	Assist USAID		
42.	P ^r Traoré, Fatoumata DICKO	Pédiatre	CHU Gabriel Touré	66714593	fatdicko@yahoo.fr
43.	P ^r Youssouf TRAORE	Gynécologue Obstétricien	CHU Gabriel TOURE	66710194	drtraore@yahoo.fr
44.	D ^r N'Tji KEÏTA	Médecin	DSR/DNS	66777302	keit_63@yahoo.fr
45.	D ^r Coulibaly Marguerite DEMBELE	Médecin	DSR/DNS	76442229	coulmarguerite@yahoo.fr
46.	M ^{me} Siratou WAGUE	Assistante Médicale	DSR/DNS	66913131	sirantou2011@yahoo.fr
47.	P ^r Fanta Sambou DIABATE	Gynécologue obstétricienne	USAID SSGI		
48.	D ^r Mamadou BERTHE	Médecin Santé Publique	DNS/DSR		
49.	M. Oumar GUINDO	Informaticien	DNS		
50..	M. Saidou COULIBALY	Informaticien	-	72540143	Coulibaly_saidou@yahoo.fr