

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE

SOUS DIRECTION DE LA SANTE
DE LA REPRODUCTION



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Procédures en Santé de la Reproduction

GRAVIDO-PUERPERALITE :
SOINS PRENATALS, SOINS PERNATALS
&
SOINS POSTNATALS

VOLUME 3

✧ *juin 2019* ✧

PREFACE

Le Mali a élaboré les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en Santé Familiale en 1987. En 1995, après la conférence du Caire sur la population et le développement, la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la santé de la reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la santé de la reproduction des jeunes adultes.

Pour le Mali, la santé de la reproduction est un aspect fondamental de la vie et concerne chaque individu. Elle est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

L'objectif final de la santé de la reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et la qualité des services.

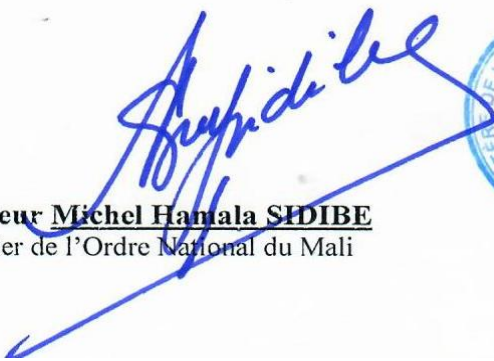
Dans la pratique, il y a un besoin continu de se mettre à jour. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

De la dernière révision à nos jours, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et elles méritaient d'être intégrées dans les documents.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, garant de la qualité des services, vient de réviser les politiques, normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES


Monsieur Michel Hamala SIDIBE
Officier de l'Ordre National du Mali



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales remercie les partenaires au développement :

- ❖ USAID
- ❖ OMS
- ❖ UNICEF
- ❖ UNFPA

pour leur appui technique, financier et matériel à l'élaboration et à l'utilisation des premiers documents de Normes et Procédures de SMI/PF ainsi qu'à la révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction au Mali.

Il remercie particulièrement l'UNICEF et l'OMS pour leur appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie l'USAID à travers IntraHealth, SSGI, PSI Mali, Measure/evaluation, HP+, KJK, HRH 2030 et d'autres partenaires : Marie Stopes Mali (MSI), ASDAP, AMPPF, et Groupe Pivot, pour leur assistance technique lors de la présente révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, pour leur appui technique et financier ayant permis l'organisation de l'atelier de validation des PNP/SR révisées.

Les remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

Table des matières

PREFACE	I
REMERCIEMENTS	II
ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION	IX
GUIDE D'UTILISATION	XII
I. SOINS PRENATALS	3
A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT (CCSC)	4
B. LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE.....	4
1. CONCEPT	4
2. ELEMENTS DE LA CPN RECENTREE	4
3. ETAPES DE LA CPN RECENTREE	4
3.1. PREPARER LA CPN	4
3.2. ACCUEILLIR LA FEMME AVEC RESPECT ET AMABILITE	4
3.3. PROCEDER A L'INTERROGATOIRE/ENREGISTREMENT	5
3.4. PROCEDER A L'EXAMEN	5
3.5. DEMANDER LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	5
3.6. PRESCRIRE LES SOINS PREVENTIFS.....	5
3.7. PRESCRIRE LE TRAITEMENT CURATIF, SI NECESSAIRE	6
3.8. PREPARER UN PLAN POUR L'ACCOUCHEMENT AVEC LA FEMME/FAMILLE	6
3.9. DONNER LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS	6
3.10. CONSULTATION PRENATALE DE SUIVI.....	7
3.11. ECOLE DES MERES.....	7
4. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET DES COMPLICATIONS	9
ALGORITHMES	41
PRE-ECLAMPSIE MODEREE	42
PRE-ECLAMPSIE SEVERE.....	43
ECLAMPSIE	44
GROSSESSE EXTRA UTERINE.....	45
AVORTEMENT AVEC COMPLICATIONS	46
PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE	47
PLACENTA PRAEVIA HEMORRAGIQUE	48
DIABETE GESTATIONNEL	49
II. SOINS PERNATALS	50
A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT (CCSC)	51
B. SOINS PERNATALS	51
1. DEFINITION	51
2. ETAPES.....	51
3. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET DES COMPLICATIONS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT.....	54
ALGORITHMES	70
HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE (HRP)	71
TRAVAIL PROLONGE.....	72
SYNDROME PRE-RUPTURE UTERINE	73
RUPTURE UTERINE	74
SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE	75
HEMORRAGIE POST-PARTUM.....	76
4. SOINS AU NOUVEAU-NE ET A LA MERE.....	77
III. SOINS POSTNATALS	83

A.	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT (CCSC)	84
B.	SOINS POSTNATALS.....	84
1.	DEFINITION	84
2.	ETAPES DE LA CONSULTATION	84
ANNEXES & FICHES TECHNIQUES		97
A.	ANNEXES – SOINS PRENATALS	98
	ANNEXE 1 : VACCINATION ANTITETANIQUE ET DIPHTERIQUE.....	98
	ANNEXE 2 : PLAN D'ACCOUCHEMENT	99
B.	FICHES TECHNIQUES – SOINS PRENATALS.....	103
	FICHE TECHNIQUE N° 1 : COMPARAISON DES CALENDRIERS DES SOINS PRENATALS.....	103
	FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN GENERAL DE LA FEMME ENCEINTE.....	104
	FICHE TECHNIQUE N° 3 : EXAMEN DU SEIN.....	105
	FICHE TECHNIQUE N° 4 : EXAMEN OBSTETRICAL	106
	FICHE TECHNIQUE N° 5 : EXAMEN DU BASSIN.....	107
	FICHE TECHNIQUE N° 6 : PRESCRIPTION DE LA SP EN TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI).....	108
	FICHE TECHNIQUE N° 7 : SUPPLEMENTATION EN FER ET ACIDE FOLIQUE.....	109
	FICHE TECHNIQUE N° 8 : SEANCE D'ANIMATION A L'ECOLE DES MERES.....	109
	FICHE TECHNIQUE N° 9 : MATURATION ET DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL PAR LE MISOPROSTOL	111
	FICHE TECHNIQUE N° 10 : MODALITES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM POUR LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET L'ECLAMPSIE	112
	FICHE TECHNIQUE N° 11 : TRANSFUSION SANGUINE	115
	FICHE TECHNIQUE N° 12 : TEST DE COMPATIBILITÉ SANGUINE AU LIT DE LA MALADE (AVANT TRANSFUSION).....	117
	FICHE TECHNIQUE N° 13 : TEST DE COAGULATION AU LIT DE LA PATIENTE	118
	FICHE TECHNIQUE N° 14 : ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE (AMIU).....	119
	FICHE TECHNIQUE N° 15 : ADMINISTRATION DU MISOPROSTOL EN SAA	122
	FICHE TECHNIQUE N° 16 : GESTION DES EFFETS SECONDAIRES DU MISOPROSTOL EN SAA.....	123
	FICHE TECHNIQUE N° 17 : UTILISATION VITAMINE K 1	124
	FICHE TECHNIQUE N° 18 : SOINS MATERNELS RESPECTUEUX	125
C.	ANNEXES – SOINS PERNATALS	128
	ANNEXE 1 : SIGNES DE DANGER CHEZ LE NOUVEAU-NE	128
	ANNEXE 2 : IDENTIFICATION DES PETITS POIDS DE NAISSANCE (PREMATURES/PAG MATURE).....	129
	ANNEXE 3 : SOINS MERE KANGOUROU.....	130
D.	FICHES TECHNIQUES – SOINS PERNATALS.....	131
	FICHE TECHNIQUE N° 1 : INTERROGATOIRE/ENREGISTREMENT DE LA PARTURIENTE	131
	FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN DE LA FEMME EN TRAVAIL	132
	FICHE TECHNIQUE N° 3 : UTILISATION DU PARTOGRAPHE.....	133
	FICHE TECHNIQUE N° 4 : CHECK LIST DE L'OMS	141
	FICHE TECHNIQUE N° 5 : UTILISATION DE L'OXYTOCINE	143
	FICHE TECHNIQUE N° 6 : ACCOUCHEMENT DE LA PRESENTATION CEPHALIQUE : SOMMET.....	144
	FICHE TECHNIQUE N° 7 : ACCOUCHEMENT DU SIEGE.....	145
	FICHE TECHNIQUE N° 8 : LA PRATIQUE DE L'EPISIOTOMIE.....	146
	FICHE TECHNIQUE N° 9 : REANIMATION DU NOUVEAU-NE	148

FICHE TECHNIQUE N° 10 : GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA).....	151
FICHE TECHNIQUE N° 11 : DELIVRANCE ARTIFICIELLE.....	154
FICHE TECHNIQUE N° 12 : REVISION UTERINE.....	157
FICHE TECHNIQUE N° 13 : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE.....	159
FICHE TECHNIQUE N° 14 : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS.....	161
FICHE TECHNIQUE N° 15 : TAMPONNEMENT INTRA UTERIN.....	163
FICHE TECHNIQUE N° 16 : UTILISATION DE LA CHLORHEXIDINE POUR LES SOINS DU CORDON OMBILICAL.....	165
FICHE TECHNIQUE N° 17 : EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE.....	165
E. ANNEXES – SOINS POSTNATALS.....	167
ANNEXE 1 : ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF.....	167
ANNEXE 2 : ALLAITEMENT MATERNEL CONTINU.....	170
F. FICHES TECHNIQUES – SOINS POSTNATALS.....	171
FICHE TECHNIQUE N° 1 : CONDITIONS D'UNE BONNE TETEE.....	171
FICHE TECHNIQUE N° 2 : PRISE DU SEIN.....	172
FICHE TECHNIQUE N° 3 : EXPRESSION MANUELLE DU LAIT.....	173
FICHE TECHNIQUE N° 4 : TECHNIQUE DE LA BOUTEILLE CHAUDE.....	173
FICHE TECHNIQUE N° 5 : TECHNIQUE DE LA SERINGUE.....	173
FICHE TECHNIQUE N° 6 : TECHNIQUE DU TIRE-LAIT.....	174
FICHE TECHNIQUE N° 7 : VISITES POST-NATALES.....	175
FICHE TECHNIQUE N° 8 : EXAMEN GENERAL EN PERIODE POST NATALE.....	176
FICHE TECHNIQUE N° 9 : PREVENTION DE LA FISTULE OBSTETRICALE.....	177
ALGORITHME : AIDE AU DEPISTAGE DE LA FISTULE OBSTETRICALE.....	178
GLOSSAIRE.....	179
FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	180
LISTE DES PARTICIPANTS.....	182
BIBLIOGRAPHIE.....	186

ABREVIATIONS

Ag HBsS	:	Antigène de surface de l'hépatite B
AINS	:	Anti inflammatoires non stéroïdiens
AMIU	:	Aspiration manuelle intra utérine
APS	:	Accouchement prématuré spontané
ARV	:	Anti retro-viraux
ASC	:	Agents de santé communautaires
ATCD	:	Antécédent
BCF	:	Bruits du cœur foetal
BGR	:	Bassin généralement rétréci
BW	:	Bordet-Wasserman
CAT	:	Conduite à tenir
CCC	:	Communication pour le changement de comportement
CCSC	:	Communication pour le changement social et de comportement
CCV	:	Contraception chirurgicale volontaire
CESAC	:	Centre d'écoute, de soins, d'appui et de conseils
CIVD	:	Coagulation intra vasculaire disséminée
CNI	:	Centre national d'immunisation
CNIECS	:	Centre national d'information, d'éducation, de communication pour la santé
Cp	:	Comprimé
CPN	:	Consultation prénatale
CPON	:	Consultation postnatale
CRP	:	C. réactive protéine
CSCOM	:	Centre de santé communautaire
CSLS	:	Cellule sectorielle de lutte contre le sida
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CU	:	Contractions utérines
DG	:	Diabète gestionnel
DGSH	:	Direction générale de la santé et de l'hygiène
DGS/CSLS/MSHP	:	Direction Générale de la Santé/Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida/Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique
DHN	:	Désinfection de haut niveau
DPF	:	Disproportion foeto pelvienne
ECBU	:	Examen cyto bactériologique des urines
ECG	:	Electro cardiogramme
EDS M	:	Enquête démographique Santé Mali
FO	:	Fistule obstétricale
FRV	:	Fistule recto vaginale
FSH	:	Hormone folliculo-stimulante
FUV	:	Fistule utéro vaginale
FVV	:	Fistule vésico vaginale
GATPA	:	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GE	:	Goutte épaisse

GEU	:	Grossesse extra-utérine
GS Rh	:	Groupe sanguin Rhésus
Hb	:	Hémoglobine
HGPO	:	Hyperglycémie provoquée orale
HPP	:	Hémorragie du post-partum
HRP	:	Hématome retro-placentaire
HT	:	Hormones thyroïdiennes
HTA	:	Hypertension artérielle
HU	:	Hauteur utérine
HVB	:	Hépatite virale B
HVC	:	Hépatite virale C
IM	:	Injection intramusculaire
IST	:	Infections sexuellement transmissibles
IVA	:	Inspection visuelle après application d'acide acétique
IVD	:	Intraveineuse directe
IVL	:	Intraveineuse lente
IVL	:	Inspection visuelle après application de lugol
LCR	:	Liquide céphalo-rachidien
MAP	:	Menace d'accouchement prématuré
Mg	:	Milligramme
MGSO4	:	Sulfate de magnésium
MI	:	Membres inférieurs
MIP	:	Maladie inflammatoire du pelvis
Mn	:	Minute
MSHP	:	Ministère de la santé et des affaires sociales
MSI	:	Marie stopes internationale
NA	:	Natrémie
NFS	:	Numération formule sanguine
OAP	:	Œdème aigu des poumons
PAG	:	Petit pour l'âge gestationnel
PB	:	Périmètre brachial
PC	:	Périmètre crânien
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladie de l'enfant
PCR	:	Protéine C réactive
PDE	:	Poche des eaux
PF	:	Planification familiale
PP	:	Placenta praevia
PPN	:	Petit poids de naissance
PRL	:	Prolactine
PSI	:	Population service international
PTME	:	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
RAI	:	Recherche d'agglutine irrégulière
RCF	:	Rythme cardiaque fœtal
Rh	:	Rhésus
ROM	:	Rétention d'œuf mort
RV/RDV	:	Rendez-vous

SA	:	Semaines d'aménorrhée
SAA	:	Soins après avortement
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SONU	:	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SOU	:	Soins obstétricaux d'urgence
TA	:	Tension Artérielle
TC	:	Temps de coagulation
TCA	:	Temps de céphaline activée
TDR	:	Test de diagnostic rapide
TP	:	Taux de prothrombine
TS	:	Temps de saignement
TSH	:	Thyroid stimulatati Hormon
U.I.	:	Unités internationales
VAT	:	Vaccination antitétanique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés. Il en résulte des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents(es)/jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon l'EDSM V : 2012 - 2013, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 56 pour 1 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 34 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,1% dans la population générale. De façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est de 25 à 40 ans. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,4% (EDSM V : 2012 - 2013). Le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 0,52% (Rapport 2017 DNS/CSLS/MSHP). La couverture sanitaire est à 76% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire - 2017).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- ☞ l'insuffisance de couverture en infrastructures socio-sanitaires dotées de moyens adéquats ;
- ☞ la faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- ☞ l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- ☞ l'inadéquation de la gestion des ressources humaines et son insuffisance à couvrir les besoins ;
- ☞ des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social 2012 - 2023.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de Référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio-sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- la Politique et les Normes de services ;
- les Procédures.

La Politique et les Normes de Services

La politique définit les missions de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public, para public, communautaire et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de santé de la reproduction à différents niveaux.

Les Procédures

Elles décrivent les gestes logiques et chronologiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal des procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Elles doivent alors être largement diffusées et constamment utilisées pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction.

Les documents de procédures sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, ASC, matrones, infirmiers, sages-femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, ingénieurs sanitaires et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs, les superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la santé de la reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, de l'adolescent(e)/ jeune, de l'adulte et les droits en matière de santé de la reproduction, notamment à travers les approches novatrices.

Les procédures doivent être régulièrement « adaptées et mises à jour » afin qu'elles soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace et pour faciliter leur accès aux prestataires, elles ont été élaborées en cinq (5) volumes selon les composantes des activités menées en SR :

- **VOLUME 1 : Composantes d'appui**
 - Communication pour la promotion de la santé de la reproduction ;
 - Qualité des soins et services de la santé de la reproduction ;
 - Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte ;
 - Prévention des infections.

- **VOLUME 2 : Composantes communes**
 - Planification familiale ;
 - IST/VIH et Sida/PTME ;
 - Genre et santé ;
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme.

- **VOLUME 3 : Gravido-puerpéralité**
 - Soins prénatals ;
 - Soins pernatals ;
 - Soins postnatals.

- **VOLUME 4 : Survie de l'enfant de 0 - 5 ans**
 - Soins préventifs ;
 - Soins curatifs : PCIME.

- **VOLUME 5 : Santé des adolescent(e)s et des jeunes et santé sexuelle des hommes**
 - Santé des adolescent(e)s et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle des hommes.

Dans ce volume ont été intégrées de nouvelles approches et initiatives, notamment les informations sur :

- ✓ l'évaluation initiale rapide de quelques pathologies ;
- ✓ les huit contacts au cours de la grossesse ;
- ✓ l'École des Mères ;
- ✓ les soins maternels respectueux ;
- ✓ le nouveau partographe de l'OMS ;
- ✓ l'utilisation du misoprostol pour le déclenchement du travail ;
- ✓ la check-list de l'OMS ;
- ✓ la prise en charge de l'hémorragie par l'acide tranexamique ;
- ✓ le traitement pré-transfert de l'éclampsie par le sulfate de magnésium au niveau CSCom ;
- ✓ l'utilisation de la Chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical.

GUIDE D'UTILISATION

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définies par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

Chaque volume comprend :

- une introduction ;
- un guide d'utilisation ;
- les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections ;
- les annexes ;
- un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **fiches techniques** ;
- **algorithmes**.

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio-sanitaire où celui-ci exerce.

La prise en charge des pathologies et de leurs complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithmes ou d'arbres de décision ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions et ce, dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples ou lorsque les moyens d'action sont limités par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

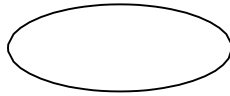
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

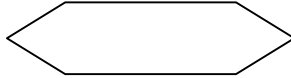
Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

- L'**identification du problème clinique** représentée par une ELLIPSE.



- La **recherche des signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le patient**, représentés par un PRISME.



- La **prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique**, représentées par un RECTANGLE.



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Les procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédés à réviser.

EVALUATION INITIALE RAPIDE DE QUELQUES PATHOLOGIES

C'est la première étape pour dépister des complications immédiates pouvant mettre la vie de la femme en danger. Elle doit être réalisée systématiquement chez toute femme qui vient en consultation pour des soins prénatals, pernatals et postnatals.

SIGNES DE DANGER	EVALUER	PENSER A
DIFFICULTE RESPIRATOIRE	RECHERCHER : <ul style="list-style-type: none"> • Cyanose (coloration bleue). • Détresse respiratoire. EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Conjonctives : pâleur. • Poumons : râles. 	<ul style="list-style-type: none"> • anémie sévère ; • insuffisance cardiaque ; • pneumonie ; • asthme ; • œdèmes aigus du poumon (OAP).
PERTE DE CONNAISSANCE	EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Peau : moite, extrémités froides. • Pouls : rapide (110 btts/min ou plus) ou filant. • Température inférieure à 36° C ou supérieure à 38,5° C. • Tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg). 	<ul style="list-style-type: none"> • état de choc ; • hypoglycémie.
SAIGNEMENT VAGINAL (en début ou en fin de grossesse ou après l'accouchement)	DEMANDER SI : <ul style="list-style-type: none"> • Enceinte. Si oui, depuis combien de temps ? • Accouchement récent. • Placenta expulsé. EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Vulve : importance du saignement, rétention placentaire, déchirures apparentes. • Utérus : atone. NE PAS FAIRE D'EXAMEN VAGINAL À CE STADE	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement ; • grossesse ectopique ; • grossesse molaire. • hématome rétro-placentaire ; • rupture utérine ; • placenta prævia ; • hémorragie du post-partum immédiate.
CONVULSIONS	DEMANDER SI : <ul style="list-style-type: none"> • Enceinte. Si oui, depuis combien de temps ? • Accouchée récente. Si oui, depuis combien de temps ? EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle : élevée (TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm HG). • Température : 38 °C ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> • éclampsie ; • paludisme ; • épilepsie ; • tétanos.

SIGNES DE DANGER	EVALUER	PENSER A
<p>FIEVRE (température supérieure ou égale à 38°C)</p>	<p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse. • Accouchement. Si oui, préciser contexte, lieu. <p>EXAMINER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Léthargique. • Perte de connaissance. • Nuque raide. • Poumons : respiration superficielle, foyers de condensation massive. • Abdomen : extrêmement sensible. • Vulve : collection suppurée. • Seins : sensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • infection urinaire ; • paludisme ; • abcès pelvien ; • péritonite ; • endométrite ; • méningite ; • infection mammaire ; • complications de l'avortement ; • pneumonie.
<p>DOULEURS ABDOMINALES</p>	<p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enceinte. Si oui, depuis combien de temps ? <p>EXAMINER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg). • Pouls : rapide (110 btts/min ou plus). • Température : 38 °C ou plus. • Utérus : gravide. 	<ul style="list-style-type: none"> • appendicite ; • grossesse ectopique ; • torsion de kyste. <ul style="list-style-type: none"> • possibilité de travail à terme ou avant terme ; • amniotite ; • hématome rétro-placentaire ; • rupture utérine.

I. SOINS PRENATALS

Les soins prénatals sont des soins qu'une femme reçoit pendant sa grossesse et qui concourent à une issue favorable de l'accouchement.

A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT (CCSC)

[cf. Volume 1.](#)

B. LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE

1. Concept

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.

La notion de « prise de contact » implique :

- une relation active entre la femme enceinte et un prestataire de soins qui n'est pas implicite dans le terme « consultation » ;
- des soins de **qualité** incluant les soins médicaux, le soutien et la fourniture d'informations pertinentes en temps utile.

2. Eléments de la CPN recentrée

- La promotion de la santé.
- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- La prévention des maladies et des complications.
- La préparation à l'accouchement et les éventuelles complications.

3. Etapes de la CPN recentrée

3.1. Préparer la CPN

- Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

3.2. Accueillir la femme avec respect et amabilité

- Saluer chaleureusement la femme.
- Souhaiter la bienvenue.
- Offrir un siège.
- Se présenter à la femme.
- Demander son nom.
- Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

N.B : Les femmes seront prises par ordre d'arrivée. Lescas urgents sont prioritaires.

3.3. Procéder à l'interrogatoire/enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable).
- Recueillir les informations sur l'identité de la femme.
- Rechercher les antécédents médicaux.
- Rechercher les antécédents gynécologiques.
- Rechercher les antécédents obstétricaux.
- Rechercher les antécédents chirurgicaux.
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle.
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque (y compris la consommation de tabac et de l'alcool).
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.
- Remettre à la femme un carnet ou tout autre support comportant les renseignements recueillis lors de la consultation.

3.4. Procéder à l'examen

[cf. Fiches techniques n° 2 : Examen général, n° 3 : Examen du sein, n° 4 : Examen obstétrical et n° 5 : Examen du bassin - Soins prénatals.](#)

3.5. Demander les examens complémentaires

- A la première consultation :
- Demander le Groupe sanguin et Rhésus (Gs - Rh).
 - Demander l'électrophorèse de l'Hb si possible, la NFS, la glycémie, le BW (titrage), albumine/sucre systématiquement dans les urines.
 - Demander/faire le test VIH après counseling.
 - Demander l'AgHbs (recherche de l'hépatite B).
 - Demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément l'âge...

Les autres examens seront demandés selon le besoin.

3.6. Prescrire les soins préventifs

- Vacciner la femme contre le tétanos et la diphtérie ([cf. Annexe n° 1 - Soins prénatals](#)).
- Vacciner la femme contre l'hépatite B.
- Assurer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ([cf. PTME](#)).
- Donner la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) à partir de la 13^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement, avec l'intervalle d'au moins un mois entre les prises ([cf. Fiche technique n° 6 : Soins prénatals](#)).

N.B : La SP doit être administrée en prise supervisée (en présence d'un prestataire) à raison d'au moins 3 doses de 3 comprimés espacés d'au moins un mois, à partir de la 13^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

- Prescrire le fer acide folique ([cf. Fiche technique n° 7 : Soins prénatals](#)).
- Donner un déparasitant après le premier trimestre (Albendazole 400 mg en prise unique).

- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, fruits...), l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants, laver les légumes avant de les consommer) et sur la planification familiale.
- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation du futur bébé et ensuite soutenir son choix.

3.7. Prescrire le traitement curatif, si nécessaire

(cf. [Algorithmes et la prise en charge par niveau - Soins prénatals](#))

- Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

3.8. Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille

cf. [Annexe n° 2 : Soins prénatals](#)

- Identifier un prestataire compétent.
- Identifier le lieu de l'accouchement.
- Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence.
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.
- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins.
- Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard).
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement .
- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né).
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger :
 - Signes du travail :
 - ✓ contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;
 - ✓ glaire striée de sang (bouchon muqueux) ;
 - ✓ modification du col (effacement et dilatation).
 - Signes de danger chez la femme enceinte :
 - ✓ saignements vaginaux ;
 - ✓ respiration difficile ;
 - ✓ fièvre ;
 - ✓ douleurs abdominales graves ;
 - ✓ maux de tête prononcés/vision trouble, vertiges, bourdonnements d'oreilles ;
 - ✓ convulsions/pertes de conscience ;
 - ✓ douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine ;
 - ✓ rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

3.9. Donner le prochain rendez-vous

- Expliquer à la femme qu'il est nécessaire de faire **4 visites** et **8 contacts** :
 - **1^{er} trimestre** : une visite et un contact (avant 12 SA) ;
 - **2^{ème} trimestre** : une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;
 - **3^{ème} trimestre** : deux visites dont une au 9^{ème} mois et cinq contacts (30 SA, 34 SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA).

Les contacts peuvent être réalisés soit par un personnel de santé, soit par un agent de santé communautaire. Ils consistent à rechercher les signes de danger et ne nécessitent pas un examen clinique particulier.

(cf. [Fiche technique n° 1 : Comparaison des calendriers - Soins prénatals](#)).

N.B : A 41 SA revoir la femme si elle n'a pas accouché pour décider de l'accouchement.

- Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.
- Donner les RDV pour les séances sur l'Ecole des Mères.
- Raccueillir la femme après l'avoir remerciée.

3.10. Consultation prénatale de suivi

- Demander l'évolution de la grossesse depuis la dernière consultation.
- Rechercher les signes de danger.
- Procéder à l'examen physique ciblé.
- Demander albumine/sucre systématiquement dans les urines.
- Demander d'autres examens complémentaires au besoin.
- Demander l'échographie :
 - A 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;
 - A 32 SA pour la croissance fœtale.
- Prescrire les soins préventifs.
- Prescrire les soins curatifs au besoin.
- Donner des conseils, y compris la révision du plan pour l'accouchement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la PF, les mesures préventives.
- Rappeler la date probable de l'accouchement.
- Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale.
- etc.

3.11. Ecole des Mères

Qu'est-ce que « l'Ecole des Mères » ? :

C'est un enseignement offert par un professionnel de santé à un groupe de femmes enceintes et accouchées dans une structure de soins. Cet enseignement permet un apprentissage en groupe par le biais de discussions et des travaux pratiques en stimulant l'intérêt des femmes par des questionnements et par la recherche de solution.

Quel est le but recherché ? :

« L'Ecole des Mères » aide les futures mamans à coopérer et à collaborer pour un suivi régulier de la grossesse et de l'accouchement dans les centres de santé et pour élever leur enfant. Elle consiste en l'organisation de séances éducatives pour les femmes enceintes et accouchées dans le cadre de la consultation prénatale recentrée (CPNR).

L'enseignement se fait selon un programme préétabli avec 4 cours prévus (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse et dans le post-partum) comportant plusieurs séances. Le jour et l'horaire du cours sont fixés en concertation avec les femmes.

Le nombre de participantes ne doit pas dépasser 10 pour garantir une meilleure communication et la durée de séance ne doit pas dépasser 1 heure 30 minutes.

Quelles sont les thèmes développés ?

les principaux thèmes sont :

- Le plan d'accouchement ;
- La grossesse et son développement ;
- L'intérêt du suivi de la grossesse ;
- L'importance du carnet de santé de la mère et de l'enfant et de la fiche personnelle de la femme ;
- L'intérêt des examens biologiques et échographiques dans le suivi de la grossesse ;
- Les signes de danger au cours du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse et du post-partum ;
- La nutrition et l'hygiène de vie de la mère et du bébé ;
- La vaccination anti-tétanique de la femme enceinte ;
- L'intérêt de l'accouchement dans un centre de santé et les risques de l'accouchement à domicile ;
- Le déroulement du travail et de l'accouchement ;
- L'allaitement maternel et la préparation du sein ;
- Les soins et toilettes du nouveau-né ;
- L'intérêt de la CPON ;
- La vaccination du bébé ;
- La planification familiale.

N.B : Les thèmes sont fonctions de l'âge de la grossesse et du post-partum. Au cours des séances, les femmes peuvent se faire accompagner d'une personne de leur choix qui pourra l'accompagner au cours de l'accouchement si elle accepte. Les cours, accompagnés de travaux pratiques, sont illustrés avec du matériel didactique et des visites des locaux sont effectuées pour permettre aux femmes de se familiariser avec la maternité.

Quels sont les supports utilisés ?

Les différents supports sont :

- Les supports éducatifs (le guide Ecole des Mères, les affiches, les dépliants, flyers, les boîtes à image, les CD, le carnet santé et la carte de vaccination de la mère et de l'enfant) ;
- Les supports des travaux pratiques (ballon, téléviseur...) et les supports de collecte des données.

N.B : La mise en œuvre nécessite une salle aménagée ou un hangard au sein de la structure et une formation des prestataires sur l'approche et sur les techniques de communication.

Comment organiser une séance d'animation de « l'Ecole des Mères » ? ([cf. Fiche technique n° 8 : Séance Ecole des Mères - Soins prénatals](#)).

4. Prise en charge des pathologies et des complications

4.1. Vomissements gravidiques

a. Définition :

C'est le rejet d'une partie ou de la totalité du contenu gastrique en rapport avec l'état de grossesse.

Les vomissements gravidiques peuvent être simples ou graves.

Ils sont dits simples lorsqu'ils n'ont aucun retentissement sur l'état général tandis qu'ils sont graves lorsqu'ils s'accompagnent d'une altération de l'état général et ou d'une perte de poids supérieure à 10% du poids corporel.

b. Éléments de diagnostic :

- Nausées ;
- Vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, fréquents, imprévisibles ;
- Pertes de poids ;
- Anorexie (perte d'appétit) ;
- Anxiété parfois.

c. Signes et symptômes de gravité :

- Altération de la conscience ;
- Perte de poids ;
- Tension artérielle pincée (différence entre la systolique et la diastolique ≤ 2) ;
- Tachycardie supérieure à 100 battements par minute à l'auscultation ;
- Pouls rapide.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<p><u>Vomissements simples</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la patiente. • Mettre au repos à l'abri de la lumière vive. • Demander à la femme de manger chaud et de boire chaud. • Conseiller à la femme les infusions à base de gingembre. <p><u>Si les vomissements ne s'arrêtent pas ou si vomissements graves</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter la femme vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p><u>Vomissements simples</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem village/communautaire ; • Prescrire un antiémétique : Métoproclamide : 1 cp. matin, midi et soir. <p><u>Si pas d'amélioration ou si vomissements graves</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse et commencer le remplissage avec du Ringer lactate ; • Référez.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p><u>Vomissements simples</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CScCom. <p><u>Vomissements graves</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la femme et limiter les visites. • Perfuser du Ringer lactate 1,5 litres par jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Métoprocloramide injectable : 1 ampoule dans chaque flacon de Ringer ; ○ Mettre 2 ampoules de vitamine B complexe injectable dans chaque flacon de Ringer lactate. <p><u>Si ce traitement n'est pas efficace</u>, penser à une pathologie sous-jacente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer au spécialiste.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<p><u>Vomissements simples</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital du District. <p><u>Vomissements graves</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la femme et limiter les visites. • Demander le bilan : GE, Glycémie, acétonurie, NFS, ionogramme sanguin, azotémie, créatinémie, transaminases, phosphatases alcalines. • TSH (bilan thyroïdien). • Perfuser du Ringer lactate 1,5 litre par jour. • Mettre dans chaque flacon de Ringer : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 ampoule de métoprocloramide injectable ; ○ 2 ampoules de vitamine B complexe injectable ; • Demander une fibroscopie si nécessaire. • Chercher d'autres causes et traiter.

4.2. Fièvre et grossesse

4.2.1. Définition :

On parle de fièvre quand la température centrale atteint ou dépasse 38°C.

N.B : Il faut rapidement rechercher une cause et entreprendre un traitement parce qu'il s'agit de situations qui augmentent la morbidité et la mortalité materno-fœtales.

4.2.2. Principales causes de fièvre au cours de la grossesse :

❖ **Paludisme au cours de la grossesse**

a. Définition :

Le paludisme est une maladie fébrile due à un parasite du genre *Plasmodium* et qui se transmet habituellement par la piqûre de moustique (Anophèle femelle infectée).

b. Signes du paludisme :

Signes du paludisme simple :

- Fièvre ;
- Douleurs musculaires ;
- Faiblesse articulaire ;
- Frissons, sueurs et courbatures ;
- Troubles digestifs (nausées, vomissements, anorexie) ;
- Fatigue avec douleurs musculaires ;
- Pas d'appétit ;
- Maux de tête.

Signes du paludisme grave :

- Convulsions ;
- Fièvre supérieure ou égale à 40°C ;
- Coma ;
- Hémorragie spontanée (Coagulation intra-vasculaire disséminée : CIVD) ;
- Ictère ;
- Anémie sévère ;
- Collapsus cardiovasculaire ;
- Œdème aigu du poumon (OAP) ;
- Hémoglobinurie (urines Coca-Cola).

❖ **Infection ovulaire (Chorioamniotite)**

a. Définition :

C'est l'infection de la cavité amniotique qui survient généralement après l'ouverture de l'œuf.

b. Éléments de diagnostic :

- Fièvre, frissons ;
- Écoulement de liquide amniotique purulent, louche, nauséabond ;
- Utérus tendu et douloureux ;
- Tachycardie fœtale.

❖ Grippe

a. Définition :

C'est une affection virale des voies respiratoires. C'est la plus fréquente dans nos régions.

b. Éléments de diagnostic :

- Écoulement nasal ;
- Maux de tête ;
- Fièvre ;
- Fatigue généralisée.

❖ Avortement septique

a. Définition :

Tout avortement compliqué de pertes fétides et ou de fièvre pouvant être accompagné ou pas, de saignement prolongé.

b. Éléments de diagnostic :

- Fièvre (température supérieure à 38° C), frissons ou sueurs ;
- Pertes vaginales malodorantes/purulentes ;
- Sensibilité au bas ventre ou douleur à la palpation et à la mobilisation cervicale lors du toucher vaginal ;
- Notion d'avortement pratiqué dans des conditions à risque ou de fausse couche ;
- Saignements prolongés (au-delà de 8 jours) qui peuvent être minimes ou de moyennes abondances provenant de l'utérus ;
- Mauvais état général.

N.B : Il peut évoluer vers un choc septique avec une baisse de la TA et une accélération du pouls.

❖ Infection urinaire

a. Définition :

Elle est due à une colonisation des voies urinaires par des bactéries (au moins 100.000 germes/ml).

N.B : C'est la plus fréquente des infections survenant au cours de la grossesse. C'est une cause importante d'accouchement prématuré.

b. Éléments de diagnostic :

- Brûlure mictionnelle ;
- Mictions fréquentes (pollakiurie) ;
- Douleurs lombaires ;
- Fièvre ;
- Nausée/vomissements parfois ;
- Dysurie ;
- Urine trouble ;
- Nitrite positive et leucocytes positifs à la bandelette urinaire ;
- Présence des bactéries (au moins 10 puissance 5).

❖ Infection respiratoire

a. Définition :

C'est l'infection bactérienne ou virale des voies respiratoires.

b. Éléments de diagnostic :

- Fièvre ;
- Toux ;
- Expectorations ;
- Asthénie.

❖ Fièvre typhoïde

a. Définition :

La fièvre typhoïde est une infection due à la bactérie **Salmonella Typhi**. Elle se propage habituellement par l'eau ou les aliments contaminés.

b. Éléments de diagnostic :

➤ Clinique :

- Fièvre prolongée ;
- Fatigue, céphalée ;
- Nausée, douleur abdominale ;
- Constipation ou diarrhée ;
- Eruption cutanée chez certaines patientes.

➤ Biologique :

- Leuco-neutropénie ;
- Anémie modérée ;
- Thrombopénie ;
- Elévation de la C reactive protéine (CRP) ;
- Transaminase modérément élevée ;
- Coproculture ou hémoculture à la recherche de *Salmonella Typhi*.

N.B : En cas de fièvre pendant la grossesse, il est urgent de faire baisser la température par la prise de PARACETAMOL.

4.2.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un TDR. ❖ S'il s'agit d'un paludisme simple : <ul style="list-style-type: none"> • TDR positif et grossesse premier trimestre : référer. • TDR positif et grossesse 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre : donner CTA selon les directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali. • Donner paracétamol 500 mg 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. ❖ S'il s'agit d'un paludisme grave : <ul style="list-style-type: none"> • TDR positif et paludisme grave : Référer. • TDR négatif : Référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Rassurer la femme et famille ; • Faire l'examen physique ; • Faire l'examen à la bandelette urinaire ; • Faire le TDR ou goutte épaisse si disponible. <p>❖ Si TDR/GE positif : En cas de paludisme simple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <p><i>Au cours du premier trimestre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quinine comprimé : 10 mg/kg de poids corporel de sels de quinine (8,3 mg base) 3 fois par jour pendant 7 jours. <p>N.B : Prendre les comprimés de quinine avec de l'eau sucrée pour corriger l'hypoglycémie.</p> <p><i>A partir du deuxième trimestre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Arthémeter (20 mg) – Lumefantrine (120 mg) cp : 4 cp 2 fois par jour pendant 3 jours. <p>Si fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner paracetamol 500 mg 1 à 2 comp 3 fois/jour sans dépasser 6 comp. <p>En cas de paludisme grave <i>Si le plateau technique du CSCom ne permet pas de prendre en charge un cas de paludisme grave :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer un traitement pré-transfert (<i>cf. Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali</i>). • Référer la malade. <p>❖ S'il s'agit de pyélonéphrite (signes urinaires ou existence des nitrites à la bandelette urinaire) : <u>Référer</u>.</p> <p>❖ S'il s'agit d'une grippe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner du paracétamol 500 mg 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. • Conseiller le repos. • Faire le traitement symptomatique. <p>❖ S'il s'agit d'une toux de plus de 15 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher le BK dans les crachats. • Referer si la recherche de BK n'est pas faisable. <p>❖ S'il s'agit d'une fièvre typhoïde :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander une coproculture et hémoculture.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si positive : administrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Céphalosporine 3^{ème} génération (céphalosporine 4 g/jour pendant 5 jours). <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fluroquinolones : Ofloxacine 200 mg x 2/jour pendant 3 jours. <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ciprofloxacine 500 mg x 2/jour pendant 7 jours. ○ Administrer un antipyrétique : paracetamol 500 mg : 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. <p>Si négative :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une autre cause de la fièvre : <p>❖ S'il s'agit d'un avortement septique :</p> <p>Avec ou sans état de choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner le premier traitement ; • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou du serum salé isotonique ; • Commencer l'antibiothérapie : administrer amoxiciline 1 g plus gentamycine 160 mg et métronidazole 500 mg en perfusion ; • Administrer paracétamol 1 g perfusion ou acide acétyl salicylique 1 g en IVD lente si la T° est supérieure ou égale à 38,5° C ; • Evacuer.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Faire l'examen. • Faire le TDR ou la goutte épaisse, le frottis mince, NFS et la glycémie, le groupage Rhésus. • Faire l'examen à la bandelette urinaire • Faire l'ECBU. <p>❖ S'il s'agit d'un cas de paludisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de <u>paludisme simple</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Idem CSCom. • En cas de <u>paludisme grave</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Il repose sur le traitement d'urgence des complications et le traitement spécifique antipaludique (<i>cf. Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali</i>). <p>❖ S'il s'agit d'une chorioamniotite (infection amniotique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser ; • Mettre la femme sous triple antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline : 2 g toutes les 6 heures en IV ; ○ Gentamicine : 160 mg par jour en IM (7 jours maximum) ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Métronidazole : 500 mg toutes les 8 heures en perfusion. ● Cesser l'antibiothérapie 48 h après l'apyrexie. En cas de septicémie, un traitement de 7 jours est au moins nécessaire. ● Procéder à l'évacuation utérine quelque soit le terme de la grossesse. <p><u>Si col favorable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diriger le travail en administrant l'ocytocine en perfusion (cf. Fiche Technique n° 5 : Administration de l'ocytocine - Soins pernatals). <p><u>Si col défavorable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Administrer prostaglandine (Misoprostol), en absence de contre-indication (cf. Fiche Technique n° 9 : Maturation et déclenchement artificiel du travail par le Misoprostol -- Soins pernatals) puis perfusion d'ocytocine si nécessaire. ● Poursuivre le traitement quelque soit la voie d'accouchement. <p><u>S'il s'agit d'un avortement septique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prendre voie veineuse sûre et efficace avec cathéter 16G/18G. ● Commencer les antibiotiques (triple association), et l'antipyrétique le plus tôt possible avant de procéder à l'évacuation utérine. ● Administrer pendant 48 heures : <ul style="list-style-type: none"> ○ Perfusion de Serum Salé (ou du Ringer Lactate ou Macromolécules) ; ○ Paracétamol 1 g en perfusion toutes les 6 heures ; ○ Amoxicilline 1 g en IV toutes les 6 heures ; ○ Gentamycine 160 mg en IM par jour ; ○ Métronidazole perfusion 500 mg toutes les 8 heures. <p><u>Si état général stable :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evacuer le contenu de l'utérus. ● Continuer le traitement antibiotique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 500 mg en gélule 1 g matin, midi et soir pendant 10 jours ; ○ Gentamycine 160 mg en IM toutes les 24 heures pendant 3 jours ; ○ Métronidazole comprimé 500 mg matin et soir pendant 7 jours. <p><u>Si existence de lésions traumatiques post-avortement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Procéder à l'évacuation utérine si nécessaire. ● Réparer les lésions selon la voie d'abord appropriée.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Transfuser si nécessaire/Administrer le Fer. • Continuer l'antibiothérapie. • Faire le counseling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF). • Faire le counseling pour le dépistage VIH. • Fournir une méthode de contraception si la femme le désire. • Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage du cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.
<p style="text-align: center;">EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Conduite à tenir : Idem à celle du Hôpital du District pour la pyélonéphrite, la grippe, les infections respiratoires, la typhoïde, l'hépatite B, l'avortement, paludisme simple. <p>Si paludisme grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Idem Hôpital du District ; ○ Demander l'ionogramme sanguin, la créatinémie, l'ECBU, le LCR. <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la patiente et faire le traitement spécifique selon les cas.

4.3. HTA et grossesse

4.3.1. Définition :

On parle d'hypertension artérielle chez la femme enceinte si la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou la diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg.

Classification :

On distingue **4 types** d'hypertension artérielle au cours de la grossesse :

- Type I** = Pré-éclampsie. Elle apparaît en général après 20 semaines d'aménorrhée. La protéinurie à la bandelette est toujours supérieure ou égale à 2 croix (++)
- Type II** = Hypertension artérielle préexistante à la grossesse ou hypertension artérielle chronique.
- Type III** = Prééclampsie surajoutée. C'est le cas d'une femme hypertendue connue avant la grossesse et chez qui apparaissent au cours de la grossesse une protéinurie.
- Type IV** = Hypertension artérielle gestationnelle ou hypertension artérielle isolée de la grossesse. L'HTA apparaît au cours de chaque grossesse et disparaît après l'accouchement. Peut se manifester sous forme de : HTA simple (pas d'œdème, ni de protéinurie ou s'il y a protéinurie, elle ne dépasse jamais une croix à la bandelette urinaire (+)).

4.3.2. Éléments de diagnostic :

- TA \geq 140 mmHg (systole) et ou \geq 90 mmHg (diastole) ;
- bourdonnement d'oreilles ;
- céphalées ;
- vertiges ;
- oedèmes.

Signes de gravités :

Selon le degré d'élévation de la TA, on distingue :

- HTA modérée : TA diastolique comprise entre 90 mmHg et 109 mmHg ; et ou TA systolique entre 140 mmHg et 159 mmHg ;
- HTA sévère : TA diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg et ou TA systolique supérieure à 160 mmHg.

La présence d'un des signes suivants doit faire poser le diagnostic de pré-éclampsie sévère :

- Douleur épigastrique en barre ;
- Diurèse inférieure à 400 CC ;
- TA diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg et ou TA systolique supérieure à 160 mmHg ;
- Protéinurie supérieure ou égale à 5 g par 24 h (ou supérieure ou égale à 3 croix à la bandelette urinaire) ;
- Troubles visuels (scotome) ;
- HELLP syndrome (hémolyse, élévation des transaminases hépatiques, thrombopénie) ;
- Oligoamnios ;
- Retard de croissance intra utérin ;
- Ascite.

4.3.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la femme et sa famille. <p>Au niveau des CSCoM médicalisés :</p> <p>Si HTA modérée : TA inférieure à 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nifédipine 10 mg : 1 cp matin et soir ; <li style="text-align: center;"><u>OU</u> ○ Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. ○ Donner des conseils hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Régime normosodé ; ✓ Boire abondamment. ○ Surveiller. <p>Si HTA sévère : TA \geq 160/110 mmHg :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Idem pour HTA modérée et ○ administrer traitement pré-transfert et référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Au niveau des CSCom non médicalisés : Si HTA modérée ou sévère : TA \geq 140/90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nifédipine 10 mg : 1 cp matin et soir ; <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> ○ Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. ○ Donner des conseils hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Régime normosodé ; ✓ Boire abondamment. <p style="text-align: center;"><u>ET</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer traitement pré-transfert et référer. <p><u>N.B</u> : Traitement pré-transfert</p> <p>Perfuser nicardipine 10 mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 23 gouttes/mn soit 3 mg/h pour une dilution de 20 mg dans 500 CC de sérum salé) à faire passer en 12 heures.</p> <p>Administrer le sulfate de Magnesium (dose d'attaque) (<i>cf. Fiche technique n° 10 : Soins prénatals : Modalité d'administration du sulfate de magnesium pour la preeclampsie severe et l'eclampsie</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre sonde urinaire à demeure
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Prendre connaissance de la fiche de Référence si disponible. • Examiner la patiente. <p>Si TA inférieure à 160/100 mm Hg, sans retentissement fœtal sans protéinurie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la femme au repos au lit en décubitus latéral gauche. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> • Nifédipine 10 mg : 1 cp matin et soir ; <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> • Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. • Donner des conseils hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Régime normosodé ; ○ Boire abondamment. <p><u>N.B</u> : Il faut éviter les boissons diurétiques (quinqueliba, n'golobè, nganibacala, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la prise en charge psychosociale (plus d'attention du conjoint et de la famille). • Donner un rendez-vous de suivi tous les 15 jours. • Etablir un carnet de surveillance tensionnelle pour s'assurer de l'équilibre de la TA entre deux rendez vous. • Faire le bilan : NFS plus plaquettes, uricémie, créatinémie, glycémie, transaminases, ionogramme sanguin.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si le bilan n'est pas normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la patiente. • Continuer le traitement. <p>Si TA < 160/100 mmHg avec retentissement fœtal et ou protéinurie.</p> <p><u>Grossesse non à terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser. • Mettre la femme au repos en décubitus latéral gauche. • Faire la prise en charge psychosociale de la patiente et de son entourage. • Administrer nifédipine 10 mg (3 à 6 comprimés/jour par voie orale) ou alphaméthyl dopa 250 mg (2 comprimés chaque 12 h sans dépasser 1,5 g/jour par voie orale) jusqu'à l'amélioration de la TA. • Faire échographie obstétricale, Cardiotocographie fœtale et Bilan d'HTA (fond d'œil, protéinurie de 24 h, créatinémie, NFS plus plaquettes, uricémie, glycémie, transaminases, ionogramme sanguin). <p>Si évolution favorable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller en ambulatoire 2 fois/semaine jusqu'à terme. • Envisager un accouchement par voie basse. <p>Si évolution non favorable (augmentation de la protéinurie : supérieure à 2 croix et/ou TA non maîtrisée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter comme une pré-éclampsie sévère (cf. Algorithmes : Soins prénatals). <p><u>Grossesse à terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser. • Mettre la femme au repos en décubitus latéral gauche. • Faire la prise en charge psychosociale de la patiente et de son entourage. <p>Si conditions obstétricales favorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique N° 9 : Soins prénatals : maturation et déclenchement du travail par le misoprostol et le protocole du déclenchement du travail d'accouchement) ou perfusion d'ocytocine si nécessaire ; • Administrer : Nifédipine 10 mg : 3 à 6 capsules par jour par voie orale ou Alphaméthyl dopa 250 mg/2 comprimés 2 fois/jour ; • Rechercher BCF ; • Echographie Doppler si possible. <p>Si échec du déclenchement ou si souffrance fœtale :</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne. <p>Si prééclampsie sévère (cf. Algorithmes : Soins prénatals) :</p> <p>Grossesse non à terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser (repos, surveillance : TA et BCF toutes les heures, protéinurie, diurèse, poids) ; • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le Ringer lactate ou le serum salé isotonique ; • Mettre la femme en décubitus latéral gauche avec barrières à l'obscurité ; • Mettre la canule de Guédel dans la bouche + aspiration des voies aériennes supérieures ; • Poser une sonde urinaire à demeure ; • Faire la cardiotocographie fœtale si possible ; • Administrer Nicardipine 10mg IV (20mg/500 ml de sérum salé à 8 gouttes/minute jusqu'à 23 gouttes par minute et par jour) et sulfate de magnésium (cf. Fiche technique n° 10 : Soins prénatals : Modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la preeclampsie severe et l'eclampsie) jusqu'à l'amélioration de la TA ; • Faire la corticothérapie avant 34 SA si fœtus vivant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bétamétasone (Célestène) 3 ampoules soit 12 mg en IM, à renouveler 24 h plus tard à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas, OU ○ Dexaméthasone 6 mg en IM toutes les 12 heures pendant 48 heures (soit 4 doses) à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas. • Assurer la consultation spécialisée ; • Faire échographie obstétricale si possible ; • Demander les examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Uricémie, créatinémie, Azotémie ; Glycémie ○ Transaminases sériques ; ○ NFS plaquettes ; ○ ECG ; ○ Fond d'œil. <p>Pas d'amélioration des signes :</p> <p>Grossesse évolutive :</p> <p>Si conditions favorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique N° 9 : Soins prénatals et le protocole de déclenchement du travail d'accouchement) ou perfusion d'ocytocine si nécessaire <p>Si conditions défavorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne ; • Prendre en charge les complications. <p>Grossesse arrêtée :</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique n° 9 : Soins prénatals et le protocole de déclanchement du travail d'accouchement) OU perfusion d'ocytocine si nécessaire ; • Prendre en charge les complications <p>Amélioration des signes</p> <p><u>Grossesse évolutive :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer traitement anti-hypertenseur durant toute la grossesse sous surveillance hebdomadaire (Nifedipine 10 mg : 1 cp 3 fois par jour ou Méthylodopa 250 mg/2 ; • Pratiquer la césarienne si âge gestationnel ≥ 34 SA. <p><u>Grossesse arrêtée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique n° 9 : Soins prénatals et le protocole de déclanchement du travail d'accouchement) ou perfusion d'ocytocine si nécessaire; • Prendre en charge les complications du post partum. <p><u>Grossesse à terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser (repos, surveillance). • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> • Nicardipine IV 10 mg (20 mg/500 ml de sérum salé à 8 gouttes/minute jusqu'à 23 gouttes /minute) • Sulfate de magnésium (cf. Fiche technique n° 9 – Soins prénatals). • Rechercher les BCF. • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique n° 9 : Soins prénatals et le protocole de déclanchement du travail d'accouchement) ou perfusion d'ocytocine si nécessaire. <p><i>Si échec du déclenchement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne. <p><u>N.B : Prise en charge pluridisciplinaire entre Obstétricien, Pédiatre, Anesthésiste et référer le nouveau-né en pédiatrie.</u></p>
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p><i>Si éclampsie</i> (cf. Algorithme : Soins prénatals) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District. • Consultations spécialistes (Néphrologie,...).
	•
	•
	•
	•
	•
	•

N.B : Prescrire l'acide acétyl salicylique (Aspégic nourrisson 100 mg ou 1/4 de

comprimé d'aspirine 500 mg par jour) à la gestante entre la 8^e et la 14^e semaine de grossesse.

Poursuivre ce traitement jusqu'à 36 SA.

Quand ce traitement à l'acide acétyl salicylique commence après 22 SA, le bénéfice escompté est minime.

Les indications de cette prescription sont :

- HTA ou Pré éclampsie ;
- Eclampsie ;
- HRP ;
- Mort-né à répétition ;
- Fausses couches à répétition ;

4.4. Hémorragies au cours de la grossesse

4.4.1. Définition :

On entend par hémorragie au cours de la grossesse, toute perte de sang d'origine génitale.

❖ Grossesse extra utérine (GEU)

a. Définition :

La GEU est la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

La GEU rompue est un accident paroxystique réalisant une hémorragie interne consécutive à une grossesse extra-utérine.

b. Éléments du diagnostic clinique :

- **GEU non rompue** :
 - Douleurs pelviennes ;
 - Métrorragie minime de sang noirâtre ;
 - Aménorrhée présente ou pas ;
 - Syncope ;
 - TV : col fermé, utérus légèrement augmenté de volume (mais plus petit que celui de l'âge présumé de la grossesse), masse latéro-utérine douloureuse.
- **GEU rompue** :
 - Douleurs pelviennes ;
 - Métrorragie minime de sang noirâtre ;
 - Aménorrhée présente ou pas ;
 - Collapsus cardiovasculaire ou état de choc (chute tensionnelle, pâleur conjonctivale, extrémités froides, sueur, pouls accéléré, sensation de soif) ;
 - Cri de l'ombilic, toucher vaginal douloureux (cri du DOUGLAS).

❖ Avortement

a. Définition :

L'avortement se définit comme étant l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant 22^{ème} semaine de gestation. Il peut être spontané ou provoqué.

b. Éléments de diagnostic :

- **Menace d'avortement :**
 - Saignement vaginal de petite abondance provenant de la cavité utérine ;
 - Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées ;
 - Col fermé/peu ou pas modifié ;
 - Utérus augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse, ramolli ;
 - Test de grossesse positif ;
 - Vitalité embryonnaire à l'échographie pelvienne.

- **Avortement inévitable :**
 - Saignement vaginal de moyenne ou grande abondance provenant de la cavité utérine ;
 - Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes et rythmées (de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante) ;
 - Col raccourci et ouvert ;
 - Utérus, augmenté de volume correspondant à l'âge présumé de la grossesse, ramolli ;
 - Absence d'expulsion du produit de conception.

- **Avortement incomplet :**
 - Saignement vaginal de moyenne ou grande abondance provenant de la cavité utérine ;
 - Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes persistantes ;
 - Col raccourci et ouvert contenant des débris ovulaires ;
 - Utérus, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse, plus ou moins ramolli ;
 - Expulsion partielle du produit de conception.

- **Avortement complet :**
 - Saignement vaginal minime/insignifiant provenant de la cavité utérine ;
 - Douleurs abdomino-pelviennes peu intenses ;
 - Col fermé ;
 - Utérus de consistance plus ou moins ferme, augmenté de volume, inférieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse ;
 - Utérus vide à l'échographie.

- **Avortement molaire :**
 - Nausées/vomissements exagérés (parfois) ;
 - Saignements plus importants que les règles habituelles ;
 - Saignement abondant provenant de la cavité utérine ;
 - Expulsion de vésicules ;
 - Col ouvert ;
 - Utérus augmenté de volume, supérieur à celui correspondant à l'âge présumé de la grossesse, plus ramolli que la normale ;
 - Présence possible de kystes ovariens ;
 - Présence des images intra utérines en flocons de neige à l'échographie sans fœtus visible ;
 - Taux HCG très élevé.

- Soins après avortement ([cf. Algorithme : Prise en charge avortement incomplet](#)).

Les services de soins après avortement doivent inclure à la fois les soins curatifs et préventifs.

Les composantes des soins après avortement sont :

- Traitement de l'avortement et de ses complications ;
- Counseling ;
- Planification familiale après avortement ;
- Liens avec les autres services de santé de la reproduction ;
- Implication de la communauté.

❖ Placenta praevia hémorragique

a. Définition :

Insertion totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques. Il peut être recouvrant ou non recouvrant.

b. Éléments de diagnostic :

- Hémorragie de survenue inopinée et indolore faite de sang rouge vif, provenant de la cavité utérine, ayant tendance à se répéter, parfois déclenchée par le toucher vaginal ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses ;
- Signes de choc (parfois) ;
- Présentation haute, souvent excentrée et anormale ;
- Utérus souple en dehors des contractions du travail ;
- BCF généralement présents ;
- Au TV : Sensation de matelas placentaire entre la présentation et le segment inférieur (placenta praevia recouvrant).

❖ Hématome retro-placentaire

a. Définition :

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus. Il s'agit d'un accident paroxystique qui survient au cours de la grossesse.

b. Éléments de diagnostic :

- Saignement peu abondant de sang noirâtre ;
- Douleur violente en coup de poignard ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses ;
- Signes de choc ;
- Contracture utérine permanente ou utérus de bois ;
- HU varie d'un examen à un autre (possible augmentation d'un examen à l'autre) ;
- BCF altérés, souvent absents ;
- Présence d'une cupule rétro-placentaire (vérifiable après la délivrance).

4.4.2. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la femme et la famille. • Examiner la femme. • Mettre en observation. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le Ringer lactate ou le serum salé isotonique. <p>N.B :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex). • Eviter les TV profonds en cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre, car on risque d'aggraver le saignement d'un placenta praevia recouvrant. <p>❖ En cas de menace d'avortement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer un anti spasmodique par voie parenterale. • Conseiller le repos. • Conseiller la patiente d'éviter les efforts physiques et les rapports sexuels. <p>Si le saignement est persistant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer la patiente pour apprécier la vitalité embryonnaire (échographie si disponible). <p>Si vitalité embryonnaire positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reférer. <p>Si vitalité embryonnaire absente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une évacuation utérine. (cf. Algorithme Avortement incomplet - Soins prénatals). <p>❖ En cas d'avortement incomplet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une évacuation utérine (cf. Algorithme Avortement incomplet – Soins prénatals). <ul style="list-style-type: none"> ○ Aspiration Manuelle Intra Utérine : AMIU (cf. Fiche technique n° 14 - Soins prénatals) ; <p style="text-align: center;">OU</p> ○ Administration du misoprostol : cf. Fiche technique n° 15 : Administration du misoprostol en SAA et Fiche technique n° 16 : Gestion des effets secondaires du misoprostol en SAA - Soins prénatals. • Envoyer le produit de conception pour l'analyse anatomopathologique si possible. • Surveiller la femme pendant au moins 2 heures. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si saignement minime : • Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, planification familiale). • Fournir une méthode de contraception si la femme le désire. <li style="padding-left: 20px;">➤ <u>Si saignement important</u> : • Prendre une voie veineuse et référer. ❖ En cas d'avortement complet : • Observer la patiente et s'assurer que le saignement est minime. • Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux. • Faire le counseling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF). • Fournir une méthode de contraception si la femme le désire. • Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge. • Envoyer le produit de conception pour l'analyse anatomopathologique si possible. ❖ En cas de grossesse extra-utérine, d'avortement compliqué, de grossesse molaire, de placenta praevia, d'HRP, de rupture utérine : • Prévoir des donneurs de sang. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le Ringer lactate ou le serum salé isotonique. • Evacuer. <p>N.B : Continuer la réanimation au cours du transport.</p>
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique si cela n'était pas fait. • Faire l'examen de la femme. • Mettre une sonde vésicale à demeure. • Donner de l'oxygène si besoin. • Traiter selon la cause. • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Numération formule sanguine + Plaquette ; ○ Tests de coagulation : Test de Coagulation au lit de la patiente (cf. Fiche technique n° 12 - Soins prénatals), TP, TCA. • Echographie si possible. ❖ S'il s'agit d'une grossesse extra-utérine :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer immédiatement la laparotomie (cf. Algorithme GEU - Soins prénatals). • Faire l'examen anatomopathologique du produit de conception. ❖ S'il s'agit de menace d'avortement : <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom. ❖ S'il s'agit d'avortement complet : <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom. ❖ S'il s'agit d'avortement incomplet : <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom. ❖ S'il s'agit d'avortement compliqué (cf. Algorithme - Soins prénatals). ❖ S'il s'agit de grossesse molaire : <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer l'AMIU (cf. Fiche technique n° 14 : AMIU - Soins prénatals) sous perfusion d'ocytocine (10 UI dans 500 ml de sérum salé physiologique ou de Ringer lactate (60 gouttes/mn). • Fournir une méthode de contraception. • Assurer le suivi post molaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi clinique ; ○ Suivi biologique par un test urinaire de grossesse/dosage bêta - HCG (si possible) toutes les 8 semaines pendant au moins un an. Si le test n'est pas négatif au bout de 8 semaines ou redevient positif moins d'un an après l'avortement : Instaurer un traitement spécifique et un suivi adéquat ou référer. ❖ S'il s'agit d'un placenta praevia : <p>Si hémorragie minime :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la gestante et surveiller l'évolution de la grossesse jusqu'à l'accouchement. • Corriger l'anémie si nécessaire. • S'assurer de la disponibilité du sang au cas où une transfusion serait nécessaire. • Faire la maturation pulmonaire si âge gestation inférieur à 34 SA (cf. Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré). <p>Si hémorragie minime et continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux Hb < 10g/dl ou signes d'intolérance : transfusion sanguine, • Pratiquer la césarienne. <p>Si hémorragie abondante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne sans tenir compte de l'âge gestationnel. <p>N.B : Pratiquer immédiatement la césarienne en cas de placenta praevia recouvrant.</p> <p>cf. Algorithme : Placenta praevia - Soins prénatals</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>❖ S'il s'agit d'un hématome retro-placentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre voie veineuse (cathéter 16G/18G) ; • Faire passer Ringer lactate (OU Sérum Salé OU Macromolécule) 1 à 2 litres en 15 mn selon l'état ; • Faire les prélèvements sanguins pour groupe sanguin et rhésus, NFS, plaquettes, fibrinogène, TCA, TP, PDF (produits de dégradation de la fibrine). • Transfuser si tx Hb < 7 g/dl (plasma frais congelé ou concentrés globulaires) ou signes de choc OU continuer la perfusion (Ringer lactate OU macromolécule) ; • Placer la sonde vésicale (Foley) ; • Pratiquer la Césarienne. <p>N.B : Ne pas oublier de mesurer la cupule et de peser les caillots. <i>cf. Algorithme HRP - Soins pernatals).</i></p> <p>❖ S'il s'agit de rupture utérine (<i>cf. Algorithme rupture utérine - Soins pernatals).</i></p>
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Idem Hôpital du District. <p>Si grossesse molaire et GEU : Idem Hôpital du District. Si placenta praevia, HRP et rupture utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District.

4.5. Choc

4.5.1. Définition :

C'est l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux.

C'est une affection qui met en danger le pronostic vital et nécessite un traitement immédiat et intensif.

4.5.2. Éléments de diagnostic :

- Fièvre ou hypothermie.
- État général : nausées, vomissements, soif intense, agitation, angoisse, somnolence, voire coma.
- TA : effondrée (< 80/60 mm Hg).
- Pouls : filant et rapide (> ou = 110 pls/mn).
- Diurèse : diminuée à nulle (< 30 ml/h).
- Respiration : rapide et superficielle (> 30 mvts/mn).
- Peau : transpiration ou moite.
- Extrémités : froides et cyanosées.

N.B : Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge.

4.5.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<p><i>Village/Communautaire</i></p> <p>CSCoM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le CSCoM. • Accueillir la patiente. • Rassurer la femme et la famille. • Examiner la femme. • Libérer les voies aériennes (si nécessaire). • Installer l'abord veineux par 2 cathéters 16G ou 18G. • Surélever les pieds du lit (sauf en cas de choc cardiogénique). • Perfuser très rapidement (500 CC en 15 minutes soit 33 gouttes par minute) Ringer-Lactate, ou sérum salé 9 ‰ (sauf en cas de choc cardiogénique). • Placer une sonde urinaire. • Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> ○ le pouls, la TA (toutes les 15 mn) ; ○ la température (3 fois/jour) ; ○ la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn) ; ○ l'état de conscience (toutes les 15 mn) ; ○ la diurèse (toutes les heures) ; ○ les battements cardiaques foetaux (toutes les 15 mn) ; ○ les contractions utérines. • Prévoir des donneurs de sang si choc hémorragique. • Evacuer. <p>N.B : Continuer la réanimation au cours du transport.</p>
<p>Hôpital du District</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p>Règles générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible ; • Surveiller les signes vitaux ; • Mettre la patiente en décubitus latéral gauche pour limiter les risques d'inhalation en cas de vomissement et dégager les voies respiratoires ; • Recouvrir la patiente pour éviter le refroidissement ; • Surélever les jambes de la patiente pour faciliter le retour veineux ; • Prendre deux voies veineuses en utilisant des cathéters ou des aiguilles de 16G ou 18G ; • Faire les prélèvements pour les examens d'urgence (groupage sanguin, hématoците, taux d'hémoglobine, CRP, test de compatibilité). <p>Si prendre deux voies veineuses est impossible, faire une dénudation veineuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfuser rapidement du sérum salé physiologique ou du Ringer lactate au moins deux litres au cours de la première heure, le premier litre devant être administré en 15 à 20 minutes.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>N.B : En cas de choc résultant d'une hémorragie, le débit de la perfusion doit être plus rapide afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale. • Continuer à surveiller les signes vitaux et la perte de sang toutes les 15 minutes. • Surveiller le débit urinaire (diurèse horaire) à l'aide d'une sonde urinaire. • Poursuivre le remplissage vasculaire par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Sang et dérivés ; ○ Macromolécules ; ○ Solutions (Ringer-lactate, salé 9 ‰) ; ○ Bicarbonate 14 ‰ pour corriger l'acidose. • Administrer adrénaline 0,5 mg en perfusion. • Administrer paracétamol 1 g en IV lente si nécessaire (Prodafalgan). • Administrer antibiotique selon le cas. • Traiter la cause. • Surveiller comme au niveau CSCom. • Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste < 0,5 CC/kg/heure. <p>Si la TA s'élève (maximale à 100 mmHg), le pouls ralentit (< 100/min) et que la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1 CC/kg/h) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ramener le débit de la perfusion à 16 gouttes par minute ; • Surveiller l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. S'ils apparaissent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Arrêter le remplissage ; ○ Administrer du furosémide (40 mgIV).
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District.

4.6. Anémie et grossesse

4.6.1. Définition :

L'anémie se définit au cours de la grossesse comme une diminution du taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl.

Lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à **7 g/dl** ou hématokrite \leq **20%** on parle d'anémie sévère.

4.6.2. Éléments de diagnostic :

Anémie légère :

- Pâleur ;

- Sensation de fatigue ;
- Tachycardie ;
- Dyspnée d'effort.

Anémie grave ou décompensée :

- Céphalées vertiges ;
- Troubles de la conscience ;
- Dyspnée au moindre effort ;
- Palpitations ;
- Fatigue importante au moindre effort ;
- Pâleur intense ou extrême des muqueuses et des téguments ;
- Pouls rapide ;
- Souffle systolique mitral ;
- Œdèmes.

4.6.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la femme et la famille. • Faire l'examen physique. • Rechercher la cause et traiter. <p>Si anémie légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils nutritionnels. • Faire la supplémentation en fer + acide folique. • Donner albendazole 400 mg. • Referer si pas d'amélioration au bout d'un mois de traitement. <p>Si anémie grave (taux Hb inférieur ou égal 7g/dl ou hématocrite inférieur ou égal 20%) et/ou décompensée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la femme et la famille. • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou du sérum glucosé 10%. • Référer la patiente en position demi-assise.
Hôpital du District	<p>Si anémie légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Faire NFS ou taux d'Hémoglobine ou d'hématocrite. • Faire la recherche d'agglutinine irrégulière. <p>Si anémie grave ou décompensée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser. • Installer la patiente en position demi-assise. • Faire NFS ou taux d'Hémoglobine ou d'hématocrite. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du ringer lactate ou du sérum glucosé 10%. • Oxygéner. • Mettre une sonde vésicale à demeure.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Transfuser du concentré de globule rouge ou à défaut du sang total après test de compatibilité (<i>cf. Fiches techniques n° 11 : Transusion sanguine, n° 12 : Test de compatibilité sanguine au lit de la malade et n° 13 : Test de coagulation au lit de la patiente - Soins prénatals</i>). <p>N.B : Faire le contrôle ultime au lit du malade avant la transfusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer du Fer/acide folique. • Rechercher la cause et la traiter.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District. • Faire la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

N.B : Prévention de l'anémie gravidique :

- Donner des conseils nutritionnels.
- Faire la supplémentation en fer et acide folique.
- Donner un déparasitant : Albendazole 400mg 1cp à partir du 2^{ème} trimestre.

4.7. Menace d'accouchement prématuré (MAP)**4.7.1. Définition :**

La menace d'accouchement prématuré est un ensemble de signes et symptômes ressemblant au travail d'accouchement qui surviennent entre la 22^{ème} semaine révolue et avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

Au Mali, l'accouchement prématuré est défini comme tout accouchement entre la 28 SA et 36 SA plus 6 jours.

4.7.2. Eléments de diagnostic :

- Contractions utérines douloureuses ;
- Perte de glaire ;
- Saignements génitaux ;
- Modifications du col : effacement et ou dilatation.

4.7.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter au CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Rassurer la patiente et la famille ; • Faire l'examen physique ; • Mettre la patiente au repos ; • Conseiller de porter de garnitures propres si rupture prématurée des membranes ; • Donner un tocolytique ou un antispasmodique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Salbutamol suppo : 1 suppo matin et soir OU ○ Buthyl hyocine ou phloroglucinol (Spasfon) : 2 cp - matin, midi et soir.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de fièvre, donner le paracetamol 500 mg ; • Evacuer.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Idem CSCCom. • Demander les examens complémentaires : NFS, dosage de la CRP (Proteine C Reactive) pour confirmer l'infection : un examen cyto bactériologique des urines (ECBU), un prélèvement endocervical, TDR, GE, échographie par voie abdominale si possible (présentation, biométrie, vitalité, placenta). • Evaluer la sévérité. <p>Si MAP légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller le repos et les mesures hygiénodietétiques ; • Donner un tocolytique ou un antispasmodique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Salbutamol suppo 1 suppo matin et soir OU ○ Buthyl hyocine ou phloroglucinol (Spasfon) 2 cp matin, midi et soir. • Traiter la cause si possible. <p>Si MAP sévère dilatation du col > 3 cm :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser ; • Faire la tocolyse (dans le but d'inhiber les contractions utérines) : Nifédipine 10 mg : 1 cp toutes les 15 minutes pendant 1 heure puis Nifédipine 20 mg forme retard toutes les 12 heures ; • Faire la corticothérapie (améliorer la maturité pulmonaire fœtale) entre 26 et 34 SA : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bétamétasone (Célestène) 3 ampoules soit 12 mg en IM, à renouveler 24 h plus tard à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas. <p style="text-align: center;">OU</p> ○ Dexaméthasone 6 mg en IM toutes les 12 heures pendant 48 heures (soit 4 doses) à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas. • Traiter la cause si possible.
	<p>Si l'accouchement prématuré est inévitable (cf. Soins pernatals).</p> <p>N.B : Dans la majorité des cas, la MAP est due à une infection urinaire ou vaginale.</p>
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District

4.8. Diabète et grossesse

4.8.1. Définition :

Le diabète est une maladie chronique dû à une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de sécrétion et/ou d'action de l'insuline responsable à long terme des complications chroniques. Un diabète découvert pour la première fois lors de la grossesse est appelé diabète gestationnel (DG).

4.8.2. Éléments de diagnostic :➤ **Diabète précédant la grossesse :**Diagnostic connu soit un **TYPE 1** ou un **TYPE 2** :**Signes cliniques :**

- Symptômes du diabète : Polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement asthénie physique importante.

Signes biologiques :

Un diabète doit être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont satisfaits :

- Glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL) (8 à 12 heures de jeûne) ;
OU
- Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g (test oral de tolérance au glucose (TOTG) $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) ;
OU
- Glycémie aléatoire $> 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) ;
OU
- Hémoglobine glyquée (HbA1c) ≥ 48 mmol/l (équivalent à 6,5 %).

➤ **Diabète gestationnel :****Facteurs de risque :**

- Surcharge pondérale/obésité (IMC ≥ 25 kg/m²) ;
- Âge supérieur à 35 ans ;
- Antécédents familiaux au premier degré de diabète ;
- Antécédents obstétricaux de diabète gestationnel, de macrosomie (poids ≥ 4000 g) ou des morts nés.

Critères diagnostiques du diabète gestationnel :

- Au premier trimestre : recherche de signe clinique (Polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, asthénie physique importante...) si présent, contrôle de la glycémie.

Chez les femmes avec 1 facteur de risque ou plus :

- Demander une glycémie à jeun :
 - Si glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l = Diabète de Type 2.
 - Si glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l = Diabète gestationnel.
- Entre 24 et 28 SA : Si glycémie à jeun $< 0,92$ g/l ou non faite :
 - Réaliser hyper glycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec 75 g de glucose avec mesure de la glycémie à jeun, 1 h et à 2 h.
- Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) → diabète gestationnel (en présence ou non des facteurs de risque).

Seuil glycémique avant et après charge orale de 75 g de glucose		
<i>Glycémie à jeûn</i>	$\geq 0,92$ g/litre	$\geq 5,1$ mmol/litre
<i>et/ou glycémie à 1 heure post-charge</i>	$\geq 1,80$ g/litre	$\geq 10,0$ mmol/litre
<i>et/ou glycémie à 2 heures post-charge</i>	$\geq 1,53$ g/litre	$\geq 8,5$ mmol/litre

N.B : Une seule valeur supérieure ou égale à ces normes suffit pour poser le diagnostic de diabète gestationnel.

4.8.3. Gestes d'urgence devant certaines complications :

- **En cas d'hypoglycémie** (hypersudation, palpitation, faim, vertiges, énervement, agitation) :

Si glycémie < 0,7 g/l :

- Donner 5 g de sucre pour 15 kg.

Si hypoglycémie sévère (glycémie < 0,5 g/l avec possibilité de coma) :

- Prendre une voie veineuse avec le sérum glucosé 5% ou 10% ou 30% ;
- Evacuer au besoin.

- **En cas d'acidocétose** (polyurie, polydipsie, amaigrissement, polypnée, halène de fruits pourris, troubles gastro-intestinaux).

Si glycémie \geq 2,5 g/l, glycosurie ++, plus acétonurie ++ et plus (risque de coma) :

- Prendre la voie veineuse avec le sérum salé 9 ‰ et administrer de l'insuline ordinaire (10 UI en IV et 10 UI en IM) ;
- Placer une sonde urinaire à demeure ;
- Evacuer au besoin.

4.8.4. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, notion de diabète dans la famille : <ul style="list-style-type: none"> • Orienter/réfé rer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, glycosurie significative deux croix ou plus, à deux reprises 48 heures d'intervalle en absence d'une alimentation copieuse la veille : <ul style="list-style-type: none"> • Demander la glycémie à jeun si âge supérieur à 35 ans, surpoids/obésité, antécédent de diabète dans la famille, antécédent de diabète gestationnel, macrosomie, mort-né à répétition. • Réfé rer. <p>N.B : Toute glycémie à jeun élevée (> 0,92 g/l) avec ou sans les facteurs de risque est référée.</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p>Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, glycosurie significative deux croix ou plus, à deux reprises 48 heures d'intervalle en absence d'une alimentation copieuse la veille) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander le test de confirmation du diabète gestationnel (HGPO). <p>Si le test est positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller le régime alimentaire équilibré et activité physique régulière. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer une insulinothérapie optimisée. • Faire surveillance glycémique stricte (au moins 4 contrôles/jour) pour adapter le traitement : glycémie \leq 0,95 g/l à jeun, et $<$ 1,20 g/l en post prandial (2 heures après le repas). <p><u>En cas de diabète connu (Type1 ou Type 2) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Type1 : <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre insuline à dose optimisée. ➤ Type 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter les antidiabétiques oraux. • Instaurer une insulinothérapie optimisée. • Assurer le suivi tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement. <p>N.B : Après accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'alimentation normale et activité physique modérée à adapter au cas par cas. • Diminuer de moitié les doses d'insuline après délivrance. • Assurer la prise charge du nouveau-né fragile par un pédiatre ou donner du glucose 10% par voie orale (à la petite cuillère ou à la seringue) ET • Réfé rer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District. • Prendre en charge les complications chez la femme et le nouveau-né.

N.B : La prise en charge du diabète et grossesse est pluridisciplinaire (diabétologue, gynécologue-obstétricien, pédiatre, néonatalogiste et réanimateur).

❖ **Prise en charge du diabète gestationnel**(cf. *Algorithmes - Soins prénatals*).**4.9. Drépanocytose et grossesse****4.9.1. Définition :**

La femme enceinte drépanocytaire est celle chez qui on trouve à l'électrophorèse de l'hémoglobine, un profil de syndrome drépanocytaire majeur de forme SS, SC et S/bétathalassémiques.

Une grossesse qui survient chez une femme drépanocytaire est à haut risque pour la mère et le fœtus.

4.9.2. Éléments de diagnostic :

A l'interrogatoire, quelques éléments orientent :

- Antécédents familiaux de drépanocytose ;
- Antécédents personnels de douleurs ostéo-articulaires à répétition depuis le jeune âge après un effort physique ou en cas de changement brusque de température ;
- Ictère chronique depuis l'enfance ;
- Anémie chronique.

Le diagnostic repose sur l'électrophorèse de l'hémoglobine qui montrera un profil SS, SC ou S/bétathalassémique.

4.9.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/référer au CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la patiente et la famille. • Expliquer les facteurs déclenchants des crises douloureuses (effort physique, déshydratation, fièvre, exposition au froid). • Faire l'examen physique. • Donner des conseils nutritionnels. • Donner l'acide folique : 5 mg par jour en per os. • Donner albendazole : 400 mg en une prise au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre à renouveler 6 mois après. • Référer dans une structure où on peut faire la prise en charge.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Confirmer le diagnostic par l'électrophorèse de l'hémoglobine. • Demander un bilan de suivi de base (NFS, CRP (Proteine C Reactive), Groupage-Rhésus plus phénotype érythrocytaire, RAI, Ferritine sérique). • Donner de l'acide folique : 5 mg par jour en per os pendant toute la grossesse et jusqu'à 40 jours après l'accouchement.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la SP (cf. Fiche technique n° 6 : Prescription de la SP - Soins prénatals). • Référer les femmes enceintes drépanocytaires au Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose (CRLD) au CHU du Point « G » de Bamako. <p>En cas de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le serum bicarbonaté 14% ou le serum salé isotonique (pour hydratation). <ul style="list-style-type: none"> • Donner un antalgique de référence de palier II Paracetamol + Tramadol 500 mg per os ou IV toutes les 4 heures. • Référer dans une structure où on peut faire la prise en charge.
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence et CRLD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Programmer des consultations mensuelles en collaboration avec le gynécologue-obstétricien référent dès la 20^{ème} SA. • Vérifier que le bilan de suivi de base est fait, si non le faire. • Compléter le bilan de base par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultation ophtalmologique : Fond d'œil gauche et droit (FODG) avec examen au trois miroirs (V3M) ; ○ Echographie de la vésicule biliaire ; ○ Echographie obstétricale ; ○ ECBU. • Supplémenter en acide folique : 5 mg/jour en per os. • Donner la SP (cf. Fiche technique n° 6 : Prescription de la SP - Soins prénatals). <p>Si Hb < 7 g/dl :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfuser de concentré de globules rouges phénotypé. • Préparer la femme à l'accouchement par un programme transfusionnel pour maintenir le taux d'Hb ≥ 10g/dL à partir de la 24^{ème} SA. • Définir la voie d'accouchement. • Hospitaliser la femme au moins une semaine avant la date prévue pour l'accouchement. • Mettre en réserve au moins deux (2) poches deconcentrées de globules rouges phénotypées pour une éventuelle transfusion en post-partum. • Faire le dépistage systématiquement chez le nouveau-né à partir du sang du cordon ombilical

N.B : Toute crise même non compliquée doit faire l'objet d'une hospitalisation chez la femme enceinte.

4.10. Hépatite et grossesse

a. Définition :

C'est une inflammation du foie, le plus souvent provoquée par une infection virale.

Il y'a cinq virus principaux de l'hépatite qui sont : A, B, C, D et E.

b. Eléments de diagnostic :

- Ictère (jaunissement de la peau et des yeux) ;
- Coloration sombre des urines ;
- Grande fatigue ;
- Nausées/vomissements ;
- Douleurs abdominales.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la patiente. • Orienter/référer la patiente vers le CSCCom.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la patiente. • Référer.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la patiente. <p>Si phase aigüe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser. • Demander le bilan : serologie, HVC, AgHbs, TP, transaminases. <p>Si antigène Hbs positif ou si phase chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge si possible. • Référer au gastro-hépatologue. • Assurer le suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital du District. • Prise en charge multidisciplinaire (obstétricien, gastro-hépatologue). • Suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

N.B : Chez le nouveau-né, administrer dès les premières heures 200 UI d'immunoglobulines spécifiques du VHB et le vaccin de l'hépatite B.

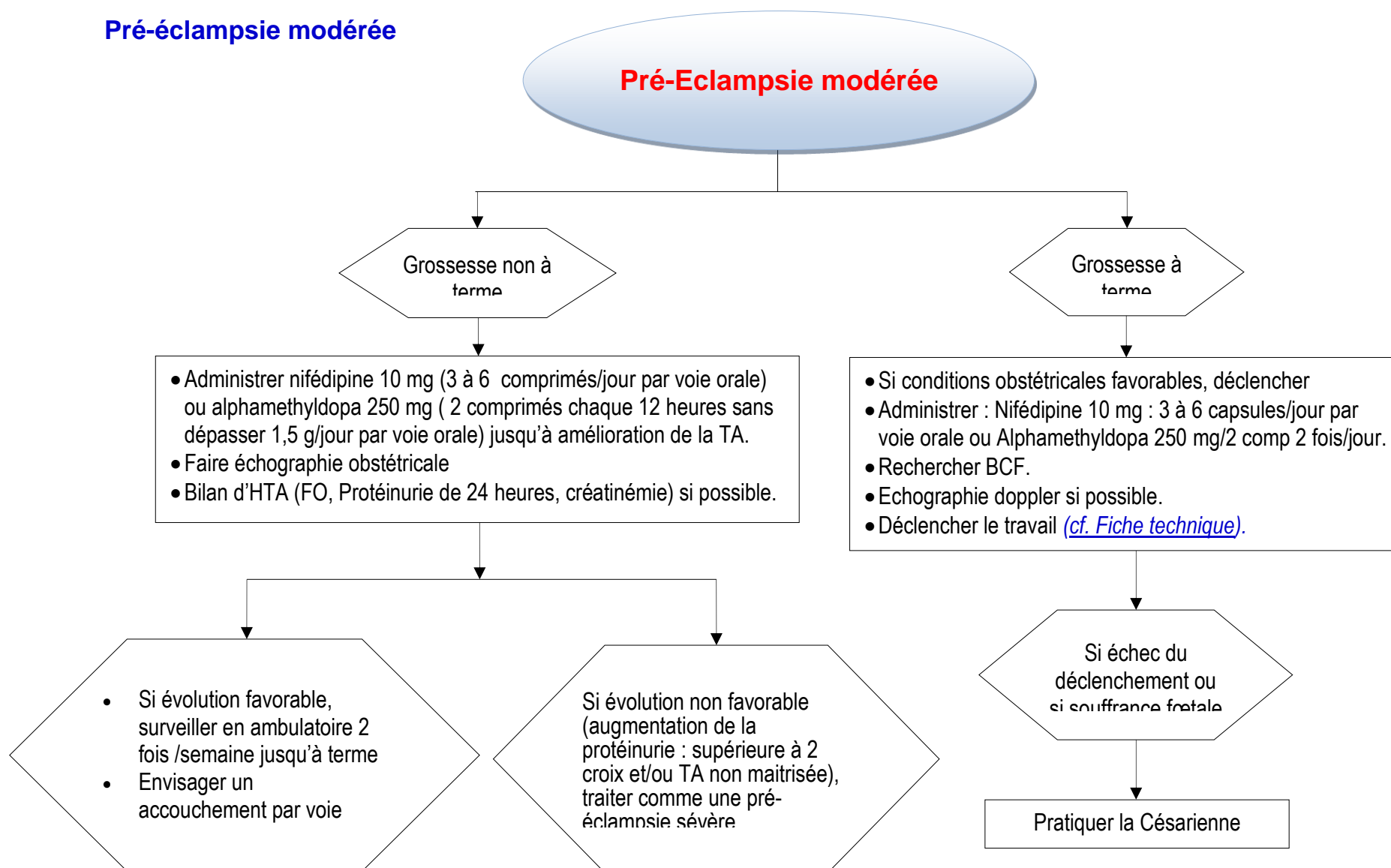
4.11. VIH et Grossesse

[cf. Volume 2.](#)

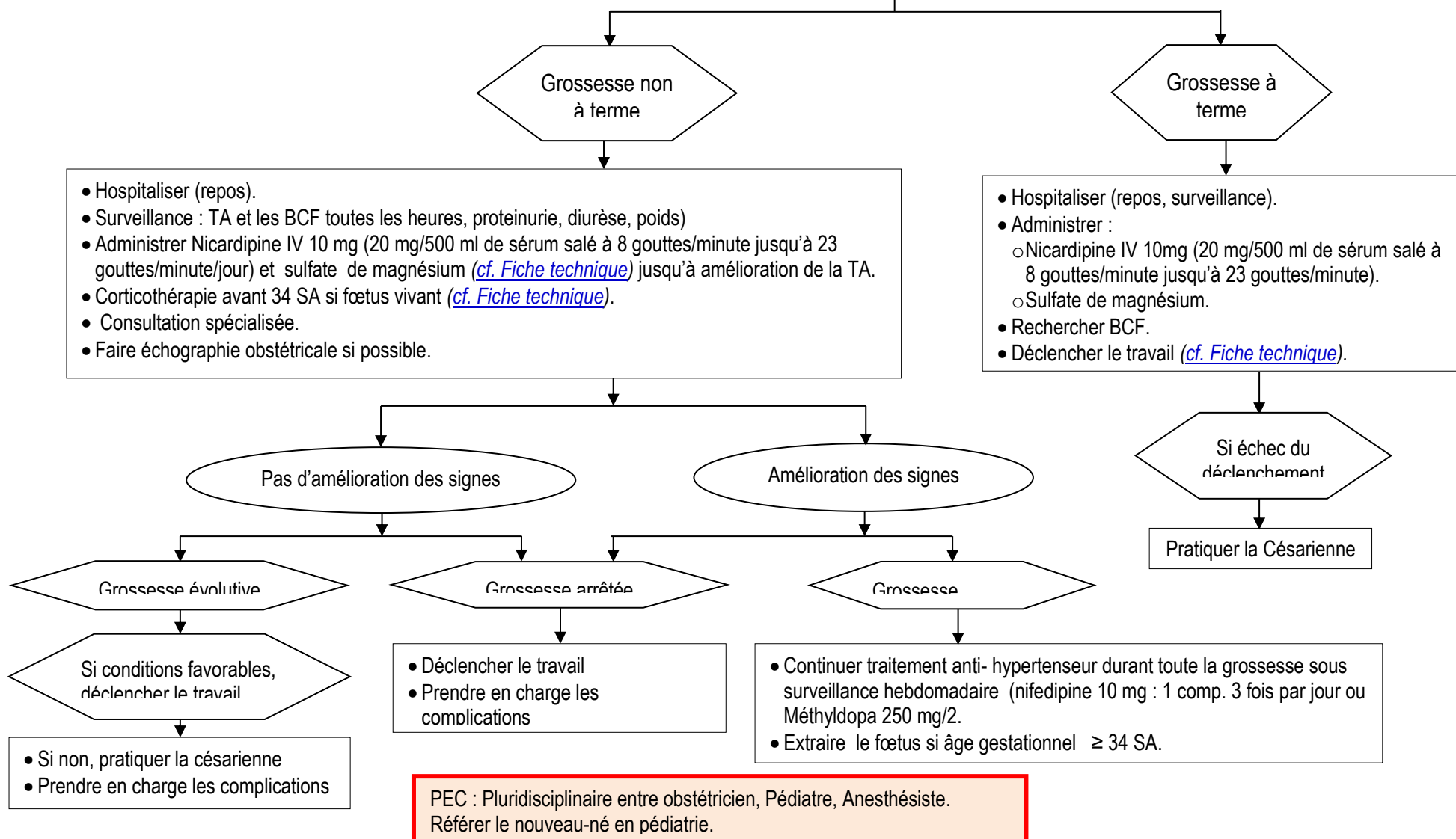
ALGORITHMES

Pré-éclampsie modérée

Pré-Eclampsie modérée



Pré-éclampsie sévère

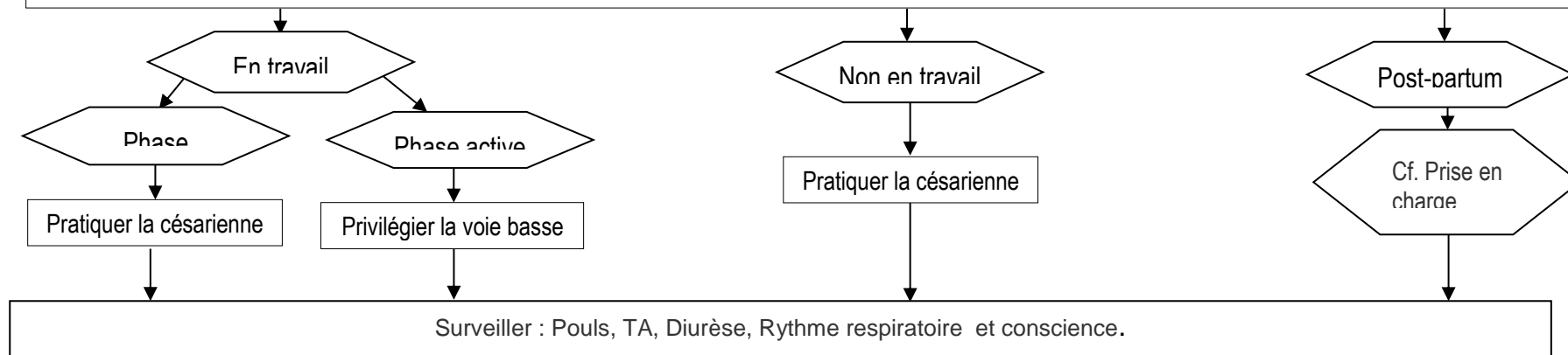
Pré-Eclampsie
Sévère

Eclampsie

Eclampsie

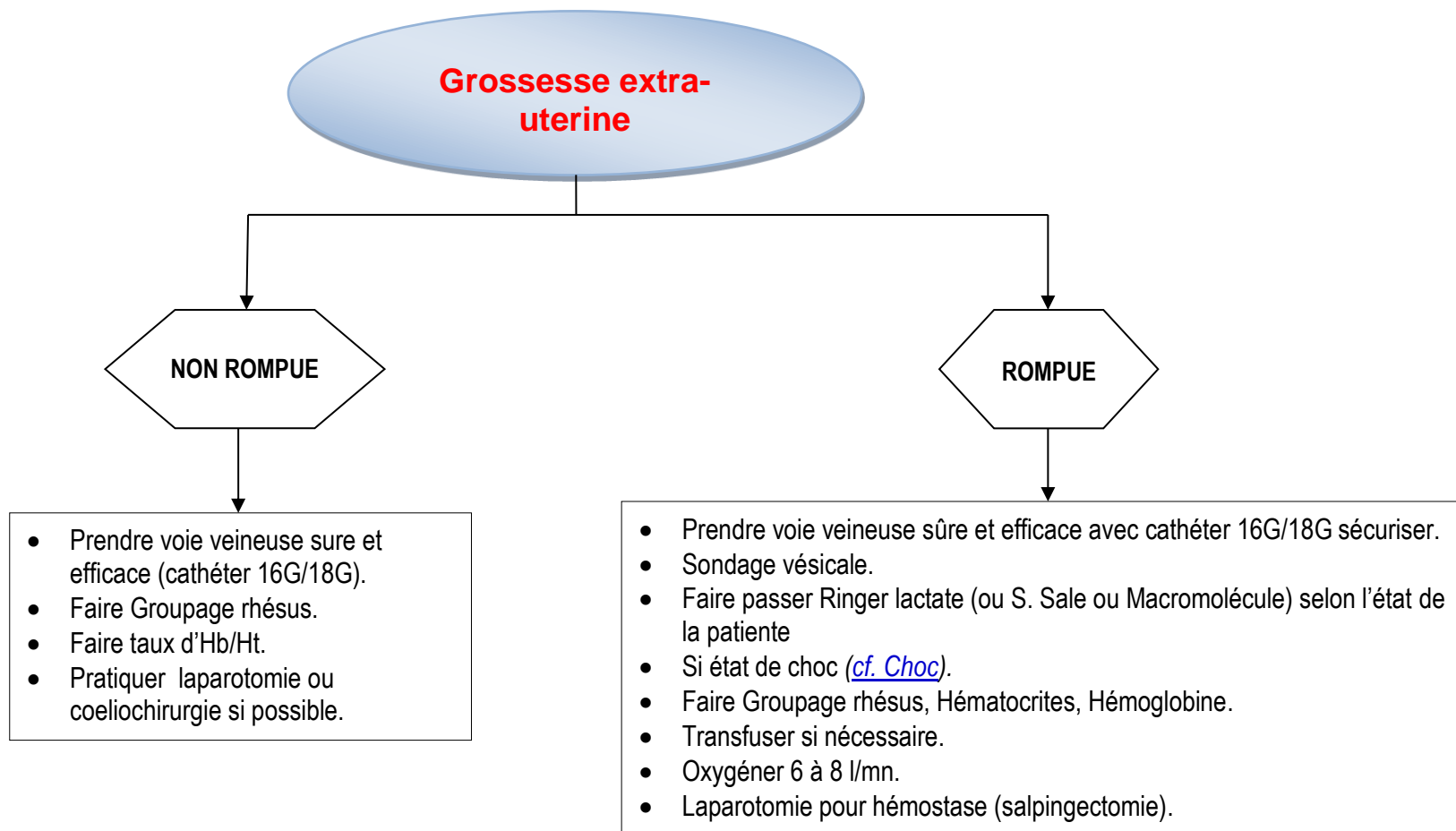
Prise en charge initiale

- Appeler à l'aide.
- Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (cou en hyper extension, placer canule de guedel ou bâillon sans étouffer, désencombrer si nécessaire).
- Prendre voie veineuse et la sécuriser (cathéter 16G/18G).
- Oxygéner : 4 à 6 litres/mn.
- Administrer sulfate de magnésium ([cf. Fiche technique](#)) ou diazépam : 10 mg en IVD puis perfusion de 40 mg dans 500 ml de sérum salé ou ringer lactate (ne pas dépasser 120 gouttes par minute).
- Administrer nicardipine 10 mg ([cf. Fiche technique](#)) **OU**
- Procéder à la réanimation hydro-électrolytique : 2 à 2,5 litres/24 heures Sérum salé ou Ringer Lactate ou de sérum glucosé à 5%.
- Placer sonde urinaire (Foley).
- Faire le groupe sanguin, NFS + plaquettes, Ionogramme sanguin, créatinine, bilan de la coagulation, transaminases hépatiques.
- Surveiller les constantes : Pouls, TA, Diurèse, Rythme respiratoire toutes les 5 min, puis toutes les 15 min.

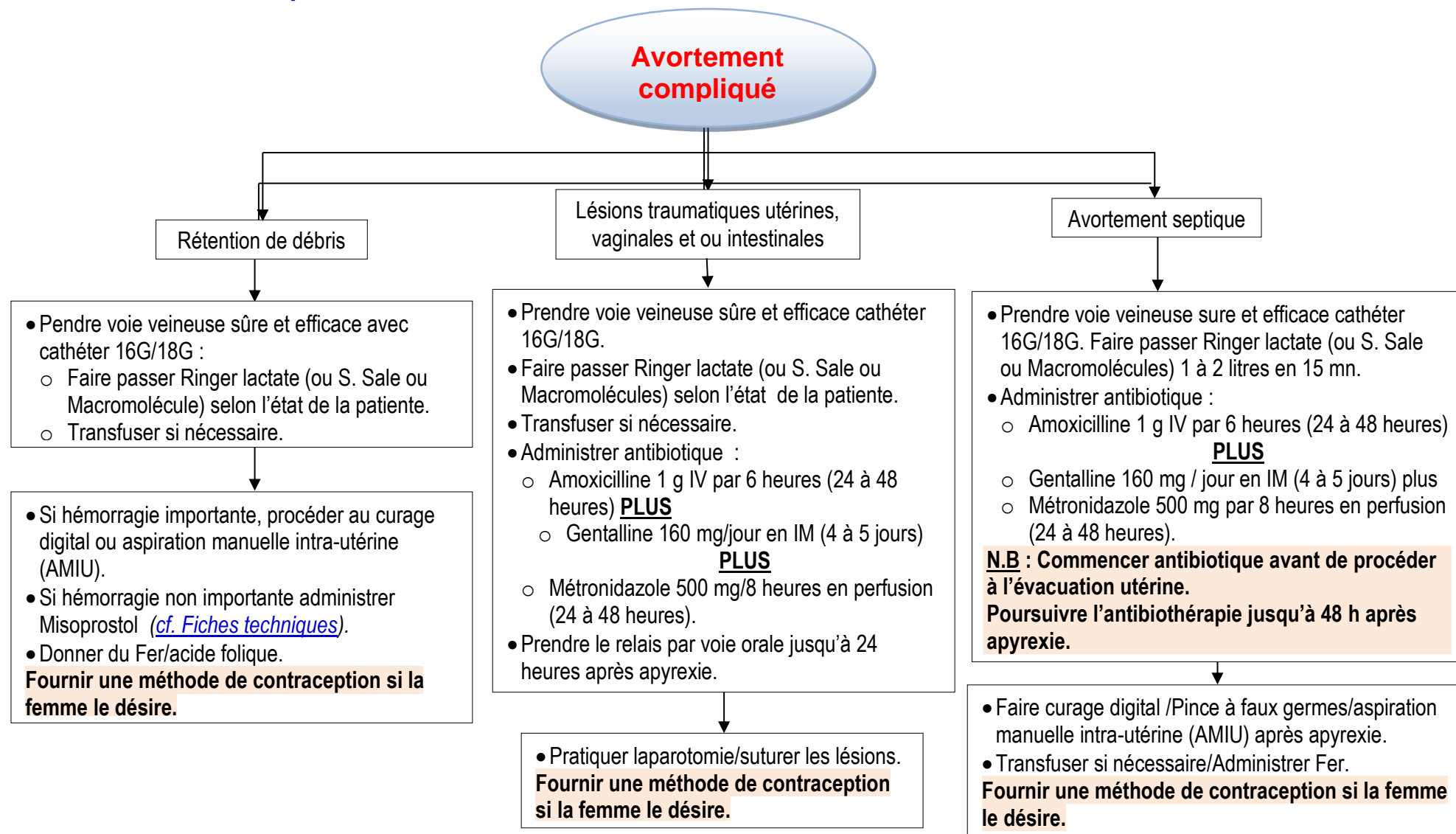
**N.B :** Utiliser le sulfate de magnésium en première intention

- Ne jamais laisser l'éclamptique seule (sans agent de santé) dans la salle d'accouchement.
- L'accouchement d'une femme éclamptique doit se faire dans les 12 heures après le début des convulsions.
- Voir protocole d'administration sulfate de magnésium.
- Si crise répétitive administrer du diazépam 5mg en IVD.
- transférer l'éclamptique en réanimation si possible.

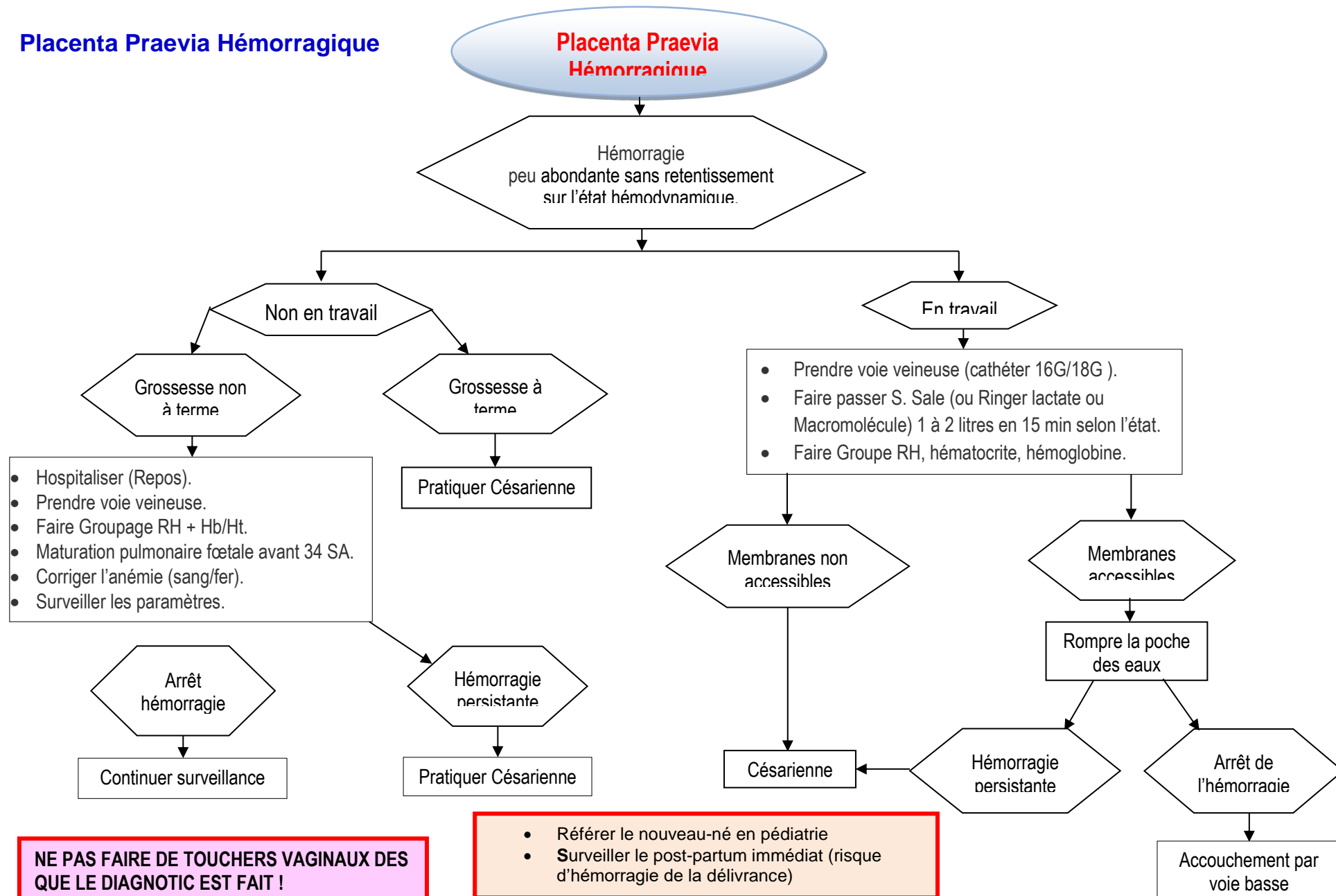
Grossesse extra utérine



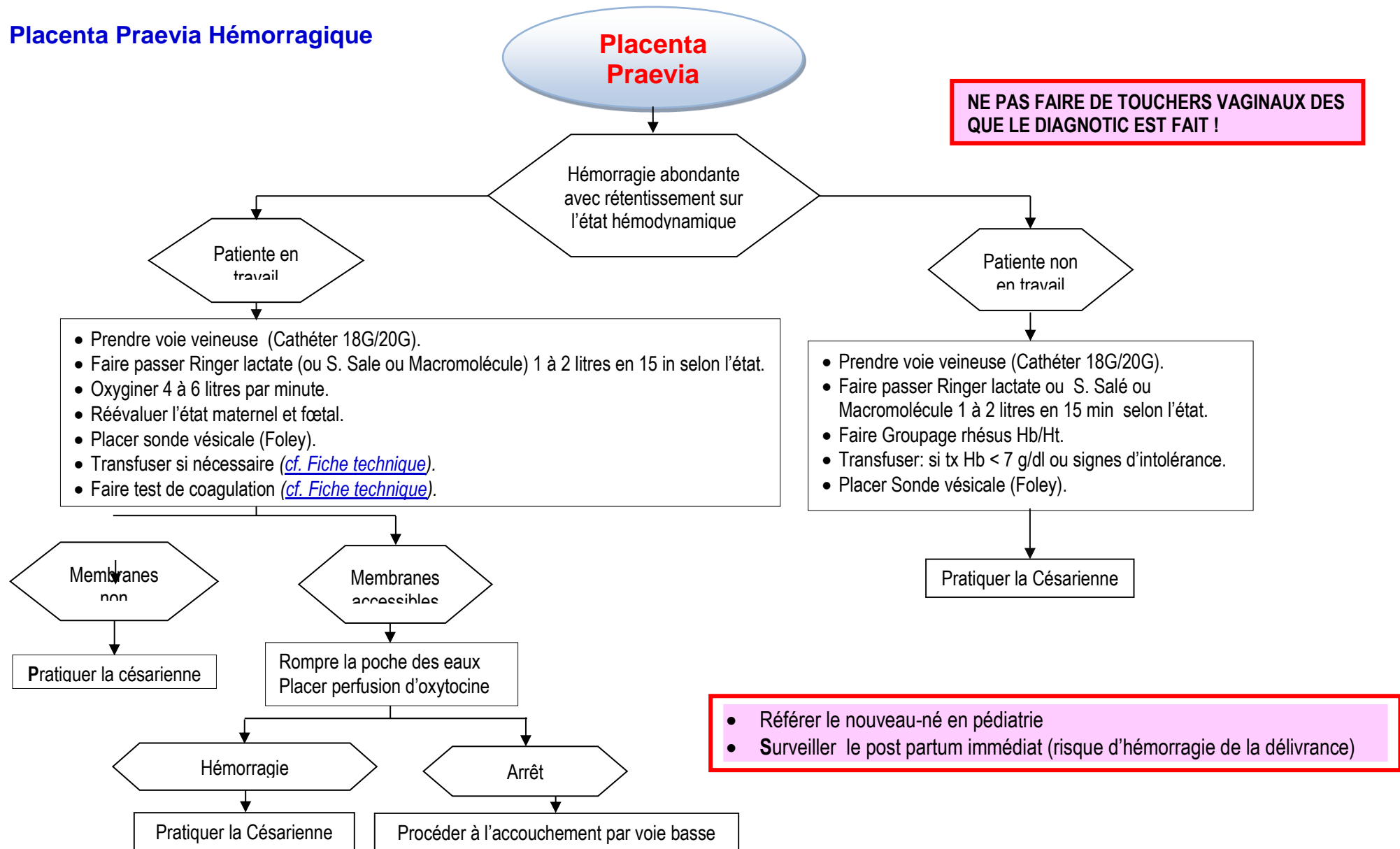
Avortement avec complications



Placenta Praevia Hémorragique



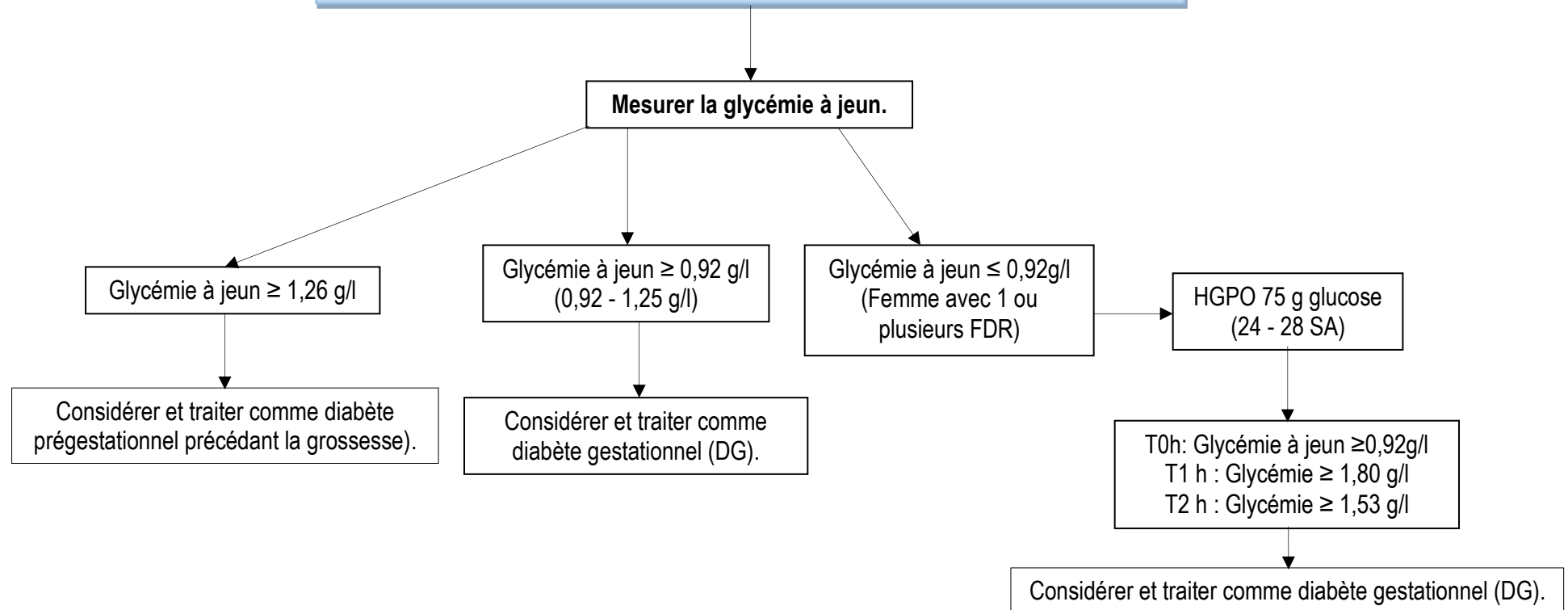
Placenta Praevia Hémorragique



Diabète gestationnel

A la 1^{ère} consultation prénatale (avant 24 SA de gestation) avec ou sans facteurs de risque :

- Age maternel ≥ 35 ans.
- IMC ≥ 25 kg/m².
- ATCD familiaux de diabète (parents 1^{er} degré)
- ATCD personnels de diabète gestationnel.
- ATCD de gros bébé (> 4 kg).



II. SOINS PERNATALS

A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT (CCSC)

[cf. Volume 1.](#)

B. SOINS PERNATALS

1. Définition

C'est l'ensemble des soins prodigués du début du travail jusqu'à 24 heures après l'accouchement.

2. Etapes

N.B :

Faire l'évaluation initiale rapide ([cf. Soins prénatals : Evaluation initiale rapide](#)).

Se référer à la check-list dès l'admission de la femme jusqu'à l'accouchement ([cf. Fiche technique n° 4 : Check list de l'OMS - Soins pernatals](#)).

Les éléments ci-dessous sont valables pour toutes les étapes :

- Répondre aux besoins, aux préférences et aux questions de la femme avec une attitude positive.
- S'assurer que les interventions sont expliquées à la femme, que le consentement éclairé verbal ou le cas échéant, écrit pour les examens pelviens et autres procédures est obtenu auprès de la femme.
- Appliquer les soins maternels respectueux au tout long du processus d'accouchement ([cf. Fiche technique n° 18 : Soins maternels respectueux](#)).

2.1. Accueillir la parturiente

- Accueillir la femme.
- Saluer chaleureusement la parturiente.
- Souhaiter la bienvenue.
- Aider la parturiente à s'installer sur la table d'accouchement.
- Se présenter à la parturiente et à son compagnon.
- Demander à la parturiente son nom.
- S'adresser à la parturiente par son nom.
- Rassurer la parturiente.

2.2. Interroger la parturiente

[cf. Fiche technique n° 1 - Soins pernatals.](#)

2.3. Examiner la parturiente

[cf. Fiche technique n° 2 - Soins pernatals.](#)

N.B : Palper toujours le pouls en même temps que l'auscultation des BCF pour faire la différence entre les BCF et les battements cardiaques de la mère.

2.4. Surveiller le travail à l'aide du partographe

Cette surveillance se fait à l'aide du partographe dont le remplissage commence à partir de 5 cm de dilatation ([cf. Fiche technique n° 3 : Utilisation du partographe - Soins pernatals](#)).

N.B : Au cours du travail, la surveillance doit être rigoureuse.

Au cours de la surveillance du travail :

- Permettre à la parturiente de boire et manger si elle le désire.
- Favoriser la mobilité.
- Réexpliquer la position choisie par la femme lors de la CPN.
- Permettre, si la femme le désire la présence d'un accompagnant dans la salle.

2.5. Procéder à l'expulsion

Définition et durée de la deuxième étape du travail :

C'est la période la plus dangereuse pour la mère et le fœtus ([cf. Fiches techniques n° 6 : Accouchement du sommet et n° 7 : Accouchement du siège - Soins pernatals](#)).

- Mettre en pratique la position choisie par la femme.

➤ **Épisiotomie**

a. Définition :

L'épisiotomie est un acte chirurgical qui consiste à sectionner le périnée afin d'agrandir l'orifice vulvaire pour faciliter l'expulsion du fœtus et prévenir les déchirures périnéales.

b. Indications :

- Indications fœtales :
Les plus importantes sont :
 - Accouchement du prématuré ;
 - Accouchement dans certaines situations :
 - ✓ dégagement en OS (occipito-sacrée), en face, en bregma ;
 - ✓ présentation du siège si nécessaire ;
 - ✓ dystocies de l'épaule ;
 - ✓ macrosomie fœtale.
- Indications maternelles :
 - Étroitesse de la vulve ;
 - Périnée long (> 7 cm) ;
 - Périnée court (< 3 cm) et tendu ;
 - Périnée fragile, périnée œdématisée des femmes infectées, périnée cicatricielle (déchirure mal réparée, séquelles d'excision) ;
 - Ancienne déchirure compliquée du périnée.
- En cas d'accouchement instrumental :
 - Forceps ;
 - Ventouse si nécessaire.

N.B : L'épisiotomie ne doit pas être pratiquée de manière systématique.

- c. **Technique** :
([cf. Fiche technique n° 8 - Soins pernatals : Pratique de l'épisiotomie](#)).

2.6. Délivrance

➤ **Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)**

a. **Définition** :

La GATPA est un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'hémorragie du post partum.

b. **Indication** :

La GATPA est le type de délivrance recommandé pour tout accouchement par voie basse quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire.

c. **Technique/Etapes** :

([cf. Fiche technique n° 10 : Gestion active de la troisième période de l'accouchement - GATPA - Soins pernatals](#)).

➤ **Délivrance artificielle**

a. **Définition** :

Intervention obstétricale qui consiste à décoller manuellement le placenta et à l'extraire de l'utérus.

b. **Indication** :

- Echec de la GATPA.
- Retention du placenta.

c. **Technique/Etapes** :

([cf. Fiche technique n° 10 : Délivrance artificielle - Soins pernatals](#)).

➤ **Révision utérine**

a. **Définition** :

Exploration manuelle et méthodique de la cavité utérine après expulsion du placenta pour s'assurer de la vacuité et l'intégrité utérine.

b. **Indications** :

- Hémorragies de la délivrance :
 - rétention de débris placentaires (cotylédon et/ou membranes) ;
 - atonie utérine ;
 - Hémorragies suite à un accouchement sur utérus cicatriciel.

c. **Technique** :

([cf. Fiche technique n° 11 : Révision utérine - Soins pernatals](#)).

3. Prise en charge des pathologies et des complications au cours de l'accouchement

3.1. Pendant la phase d'effacement et de dilatation

3.1.1. Hémorragies :

➤ Placenta praevia (PP)

a. Définition :

C'est une hémorragie externe causée par l'insertion du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.

b. Éléments de diagnostic :

- Hémorragie de sang rouge vif ;
- Pâleur des conjonctives ;
- Signe de choc parfois ;
- Présentation haute ;
- BCF généralement présent ;
- Au palper l'utérus est souple en dehors des contractions ;
- Au TV sensation de matelas entre la présentation et le segment inférieur.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Prendre une voie veineuse avec catheter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin et faire le taux d'hématocrite/hémoglobine (Ht/Hb) si possible. • Placer une sonde vésicale à demeure • Prévoir des donneurs de sang. <p>N.B :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut faire attention au TV car risque d'aggravation du saignement. • Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine). <p>Si PP non recouvrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vider la vessie. • Rompre la poche des eaux si accessible. • Surveiller l'évolution du travail. • Evacuer si l'hémorragie persiste. <p>Si PP recouvrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	N.B : Eviter les TV, car risque d'aggravation du saignement.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique. • Placer une sonde vésicale à demeure (débit urinaire). • Surveiller, contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience) et noter sur le partographe. • Demander Groupe sanguin – Rhésus et taux Hb/Ht, TP, TCA. • Faire le test de coagulation (cf. Fiche technique n° 13 : Test de coagulation au lit de la patiente - Soins pernatals). • Pratiquer un examen échographique si disponible mais cela ne doit pas retarder la prise en charge. • Prescrire le traitement martial (sulfate ou fumarate ferreux à raison de 120 mg/jour pendant au moins un mois). • Réanimer au besoin. (cf. Algorithme : Placenta praevia - Soins pernatals).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Réanimer au besoin.

➤ **Hématome retroplacentaire (HRP)**

a. Définition :

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus. Il s'agit d'un accident paroxystique au cours de la grossesse ou du travail d'accouchement.

b. Éléments de diagnostic :

- Saignements minimes faits de sang noirâtre ;
- Douleur abdominale violente en coup de poignard ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses ;
- Signes de choc (TA effondrée, respiration rapide, extrémités froides et cyanosées...);
- Contracture utérine permanente (utérus de bois) ;
- BCF altérés ou le plus souvent absents.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin faire le Taux hématocrite – Hémoglobine (Ht/Hb) si possible. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Prévoir un donneur de sang. <p>N.B : Les cristaalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine).</p> <p>Si la dilatation est presque complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompre les membranes. • Faire l'accouchement. • Evacuer ensuite d'urgence avec des donneurs de sang. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible. <p>Si début de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompre les membranes si possible. • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible.
Hôpital de District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Faire l'examen. • Demander Groupe sanguin – Rhésus et taux Hb/Ht ou NFS, TP, TCA. • Faire le test de coagulation (cf. Fiche technique n° 13 : Test de coagulation au lit de la patiente - Soins pernatals). • Placer une sonde vésicale à demeure. (cf. Algorithmes : Prise en charge de l'HRP). <p>N.B : Ne pas oublier de mesurer la cupule et de peser le caillot.</p>
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Faire les prélèvements sanguins pour fibrinogène, PDF (produits de dégradation de la fibrine).

➤ **Rupture utérine (RU)**

a. **Définition :**

Solution de continuité non chirurgicale siégeant au niveau de l'utérus survenant généralement au cours du travail d'accouchement.

b. **Eléments de diagnostic :**

- Saignement vaginal provenant de la cavité utérine d'abondance variable ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses (anémie) ;

- État de choc d'apparition rapide ;
- Forte douleur abdominale d'apparition brutale, spontanée ;
- Douleur abdominale à la palpation ;
- Parties fœtales aisément palpables sous la peau de l'abdomen (fœtus hors de la cavité utérine) ;
- Disparition des contractions utérines ;
- Absence des mouvements fœtaux et des BCF ;
- Disparition de la présentation au TV.

La RU est toujours précédée d'un syndrome de pré-rupture caractérisé par une hypertonie et une hypercinésie utérine ([cf. Algorithme](#)).

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Examiner. <p>N.B : Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine).</p> <p>Si état choc (cf. Prise en charge par niveau de l'état de choc - Soins prénatals).</p> <p>Si pas de choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Examiner la femme. • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Test de Coagulation au lit de la patiente (cf. Fiche technique n° 13 : Test de coagulation au lit de la patiente - Soins prénatals).

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> ○ TP TCA. <p>Si état hémodynamique stable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta. <p>Si les berges ne sont pas nécrosées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réparer la lésion utérine. <p>S'il est impossible de réparer la brèche (nécrose) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'hystérectomie. <p>Si les lésions s'étendent au col et au vagin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une hystérectomie totale ; • Faire une antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/jour de gentamycine en IM ; ○ Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 12 h. • Surveiller: le pouls, la TA (toutes les 15 mn), la T° (3 fois/jour), la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn), l'état de conscience (toutes les 15 mn), la diurèse toutes les heures. <p>Si état de choc (Cf. Prise en charge par niveau de l'état de choc et Algorithme syndrome de prérupture utérine et rupture utérine - Soins pernatals).</p>
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

3.1.2. Eclampsie :

a. Définition :

C'est un syndrome paroxystique constitué de convulsions (tonico-cloniques) suivies de coma survenant chez une patiente présentant une prééclampsie.

b. Éléments de diagnostic :

- Convulsions ;
- Coma ;
- HTA (TA > 140/90 mm Hg) ;
- Protéinurie ;
- Œdème (inconstant).

N.B : L'éclampsie est toujours précédée de syndrome pré éclampitique caractérisé par une Hypertension artérielle, associée à une protéinurie supérieure ou égale à 2 croix. Ce syndrome se traduit par :

- Céphalées ;
- Vision floue ;
- Bourdonnements d'oreille ;
- Douleur épigastrique en barre ;
- Exagération des réflexes ostéo-tendineux ;
- Protéinurie (au moins deux croix) ;
- Oligurie (< 400 ml/24 heures).

c. Prise en charge par niveau de l'éclampsie :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Examiner la parturiente. • Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (cou en hyper extension, placer canule de Mayo ou bâillon sans étouffer, désencombrer si nécessaire). • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ la dose pré-transfert de sulfate de magnésium (<u>cf. Fiche technique n° 10 : Modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la prééclampsie sévère et l'éclampsie - Soins prénatals</u>) OU à défaut ; ○ Diazépam 10 mg en IV et 10 mg en IM. • Placer une sonde urinaire (Foley). • Evacuer si accouchement non imminent ou après accouchement.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hopital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique • Administrer le sulfate de magnésium (cf. Fiche technique n° 10 : Modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la prééclampsie sévère et l'éclampsie - Soins prénatals). • Pratiquer la césarienne. • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures. • Référer la femme à un hôpital de 2^{ème} Référence pour une prise en charge si nécessaire. <p>Si phase active : <u>Privilégier la voie basse :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accélérer le travail par : <ul style="list-style-type: none"> ○ La rupture de la poche des eaux (PDE) si intacte ; ○ La perfusion d'ocytocine si nécessaire (cf. Fiche technique n° 5 : Utilisation de l'ocytocine - Soins pernatals). • Pratiquer l'épisiotomie si nécessaire (cf. Fiche technique n° 8 : Pratique de l'épisiotomie - Soins pernatals). • Procéder à l'accouchement. <p>Si souffrance fœtale ou dilatation stationnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la césarienne. • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration (cf. Fiche de surveillance du post partum : Partographe - Soins pernatals) et la diurèse de l'accouchée. • Référer la femme à un hôpital de 2^{ème} Référence pour une prise en charge si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Prise en charge spécialisée.

N.B :

- Ne jamais laisser l'éclampsie seule sans agent de santé dans la salle d'accouchement.
- L'accouchement d'une femme éclampsie doit se faire dans les 12 heures après le début des convulsions.

3.1.3. Anémie sévère :**a. Définition :**

C'est lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à **7 g/dl** ou hématokrite **≤ 20%**.

b. Éléments de diagnostic :

- Pâleur intense des muqueuses et des téguments ;
- Fatigue importante au moindre effort ;
- Dyspnée, toux ;
- Pouls rapide ;
- Palpitations ;
- Céphalées
- Vertiges ;
- Œdèmes ;
- Troubles de la conscience.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer la femme. • Faire l'examen physique ; • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G. • Prévoir 2 donneurs. • Evacuer la patiente en décubitus latéral gauche, buste légèrement relevé. <p>Si dilatation complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'accouchement (par ventouse ou forceps si possible). • Evacuer après accouchement. <p>Si dilatation non complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer la patiente.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Oxygéner. • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Numération formule sanguine plus plaquettes. • Transfuser selon les standards de transfusion (cf. Fiches techniques n° 11 : Transusion sanguine, n° 12 : Test de compatibilité sanguine au lit de la malade et n° 13 : Test de coagulation au lit de la patiente - Soins périnatales). • Diriger le travail (utilisation du partographe, actions correctrices si nécessaire) ; • Procéder à l'accouchement ; • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures. <p>N.B : Des saignements de moins de 500 ml peuvent entraîner une décompensation avec collapsus cardiovasculaire chez une femme anémiée.</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district

3.1.4. Travail prolongé :

a. Définition du travail prolongé :

Un travail est dit prolongé lorsque :

- La durée du travail dépasse les 12 heures **OU**
- La phase active est supérieure à 6 heures.

b. Signes :

- Dilatation stationnaire ;
- Non progression de la présentation ;
- Courbe de dilatation sur la ligne d'action du partographe.

c. Diagnostic étiologique :

- **Dystocie dynamique** :
 - Contractions utérines inefficaces ;
 - Efforts expulsifs insuffisants.
- **Dystocie mécanique** :
 - Disproportion fœto-pelvienne ;
 - Présentations dystociques (face, épaule, front, siège) ;
 - Malformations fœtales (hydrocéphalie, tumeur) ;
 - Anomalies du bassin osseux ;
 - Présentations en variété postérieure ;
 - Dégagement en occipito-sacré ;
 - Obstacles praevia.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer la femme. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Evacuer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente (cf. Algorithme : Travail prolongé - Soins pernatals).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district

3.1.5. Accouchement prématuré :

a. Définition :

C'est un accouchement qui survient entre la 22^{ème} semaine révolue et la

36^{ème}

semaine d'aménorrhée plus 6 jours (selon l'OMS).

Au Mali, l'accouchement prématuré (définition opérationnelle) commence de la 28^e semaine à la 36^e semaine plus 6 jours.

b. **Étapes** : cf. [Accouchement normal](#).

N.B :

- Si céphalique : épisiotomie et/ou extraction par forceps.
- Préparer le matériel de réanimation du nouveau-né.
- Prévenir le pédiatre pour le transfert du nouveau-né en néonatalogie.
- Rechercher la cause après l'accouchement et traiter.

3.1.6. Procidence du cordon :

a. **Définition** :

On parle de procidence lorsque le cordon ombilical chute en avant de la présentation les membranes étant rompues.

b. **Prise en charge par niveau** :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Amener la femme d'urgence au centre de santé. • Accueillir la parturiente.
CSCom	<p>Si cordon non pulsatile (fœtus mort) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence de contre-indications (utérus bicatriciel, bassin généralement rétréci (BGR), position transverse, etc.). <p>Si cordon pulsatile (fœtus vivant) :</p> <p>Phase de latence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au dessus du détroit supérieur. • Evacuer. <p>Phase active :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au dessus du détroit supérieur. • Evacuer. <p>Si dilatation complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'accouchement instrumental. • Préparer la réanimation du nouveau né.
	<i>Hopital du district</i>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. <p><i>Si cordon non pulsatile (foetus mort) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence d'autres anomalies. <p><i>Si cordon pulsatile (foetus vivant) :</i></p> <p><u>Phase de latence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au dessus du détroit supérieur. • Pratiquer la césarienne. <p><u>Phase active :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au dessus du détroit supérieur. • Mettre la femme en position de Trendelenbourg. • Pratiquer une césarienne. <p><i>Si dilatation complète et foetus vivant :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxygéner à raison de 3 litres/mn. • Terminer l'accouchement par une application de forceps ou de ventouse. • Anticiper le besoin de réanimer le nouveau-né.
<p><i>EPH 2^{ème} et 3^{ème}</i> <i>Référence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

3.2. Pendant la phase d'expulsion

➤ Rétention de la tête dernière pendant l'accouchement du siège

a. Définition :

C'est une complication de l'accouchement du siège qui peut être due à :

- La déflexion de la tête au niveau du détroit supérieur par suite d'une manœuvre inappropriée ;
- L'accrochage du menton à la symphyse pubienne par la rotation du dos vers l'arrière ;
- La rétention de la tête au niveau du détroit moyen.

b. Technique de l'accouchement dans la rétention de la tête au niveau du détroit moyen :

Respecter les règles de l'accouchement du siège : Ne toucher que pour éviter la rotation du dos vers l'arrière.

Si la rétention se fait au niveau du détroit moyen : Faire la manœuvre de Mauriceau.

Manœuvre de Mauriceau :

- Introduire l'index et le majeur de la main droite sur la pommette de l'enfant ;
- Placer les doigts de la main gauche de chaque côté du cou de l'enfant ;
- Fléchir lentement la tête vers le bas pour la dégager de la vulve ;
- En même temps relever le corps de l'enfant vers le ventre de la mère.

Si la rétention se fait au niveau du détroit inférieur : Faire la manœuvre de Bracht.

Manœuvre de Bracht :

- Prendre l'enfant par la taille et le mettre sur le ventre de la mère.

3.3. Au cours de la phase de délivrance

3.3.1. Rétention placentaire :

a. Élément de diagnostic :

- Saignement ;
- Placenta incomplet à l'examen ;
- Placenta entièrement retenu ;
- Utérus mou ;
- Etat de choc.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du serum salé isotonique. <p>Si rétention partielle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire la révision utérine (cf. Fiche technique n° 12 : Révision utérine - Soins pernatals). <p>Si rétention totale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire délivrance artificielle (cf. Fiche technique n° 11 : Délivrance artificielle - Soins pernatals). • Référer si nécessaire.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Transfuser au besoin (cf. Fiche technique n° 8 : Transfusion sanguine - Soins pernatals).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

3.3.2. Hémorragies :

C'est un saignement provenant des voies génitales, de quantité supérieure à 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état de la mère. Il survient dans les 24 heures suivant l'accouchement. Il s'agit de :

- Hémorragie de la délivrance (atonie utérine, rétention placentaire, troubles de la coagulation, inversion utérine) ;

- Rupture utérine (le fond utérin non perçu à la palpation abdominale) ;
- Déchirures cervico-vagino-périnéales (des lésions visibles à l'examen sous valve ;
- Hématomes péri-génitaux (thrombus).

a. Élément de diagnostic :

- Saignement ;
- Utérus atone (flasque, mou) ;
- Etat de choc.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener la femme d'urgence au centre de santé. • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du serum salé isotonique.
CSCom	<p>Si rétention placentaire complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une délivrance artificielle (cf. Fiche technique n° 11 : Délivrance artificielle - Soins pernatals). • Administrer de l'ocytocine. • Administrer 2 g d'amoxicilline par jour pendant sept jours. <p>Si atonie utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vider la vessie si pleine ; • Faire le massage de l'utérus ; • Révision utérine (cf. Fiche technique n° 11 : Révision utérine - Soins pernatals) ; • Faire compression bimanuelle de l'utérus ; • Administrer de l'ocytocine. <p>Si l'hémorragie ne s'arrête pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer <p>Si rétention cotylédons ou membranes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire la révision utérine. • Administrer l'ocytocine <p>Si placenta accreta (lors des tentatives de délivrance artificielle) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer. <p>Si inversion utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer. <p>Si troubles de la coagulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer. <p>Si déchirures des parties molles (vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire un tamponnement compressif. (cf. Fiche technique n° 15 : Tamponnement intra-utérin - Soins pernatals). • Evacuer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hopital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. Si retention placentaire complète : • Idem CScom. Si retention de cotylédon ou de membrane : • Idem CScom. Si atonie utérine : • Vider la vessie. • Faire le massage de l'utérus. • Révision utérine (Cf. Fiche technique n° 11 : Révision utérine - Soins pernatals). Si le saignement persiste : • Faire compression de l'aorte abdominale (cf. Fiche technique n° 13 : Compression de l'aorte abdominal - Soins pernatals). <li style="text-align: center;"><u>OU</u> • Faire compression bimanuelle de l'utérus (cf. Fiche technique n° 14 : Compression bimanuelle de l'utérus - Soins pernatals). <li style="text-align: center;"><u>OU</u> • Tamponnement intra-utérin (cf. Fiche technique n° 15 : Tamponnement intra-utérin - Soins pernatals). • Administrer de l'ocytocine <li style="text-align: center;"><u>OU</u> • Administrer dès le debut du saignement l'acide tranexamique 1 g/10 ml en IVL en 10 mn (1 ml par mn). Si saignement continue faire une 2^{ème} dose 30 mn après ou si recidive dans les 24 heures suivant l'administration de la 1^{ère} dose. <li style="background-color: #f0f0f0;">N.B : Ne pas administrer l'acide tranexamique plus de 3 heures apres l'accouchement, sauf en cas de recidive de l'hémorragie dans les 24 heures suivant l'administration. <li style="text-align: center;"><u>OU</u> • Administrer 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale ou rectale. • Administrer 2 g d'amoxicilline pendant 7 jours. Si placenta accreta : • Procéder à la délivrance artificielle (cf. Fiche technique n° 10 : Délivrance artificielle - Soins pernatals). Si echec : • Procéder : ligature artérielle, capitonnage (technique de B-Lynch). Si echec : • Pratiquer l'hystérectomie. Si inversion utérine : • Remettre en place l'utérus par manœuvre de taxi (avec le point formé refouler le fond éversé pour le faire remonter à sa place). • Administrer de l'ocytocine (10 UI en IV)

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer 2 g d'amoxicilline/jour pendant sept jours <p>Si échec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la laparotomie. <p>Si troubles de la coagulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfuser du plasma frais congelé si disponible ou sang total (cf. Fiches techniques n° 8, n° 9 et n° 10 – Soins prénatals). • Faire une hystérectomie si possible ou évacuer. <p>Si déchirures des parties molles (vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réparer. • Administrer 2 g d'amoxicilline/jour pendant sept jours • Evacuer si nécessaire.
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. <p>Si troubles de la coagulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Administrer du fibrinogène.

3.4. Le partographe et le partogramme

3.4.1. Définition :

Le partographe est un outil sur lequel sont notés la dilatation du col et les éléments de surveillance de la mère et du fœtus.

Le partogramme est la courbe de dilatation du col utérin.

3.4.2. Éléments du partographe :

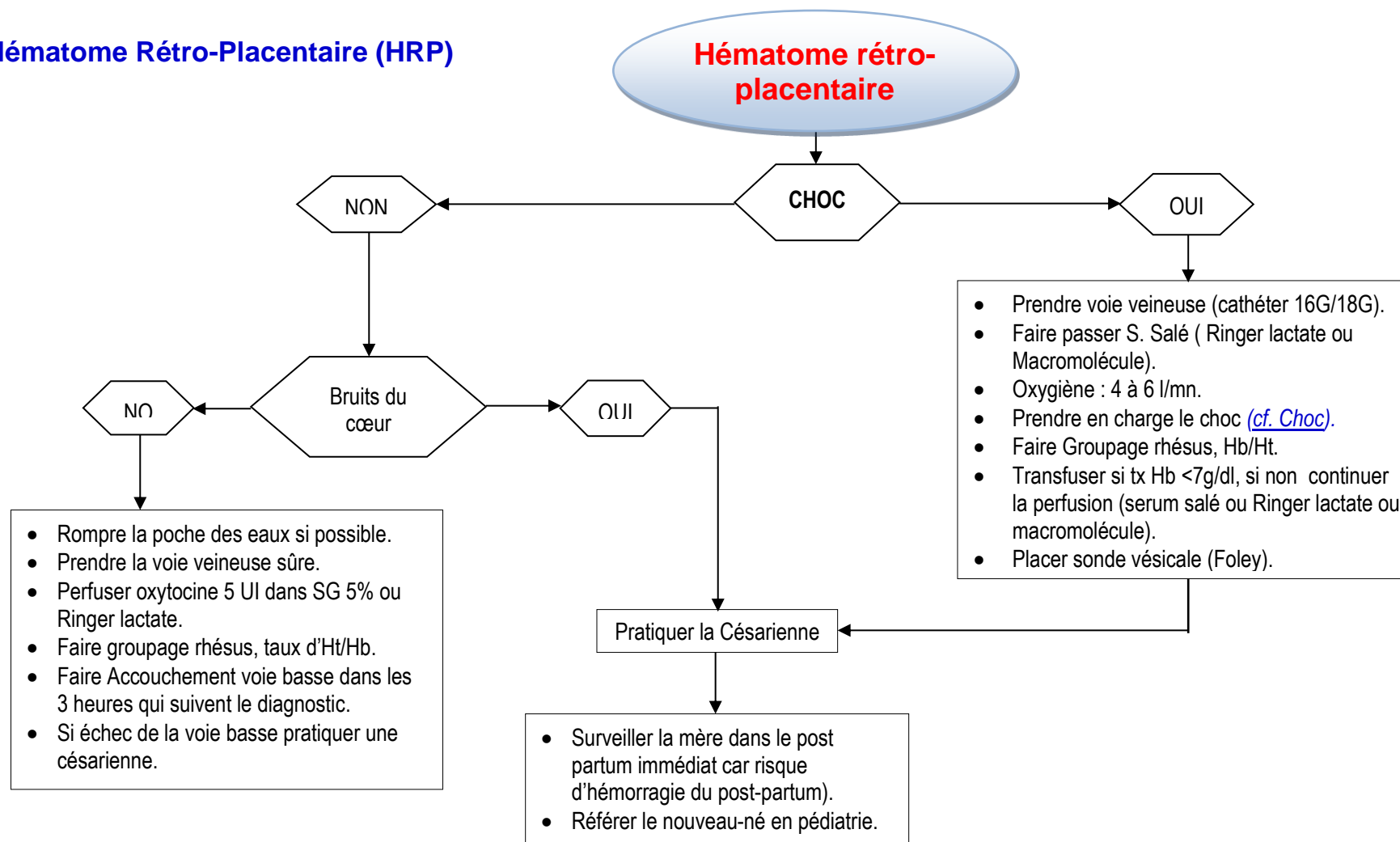
- Les éléments notés sur le partographe sont :
 - Éléments de progression du travail ;
 - Dilatation du col ;
 - Descente de la présentation ;
 - Fréquence et durée des contractions utérines.
- Éléments de surveillance du fœtus :
 - Rythme cardiaque fœtal ;
 - Couleur du liquide amniotique.
- Éléments de surveillance de l'état de la mère :
 - Pouls et température ;
 - Tension artérielle ;
 - Les médicaments administrés au cours du travail.

3.4.3. Remplissage du partographe :

[\(cf. Fiche technique n° 3 : Utilisation du partographe - Soins prénatals\)](#).

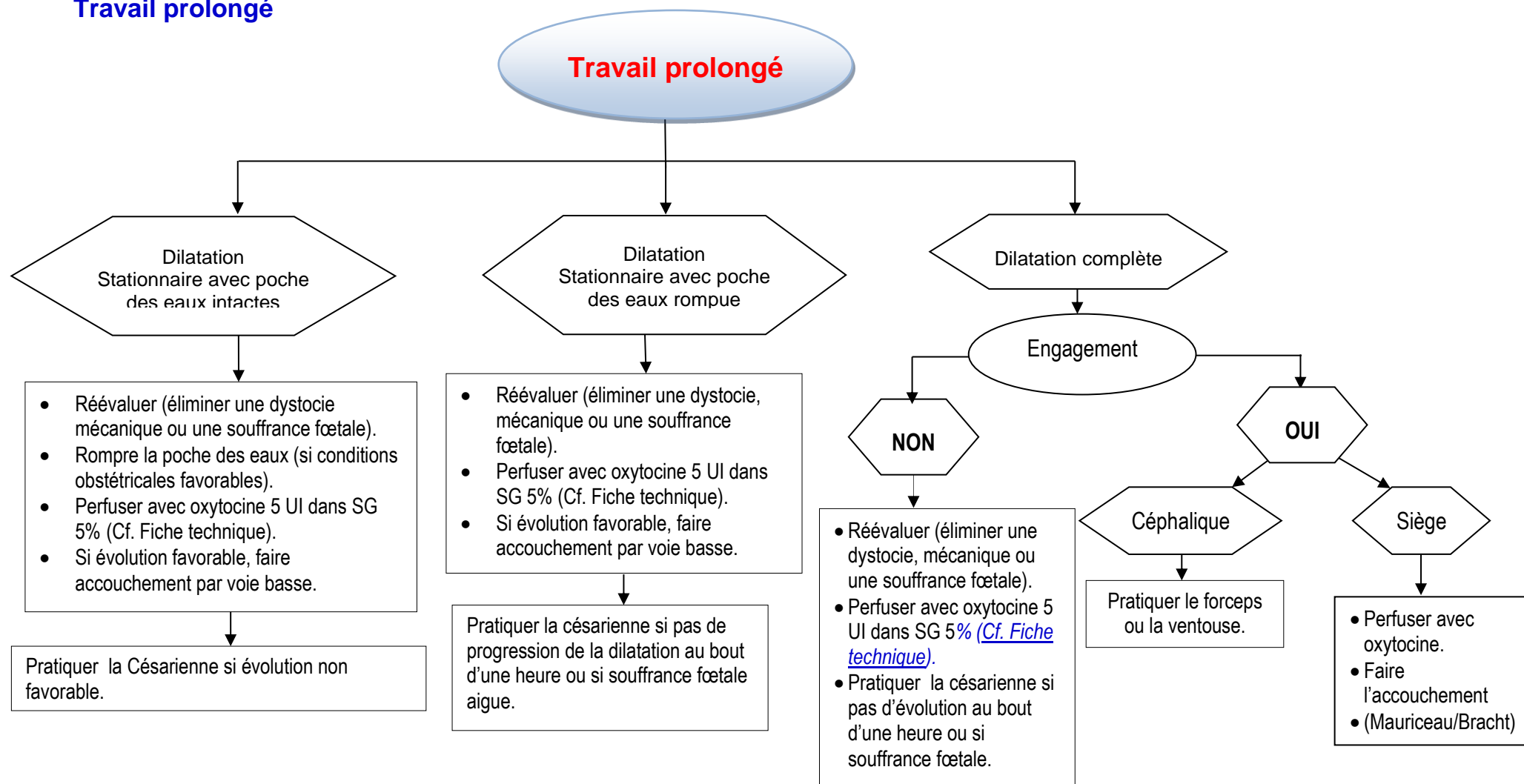
ALGORITHMES

Hématome Rétro-Placentaire (HRP)

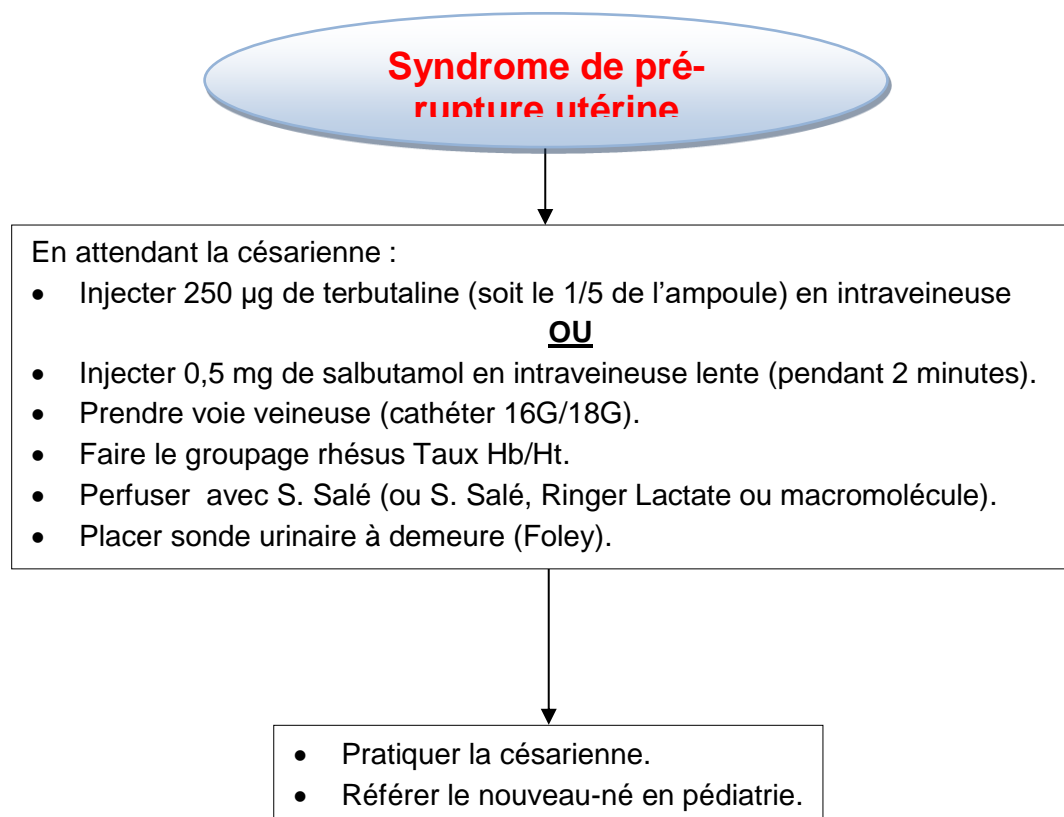


Faire le test de coagulation au lit du malade pour diagnostiquer une coagulopathie ([cf. Fiche technique](#)).

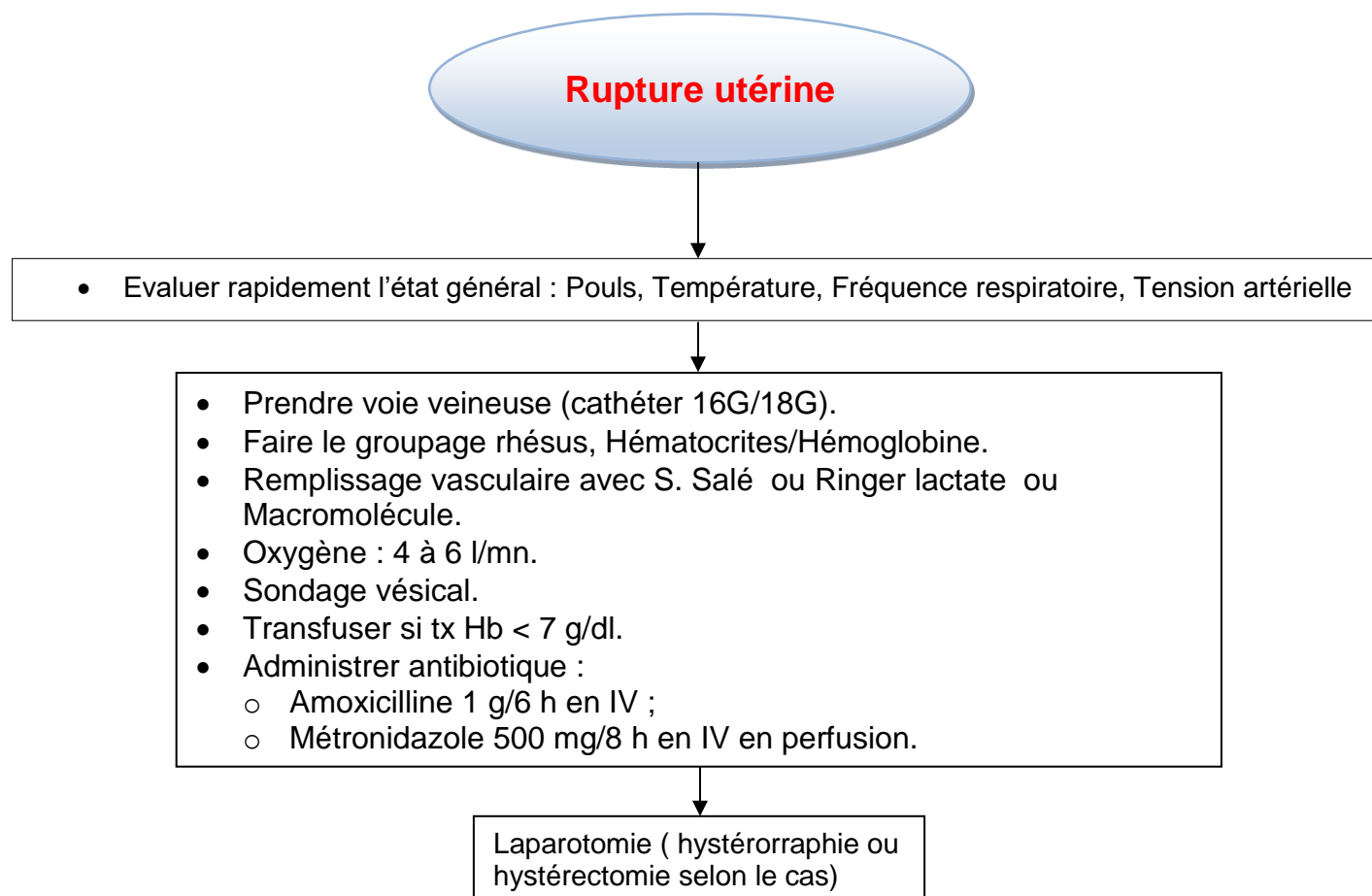
Travail prolongé



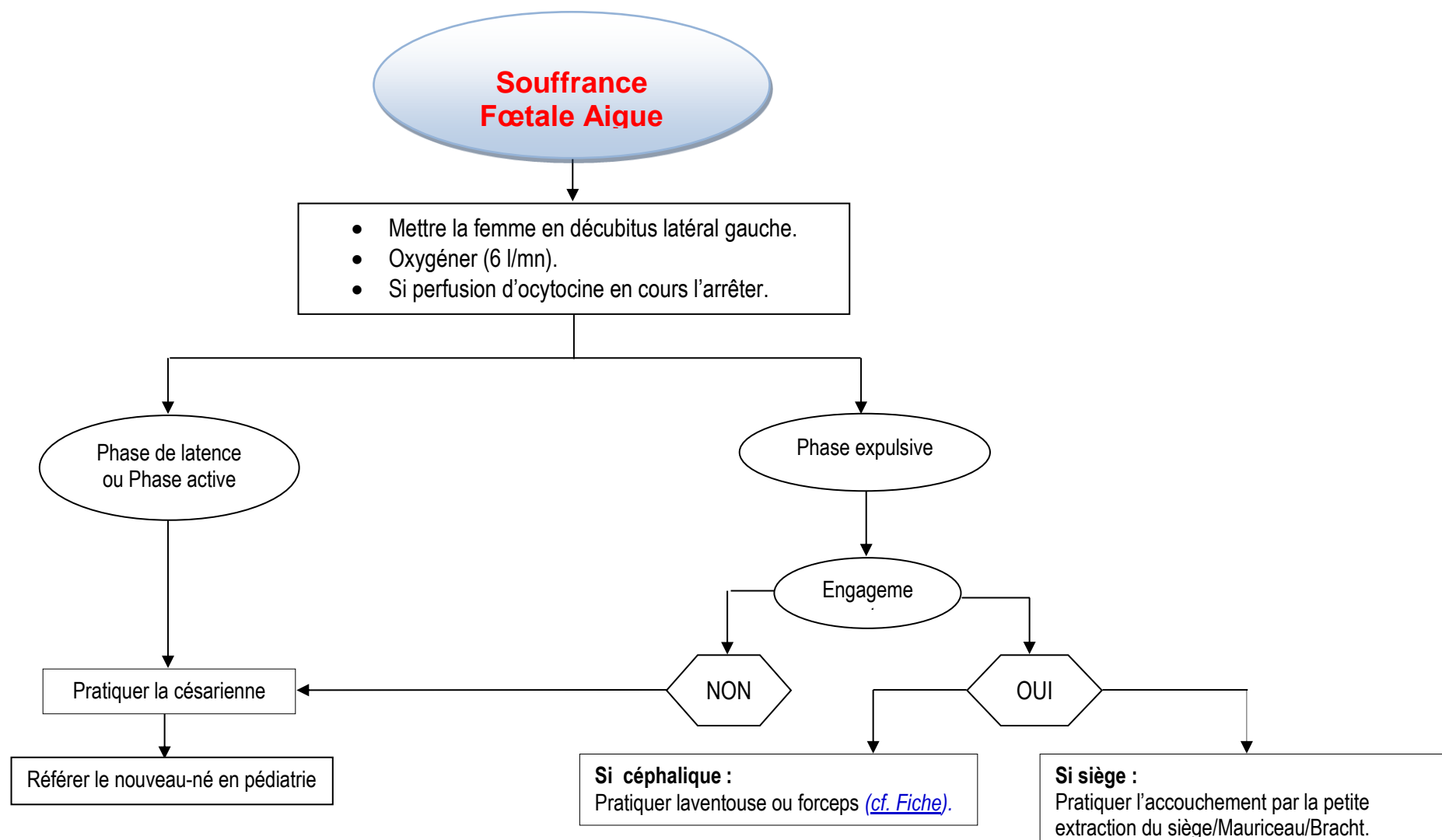
Syndrome Pré-Rupture Utérine



Rupture Utérine



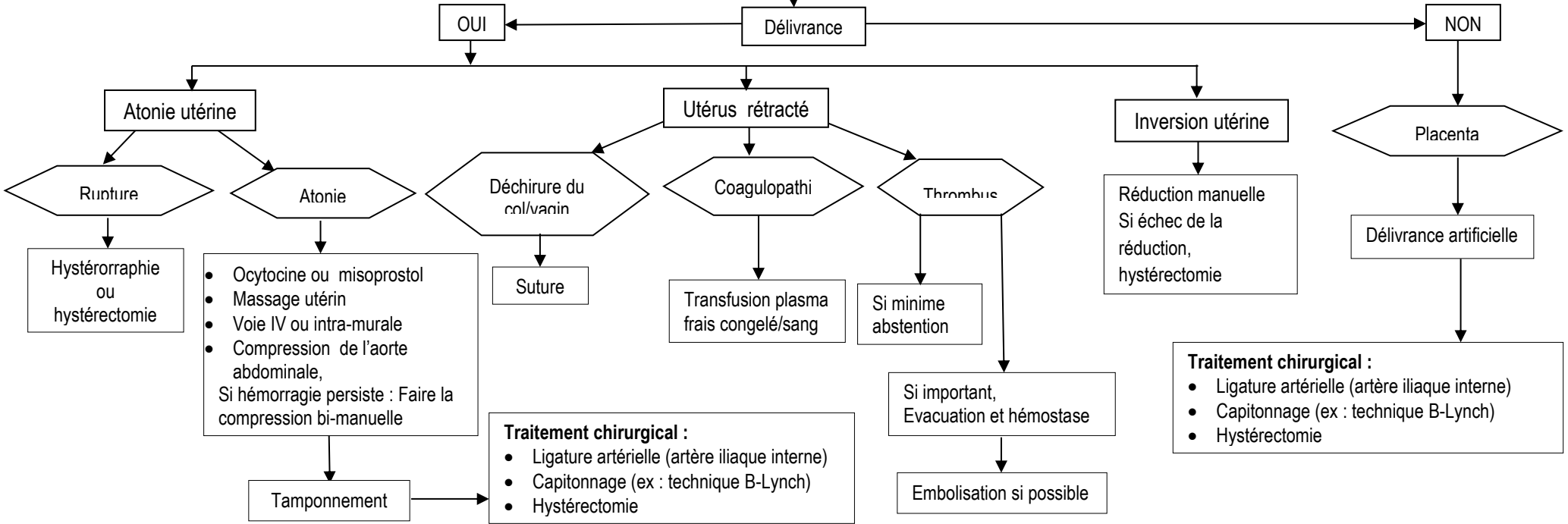
Souffrance Fœtale Aigue



Hémorragie post-partum

Hémorragie post-partum

- Appeler à l'aide.
- Prendre voie veineuse sûre et efficace avec cathéter 16G /18G.
- Faire passer S. Sale (ou Ringer lactate ou Macromolécule) selon l'état.
- Faire Groupage rhésus, Hématocrites, Hémoglobine.
- Transfuser si nécessaire.
- Massage utérin.
- Vider la vessie.
- Oxygéner 4 à 6 l/min – administrer ocytocine.



* Voir fiches techniques : massage utérin, compression de l'aorte abdominale, compression bi manuelle de l'utérus, révision utérine, délivrance artificielle et

4. Soins au nouveau-né et à la mère

4.1. Donner les soins immédiats au nouveau-né et à la mère

- Etape 1** Sécher et stimuler : Mettre le nouveau né sur un linge propre et sec sur le ventre de sa mère tout en l'essuyant. Ensuite changer de linge. Bien sécher le nouveau-né sauf ses mains.
- Etape 2** Noter l'heure de naissance et le sexe du bébé et informer la mère d'une voix assez forte.
- Etape 3** Evaluer la respiration et la coloration.
- Etape 4** Décider si une réanimation est nécessaire ([cf. Fiche technique n° 9 : Réanimation du nouveau-né - Soins pernatals](#)).
- Si le bébé ne respire pas, tout en le laissant sur le ventre de sa mère, positionner-le en aspirant ses voies respiratoires et en le stimulant.
Si le bébé ne respire toujours pas, administrer l'ocytocine à la mère pour la GATPA, clamber rapidement et couper le cordon ; amener le bébé à la table de réanimation.
- Etape 5** Si le bébé respire, continuer avec les soins de routine. Enlever le tissu mouillé et placer le nouveau-né peau-à-peau sur la poitrine de la mère.
- Etape 6** Injecter à la mère de l'ocytocine pour la GATPA.
- Etape 7** Ligaturer et couper le cordon (quelque soit le statut sérologique VIH de la mère) après cessation des battements du cordon si le nouveau – né ne nécessite pas de réanimation et appliquer la chlorexidine 7.1% sur le cordon ([cf. Fiche technique n° 16 : Utilisation de la chlorhexidine pour les soins du cordon - Soins pernatals](#)).
- Etape 8** Extraire le placenta en utilisant la traction contrôlée du cordon (TCC).
- Etape 9** Masser l'utérus une fois le placenta enlevé si globe non formé.
- Etape 10** Examiner le placenta pour s'assurer qu'il est complet.
- Etape 11** Vérifier le périnée et le vagin pour voir s'il y a des déchirures. Effectuer des réparations s'il y a lieu.
- Etape 12** Nettoyer la mère et lui mettre une garniture.
- Etape 13** Initier l'allaitement maternel.
- Etape 14** Appliquer le collyre ou la pommade ophtalmique selon les recommandations nationales.
- Etape 15** Peser l'enfant – mensurations.
- Etape 16** Administrer la vitamine K1.
- Etape 17** Identifier l'enfant (sexe et noms de la mère et du père).

Etape 18 Nettoyer ou donner au besoin le bain du nouveau-né de mère séropositive en évitant de le refroidir.

4.2. Surveiller la mère et le nouveau-né pendant les 24 premières heures

Transférer la mère et le nouveau-né en salle d'observation et les surveiller toutes les 15 mn pendant les 2 premières heures toutes les 30 mn pendant une heure et toutes les heures pendant les 3 heures suivantes et toutes les 3 heures pendant les 18 heures restantes ;

a. Mère :

- Surveiller l'état hémodynamique (prendre la T°, la TA, le pouls et soulever le drap pour évaluer le saignement).
- Vérifier le globe de sécurité.
- Donner des conseils sur l'hygiène de vie, l'allaitement, la PF, les soins au nouveau-né, l'alimentation de la mère allaitante y compris les mères séropositives.
- Noter les résultats sur le partographe à la partie réservée à cet effet.

b. Nouveau-né :

- La respiration : Le nouveau né normal respire 30 - 60 fois par minute sans geignement, sans tirage de la poitrine.
- La température : Evaluer la température corporelle du nouveau-né pour voir s'il a le corps chaud et prendre la température rectale. Le nouveau-né doit être maintenu à une bonne température, de telle sorte qu'il n'ait ni froid, ni trop chaud.
- La saignement du cordon : Au fur et à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se détacher et favoriser le saignement du cordon. Si la ligature du cordon se détache, faites une nouvelle ligature plus serrée avec un nouveau fil.
- L'allaitement maternel : Vérifier auprès de la mère la pratique de l'allaitement.
- Examiner le nouveau-né ([cf. Fiche technique n° 9 : Examen du nouveau-né - Soins pernatals](#)).
- Informer la mère sur les résultats de l'examen.
- Noter les résultats sur le partographe à la partie réservée à cet effet.

N.B : Attendre au moins 6 heures après la naissance avant de procéder au bain pour les autres nouveau-nés.

L'examen du nouveau né doit se faire quand le nouveau né est stable.

Tout nouveau-né doit être vu par le pédiatre/médecin avant sa sortie.

SCORE D'APGAR

ELEMENTS CLINIQUES	CHIFFRES		
	0	1	2
Coloration Peau	Cyanose +++ OU Pâleur +++	Cyanose des extrémités	Corps Rosé
Tonus musculaire	Inertie complète	Flexion modérée des extrémités	Hypertonie en flexion
Cri (respiration)	Nul	Faible	Vigoureux

Excitabilité (retrait par flexion du membre inférieur à l'excitation de la plante des pieds)	Nulle	Faible	Franche, accompagnée de cris
Rythme cardiaque	Nul	≤ 100	> 100

8 - 10 = Indice normal : Enlever les mucosités.

4 - 7 = Détresse néonatale : Réanimer.

0 - 3 = Mort apparente : Réanimer pendant 20 min.

4.3. Prise des problèmes du nouveau-né

➤ Asphyxie du nouveau-né

a. Définition :

C'est l'ensemble des manifestations liées à un apport insuffisant en oxygène aux organes, avant, pendant ou immédiatement après la naissance. Elle concerne le nouveau-né qui n'a ni crié, ni respiré à la naissance.

b. Prise en charge de l'asphyxie par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Ecouter le cri. • Regarder les mouvements respiratoires. <p>Si pas de cri ou en cas de difficultés respiratoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sécher le nouveau-né sans le laver et le maintenir au chaud. • Placer le nouveau-né sur le côté, en position déclive cela permet de sortir une partie des sécrétions. • Enrouler la compresse sur le doigt pour enlever doucement les sécrétions en commençant par la bouche suivie du nez. • Pratiquer la stimulation tactile : <ul style="list-style-type: none"> ○ en frottant doucement le dos ; ○ en chatouillant/tapotant les plantes des pieds (seulement deux ou trois fois – ne pas le faire de manière répétée). <p>Si le nouveau-né crie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner les soins immédiats. • Informer la mère de la décision de Référence. • Organiser le transport. • Amener le nouveau-né au CSCom pour avis.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la réanimation (cf. Fiche technique n° 9 : Réanimation du nouveau-né - Soins pernatals).
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Donner les soins spécialisés si nécessaire .

N.B :

- Ne jamais prendre le nouveau-né par les pieds, tête en bas ceci peut provoquer une hémorragie au niveau du cerveau.
- Tout nouveau-né réanimé doit être vu par le pédiatre/médecin avant sa sortie.

Soins au nouveau-né après réanimation réussie :

- Vérifier que la respiration est adéquate : pas de polypnée (accélération) ou de bradypnée (ralentissement) ni de gémissements, ni de tirage sous costal ;
- Maintenir la température normale (36°5 - 37°5 C) ;
- Reporter le premier bain à 24 h après que l'état du bébé se soit nettement stabilisé, que le bébé ait bien chaud et qu'il respire normalement ;
- Rechercher les autres signes de danger ;
- Donner les soins pour prévenir l'infection : mesures d'hygiène, antibiotiques au besoin ;
- Initier l'allaitement dès la stabilisation ;
- Effectuer les autres soins de base (cordon, yeux, vitamine K1, etc.) ;
- Enregistrer les gestes effectués durant la réanimation, la durée et les résultats de la réanimation.

N.B : Après chaque réanimation, le matériel doit être décontaminé, nettoyé, désinfecté et/ou stérilisé pour être prêt pour la prochaine réanimation.

Il doit être expliqué à la mère/la famille ce qui a été fait au bébé et pourquoi le bébé a besoin de soins supplémentaires dans la formation sanitaire et à domicile par la suite.

- **Après 20 mn, si le nouveau-né ne respire pas il faut arrêter la réanimation et communiquer avec les parents afin de leur expliquer la situation.**
- Tout nouveau-né réanimé ou qui présente un **signe de danger DOIT ÊTRE RÉFÉRÉ** pour un suivi médical.
- **Un nouveau-né qui ne respire pas bien ne doit pas être envoyé à un centre de plus haut niveau sauf si des moyens appropriés de ventilation sont disponibles durant le transport.**

4.4. Nouveau-né de petit poids de naissance

a. Définition :

Un nouveau-né de petit poids de naissance (**PPN**) est celui qui pèse moins de 2 500 g à la naissance.

b. Élément de diagnostic :

Les nouveau-nés de PPN se classent en 2 catégories :

- Le nouveau-né **avant terme** ou **prématuré** est né avant la 37^{ème} semaine de la grossesse ;
- Le nouveau-né **petit pour l'âge gestationnel (PAG)** n'a pas suffisamment pris du poids dans l'utérus pour son âge. Le nouveau-né PAG peut être à terme (PAG mature) ou aussi prématuré.

c. **Identification des petits poids de naissance** : [cf. Annexe n° 2 - Soins pernatals.](#)

d. **Prise en charge des nouveau-nés de petits poids de naissance** :

➤ **Maintenir la température**

- Maintenir au chaud la chambre où l'on prend soin du nouveau-né (au moins 25° C) et à l'écart des courants d'air de jour comme de nuit.
- Habiller chaudement le nouveau-né (avec une ou deux couches d'habits), y compris un bonnet s'il fait froid.
- Placer le nouveau-né dans un lit avec sa mère pour favoriser le maintien de la température et l'allaitement.

➤ **Faire l'allaitement maternel exclusif**

Le lait produit par la mère d'un nouveau-né prématuré est différent du lait produit par la mère d'un nouveau-né à terme. Le lait « pré-terme » a plus de protéines dont le nouveau-né a besoin pour une croissance rapide.

- Donner de petites quantités de lait maternel au nouveau-né de PPN et de façon fréquente :
 - Extraire quelques gouttes de lait et mettre sur le bout de sein pour aider le PPN à commencer à téter ;
 - Donner au PPN de courtes pauses pendant l'allaitement. La tétée nécessite un effort important pour le PPN.

N.B : Si le PPN tousse, semble suffoquer ou rejette du lait au début de la tétée (il se peut que le lait coule trop vite pour lui) :

- Apprendre à la mère à :
 - Retirer le sein de la bouche du nouveau-né ;
 - Tenir le nouveau-né contre sa poitrine pendant qu'il reprend son souffle ;
 - Remettre le nouveau-né au sein après qu'il ait repris son souffle.

Si le nouveau-né n'a pas assez d'énergie ou a un réflexe de succion faible :

- Apprendre à la mère à :
 - Extraire le lait du sein ([cf. Fiches techniques : n° 3, n° 4, n° 5 et n° 6 - Soins postnatals : Expression manuelle du lait, technique de la bouteille chaude, technique de la seringue, technique du tire-lait](#)) ;
 - Donner le lait extrait au nouveau né avec une cuillère ou une seringue.

➤ **Assurer le suivi**

- Observer le nouveau-né pendant la tétée.
- Pésier le nouveau-né une fois par semaine (il doit normalement gagner environ 1% de poids par jour).
- Prendre la température.
- Observer la peau : coloration, éruptions, pustules ou jaunisse (qui apparaît plus tôt et dure plus longtemps chez le PPN).
- Apprécier la respiration.
- Examiner :

- Les yeux pour les écoulements ;
 - La bouche : langue, gencives ;
 - Le cordon ou le nombril.

 - Conseiller la mère sur la nécessité de :
 - Protéger le PPN contre les infections ;
 - Allaiter exclusivement au sein et sur demande ;
 - Protéger le PPN contre les fumées domestiques ;
 - Revoir le nouveau-né chaque semaine pour évaluer la croissance et voir s'il y'a des problèmes ;
 - Continuer le suivi hebdomadaire jusqu'à ce que le PPN ait 2 500 grammes.

 - Réviser avec la mère les signes de danger et ce qu'il faut faire.
 - Référer la mère pour les services de PF.
- e. **Pratiquer la méthode mère kankourou** : ([cf. Annexe n° 3 - Soins pernatals](#)).

4.5. Nouveau-né de mère séropositive ([cf. Volume 2 - PTME](#)).

III. SOINS POSTNATALS

A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT (CCSC)

[cf. Volume 1.](#)

B. SOINS POSTNATALS

1. Définition

Ensemble de soins prodigués à la femme et à l'enfant de la naissance à 42 jours après l'accouchement.

Calendrier de visite

Les soins immédiats de 0 à 24 heures ([cf. Soins pernatals](#)).

Au moins trois visites postnatales supplémentaires sont recommandées pour la mère et le nouveau né :

- 2^{ème} - 3^{ème} jour ;
- Entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour ;
- Avant la fin de la 6^{ème} semaine.

N.B : Se référer à la check-list pour les soins après la naissance ([cf. Fiche technique n° 4](#)).

Poursuivre les séances d'Ecole Des Mères ([cf. Fiche technique N° 8 – Soins prénatals](#)).

Les visites à domicile dans la semaine qui suit l'accouchement sont recommandées pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

[cf. Fiche technique n° 7 : Visites posnatales - Soins postnatales.](#)

2. Etapes de la consultation

2.1. **Accueillir la femme**

[cf. Soins prénatals.](#)

2.2. **Mener l'interrogatoire**

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation.
- Demander le carnet/rechercher la fiche opérationnelle de consultation prénatale pour en tirer les informations utiles.
- Analyser le " Volet accouchement " du carnet/fiche opérationnelle CPN.
- Recueillir les informations sur :
 - Les activités de la femme ;
 - Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux.
- Enregistrer les informations recueillies dans le registre, ou sur les fiches opérationnelles.
- Procéder à l'examen général de la femme.

N.B :

- Après les premières 24 heures qui suivent la naissance contrôler les éléments suivants : miction et incontinence urinaire, fonction intestinale, cicatrisation des plaies périnéales, céphalées, fatigue, dorsalgie, douleur et hygiène périnéales, douleur au niveau des seins, sensibilité utérine et lochies.
- Evaluer à chaque visite postnatale : l'allaitement, le bien être émotionnel, le support familial et social, la violence domestique,
- Conseiller la reprise des rapports sexuels à partir de 6 semaines du postpartum, si dyspareunie, revenir au centre de santé.

2.3. Procéder à l'examen

[cf. Fiche technique n° 8 : Examen général en période postnatale - Soins postnatales.](#)

2.4. Donner les soins au nouveau-né de 24 heures à 6 semaines

Surveiller :

- La température ;
- Le sommeil ;
- L'affection ;
- La protection contre les infections ;
- Le bain ;
- Les soins du cordon ombilical : une application quotidienne pendant une semaine du gel de Choroxydine 7,1% (*[cf. Fiche technique n° 16 : Utilisation de la choroxydine pour les soins du cordon ombilical - Soins pernatals](#)*) ;
- Les vaccinations ;
- L'allaitement maternel ;
- La protection et la sécurité.

N.B : Les signes suivants devraient être évalués lors de chaque visite postnatale. Si l'un des signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :

- a cessé de bien s'alimenter ;
- antécédents de convulsions ;
- respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute), tirage intercostal sévère, pas de mouvements spontanés ;
- fièvre (température $\geq 37,5$ °C), température corporelle $< 35,5$ °C ;
- ictère pendant les 24 premières heures de vie et au delà, paumes et plantes des pieds jaunes. Il convient d'encourager la famille à consulter les services de santé si l'un des signes de danger ci-dessus est identifié entre les visites postnatales.

2.5. Pratiquer l'allaitement**2.5.1. Allaitement maternel exclusif :**

[\(cf. Annexe n° 1 - Soins postnatales\).](#)

Conduite d'une bonne tétée :

(cf. Fiche technique n° 1 - Soins postnataux).

2.5.2. Prise du sein :

(cf. Fiche technique n° 2 - Soins postnataux).

2.5.3. Allaitement maternel continu :

(cf. Annexe n° 2 - Soins postnataux).

2.5.4. Allaitement d'un enfant de mère séropositive :

(cf. Volume 2).

N.B : Tous les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein de la naissance et jusqu'à six mois. Les mères devraient être conseillées et encouragées à poursuivre l'allaitement exclusif à chaque visite postnatale.

2.6. *Donner le rendez-vous pour les séances de l'école des mères*

(cf. Fiche technique n° 8 - Soins prénataux).

2.7. *Prendre en charge des pathologies en postnatal chez la mère***2.7.1. Anomalies de la montée laiteuse (tout niveau) :****a. Sécrétion lactée insuffisante :**

- Vérifier la présence de lait en exprimant le sein.
- Conseiller à la mère d'allaiter l'enfant à la demande.
- Rappeler la bonne technique de l'allaitement.
- Conseiller à la mère de laisser l'enfant téter aussi longtemps que possible.
- Encourager les tétées de nuit.
- Conseiller le repos.
- Conseiller à la mère de boire et de manger suffisamment.

b. Engorgement mammaire :**Les tissus du sein sont enflammés et le lait s'accumule dans le sein :**

- Masser le sein avec un tissu trempé dans de l'eau tiède, en partant du haut jusqu'au mamelon.

Si la succion est très douloureuse :

- Mettre alternativement les compresses ou tissus d'eau tiède avant la tétée et les compresses d'eau froide après chaque tétée pour soulager l'inflammation.
- Tirer le lait avant de mettre le nouveau-né au sein pour ramollir l'aréole et le mamelon (cf. Annexe 1 : Soins post nataux).
- Allaiter fréquemment le nouveau-né.
- Donner le sein à l'enfant à la demande, en pressant le sein.
- Allaiter sans limiter la durée.
- Bien suspendre les seins.

c. Mamelons douloureux :

Se voit en général en cas de mamelon plat ou inversé, ou de mauvaise prise du sein, etc.

Au cours de la grossesse :

- Porter les soutien-gorge aux bouts coupés pour faire avancer le mamelon (mamelon plat ou inversé).

Après accouchement :

- Mettre le nouveau-né dans une position confortable pour la tétée.
- Mettre une grande partie de l'aréole dans la bouche de l'enfant.
- Commencer par le sein non endolori pour éviter une forte pression au sein endolori.
- Utiliser le doigt pour interrompre la succion du nouveau-né.
- Mettre de la glace dans un tissu propre et le placer sur le mamelon pour l'engourdir avant d'allaiter.
- Continuer à allaiter et assurer l'hygiène corporelle.

En cas du muguet :

- Amener l'enfant au centre de santé ;
- Eviter de mettre les pommades, crème ou savon sur le sein.
- Enduire le mamelon d'une goutte de lait en fin de tétée et laisser le sein à l'air.

d. Mastite ou inflammation du sein :

- Donner un traitement :
 - Antibiotique (Amoxicilline : 2 g/jour pendant 10 jours) ;
 - Antalgique (Paracétamol 500 mg : 1 à 2 cp x 3 fois/jour) ne pas dépasser 8 cp par jour.
- Conseiller le repos.
- Appliquer alternativement des compresses tièdes et froides.
- Allaiter plus souvent au sein affecté.
- Tirer le lait au moins toutes les 2 heures et le donner au nouveau-né dans une petite tasse à la cuillère si la tétée est trop douloureuse.
- Référer au bout de trois jours s'il n'y a pas d'amélioration.

e. Abscess : Accumulation de pus dans le sein

- Référer la femme pour incision et traitement.
- Allaiter le nouveau-né au sein non affecté après incision.
- Masser le sein malade en partant du haut jusqu'au mamelon.
- Tirer le lait du sein malade le plus souvent et le jeter.
- Allaiter le nouveau-né dès la guérison du sein malade.

2.7.2. Paludisme chez une accouchée récente :**a. Eléments de diagnostic (Signes et symptômes) :**

- Fièvre avec frissons ;
- Vomissements ;
- Température supérieure à 38° C.

b. Prise en charge par niveau :

(cf. [Prise en charge par niveau paludisme chez la femme en grossesse - Soins prénatals](#)).

2.7.3. Infections puerpérales :**a. Définition :**

Elles surviennent après l'accouchement, et ont pour porte d'entrée les voies génitales et plus précisément la surface d'insertion placentaire.

Types d'infections puerpérales :

- Endométrite ;
- Pelvipéritonite (abcès pelvien) ;
- Péritonite généralisée ;
- Septicémie ou un choc septique.

b. Éléments de diagnostic :**Endométrite :**

- Fièvre supérieure ou égale à 38°C ;
- Douleurs abdominales;
- Lochies purulentes et fétides ;
- Utérus mal involuée(gros, douloureux à la mobilisation, col ouvert) ;
- Saignement vaginal.

Pelvipéritonite (abcès pelvien) :

- Fièvre et frissons ;
- Ballonnements ;
- Douleurs abdominales basses provoquées par la palpation, ou défense ;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Tuméfaction au niveau des annexes, de l'utérus et/ou du cul-de-sac de Douglas (la ponction du Douglas ramène du pus).

Péritonite généralisée :

- Fièvre et frissons;
- Pouls filant, chute TA ;
- Maux de tête ;
- Défense ou contracture abdominale à la palpation (signes non constants) ;
- Anorexie, nausées/vomissements ;
- Anémie, fatigue ;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Troubles du transit (diarrhées, arrêt des matières et des gaz, etc.) ;
- Choc.

Choc infectieux ou septicémie :

Définition : Insuffisance circulatoire aiguë secondaire à la réponse inflammatoire systémique de l'hôte à une infection grave avec comme conséquence, un effondrement durable de la perfusion tissulaire en O₂.

Éléments de diagnostic :

- Signes cliniques :

- Fièvre ou hypothermie (refroidissement des extrémités) : Température > 38° C ou < 36° C ;
- Tachypnée > 30/mn ;
- Tachycardie > 120 battement par mn ;
- TA systolique < 90 mm Hg ;
- Pouls filant, respiration rapide et superficielle ;
- Agitation ;
- Sueurs froides ;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Ballonnement ;
- Subictère.
- Signes biologiques :
 - Thrombopénie < 150 000 ;
 - Globule blanc : inférieure à 4 000/mm³ ou supérieure à 10 000/mm³ ;
 - Na >145 mmol/l ;
 - Bilirubine > 30 µmol/l.

REMARQUE : Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Rassurer la patiente. ● Orienter/référent au CSCCom.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> ● Accueillir la patiente. ● Si endométrite : ● Faire toilette vaginale matin et soir avec une solution antiseptique. ● Conseiller à la femme de porter des garnitures propres. ● Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol 500 mg : 2 comp x 3/jour ; ○ Amoxicilline 500 mg : 2 gelules x 3/jour pendant 10 jours ; ○ Métronidazole 250 mg : 2 comp x 3/jour pendant 10 jours ; ○ Gentamycine 160 mg par jour en IM. ● Si pas d'amélioration au bout de 3 jours : ● Référent. ● Si autres tableaux : pelvipéritonite, péritonite généralisée ou septicémie : ● Administrer : Amoxicilline 2 g en IV. ● Référent immédiatement.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> ● Accueillir la patiente ● Si endométrite : ● Idem CSCCom. ● Procéder à un prélèvement de lochies pour rechercher le germe. ● Demander NFS, CRP (Proteine C Reactive).

Si pelvipéritonite :

- Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16G/18G et sécuriser pour faire passer le Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Administrer :
 - Amoxicilline 2 g en IV toutes les 6 heures ;
 - Gentamycine 160 mg en IM par jour ;
 - Metronidazole 500 mg en perfusion toutes les 8 heures.

Si péritonite :

- Idem pelvipéritonite.
- Laparotomie avec lavage péritonéal.

Si septicémie ou choc infectieux :**Mesures générales :**

- Appeler à l'aide.
- Libérer les voies aériennes (si nécessaire).
- Oxygéner 4 à 6 litres/mn.
- Poser un abord veineux périphérique par 2 cathéters 16G ou 18G.
- Surélever les jambes de la patiente.
- Mettre une sonde urinaire à demeure.
- Faire des prélèvements : NFS ou Hb/Ht, Groupage Rhésus, Hémocultures, CRP, Créatininémie, ECBU + antibiogramme.

Mesures spécifiques :

- Poser cathéter central si possible.
- Procéder au remplissage vasculaire (1000 ml en 30 minutes) Ringer - Lactate, ou sérum salé 9 ‰.
- Administrer précocement un vasoconstricteur (Adrénaline 1 à 2 amp dans 500 ml de sérum glucose avant l'évacuation).
- Débuter l'antibiothérapie à large spectre (Ceftriaxone 2 g IVD + Metronidazole perfusion 500 mg).
- Traiter la cause.
- Transférer en soins intensifs.
- **Surveiller :**
 - Le pouls, la TA (toutes les 15 mn) jusqu'à stabilisation hémodynamique ;
 - La température (chaque heure) ;
 - La fréquence respiratoire (toutes les 15 mn) ;
 - L'état de conscience (toutes les 15 mn) ;
 - La diurèse (toutes les heures).

N.B : Si évacuation, continuer la réanimation au cours du transport.

Si amélioration (après 48 heures d'apyrexie) :

- Donner :

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 500 mg : 2 gelules matin et soir pendant 10 jours ; ○ Métronidazole 500 mg : 1 comp matin , midi et soir pendant 10 jours ; ● Revoir la patiente à la fin du traitement.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> ● Idem Hôpital du district. ● Faire antibiogramme. ● Référer pour soins spécialisés (réanimation, néphrologie,...).

2.7.4. Thrombophlébite :

a. Signes :

- Fièvre ;
- Dissociation pouls/température ;
- Douleur du mollet au palper ;
- Signe de Hommans : exacerbation de la douleur au niveau du mollet à la dorsi-flexion du pied ;
- Chaleur, oedème au niveau du mollet.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Rassurer. ● Orienter/référer
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> ● Accueillir la parturiente. ● Administrer paracétamol 500 mg 2 cp 3 fois/jour. ● Evacuer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> ● Accueillir la parturiente. ● Hospitaliser. ● Donner : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol : 500 mg 2 cp 3 fois/jour ; <li style="text-align: center;">OU ○ Tramadol 100 mg toutes les 4 heures. ● Demander : GS, NFS, VS, TP, TS, TC. ● Faire un bandage compressif. ● Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Enoxaparine 6 000 UI en SC toutes les 12 heures ; <li style="text-align: center;">OU ○ Acénocoumarol 4 mg 1 cp (1 dose). ○ Evacuer pour soins spécialisés.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> ● Idem Hôpital du district. ● Echographie Doppler. ● Administrer Héparinothérapie pendant 15 jours. ● Referer à un spécialiste.

N.B : Conseiller le leverprécoce à toute femme accouchée pour prévenir la thrombophlébite.

2.7.5. Suppuration périnéale :

a. Signes :

- Fièvre ;
- Douleurs périnéales ;
- Gouttes de pus à l'ablation des fils ou à la pression du périnée.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Orienter/référent.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Faire la toilette de la région périnéale avec une solution antiseptique. • Procéder à l'ablation des fils. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol 500 mg : 2 cp x 3/jour si douleur ; ○ Amoxicilline 500 mg : 2 cp x 3/jour pendant 6 à 8 jours. • Référent après cicatrisation pour réparation.
<i>Hôpital du district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Prélèvement de pus pour rechercher le germe. • Procéder à la réparation après guérison.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Faire l'antibiogramme

2.7.6. Hémorragie du post partum : (cf. [Soins pernatals](#)).

2.7.7. Relâchement symphysaire :

a. Signes :

- Douleur au niveau de la symphyse pubienne.
- Impotence fonctionnelle des membres inférieurs.
- Ecartement de la symphyse pubienne supérieur à 1 cm à la radiographie.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Conseiller le repos absolu. • Mettre la patiente en position du Hamac.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Ceindre pour immobiliser le bassin à l'aide d'un tissu. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol 500 mg : 2 cp x 3/jour ; ○ Vitamine B complexe : 1 cp x 3/jour. • Référent.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CScCom. • Faire la radiographie du bassin. • Faire la rééducation fonctionnelle.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Faire consultation spécialisée.

N.B : Eviter la position accroupie.

2.7.8. Fistules obstétricales (FO) :

a. Définition :

La fistule obstétricale se définit comme une communication acquise entre le vagin et les organes de voisinage survenant lors d'un accouchement prolongé ou dystocique.

La communication peut être entre :

- La vessie et le vagin (F.V.V) ;
- Le vagin et le rectum (F.R.V) ;
- Le vagin, la vessie et le rectum (F.R.V.V) ;
- Le vagin et l'urètre (Fistule Urétero-Vaginale : F.U.V) ;
- L'uretère et le vagin (Fistule Urétero-Vaginale : F.U.V) ;
- La vessie et l'utérus (F.V.U).

b. Eléments de diagnostic

- Incontinence urinaire par fuite permanente des urines par le vagin et/ou des selles en cas d'association de fistule recto-vaginale ;
- Disparition de l'envie d'uriner chez la femme ;
- Absence de globe vésical ;
- La patiente dégage une odeur d'ammoniac.

c. Prise en charge

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer , conseiller et orienter. • Participer à la réinsertion.
CScCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Conseiller à la femme de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Porter des garnitures propres ; ○ Faire périodiquement des bains de siège au permanganate de potassium dilué ; ○ Faire régulièrement des toilettes vulvaires et vaginales à l'eau savonneuse ou antiseptique.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre une sonde à demeure (adaptée à une poche) si compétence existe. • Donner des antiseptiques urinaires. • Référer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Idem CSCoM. • Poser le diagnostic. • Assurer la prise en charge chirurgicale si compétence existe dans le cas contraire. • Référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Poser le diagnostic. • Assurer la prise en charge chirurgicale. • Assurer la prise en charge psycho-sociale. • Poser le problème de la réinsertion. • Referer vers les services de réinsertion.

- **Prévention de la fistule obstétricale** ([cf. Fiche technique n° 9 - Soins postnatals](#)).

N.B : Les mesures préventives de la fistule obstétricale se feront au cours de la CPN, l'accouchement, la CPoN et la PF.

- **Dépistage de la fistule obstétricale** ([cf. Algorithme - Soins postnatals](#)).

2.8. Problèmes et pathologies chez le nouveau-né dans le post-partum immédiat

2.8.1. Saignement du cordon ombilical :

a. Définition :

Le saignement du cordon ombilical est une perte de sang au niveau du cordon après la ligature ou le clampage.

b. Signes :

- Saignement au niveau du cordon ombilical ;
- Autres signes pouvant être associés au saignement :
 - Pâleur (mains et plantes des pieds) ;
 - Léthargie ;
 - Respiration rapide ;
 - Froideur des extrémités.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents. • Faire une nouvelle ligature bien serrée.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si le saignement continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire un tamponnement compressif et référer
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir les parents. Rassurer les parents. Faire une nouvelle ligature bien serrée. Surveillerle cordon toutes les 15 minutes pendant 2 heures pour s'assurer qu'il n'y a plus de saignement. Conseiller la mère d'observer tout autre signe de danger. Faire le taux d'hémoglobine si possible. <p>Si le saignement continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire un tamponnement compressif et référer
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> Idem au niveau CSCom. Assurer la prise en charge en cas d'anémie.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> Idem au niveau Hôpital du district. Faire le bilan. Traiter la cause.

2.8.2. Ictère :

(cf. [Volume](#))

2.8.3. Infections néonatales :

(cf. [Volume 4](#))

2.8.4. Convulsions du nouveau-né :

a. Définition :

Contractions musculaires involontaires, toniques ou cloniques souvent accompagnées de troubles de la conscience ; souvent plafonnement du regard avec hypotonie.

b. Signes :

- Contractions musculaires ;
- Troubles de la conscience ;
- Plafonnement du regard.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Evacuer d'urgence vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir la mère/parents. Faire du diazépam : 0,5 mg en intra rectal ou en intra musculaire. <p>Si fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire la première dose d'antibiotique (Ampicilline et gentamicine) et d'antipyrétique. Référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire du diazépam 0,5 mg/kg en intra rectal ou en IM. Si fièvre : • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 200 mg/kg/jour en IV pendant 5 jours puis prendre le relais avec Amoxicilline 100 mg/kg pendant 5 jours. ○ Gentamicine 3 - 5 mg/kg/jour en IM pendant 3 jours • Faire prélèvements pour la glycémie. Si hypoglycémie : • Donner à boire le sérum glucosé 5% si possible OU • Mettre en place une perfusion de sérum glucosé 10% 60 ml/kg) après avoir fait 2 ml/kg en IV lente. Si hypocalcémie : • Mettre 2 à 3 ml/kg de gluconate de calcium dans la perfusion de sérum glucosé 10%. Siamélioration : • Surveiller. Sipas d'amélioration : • Référer.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} RÉFÉRENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district • Demander les examens complémentaires (Ionogramme sanguin, examen du LCR, NFS, C Réactive Protéine (CRP), échographie transfontanellaire). • Assurer la prise en charge spécifique.

2.8.5. Tétanos néonatal :
(cf. [Volume 4](#))

2.8.6. Malformations graves néonatales au niveau des Hôpitaux du district et EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence :
(cf. [Volume 4](#))

2.9. Soutien psychosocial

Les professionnels de santé devraient donner aux femmes l'occasion de parler de leur expérience de l'accouchement pendant leur séjour dans l'établissement.

Une femme qui a perdu son bébé devrait recevoir des soins de soutien supplémentaires.

ANNEXES & FICHES TECHNIQUES

A. ANNEXES – SOINS PRENATALS

ANNEXE 1 : Vaccination antitétanique et diphtérique

NATURE	DOSES	PERIODES
Td1	0,5 ml	Dès le 1 ^{er} contact ou 1 ^{ère} consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt.
Td2	0,5 ml	Un mois après Td1.
TdR ₁	0,5 ml	6 mois après Td2, ou au cours d'une grossesse ultérieure.
TdR ₂	0,5 ml	1 an après TdR ₁ ou au cours d'une grossesse ultérieure.
TdR ₃	0,5 ml	1 an après TdR ₂ ou au cours d'une grossesse ultérieure.

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

Vaccination anti-méningococcique : en cas d'épidémie.

ANNEXE 2 : Plan d'accouchement

Un plan d'accouchement est la préparation pour l'accouchement qu'une femme enceinte et sa famille mettent en place pendant sa grossesse.

Le but du plan d'accouchement est d'assurer :

- Un accouchement à moindre risque et propre.
- Une action prompte en cas de problèmes.

Il n'est pas nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, mais plutôt une discussion entre toutes les parties concernées. La forme et le contenu dépendent du niveau d'éducation de la femme, des pratiques locales communautaires, du lieu de l'accouchement et des prestataires de soins de santé.

Quand est-ce qu'il faut discuter le plan d'accouchement ?

Parlez avec la femme enceinte à sa première visite prénatale sur la planification de l'accouchement. Expliquez les raisons pour faire un plan d'accouchement et les choses sur lesquelles elle doit réfléchir. Encouragez la femme enceinte à parler avec sa famille et à les inclure dans l'élaboration du plan d'accouchement.

Discutez l'évolution du plan d'accouchement à chaque visite prénatale. Si la femme enceinte a des problèmes pour préparer l'accouchement, explorez comment vous pouvez l'aider.

Par exemple : S'il y a un problème à réunir les fonds pour les soins d'urgence, vous pouvez peut-être lui indiquer une source d'assistance sociale pour aider la femme et sa famille.

Qui doit faire le plan d'accouchement ?

Les femmes enceintes et leurs familles sont ceux qui utiliseront le plan d'accouchement. Ce sont elles qui doivent prendre les décisions et faire les préparatifs nécessaires. Vous aiderez la femme enceinte en expliquant et en discutant les éléments dans la liste suivante.

Plan pour préparer un accouchement

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

- **Préparer un plan pour les complications éventuelles :**
 - Reconnaître les signes de danger ;
 - Etablir un plan pour un compte d'épargne à cet effet ;
 - Etablir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir lors de l'absence du décideur principal ;
 - Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence.

- **Retard à reconnaître le problème :**
 - Quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication.
 - Si les femmes enceintes, leurs familles, et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié.

- **Retard à l'accès au centre de soins :**
 - Quand une femme présente une complication, elle doit avec sa famille prendre la décision d'aller chez un prestataire qualifié.
 - Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur de la famille.
 - Les autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente.
 - Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient pendant l'absence du décideur principal.

- **Retard à l'arrivée de la structure appropriée :**

Une fois la décision prise, la famille doit trouver un moyen de transport pour emmener la femme à une structure sanitaire. Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.

De plus, il existe dans certains cas, une réticence de la part des prestataires à référer une femme au niveau supérieur. Quand un prestataire essaie de prendre une femme en charge alors qu'il n'en est pas compétent, il met la vie de la femme en danger.

- **Retard à recevoir des soins de qualité :**

Une fois arrivée à la structure appropriée, elle doit recevoir des soins de qualité. Si les soins délivrés sont ni de qualité, ni appropriés, elle serait arrivée en vain.

Préparer un plan pour les complications éventuelles

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

Il est important d'impliquer autant que possible les membres de la famille dans l'élaboration d'un plan pour les complications éventuelles.

Si la femme seule est impliquée, il sera difficile de mettre le plan en « marche » lorsqu'elle présentera une complication.

Etablir un plan pour épargner à cet effet :

Il faut encourager la famille à épargner pour que les fonds nécessaires soient disponibles pour les soins d'urgence. Au fil des consultations avec la femme :

- Evaluer les besoins financiers, les ressources nécessaires pour répondre à ces besoins et les méthodes pour accéder à ces fonds.
- S'assurer que les fonds soient suffisants et disponibles avant le début du travail.

Etablir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir en l'absence du décideur principal :

- Dans la mesure du possible, il faut déterminer quel membre de la famille serait en mesure de prendre une décision en l'absence du décideur principal.

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

- Chaque famille devrait avoir un plan pour transporter la femme si elle présente des complications et si elle a besoin d'être référée à un niveau supérieur de soins de santé.
- Il faut préparer ce plan dès le début de la grossesse et il devrait inclure les éléments suivants :
 - Où la femme devrait se rendre si elle souffre d'une complication
 - Comment accéder au prochain niveau de soins en cas d'urgence
 - Quel membre de la famille devrait l'accompagner
 - Comment acquérir les fonds nécessaires en cas d'urgence.

Décisions à prendre par la femme enceinte et la famille en préparant le plan d'accouchement

➤ **Lieu de l'accouchement**

L'accouchement est à moindre risque pour la femme et le nouveau-né s'il est assisté par un personnel qualifié. Encouragez toutes les femmes enceintes à chercher un accoucheur (ou accoucheuse) qualifié.

Il n'est pas pratique de suggérer que toutes les femmes accouchent dans un centre de santé. Le lieu choisi pour l'accouchement est à réviser à chaque visite prénatale et il peut être changé du domicile au centre de santé ou à l'hôpital si la mère présente un problème pendant sa grossesse.

➤ **Prise de décision**

Expliquez à la femme et à sa famille que si un problème se présente pendant le travail, une Référence immédiate sera nécessaire. Un retard avant d'atteindre une structure sanitaire appropriée peut entraîner la mort de la femme et/ou du nouveau-né. Si un décideur clé n'est pas disponible en cas de besoin, la femme ou un autre membre de la famille doit pouvoir prendre les décisions concernant la Référence en l'absence du décideur principal.

➤ **Préparation pour les urgences**

Les urgences ne peuvent pas être prévues. Les urgences sont de graves problèmes qui, sans intervention, causeront la mort de la mère ou du nouveau-né. Pourtant, souvent une action rapide peut empêcher la mort en cas d'urgence.

Ceci est la raison pour laquelle il faut planifier comment vous allez agir si un problème urgent se présente. Le transport au centre de santé peut être nécessaire.

Assurez-vous que la femme et sa famille prévoient un transport d'urgence au besoin pendant la grossesse, le travail, ou l'accouchement. Encouragez la famille d'avoir ces plans en place avant la 30^{ème} semaine de la grossesse.

Préparation pour l'accouchement

➤ *Dans une structure de santé*

Une femme qui va accoucher dans une structure de santé doit faire les préparatifs suivants :

- Planifier le transport pour aller à la structure de santé. Planifiez cela bien à l'avance par rapport à la date probable d'accouchement.
- Economiser des fonds pour payer les soins. Commencez à économiser immédiatement de l'argent si le budget familial est coincé.
- Choisir une accompagnante qui restera avec elle pendant le travail.
- Préparer un sac à emporter avec elle quand la femme entre en travail.
- Inclure: des tissus (pagnes) et habits propres pour elle-même et pour son nouveau-né, quelque chose avec lequel porter le nouveau-né (comme un pagne/écharpe).
- Des habits chauds dans lesquels envelopper le nouveau-né.
- Des tissus propres ou des garnitures périnéales pour la mère.
- Des articles de toilette personnelle et des serviettes, brosse à cheveux, etc.
- Tout le matériel exigé par le centre de santé (comme des gants pour l'accoucheuse, la carte de maternité, une lame de rasoir neuve non utilisée, la carte de vaccination, etc.).
- Tout traitement ou médicament qu'elle est en train de prendre.

B. FICHES TECHNIQUES – SOINS PRENATALS

FICHE TECHNIQUE N° 1 : COMPARAISON DES CALENDRIERS DES SOINS PRENATALS

Modèle OMS de soins prénatals ciblés	Modèle OMS 2016 de soins prénatals
<i>Premier trimestre</i>	
Visite 1 : 8-12 semaines	Contact 1 : jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
Visite 2 : 24-26 semaines	Contact 2 : 20 semaines Contact 3 : 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
Visite 3 : 32 semaines	Contact 4 : 30 semaines Contact 5 : 34 semaines
Visite 4 : 36-38 semaines	Contact 6 : 36 semaines Contact 7 : 38 semaines Contact 8 : 40 semaines
Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.	

FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN GENERAL DE LA FEMME ENCEINTE

- Expliquer à la cliente le déroulement de l'examen.
- Demander à la cliente de se déshabiller (en privé).
- Observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis).
- Peser la femme (s'assurer que la balance est bien tarée).
- Mesurer la taille (faire ôter les chaussures et les foulards).
- Prendre la tension artérielle (assise).
- Aider la femme à s'installer sur la table d'examen.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel.
- Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses).
- Rechercher les œdèmes au visage.
- Examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, rechercher d'une exophtalmie).
- Examiner la bouche (gingivite, langue blanchâtre, carie dentaire).
- Palper la glande thyroïde (goitre).
- Examiner les seins à la recherche de sécrétion ou de nodules: [Cf. Fiche technique n° 3 - Soins prénatals : Examen du sein.](#)
- Ausculter le cœur (appréciation du rythme, recherche de souffles), et les poumons (recherche de râles).
- Palper la partie supérieure de l'abdomen (recherche d'une hépato splénomégalie).
- Examiner la région de l'ombilic (recherche de hernie ou cicatrice de laparotomie).
- Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes).
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.
- Faire uriner la femme/vider la vessie ; garder un échantillon d'urine si nécessaire.
- Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : EXAMEN DU SEIN**a. Conditions :**

- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Lui demander de se déshabiller ;
- Existence de lumière suffisante.

b. Examen :**Inspection :**

- Observer les seins de la cliente debout et assise et on vérifie la symétrie des seins.
- Vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masses évidentes.
- Demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps et s'il n'y a pas rétraction du mamelon.
- Demander à la cliente de se coucher sur la table d'examen.
- Placer son bras gauche au-dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire le sein en 4 cadrans.

Palpation :

- Palper avec les deux mains à plat les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du quadrant à examiner et palper vers le mamelon.
- Palper les parties internes du sein contre la cage thoracique avec la paume de la main.
- Presser doucement le mamelon pour rechercher la présence ou non de sécrétions (lait, pus, sang).
- Palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire en abaissant le bras gauche de la cliente le long du corps puis renouveler le même geste du côté droit.
- Si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est rendue compte. Si oui, quand l'a-t-elle constatée pour la première fois ?
- Rassurer.
- Prendre en charge ou référer la cliente en cas de masse pour une meilleure prise en charge.

Auto-palpation des seins :

- Apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins.
- Demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour rechercher une asymétrie des seins).
- Placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse.
- Presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang).
- Recommander à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est relativement fréquent chez la femme.

FICHE TECHNIQUE N° 4 : EXAMEN OBSTETRICAL

- Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical.
- Mettre la femme en position gynécologique.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis.
- Palper l'abdomen, et rechercher les pôles foétaux.
- Mesurer la hauteur utérine.
- Ausculter les bruits du cœur foetal (BCF).
- Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles.
- Nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire.
- Placer le spéculum.
- Observer le col et le vagin (état, pathologies).
- Faire des prélèvements, si nécessaire.
- Retirer le spéculum.
- Tremper le spéculum dans l'eau de décontamination.
- Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal.
- Examiner le bassin ([Cf. fiche technique n° 5 - Soins prénatals : Examen du bassin](#)).
- Examiner et sentir les pertes sur les gants.
- Nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse.
- Tremper le matériel utilisé dans la solution de décontamination.
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle appropriée.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire.
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.
- Enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : EXAMEN DU BASSIN

- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen.
- **Mesurer le diamètre pré pubien ou trillât (12 à 13 cm) :**
 - mesurer la distance entre le bord supérieur du pubis et les 2 plis inguinaux.
- **Mesurer le losange de Michaelis :**
 - mettre la femme en position debout faisant dos à l'examineur ;
 - repérer le losange (qui est limité en haut l'apophyse épineuse de L5), latéralement par 2 fossettes au niveau des épines iliaques postérieures et supérieures et en bas par le sommet du sillon inter fessier) ;
 - orienter le losange dans le sens des aiguilles d'une montre (ABCD) ;
 - mesurer la diagonale transversale BD (10 cm) ;
 - mesurer la diagonale verticale AC (11 cm) ;
 - mesurer l'intersection des 2 diagonales vers le sommet (4 cm).
- **Mesurer le diamètre bi ischiatique :**
 - mettre la femme en position gynécologique ;
 - mesurer la distance qui sépare la face interne des ischions (11 cm) en plus des 2 cm (épaisseur des parties molles) ;
- Décider si le bassin est normal ou non.
- **Faire un toucher vaginal :**
 - vider la vessie et le rectum ;
 - explorer le bassin pour apprécier.
- **Le détroit supérieur :**
 - Apprécier la hauteur et l'inclinaison des lignes innommées le plus loin possible (suivies sur les 2/3 proximaux dans un bassin normal) ;
 - **Mesurer le diamètre promonto-retro pubien (10,5 cm) à partir du promonto-sous-pubien (12,5 cm) :**
 - introduire les 2 doigts en direction du promontoire et tenter de l'atteindre ;
 - faire une marque au niveau du bord de l'index en contact de la symphyse pubienne ;
 - retirer les doigts ;
 - mesurer la distance séparant l'extrémité du majeur de la marque (12,5 cm) ;
 - déduire 2 cm du promonto-souspubien pour obtenir le promonto-retro-pubien.
- **Le détroit moyen :**
 - Diriger les 2 doigts en direction du coccyx et la dernière vertèbre sacrée ;
 - Remonter le long de la concavité sacrée en direction du promontoire ;
 - Apprécier le caractère plus ou moins saillant des épines sciatiques.
- **Apprécier le détroit inférieur :**
 - apprécier le diamètre antéro postérieur, coccyx sous-pubien (11 cm), qui va du bord inférieur de la symphyse pubienne à la pointe du sacrum ;
 - mesurer le diamètre transverse bi ischiatique : les pouces s'appuient sur la face interne des ischions et mesurer à l'aide d'un mètre ruban la distance entre les 2 ischions (11 cm).
- Expliquer les résultats à la femme.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : PRESCRIPTION DE LA SP EN TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

DOSE	MOMENT DE LA PRISE	POSOLOGIE
1^{ère} dose	A partir de la 13 ^{ème} semaine de la grossesse qui correspond au 15 ^{ème} SA	3 comprimés de SP en prise supervisée
2^{ème} dose	Au moins un mois après la 1 ^{ère} dose	3 comprimés de SP en prise supervisée
3^{ème} dose	Au moins un mois après la 2 ^{ème} dose	3 comprimés de SP en prise supervisée

N.B :

- **La SP est gratuite et doit être administrée en prise supervisée à raison d'au moins 3 doses de 3 cp espacées d'au moins un mois, à partir de la 13^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.**
- **La SP est contre indiquée avant 13 semaines de grossesse à cause de la pyriméthamine.**
- **La femme doit dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide pendant toute la durée de la grossesse et observer les mesures d'hygiène environnementales (lutte anti vectorielle et assainissement du milieu).**

FICHE TECHNIQUE N° 7 : SUPPLEMENTATION EN FER ET ACIDE FOLIQUE

- Du **1^{er} trimestre** de la grossesse à **3 mois après accouchement** :
 - Donner 60 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique par jour (**1 cp**)
- Du **2^{ème} ou 3^{ème} trimestre** de la grossesse à **3 mois après accouchement** :
 - Donner 120 mg de fer élément + 800 µg d'acide folique par jour (**2 cp**).
- Absence d'interférence entre la prise de la SP et l'acide folique à faible dose (inférieur à 5 mg/jour). Alors possibilité de prise combinée
- Si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise **au moins 6 mois** après l'accouchement.
- Si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant **au moins 6 mois**.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : SEANCE D'ANIMATION A L'ECOLE DES MERES

1. Préparation de la séance

Préparer l'espace :

- La séance éducative doit avoir lieu dans un endroit soigneusement aménagé ;
- L'endroit doit être spacieux, propre et accueillant (salle ou hangar) ;
- Le matériel audiovisuel (si disponible) doit être vérifié, notamment le volume, au cours des projections audiovisuelles afin de s'assurer que toutes les participantes écoutent ;
- Préférer un dispositif en «U» ou en cercle fermé ;
- Disposer les aides visuelles (fiches techniques, affiches, dépliants, pliers, échantillons, appareils...) ; de telle sorte que chaque participante puisse voir sans effort.

Accueil des participants/es

- Accueillir chaleureusement et l'installer les participantes ;
- Ramasser les carnets de santé ou les fiches personnelles des femmes pour y inscrire les thèmes à développer ;
- Détendre l'atmosphère ;

2. Déroulement de la séance :

- Commencer à l'heure ;
- Se présenter
- Demander aux participantes de se présenter ;

- Faire une brève restitution des messages : objet de la session précédente ;
- Introduire la séance du jour ;
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale ;
- Donner la durée de la séance ;
- Présenter les thèmes de la session actuelle à l'aide de supports didactiques et de visualisation de films éducatifs si possibles ;
- S'en tenir aux thèmes prévus ;
- Gérer les temps et les échanges entre les participantes ;
- Maintenir la discipline avec une bonne humeur ;
- Illustrer par des exemples (exercices de simulation de la respiration pendant le travail d'accouchement, de différents postures pendant l'accouchement, de l'allaitement maternel...);
- Discuter et répondre aux interrogations des femmes ;
- Vérifier si les participantes ont compris les messages en posant des questions simples ;
- Résumer les messages et faire ressortir les points forts ;
- Remettre des carnets de santé ou fiche personnelle de la femme ;
- Prendre en charge des femmes présentant un problème par le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme ou l'infirmier (e) et procéder à la Référence si nécessaire.

3. Procéder à la clôture :

- Remercier l'auditoire ;
- Fixer le prochain rendez-vous et le mentionner dans le carnet ou la fiche personnelle CPN ;
- Négocier ou annoncer le prochain thème ;
- Compter le nombre de participants ;
- Remplir les supports ;
- Ranger le matériel.

N.B : Respecter les règles suivantes :

- Choisir un but et ne pas le perdre de vue ;
- Parler avec mesure ;
- Développer l'écoute active ;
- Exploiter le succès immédiat des participantes ;
- Ne pas dominer le groupe ;
- Ne pas provoquer le groupe.

FICHE TECHNIQUE N° 9 : MATURATION ET DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL PAR LE MISOPROSTOL

Objectif : Déclencher le travail par le Misoprostol selon les normes

Matériel :

- Misoprostol comprimé 200 µg,
- Gants d'examen,
- Stéthoscope de Pinard,
- Thermomètre,
- Tensiomètre,
- Montre ou chronomètre.

Technique :

- Expliquer à la patiente la méthode à utiliser,
- Apporter un soutien psychologique continu et la rassurer,
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air,
- Prendre la pression artérielle, le pouls et la température,
- Palper l'utérus pour s'assurer que la présentation du fœtus est normale,
- Mettre les gants d'examen,
- Faire le toucher vaginal pour évaluer le score de BISHOP et apprécier l'état du col utérin,
- Placer le quart de comprimé de Misoprostol (50 microgrammes) dans le cul de sac vaginal postérieur,
- Surveillance les paramètres maternels selon le tableau ci-dessous,
- Surveiller les effets secondaires du misoprostol :
 - Tremblements,
 - Nausées,
 - Vomissements,
 - Diarrhées.
- Informer la patiente sur l'évolution du déclenchement.

N.B :

- Ne jamais administrer simultanément la perfusion d'oxytocine et le misoprostol.
- L'administration du misoprostol doit être faite sous surveillance stricte et dans un centre de santé disposant de personnel qualifié disponible pour la surveillance.

Protocole de déclenchement du travail d'accouchement

Heure	Dose d'administration	Pression Artérielle	T°	Etat du col après la mise de Misoprostol				Fréquence des CU	Effets secondaires
				Position	Longueur	Dilatation	Consistance		
1 ^{ère} dose									
Evaluation 4 heures après									
2 ^{ème} dose									
Evaluation 4 heures après									
3 ^{ème} dose									
Evaluation 4 heures après									
4 ^{ème} dose									
Evaluation 4 heures après									

FICHE TECHNIQUE N° 10 : MODALITES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM POUR LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET L'ECLAMPSIE

ADMINISTRATION INTRAVEINEUSE (IV) :

Dose de charge :

Bolus de 4 g à 5 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) (20 ml d'une solution à 20% ou 40 ml d'une solution à 10 %).

Injection intraveineuse (IV) lente en 15 à 20 minutes.

NE JAMAIS INJECTER DE SOLUTION À 50 % SANS LA DILUER À 20 %.

Dose d'entretien :

Perfusion continue de 1 à 2 g/h IV :

- Prendre un flacon de 500 ml de solution physiologique saline ;
- Retirer 100 ml ;
- Rajouter au flacon 10 ampoules de 10 ml de sulfate de magnésium (MgSO₄) 10% (100 ml) ;
- Relier cette solution préparée avec le sulfate de magnésium (MgSO₄) au Y de la tubulure ;
- Perfuser à 100 ml/heure (35 gouttes/minute) ;
- Continuer la perfusion pour une période d'au moins 24 heures après l'accouchement ou après la dernière crise en postpartum (l'évènement le plus tardif étant retenu).

Si récurrence de convulsions :

Après 15 minutes du premier bolus :

- Administrer lentement un second bolus de 2 g IV (10 ml d'une solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 20% ou 20 ml d'une solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 10% ou 4 ml dilué d'une solution à 50%).

Si dépression respiratoire (< 12 respirations par minute et perte des réflexes rotuliens) :

- Cesser la perfusion de sulfate de magnésium (MgSO₄) ;
- Administrer 1 g de gluconate calcique IV (10 ml d'une solution à 10%) en 10 minutes.

ADMINISTRATION INTRAMUSCULAIRE (IM) – Solution à 50 %

Dose de charge (10 g IM) :

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) IM (10 ml d'une solution à 50% + 1 ml de solution de lidocaïne à 2% dans la même seringue) dans le quadrant externe supérieur de chaque fesse. Soit une dose totale de 10 g de MgSO₄.

Dose d'entretien (si l'évacuation est retardée ou si la patiente est en travail) :

- Injecter 5 g de solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 50% en IM (10 ml + 1 ml de solution de lidocaïne à 2%) toutes les 4 heures dans une fesse à la fois seulement et en alternance dans l'autre fesse pour la dose suivante.
- Continuer jusqu'à 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion (l'évènement le plus tardif étant retenu).

AVANT CHAQUE INJECTION : s'assurer :

- De la présence de réflexes rotuliens.
- La diurèse (> 100 ml en 4 heures).
- La fréquence respiratoire (> 12/minute).

NE PAS INJECTER OU RETARDER L'INJECTION si l'une des situations cliniques est présente :

- Absence de réflexes rotuliens.
- Diurèse < 100 ml en 4 heures.
- Fréquence respiratoire < 12/minute.

ADMINISTRATIONS INTRAVEINEUSE ET INTRAMUSCULAIRE COMBINÉES (IV/IM)

Dose de charge (4 g IV ET 10 g IM) :

Bolus de 4 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) (20 ml d'une solution à 20% ou 40 ml d'une solution à 10%).

Injection intraveineuse (IV) lente pendant en 15 à 20 minutes.

NE JAMAIS INJECTER DE SOLUTION À 50% SANS LA DILUER À 20%.

ET

Injecter 5 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) (10 ml d'une solution à 50 % + 1 ml de solution de lidocaïne à 2 % dans la même seringue) IM dans le quadrant externe supérieur de chaque fesse. Soit 10 g de MgSO₄ au total en IM.

Dose d'entretien (si l'évacuation est retardée ou si la patiente est en travail) :

Injecter 5 g de solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 50% en IM (10 ml solution sulfate de magnésium (MgSO₄) à 50% + 1 ml de solution de lidocaïne à 2%) toutes les 4 heures, dans une fesse à la fois seulement et en alternance dans l'autre fesse pour la dose suivante.

Jusqu'à 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion (l'évènement le plus tardif étant retenu).

AVANT CHAQUE INJECTION s'assurer de :

- La présence de réflexes rotuliens.
- La diurèse (> 100 ml en 4 heures).
- La fréquence respiratoire (> 12/minute).

NE PAS INJECTER et RETARDER L'INJECTION si l'une des situations cliniques est présente :

- Absence de réflexes rotuliens.
- Diurèse < 100 ml en 4 heures.
- Si la fréquence respiratoire < 12/minute (mouvements respiratoires par minute).

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION AU SULFATE DE MAGNÉSIUM

Si la fréquence respiratoire est < 12 mouvements par minute ET absence de réflexes rotuliens.

Ne pas donner d'injection supplémentaire, **cesser** perfusion de MgSO₄ IV si en cours.

ANTIDOTE : 1 g de gluconate calcique IV en 10 minutes (10 ml d'une solution à 10%).

FICHE DE SURVEILLANCE DU SULFATE DE MAGNÉSIUM

Nom : Prénom : Age :

Indication : Pré éclampsie /_/ / Eclampsie /_/ / Autre à préciser /_/ /

☞ **Les paramètres sont appréciés pendant toute la durée du traitement**

Date :...../...../ 201..... **Dose**

administrée :.....Heure d'administration de la 1^{ère}

dose.....

Paramètre	Valeur initiale	15 m n	15 m n	15 m n	15 m n	15 m n	15 m n	15 m n	15 m n	15 m n	30 m n	30 m n	30 m n	30 m n	1 h	1 h	1 h	1 h	1 h	1 h	
Etat de Conscience Bon ou altéré																					
TA																					
FR																					
Pouls																					
ROT + -																					
Diurèse /4H																					
BCF / H																					

NB : Les paramètres à surveiller (**sauf le ROT**) et leurs fréquences **sont les mêmes que** pour la surveillance du traitement de Nicardipine

FICHE TECHNIQUE N° 11 : 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 augmentation de l'utilisation par destruction ou perte de certains éléments du sang ;
- un dysfonctionnement d'un composant spécifique du sang (hématies, plaquettes ou facteurs de coagulation) ;
- une hémorragie grave.

Groupe 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 globules rouges portent zéro, un ou deux des antigènes possibles qui sont A et B. Le plasma contient zéro, un ou deux des anticorps possible qui sont anti-A et anti-B. Si l'individu possède sur ses globules rouges un antigène, il n'a pas dans son plasma l'anticorps qui s'y oppose. Cela détermine les 4 groupes possibles dans le système ABO, chaque groupe portant le nom du ou des antigène(s) présents à la surface de ses globules rouges.

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 (ni anti-A, ni anti-B) est dit receveur universel
- le groupe O (n'a ni A, ni B) est dit donneur universel.

Pour étudier la 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 foetale 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 foetales 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 vérifier 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° 12 : TEST DE COMPATIBILITÉ SANGUINE AU LIT DE LA MALADE (AVANT TRANSFUSION)

- Se laver les mains ou porter des gants.
- apprêter une plaque (ou papier bristol) et un capuchon d'aiguille.
- Y déposer deux gouttes du sérum de la patiente, sérum issu du sang préalablement prélevé sur tube sec.
- Y ajouter une goutte de sang à transfuser.
- Mélanger l'ensemble sur le support.
- Avoir une bonne source de lumière.
- Faire balancer entre les mains pour détecter une éventuelle agglutination.
- Laisser reposer un peu (5 mn) et revoir encore.
- Noter sur le papier bristol :
 - Les noms et prénom de la patiente ;
 - Le numéro du flacon transfusé ;
 - Le groupe du flacon transfusé ;
 - Les initiales de l'agent transfuseur ;
 - La date de la transfusion.
- Laisser sécher et épingler le bristol au dossier.
- Noter dans le dossier de la patiente la date de péremption du flacon.
- Surveiller la patiente après le démarrage de la transfusion, à la recherche de prurit localisé ou non, d'urticaire, de douleurs, de frissons.

Résultats :

- Si agglutination = incompatibilité : ne pas brancher et renvoyer le flacon à la banque de sang.
- Si pas d'agglutination du tout = sang supposé compatible :
 - Le brancher sans oublier de surveiller.
- En cas de doute = refaire le test.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : 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° 14 : ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE (AMIU)

Evaluation initiale :

- Evaluer la patiente pour détecter un état de choc et d'autres conditions mettant sa vie en danger.

Si des complications sont identifiées :

- Stabiliser la patiente ;
- Référer si nécessaire.

Bilan médical :

- Faire l'anamnèse.
- Faire l'examen physique (cœur, poumons et abdomen) et gynécologique.
- Informer la patiente sur les résultats de l'examen et lui donner un plan de traitement.
- Donner à la patiente des informations sur sa condition et un plan de traitement.
- Faire les tests de laboratoire si nécessaire.
- Discuter de ses projets en matière de reproduction.

Si elle pense utiliser un DIU:

- Donner des conseils en ce qui concerne l'utilisation du DIU.
- Insérer le DIU après la procédure AMIU si sa situation clinique le permet.

Se préparer :

- Faire l'anesthésie verbale (voir fiche technique anesthésie verbale).
- Lui demander si elle est allergique aux produits anesthésiques et antiseptiques.
- Vérifier que vous disposez des instruments stériles.
- Vérifier que les canules et adaptateurs de tailles appropriées sont disponibles.
- Vérifier la seringue AMIU et la charger (établir le vide).
- Vérifier que la patiente a vidé sa vessie.
- Vérifier que la patiente a soigneusement lavé sa zone périnéale.
- Mettre un tablier propre en plastique ou caoutchouc .
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre ou les laisser sécher à l'air libre.
- Porter des gants stériles.
- Disposer les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.

a. Tâches pré AMIU :

- Faire un examen gynécologique toucher vaginal, vérifiant la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation cervicale.
- Introduire le spéculum et retirer le sang ou les débris avec une pince à éponge ou de la gaze stérile.
- Retirer les produits de conception retenus (PCR) sortant éventuellement de l'orifice du col et voir si le col porte des déchirures.
- Appliquer à deux reprises un antiseptique sur le col et le vagin en utilisant de la gaze ou un tampon de coton.
- Prendre la lèvre postérieure du col à l'aide d'une pince tire-col (à 5 ou 7 heures).

Administrier l'anesthésie para cervicale(si nécessaire)

- Donner l'information sur l'anesthésie para cervicale et ses effets secondaires.
- Remplir une seringue de 10 ml d'un anesthésique local (xylocaïne à 1% sans adrénaline).
- Exercer, avec une pince tire-col une légère traction un mouvement sur le col, pour identifier la zone entre l'épithélium cervical et la muqueuse vaginale.
- Insérer l'aiguille juste en dessous de l'épithélium et aspirer en retirant légèrement le piston pour vérifier que l'aiguille ne pénètre pas dans un vaisseau sanguin.
- Injecter environ 2 ml de xylocaïne à 1% juste en dessous de l'épithélium, pas plus profondément que 2 à 3 mm à 3, 5, 7 et 9 heures.
- Attendre un minimum de 2 à 4 minutes pour que l'anesthésie fasse l'effet maximum.

b. Procédure AMIU :

- Exercer doucement une traction sur le col pour redresser le canal cervical et la cavité de l'utérus.
- Dilater le col tel que nécessaire, en utilisant progressivement une canule plus grande.
- En stabilisant le col, pousser la canule choisie doucement et lentement dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle arrive au fond (pas > 10 cm). Ensuite, retirer doucement la canule du fond de l'utérus.
- Adapter la seringue préparée à la canule en la tenant d'une main, la pince tire col et la seringue de l'autre. Veiller à ce que la canule n'avance pas lorsqu'on adapte la seringue.
- Libérer la ou les valve(s) à pousoir de la seringue pour transférer le vide par le biais de la canule à la cavité utérine.
- Evacuer tout contenu restant en faisant tourner la canule et la seringue entre 10 heures et 2 heures (sur le cadran d'une montre) et la faire avancer et reculer doucement et lentement à l'intérieur de l'utérus.

Si la seringue est à moitié remplie avant la fin de la procédure :

- Détacher la canule de la seringue ;
- Retirer uniquement la seringue en laissant la canule en place ;
- Pousser le piston pour vider les PCR dans la passoire ;
- Recharger la seringue, l'adapter à la canule et relâcher la ou les valve(s) à pousoir ;
- Vérifier les signes d'achèvement (mousse rouge ou rose, plus de débris dans la canule ou sensation granuleuse) ;
- Retirer doucement la canule et la seringue AMIU ;
- Retirer la canule de la seringue AMIU et pousser le piston pour vider le contenu dans la passoire ;
- Rincer la peau avec de l'eau ou une solution saline ;
- Inspecter rapidement les débris évacués de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué ;
- Si on ne voit aucun produit de conception retenue (PCR), réévaluer la situation pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une grossesse extra-utérine ;
- Retirer la pince tire col du col avant d'enlever le spéculum ;
- Faire un toucher vaginal pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus ;
- Placer le spéculum et contrôler les saignements.

Si l'utérus est encore mou ou si les saignements persistent :

- Continuer l'aspiration jusqu'à l'évacuation complète.

c. Taches post-AMIU :

- Permettre à la patiente de se coucher sur le côté en position confortable.
- Mettre le matériel contaminé dans un récipient étanche ou un sac en plastique avant d'enlever les gants.
- Placer le spéculum et les instruments en métal dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour décontaminer.
- Mettre l'aiguille et la seringue dans une boîte de sécurité.
- Adapter la canule utilisée à la seringue AMIU et rincer avec une solution chlorée à 0,5%.
- Détacher la canule de la seringue et les placer dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour décontamination.
- Vider les PCR dans un conteneur avec un couvercle ou être bien incinérés.
- Tremper brièvement les mains gantées dans la solution chlorée à 0,5%.
- Retirer les gants en les retournant.
- Mettre les gants dans une poubelle ou un sac en plastique.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec ou à l'air libre.
- Laisser la patiente se reposer dans un endroit confortable pendant au moins 30 minutes là où sa récupération peut être suivie.
- Vérifier les saignements au moins une fois avant de la laisser partir et vérifier que les crampes ont diminué.
- Donner des instructions sur les soins après avortement et les signes d'alarme à la patiente.
- Expliquer à la femme quand revenir à la visite de suivi.
- Expliquer à la femme qu'elle peut revenir à chaque fois qu'elle le désire.
- Discuter de ses projets de procréation et fournir la méthode de planification familiale appropriée au besoin.

FICHE TECHNIQUE N° 15 : 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.
- Molaire anémie sévère.
- Utérus cicatriciel.
- Grossesse (en raison du risque hémorragique).
- 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 ou des signes d'infection.

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.
- Offrir une méthode de contraception si la cliente le désire.

FICHE TECHNIQUE N° 16 : 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.
- OU**
- Donner un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) tel que l'ibuprofène : 400mg en prise unique.

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 : 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.

FICHE TECHNIQUE N° 17 : UTILISATION VITAMINE K 1

Sur le marché, nous avons la présentation en Ampoule de 10mg

Comment faire la dilution?

- Prendre l'ampoule de 10mg qui correspond à 1 CC
- On ajoute à cela 9 CC d'eau distillée (dilution).
- Ce total équivaut à 10 CC.

Les doses adoptées

- 1mg en IM pour tout nouveau-né après la naissance

Avant l'injection

- Expliquer à la mère que l'injection sera nécessaire pour prévenir l'hémorragie ;

Comment faire l'injection ?

- Rassemblez tous les matériels nécessaires : seringue, alcool, morceau de gaze/coton ;
- Essuyer le site d'injection avec du coton ou de la gaze/comresse imbibée d'alcool ;
- Injecter selon le poids la dose correspondante par voie intra musculaire dans la partie antérolatérale de la cuisse ;
- Jeter l'aiguille dans la boîte de sécurité.

N.B : Lire attentivement la présentation de la vitamine K1 que nous avons avant l'utilisation et faire correctement et doucement l'injection pour éviter les enflures de la cuisse du nouveau-né.

Ne pas conserver le reste de la Vit K1 diluée.

FICHE TECHNIQUE N° 18 : SOINS MATERNELS RESPECTUEUX**Quels droits pour les clientes**

Droit 1 : Toute femme a le droit de conserver son intégrité et de ne pas être soumise à de mauvais traitements

- ♣ **Personne ne peut vous maltraiter physiquement**

Droit 2 : Toute femme a le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus, libre et éclairé, et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis...) pendant qu'elle reçoit des soins de maternité.

- ♣ **Personne ne peut vous forcer ou vous faire quoi que ce soit sans que vous en ayez connaissance, ni sans votre consentement.**

Droit 3 : Toute femme a le droit au respect de sa vie privée, et à la confidentialité des informations la concernant.

- ♣ **Personne ne peut violer votre intimité, ni révéler votre identité ou les informations à caractère personnel vous concernant.**

Droit 4 : Toute femme a le droit d'être traitée avec dignité et respect.

- ♣ **Personne ne peut vous humilier ou vous maltraiter verbalement.**

Droit 5 : Toute femme a droit à l'égalité, à l'absence de discrimination, et à des soins équitables.

- ♣ **Personne ne peut exercer de discrimination à votre égard, pour quelque motif que ce soit.**

Droit 6 : Toute femme a le droit de bénéficier de soins de santé et de jouir du meilleur état de santé possible.

- ♣ **Personne ne peut vous empêcher d'obtenir les soins de maternité dont vous avez besoin.**

Droit 7 : Toute femme a le droit à la liberté, à l'autonomie, à l'auto-détermination et elle ne peut être forcée à quoi que ce soit.

- ♣ **Personne ne peut vous détenir, vous ou votre bébé, sans autorisation légale.**

Quelles Pratiques pour promouvoir les soins maternels respectueux ?

- Présence du compagnon ou du mari pendant le travail/femmes de la famille lors du travail
 - S'assurer que toute femme en travail ait un compagnon pendant le travail
 - De préférence lui laisser le soin de choisir le compagnon
 - L'accompagnant de sexe féminin et membre de la famille semble avoir un impact plus positif sur le dénouement de l'accouchement
 - Le soutien d'une femme de la famille améliore le dénouement du travail.
- Autoriser la femme à boire et à s'alimenter pendant le travail
 - Le travail entraîne une consommation d'énergie
 - Il faut autoriser la parturiente à boire et à manger selon ses besoins
 - Aussi bien les boissons que les aliments peuvent être donnés en petites quantités
- Déambulation
 - Il ne faut pas obliger la parturiente à rester couchée sur le dos en permanence
 - La déambulation doit être encouragée
 - En cas de besoin le compagnon peut aider la parturiente à déambuler

**Adopter la position désirée pendant le travail et l'accouchement : Important
!!!!**

WALKING, STANDING, AND LEANING



- Helps stimulate effective contractions.
- Works with gravity.

KNEELING



- May relieve back pain.
- Helps baby rotate to most favorable position: occiput anterior (OA).
- Relieves hemorrhoids.

SITTING



- Uses gravity to help baby's descent.
- Allows rest between contractions.

SQUATTING



- Uses gravity to help baby's descent.
- Opens pelvis to provide more room.

©1997 Childbirth Graphics®, a division of WPS Group, Inc., Reno, TX 75702-1207 <http://www.childbirthgraphics.com>

52281-4996-0287

Please tick if the woman used any of these positions during either labour **L** or birth **B**



N'OUBLIONS JAMAIS DE SOULAGER DE LA DOULEUR !!!

C. ANNEXES – SOINS PERNATALS

ANNEXE 1 : Signes de danger chez le nouveau-né

Difficultés de téter ou ne tète pas :

- Incapable de téter.
- Ne peut pas être réveillé pour téter ou ne reste pas éveillé assez longtemps pour téter et vider le sein.
- Tête mais ne semble pas satisfait. En conséquence, le nouveau-né n'émet pas de selles, ou n'urine pas au moins 6 fois par jour.

Problèmes de respiration :

- Respiration rapide : plus 60 fois par minute.
- Geignement au cours de la respiration.
- Tirages inter ou sous costal.
- Coloration bleuâtre de la peau.

Convulsions :

- C'est une rigidité des bras et des jambes de l'enfant due à la contraction des muscles.

Fièvre :

- Corps (l'abdomen ou le dos) chaud au toucher par rapport à une personne qui se porte bien.

Hypothermie :

- Corps (l'abdomen ou le dos) froid ou plus frais au toucher par rapport à une personne qui se porte bien.

Saignement du cordon ou du rectum

Ictère sévère :

- Coloration jaune de la peau/des yeux qui commence avant 2 jours ou dure plus de 10 jours ;
- Coloration jaune de la peau qui va jusqu'aux paumes des mains et aux plantes des pieds.

Diarrhée sévère :

- Beaucoup de selles (plus que 3) liquides comme de l'eau.

Vomissements persistants/Ballonement abdominal

- Rejet par la bouche de grandes quantités de liquides ;
- Ballonnement abdominal

Infections sévères du cordon, des yeux ou de la peau :

- Œdème, écoulement, rougeur, pustules.

Léthargie :

- Nouveau-né flasque ;
- Somnolent.

N.B : Devant tout signe de danger il faut référer le nouveau-né en respectant les conditions de la Référence/évacuation.

ANNEXE 2 : Identification des petits poids de naissance **(prématurés/PAG mature)**

Critères communs :

- Poids inférieur à 2.500 g
- Petite taille : moins de 45 cm en moyenne
- Taille du nodule mammaire : inférieure à 5 mm

Critères de différence :

- *À partir de la date des dernières règles (DDR) :*
 - Prématuré : terme inférieur à 37 semaines révolues ;
 - PAG mature terme supérieur à 37 semaines.
- *Les striations plantaires :*
 - Prématuré : striations absentes ou ne couvrent pas la totalité de la plante des pieds.
 - PAG mature : striations sur toute la plante des pieds.

Annexe 3 : Soins Mère Kangourou

Critères d'éligibilité aux SMK

- La volonté de la mère de pratiquer les SMK.
- Le prématuré ou le bébé ayant un PPN stable :
 - ne présenter aucune maladie grave telle que sepsis, pneumonie, méningite, détresse respiratoire ou convulsions ;
 - les bébés qui ont été mis sous antibiotiques pour une infection suspectée peuvent commencer les SMK dès qu'ils sont stables ;
 - des SMK intermittents peuvent être utilisés chez les bébés complètement stables.

N.B : Référer tous les bébés dont le poids est inférieur à 2000 grammes vers le centre de santé doté de services SMK le plus proche ou vers un établissement mieux équipé.

Pratique

1. Habillez le bébé de chaussettes, d'une couche et d'un bonnet ;
2. Enlever le soutien-gorge et les bijoux chez la mère ;
3. Placez le bébé entre les seins de sa mère en position de grenouille ; avec les bras placés contre la poitrine et les jambes en dessous des seins ; la tête sur le côté ;
4. Maintenez-le fermement contre la poitrine de sa mère à l'aide d'une écharpe (attache bébé) ;
5. Tirez doucement la tête et tournez-la sur un côté. Alternez les côtés où la tête est tournée au cours de la journée ;
6. Evitez que la tête se replie ou soit trop tendue ;
7. Recouvrez-le d'une couverture ou d'un pagne pour qu'il ait plus chaud ;
8. Dites à la mère de se vêtir d'un vêtement ample qui permet à la tête du bébé d'émerger et facilite aussi l'allaitement dans la poche.
9. Expliquez à la mère qu'il faut maintenir le bébé droit lorsqu'elle marche ou lorsqu'elle s'assoit ;
10. Conseillez-lui de maintenir le contact peau à peau avec le bébé 24 heures sur 24 (ou moins s'il s'agit des SMK intermittents) ;
11. Conseillez à la mère de dormir en position à moitié assise afin de maintenir le bébé en position verticale.

Visites de suivi

- Demander à la mère :
 - le bébé manifeste-t-il ou non des signes d'intolérance ?
 - demander à la mère si elle a d'autres inquiétudes de cet ordre.
- Procéder à l'évaluation physique du bébé.
- Encourager la mère et la famille à continuer les SMK et conseillez-leur de solliciter immédiatement des soins au moindre signe de danger.
- Encourager les membres de la famille à apporter leur aide en matière des SMK (à domicile et dans l'unité SMK)
- Encourager la famille en prenant de temps à autre le bébé en position kangourou pour permettre à la mère de se détendre ;
 - Apprenez à la mère à reconnaître les signes de danger et lui dire comment rechercher les soins.

D. FICHES TECHNIQUES – SOINS PERNATALS

FICHE TECHNIQUE N° 1 : INTERROGATOIRE/ENREGISTREMENT DE LA PARTURIENTE

- Assurer la confidentialité.
- Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi grossesse.

Si elle a un carnet/fiche de suivi grossesse : si nécessaire la carte d'adhésion à l'association de santé communautaire ;

- Prendre connaissance des :
 - observations des différentes visites prénatales ;
 - risques identifiés pendant la grossesse ;
 - résultats des examens complémentaires.

Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse :

- Demander les informations sur :
 - l'identité de la femme ;
 - les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques ;
 - le déroulement de la grossesse actuelle (Cf. Consultation prénatale).
- Demander à la femme l'heure du début des premières contractions utérines, leur caractère (fréquence ; durée et intensité des douleurs).
- Demander si elle a perdu le bouchon muqueux, des liquides ou du sang.
- Demander à la parturiente séropositive, si elle a reçu le traitement ;
- Des contractions utérines, leur caractère (fréquence ; durée et intensité des douleurs). Assurer l'intimité de la femme.

- Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi grossesse.

Si elle a un carnet/fiche de suivi grossesse : si nécessaire la carte d'adhésion à l'association de santé communautaire.

- Prendre connaissance des :
 - Observations des différentes visites prénatales ;
 - Risques identifiés pendant la grossesse ;
 - Résultats des examens complémentaires.

Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse :

- Demander les informations sur :
 - L'identité de la femme ;
 - Les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques ;
 - Le déroulement de la grossesse actuelle (Cf. Consultation prénatale).
- Demander à la femme l'heure du début des premières contractions
- Demander si elle a perdu le bouchon muqueux, des liquides ou du sang.
- Demander à la parturiente séropositive, si elle a reçu le traitement.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN DE LA FEMME EN TRAVAIL

- Expliquer le déroulement de l'examen à la femme.

Faire l'examen général :

- Demander à la femme d'uriner .
- Prélever un échantillon d'urines pour l'examen à la bandelette.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Aider la femme à s'installer sur la table d'accouchement.
- Procéder à un sondage vésical si la femme n'a pas pu uriner.
- Prendre les constantes (TA, température, pouls, fréquence respiratoire).
- Vérifier l'état des conjonctives.
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs.
- Procéder à une toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ou un antiseptique.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.

Faire l'examen obstétrical de la parturiente :

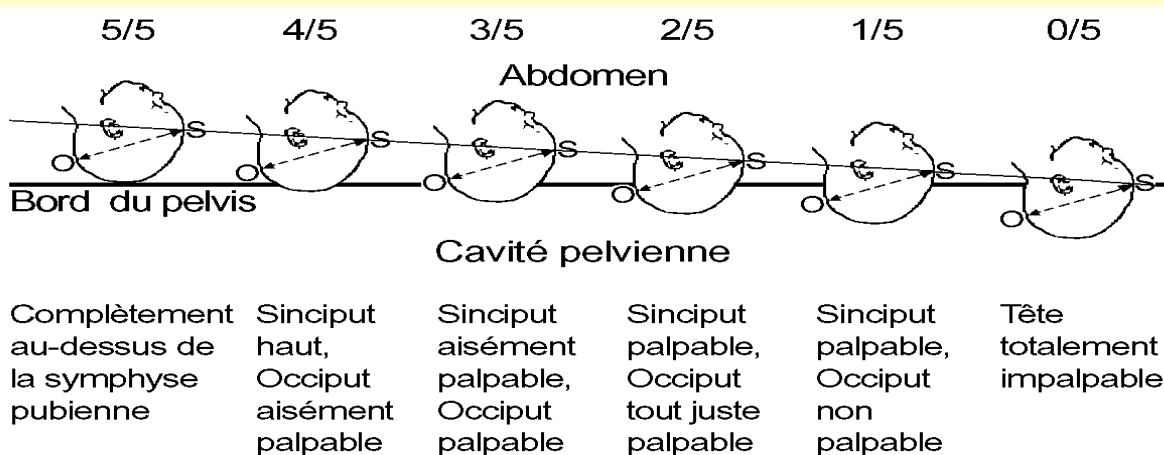
- Faire l'inspection de l'abdomen : sa forme, la présence de cicatrice , son axe de développement .
- Mesurer la hauteur utérine (HU) en cm.
- Palper l'abdomen (position du fœtus ; localisation des pôles fœtaux).
- Apprécier la fréquence et la durée des contractions utérines (CU) en les comptant.
- Rechercher et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) après une contraction utérine douloureuse.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Porter des gants stériles.
- Faire un toucher vaginal et apprécier 5 éléments essentiels :
 - le périnée :longueur, état, présence d'une étroitesse ou d'une béance vulvaire ;
 - le col : les modifications du col utérin (sa position, sa consistance, sa longueur et son degré de dilation) ; le segment inférieur constitué ou pas ;
 - l'état de la poche des eaux : absente, présente (plate ou bombante)
 - la présentation : la hauteur (la descente) ; le nombre de cm qui séparent la présentation du niveau des épines sciatiques ; la nature, la variété et l'orientation de la présentation ;
 - le bassin son orientation ; le type de bassin : normal, limite, rétréci ou asymétrique ; l'état des parties molles : les releveurs de l'anūs, les muscles du périnée.
- Plonger les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la poubèle appropriée .
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec .
- Poser le diagnostic du travail.
- Etablir le pronostic de l'accouchement .
- Informer la femme des résultats de l'examen.
- Noter les informations recueillies sur le partographe.




FICHE TECHNIQUE N° 3 : UTILISATION DU PARTOGRAPHE

Le partographe OMS

Le partographe de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 5 cm. Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

- Renseignements concernant la patiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes...
- Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.
- Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal, inscrire en outre :
 - un **I** si les membranes sont intactes ;
 - un **R** si les membranes sont rompues ;
 - un **C** si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ;
 - un **M** si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
 - un **S** si le liquide amniotique est teinté de sang.
- Modelage de la tête : noter :
 - 1 : si les os du crâne sont apposés ;
 - 2 : s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible ;
 - 3 : s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible.
- Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal toutes les 2 heures et marquer d'une croix (X), commencer le tracé de la courbe à 5 cm.
- Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.
- Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 heures plus à droite.
- Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal ; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.



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

PARTOGRAMME NIVEAU CS / CSCOM

Région / District de : _____ District sanitaire de : _____
 Commune de : _____ Structure : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____

Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____

Village / Quartier / Fraction : _____ Antécédents G: _____ P: _____ V: _____ AV: _____ IIG: _____

Entrée à la maternité : Date : ____/____/20____ Heure : ____h ____min Motif : _____

Début du travail Date : ____/____/20____ Heure : ____h ____min Rupture des membranes Heure : ____h ____min

RISQUE	NORMAL	REF/EVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm	Moins de 150 cm	TA		Moins 14/9	Convulsion et/ou plus de 14/9
Hémorragie	Non	Oui	Pouls		Moins 100	Plus de 100
A terme	Oui	Entre 28 et 37 semaines	Température		Moins 37°6	Sup. ou égale à 38°
CPN	Nbre : _____	Gross à risque	HU		Moins 36 cm	Plus de 36 cm
Césarienne dernier accouch	Non	Oui	BCF		Plus de 120	moins de 120 ou plus de 160
Présentation	Sommet	Non céphalique	Contraction		2 par 5 mn	Plus de 1 par 2 mn (en début de travail)
Dernier enfant mort-né	Non	Oui	PDE		Liq. Clair ou intact	Liq. teinté ou Rupture de plus de 12H

Autres facteurs de risque

Accouchement

Nom de l'accoucheur (se) : _____

Date: ____/____/20____

1. Heure : ____h ____min

2. Heure : ____h ____min

3. Heure : ____h ____min

Normal	Alerte	Référence
Expulsion <45mn		Expulsion >45mn
Eutocique	dystocique	

Traitement /soins : _____

AFGAR	1mn			5mn		
	1	2	3	1	2	3
PulseC						
Respirat						
Tonus						
Réflex						
Océation						
TOTAL						

DELIVRANCE TYPE Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréta Poids, _____ g rs

Référence / Evacuation: Oui Non Si oui Motif: _____

Vers quelle structure: _____

Longueur cordon : _____ cm, Petit côté: _____ cm

DATE: _____

HEURE: _____

FICHE DE PARTOGRAMME NIVEAU CERCLE / DISTRICT SANITAIRE

Région / District de : _____ District sanitaire de : _____
 Commune de : _____ Structure : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____

Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____

Village / Quartier / Fraction : _____ Antécédents G : _____ P : _____ V : _____ AV : _____ IIG : _____

Entrée à la maternité : Date :/...../20.... Heure :h.....min Motif : _____

Début du travail Date :/...../20.... Heure :h.....min Rupture des membranes Heure :h.....min

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm		< 150 cm	TA		< 14/9	entre 14/9 et 16/10	> 16/10
Hémorragie	NON		OUI	Pouls		< 100	> 100	
À terme	OUI		28-32 SA	T°		< 37°5	38°	> 38°
CPN	Nbre :	NON	Gross. à risque	HU		< 36 cm	36 cm	> 36 cm
Césarienne dernier accouché	NON		OUI	BCF		120-160/mn	100-120mn 160-180/mn	< 100mn ou > 180mn
Présentation	Sommet	Siège/face	Epau/ front	Contractions		1/ 5 mm	< 1/ 5 mm	= 1/2 mn (en début de travail)
Dernier enfant	Vivant	Mort-né		PDE		Intacte ou Liq. clair	Liq. teinté	Rompue 12H

Autres facteurs de risque

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Accouchement:

Nom de l'accoucheur (se) : _____

Date : ____ / ____ / 20__

1. Heure :h.....m

2. Heure :h.....m

3. Heure :h.....m

Normal	Alerte	Référence
Expulsion		Expulsion
< 45m		> 45m
Eutocique	dystocique	

Traitement /soins _____

AGOR	1m			5m		
	1	2	3	1	2	3
Puls/EC						
Respiration						
Tonus						
Réflexes						
Gélocation						
TOTAL						

DELIVRANCE TYPE Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréta

Référence / Evacuation: Oui Non Si oui Motif: _____

DATE: _____ HEURE: _____

Poids: _____ grs Longueur cordon:cm, Petit côté:cm

FICHE 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 :

Mère dans les 6 premières heures du post partum														
Période / Paramètre	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	30 mn	30 mn	1 h	1 h	1 h
Globe de sécurité														
Saignement vaginal														
Tension Artérielle														
Pouls														
Température														

Mère après 6 heures jusqu'à 24 heures du post partum						
Période / Paramètre	3 h	3 h	3 h	3 h	3 h	3 h
Globe de sécurité						
Saignement vaginal						
Tension Artérielle						
Pouls						
Température						

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 dans les 6 premières heures du post partum														
Période / Paramètre	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	30 mn	30 mn	1 h	1 h	1 h
Température														
Coloration														
Saignement ombilical														
Respiration														
Allaitement Maternel														

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

Nouveau-né après 6 heures jusqu'à 24 heures du post partum						
Période / Paramètre	3 h	3 h	3 h	3 h	3 h	3 h
Température						
Coloration						
Saignement ombilical						
Respiration						
Allaitement Maternel						

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

N.B : Enregistrer les valeurs des différents paramètres et apprécier en cochant devant chaque paramètre dans les zones (normale, alerte et Référence/évacuation)

ETAT A LA SORTIE

RESULTATS DE LA MERE	Résultats N1	Résultats N2	Résultats N3
Vivante <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>	Vivant <input type="checkbox"/>
Référée <input type="checkbox"/>	Référée <input type="checkbox"/>	Référée <input type="checkbox"/>	Référée <input type="checkbox"/>
Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20
Heure: ____ h ____ min	Heure: ____ h ____ min	Heure: ____ h ____ min	Heure: ____ h ____ min
Cause: _____	Cause: _____	Cause: _____	Cause: _____
Décédée <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>
Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20	Date: / / 20
Heure: ____ h ____ min	Heure: ____ h ____ min	Heure: ____ h ____ min	Heure: ____ h ____ min
Cause: _____	Cause: _____	Cause: _____	Cause: _____

FICHE TECHNIQUE N° 4 : CHECK LIST DE L'OMS

Avant la Naissance | LISTE DE CONTROLE POUR ACCOUCHEMENT SECURISE - modifiée pour le Mali janvier 2019

1. A l'admission et surveillance du travail

- Demandez à la Mère son carnet de santé et vérifiez ses visites anténatales et ses taux d'hémoglobine
- Assurez-vous que les gants et les produits pour laver les mains sont disponibles pour chaque examen vaginal.
- Assurez-vous que les produits et les matériels essentiels, recommandés par les PNP/SR, sont disponibles et à portée de main pour l'accouchement

Est-ce que la parturiente doit être évacuée ?

- Non
- Oui déjà planifiée

Vérifiez les critères de référence/évacuation du partogramme

Partographe commencé?

- Non: commencera à ≥ 4 cm
- Oui :

Vérifier que le col se dilate d'au moins 1 cm/heure à la phase active, puis

- Toutes les 30 mn: notez le pouls de la Mère, la fréquence des CU et les BCF
- Toutes les 2 heures, prenez la température et toutes les 4 heures la tension artérielle
- Apprécier la couleur/odeur du liquide amniotique toutes les 2 heures si poche rompue

La mère a-t-elle besoin de commencer:

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Ecoulement vaginal malodorant; ou
- Rupture des membranes > 12 heures

Donnez du sulfate de magnésium si:

- Pré-éclampsie sévère:
 - Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsions ou coma

Antirétroviraux?

- Non, VIH confirmé négatif
- Oui, déjà administré
- Si statut VIH non connu, test de dépistage proposé
- Non applicable (site non PTME et personnels non formés en counseling VIH)

Encouragez la présence d'une accompagnante à l'accouchement (choisi par la mère)

- Expliquez à la Mère qu'elle doit demander de l'aide

Demandez de l'aide en cas de:

- Saignements
- Fortes douleurs abdominales
- Maux de tête sévères ou troubles visuels
- Ne peut pas uriner
- Besoin de pousser

Rempli par: _____

2. A dilatation complète/accouchement(ou avant la Césarienne)

La mère a-t-elle besoin de commencer:

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Ecoulement vaginal malodorant; ou
- Rupture des membranes > 12 heures ; ou
- Travail prolongé de plus de 12 heures ; ou
- Césarienne

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez du sulfate de magnésium si:

- Pré-éclampsie sévère:
 - -Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - -Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie :
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsion ou coma

Assurez-vous que les produits et matériels essentiels sont disponibles et à portée de main et prêts pour l'accouchement?

Pour la Mère

- Boîte d'accouchement
- Gants stériles
- Antiseptique ou savon neutre et eau propre, solution de décontamination
- Ocytocine 10 unités dans une seringue

Préparez-vous à assister la Mère immédiatement après l'expulsion du bébé: Confirmez que c'est un accouchement mono-fœtal (pas une grossesse gémellaire)

1. Donnez l'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement
2. Faites sortir le placenta
3. Massez l'utérus après l'expulsion du placenta
4. Assurez-vous que l'utérus est bien contracté

Pour le Bébé

- Linges propres
- Ciseaux stériles pour couper le cordon
- Dispositif d'aspiration de mucosités
- Masque et ballon de ventilation
- Vit K 1 et pommade tetracycline 1%
- Compresses stériles

Préparez-vous à assister le Bébé immédiatement après l'accouchement:

1. Séchez le bébé, gardez-le au chaud
2. S'il ne respire pas, dégagez les voies respiratoires et stimulez (tactile)
3. S'il ne respire toujours pas:
 - Demandez de l'aide
 - clamez et coupez le cordon ombilical
 - dégagez les voies respiratoires si nécessaire
 - ventilez avec le masque et ballon de ventilation

- Identification d'un autre assistant prêt à assister l'accouchement en cas de besoin

Rempli par: _____

Après la Naissance | LISTE DE CONTROLE POUR ACCOUCHEMENT SECURISE - modifiée pour le Mali janvier 2019

3. Juste après la naissance (dans l'heure qui suit)

Est-ce que la Mère saigne anormalement?

- Non
- Oui: demande de l'aide

En cas de saignement anormal:

- Massez l'utérus
- Envisagez de donner plus d'utérotonique
- Commencez l'intraveineuse
- Traitez la cause du saignement: atonie utérine, rétention placenta/fragments, déchirure vaginale, rupture utérine

La Mère a-t-elle besoin de :

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif ; ou
- Pertes vaginales malodorantes

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez du sulfate de magnésium à la mère si:

- Pre-eclampsie severe:
 - Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie : Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsions ou coma

Le Bébé a-t-il besoin de :

Etre transféré ?

- Non
- Oui, déjà planifié

Vérifiez les criteres de référence du partogramme

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques au bébé si :

- des antibiotiques ont été donnés à la Mère, ou si le Bébé présente l'une des conditions suivantes :
 - Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
 - Tirage sous-costal marqué, geignements expiratoires, ou convulsions
 - Faible réactivité à la stimulation
 - Température du Bébé $< 35^{\circ}\text{C}$ (et qui n'augmente pas malgré le réchauffement), ou température du Bébé $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Soins spécifiques/suivi?

- Non
- Oui, déjà planifié

Prévoyez les soins spécifiques à administrer ou à suivre si le Bébé présente une des conditions suivantes :

- Né avant terme
- Poids à la naissance < 2500 grammes
- Indication d'antibiotiques
- Réanimation requise

Antirétroviraux?

- Non
- Oui, déjà planifié

Si la Mère est séropositive, suivre les directives locales pour le Bébé (la prophylaxie doit être débutée dans les 12 heures qui suivent la naissance)

- Contact peau-à-peau et allaitement commencés (si la Mère et le Bébé sont en bonne santé)**
- Assurez-vous que la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut demander de l'aide si des signes de danger se présentent**

Rempli par: _____

4. Avant la sortie (après l'accouchement, la Mère et le Bébé doivent rester dans la structure de santé au moins 24 heures)

Est-ce que le saignement de la Mère est maîtrisé ?

- Non: Traitez et différez sa sortie
- Oui

Est-ce que la Mère doit commencer les antibiotiques ?

- Non
- Oui : Prescrivez-en et différez sa sortie

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Lochies malodorantes

Est-ce que le Bébé doit commencer les antibiotiques ?

- Non
- Oui :
- si référence, administrez la 1^{ère} dose
- Si prise en charge locale, prescrivez-en, différez la sortie, administrez les soins spécifiques

Donnez des antibiotiques si le Bébé présente une des conditions suivantes :

- des antibiotiques ont été donnés à la Mère, ou si
- Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- Tirage sous-costal marqué, geignements expiratoires, ou convulsions
- Faible réactivité à la stimulation
- Température du Bébé $< 35^{\circ}\text{C}$ (et qui n'augmente pas malgré le réchauffement), ou température du Bébé $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Incapable de téter
- Rougeur ombilicale et/ou étendue à la peau
- Pustules cutanées

Est-ce que le Bébé tète bien ?

- Non: Assurez-vous du respect des bonnes pratiques d'allaitement, et différez la sortie
- Oui

Si la Mère est séropositive, est-ce que la Mère et le Bébé ont suffisamment d'ARV pour 6 semaines ?

- Oui
- Parlez à la Mère et offrez-lui plusieurs options de planification familiale.
- Prescrivez du fer pour une durée de 2 mois avant la sortie
- Rappeler le calendrier de suivi postnatal et assurez-vous que la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut se rendre à la structure la plus proche si des signes de danger /urgence se présentent

Rempli par: _____

SIGNES DE DANGER

Chez la Mère:

- Saignement / lochies purulentes
- Sévères maux de tête ou troubles visuels
- Crises convulsives
- Douleur abdominale sévère
- Difficultés respiratoires
- Fièvre ou frissons
- Difficulté à uriner

Chez le Bébé

- Respiration rapide/difficile
- Fièvre
- Peau anormalement froide
- Incapacité de téter
- Diminution de la réactivité
- Tout le corps devient jaune
- Crises convulsives
- Saignement ombilical

FICHE TECHNIQUE N° 5 : UTILISATION DE L'OXYTOCINE**Indications :**

- Hypocinésie Hématome rétro placentaire (HRP).
- Declenchement du travail

Contre-indications :

- Utérus cicatriciel ;
- présentation viscieuse
- obstacle praevia
- disproportion foeto- pelvienne

Technique d'administration :

- Préparer une perfusion de 5 UI d'oxytocine dans 500 ml de SG 5%.
- Administrer à la dose de 8 gouttes/mn.
- Passer à 12 gouttes/mn après 15 minutes, puis 16 Gouttes/mn après une autre 15 minutes et ainsi de suite, jusqu'à obtenir des contractions de durée et de fréquence suffisantes.
- Ne pas dépasser 32 gouttes/mn.

Faire le suivi du travail sous perfusion d'ocytocine

La dilatation progresse d'au moins 1 cm par heure :

- Continuer la surveillance.

La fréquence des contractions dépasse une contraction toutes les 2 minutes en phase de latence ou en début de phase active, ou la durée des contractions dépasse 90 secondes :

- Diminuer la vitesse de la perfusion de 4 gouttes/minutes et vérifier après 15 minutes.

La dilatation reste stationnaire ou une souffrance foétale apparaît, quelle que soit le degré de la dilatation :

- Arrêter la perfusion d'ocytocine .
- La remplacer par une perfusion de sérum glucosé à 5 % faire coucher la femme sur le côté gauche.
- Continuer la surveillance ou référer d'urgence.

N.B :

Il ne faut jamais faire de perfusion d'ocytocine chez une femme qui doit être référée.

La perfusion d'ocytocine doit être faite sous surveillance rigoureuse de la mère et du fœtus par un personnel qualifié (sage femme, médecin ou infirmière obstétricienne)

FICHE TECHNIQUE N° 6 : ACCOUCHEMENT DE LA PRESENTATION CEPHALIQUE : SOMMET

S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement est complet, stérile ou DHN :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec ;
- Porter des gants stériles ;
- Faire la toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ;
- Rassurer la parturiente, la calmer ;
- Lui expliquer les étapes de l'expulsion ;
- Faire comprendre à la parturiente l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion ;
- Expliquer à l'avance comment pousser et récupérer entre les efforts expulsifs ;
- Ausculter et compter régulièrement les BCF, après chaque effort expulsif ;
- Surveiller la progression du mobile fœtal ;
- Demander à la femme de pousser pendant la contraction, quand la tête est à la vulve ;
- Surveiller le périnée et le protéger avec une compresse ou un linge propre ;
- Faire au besoin une épisiotomie ([Cf. Fiche technique n° 8 : Episiotomie – Soins pernatals](#)).

FICHE TECHNIQUE N° 7 : ACCOUCHEMENT DU SIEGE

- Rassurer la femme ;
- S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement est complet stérile ou DHN ;
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge individuel, propre et sec ;
- Porter des gants stériles ;
- Faire la toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse;
- Rassurer la parturiente, la calmer ;
- Lui expliquer les étapes de l'expulsion ;
- Faire comprendre à la parturiente l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion ;
- Expliquer à l'avance comment pousser et récupérer entre les efforts expulsifs ;
- Ausculter et compter régulièrement les BCF, après chaque effort expulsif ;
- Demander à la femme de pousser pendant la contraction ;
- Surveiller la progression du mobile fœtal ;
- Ne pas toucher, ni tirer sur le corps du fœtus
- Faire une courte anse sur le cordon, dès l'apparition de l'ombilic fœtal ;
- Surveiller le périnée et le protéger ;
- Maintenir le plan du dos en avant, ne pas laisser le fœtus faire une rotation postérieure ;
- Avant l'apparition des épaules, diriger le travail en évitant la déflexion de la tête fœtale ;
- Faire au besoin une épisiotomie ([Cf. Fiche technique n° 8 : Episiotomie – Soins pernatals](#)) ;
- Faire une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare ;
- Dégager la têtédernière, doucement par flexion.

N.B : Pour l'accouchement du siège :

- Eviter toute rupture précoce des membranes ;
- Placer une perfusion d'oxytocine à dilatation complète si cela n'avait pas été fait.

N.B : L'accouchement chez une parturiente séropositive se fera dans les mêmes conditions que chez les autres femmes.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : LA PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE**Pratiquer l'épisiotomie :****S'assurer que le matériel nécessaire pour l'épisiotomie est complet, stérile**

- S'assurer que la vessie est vide ;
- Désinfecter le périnée ;
- Repérer le lieu d'exécution de l'épisiotomie et le désinfecter ;
- Attendre que le périnée bombe sous la pression de la présentation ;
- Introduire les deux doigts (index et médium) de la main gauche dans le vagin, entre la présentation et le périnée, pour tendre le périnée et protéger la présentation ;
- Introduire avec la main droite (en utilisant les doigts vaginaux comme guide) l'une des lames des ciseaux droits entre la présentation et la face interne de la vulve, l'autre restant dehors ;
- Attendre une contraction utérine, faire pousser la parturiente, et sectionner franchement, d'un seul coup les muscles superficiels du périnée sur une longueur de 2-4 cm ;
- Veiller à commencer la section à partir de la commissure postérieure de la vulve et à la diriger obliquement en bas et en dehors : c'est l'épisiotomie médio latérale (angle de 45° à partir de la fourchette vulvaire), la plus courante et elle protège bien le sphincter anal.

L'épisiotomie doit être pratiquée de préférence à droite pour éviter de léser le rectum. Elle doit être unilatérale, jamais double (risque d'effondrement du périnée).

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

Réparer l'épisiotomie

La réparation de l'épisiotomie est faite après la délivrance. Il faut veiller à ce que les berges de la plaie soient adaptées bord à bord. Expliquer à l'accouchée ce que vous allez faire en la rassurant :

- Demander si elle n'est pas allergique à la xylocaïne ;
- Faire une infiltration sous épithéliale de la muqueuse vaginale, sous cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec de la xylocaïne 2% ;
- Attendre environ 2 minutes pour vérifier la disparition de la douleur ;
- Vider la vessie ;
- Badigeonner le lieu de l'épisiotomie et la région autour avec un antiseptique non alcoolisé ;
- Introduire une boule de compresse dans le vagin pour empêcher la sortie de sang et mieux mettre en relief les berges de l'incision ;
- Commencer par la suture de la muqueuse vaginale, environ 1 cm au dessus de la partie la plus externe de l'épisiotomie et suturer par un surjet jusqu'au niveau de l'orifice vaginale ;
- Suturer le plan musculaire par des points séparés ;

- Suturer le plan cutané par des points séparés en s'assurant que la coaptation est parfaite, surtout à la jonction de la muqueuse et de la peau
- Retirer la boule de compresse du vagin
- Vérifier l'absence de saignement
- Faire un toucher rectal systématique pour vérifier l'absence de lésion du sphincter anal ;
- Changer de gants ;
- Nettoyer le périnée avec l'antiseptique ;

Faire le suivi :

- Toilette quotidienne du périnée qui doit toujours être propre et sec.
- Rechercher et traiter les éventuelles complications :
 - **Hématome** : ouvrir et drainer. S'il n'y a pas de signe d'infection et si le saignement tari, refermer l'épisiotomie.
 - **Infection** : ouvrir et drainer. Il faut faire l'ablation des fils infectés et réséquer les berges de la plaie.

En cas d'infection donner une double antibiothérapie : ampicilline 500 mg per os par jour, pendant 5 jours + métronidazole 500 mg per os par jour, pendant 5 jours.

Si l'infection est sévère donner une triple association d'antibiotiques :

- Ampicilline 1g en IV toutes les 6 heures.
- Gentamicine 80 mg IM toutes les 8 heures.
- Métronidazole 500 mg IV toutes les 8 heures.

Dès que l'accouchée est apyrétique pendant 48 heures, donner :

- Ampicilline 500 mg per os par jour, pendant 5 jours, associée à ;
- Métronidazole 500 mg per os, 3 fois par jour, pendant 5 jours.
- Réaliser une suture secondaire dans 2 à 4 semaines si l'infection est amendée.

FICHE TECHNIQUE N° 9 : REANIMATION DU NOUVEAU-NE

PRÉPARATION POUR LA RÉANIMATION
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).
<ul style="list-style-type: none"> • Compresses de gaze ou morceaux de tissu propres. • Gants stériles. • Aspirateur ou nécessaire pour aspiration. • Sonde 6F et 8 F (nourisson). • 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/propres, envelopper le corps et la tête du bébé, en laissant la poitrine exposée, et vérifier encore une fois si le bébé respire.
11. Si le bébé ne respire toujours pas, dégager la voie respiratoire par l'aspiration (la bouche d'abord, le nez ensuite) avec: <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). S'assurer que : <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.

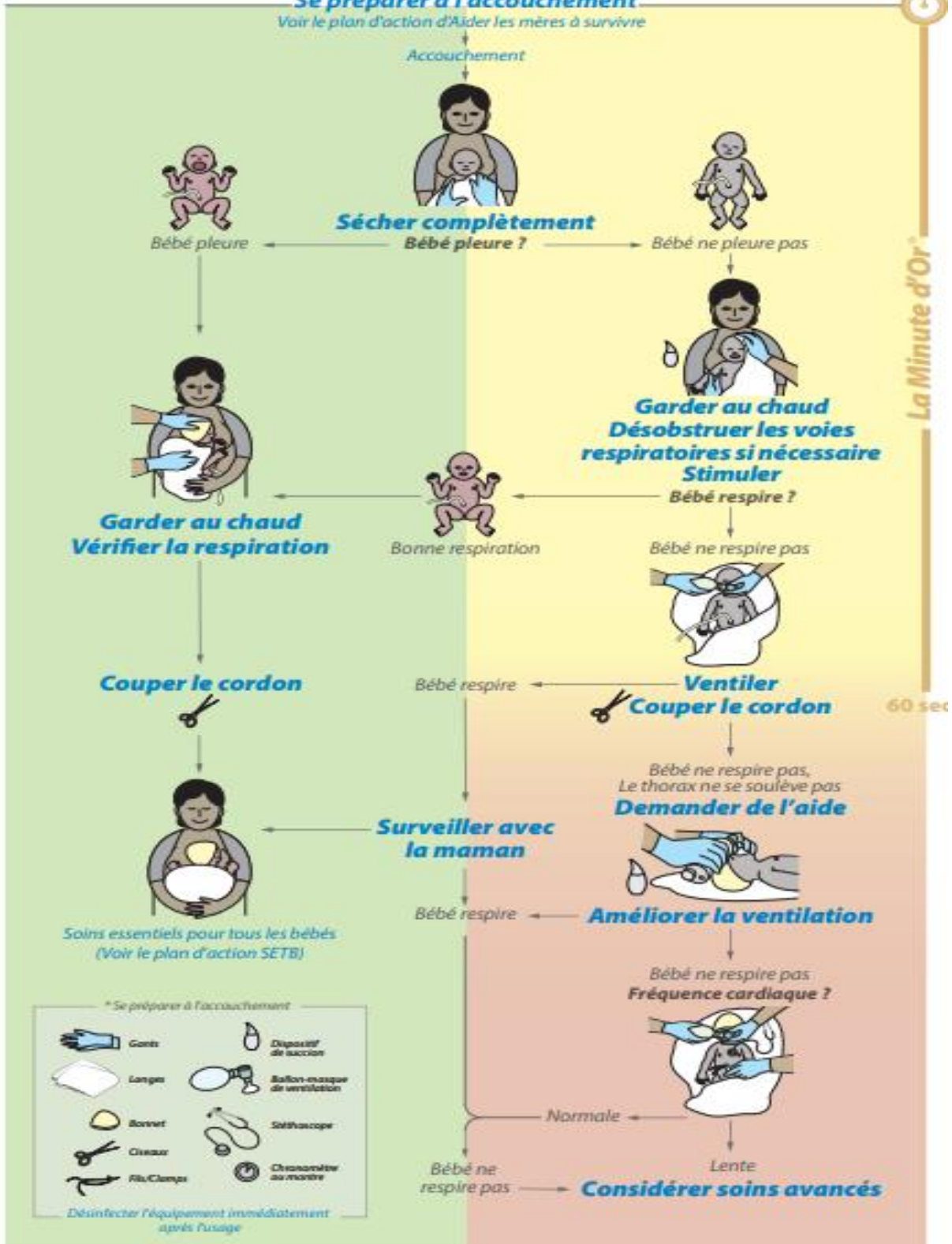
14. S'assurer que le masque est bien appliquée de façon étanche recouvrant le menton, la bouche et le nez du bébé, mais pas les yeux.
15. S'assurer que la poitrine du bébé se soulève.
16. Ventiler 40 fois/minute environ; revérifier la respiration du bébé après 1 minute.
17. Si le bébé respire, arrêter la ventilation et faire les soins de suivi.
18. Si le bébé ne respire pas ou respire mal, évaluer la fréquence cardiaque : <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.
19. Si le bébé est bleu notamment au niveau des lèvres et de la langue, donner de l'oxygène s'il y en a, jusqu'à une coloration rose des lèvres.
20. Administration de l'oxygène : <ul style="list-style-type: none"> • Placer correctement le masque en cornet autour de la bouche et du nez du nouveau-né. • L'administration d'oxygène peut se faire de 2 manières : <ul style="list-style-type: none"> ○ En utilisant le ballon de ventilation : placer correctement le masque, ne pas oublier de presser le ballon ; ○ En utilisant directement le tube d'oxygène au-dessus des narines.
21. Vérifier périodiquement (toutes les 2 à 5 minutes) la respiration, la coloration et l'activité du bébé.
22. Si le bébé ne crie ni ne respire après 20 minutes, arrêter la réanimation.
SOINS DE SUIVI
23. Expliquer à la mère ce qui a été fait et l'état du bébé après la réanimation, ainsi que les soins supplémentaires requis dans le centre et à domicile par la suite.
24. Si l'état du bébé s'améliore, le garder au chaud, en contact peau à peau avec la mère.
25. Commencer l'allaitement maternel aussitôt que le bébé est stable et prêt à se nourrir.
26. Surveiller la respiration, la couleur et l'activité du bébé régulièrement, toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures, et toutes les 30 minutes pendant les 4 heures qui suivent. Continuer la vérification, y compris l'évaluation de l'alimentation toutes les 3 heures pendant les prochaines 48 à 72 heures.
27. Après la réanimation, revérifier périodiquement la respiration, la couleur, et l'activité du bébé.
28. S'il y a des signes de danger, ou si la réanimation a été difficile, référer après stabilisation.
29. Noter toutes les constatations et traitement fournis pour l'asphyxie à la naissance dans les dossiers de la mère et de l'enfant et dans le partogramme /registre d'accouchement.
30. Se débarrasser de façon appropriée des articles jetables usagés et s'assurer que tous les matériels sont décontaminés, nettoyés et stérilisés comme il se doit, et que de nouveaux articles jetables sont rassemblés et prêts pour l'accouchement suivant.

Deuxième édition

Aider les Bébés à Respirer

Se préparer à l'accouchement

Voir le plan d'action d'Aider les mères à survivre



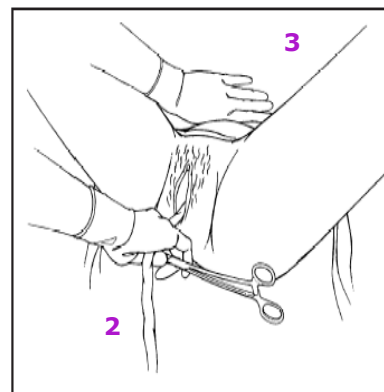
FICHE TECHNIQUE N° 10 : GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

Étape 1: Administrer de l'oxytocine à la femme dans la minute qui suit l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus

Étape 2: Exercer une traction contrôlée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus :

1. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons.
2. Maintenir le cordon et la pince dans une main (voir la figure).
3. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la femme (voir la figure).
4. Attendre une contraction utérine.
5. Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (en direction de la tête de la femme)
6. Avec l'autre main, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas (suivre la direction du bassin) Tirer de façon constante et douce – éviter de tirer avec une motion saccadée ou violente.
7. Si **le placenta ne descend pas**, cesser de tirer sur le cordon, puis ne plus exercer une pression sur l'utérus. Attendre une contraction utérine et répéter les étapes 2 à 6.
8. Ne pas encourager la femme à pousser pendant la traction contrôlée du cordon.
9. Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. Tirer lentement pour parachever la délivrance.
 - Ne pas relâcher la contre traction sur l'utérus avant que le placenta ne soit visible à la vulve
 - Si **les membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.

Position des mains pour la traction contrôlée



Actions à prendre dans le cas où la GATPA ne se déroule pas comme décrite ci-dessus :

- Si **le placenta ne se décolle pas** de la paroi utérine après quatre (4) essais d'une traction contrôlée, penser à un placenta accreta et **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**
- Si **le cordon a été préalablement rompu**, demander à la femme de s'accroupir et faire expulser le placenta. Si le placenta n'est pas délivré après cette intervention, **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**
- En cas d'**inversion utérine**, **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**
- Si **le cordon est arraché**, **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**

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

Etape 3: Masser si nécessaire le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte. Parfois du sang ou des caillots de sang sont expulsés au moment du massage utérin.

Soins après la délivrance du placenta :

- Examiner soigneusement le placenta et les membranes.
- Examiner soigneusement la vulve, le vagin, le périnée, et l'anus pour **détecter les déchirures**.
- **Evaluer la perte de sang**.
- Aider la femme à **uriner**.
- Suivre les directives de la **prévention des infections** pour manipuler l'équipement, le linge, les instruments tranchants, etc.

Soins pendant le post-partum immédiat (0-24 heures du post-partum)

Assurer la surveillance et les soins routiniers pour la nouvelle accouchée et son nouveau-né. Veiller à ce que le bébé soit au chaud.

Surveiller étroitement le saignement vaginal, le globe de sécurité et les signes vitaux pendant les 6 premières heures du post-partum : selon les indications suivantes :

Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis toutes les heures pendant 3 heures et chaque 3 heures pendant les 18 heures restantes :

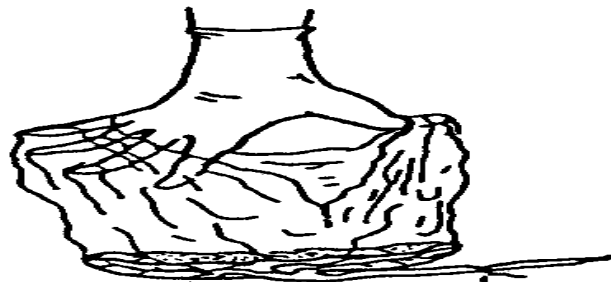
- Vérifier les signes vitaux (tension artérielle et pouls)
- Surveiller le saignement vaginal
- Vérifier le globe de sécurité

Toutes les 4 heures

- Vérifier la température et la respiration

Toutes les heures

- Vérifier la vessie et aider la femme à uriner si elle est pleine
- Vérifier l'hydratation
- Evaluer et surveiller l'allaitement au sein
- Evaluer les réactions psychologiques



Examen du placenta

La Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA)

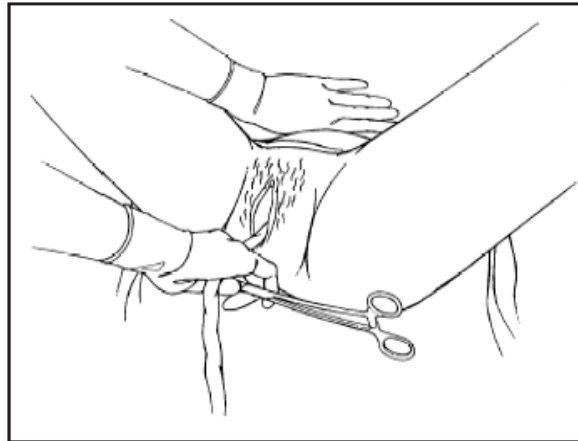
Etape 1

Administrer de l'oxytocine à la femme immédiatement après l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus.



Etape 2

Exercer une traction contrôlée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus, pour effectuer la délivrance du placenta.



Etape 3

Masser si nécessaire le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.



FICHE TECHNIQUE N° 11 : DELIVRANCE ARTIFICIELLE**Préparer l'accouchée :**

- Expliquer à l'accouchée et aux parents ce que vous allez faire et pourquoi ;
- Rassurer l'accouchée et les parents ;
- Prendre une bonne voie veineuse avec cathéter pour faire passer du Ringer lactate ou le soluté disponible ;
- Prélever du sang pour :
 - groupe sanguin rhésus ;
 - taux d'hémoglobine.
- Administrer lentement 10 mg de diazépam en IV ;
- Faire une antibiothérapie préventive :
 - ampicilline 2 g IV
 - métronidazole 500 mg IV ;
- Installer l'accouchée en position gynécologique.

Se préparer :

- Porter un tablier, des bottes, une calotte, une bavette, et des lunettes de protection ;
- Faire un lavage chirurgical des mains ;
- Se sécher les mains à l'air libre ou avec une compresse stérile ou un linge individuel, propre et sec.
- Porter des gants stériles (gants de révision si disponibles).

Principales étapes de la manœuvre :

- Badigeonner la région sous ombilicale, le périnée, la vulve, et le vagin de l'accouchée avec une solution antiseptique non alcoolisée.
- Vider la vessie.
- Installer des champs stériles (si disponibles).
- Introduire la main dans le vagin :
 - Prendre le cordon ombilical par la pince qui le clampé.
 - Tendre le cordon, de la main gauche, doucement jusqu'à ce qu'il soit horizontal.
 - Introduire la main droite en supination (main d'accoucheur) dans le vagin en suivant le cordon ombilical.
 - Empaumer le fond utérin avec la main gauche, dès que la main droite atteint l'orifice cervical.
 - Introduire la main droite dans la cavité utérine jusqu'à atteindre le site d'implantation du placenta, pendant que la main gauche maintient fermement le fond utérin.
- Décoller le placenta :
 - Retrouver le bord le plus proche du placenta.
 - Orienter la main selon l'insertion antérieure ou postérieure du placenta.
 - Décoller doucement et complètement le placenta en glissant le bord cubital entre le placenta et la paroi utérine.
 - Surveiller, tout au long de la manœuvre l'accouchée pour une conduite adéquate en cas de complication.

- Extraire le placenta :
 - Déplacer la main gauche en sus-pubienne pour déplisser le segment inférieur.
 - Faire une révision utérine pour s'assurer qu'aucun cotylédon et/ou membrane ne soit resté pendant que la main droite est encore dans l'utérus.
 - Ramener le placenta hors des voies génitales de l'accouchée.
 -
 - Recueillir le placenta dans un plateau.
 -
- Prodiguer des soins :
 - Vérifier la rétraction utérine et la quantité de saignement.
 - Renforcer la rétraction utérine par une injection de 5 UI d'oxytocine en IVD ou à défaut 3 cp de misoprostol en sub linguale .
 - Demander à un aide de masser l'utérus à travers la paroi abdominale pour faciliter des contractions utérines et un globe utérin de qualité.
- Examiner le placenta pour vérifier son intégrité. S'il manque un cotylédon ou un morceau de membranes, il faut remettre la main dans l'utérus pour l'enlever.
- Examiner attentivement l'accouchée et réparer toute déchirure du col, du vagin ou du périnée.
- Faire un massage utérin si nécessaire.
 - Le massage utérin est indiqué dans les cas où le saignement ne s'arrête pas et/ou la rétraction utérine est mauvaise.
 - Placer la main droite gantée dans le vagin jusqu'à atteindre le col.
 - Fermer le poing avec la main droite pour bloquer l'utérus.
 - Empaumer le fond utérin avec la main gauche gantée.
 - Masser l'utérus avec fermeté jusqu'à l'obtention du globe de sécurité.
- Faire une compression bi manuelle en cas de persistance du saignement après le massage utérin :
 - Placer une perfusion de 10 UI de syntocinon avec un bolus de 5 UI en intraveineuse.
 - Retirer les gants
 - Remettre des gants stériles.
 - Introduire la main droite dans le vagin.
 - Pousser l'utérus vers le bas avec la main gauche.
 - Comprimer l'utérus entre les deux mains pendant 10 à 15 minutes.
 - Contrôler l'arrêt du saignement.
 - Procéder à un nouvel examen sous valves si le saignement persiste.
 - Réintroduire la main droite dans le vagin.
 - Fermer le poing au contact du col de l'utérus.
 - Si le saignement persiste malgré tout, procéder à un examen plus attentif sous valves et, éventuellement à une laparotomie.

- Surveillance après la délivrance artificielle :
 - Surveiller activement l'accouchée jusqu'à la disparition des effets de l'anesthésie.
 - Surveiller le pouls la tension artérielle, et la respiration de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.
 - Palper l'utérus pour vérifier la persistance du globe de sécurité.
 - Rechercher un saignement anormal à la vulve.
 - Transfuser si nécessaire

N.B :

Si la rétention placentaire est due à un anneau de constriction ou si l'accouchement a eu lieu depuis plusieurs heures ou plusieurs jours, il peut être impossible d'introduire la main en entier dans l'utérus. Il faut alors extraire le placenta fragment par fragment à l'aide de deux doigts, d'une pince kelly placentaire.

FICHE TECHNIQUE N° 12 : REVISION UTERINE**Préparer l'accouchée :**

- Informer l'accouchée et ses parents de la révision utérine, en leur expliquant le but et les résultats attendus de la manœuvre.
- Prendre une bonne voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou du sérum salé.
- Prélever du sang pour :
 - groupe sanguin rhésus
 - taux d'hémoglobine.
- Installer l'accouchée en position gynécologique et en position de Trendelenburg si nécessaire.
- Profiter de cette préparation pour faire une évaluation initiale : prendre les constantes, apprécier la coloration des conjonctives et des muqueuses, apprécier la rétraction utérine.

Se préparer :

- Porter des barrières de protection : tablier, bottes en caoutchouc, bonnet, bavette, lunettes.
- Se laver chirurgicalement les mains et les sécher à l'air libre ou avec une compresse stérile ou un linge individuel, propre et sec.
- Porter des gants stériles ou des gants DHN, gants de révision si disponibles.

Principales étapes de la manœuvre :

- Faire administrer lentement 10 mg de diazépam en IV.
- Administrer une antibiothérapie préventive avec l'antibiotique :
 - Ampicilline 2 g en IV ;
 - Métronidazole 500 mg en IV.
- Badigeonner la région sous ombilicale le périnée, la vulve, et le vagin de l'accouchée avec la solution antiseptique.
- Vider la vessie.
- Installer des champs opératoires si disponibles.
- Introduire la main droite, les doigts réunis en cône (main de l'accoucheur) dans le vagin, puis dans l'utérus jusqu'au fond utérin.
- Empaumer et maintenir fermement le fond utérin à travers le champ opératoire avec la main gauche dès l'introduction de la main droite.
- Ouvrir la main droite et explorer méthodiquement toutes les parois utérines.
- Vérifier la vacuité utérine et l'intégrité de l'utérus.
- Retirer la main droite en ramenant d'éventuels restes placentaires (cotylédons et/ou membranes).
- Vérifier l'obtention d'un bon globe de sécurité.
- Faire administrer 5 UI oxytocine en IV et 5 UI dans la perfusion en cours.
- Faire masser si nécessaire, le fond utérin par un aide à travers le champ opératoire.
- Examiner attentivement l'accouchée et réparer toute déchirure du col, du vagin ou du périnée.

Dans le cas où le saignement ne s'arrêterait pas et/ou la rétraction utérine est mauvaise, faire un massage utérin :

- Placer la main droite gantée dans le vagin jusqu'à atteindre le col ;
- Fermer le poing avec la main droite pour bloquer l'utérus ;
- Empaumer le fond utérin avec la main gauche gantée ;
- Masser l'utérus avec fermeté jusqu'à l'obtention du globe de sécurité.
- Faire une compression bi manuelle en cas de persistance du saignement après le massage utérin :
 - Placer une perfusion de 10 UI d'oxytocine avec un bolus de 5 UI en intraveineuse directe.
 - Retirer les gants
 - Remettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.
 - Introduire la main droite dans le vagin.
 - Pousser l'utérus vers le bas avec la main gauche.
 - Comprimer l'utérus entre les deux mains pendant 10 à 15 minutes.
 - Contrôler l'arrêt du saignement.
 - Procéder à un nouvel examen sous valves si le saignement persiste.
 - Réintroduire la main droite dans le vagin.
 - Fermer le poing au contact du col de l'utérus.
 - Si le saignement persiste malgré tout, procéder à un examen plus attentif sous valves et, éventuellement à une hystérectomie.
- Surveillance après révision utérine :
 - Surveiller activement l'accouchée jusqu'à la disparition des effets de l'anesthésie.
 - Surveiller le pouls la tension artérielle, et la respiration de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.
 - Palper l'utérus pour vérifier la persistance du globe de sécurité.
 - Rechercher un saignement anormal à la vulve.
 - Transfuser si nécessaire.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE

Objectif : Pratiquer la compression de l'aorte abdominale selon les normes.

Matériel :

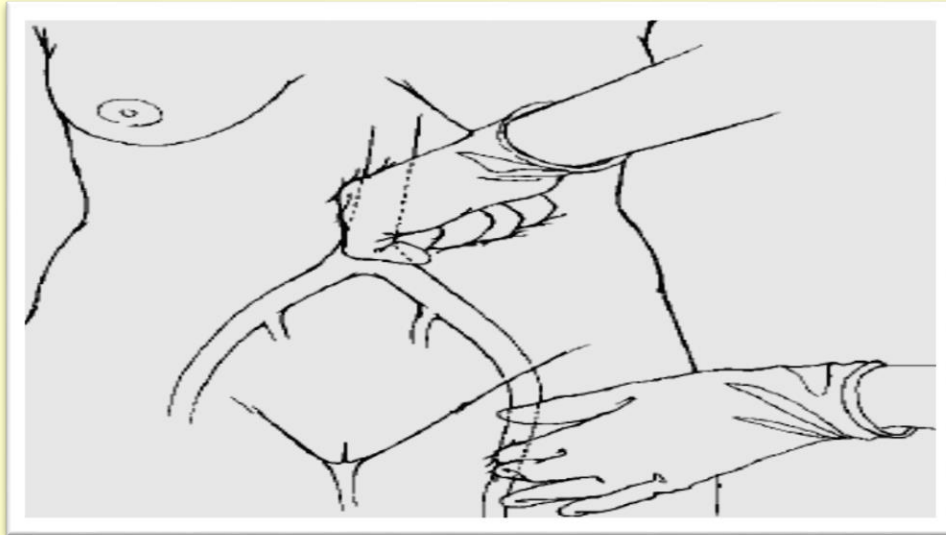
- Eau de décontamination.
- Gants d'examen.
- Matériel de protection (Tablier, bottes, lunettes...).
- Oxytocine 10 UI.
- Seringue.
- Antiseptique.
- Plateau.
- Compresses stériles.
- Sonde vésicale.
- Poubelle.
- Montre ou chronomètre.

Technique :

- Demander de l'aide.
- Expliquer à la patiente les soins qui seront effectués.
- Apporter un soutien psychologique continu et la rassurer.
- Mettre l'équipement de protection personnelle.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air.
- Mettre les gants d'examen.
- Palper le pouls fémoral.
- Mettre le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche et appliquer une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale.
- Continuer à palper le pouls fémoral pour noter l'efficacité de la compression :
 - Si le pouls est palpable lors de la compression, la pression est insuffisante.
 - Si le pouls n'est pas palpable lors de la compression, la pression est suffisante.
- Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte.
- Plonger le matériel dans l'eau de décontamination.
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle appropriée.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre et sèche ou à l'air.
- Vérifier que l'utérus est bien contracté et masser au besoin.
- Injecter 10 UI d'oxytocine en IVD ou IM.
- Vérifier à nouveau les saignements.
- Surveiller les signes vitaux de la patiente :
 - Toutes les 15 minutes pendant 2 heures.
 - Puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure.
 - Et toutes les heures pendant 3 heures.

- Noter les soins et les résultats de la procédure dans le dossier de la patiente.
- Informer et remercier la femme.
- Nettoyer et ranger le matériel.

Figure : Compression de l'aorte abdominale



FICHE TECHNIQUE N° 14 : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

Objectif : Pratiquer la compression bi manuelle selon la technique enseignée.

Matériel :

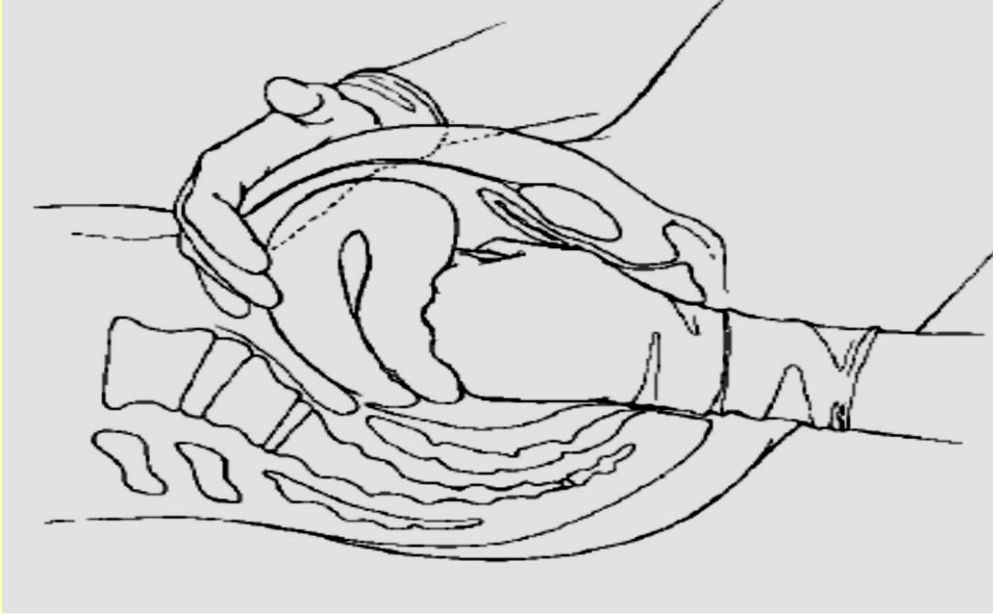
- Eau de décontamination.
- Gants chirurgicaux stériles.
- Matériel de protection (Tablier, bottes, lunettes...).
- Oxytocine.
- Seringue.
- Antiseptique.
- Plateau.
- Compresses stériles.
- Sonde vésicale.
- Poubelle.
- Montre ou chronomètre.
- Appareil à tension.
- Stéthoscope médical.
- Thermomètre.

Technique :

- Demander de l'aide.
- Expliquer à la patiente le soin qui sera effectué.
- Apporter un soutien affectif continu et la rassurer.
- Mettre l'équipement de protection personnelle.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air.
- Mettre les gants chirurgicaux stériles.
- Nettoyer la vulve et le périnée avec une solution antiseptique.
- Insérer une main dans le vagin et former un poing.
- Introduire le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur.
- Appliquer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.
- Mettre l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus.
- Empaumer le fond utérin en appuyant fermement sur l'abdomen et appliquer une pression sur la paroi postérieure de l'utérus.
- Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte.
- Retirer la main intra vaginale.
- Plonger le matériel dans l'eau de décontamination.
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle appropriée.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre et sèche ou à l'air.
- Vérifier que l'utérus est bien contracté et masser au besoin.
- Vérifier à nouveau les saignements.
- Surveiller les signes vitaux de la patiente :
 - Toutes les 15 minutes pendant 2 heures.
 - Puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure.

- Et toutes les heures pendant 3 heures.
- Noter les soins et les résultats dans le dossier de la patiente.
- Informer et remercier la femme.
- Nettoyer et ranger le matériel.

Figure : Compression bi manuelle de l'utérus



FICHE TECHNIQUE N° 15 : TAMPONNEMENT INTRA UTERIN

Objectif : Effectuer le tamponnement intra utérin selon la technique enseignée

Matériel :

- Condom étanche.
- Sonde urinaire de Foley.
- Perfuseur.
- Liquide de remplissage (sérum salé isotonique 500 ml).
- Fils de suture.
- Seringue.
- Pince.
- Gants et compresses stériles.
- Poubelle.
- Plateau.
- Eau de décontamination.
- Matériel de protection.
- Médicament (amoxicilline injectable 2 g en IV).
- Montre ou chronomètre.

Technique :

- Demander de l'aide.
- Expliquer à la patiente les soins qui seront effectués,
- Apporter un soutien psychologique continu et rassurer la femme.
- Mettre l'équipement de protection personnelle.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air.
- Mettre les gants.
- Dérouler le condom.
- Attacher le condom avec un fil de suture sur le perfuseur qui est lui-même attaché au flacon de sérum salé isotonique.

Pour le tamponnement avec sonde :

- Remplir le ballonnet de la sonde avec 1 CC de liquide.
- Introduire la sonde dans le condom.
- Lier le condom avec un fil au-dessous du ballonnet.
- Relier la sonde avec le perfuseur et le perfuseur avec le flacon de sérum salé isotonique.

Ensuite continuer avec les autres étapes de la procédure :

- Mettre le flacon sur une potence.
- Introduire avec une main ou une pince le condom monté dans l'utérus.
- Ouvrir le robinet du perfuseur pour remplir le condom.
- Vérifier que le condom se maintient en place dans l'utérus.
- Remplir jusqu'à 400 ml.
- Fermer le robinet du perfuseur pour empêcher le liquide de sortir.
- Mettre un rouleau de compresses dans le vagin.
- Continuer la perfusion d'ocytocine pendant 12 – 24 h (déjà mise en place lors d'une étape précédente).

- Faire une prophylaxie antibiotique (2 g d'Amoxicilline en IVD).
- Évaluer le saignement ou l'efficacité du tamponnement.
- Maintenir ainsi le tamponnement pendant 24 à 48 heures.
- Dégonfler progressivement le condom en retirant le liquide et retirer le condom si l'hémorragie est contrôlée.
- Vérifier le saignement après le retrait.
- Référer la patiente si l'hémorragie n'est pas contrôlée.
- Plonger le matériel dans l'eau de décontamination.
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle appropriée.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre et sèche ou à l'air.
- Vérifier que l'utérus est bien contracté et masser au besoin.
- Vérifier à nouveau les saignements.
- Poursuivre la surveillance jusqu'à stabilisation de l'état de la femme.
- Noter les résultats dans le dossier de la patiente.
- Informer et remercier la femme.
- Nettoyer et ranger le matériel.

Dispositif de tamponnement intra utérin avec sonde



FICHE TECHNIQUE N° 16 : UTILISATION DE LA CHLORHEXIDINE POUR LES SOINS DU CORDON OMBILICAL

Application précoce très importante :

- Se laver les mains avec du savon et de l'eau avant d'assurer les soins du cordon ;
- Appliquer immédiatement après la section du cordon ombilical ;
- Appliquer à l'extrémité du cordon, sur le moignon et autour de sa base ;
- Répéter l'application une fois par jour pendant 7 jours ;
- Ne pas mettre d'autres substances au niveau du cordon.

N.B : Ne jamais mettre la chlorhexidine dans les yeux ni dans les conduits auditifs. Pour cela, le counseling de la maman et de l'accompagnante reste une obligation absolue avant de donner la chlorhexidine.

FICHE TECHNIQUE N° 17 : EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	RÉSULTATS NORMAUX
<i>Regarder la coloration</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La face, la poitrine, et les gencives roses. • Les mains et les pieds peuvent être bleus pendant les 48 premières heures
<i>Regarder la respiration</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration calme et peu profonde.
<i>Compter la respiration (compter pendant 1 mn)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 30 - 60 expirations en 1 minute. Peuvent être irrégulières : les respirations rapides suivies d'une période de pause (jusqu'à 20 secondes) sans respiration.
<i>Regarder la position des membres et le tonus musculaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bras et jambes fléchis.
<i>Regarder l'activité et le mouvement (l'examen neurologique)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bouge les deux jambes et les deux bras de manière égale. • Réflexe d'ouvrir la bouche et de chercher le mamelon quand on chatouille la joue. • Réflexe de succion.
<i>Regarder et palper la peau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun signe de déshydratation : pas de persistance du pli cutanée. • Présence de petites éruptions blanches sur la face (milia).
<i>Regarder et palper la tête</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Forme inégale asymétrique à cause du moulage à l'accouchement qui disparaît au bout de 48 heures. • Un gonflement mou sur la partie de la tête qui est d'abord sorti (bosse serosanguine) peut être présent à la naissance, disparaît dans les 24 heures. • Fontanelle antérieure plate.

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	RÉSULTATS NORMAUX
Regarder dans la bouche (quand le nouveau né crie , mettre un doigt ganté dans la bouche et palper le palais pour voir s'il y a une fente)	<ul style="list-style-type: none"> • Les lèvres, les gencives et le palais sont entiers et symétriques.
Palper le cou	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune excroissance ou gonflement.
Regarder la poitrine	<ul style="list-style-type: none"> • La poitrine bouge en même temps que la respiration. • L'abdomen se soulève à chaque respiration.
Compter pendant une minute le rythme cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • 100 - 160 battements par minute. • Courtes périodes de changement du rythme cardiaque avec des activités qui sont normales (comme le sommeil, l'allaitement).
Regarder l'abdomen et le palper doucement	<ul style="list-style-type: none"> • Souple, • Le bout du cordon ombilical est attaché, ne saigne pas et il est sec.
Regarder les jambes (étendre les deux jambes en tenant les chevilles. Comparer la longueur des jambes et les plis cutanés inguinaux et des fesses)	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux jambes doivent avoir la même longueur. • Les plis de la peau sont symétriques (les mêmes sur les deux côtés).
Regarder les pieds et les chevilles (faire bouger les articulations des chevilles dans toutes les positions)	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux pieds se plient facilement de haut en bas (vers le genou). • Le devant du pied bouge facilement dans la position de la marche. • Au repos les pieds peuvent paraître mal formés à cause de la position du nouveau- né dans l'utérus.
Regarder le dos et palper la colonne vertébrale	<ul style="list-style-type: none"> • La peau du dos n'a pas de rides ou de plaies • La colonne vertébrale n'a aucun défaut.
Regarder l'anus et demander si le méconium a été émis	<ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau-né émet le méconium avant 24 heures.
Regarder les parties génitales externes de la fille (écarter doucement les jambes)	<ul style="list-style-type: none"> • Un écoulement vaginal, blanc ou sanguinolent est normal.
Regarder les organes génitaux externes du garçon, tâter le scrotum	<ul style="list-style-type: none"> • L'ouverture urétrale est au bout du pénis. • Les testicules sont sentis dans le scrotum. Il est aussi normal si les testicules ne sont pas descendus. On ne peut pas les sentir chez beaucoup de nouveau-nés à terme ou prématurés.
Peser le nouveau-né et prendre les mensurations	<ul style="list-style-type: none"> • Poids : 2,5 - 3,8 Kg • Taille : 50 cm • PC : 35 cm

E. ANNEXES – SOINS POSTNATALS

ANNEXE 1 : Allaitement maternel exclusif

L'**allaitement maternel exclusif** consiste à donner **UNIQUEMENT** le sein pendant les six premiers mois de la vie. Ceci signifie que le nouveau né ne boira pas d'eau, de thé, de décoctions à base de plantes, des laits artificiels, ou d'autres liquides sauf indication médicale.

Donner d'autres liquides ou aliments au nouveau-né au cours des 6 premiers mois de l'allaitement peut entraîner les situations suivantes :

- Le nouveau-né ne tétera pas aussi souvent et aussi longtemps que possible.
- Le nouveau-né s'habitue à la tétine du biberon et arrête de téter.
- Les femmes qui donnent d'autres aliments à leurs nouveaux-nés abandonnent plus tôt l'allaitement.
- Le nouveau-né court un risque plus élevé de contracter une infection, telle que la diarrhée et la pneumonie.

Certaines mères et familles pensent que le nouveau-né a besoin de plus d'eau que de lait maternel. Vous pouvez les conseiller en leur donnant les informations suivantes:

- Le lait maternel est constitué d'eau presque à 88%.
- Même dans les climats chauds et secs les nouveau-nés allaités au sein n'ont pas besoin de liquides supplémentaires si l'allaitement maternel est **exclusif et sur demande**.
- L'estomac d'un nouveau-né est petit. Lorsqu'un nouveau-né boit de l'eau ou d'autres liquides, il y a moins de place réservée au lait maternel. Ceci peut causer une malnutrition.
- Donner de l'eau ou d'autres liquides avant l'âge de 6 mois accroît les problèmes de diarrhée.

* **La première tétée**

La première fois qu'une mère donne son sein au nouveau-né est un moment important. Si la première tétée réussit, cela aidera à réussir les autres tétées. Beaucoup de nouveaux-nés sont prêts à téter immédiatement après la naissance.

Pourquoi une mère doit-elle initier l'allaitement pendant les 30 minutes qui suivent la naissance ?

- La plupart des nouveau-nés ont un réflexe de succion fort et sont dans un état éveillé pendant la première heure qui suit la naissance.
- La succion du nouveau-né stimule la montée du lait chez la mère.
- Le colostrum (le premier lait visqueux, jaunâtre) doit être le premier et unique goût du nouveau-né. Il est important parce qu'il est très riche en vitamine A, en anticorps, et autres facteurs de protection. C'est parce qu'il assure une telle protection pour le nouveau-né qu'il est souvent appelé « le premier vaccin ».
- L'allaitement maternel réduit l'hémorragie du post-partum chez la mère.

Qu'est-ce que vous pouvez faire pour aider une mère à réussir la première tétée ?

Pour donner la première tétée, une mère doit connaître la meilleure position pour elle et son nouveau né, comment aider le nouveau né à prendre correctement le sein, et pendant combien de temps.

➤ **La position de la mère**

Aidez la mère à être dans une position confortable de son choix (assise ou couchée) L'agent de santé devrait l'aider à soutenir le bébé, en particulier lorsque la première tétée a lieu sur la table d'accouchement qui est étroite. C'est plus facile lorsque la mère est déjà sur un lit du service de maternité. La mère peut donner le sein alors que :

- Elle est couchée sur le dos
- Elle est couchée sur le côté (habituellement, après une césarienne)
- Elle est assise.

* **Si elle est couchée :**

Mettre sous sa tête des oreillers ou des couvertures enroulés.

Si elle est couchée sur le dos assurez-vous que la tête et les épaules sont soulevées et soutenues.

Si le nouveau-né bouge et s'accroche lui même, ne faites rien de plus ; assurez-vous simplement que la mère est à l'aise que tous les deux sont couverts et qu'ils sont au chaud.

* **Si elle est assise :**

- Montrer à la mère comment tenir le nourrisson :

➤ **La position du nouveau-né**

Placez le nouveau né à côté de sa mère, en faisant face au sein avec le nez près du mamelon.

Si le niveau du nouveau-né est plus bas que le sein de la mère, mettez le sur un oreiller ou sur des couvertures enroulées, afin qu'il soit au même niveau que le sein.

L'oreille, l'épaule et la hanche du nouveau-né doivent être sur la même ligne, la tête et le corps du nourrisson, doivent être droits ;

- Le nourrisson doit faire face au sein, et son nez en face du mamelon ;
- Le corps du nourrisson doit être proche du corps de la mère ;
- La mère doit soutenir tout le corps du nourrisson, pas seulement la nuque et les épaules, mais également le cou et la tête.

➤ **La prise du sein par le bébé**

Montrer à la mère comment aider le nourrisson à prendre le sein. Elle doit :

- Tenir le sein en formant un **C** avec ses doigts : le pouce est placé au dessus du mamelon sur le long de la limite externe de l'aréole et les autres doigts sont placés sous le sein.
- Toucher les lèvres du nourrisson avec son mamelon pour l'inciter à se tourner vers le sein et déclencher le reflexe de prise de sein :
 - attendre que la bouche du nourrisson soit grande ouverte ;
 - approcher rapidement le nourrisson du sein en veillant à ce que la lèvre inférieure du nourrisson soit bien en dessous du mamelon.
- Regarder comment le nouveau né prend le sein.

Vérifier la bonne prise du sein par la présence des signes suivants :

- le menton touche (ou touche presque) le sein,
- la bouche est grande ouverte,
- la lèvre inférieure est tournée vers l'extérieur (éversée),
- l'aréole est plus visible au-dessus qu'au-dessous de la bouche.

Tous ces signes doivent être présents pour que la prise du sein soit bonne.

Vérifier l'efficacité de la succion :

Est-ce que le nourrisson tète efficacement (c'est-à-dire par des *succions profondes et lentes, audibles et entrecoupées de pauses*).

Si la prise du sein ou la succion n'est pas correcte :

Une mauvaise position, une mauvaise prise du sein et une mauvaise succion réduisent le flux de lait dans la bouche du nouveau né, peuvent blesser le bout du sein (douleur, fissures et gerçures) et causer un engorgement du sein (sein trop plein).

Que faire si la prise du sein et la succion ne sont pas bonnes ?

Enlever le nouveau né du sein (en ouvrant doucement sa bouche) et essayez de nouveau.

➤ **La durée de la tétée**

- Il n'y a aucune limite quant au temps des tétées d'un nouveau-né, y compris la première tétée.
- Si la prise du sein, la succion et la position sont bonnes, le nouveau né doit téter jusqu'à être rassasié.

ANNEXE 2 : Allaitement maternel continu

Comment réussir l'allaitement maternel continu ?

L'allaitement maternel exclusif et continu aide la mère et sauve la vie du nouveau-né. Pour cela, il faut :

➤ **Faire l'allaitement à la demande**

La tétée à la demande (jour et nuit) aide également la mère à produire assez de lait. Plus le nouveau né tète, plus le lait est produit.

➤ **Vider un sein avant de passer à l'autre**

- Si la tétée a commencé par le sein droit, à la prochaine tétée la mère doit commencer avec le sein gauche. De cette manière les deux seins produiront la même quantité de lait.
- Ne fixez pas un temps limite pendant lequel le nouveau né doit téter un sein avant d'aller à l'autre.
- La première partie de la tétée (le lait du début de tétée) contient plus d'eau pour hydrater le nouveau né.
- La deuxième partie de la tétée (le lait de fin de tétée) est plus riche en graisse, pour satisfaire la faim du nouveau-né.

➤ **Utiliser différentes positions confortables**

Différentes positions sont utilisées pour rendre l'allaitement plus facile pour la mère et pour le nouveau-né. Il est bon aussi parfois de tenir le nouveau né dans différentes positions qui sont :

- Position de l'enfant bercé :
- Position transversale de l'enfant bercé.
- Position du nouveau né sous le bras ou position « football » surtout en cas de césarienne.
- Position couchée.

➤ **Bien se reposer**

➤ **Boire quelque chose après chaque tétée**

➤ **Manger un repas supplémentaire par jour**

➤ **Prendre la vitamine A**

Capsule (supplément) de vitamine A : Donnez à la mère deux doses de vitamine A (une capsule 200 000 UI). La première dose doit être prise immédiatement après l'accouchement et la deuxième dans les 24 heures.

Consommer des aliments riches en vitamine A qui tels que fruits et légumes rouges, jaunes et oranges : mangues, papaye, patates douces, oranges, courgettes, carottes, « néré ».

Aliments de sources animales : le jaune d'œuf, le fromage, le foie, le poisson, les huiles et les pâtés de poisson.

**N.B : Ne pas donner de tétine au bébé parce qu'elle peut causer une infection, et cela modifie la façon de téter.
Ne pas donner d'autres liquides ou aliments avant 6 mois.**

F. FICHES TECHNIQUES – SOINS POSTNATALS**FICHE TECHNIQUE N° 1 : CONDITIONS D'UNE BONNE TETEE****La position de la mère :**

- Adopter une position confortable de son choix : assise ou couché.
- Utiliser des oreillers ou des couvertures enroulées sous la tête de la mère (couchée) ou sous son bras (assise).

La position du nouveau-né :

- Mettre le nouveau-né à côté de sa mère, en faisant face au sein avec le nez près du mamelon.

Si le niveau du nouveau-né est plus bas que le sein de la mère :

- Placer le nouveau-né sur un oreiller ou sur des couvertures enroulées.
- Veiller à ce que l'oreille, l'épaule et la hanche du nouveau-né soient sur la même ligne.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : PRISE DU SEIN***Comment aider le nouveau-né à prendre correctement le sein ?***

La mère doit :

- Tenir son sein dans sa main, le pouce en haut du sein et les autres doigts sous le sein (en forme de **C**) loin de l'aréole.
- Toucher doucement les lèvres du nouveau-né avec le bout du sein.
- Attendre que la bouche s'ouvre.
- Faire avancer alors le nouveau-né vers le sein.
- Ne pas faire bouger seulement la tête du nouveau-né mais faire avancer le corps entier en le soutenant, y compris le cou et la tête.
- Regarder comment le nouveau-né prend le sein.

Comment vérifier que la prise est bonne ?

- Une grande partie du bout du sein **ET** de l'aréole sont dans la bouche du nouveau-né et les lèvres du nouveau-né sont éversées.
- On peut voir la langue du nouveau-né reposant sur les gencives inférieures, en dessous du bout du sein.
- On peut entendre un son de succion régulière et d'avalement avec de courtes pauses.
- La mâchoire du nouveau-né bouge (tout le long de la joue à l'oreille) et les joues ne s'enfoncent pas.
- La mère ne ressent pas de douleur ni au sein, ni au bout du sein.

Que faire si la prise du sein et la succion ne sont pas bonnes ?

- Enlever le nouveau-né du sein en ouvrant doucement sa bouche
- Essayer de nouveau.

Une mauvaise position, une mauvaise prise du sein et une mauvaise succion réduisent le flot de lait dans la bouche du nouveau-né, et peuvent blesser le bout du sein (douleur, fissures et gerçures) et causer un engorgement du sein (sein trop plein).

Combien de temps doit durer une tétée ?

- Il n'y a aucune limite quant au temps des tétées d'un nouveau-né, y compris la première tétée.

Si la prise du sein, la succion et la position sont bonnes, le nouveau-né peut téter jusqu'à être rassasié.

* **Allaitement de l'enfant de mère séropositive – Cf. Volume 2.**

FICHE TECHNIQUE N° 3 : EXPRESSION MANUELLE DU LAIT

- Se mettre dans un endroit où elle se sent à l'aise et peut se détendre
- Avoir son nouveau-né à côté d'elle ou le cas échéant penser à lui ou sentir l'odeur de ses habits
- Se laver soigneusement les mains ;
- Mettre un récipient propre sur la table ou le tenir dans la main pour y recueillir son lait ;
- Se pencher en avant et soutenir le sein avec une main ;
- Placer le pouce sur l'aréole, au-dessus du mamelon et l'index sur l'aréole au dessous du mamelon ;
- Presser avec le pouce et l'index vers l'extérieur, en les dirigeant légèrement vers la cage thoracique ;
- Presser l'aréole en arrière du mamelon, entre le pouce et l'index ;
- Presser puis lâcher, presser à nouveau puis lâcher ;
- le lait ne vient qu'après plusieurs pressions, d'abord goutte à goutte ; il peut couler en jet si le réflexe d'éjection est très fort ;
- Presser l'aréole de la même manière sur tous les côtés pour s'assurer que le lait a bien été extrait de tous les lobules de la glande mammaire.

N.B :

Ne presser pas le mamelon lui même. ne changez pas vos doigts de place. pressez ou tirez le mamelon ne fait pas venir le lait.

FICHE TECHNIQUE N° 4 : TECHNIQUE DE LA BOUTEILLE CHAUDE

C'est une méthode utile pour traiter un engorgement surtout quand le sein est mou et le mamelon tendu :

- Prendre une grosse bouteille de 1 litre ou de 700 ml avec un goulot, si possible large ;
- Demander à quelqu'un de l'entourage familial de faire chauffer de l'eau et remplir presque la bouteille avec cette eau ;
- Envelopper la bouteille avec un linge et vider l'eau chaude de la bouteille ;
- Laisser refroidir le goulot de la bouteille et placer son orifice en regard du mamelon de façon à ce que les bords de l'orifice soient bien en contact avec la peau.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : TECHNIQUE DE LA SERINGUE

- Utiliser une seringue stérile à usage unique ;
- Couper le bout de la seringue ;
- Enlever le piston pour l'adapter à la partie coupée de la seringue ;
- Placer la partie postérieure de la seringue sur le bout du mamelon ;
- Aspirer le lait en tirant le piston ;
- Verser le lait recueilli dans une tasse propre et bien fermée ;
- Administrer à la cuillère ;
- La seringue utilisée doit être jetée.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : TECHNIQUE DU TIRE-LAIT

Quand les seins sont engorgés et les mamelons douloureux, la mère devrait s'aider d'un tire lait pour extraire le lait. Le tire lait est facile à manier quand les seins sont pleins, plus difficile quand les seins sont mous.

Il existe deux sorte de tire-lait : le tire-lait manuel et tire-lait électrique.

a) Tire-lait manuel :

Est un tube de verre spécial, muni d'une poire en caoutchouc à une extrémité et dont l'autre extrémité est évasée pour s'adapter au mamelon.

- Presser la poire en caoutchouc pour faire sortir l'air contenu dans le tire-lait ;
- Placer l'extrémité du tube sur le mamelon ;
- Assurer vous que le verre adhère bien à la peau tout autour du mamelon de façon à ce qu'il soit parfaitement étanche à l'air ;
- Lâcher la poire en caoutchouc. Le mamelon et l'aréole sont aspirés dans le tube ;
- Presser, puis lâcher plusieurs fois la poire en caoutchouc ;
- Nettoyer et stériliser le tire-lait soigneusement chaque fois que vous l'utilisez.

b) Tire-lait électrique:

Est plus efficace et convient mieux à l'usage hospitalier.

- Stérilisez le tire-lait chaque fois que vous l'utilisez.

N.B :

- **Il est difficile de nettoyer correctement la poire en caoutchouc. N'utiliser le tire-lait que dans les cas où les autres méthodes ne peuvent être employées.**
- **Le tire-lait est un moyen privilégié pour propager les infections, particulièrement dans les cas où plusieurs femmes utilisent le même tire-lait.**

FICHE TECHNIQUE N° 7 : VISITES POST-NATALES

Pendant la période post-partum et post-natale quatre consultations focalisées sont requises pour la mère et le nouveau-né :

- Dans les 24 heures, évaluer l'état de la mère et du nouveau-né toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, toutes les 30 mn pendant 1 heure et toutes les heures pendant 3 heures et chaque 3 heures pendant les 18 heures restantes (cf. Surveillance de la mère et du nouveau né dans les 24 heures).

➤ **2^{ème} - 3^{ème} jour :**

√ **Pour la mère :**

- Vérifier la TA, le pouls, la T°, la fréquence respiratoire, l'état des muqueuses, Procéder à l'auscultation cardio-pulmonaire ;
- Voir l'état des seins et apprécier la montée laiteuse ;
- Vérifier la rétraction utérine, l'abondance la coloration et l'odeur des lochies, la couleur et l'abondance des urines et la fréquence de la miction ;
- Vérifier l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin, l'absence d'émission de selles par le vagin, l'état des mollets.

√ **Pour le nouveau né :**

- Rechercher les signes de danger,
- Maintenir la température,
- Voir si le nouveau-né a uriné avant 48 h et s'il a émis les selles avant 24 h.

➤ **Entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour :**

√ **Pour la mère :** Idem 3^{ème} jour

√ **Pour le nouveau né :**

- Rechercher les signes de danger, l'ictère,
- Vérifier le poids (perte pondérale ne doit dépasser 10%).

➤ **Avant la fin de la 6^{ème} semaine :**

√ **Pour la mère :**

- Demander s'il y'a eu retour de couches,
- Vérifier l'involution utérine, la présence de fistule obstétricale, problème d'allaitement.

√ **Pour le nouveau né :**

- Rechercher les signes de danger, les problèmes mineures,
- Vérifier le poids (perte pondérale ne doit dépasser 10%).

Ces visites de suivi intégrées constituent une opportunité pour :

- Discuter de la planification familiale et de ses différentes options.
- Planifier les périodes de vaccination.
- Prodiguer des conseils sur le VIH et de faire les tests.
- Evaluer le bien-être de la mère à travers la prévention et la détection des complications (Par exemple: Infections, saignements, anémie, etc.).
- Faire les traitements préventifs (suppléments en fer et acide folique).
- Donner des conseils sur l'alimentation de la mère et de son bébé.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : EXAMEN GENERAL EN PERIODE POST NATALE

- Préparer le matériel d'examen ;
- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Faire uriner la femme ;
- Prendre la TA (assise), la température, le poids ;
- Demander à la femme de se déshabiller ;
- Apprécier l'état général ;
- Aider la femme à s'installer ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs ;
- Rechercher l'anémie ;
- Examiner les seins ;
- Vérifier la montée laiteuse ;
- Palper l'abdomen ;
- Examiner la cicatrice (si césarienne) ;
- Vérifier le globe de sécurité ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Porter les gants stériles ;
- Examiner la vulve, le périnée et l'anus ;
- Faire un TV pour vérifier l'état du vagin, du col et du corps de l'utérus et des annexes ;
- Apprécier la quantité et la couleur des lochies ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les jeter dans la poubelle appropriée ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Aider la femme à se lever et à s'habiller ;
- Expliquer les résultats de l'examen à la femme, la rassurer ;
- Enregistrer les résultats de l'examen dans le carnet, les fiches opérationnelles et le registre ;
- Vérifier l'état vaccinal de la femme et de l'enfant et référer si nécessaire ;
- Demander à la femme de continuer à :
 - dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide et à utiliser les autres barrières de protection (rideaux, traverses...),
 - prendre les comprimés de fer/acide folique jusqu'à trois mois après accouchement.
- Faire l'examen au spéculum au 45^{ème} jour du post partum ;
- Noter la date et la durée du retour de couches ;
- Faire le counseling sur l'allaitement, l'alimentation, la planification familiale (LAM) et l'hygiène de vie ;
- Donner les résultats de l'examen et la rassurer ;
- Faire l'examen systématique de l'enfant : (cf. examen du nouveau-né en soins pernatals) ;
- Rassurer la femme ;
- Donner le rendez-vous à la femme pour la prochaine consultation ;
- Remercier la femme et lui dire au revoir.

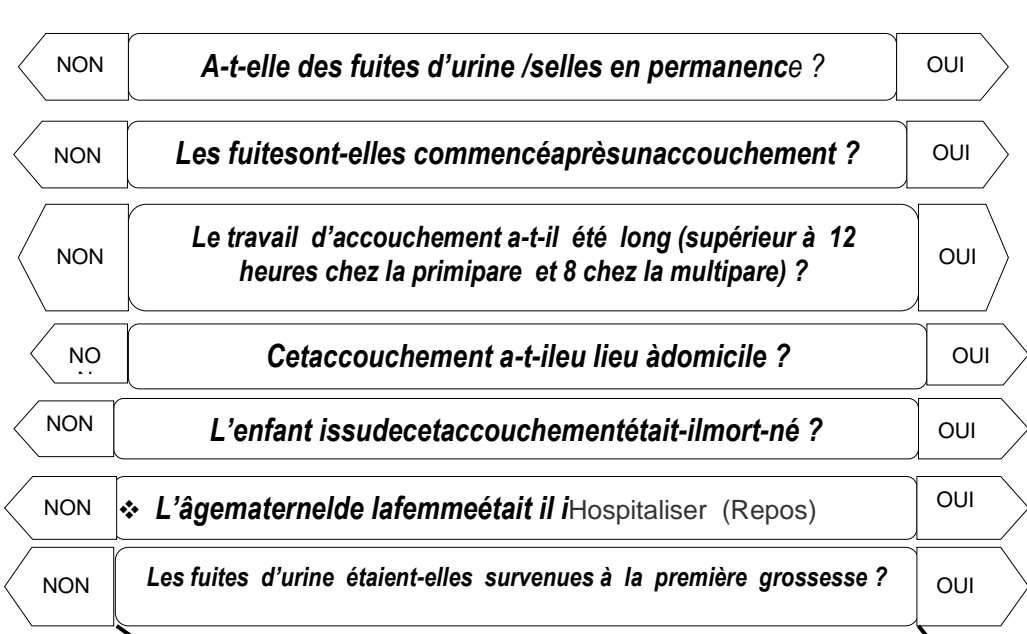
N.B : Donner aux femmes séropositives toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation de l'enfant.

**FICHE TECHNIQUE N° 9 : PREVENTION DE LA FISTULE
OBSTETRICALE****SIX REGLES POUR PREVENIR LA FISTULE OBSTETRICALE DANS LES
STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES**

- ❶ Elaborer un plan d'accouchement avec chaque femme, à chaque grossesse pendant les CPN.
- ❷ Promouvoir les accouchements dans les structures de santé par des prestataires de santé.
- ❸ Vider régulièrement la vessie et le rectum chez toute femme en travail d'accouchement.
- ❹ Surveiller systématiquement l'accouchement à l'aide d'un partographe.
- ❺ Référer ou évacuer la femme à temps en cas de problèmes.
- ❻ Promouvoir la planification familiale à tous les niveaux.

ALGORITHME : AIDE AU DEPISTAGE DE LA FISTULE OBSTETRICALE

Femme se présentant avec une fuite d'urine et/ou des selles



Conseils

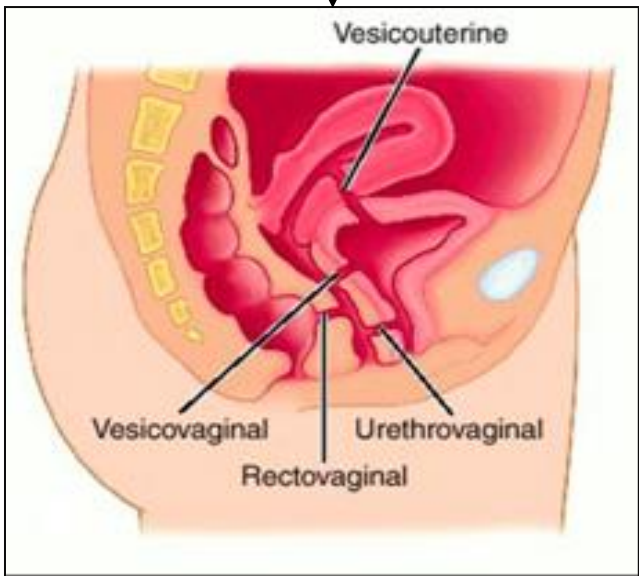
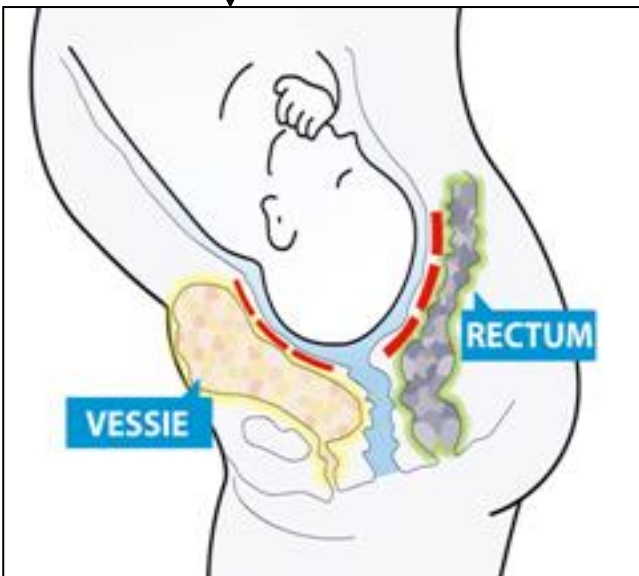
- ☞ Régime alimentaire riche en protéines, suppléments en fer/folates.
- ☞ Réhydratation quotidienne : au moins 4 litres d'eau/jour.
- ☞ Hygiène corporelle régulière
- ☞ Garantie de la confidentialité des informations fournies et de l'intimité.
- ☞ Orientation vers les structures appropriées de dépistage et/ou de traitement.

Diagnostic peu probable :

- Rassurer la cliente ou référer au besoin.

Diagnostic très probable : Au moins 5 indicateurs positifs

Référer vers CSC ou Hôpital de district



GLOSSAIRE

Aménorrhée	<i>Absence de menstruations.</i>
Anémie	<i>Etat clinique dû à un nombre de globules rouges inférieur à la normale.</i>
Antalgique	<i>Se dit d'un produit qui agit en diminuant la douleur.</i>
Antiseptique	<i>Se dit d'un produit qui inhibe la croissance des micro-organismes.</i>
Apyrétique	<i>Absence de fièvre</i>
Aseptique	<i>Exempt de toute contamination par des organismes vivants nuisibles.</i>
Avortement	<i>Expulsion prématurée hors de l'utérus de l'œuf ou du fœtus non viable ou mort, du placenta et des membranes.</i>
Canal déférent	<i>Canal anatomique passant dans le cordon inguinal et qui conduit le sperme de l'épididyme à la prostate.</i>
Cervicite	<i>Inflammation du col utérin.</i>
Counseling	<i>Visite pendant laquelle un éducateur ou un prestataire de service discute avec un (e) client (e) de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter ou d'aider le ou la client (e) à prendre une décision.</i>
Cycle menstruel	<i>Enchaînement de phénomènes physiologiques se produisant de façon périodique, et en général chaque mois, chez une femme et préparant à une grossesse éventuelle.</i>
Dysménorrhée	<i>Menstruations ou règles douloureuses.</i>
Endocervical	<i>Zone interne du col utérin (canal cervical) qui sécrète la glaire cervicale.</i>
Hémorragie	<i>Saignement ou effusion de sang en dehors du corps.</i>
Hépatite	<i>Inflammation du foie provoquée par une infection ou des substances toxiques.</i>
Ictère	<i>Coloration jaune de la peau et des muqueuses due à la présence d'un pigment biliaire qui n'a pas été éliminé de façon normale.</i>
Leucorrhée	<i>Écoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une petite quantité est considérée comme normale.</i>
Ménorragie	<i>Saignement anormal prolongeant les règles</i>
Menstruations	<i>Ou règles, c'est un écoulement vaginal périodique de sang mêlé de débris tissulaires, résultat de la chute d'une partie ou de la totalité de la muqueuse d'un utérus non gravide.</i>
Métrorragie	<i>Saignement génital survenant en dehors des règles.</i>
Migraine	<i>Type spécifique de mal de tête douloureux et intense annoncé par une « aura » et accompagné typiquement de nausée et de vomissements.</i>
Nullipare	<i>Femme n'ayant pas eu de grossesse dépassant 20 semaines.</i>
Ovulation	<i>Processus physiologique pendant lequel un ovaire libère un ovule à maturité.</i>
Spotting	<i>Saignement génital de petite quantité, irrégulier qui tache le slip.</i>
Suivi	<i>Action prise en vue de contrôler, mesurer, vérifier les résultats d'un ou de plusieurs traitements prescrits antérieurement.</i>
Thrombose	<i>Formation de caillots sanguins dans un vaisseau ou dans les cavités du cœur.</i>
Vaginite	<i>Inflammation du vagin, souvent étendue à la vulve (vulvo-vaginite).</i>
Varices	<i>Veines superficielles des membres inférieurs dilatées enflées et souvent tortueuses, non liées aux thromboses veineuses profondes.</i>

FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette fiche et à l'envoyer à la Sous Direction de la Santé de la Reproduction/Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales- Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant :

Noms(facultatif): _____

Titre professionnel: _____

Lieu d'exercice: _____

Vos principales fonctions : _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction: _____

Date de réception des procédures de santé de la reproduction: _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document :

- a. Séminaire de dissémination : **Oui/Non**
- b. Supervision des services: **Oui/Non**
- c. Formation du personnel: **Oui/Non**
- d. Formation d'élèves/étudiants: **Oui/Non**
- e. Autres:

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services? **Oui/Non**

Si **Oui**, quand et où? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisées, veuillez indiquer celles qui sont incomplètes ou non réalisées: _____

Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction? _____

Y a-t-il des imprécisions ou erreurs de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction? _____

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation? _____

Si **Non**, que suggérez-vous?: _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien!? **Oui/Non**

Si **Non**, que suggérez-vous? _____

Quelles sont les autres suggestions que vous formulez pour améliorer l'utilisation de ces procédures?

Merçi de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de santé de la reproduction.

LISTE DES PARTICIPANTS












N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
1.	D ^r Ousmane DEMBELE	DGSHP	66 79 69 55	ousma66@yahoo.fr
2.	D ^r Abdoulaye GUINDO	DGSHP	76 48 18 71	abdouguindo@yahoo.fr
3.	D ^r Dounanké DIARRA	DGSHP	76 05 22 07	dounankediarra@yahoo.fr
4.	D ^r Saran DIAKITE	DGSHP/SDSR	76 13 91 55	sarabore66@gmail.com
5.	D ^r Bintou Tine TRAORE	DGSHP/SDSR	66 95 66 28	bintoutr2003@yahoo.fr
6.	D ^r Aminata CISSE	DGSHP/SDSR	66 71 71 82	amitra15c@yahoo.fr
7.	D ^r N'Tji KEITA	DGSHP/SDSR	76 17 65 46	keita63@yahoo.fr
8.	D ^r Aliou BAGAYOKO	DGSHP/SDSR	76 42 62 66	alioubagayoko@yahoo.fr
9.	D ^r Mariam GARANGO	DGSHP/SDSR	79 22 49 22	mkgarango2@gmail.com
10.	D ^r Mamadou BERTHE	DGSHP/SDSR	66 86 19 79	mamadoubertthe60@gmail.com
11.	D ^r Mamadou BOIRE	DGSHP/SDSR	79 42 31 67	mamboire@yahoo.fr
12.	D ^r Amadou SIDIBE	DGSHP/SDSR	66 90 76 98	amadsib@yahoo.fr
13.	D ^r Aminatou Gueta DIAKITE	DGSHP/SDSR	69 52 25 25	diakiteaminatagueta@yahoo.fr
14.	M ^{me} Fatoumata KONE	DGSHP/SDSR	66 72 12 68	batatacoucou@yahoo.fr
15.	M ^{me} Kadidia DEMBELE	DGSHP/SDSR	66 79 18 72	kadidiadembele2007@yahoo.fr
16.	M ^{me} Aoua GUINDO	DGSHP/SDSR	66 98 67 62	guindoaoa@yahoo.fr
17.	M ^{me} Sirantou WAGUE	DGSHP/SDSR	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
18.	M ^{me} Fatimata TOURE	DGSHP/SDSR	74 58 41 88	toufatimata@yahoo.fr
19.	M ^{me} Agaïcha TOURE	DGSHP/SDSR	66 86 53 84	agaïcha.toure@yahoo.fr
20.	M ^{me} Sara DOLO	DGSHP/SDSR	76 32 15 70	dolosara@yahoo.fr
21.	M ^{me} Fatoumata MAIGA	DGSHP/SDSR	76 11 70 37	alifanta95@yahoo.fr
22.	D ^r Oumou DIARRA	DGSHP/DESR	77 56 50 34	droumoukoum@yahoo.fr
23.	D ^r Tata K. DIARRA	DGSHP/DN	76 01 63 41	tatuklego@gmail.com
24.	D ^r Abdoul Karim SIDIBE	DGSHP/DPLM	76 36 72 61	sidibeak@yahoo.fr
25.	M. Soumana DAOU	DGSHP/Santé Scolaire	66 67 06 74	soumana_daou@yahoo.fr
26.	M. Aboubacar Sidiki SIDIBE	DGSHP/SI	79 01 88 13	sidibe147@yahoo.fr
27.	Mme Rolande DAOU	DGSHP/UPFS	66 89 10 45	rolandedaou@yahoo.fr
28.	D ^r M'BAYE Bambi BA	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
29.	D ^r Mariam TALL	PNLP	76 41 57 74	drtallmariam@hotmail.com
30.	D ^r Boubacar DOUCOURE	CPS/Santé	98 98 19 99	boubacar581@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
31.	Dr Seydou SOGODOGO	Inspection de la Santé	77 52 25 31	sogodogo206@gmail.com
32.	Dr Moussa TRAORE	INRSP	71 18 91 17	moussananam@yahoo.fr
33.	M ^{me} Fatoumata TRAORE	INFSS Bamako	66 76 77 25	fafatraore74@gmail.com
34.	M. Boubacar MAIGA	DNDS	75 21 17 67	maigaboubacar67@yahoo.fr
35.	M. Dieudonné DIAMA	DNP	76 11 85 20	dieudonnediama@yahoo.fr
36.	M. Lassina DIARRA	DNPEF	72 27 37 88	lassdiarra@gmail.com
37.	M ^{me} Oumou M. TIMITE	DNPEF	76 04 77 31	zoumousse@yahoo.fr
38.	M. Issa GOITA	DNPF	66 53 14 00	issacadra1@yahoo.fr
39.	M ^{me} Rokia KONE	DNPSES	76 41 55 83	ba_woro@yahoo.fr
40.	M ^{me} Safiatou TRAORE	DRH/SSDS	66 76 38 95	safiatoutraore23@yahoo.fr
41.	Dr Fatoumata BAGAYOKO	ANEH	76 41 12 68	drfatbagayoko@gmail.com
42.	Dr Marguerite DEMBELE	CADD	76 44 22 29	coulmarquerite61@gmail.com
43.	M. Mahamadou TRAORE	CREDOS	76 18 47 01	mbtsofia@yahoo.fr
44.	Dr Moussa BATHILY	CRLD	76 06 75 86	bathilymo2000@yahoo.fr
45.	M ^{me} Tieydo BA	CSLS/MSHP	76 43 18 27	loboba6@gmail.com
46.	M ^{me} Madina HAIDARA	CSLS/MSHP	66 78 11 03	madinah60@yahoo.fr
47.	Dr Fanta NIARE	CNAM	76 45 89 79	niare63@yahoo.fr
48.	M ^{me} Jidata MAIGA	CNIECS	66 79 70 31	jidata.maiga@yahoo.fr
49.	M ^{me} Hawa KONE	CNIECS	76 02 35 37	konehawa3@gmail.com
50.	Pr Youssouf TRAORE	CHU GT - SOMAGO	66 71 01 94	drtraorey@yahoo.fr
51.	Pr Zanafon OUATTARA	CHU – HGT	66 72 35 55	zanafonouattara@yahoo.fr
52.	Pr Aly TEMBELY	CHU – Point G	66 73 74 33	batebely@yahoo.fr
53.	Dr Tioukani THERA	CHU Point G	66 76 72 52	tioukani@gmail.com
54.	Dr Ahmadou COULIBALY	CHU Point G - SOMAGO	76 41 20 14	coulimpewo@yahoo.fr
55.	Dr Aminata KOUMA	CHU Kati	65 99 04 80	koumamit@yahoo.fr
56.	Dr Madani LY	CHU Luxembourg	78 77 19 90	madanily2013@yahoo.fr
57.	Dr Alassane TRAORE	Hôpital du Mali	76 19 13 12	alassane200@yahoo.fr
58.	Dr Idrissa Mama DIARRA	Hôpital du Mali	76 30 28 98	diarraidrissamama@yahoo.fr
59.	Dr Modibo MARIKO	Hôpital du Mali	76 34 78 28	marikomodibo@hotmail.com
60.	Dr Soumaïla A. TRAORE	Hôpital du Mali	76 30 64 17	baconlamo@yahoo.fr
61.	Dr Diarra SOUMARE	DRS Kayes	66 72 58 55	drdiarrahrs2007@yahoo.fr
62.	Dr Kizito DABOU	DRS Kayes	73 19 19 86	daboukizito@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
63.	Dr Smaïl DICKO	DRS Kidal	76 23 79 07	drdickosmail29@gmail.com
64.	M. Arafa TOURE	DRS Koulikoro	76 23 61 30	arafatoure57@gmail.com
65.	Dr Demba DIARRA dit N'Diaye	DRS Koulikoro	66 33 80 70	dembadiarra041@gmail.com
66.	M ^{me} Diénéba DEMBELE	DRS Sikasso	66 78 26 69	dienedembele@yahoo.fr
67.	Dr Assitan Baya SIDIBE	DRS Sikasso	78 70 55 03	assitanbsidibe@yahoo.fr
68.	Dr Lassana DIARRA	DRS Ségou	76 24 29 10	diarralassi@yahoo.fr
69.	Dr Magara DOUMBIA	DRS Ségou	79 28 99 32	doumbiamagara206@yahoo.fr
70.	Dr Abdoul Salam DIARRA	DRS Mopti	76 47 74 15	abdoulsalamdiarra@gmail.com
71.	M ^{me} Clotilde KOUKPO	DRS Mopti	76 15 69 74	aichaclotildekoukpo@gmail.com
72.	Dr Souleymane SANOGO	DRS Tombouctou	76 45 93 38	ssanogo24@yahoo.fr
73.	M ^{me} Arley Atta MAIGA	DRS Tombouctou	79.49.08.79	maigatta170@gmail.com
74.	M ^{me} Sama NIANGALY	DRS Tombouctou	72.54.01.43	samaniangaly@yahoo.fr
75.	Dr N'Tolé TRAORE	DRS Gao	77.94.17.78	ntoletraore@gmail.com
76.	M ^{me} Halimatou TRAORE	DRS Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
77.	Dr Abouzeïdi A. MAIGA	DRS Ménaka	77 11 57 80	hamsabana@yahoo.fr
78.	Dr Pierre KAMATE	DRS Bamako	76 39 19 01	pierrekamate99@yahoo.fr
79.	M ^{me} Madiné MANGARA	DRS Bamako	76 45 44 54	mangaramadina018@gmail.com
80.	Dr Ballan MACALOU	Hôpital de Kayes	78 99 55 05	ballanmacalou@gmail.com
81.	Dr Alima SIDIBE	Hôpital de Ségou	76 43 51 00	sidibealima8@gmail.com
82.	M. Pierre COULIBALY	Hôpital de Mopti	74 49 53 52	coulipierre@yahoo.fr
83.	Dr Mamadou KAMPO	Hôpital de Tombouctou	75 06 74 42	mitikampo@gmail.com
84.	Dr Kalifa TRAORE	Hôpital de Gao	76 32 78 01	kaltra18@gmail.com
85.	Dr Mala SYLLA	CSRéf – Bougouni	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
86.	Dr Sidiki KOKAÏNA	Personne ressource	66 79 16 07	skokaina@yahoo.fr
87.	Dr Aminata O TOURE	Personne ressource	65 84 76 37	amintus201@yahoo.fr
88.	M ^{me} Haoua DIALLO	Personne ressource	66 72 79 49	dialloms@yahoo.fr
89.	M ^{me} Rokia DIAKITE	Personne ressource	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
90.	M ^{me} Oumou KEITA	Personne ressource	66 79 71 82	keitaoumou05@yahoo.fr
91.	Saïdou COULIBALY	Personne ressource	72 54 01 43	coulibaly_saidou@yahoo.fr
92.	Dr Oumar SACKO	Ordre des pharmaciens	76 71 61 51	osacko@gmail.com
93.	M ^{me} Aminata DOUMBIA	Ordre des sages-femmes	69 31 21 47	doumbaminata@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
94.	M. Alkadri DIARRA	CNOM	66 77 72 85	dralkadri@yahoo.fr
95.	M ^{me} Haoua L. DIARRA	CNOSF	76 11 18 14	hamalamediarra@gmail.com
96.	D ^r Séga KONATE	CNTS	76 39 37 34	konatesega@yahoo.fr
97.	M. Salif DIAWARA	Comité d'éthique	76 50 04 33	salifdiawara@gmail.com
98.	D ^r Dougoufana BAGAYOKO	UNICEF	75 99 74 29	dbagayoko@unicef.org
99.	D ^r Fatoumata CISSE	OMS	79 07 05 15	tessouquef@who.int
100.	M ^{me} Rokia SISSOKO	USAID/HP+	73 06 83 69	rokoa.sissoko@thepalladiumgroup.com
101.	D ^r Lala COULIBALY	USAID/HRH2030	66 74 51 69	lcoulibaly@hrh2030program.org
102.	M ^{me} Fary DIOP KONE	USAID/KJK	76 03 55 61	fdiop@projetkjk.org
103.	D ^r Amoussou CHARLES	USAID/SSGI	78 20 34 62	amoussou.gbedon@jhpiego.org
104.	M ^{me} Aissata TANDINA	USAID/SSGI	76 30 42 06	aissata.tandina@jhpiego.org
105.	D ^r Demba TRAORE	IntraHealth	66 57 10 77	dtraore@intrahealth.org
106.	M ^{me} Ramata FOMBA	IntraHealth	66 79 55 68	rkonate@intrahealth.org
107.	D ^r Bogoba DIARRA	PSI – Mali/Expert	76 03 22 56	bogobadiarra@gmail.com
108.	D ^r Marie Léa DAKOUO	PSI/Mali	76 41 76 75	mldakouo@psimali.org
109.	M. Mamadou TRAORE	AMAPED	66 79 35 72	madoudrissa@yahoo.fr
110.	M ^{me} Assitan COULIBALY	AMPPF	66 76 47 71	assitouhadjacoul@yahoo.fr
111.	D ^r Fatalmoudou TOURE	ASDAP	66 73 17 81	fatalmoudou.toure@asdapmali.org
112.	M ^{me} Mariam TOURE	DSSA	75 21 33 69	kmariam@yahoo.fr
113.	D ^r Ba Djibril SALL	Groupe Pivot/Santé Population	65 99 56 56	badjibril@gmail.com
114.	M ^{me} Assétou DOUMBIA	MS Mali	76 30 87 18	assetou@msimali.org
115.	D ^r Marie Hortense NKOKOLO	MSFF	78 45 97 13	msff-bamako-comek@paris.msff.org
116.	D ^r Dramane SAMAKE	MSI	66 93 32 21	dramanesamake93@yahoo.fr
117.	D ^r Abdoulaye H. TRAORE	MSM	77 18 07 84	ahtraore@msimali.org
118.	D ^r Ousmane DIABATE	Projet jeunes	66 89 90 01	droidiabate@yahoo.fr
119.	M. Melama SOUMAHORO	Measure Evaluation	76 18 47 99	melama.soumahoro@icf.com

BIBLIOGRAPHIE

-  Politiques et normes des services de santé de la reproduction, Ministère de la santé/Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
-  Procédures des services de santé de la reproduction, Ministère de la santé/Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
-  Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, guide du prestataire, OMS, UNFPA, *2^{ème} Edition 2015*.
-  Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement : Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau né, OMS, *Mai 2017*.
-  Standard pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé, OMS.
-  Enquete démographique et de santé du Mali (*EDSM-V, 2012 - 2013*).
-  Manuel de référence soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence (SONU), *Mars 2016*.
-  Maternal and child survival program : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, guide destiné à la sage-femme et au médecin, *2^{ème} Edition 2017* de l'OMS.
-  Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive, *2016*.
-  Module de formation des prestataires de santé pour la prévention et la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes, Programme national de lutte contre le paludisme, *Edition 2016*.
-  Plan d'action aider les bébés à respirer, *2^{ème} Edition*, American Academy of Pediatric.