

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE
DE LA SANTE

DIVISION SANTE DE LA
REPRODUCTION

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



Procédures en Santé de la Reproduction

GRAVIDO-PUERPURALITE :

**SOINS PRENATALS, SOINS
PERNATALS**

&

Volume 3



Juin 2013

PREFACE

Le Mali à l'instar des autres pays de la communauté internationale, vise l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et particulièrement les OMD 4 et 5.

Pour ce faire, il est important de standardiser la prise en charge des cibles afin d'améliorer la qualité et la disponibilité des services de la Santé de la Reproduction (SR).

En effet, le Gouvernement du Mali à travers, le Ministère de la Santé a élaboré en 1987, les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en matière de Santé Familiale. En 1995, après la tenue de la conférence internationale du Caire sur la population et le développement ainsi que celle de 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.

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 de la qualité des services.

A ce titre, la Santé de la Reproduction 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.

Compte tenu de l'évolution technologique et dans le souci de prendre en compte les stratégies novatrices, la révision des documents de politiques, normes et procédures s'impose. 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.

Par ailleurs en 2005, date de la dernière révision du plan stratégique, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et sont intégrées dans les présents documents.

Il s'agit entre autres de : la gestion de la troisième phase de l'accouchement, les soins après avortement, les soins obstétricaux d'urgence, les soins essentiels au nouveau-né.

Le Ministère de la Santé, garant de la qualité des offres de 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

Soumana MAKADJI



Remerciements

Le Ministère de la Santé 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 PSI Mali pour son appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de politique, normes et procédures de santé de la reproduction.

Il remercie l'Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus), Save the Children, MarieStopesInternational (MSI), Family Care International (FCI) et le Programme Keneya Ciwara II (PKC II) pour l'assistance technique lors de la présente révision des documents de politique, normes et procédures de santé de la reproduction intégrant toutes les nouvelles approches et initiatives de la santé de la reproduction retenues par le Mali.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, en particulier l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas pour son 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 desdits documents.

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
ABREVIATIONS.....	V
INTRODUCTION	VII
GUIDE D'UTILISATION	X
I. SOINS PRENATALS.....	1
A. CONCEPT DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)	2
B. LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE	2
1. CONCEPT	2
2. ELEMENTS DE LA CPN RECENTREE.....	2
3. ETAPES DE LA CPN RECENTREE.....	2
4. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET DES COMPLICATIONS.....	5
ALGORITHMES	36
II. SOINS PERNATALS	45
A. CCC/CCSC	46
B. SOINS PERNATALS	46
1. DEFINITION.....	46
2. ETAPES.....	46
3. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET DES COMPLICATIONS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT	49
ALGORITHMES	68
HEMORRAGIE POST-PARTUM	71
SYNDROME DE PRE-RUPTURE UTERINE	75
RUPTURE UTERINE	76
4. SOINS AU NOUVEAU-NE ET A LA MERE	79
III. SOINS POSTNATALS	84
A. CCC/CCSC	85
B. SOINS POSTNATALS	85
1. DEFINITION.....	85
2. ETAPES DE LA CONSULTATION	85
Prévention de la fistule (cf fiche technique n° 9 soins postnatals).....	94
Dépistage de la fistule (cf algorithme soins postnatals).....	94
ANNEXES& FICHES TECHNIQUES.....	100
A. ANNEXES – SOINS PRENATALS.....	101
ANNEXE1 : VACCINATION ANTITETANIQUE	101
ANNEXE2 : PLAN D'ACCOUCHEMENT	102
ANNEXE3 : ELEMENTS DES SOINS APRES AVORTEMENT	106
B. FICHES TECHNIQUES – SOINS PRENATALS.....	108
FICHE TECHNIQUE N° 1 : EXAMEN GENERAL DE LA FEMME ENCEINTE	108
FICHE TECHNIQUE N° 2 : EXAMEN DU SEIN	109
FICHE TECHNIQUE N° 3 : EXAMEN OBSTETRICAL	110
FICHE TECHNIQUE N° 4 : EXAMEN DU BASSIN	111
FICHE TECHNIQUE N° 5 : PRESCRIPTION DE LA SP EN TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI).....	112
FICHE TECHNIQUE N° 6 : SUPPLEMENTATION EN FER ET ACIDE FOLIQUE.....	112
FICHE TECHNIQUE N° 7 : MODALITES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM POUR LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET L'ECLAMPSIE	113
FICHE TECHNIQUE N° 8 : TRANSFUSION SANGUINE	114
FICHE TECHNIQUE N° 9 : TEST DE COMPATIBILITE SANGUINE AU LIT DE LA MALADE (AVANT TRANSFUSION)	116
FICHE TECHNIQUE N° 10 : TEST DE COAGULATION AU LIT DE LA PATIENTE	117
FICHE TECHNIQUE N° 11: UTILISATION DU SALBUTAMOL	117
FICHE TECHNIQUE N° 12 : ANESTHESIE VERBALE (VERBACAÏNE).....	118
FICHE TECHNIQUE N° 13 : ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE (AMIU).....	119
FICHE TECHNIQUE N° 14 : ADMINISTRATION DU MISOPROSTOL EN SAA.....	122
FICHE TECHNIQUE N°15 : GESTION DES EFFETS SECONDAIRES DU MISOPROSTOL EN SAA	123
C. ANNEXES – SOINS PERNATALS.....	125
ANNEXE1 : PARTOGRAPHE.....	125

ANNEXE2 : SIGNES DE DANGER CHEZ LE NOUVEAU-NE	129
ANNEXE3 : IDENTIFICATION DES PETITS POIDS DE NAISSANCE PREMATURES/PAG MATURE	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: UTILISATION DE L'OCYTOCINE	134
FICHE TECHNIQUE N° 5 : ACCOUCHEMENT DE LA PRESENTATION CEPHALIQUE : SOMMET	135
FICHE TECHNIQUE N° 6 : ACCOUCHEMENT DU SIEGE	136
FICHE TECHNIQUE N° 7 : EPISIOTOMIE	136
FICHE TECHNIQUE N° 7 : PRATIQUER L'EPISIOTOMIE	137
FICHE TECHNIQUE N° 8 : FICHE TECHNIQUE DE LA GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA).....	139
FICHE TECHNIQUE N° 9 : DELIVRANCE ARTIFICIELLE	142
FICHE TECHNIQUE N° 10 : REVISION UTERINE	145
FICHE TECHNIQUE N° 11 : REANIMATION DU NOUVEAU-NE	147
FICHE TECHNIQUE N° 12 : EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE	149
E. ANNEXES – SOINS POSTNATALS	151
ANNEXE1 : ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF	151
ANNEXE2 : ALLAITEMENT MATERNEL CONTINU	154
F. FICHES TECHNIQUES – SOINS POSTNATALS	155
FICHE TECHNIQUE N°1 : CONDITIONS D'UNE BONNE TETEE	155
FICHE TECHNIQUE N°2 : PRISE DU SEIN.....	156
FICHE TECHNIQUE N°3 : EXPRESSION MANUELLE DU LAIT.....	161
FICHE TECHNIQUE N°4 : TECHNIQUE DE LA BOUTEILLE CHAUDE	161
FICHE TECHNIQUE N°5 : TECHNIQUE DE LA SERINGUE	161
FICHE TECHNIQUE N°6 : TECHNIQUE DU TIRE-LAIT	162
FICHE TECHNIQUE N°7 :VISITES POST-NATALES	163
FICHE TECHNIQUE N°8 : EXAMEN GENERAL EN PERIODE POST NATALE.....	164
FICHE TECHNIQUE N°9 : PREVENTION DE LA FISTULE OBSTETRICALE	165
ALGORITHME : AIDE AU DEPISTAGE DE LA FISTULE OBSTETRICALE	166
GLOSSAIRE.....	167
FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	169
LISTE DES PARTICIPANTS.....	173
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	176

Abréviations

AMIU	:	Aspiration manuelle intra utérine
AINS	:	Anti inflammatoires non stéroïdiens
APS	:	Accouchement prématuré spontané
ARV	:	Anti retro-viraux
ASC	:	Agents de santé communautaires
ATCD	:	Antécédent
ATN Plus	:	Assistance technique nationale plus
BCF	:	Bruits du cœur fœtal
BGR	:	Bassin généralement retréci
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
CSCOM	:	Centre de santé communautaire
CSREF	:	Centre de santé de référence
CU	:	Contractions utérines
DHN	:	Désinfection de haut niveau
DPF	:	Disproportion foeto pelvienne
ECBU	:	Examen cyto bactériologique des urines
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
HRP	:	Hématome retro-placentaire
HPP	:	Hémorragie du post-partum
HT	:	Hormones thyroïdiennes
HTA	:	Hypertension artérielle
HU	:	Hauteur utérine
IM	:	Injection intramusculaire
IST	:	Infections sexuellement transmissibles
IVA	:	Inspection visuelle après application d'acide acétique
IVD	:	Intraveineuse directe
IVL	:	Inspection visuelle après application de lugol
LCR	:	Liquide céphalo-rachidien
MAP	:	Menace d'accouchement prématuré
MI	:	Membres inférieurs
MIP	:	Maladie inflammatoire du pelvis

MSI	:	Marie stopes internationale
OAP	:	Œdème aigu des poumons
PAG	:	Petit pour l'âge gestationnel
PB	:	Périmètre brachial
PC	:	Périmètre crânien
PCR	:	Protéine C réactive
PDE	:	Poche des eaux
PF	:	Planification familiale
PP	:	Placenta praevia
PPN	:	Petit poids de naissance
PRL	:	Prolactine
PSI	:	Populationservice international
PTME	:	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
RAI	:	Recherche d'agglutine irrégulière
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
TDR	:	Test de diagnostic rapide
TP	:	Taux de prothrombine
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 malgré les efforts accomplis par le gouvernement.

Il en est résulté des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents et jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon EDSM IV – 2006, le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 96 pour 1 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 46 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,3% 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%. En 2011, le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 2,24% (rapport DNS/CSLS/MS). La couverture sanitaire est à 91% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire 2011).

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 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 2011-2021.

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 :

- Politique et les Normes des services
- Les procédures

La Politique et les Normes des 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 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, la santé des jeunes adultes et les droits en matière de Santé de la Reproduction, notamment à travers les approches innovatrices.

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 le changement de comportement
 - Qualité des services et Prévention des infections.
- **Volume 2 : Composantes communes.**
 - Planification familiale
 - IST/VIH et SIDA/PTME
 - Genre et santé
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez les femmes.

- **Volume 3 : Gravido-puerpéralité**
 - Soins prénatals
 - Soins pernatals
 - Soins postnatals.

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

- **Volume 5 : Santé des adolescents et des jeunes et santé sexuelle de l'homme**
 - Santé des adolescents et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle de l'homme.

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

- ✓ Les éléments de la CCC /CCSC ;
- ✓ L'assurance qualité;
- ✓ Le contrôle de qualité et le travail en équipe;
- ✓ La prévention des infections.
- ✓ L'audit des décès maternels

GUIDE D'UTILISATION

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

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 d'un 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'actions ont limités par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

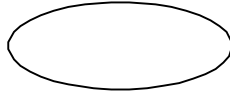
A chaque étape, un éventail d'options est proposée et les niveaux de décision sont identifiés.

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.

I. SOINS PRENATALS

A. CONCEPT DE COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

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.

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

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

2. Eléments de la CPN recentrée

- 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.
- La promotion de la santé.

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 clientes seront prises par ordre d'arrivée, exceptés les cas urgents qui 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 obstétricaux.
- Rechercher les antécédents chirurgicaux.
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle.
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque.
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

N.B : Se référer à la fiche opérationnelle de suivi de grossesse et au carnet pour l'appréciation du risque.

3.4. Procéder à l'examen (Cf. Fiches techniques des soins prénatals)

N°1 : Examen général, N°2 : Examen du sein, N°3 : Examen obstétrical et N°4 : Examen du bassin.

3.5. Demander les examens complémentaires

- A la première consultation qui a lieu au premier trimestre:
 - Demander le Gs-Rh.
 - Demander le test d'Emmel, la NFS, le BW (titrage), albumine/sucre systématiquement dans les urines.
 - Demander/faire le test VIH après counseling.
 - Demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément.

Les autres examens seront demandés selon le besoin.

- Pour les autres consultations :
 - Demander albumine/sucre systématiquement dans les urines et 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.

3.6. Prescrire les soins préventifs

- Vacciner la femme contre le tétanos (Cf. Annexe n° 1 : Soins prénatals).
- Prescrire la Sulfadoxine Pyriméthamine (Cf. Fiche technique n°5 : Soins prénatals).
- Prescrire le fer acide folique (Cf. Fiche technique n°6 : Soins prénatals).
- 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 et les aliments sales surtout les légumes) et sur la planification familiale.
- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

3.7. Prescrire le traitement curatif, si nécessaire (Cf. Algorithmes et la prise en charge par niveau des 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).

3.8. Donner le prochain rendez-vous

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
 - une au 1^{er} trimestre ;
 - une au 2^{ème} trimestre ;
 - deux au 3^{ème} trimestre dont une au 9^{ème} mois.
- 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.

3.9. Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

3.10. Consultation prénatale de suivi

- Demander l'histoire depuis la dernière consultation.
- Rechercher les signes de danger.
- Procéder à l'examen physique ciblé.
- Demander les examens complémentaires au besoin.
- 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

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 compliqués.

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

b. Eléments 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. Gestes d'urgences :

Ils consistent à la prévention de la déshydratation.

e. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	Vomissements simples : • Rassurer la patiente. • Mettre au repos à l'abri de la lumière vive. • Demander à la femme de manger chaud et de boire chaud. Si les vomissements ne s'arrêtent pas : • Orienter la femme vers le CSCoM.
CSCoM	• Accueillir la patiente. Vomissements simples : • Idem village/communautaire ; • Prescrire un antiémétique : métoclopramide : 1 cp matin ,midi et soir. Si pas d'amélioration ou si vomissements graves : • Référer.
CSRéf	• Accueillir la patiente. Vomissements simples : • Idem au niveau CSCoM. Vomissements graves : • Hospitaliser la femme et limiter les visites. • Perfuser du Ringer lactate 1,5 litres par jour : ○ Métoclopramide injectable : 1 ampoule dans chaque flacon de Ringer,

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	○ Mettre 2 ampoules de vitamine B complexe injectable dans chaque flacon de Ringer lactate. Si ce traitement n'est pas efficace, penser à une pathologie sous-jacente : • Référer au spécialiste.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	Vomissements simples : • Idem au niveau CSRéf. Vomissements graves : • Hospitaliser la femme et limiter les visites. • Demander le bilan : GE, acétone, NFS, ionogramme, azotémie, créatinémie, transaminases, phosphatases alcalines. • Perfuser du Ringer lactate 1,5 litres par jour. • Mettre dans chaque flacon de Ringer : ○ 1 ampoule de métoclopramide injectable ○ 2 ampoules de vitamine B complexe injectable ; Demander une fibroscopie si nécessaire.

4.2. Fièvre et grossesse

a. Définition :

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

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.

N.B : Ce chapitre exclu les fièvres au long cours.

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

➤ Paludisme au cours de la grossesse

a. Définition :

C'est une maladie due à un parasite du genre plasmodium. Il faut y penser le plus souvent, mais il faut savoir que ce n'est pas la seule cause de fièvre au cours de la grossesse.

b. Eléments de diagnostic :

Signes du paludisme simple :

- Fièvre (Température axillaire $\geq$ à 37,5°C) ;
- Douleurs musculaire ;
- Faiblesse articulaire ;
- Frissons et courbatures ;
- Troubles digestifs (nausées, vomissements, anorexie) ;
- Fatigue avec douleurs musculaires ;

- Pas d'appétit ;
- Maux de tête.

Signes du paludisme grave et compliqué (Cf. Fiche technique : Paludisme) :

- Convulsions ;
- Coma ;
- Hémorragie spontanée (Coagulation Intra vasculaire Disséminée : CIVD) ;
- Ictère ;
- Anémie sévère ;
- Collapsus cardiovasculaire ;
- Œdème aigu du poumon (OAP) ;
- Hémoglobinurie (urines coca cola).

c. Gestes d'urgence :

- Faire baisser la température ;
- Donner des neurosédatifs en cas de convulsions.

➤ **Infection ovulaire (Chorioamniotite)**

a. Définition :

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

b. Eléments de diagnostic :

- Fièvre ;
- Ecoulement de liquide amniotique purulent, louche, nauséabond ;
- Utérus tendu et douloureux.

c. Gestes d'urgence :

- Faire baisser la température ;
- Commencer sans délai la triple antibiothérapie (ampicilline-gentamicine-metronidazole).

➤ **Grippe**

a. Définition :

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

b. Eléments de diagnostic :

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

c. Gestes d'urgence :

Faire baisser la température.

➤ 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.

Risque de choc septique, si :

- Avortement après plus de 14 semaines d'aménorrhée (SA), avec fièvre (T° supérieure à 40° C) ou sans fièvre (T° inférieure à 36,5° C) ;
- Signes de lésions intra abdominales 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. C'est la plus fréquente des infections survenant au cours de la grossesse. Elle peut être simple (cystite), grave et compromettre le pronostic materno-fœtal (pyélonéphrite). C'est une cause importante d'accouchement prématuré.

b. Éléments de diagnostic :

- Brûlure mictionnelle ;
- Mictions fréquentes.
- Douleurs lombaires ;
- Fièvre ;
- Vomissements parfois.

➤ Infection respiratoire

a. Définition :

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

b. Eléments de diagnostic :

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

c. Gestes d'urgence :

Faire baisser la fièvre.

➤ Autres infections (fièvre typhoïde, hépatites)

En cas de fièvre pendant la grossesse, il est urgent de faire baisser la température par la prise de PARACETAMOL et par le bain.

4.2.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Faire prendre un bain. • Orienter vers le CScCom.
CScCom	• Accueillir la patiente, • Rassurer la femme, • Faire l'examen physique, • Faire l'examen à la bandelette urinaire, • Faire le test rapide (TDR) du paludisme, • Faire la goutte épaisse si disponible. S'il s'agit d'un paludisme En cas de paludisme simple : • Administrer : ○ Quinine comprimé au cours du premier trimestre: 10 mg/kg de poids corporel de sels de quinine (8,3 mg base) 3 fois par jour pendant 7 jours. N.B : Prendre les comprimés de quinine avec de l'eau sucrée pour corriger l'hypoglycémie. ○ Arthémeter (20 mg) –Lumefantrine (120mg) compa partir du deuxième trimestre : 4 comp 2 fois par jour pendant 3 jour. Si fièvre : • Donner Paracetamol 500 mg 1 à 2 comp 3 fois/jour sans dépasser 6 comp : En cas de paludisme grave et compliqué Si le plateau technique du CScCom ne permet pas de

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	prendre en charge un cas de paludisme grave : • Administrer un traitement de prétransfert (Cf. Directives nationales N°1 pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali). • Référer la malade. S'il s'agit de pyelonéphrite (signes urinaires ou existence des nitrites à la bandelette urinaire). • Référer. S'il s'agit d'une grippe : • Donner du paracétamol 500 mg 1 à 2 comp 3 fois/jour sans dépasser 6 Comp. • Conseiller le repos. • Faire le traitement symptomatique. N.B : Toute fièvre résistant au traitement après 24 heures dans un CSCom doit être référée . S'il s'agit d'un avortement septique ➤ Si pas de choc : • 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 1g plus gentamycine 80 mg et métronidazole 500mg en perfusion ; ○ Administrer paracétamol 1g perfusion ou acide acétyl salicylique 1g en IVD lente si la T° est supérieure ou égale à 38,5°C. • Evacuer. ➤ En cas de choc : • Donner le premier traitement : ○ Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique ; ○ Commencer l'antibiothérapie : administrer amoxiciline 1g plus gentamycine 80 mg et métronidazole 500mg en perfusion ; ○ Administrer paracétamol 1g perfusion ou acide acétyl salicylique 1g en IVD lente si la T° est supérieure ou égale à 38,5°C. • Evacuer.
CSRéf	• Accueillir la patiente. • Faire l'examen. • Faire le TDR ou la goutte épaisse, le frottis mince, NFS et la glycémie si possible. • Faire l'examen à la bandelette urinaire et l'ECBU. S'il s'agit d'un paludisme :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	➤ En cas de paludisme simple • Idem CScCom. ➤ En cas de paludisme grave et compliqué: Il repose sur le traitement d'urgence des complications et le traitement spécifique antipaludique (Cf.Directives nationales n° 1 pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali). Si chorioamniotite (infection amniotique) : • Hospitaliser. • Mettre la femme sous association antibiotique : ○ Amoxicilline : 2 g en IVD toutes les 8 heures pendant 8 jours ; OU ○ Ceftriaxone 1g par jour pendant 7 jours. 48 heures après l'apyrexie et l'amendement des symptômes prendre le relais per os avec : ○ Amoxicilline 500 mg : 2 cp matin, midi et soir pendant 10 jours. • Procéder à l'évacuation utérine quelque soit le terme de la grossesse. • Poursuivre le traitement quelque soit la voie d'accouchement. Si avortement septique : Commencer les antibiotiques (triple association), et l'antipyrétique le plus tôt possible avant de procéder à l'évacuation utérine. • Administer pendant 48 heures: ○ Paracétamol 1g en perfusion toutes les 6 heures ; ○ Amoxicilline 1 g en IV toutes les 6 heures ; ○ Gentamycine 160 mg en IM toutes les 24 heures ; ○ Métronidazole perfusion 500 mg toutes les 8 heures. Si état général stable et col ouvert après le début de l'antibiothérapie : • Procéder à l'évacuation utérine : Si col fermé, état général stable 24 heures après le début de l'antibiothérapie : • Faire la dilatation du col. • Evacuer le contenu de l'utérus. • Continuer le traitement antibiotique : ○ Amoxicilline 500mg en gelule 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. Si existence de lésions traumatiques post-

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	avortement : ○ Procéder à l'évacuation utérine si nécessaire ○ Réparer les lésions selon la voie d'abord appropriée. ○ Administrer une antibiothérapie (Cf. Endométrite). ○ Faire une irrigation vaginale en cas d'utilisation des substances caustiques intra-vaginales. • 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 cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Accueillir la patiente • CAT Idem à celle du CSRéf pour la pyélonéphrite, la grippe, les infections respiratoires, la typhoïde, l'avortement, paludisme simple. • Paludisme grave compliqué : ○ Idem CSRéf ; ○ Il faut ajouter : les gaz du sang, l'ionogramme sanguin, la créatinémie, l'ECBU, le LCR. • Faire admettre la patiente dans un service de réanimation pour des soins intensifs et éventuellement en néphrologie pour une dialyse en cas d'insuffisance rénale.

4.3. HTA et grossesse

4.3.1. Définition :

On parle d'hypertension artérielle au cours de la grossesse, quand la pression artérielle est supérieure ou égale à 14/9 cm Hg (140/90 mm Hg).

Classification :

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

- Type I = pré éclampsie (toxémie gravidique).
- Type II = Hypertension artérielle préexistante à la grossesse ou hypertension artérielle chronique.
- Type III = Prééclampsie surajoutée.
- Type IV = Hypertension artérielle gestationnelle ou hypertension artérielle isolée de la grossesse.

4.3.2. Eléments de diagnostic :

Type I : Toxémie gravidique ou pré éclampsie

- Elle apparaît en général après 20 semaines d'aménorrhée.
- La protéinurie à la bandelette est toujours supérieure ou égale à 2 croix (++).
- Il existe des oedèmes des membres inférieurs parfois.
- Selon le degré d'élévation de la TA, on distingue :
 - HTA modérée : TA diastolique compris entre 90 mm Hg et 109 mm Hg; et ou TA systolique entre 140 mm Hg et 159 mm Hg ;
 - HTA sévère : TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg et ou TA systolique supérieure à 160 mm Hg.

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 mm Hg et ou TA systolique supérieure à 160 mm Hg ;
- Protéinurie supérieure ou égale à 5g 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.

Type II : Hypertension artérielle préexistante à la grossesse

C'est une femme enceinte qui est hypertendue connue avant la grossesse. La grossesse survient dans ce contexte et évolue sans aggraver l'HTA.

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 récidivante

- 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 (+)).

4.3.3. Gestes d'urgence :

Ils s'imposent en cas de pré éclampsie sévère ou de complications. Les gestes sont variables selon le niveau de la structure mais comprennent :

- Repos ;
- Traitement antihypertenseur ;
- Administration de neurosédatifs ;
- Administration du Sulfate de magnésium (Cf.Fiche technique N°7 :Soins prénatals) ;
- Administration de 2 doses de corticoïdes à 24 heures d'intervalle pour faciliter la maturation pulmonaire si le risque d'accouchement prématuré est élevé ;
- Evacuation utérine.

4.3.4. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Repos. • Orienter vers le CSCom.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer. N.B :Tout cas de HTA diagnostiqué au niveau d'un CSCom non médicalisé quel que soit le degré de sévérité doit être référé vers le niveau supérieur. Conduite pré transfert : S'il s'agit d'une HTA sévère : • Perfuser nicardipine 1mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 25 gouttes/mn soit 3 mg/h pour une dilution de 20 mg dans 500 CC de sérum salé) à faire passer en 12 heures.
CSRéf	• Accueillir la patiente. • Prendre connaissance de la fiche de référence si disponible. • Examiner la patiente. Si TA inférieure à 16/10, sans retentissement fœtal sans protéinurie • Mettre la femme au repos au lit en décubitus latéral gauche • Administrer : ○ Diazépam 5 mg : 1 cp matin, midi et soir ; ○ Nifédipine retard 10 mg : 1 cp matin et soir ; OU ○ Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. • Donner des conseils hygiéno-diététiques : ○ Régime normosodé ; ○ Boire abondamment. N.B :Il faut éviter les boissons diurétiques (quinqueliba, n'golobè, nganibacala, etc.).

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	- Assurer la prise en charge psychosociale (plus d'attention du mari 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. Si le bilan n'est pas normal : - Hospitaliser la patiente. - Continuer le traitement. TA <16/10 avec retentissement fœtal et ou protéinurie. ➤ <i>Grossesse loin du terme :</i> - Hospitaliser. - Mettre la femme au repos en décubitus latéral gauche. - Faire la prise en charge psychosociale de la patiente et de son entourage. N.B :S'il n'y a aucune amélioration ou s'il y a aggravation (évolution vers une complication), prendre en charge comme pré éclampsie sévère ou éclampsie selon les cas (Cf. Algorithmes :Soins prénatals). ➤ <i>Grossesse proche du terme :</i> - Hospitaliser. - Mettre la femme au repos en décubitus latéral gauche. - Faire la prise en charge psychosociale de la patiente et de son entourage. - Discuter de l'opportunité d'une extraction fœtale (Cf. Algorithmes :Soins prénatals). Si pré éclampsie sévère (Cf. Algorithmes :Soins prénatals) : - Hospitaliser. - Prendre une voie veineuse au cathéter G16 ou G18 et placer le Ringer lactate ou le serum salé isotonique. - Mettre la femme en décubitus latéral avec barrières à l'obscurité - Mettre la canule de Guédel dans la bouche + aspiration des voies aériennes supérieures - Poser une sonde urinaire à demeure - Prévenir les crises : - Administer du Sulfate de Magnésium (Cf. Fiche technique N°7 : Soins prénatals) ; - Surveiller : TA, pouls, poids, BCF, signes annonciateurs d'éclampsie. - Demander les examens complémentaires : - Uricémie, créatinémie, Azotémie ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	○ Transaminases sériques ; ○ NFS plaquettes ; ○ ECG ; ○ Fond d'œil.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Accueillir la patiente Si éclampsie (Cf. Algorithme : Soins prénatals) : • Idem CSRéf. • 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 de 8 SA à 36 SA lorsqu'un des antécédents ci dessous existe:

- Pré éclampsie ;
- Eclampsie ;
- HRP ;
- HTA ;
- Mort né à répétition ;
- Fausses couches à répétition ;
- Retard de croissance intra utérin à répétition.

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

4.4. Hémorragies au cours de la grossesse

4.4.1. Définition :

On entend par hémorragies au cours de la grossesse, toute perte de sang d'origine génitale, survenant à tout âge de la grossesse, quel que soient l'importance et l'étiologie et ses répercussions sur l'organisme maternel et fœtal.

On distingue :

- Les hémorragies du premier trimestre : grossesse extra-utérine, avortement (spontané ou provoqué), grossesse molaire ;
- Les hémorragies du deuxième trimestre : placenta bas inséré , menace d'avortement tardif, menace d'accouchement prématuré;
- Les hémorragies du troisième trimestre : placenta praevia, hématome rétro placentaire, rupture utérine.

4.4.2. Gestes d'urgence :

- Prendre une voie veineuse sécurisée avec un cathéter 16G ou 18G.
- Faire le groupage sanguin rhésus.

- Transfuser du sang iso groupe iso rhésus (Cf. Fiches techniques n° 8, n°9 et n°10 : Soins prénatals.) ou perfuser du Ringer lactate ou serum salé isotonique ou des macromolécules si nécessaire.
- Faire le traitement étiologique ou évacuer la femme.

Hémorragies du premier trimestre

Il s'agit de pertes sanguines provenant de la cavité utérine survenant chez une femme enceinte dans les 15 premières semaines d'aménorrhée.

➤ **Grossesse extra utérine**

Penser à la GEU jusqu'à preuve du contraire devant :

- Aménorrhée ou troubles des règles ;
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes ;
- Saignement vaginal de petite abondance fait de sang noirâtre (pertes sépia) persistant qui peut apparaître avant la date prévue ou après un retard de règles ;
- Syncope ou lipothymie (parfois) ;
- Col fermé, légèrement ramolli et souvent latéro-dévié
- Utérus légèrement augmenté de volume, mais plus petit que celui de l'âge présumé de la grossesse légèrement ramoli et souvent latéro dévié ;
- Masse latéro-utérine oblongue, sensible ou douloureuse (parfois).

➤ **Avortement**

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 ;
- 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) ;
- Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes rythmées de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante ;
- 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.

Hémorragie du troisième trimestre

Ce sont les pertes de sang d'origine génitale qui surviennent chez la femme enceinte, à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et durant l'accouchement.

➤ Placenta préavia***a. Définition :***

Insertion totale ou partielle du placenta sur le segment inférieur de l'utérus avec manifestations hémorragiques.

- Central : recouvre l'orifice interne ;
- Non recouvrant.

b. Eléments 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 ou les rapports sexuels ;
- 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 présents ;
- Au TV : Sensation de matelas placentaire entre la présentation et le segment inférieur (placenta préavia recouvrant).

➤ Hématome retro placentaire***a. Définition :***

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus.

b. Eléments de diagnostic :

- Saignement peu abondant de sang noirâtre associé à une douleur inaugurale violente en coup de poignard ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses ;
- Signes de choc ;
- Contracture utérine permanente ou utérus de bois ;
- Contracture du segment inférieur (sébile 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).

4.4.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	• Orienter vers le CSCCom.
CSCCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer. • Examiner la femme. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et placer le Ringer lactate ou le serum salé isotonique. N.B : les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex). N.B : Eviter les TV profonds en cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre, car on risque d'aggraver le saignement d'un placenta praevia recouvrant.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	Si Menace d'avortement : ➤ En cas de douleurs : • Administrer un antalgique (Paracétamol 1 g à la demande, ne pas dépasser 3 g/24 heures). • Conseiller à la patiente d'éviter les efforts physiques et les rapports sexuels. N.B : Ne pas administrer ni d'hormones, ni de tocolytiques, ni d'hémostatiques car ils n'empêcheront pas un avortement. • Adresser la patiente en CPN. Le saignement reprend ou est persistant : • Réévaluer la patiente pour apprécier la vitalité embryonnaire (test de grossesse/échographie si disponible). Si avortement incomplet non compliqué : • Assurer la vacuité utérine : ○ Curage digital ; OU ○ Aspiration Manuelle Intra Utérine : AMIU (si présence de personnel qualifié formé) Cf. Fiche technique n°13 de l'AMIU ; OU ○ Administration du misoprostol : Cf. Fiche technique n° 14 : Soins prénatals et Fiche technique n° 15 : Gestion des effets secondaires du misoprostol. • Surveiller la femme pendant au moins 2 heures. Si avortement complet: • Observer la patiente et rechercher un saignement éventuel. • 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. Si Grossesse extra-utérine, avortement compliqué, Grossesse molaire, placenta prévia, HRP, rupture utérine: • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. N.B : Continuer la réanimation au cours du transport.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
CSRéf	• Accueillir la patiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Faire l'examen de la femme. • Mettre une sonde vésicale à demeure. • Donner de l'oxygène et traiter selon la cause. • Demander des examens complémentaires : ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Numération formule sanguine + Plaquette ; - Tests de coagulation : Test de Coagulation au lit de la patiente (Cf. Fiche technique n° 10), TP. TCA ; ○ Echographie si possible. Si grossesse extra-utérine : Le traitement est chirurgical : urgence vitale • Pratiquer immédiatement la laparotomie ± salpingotomie ± salpingectomie sans attendre les résultats des examens complémentaires demandés, ni le sang. Si Menace d'avortement : • Idem CSCom Si avortement complet : • Idem CSCom Si avortement incomplet non compliqué : • Idem CSCom. Si avortement compliqué (Cf. Algorithme) : Si grossesse molaire : • Pratiquer AMIU (Cf. Fiche technique n° 13 : AMIU - Soins prénatals) sous perfusion d'ocytocine (10 UI dans 500 ml de sérum salé physiologique ou de Ringer lactate (60 gouttes/mn). • Faire un counseling PF. • Assurer le suivi post molaire. ○ 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. Si Placenta praevia : ➤ <i>Hémorragie abondante et ou continue :</i> • Pratiquer la césarienne sans tenir compte de l'âge gestationnel. ➤ <i>Si arrêt de l'hémorragie :</i> • Surveiller l'évolution de la grossesse en cas de reprise.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	• Pratiquer la césarienne. Hémorragie minime • Hospitaliser la gestante et surveiller l'évolution de la grossesse jusqu'à la survenue de l'accouchement. • Corriger l'anémie si nécessaire. • S'assurer de la disponibilité du sang au cas où une transfusion serait nécessaire. N.B : Pratiquer immédiatement la césarienne en cas de placenta praevia recouvrant. Si Hématome retroplacentaire : Traitement obstétrical : • Evacuer l'utérus. ➤ <i>Fœtus vivant :</i> • Pratiquer la césarienne ou voie basse si accouchement imminent (forceps ou ventouse etc.). ➤ <i>Fœtus mort :</i> • Pratiquer la rupture artificielle des membranes si membranes accessibles. • Placer une perfusion d'ocytocine (5 à 10 UI/mn). • Surveiller à l'aide du partographe. • Faire la révision utérine + examen du col et du vagin après la délivrance. • Examiner le placenta. N.B : Ne pas oublier de mesurer la cupule et de peser le caillot. ➤ <i>Mauvais état général sévère ou échec voie basse :</i> • Pratiquer la césarienne. • Faire les prélèvements sanguins pour NFS, plaquettes, fibrinogène, TCA, TP, PDF (produits de dégradation de la fibrine). • Placer une sonde urinaire. • Surveiller : ○ Pouls, TA, tous les quarts d'heure ; ○ Diurèse horaire ; ○ Volume de l'hémorragie (Peser les caillots) ; ○ NFS + Bilan d'hémostase à chaque heure. Traitement médical : • Lutter contre l'hypovolémie avec du sang frais ou conservé, macromolécules en attendant: Volume < 1 litre). • Lutter contre les troubles de la coagulation : ○ Fibrinogène 3 à 6 g (4 g élèvent le fibrinogène de 100 mg) ; ○ Plasma frais congelé ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	○ Lovenox injectable 0,4 ml en sous cutanée/24h.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Accueillir la patiente. • Idem CSRéf. Si grossesse molaire ou GEU : • Faire prélèvement pour examen anatomo-pathologique. • Faire un counseling PF. • Assurer le suivi surtout post molaire. Si placenta praevia ou HRP : • Idem CSRéf.

4.5. Choc

4.5.1. Définition :

Déséquilibre, réversible ou non, entre le contenant (les vaisseaux sanguins) et le contenu (la masse sanguine) : «Il n'y a plus assez de liquide dans les vaisseaux sanguins ». D'où un manque d'apport de sang, et donc d'oxygène, dans les tissus qui, lésés, libèrent des substances toxiques, surtout acides (acidose).

Types de chocs :

1 - *Le choc hypovolémique* : Perte de liquides (diarrhées, vomissements, déshydratation) ou pertes de sang (hémorragies internes ou externes : choc hémorragique).

2 - *Le choc allergique (ou anaphylactique)* : Les vaisseaux ne se contractent pas, restent dilatés : c'est le choc vasoplégique.

3 - *Le choc cardiogénique* : Le cœur, défaillant, n'arrive plus à mobiliser la masse sanguine (insuffisance cardiaque décompensée, liée à un infarctus).

4 - *Le choc toxi-infectieux (ou septique)* : Plusieurs mécanismes conjoints : vasoplégie, (voir 2 ci-dessus), hypovolémie (1), décompensation cardiaque (3).

4.5.2. Éléments de diagnostic :

- 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 moiteur
- Extrémités : Froides et cyanosées ;
- État général : Nausées, vomissements, soif intense, agitation, angoisse, somnolence, voir coma.

Remarque :

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

4.5.3. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	Orienter vers le CSCom
CSCom	- Accueillir la patiente. - Rassurer. - 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 (500CC en 15 minutes) Ringer-Lactate, ou sérum salé 9 ‰ (sauf en cas de choc cardiogénique). - Surveiller : - 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 fœtaux (toutes les 15 mn) ; - les contractions utérines, le cas échéant. - Prévoir des donneurs de sang. - Evacuer. N.B : Continuer la réanimation au cours du transport.
CSRéf	- Accueillir la patiente. Règles générales: - Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible ; - Surveiller les signes vitaux ; - Mettre la patiente en décubitus latéral 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 16 ou 18 G ; - Faire les prélèvements pour les examens d'urgence (groupage sanguin, hématocrite, taux d'hémoglobine, CRP, test de compatibilité); Si impossible, faire une dénudation veineuse : - 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

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	en 15 à 20 minutes. N.B : En cas de choc résultant d'une hémorragie, le débit deperfusion doit être plus rapide afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu. • 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. • Oxygéner. • Mettre une sonde vésicale à demeure. • Poursuivre le remplissage vasculaire par : ○ sang et dérivés ○ macromolécules ○ solutions (Ringer-lactate, salé 9 ‰) ○ bicarbonate 14 ‰ pour corriger l'acidose. • Administrer Adrénaline 0,5 mg en perfusion. • Administrer Proparacétamol 1 g en IV lente si nécessaire (Prodafalgan). • Administrer antibiothérapie selon le cas. • Traiter la cause. • Surveiller comme en SONUB. • Surveiller la perfusion : • Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste < 0,5CC/kg/heure. Si la TA s'élève (maximale à 100 mmHg), le pouls ralentit (< 100/min) et que la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1CC/kg/h), ○ Ramener le débit à 16 gouttes par minute. • Guetter l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. S'ils apparaissent, ○ arrêter le remplissage, ○ administrer du furosémide (40 mgIV) ○ et faire appel au médecin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Idem CSRéf.

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 11g/dl.

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

4.6.2. Eléments 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
Village/communautaire	• Rassurer. • Orienter vers le CSCom.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer la femme. • Faire l'examen physique. • Rechercher la cause et traiter. Si anémie légère : • Donner des conseils nutritionnels. • Faire la supplémentation en fer + acide folique. • Donner un vermifuge. • Referer si pas d'amélioration au bout d' un mois de traitement bien conduit par la supplémentation en fer + acide folique. Si anémie grave ou décompensée : • Rassurer. • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou du sérum glucosé 10%. • Référer, la patiente en position demi-assise.
CSRef	Si anémie légère : • Idem CSCom. • Faire l'examen physique. • Faire NFS ou taux d'Hémoglobine ou d'hématocrite. • Faire la recherche d'agglutinine irrégulière. • Faire la supplémentation fer + acide folique. • Donner des conseils nutritionnels.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	- Traiter la cause. Si anémie grave ou décompensée : - 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 18 G avec du ringer lactate ou du sérum glucosé 10%. - Oxygéner . - Mettre une sonde vésicale à demeure. - Transfuser du concentré de globule rouge ou à défaut du sang total après test de compatibilité (Cf. Fiches techniques n°8, n° 9 et n° 10 : Soins prénatals). N.B : Faire le contrôle ultime au lit du malade avant la transfusion (Cf.Fiche technique n°10 : Soins prénatals). - Administrer du fer/acide folique. - Rechercher la cause et la traiter.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	- Idem CSRéf. - 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 28^{ème} semaine révolue et avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

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/Communautaire	• Rassurer. • Orienter au CSCom.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer la femme. • Faire l'examen physique. • Mettre la femme au repos. Si rupture prématurée des membranes : • Conseiller de porter de garnitures propres. • Evacuer .
CSRéf	• Accueillir la patiente • Idem CSCom. • Demander les examens complémentaires : NFS, dosage de la CRP (Proteine C Reactive) pour confirmer l' infection ; un examen cytbactériologique des urines (ECBU) ; un prélèvement endocervical ; TDR,GE ; échographie par voie abdominale si possible (présentation, biometrie, vitalité, placenta). • Evaluer la sévérité : Si MAP légère : ○ Conseiller le repos et les mesures hygiénodietétiques ; ○ Donner un tocolytique ou un antispasmodique: ✓ Salbutamol suppo 1suppo matin et soir OU ✓ Buthyl hyocine ou phloroglucinol (Spasfon) 2 cps matin, midi et soir. ○ Traiter la cause si possible. Si MAP sévère dilatation col > 3 cm : ○ Hospitaliser ; ○ Faire la tocolyse (dans le but d'inhiber les contractions utérines) : (Cf Fiche technique n° 11 : Administation du salbutamol - Soins prénatals) ; ○ Faire la corticothérapie (améliorer la maturité pulmonaire foetale) 3 ampoules de Bétamétazone (Célestène), soit 12 mg en IM, à renouveler 12 h plus tard OU ○ Dexaméthasone 8 mg 3fois/jour à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas. ← <u>Indications</u> : Entre 26 et 34 SA ; ○ Traiter la cause si possible.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	Si l'accouchement prématuré est inévitable (Cf. Soins pernatals) : N.B : Dans la majorité des cas, la MAP est due à une infection urinaire ou vaginale.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Idem CSRéf

4.8. Diabète et grossesse

4.8.1. Définition :

Hyperglycémie chronique.

➤ Classification :

- **Diabète avant la grossesse :**
 - type 1 : Insulino-dépendant sujets jeunes (enfants adolescents) ;
 - type 2 : Non insulino-dépendant, sujets âgés (en général plus de 40 ans, obèse et sédentaire) ;
 - Diabètes secondaires : lié à d'autres maladies.
- **Diabète Gestationnel.**

4.8.2. Eléments 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.
- **Biologie :**
 - Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) ou une glycémie aléatoire en présence des symptômes du diabète ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l).

➤ Diabète gestationnel :

- **Facteurs de risque :**
 - Surcharge/obésité ($IMC \geq 25$ kg/m²) ;
 - Âge supérieur à 35 ans ;
 - Antécédents familiaux au premier degré de diabète ;
 - Antécédents obstétricaux de diabète gestationnel, de macrosomie (≥ 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 (Diabète gestationnel = Glycémie supérieure ou égale à 1,26g/l à jeun).
- Entre 24 et 28 SA :
- Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) → diabète gestationnel (en présence ou non des facteurs de risque).
- Si glycémie normale ($< 0,92$ g/l) en présence des facteurs de risque, faire Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) : 1 heure après une charge orale de 75 g de glucose si glycémie $\geq 1,80$ g/l (10,0 mmol/l) ou glycémie 2 heures après la charge $\geq 1,53$ g/l (8,5 mmol/l) → 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 5g de sucre pour 15 kg.
Si hypoglycémie sévère (glycémie $< 0,5$ g/l avec possibilité de coma.
 - Evacuer.
- **En cas de cétose ou Acidocétose** (polyurie, polydipsie, amaigrissement, polypnée, halène de fruits pourris, troubles gastro-intestinaux).
Si glycémie $\geq 2,5$ g/l, glucosurie ++, plus acétonurie ++ et plus (risque de coma.
 - Evacuer.

4.8.4. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	• Accueillir la patiente Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, notion de diabète dans la famille, glucosurie ; • Orienter. Si diabète connu (Type1 ou Type 2) ; • Orienter.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
CSCom	• Accueillir la patiente. Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, glucosurie significative (deux croix ou plus), à deux reprises (48heures d'intervalle) en absence d'une alimentation copieuse la veille) : • Référer. Si diabète connu (type1 ou Type 2) : • Référer. Si âge supérieur à 35 ans, surpoids/obésité, antécédent de diabète dans la famille, antécédent de diabète gestationnel, macrosomie; mort-né à répétition...) : • Référer. N.B: Toute glycémie à jeun élevée (>0,92g/l) avec ou sans les facteurs de risque est référée au CSRéf ou à l'hôpital auprès du médecin réfèrent diabète ou du médecin gynécologue pour confirmation du diabète gestationnel.
CSRéf	• Accueillir la patiente. Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, glucosurie significative (deux croix ou plus), à deux reprises (48heures d'intervalle) en absence d'une alimentation copieuse la veille) : • Demander le test de confirmation du diabète gestationnel (HGPO). • Si le test est positif: • Conseiller le régime alimentaire équilibré et activité physique régulière. • Si pas d'amélioration : • Instaurer une insulinothérapie optimisée. • Faire surveillance glycémique strict pour adapter le traitement : glycémie $\leq 0,90\text{g/l}$ à jeun, et $<1,20\text{g/l}$ en post prandial. Si diabète connu (Type1 ou Type 2) : ➤ DT1: • Poursuivre insuline à dose optimisée. ➤ DT2: • Arrêter les antidiabétiques oraux. • Instaurer une insulinothérapie optimisée. • Conseiller le régime alimentaire équilibré et activité physique régulière • Faire surveillance glycémique strict pour adapter le traitement : glycémie $\leq 0,90\text{g/l}$ à jeun, et $<1,20\text{g/l}$ en post prandial. • Assurer le suivi tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement. N.B : Après accouchement : • Poursuivre l'alimentation normale et activité physique

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	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. Si non : • Donner du glucose 10% par voie orale (à la petite cuillère ou à la seringue) ET • Référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Idem CSRéf. • Prendre en charge des cas compliqués.

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

➤ **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. Les syndromes drépanocytaires les plus fréquents au Mali sont les formes SS, SC et S/béthalassémiques.

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

Les sujets hétérozygotes (AS) sont appelés porteurs du trait drépanocytaire. La grossesse chez la femme porteuse du trait drépanocytaire ne comporte pas de risque particulier.

4.9.2. Eléments de diagnostic :

Quelques éléments orientent à l'interrogatoire :

- Antécédents familiaux de drépanocytose ;
- Antécédents personnels de douleurs ostéoarticulaires 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	Orienter au CSCom.
CSCom	- Accueillir la patiente. - Rassurer la femme. - Expliquer les facteurs déclenchant des crises douloureuses (effort physique, déshydratation, fièvre, exposition au froid). - Faire l'examen physique. - Donner des conseils nutritionnels. - Donner l'acide folique : 5mg 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.
CSRef	- Accueillir la patiente. - Confirmer le diagnostic par l'électrophorèse de l'hémoglobine. - Demander un bilan de suivi de base (hémogramme, CRP (Proteine C Reactive), groupage dans les systèmes ABO et Rh plus phénotype érythrocytaire, RAI, Ferritine sérique). - Confier à un gynécologue référent pour suivi. - Donner de l'acide folique : 5mg par jour en per os pendant toute la grossesse et jusqu'à 40 jours après l'accouchement. - Donner la SP (Cf.Fiche technique n°5). - Référer les femmes enceintes drépanocytaires si possible au centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose (Bamako). En cas de crise : - Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le serum bicarbonaté 14% ou le serum salé isotonique (pour hydratation). - Donner un antalgique de préférence de palier II : - Tramadol 100mg per os ou IV toutes les 4 heures ; - Perfalgan 500mg per os ou IV toutes les 4 heures. - Référer. N.B : la supplémentation en fer n'est pas systématique chez la femme drépanocytaire enceinte.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence et CRLD	• Accueillir la patiente. • Programmer des consultations mensuelles en collaboration avec le gynécologue 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: ○ Consultation ophtalmologique: Fond d'oeil gauche et droit (FODG) avec examen au trois miroirs (V3M) ; ○ échographie de la vésicule biliaire ; ○ Echographie obstétricale ; ○ ECBU. • Supplémenter en folate : 5mg/jour en per os. • Donner la SP (Cf. Fiche technique n°5) : Administration de la SP). Transfuser de concentré de globules rouges phénotypé si Hb < 7g/dL. • 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 de concentré de globules rouges phénotypé pour une éventuelle transfusion en post-partum. • Prélever systématiquement le sang du cordon ombilical en vue d'un dépistage systématique chez le nouveau-né.

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

4.10. Prise en charge de la femme enceinte séropositive

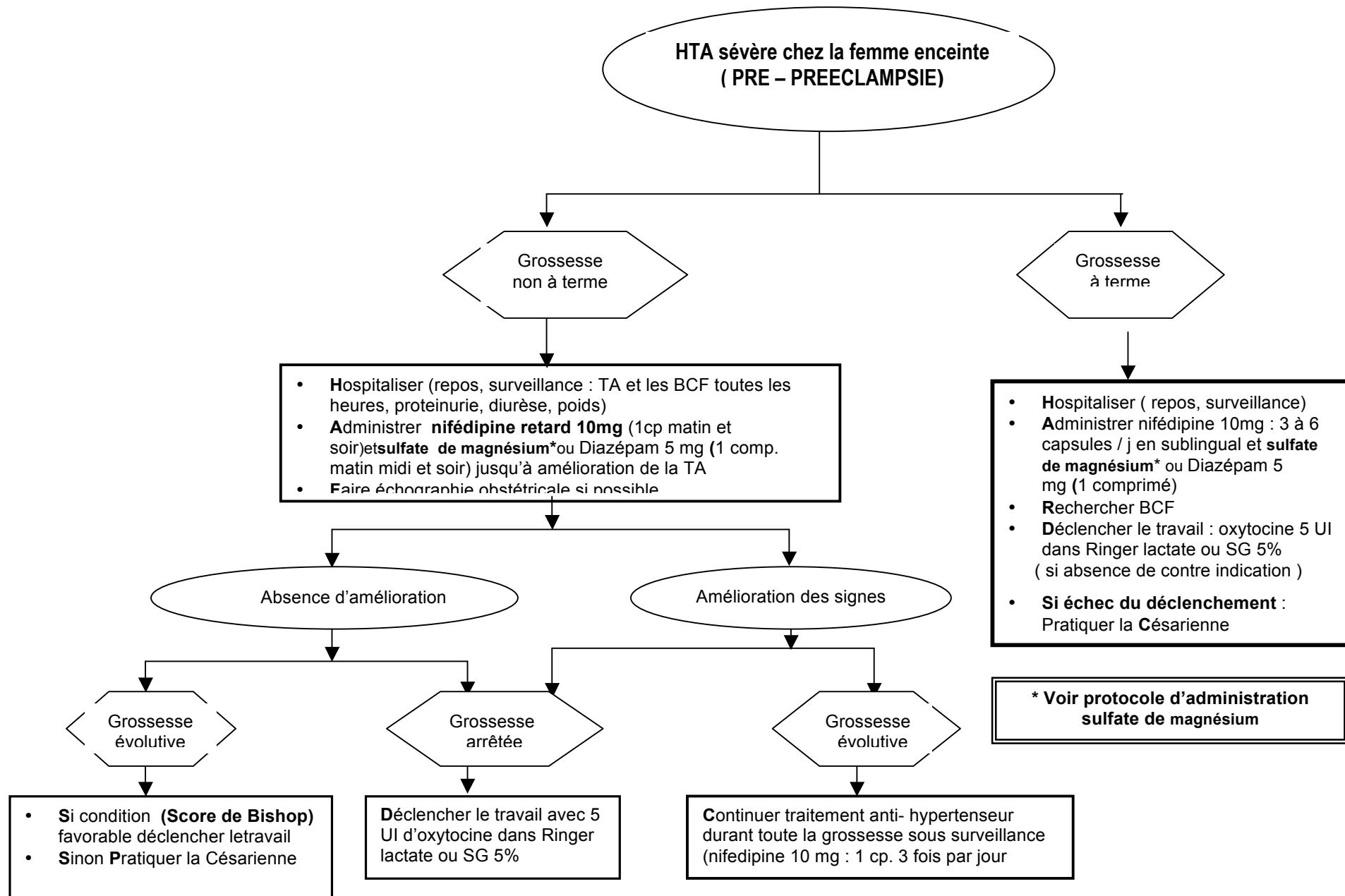
Cf. Volume 2.

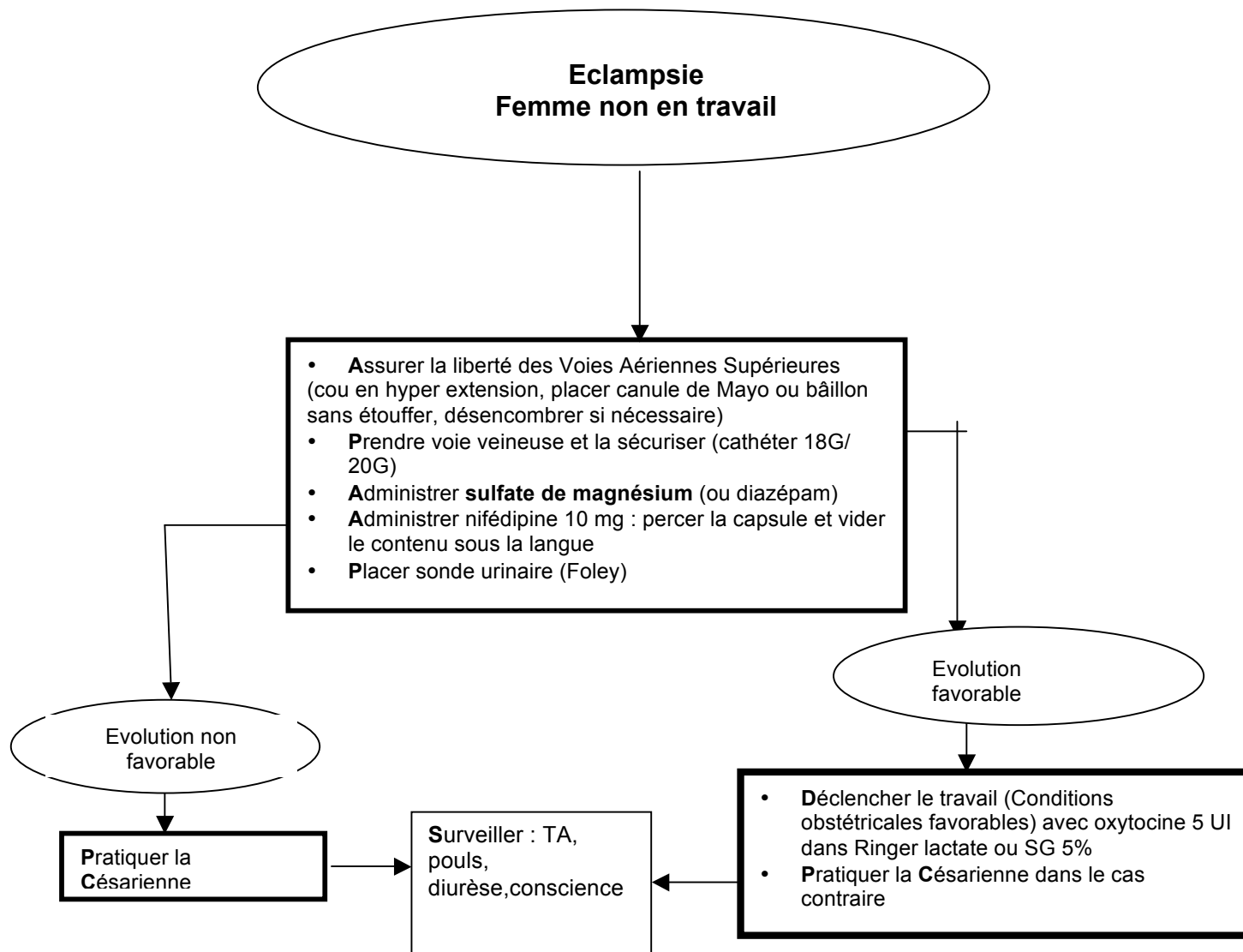
4.11. Médicaments et grossesse

Les règles à observer :

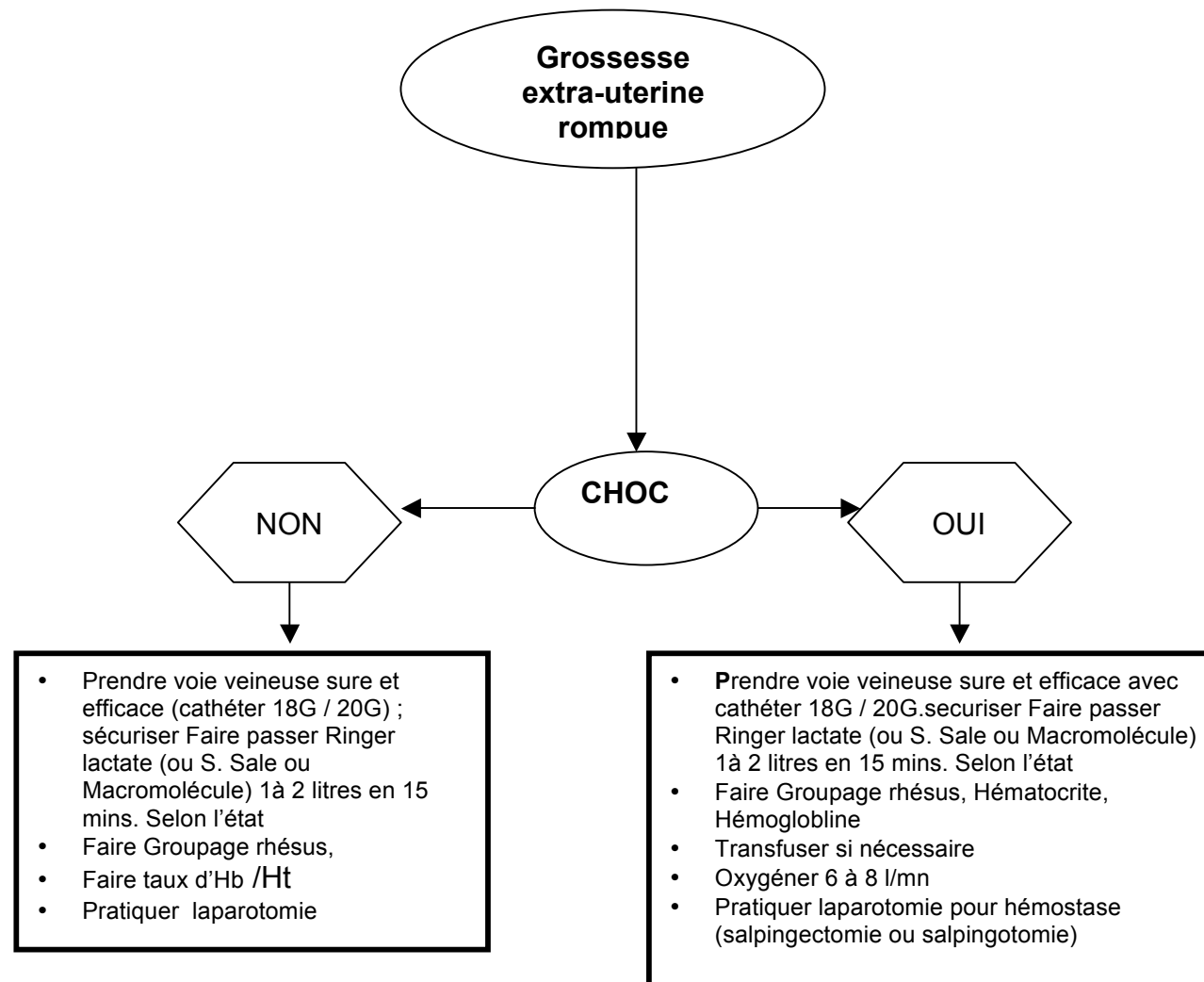
- Prescrire le moins possible ;
- Prescrire le plus connu ;
- Prioriser les médicaments essentiels
- Se méfier des médicaments achetés en dehors des pharmacies ;
- Demander conseil en cas de doute ;
- Se référer toujours au médecin traitant.

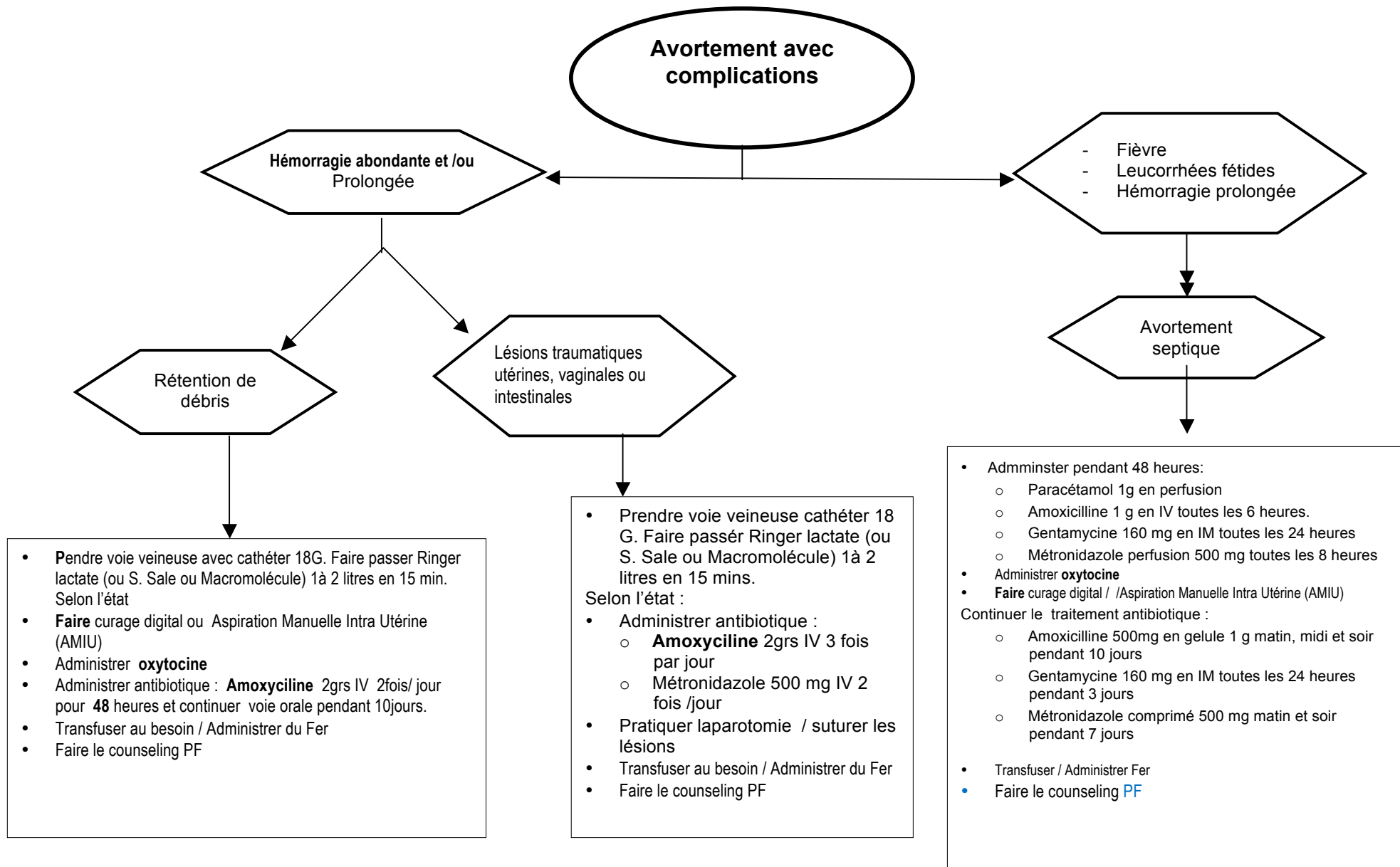
ALGORITHMES

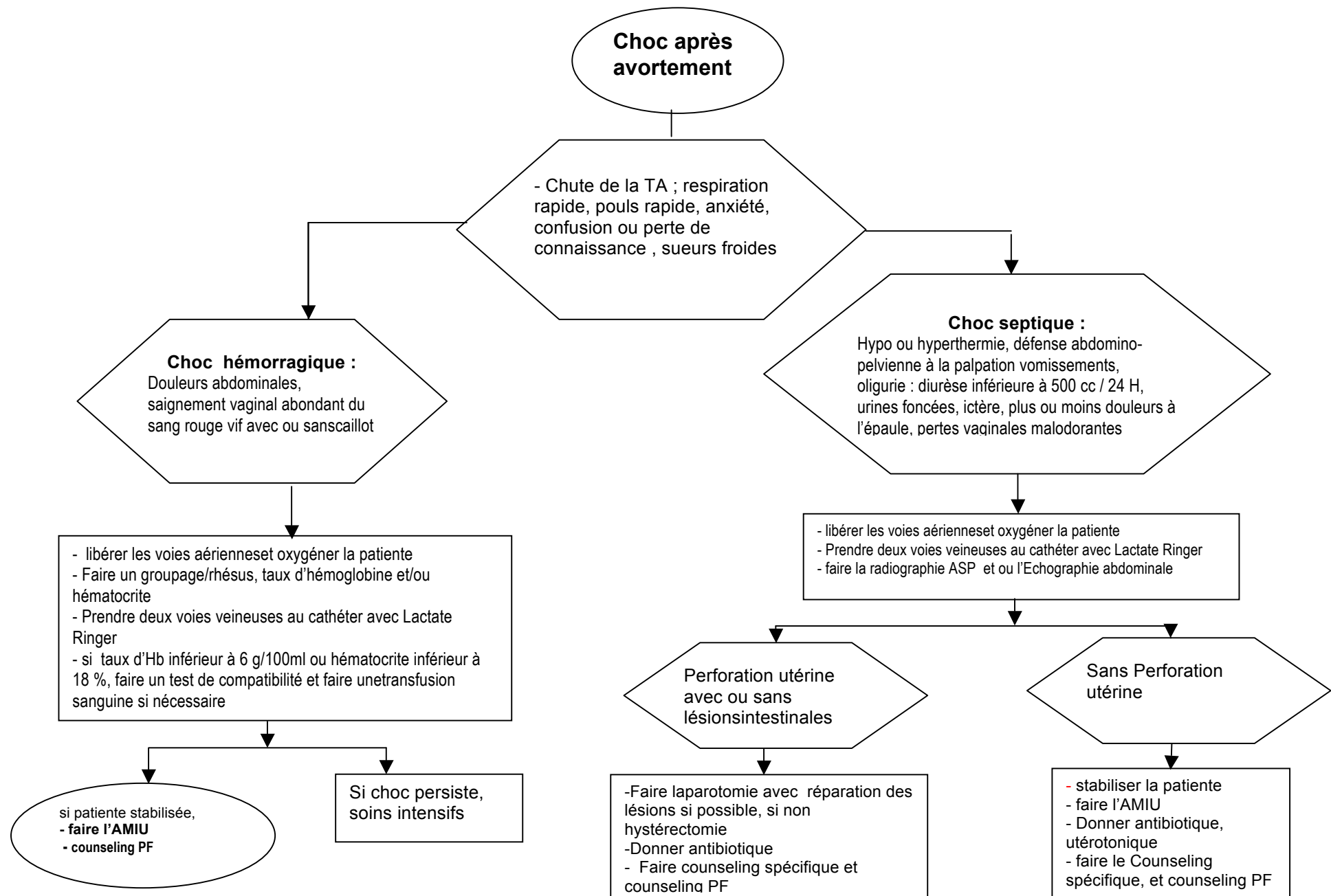




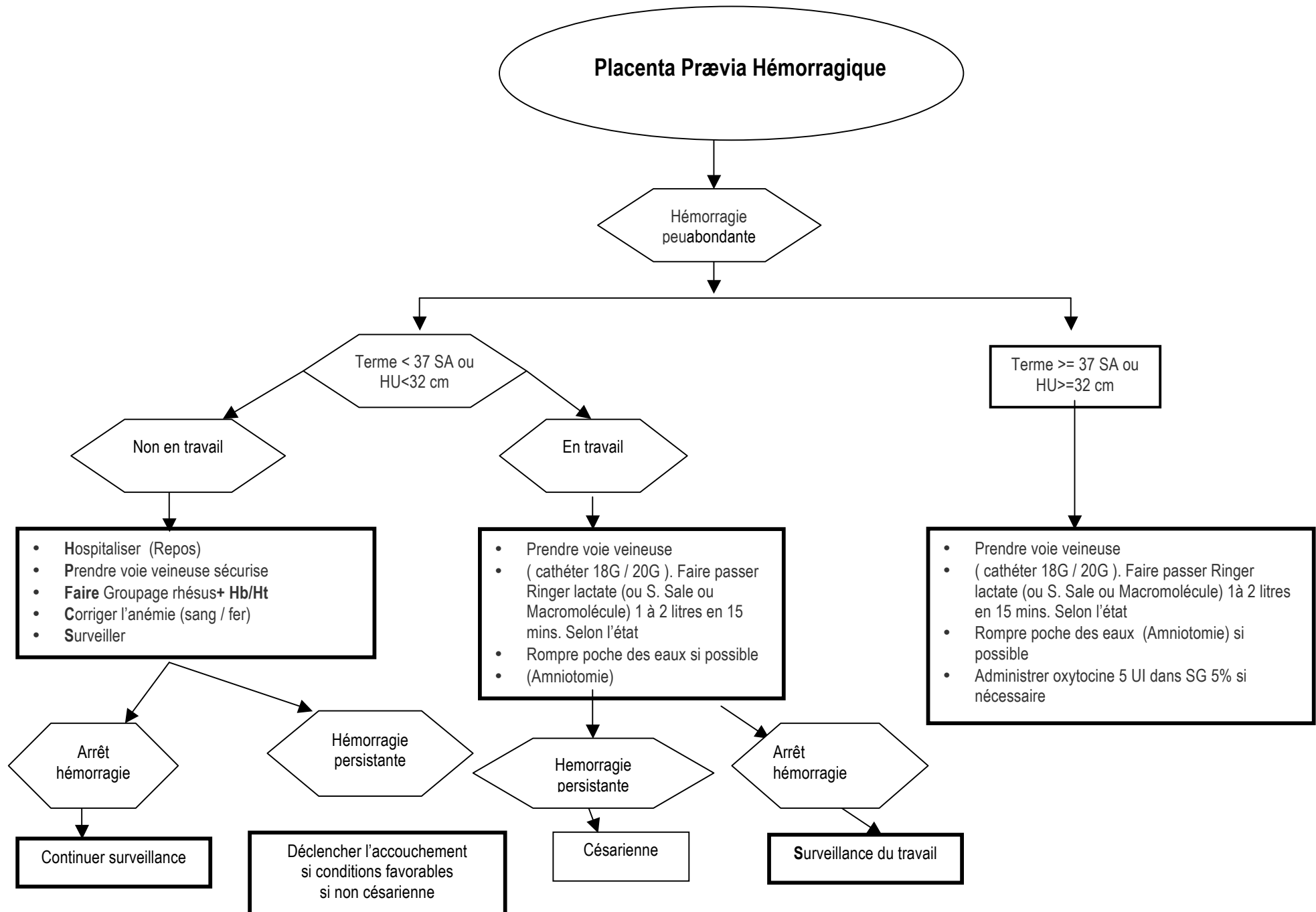
N.B : * Ne jamais laisser l'éclampsique seule sans agent de santé dans la salle d'accouchement.
* L'accouchement d'une femme éclampsique doit se faire dans les 12 heures après le début des convulsions.

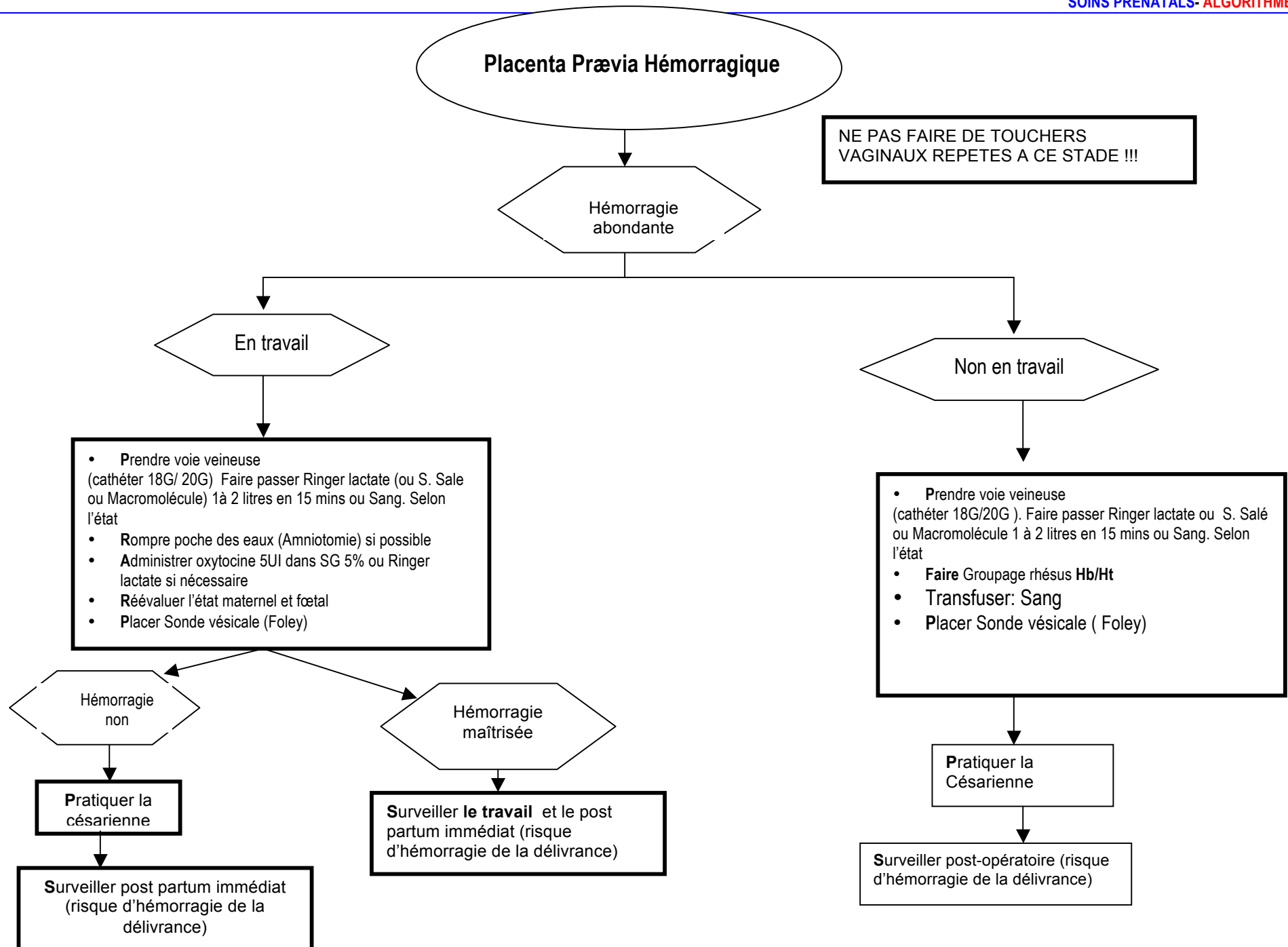


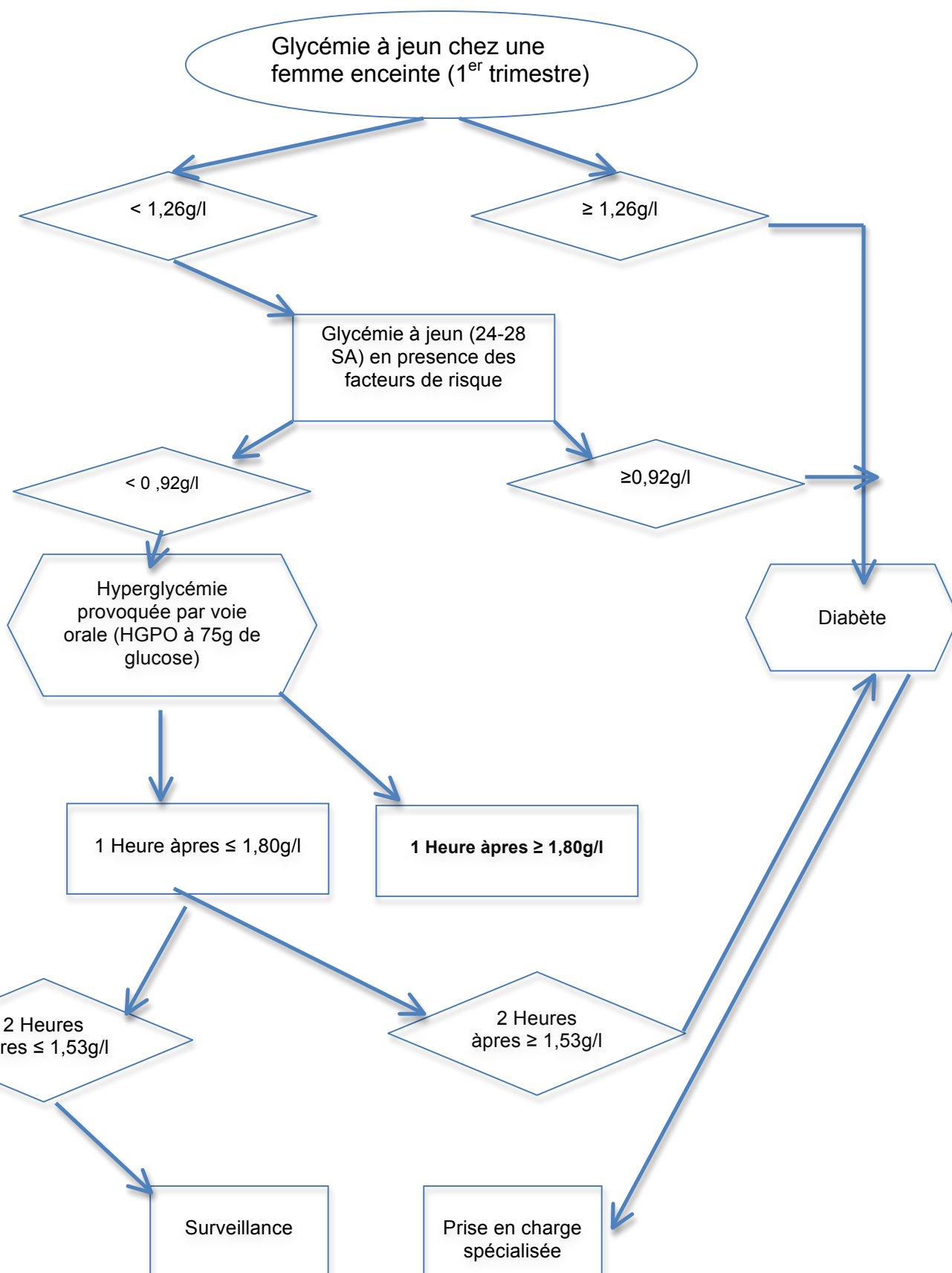




Placenta Prævia Hémorragique





ALGORITHMES DIABETE GESTATIONNEL

II. SOINS PERNATALS

A. CCC/CCSC

Cf. Volume 1.

B. SOINS PERNATALS

1. Définition

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

2. Etapes

2.1. Accueillir la parturiente

- Saluer chaleureusement la parturiente.
- Souhaiter la bienvenue.
- Aider la parturiente à s'installer sur la table d'accouchement.
- Se présenter.
- Demander 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

Au cours du travail, les éléments de surveillance doivent être contrôlés toutes les 2 heures pendant la phase de latence et chaque heure pendant la phase active (Cf. Annexe 1 : Fiche de partographe et Fiche technique n°3 : Utilisation du partographe).

2.5. Procéder à l'expulsion (Cf. Fiches techniques n°5 : Accouchement du sommet et n°6 : Accouchement du siège) :

➤ Épisiotomie

a. Définition :

L'épisiotomie est acte chirurgical qui consiste à sectionner en direction oblique ou verticale le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve.

Elle a pour objectif d'agrandir l'orifice vulvaire pour faciliter l'expulsion et prévenir les déchirures périnéales.

b. Indications :

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

- Indications fœtales

Les plus importantes sont :

- Souffrance fœtale ;
- Accouchement du prématuré ;
- Accouchement dans certaines situations :
 - ✓ dégagement en OS (occipitosacrée), en face, en bregma,
 - ✓ présentation du siège,
 - ✓ dystocies de l'épaule,
 - ✓ macrosomie fœtale.

- Indications maternelles

- Primipare âgée ;
- Etroitesse de la vulve ;
- Atrophie du périnée ;
- Périnée long (> 7cm) ;
- Périnée court (< 3 cm) et tendu;
- Périnée fragile, périnée œdématisée des femmes infectées, périnée cicatricielle (déchirure mal réparée, séquelles d'excision) ;
- Ancienne déchirure non compliquée.

- En cas d'accouchement instrumental

- Forceps ;
- Ventouse si nécessaire.

c. Technique (Cf. Fiche technique n°7 : Soins pernatals) :**2.6. Délivrance**

➤ **Délivrance active ou 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 empêcher la formation de l'HRP physiologique.

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° 8 : Technique de la 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 (supérieure à 30 mn).

c. Conditions :

- Col largement ouvert ;
- Vessie vide ;
- Respect strict des principes de la prévention des infections ;
- Commander du sang si nécessaire.

d. Technique/Etapes (Cf. Fiche technique n°9 : 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 Systématiques :
 - après une délivrance artificielle, un accouchement sur utérus cicatriciel, et l'accouchement d'un enfant mort-né macéré ;
 - après certaines interventions obstétricales pour vérifier l'intégrité utérine : embryotomie, grande extraction du siège, application de forceps.

c. Condition

- Col largement ouvert ;
- Vessie vide ;
- Respect strict des principes de la prévention des infections ;
- Commander du sang si nécessaire.

d. Technique (Cf. Fiche technique n° 10 : 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 (Cf. Soins prénatals) :

b. Eléments de diagnostic :

En plus des signes cités pendant la grossesse (Cf. Soins prénatals), on note :

- Au palper l'utérus est souple en dehors des contractions ;
- À l'examen du placenta, le petit côté des membranes est inférieur à 10 cm.

c. Gestes d'urgence :

- Prendre une bonne voie veineuse avec un cathéter 16G ou 18G.
- Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus si possible.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Perfuser des cristalloïdes (avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique).
- Transfuser du sang isogroupe isorhésus (Cf. Fiches techniques n° 8, n° 9 et n° 10 - Soins prénatals).
- Organiser rapidement le traitement étiologique/évacuation.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	• Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer. • Prendre une voie veineuse avec cathéter 16G ou 18G du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Examiner la patiente. N.B : • 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). Si PP non recouvrant : • Rompre la poche des eaux si accessible. • Evacuer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	Si PP recouvrant : • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. N.B : Eviter les TV car risque d'aggravation du saignement .
CSRéf	• Accueillir la patiente • Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16 ou 18 G. • Démarrer un Ringer lactate ou un sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique. • Mettre en place une sonde vésicale à demeure (débit urinaire). • Surveiller, noter et contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience) toutes les 15 mn à l'aide du partographe. • Demander des examens complémentaires : ○ Groupage sanguin – Rhésus. • Faire le test de coagulation : Fiche technique n°10 : Test de Coagulation au lit de la patiente, TP, TCA. • Pratiquer un examen échographique si disponible mais cela ne doit pas retarder la prise en charge. Hémorragie abondante : Si PDE rompue ou membranes non accessibles : • Pratiquer la césarienne. Si PDE accessible : • Rompre les membranes. Si après rupture des membranes, arrêt de l'hémorragie : • Surveiller le travail à l'aide du partographe. Si hémorragie persistante malgré la rupture artificielle des membranes : • Pratiquer la césarienne. Hémorragie minime : Si placenta recouvrant : • Pratiquer la césarienne. Si placenta non recouvrant : • Rompre la PDE. Si l'hémorragie s'arrête : • Surveiller l'évolution du travail. Si l'hémorragie persiste : • Pratiquer la césarienne.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	Autres mesures : Si taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl et/ou signes d'intolérance (tachycardie, polypnée, chute tensionnelle et troubles de la conscience) : • Transfuser (Cf. Fiches techniques n°8, n° 9 et n° 10 - Soins prénatals). • Envisager une antibiothérapie. • Prescrire le traitement martial (sulfate ou fumarate ferreux à raison de 120 mg/jour pendant au moins un mois). • Référer le nouveau-né en néonatalogie/pédiatrie.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Idem CSRéf. • Réanimer au besoin.

➤ **Hématome retroplacentaire (HRP)**

a. Définition :

C'est le décollement prématuré du placenta normalement inséré survenant avant la sortie du fœtus.

b. Eléments de diagnostic :

- Saignement peu abondant de sang noirâtre associé à une douleur inaugurale violente en coup de poignard ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses ;
- Signes de choc ;
- Contracture utérine permanente ou utérus de bois ;
- Contracture du segment inférieur (sébile 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).

c. Gestes d'urgence :

- Prise d'une voie veineuse avec un cathéter 16G ou 18G et sécuriser.
- Faire le groupage sanguin rhésus si non réalisé.
- Perfuser des cristaalloïdes/transfuser du sang isogroupe isorhésus (Cf. Fiches techniques n° 8, n° 9 et n° 10 - Soins prénatals).
- Organiser rapidement le traitement étiologique et évacuer.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer. • Examiner la patiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. N.B : Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine). Si la dilatation est presque complète : • Rompre les membranes. • Accélérer l'accouchement. • Evacuer d'urgence avec des donneurs de sang. Si début de travail : • Rompre les membranes si possible. • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible.
CSRéf	• Accueillir la parturiente • Prendre une voie veineuse avec du ringer lactate. • Faire l'examen. • Demander des examens complémentaires : ○ Groupage sanguin – Rhésus. • Faire le test de coagulation au lit de la patiente (Fiche technique n°10 : Test de Coagulation au lit de la patiente) ,TP TCA. • Mettre une sonde vésicale à demeure. • Donner de l'oxygène et traiter selon la cause. Si fœtus vivant : • Pratiquer la césarienne sauf travail avancé (dilatation complète et présentation engagée) Si fœtus mort : État hémodynamique instable : • Stabiliser ET • Pratiquer une césarienne. État hémodynamique stable : • Rompre les membranes. • Procéder à l'accouchement dirigé. Si au bout de 6 h pas d'accouchement par voie basse : • Pratiquer la césarienne.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf.

➤ **Rupture utérine (RU)**

a. Définition :

Solution de continuité 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 au cours du travail d'accouchement ;
- Forte douleur abdominale spontanée, d'apparition brutale, précédant le saignement qui peut diminuer ou disparaître après la rupture ;
- Forme anormale de l'abdomen ;
- Abdomen sensible ;
- Parties fœtales aisément palpables sous la peau de l'abdomen (fœtus hors de la cavité utérine) ;
- Disparition des mouvements fœtaux et des BCF ;
- Absence ou élévation de la présentation ;
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses (anémie) ;
- État de choc.

La RU est toujours précédée d'un syndrome de pré-rupture caractérisé par une hypertonie et une hypercinésie utérine se traduisant par :

- Douleurs abdominales progressivement croissantes ;
- Agitation ;
- Modification de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide dit en sablier) ;
- Utérus dur, mal relâché ;
- Anomalies des bruits du cœur fœtal (bradycardie) ;
- Liquide amniotique verdâtre (méconial).

c. Gestes d'urgence :

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les signes vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température).
- Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16G ou 18G et sécuriser.
- Rechercher les signes de choc latents ou patents : Pouls >120/mn, tension différentielle pincée, temps de recoloration cutanée >3 secondes, pâleur des conjonctives et des muqueuses, extrémités froides, TA systolique < 80 mm Hg.

Si état de choc :

- Stabiliser la patiente (Cf. fiche tech Choc).
- Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus si possible.

- Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique.
- Transfuser au besoin du sang isogroupe, isorhésus (Cf.Fiches techniques n°8, n° 9 et n°10 - Soins prénatals) ;
- Organiser rapidement la prise en charge (évacuation si nécessaire).
- Mettre la femme en décubitus latéral gauche.

Si pas de signe de choc :

- Rétablir le volume sanguin en perfusant du sérum isotonique ou du Ringer lactate avant l'intervention.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Rassurer. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Examiner. N.B : Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine). Si état choc (Cf. Chapitre choc). Si pas de choc : • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. N.B : Ne pas donner de liquide à la femme par voie orale en état de choc. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible.
CSRéf	• Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Examiner la femme. • Demander des examens complémentaires : ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Test de Coagulation au lit de la patiente (Fiche technique n°10 : Patiente - Soins prénatals), TP TCA. ○ Mettre une sonde vésicale à demeure. Si état hémodynamique stable: • Pratiquer une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta. Si les berges ne sont pas nécrosées : • Réparer la lésion utérine.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	S'il est impossible de réparer la brèche (nécrose) : • Procéder à l'hystérectomie subtotale. Si les lésions s'étendent au col et au vagin : • Faire une hystérectomie totale ; • Administrer une antibiothérapie : ○ Amoxicilline 1g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/jour de gentamycine en IM ; ○ Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 12 heures. • Surveiller: Le pouls, la TA (toutes les 15 mn) la T° (3 fois/jour) la fréquence respiratoire (toutes les 15mn), l'état de conscience (toutes les 15 mn), la diurèse toutes les heures. Si état de choc: • stabiliser la patiente : • Pratiquer la laparotomie. • 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.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf.

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.

L'éclampsie est toujours précédée de syndrome pré éclamptique caractérisé soit par une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg et ou la diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg, soit une protéinurie supérieure ou égale à 2 croix ou la présence des deux à la fois. Il 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	• Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la patiente. • Examiner. • Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (cou en hyper extension, placer canule de Mayo ou bâillon sans étouffer, désencombrer si nécessaire). • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Administrer : ○ Diazépam 10 mg en IV et 10 mg en IM. • Placer une sonde urinaire (Foley). • Evacuer quelque soit la phase de travail.
CSRéf	• Accueillir la parturiente. • Administrer le sulfate de magnésium (Cf. Fiche technique n° 7 : Soins prénatals). Si phase de latence : • Pratiquer la césarienne. • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures. • Référer la femme à l'hôpital pour une prise en charge spécialisée. Si dilatation ≥ 8 cm : En cas de souffrance foetale, accélérer le travail par : ○ la rupture de la PDE si intacte ; ○ La perfusion d'ocytocine si nécessaire (Cf. Fiche technique n° 4 : Utilisation de l'ocytocine Soins pernatals). • Pratiquer l'épisiotomie si nécessaire (Cf. Fiche technique n° 7 : Soins pernatals). • Procéder à l'accouchement. Ou • Procéder à 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. Si absence de souffrance foetale : • Aider à l'expulsion par ventouse ou forceps • Surveiller les constantes

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf. • Prise en charge spécialisée.

N.B :

- Ne jamais laisser l'éclampsique seule sans agent de santé dans la salle d'accouchement.
- L'accouchement d'une femme pré-éclampsique sévère doit se faire dans les 24 heures après le début des symptômes.
- L'accouchement d'une femme éclampsique 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. Eléments 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.

N.B : L'accouchement chez une femme anémiée doit impérativement se dérouler dans un centre médico-chirurgical avec un service de réanimation.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la parturiente. • Rassurer la femme. • Faire l'examen physique. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Prévoir 2 donneurs. • Référer la patiente en décubitus latéral gauche, buste légèrement relevé.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	Si dilatation complète : • Procéder à l'accouchement avant l'évacuation si possible.
CSRéf	• Accueillir la parturiente • Idem CSCom. • Oxygéner. • Demander des examens complémentaires : ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Numération formule sanguine plus plaquettes. • Transfuser selon les standards de transfusion (Cf. Fiche technique n° 8, n° 9 et n° 10 : Soins prénatals). • 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. N.B : Faire très attention à l'hémorragie de la délivrance. Des saignements de moins de 500 ml peuvent entraîner une décompensation avec collapsus cardiovasculaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf

3.1.4. Hypocinésie :

a. Définition :

C'est quand il y a moins d'une contraction utérine toutes les 5 mn.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Orienter vers le centre de santé.
CSCom	• Accueillir la parturiente. • Rassurer la femme. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. Si les BCF sont entre 120-160 et en l'absence de disproportion foeto pelvienne, d'anomalie du bassin, d'obstacle praevia et de cicatrice utérine :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	• Procéder à la rupture artificielle des membranes si elles ne sont pas rompues. • Surveiller le travail à l'aide du partographe. • Discuter de l'éventualité d'une évacuation. Si toujours pas de modification du col au bout d'une heure et/ou signes de souffrance fœtale : • Evacuer.
CSRéf	• Accueillir la parturiente. • Evaluer. Si les BCF sont entre 120-160 et en l'absence de disproportion foeto-pelvienne, d'anomalie du bassin, d'obstacle praevia et de cicatrice utérine : • Faire la rupture artificielle des membranes si elles ne sont pas rompues. • Surveiller le travail à l'aide du partographe. Si pas de modification du col au bout d'une heure : • Placer une perfusion d'ocytocine (Cf fiche technique N°4 : soins pernatals) • Surveiller le travail à l'aide du partographe. Si toujours pas de modification du col au bout d'une heure (2 heures de dilatation stationnaire) et/ou signes de souffrance fœtale : • Pratiquer la césarienne. • Prendre des dispositions pour la réanimation du nouveau-né. Si disproportion foeto-pelvienne, anomalie du bassin, obstacle praevia ou cicatrice utérine : • Pratiquer la césarienne.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf

3.1.5. Hypercinésie :

a. Définition :

C'est quand il y'a plus d'une contraction toutes les 2 minutes en phase active.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la parturiente. • Rassurer la femme • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Administrer Butyl hyoscine 1 amp de 10 mg en IVD. • Evacuer.
CSRéf	• Accueillir la parturiente. • S'assurer de l'absence d'une perfusion d'ocytocine mal conduite. Si OUI corriger. • Rechercher les signes de : ○ disproportion foeto-pelvienne ; ○ d'obstacle praevia ; ○ d'HRP ○ ou de présentation dystocique (sans oublier la possibilité de problèmes funiculaires ou de lésions organiques du col). • Prendre des dispositions pour la réanimation du nouveau-né. • Pratiquer la césarienne.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf.

3.1.6. Accouchement prématuré :***a. Définition :***

C'est un accouchement qui survient entre la 28^{ème} semaine révolue et la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

b. Etapes : Cf. Accouchement normal.**N.B :**

- Surveiller étroitement le travail à l'aide du partographe.
- Limiter le traumatisme au moment de l'expulsion.
- Si céphalique : épisiotomie et/ou extraction par forceps ou césarienne.
- Si siège : césarienne par exemple avant 34 SA.
- 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.
- Donner des consignes pour la grossesse suivante.

3.1.7. Procidence du cordon :

a. Définitions :

- On parle de procidence lorsque que la poche des eaux est rompue et que le cordon ombilical se trouve dans la filière pelvienne en avant de la présentation.
- Il y a procubitus quand le cordon se trouve dans la filière génitale au-dessous de la présentation (poche des eaux intacte).

Signes :

- Cordon ombilical situé en avant de la présentation et perçu au cours du TV et/ou à l'inspection de la vulve ;
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal très souvent ;
- Liquide amniotique souvent méconial.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener la femme d'urgence au centre de santé. • Accueillir la parturiente.
CSCom	Si cordon non pulsatile(fœtus mort) : • Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence de contre-indications (utérus bicatriciel ; BGR bassin généralement rétréci ; position transverse ; etc.). Si cordon pulsatile(fœtus vivant) : ➤ <u>Phase de latence</u> : • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Evacuer. ➤ <u>Phase active (9 à 10 cm)</u> : • Accélérer le travail ; • Pratiquer l'épisiotomie ou procéder à l'accouchement instrumental (si la structure est une SONUB) ; • Préparer la réanimation du nouveau né.
CSRéf	• Accueillir la parturiente. Si cordon non pulsatile(fœtus mort) : • Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence d'autres anomalies. Si dilatation < 8 cm et fœtus vivant : • Refouler la présentation et la maintenir au dessus du détroit supérieur. • Mettre la femme en position de Trendelenbourg.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	- Faire Pratiquer une césarienne. Si dilatation ≥ 8 cm et fœtus vivant : - Mettre la femme en décubitus latéral gauche. - Oxygéner à raison de 3 litres/mn. - Terminer l'accouchement par une application de forceps ou de ventouse sous perfusion d'ocytocine. - Anticiper le besoin de réanimer le nouveau-né. Si fœtus mort : - Laisser évoluer. - Agir selon la situation obstétricale.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	Idem CSRéf.

3.1.8. Présentations vicieuses :

a. Définition :

Toute présentation qui nécessite une intervention obstétricale majeure.

b. Eléments de diagnostic :

- Présentation du front :
 - Le repère de la présentation est la racine du nez avec l'arcade sourcilière.
- Présentation de l'épaule :
 - Le repère de la présentation est l'acromion.
- Présentation de la face en mento-sacrée :
 - Le menton est situé en regard du sacrum.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	- Accueillir la parturiente. - Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. - Evacuer la parturiente en décubitus latéral gauche.
CSRéf	- Accueillir la parturiente - Pratiquer la césarienne.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	Idem CSRéf.

3.1.9. Disproportion foeto-pelvienne (DFP) :

a. Définition:

On parle de DFP lorsque la présentation fœtale n'arrive pas à franchir le détroit supérieur (soit la présentation est volumineuse, soit bassin maternel trop étroit).

b. Eléments de diagnostic :

- HU supérieure à 35 cm après rupture de la PDE ;
- Débord sus-pelvien de la présentation après rupture de la PDE.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Evacuer la parturiente en décubitus latéral gauche.
CSRéf	• Accueillir la parturiente • Pratiquer la césarienne.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf.

3.1.10. Bassin limite :

a. Eléments de diagnostic :

Promontoire accessible du bout des doigts au TV mais les lignes inominées ne sont pas suivies au-delà des 2/3 antérieurs.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. • Evacuer la parturiente en décubitus latéral gauche.
CSRéf	• Accueillir la parturiente Si HU normale: • Faire une épreuve du travail: ○ Rompre la PDE à partir de 4 cm de dilatation. Si pas de modification du col au bout d'une heure : ○ Placer une perfusion d'ocytocine (Cf. Fiche technique n° 4 : Soins pernatals). Si évolution défavorable :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	• Evacuer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf.

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 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 dans la bouche 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.

N.B : L'accouchement du siège ne doit jamais se faire au niveau CSCom.

3.3. Au cours de la phase de délivrance

3.3.1. Rétention placentaire :

a. Elément 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	• Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCoM	• Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. Si rétention partielle : • Faire la révision utérine (Cf. Fiche technique n°10 : Soins pernatals). Si rétention totale : • Faire délivrance artificielle (Cf. Fiche technique n°9 : Soins pernatals). • Référer si nécessaire.
CSRéf	• Idem CSCoM. • Transfuser au besoin (Cf. Fiche technique n° 8 : Soins pernatals).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf.

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. Ils'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, une volumineuse tuméfaction de siège vulvo-périnéal)
- *Hématomes péri-génitaux* (thrombus).

a. Elément de diagnostic :

- Saignement ;

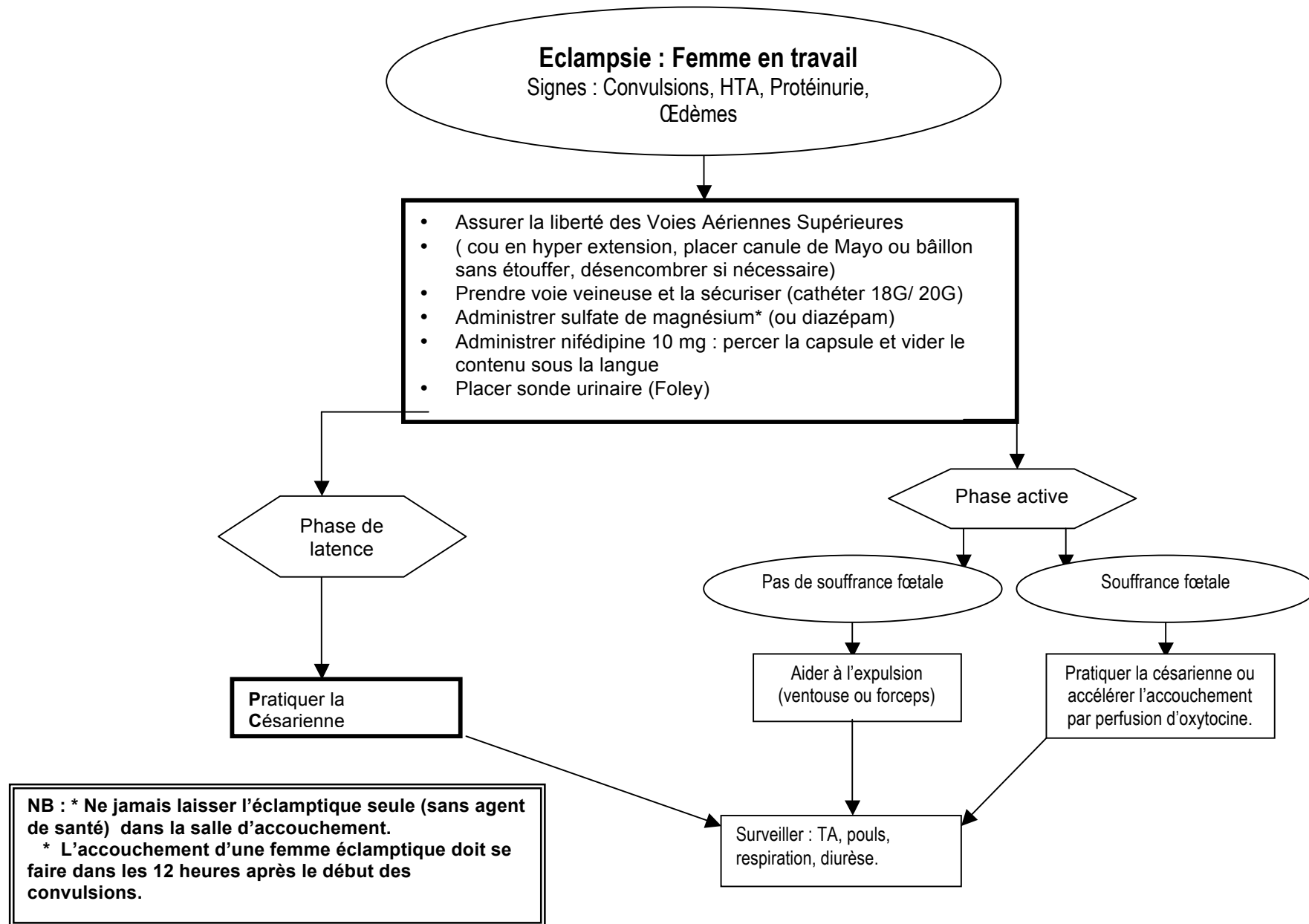
- Utérus atone (flasque, mou) ;
- Etat de choc.

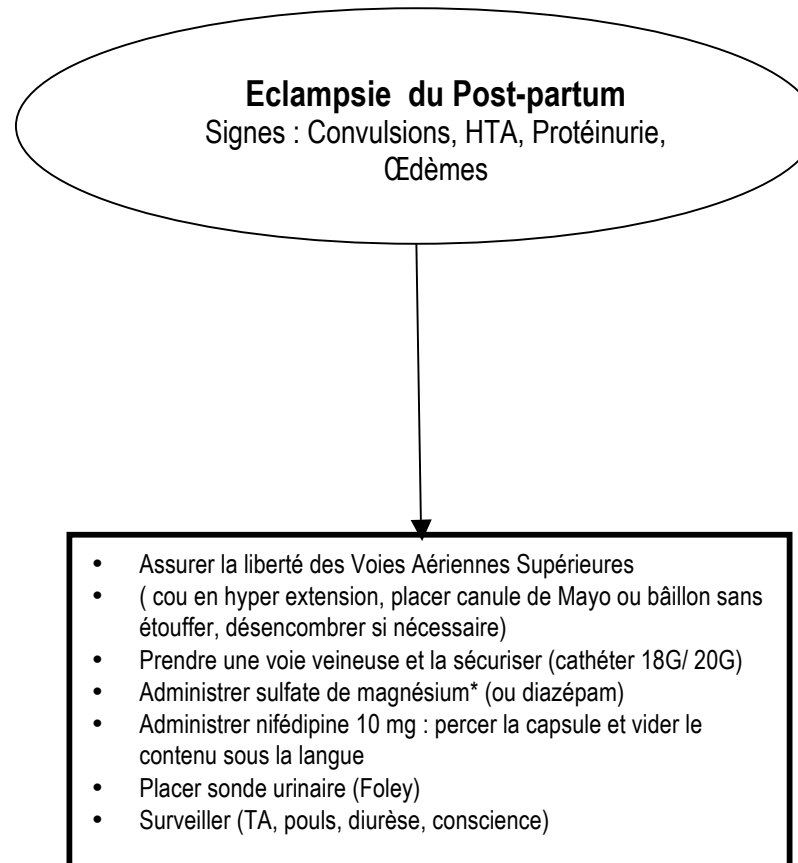
b. Prise en charge par niveau :

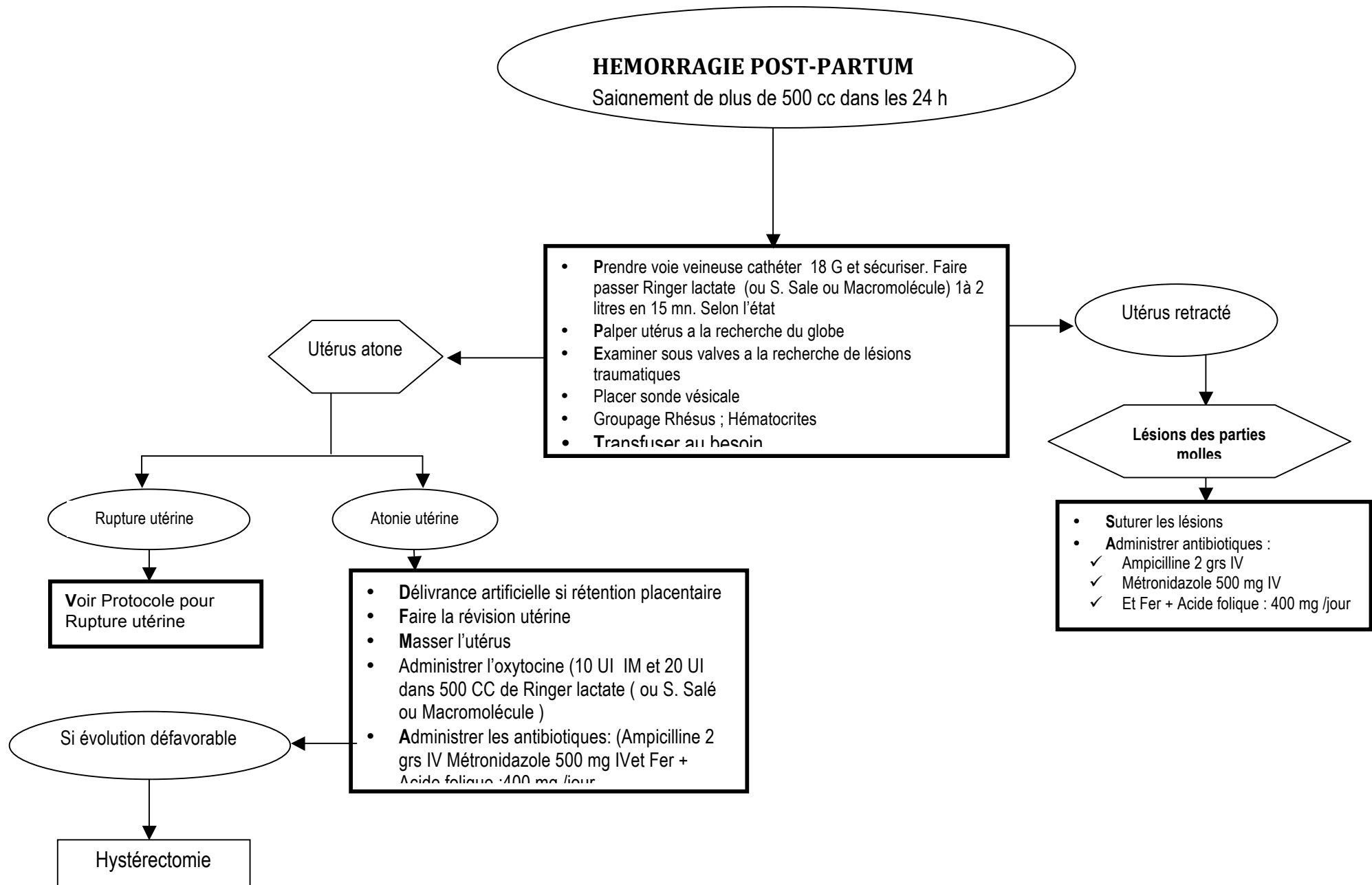
NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	• Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	• Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou serum salé isotonique. Si rétention placentaire complète : • Faire une délivrance artificielle. • Administrer de l'ocytocine (Cf. Fiche technique n° 9 : Soins pernatals) Si atonie utérine : • Faire le massage de l'utérus • Révision utérine (Cf. Fiche technique N°10 : Soins pernatals). • Faire ompression bimanuelle de l'utérus • Administrer de l'ocytocine • Si l'hémorragie ne s'arrête pas • Evacuer Si rétention cotylédons ou membranes : • Faire la révision utérine. • Administrer l'ocytocine Si placenta acreta (lors des tentatives de délivrance artificielle) : • Evacuer. Si inversion utérine : • Evacuer. Si troubles de la coagulation : • Evacuer. Si déchirures des parties molles (vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée) : • Faire un tamponnement compressif. • Evacuer.
CSRéf	• Accueillir la parturiente. Si retention de placentaire complète Idem CSCom • Administrer 2 g amoxicilline Si retention de cotylédon ou de membrane Idem CSCom Si atonie utérine ou retention de cotylédon • Faire le massage de l'utérus • Révision utérine (Cf. Fiche technique N°10 : Soins pernatals).

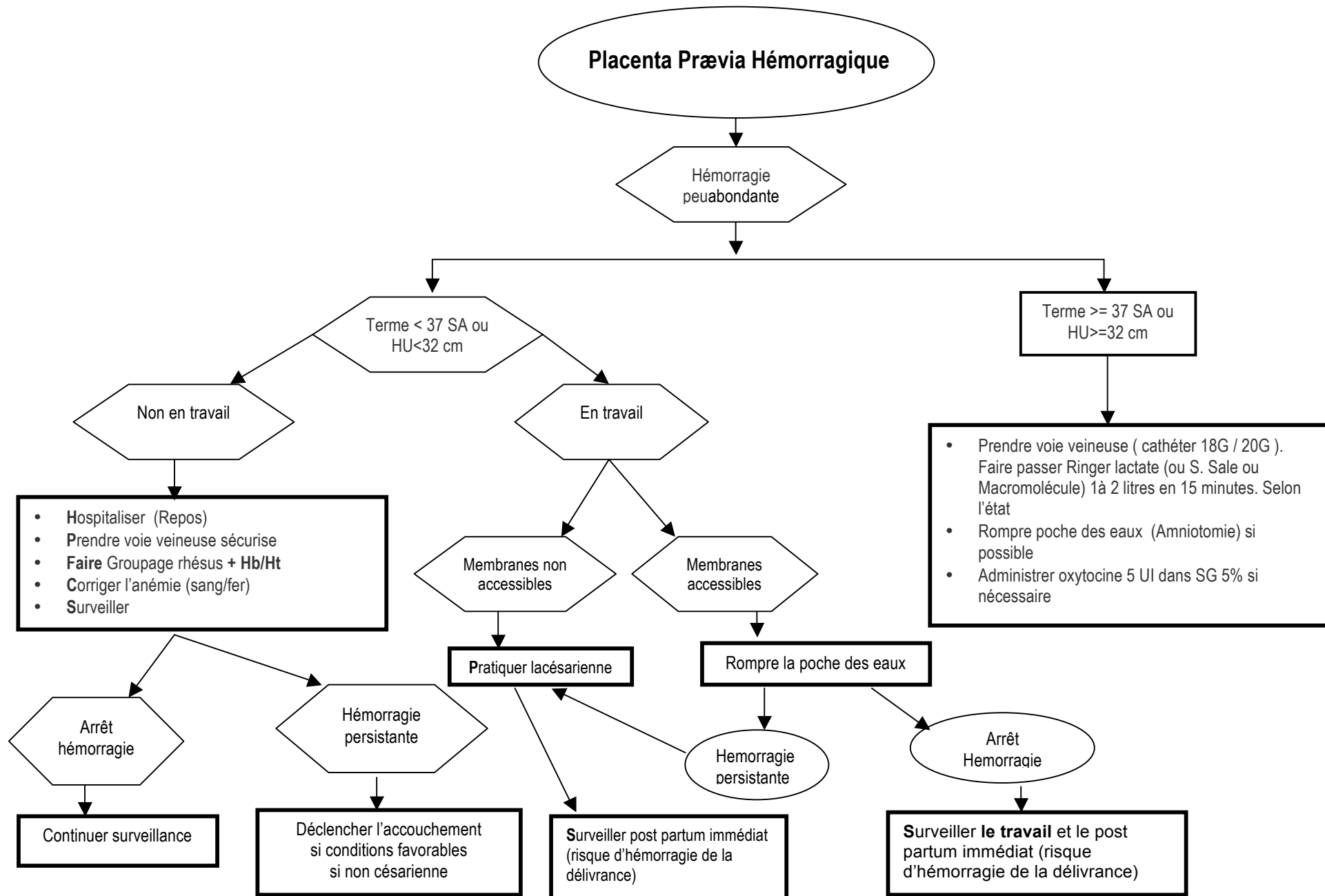
NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	• Faire ompression bimanuelle de l'utérus • Administrer de l'ocytocine • Administrer 1000 mcg de misoprostol par voie rectale • Administrer 2 g d'amoxicilline Si atonie utérine ou rétention de cotylédon ou membranes • Faire le massage de l'utérus • Révision utérine (Cf. Fiche technique N°10 : Soins pernatals). • Faire ompression bimanuelle de l'utérus • Administrer de l'ocytocine • Administrer 1000 mcg de misoprostol par voie rectale • Administrer 2 g d'amoxicilline Si placenta acreta(lors des tentatives de délivrance artificielle) : • Procéder à la délivrance artificielle (Cf. Fiche technique n°9 : Soins pernatals). 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) • Administrer 2 g d'amoxicilline / jour pendant sept jours • Si échec : procéder à la laparotomie Si troubles de la coagulation : • Transfuser du plasma frais congelé si disponible ou sang total (Cf.Fiches techniques n°8, n°9 et n°10). • Faire une hystérectomie si possible ou évacuer. Si déchirures des parties molles (vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée) : • Réparer. • Evacuer si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf. Si troubles de la coagulation : • Idem CSRéf. • Administrer du fibrinogène.

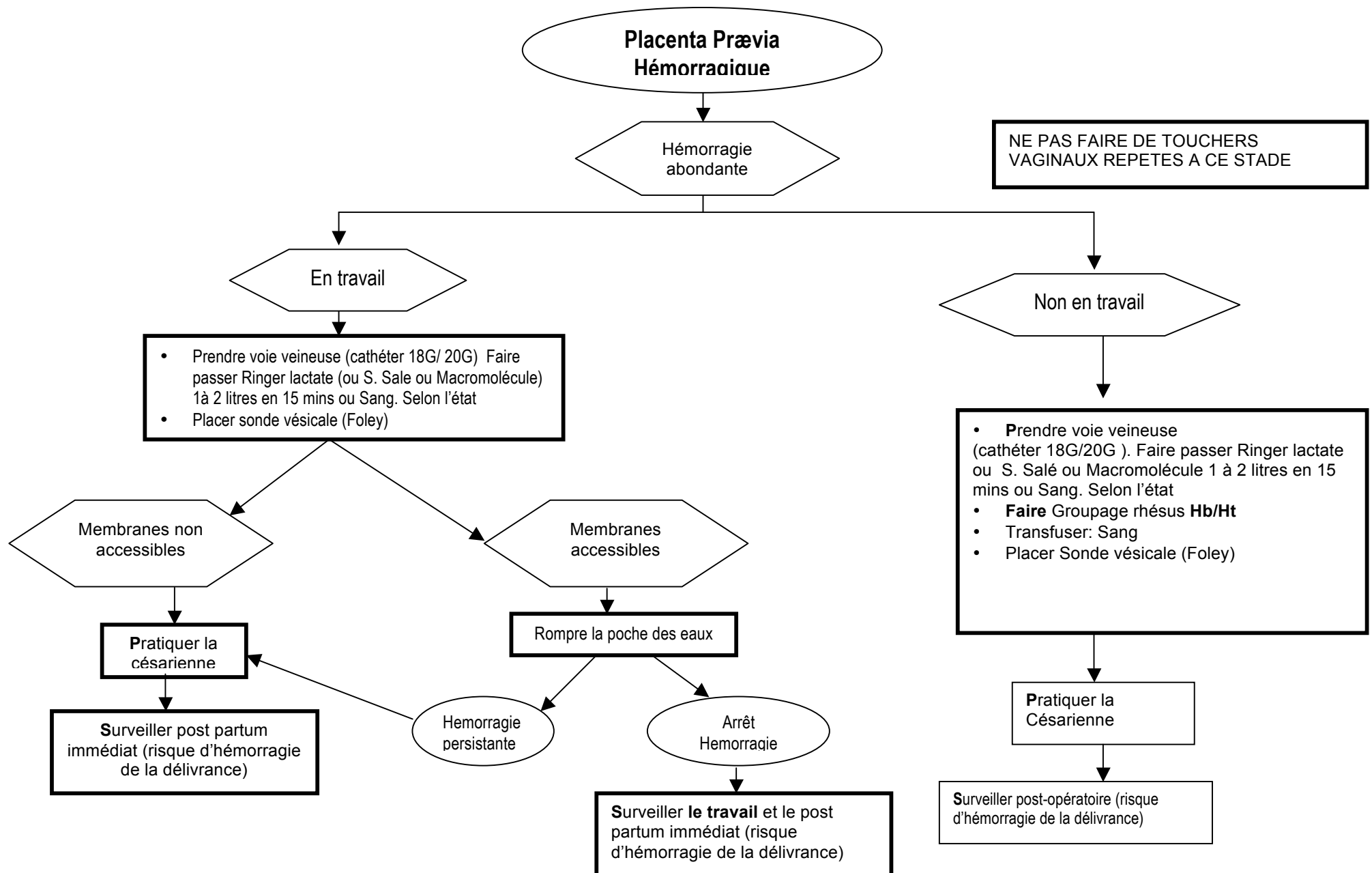
ALGORITHMES

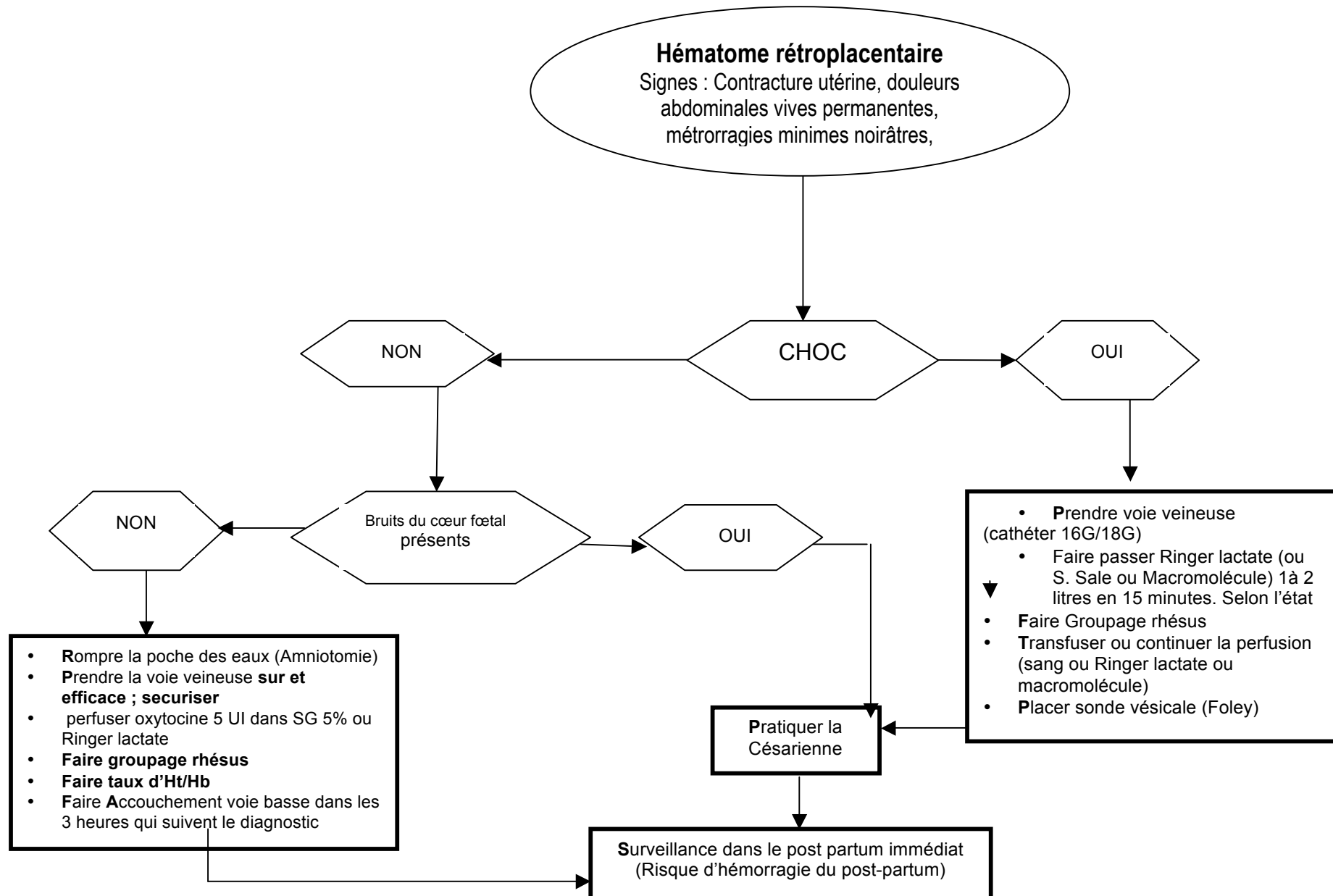








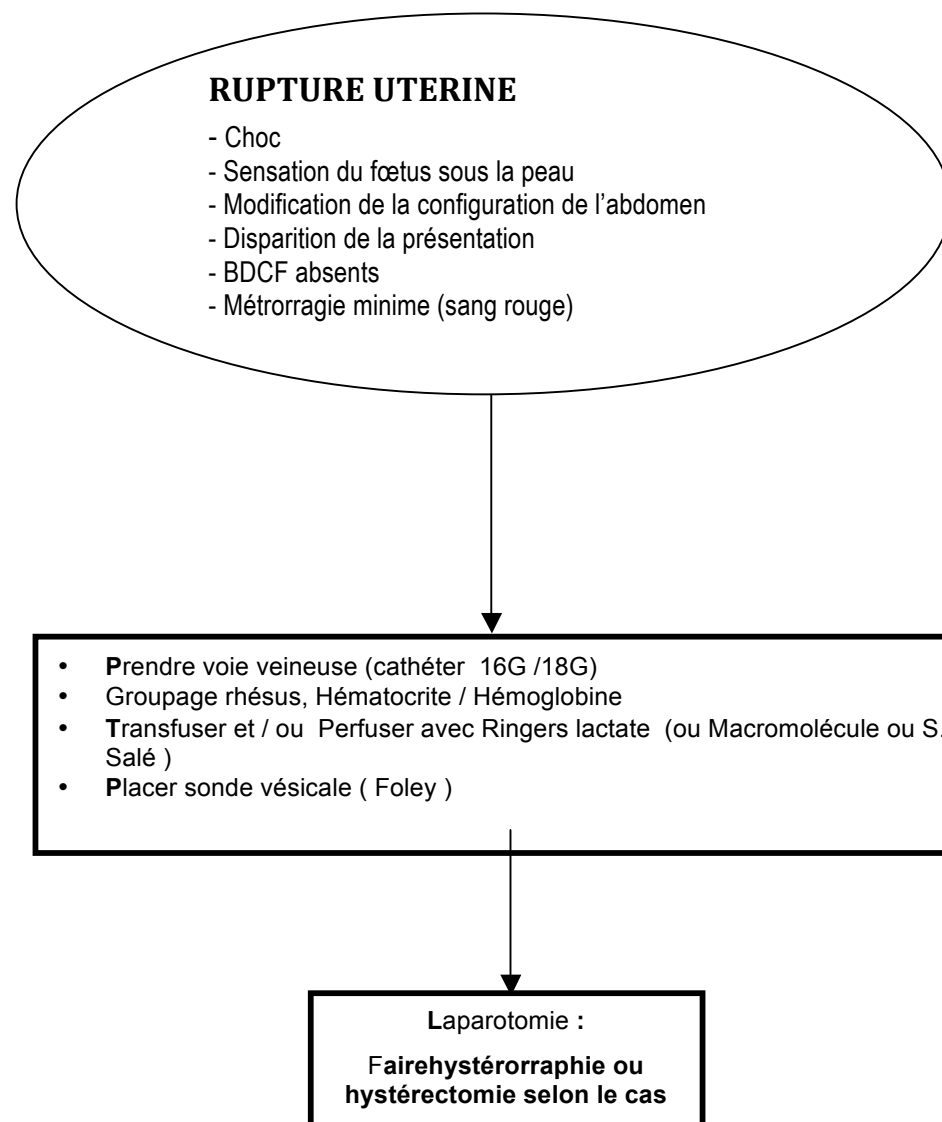




SYNDROME DE PRE-RUPTURE UTERINE

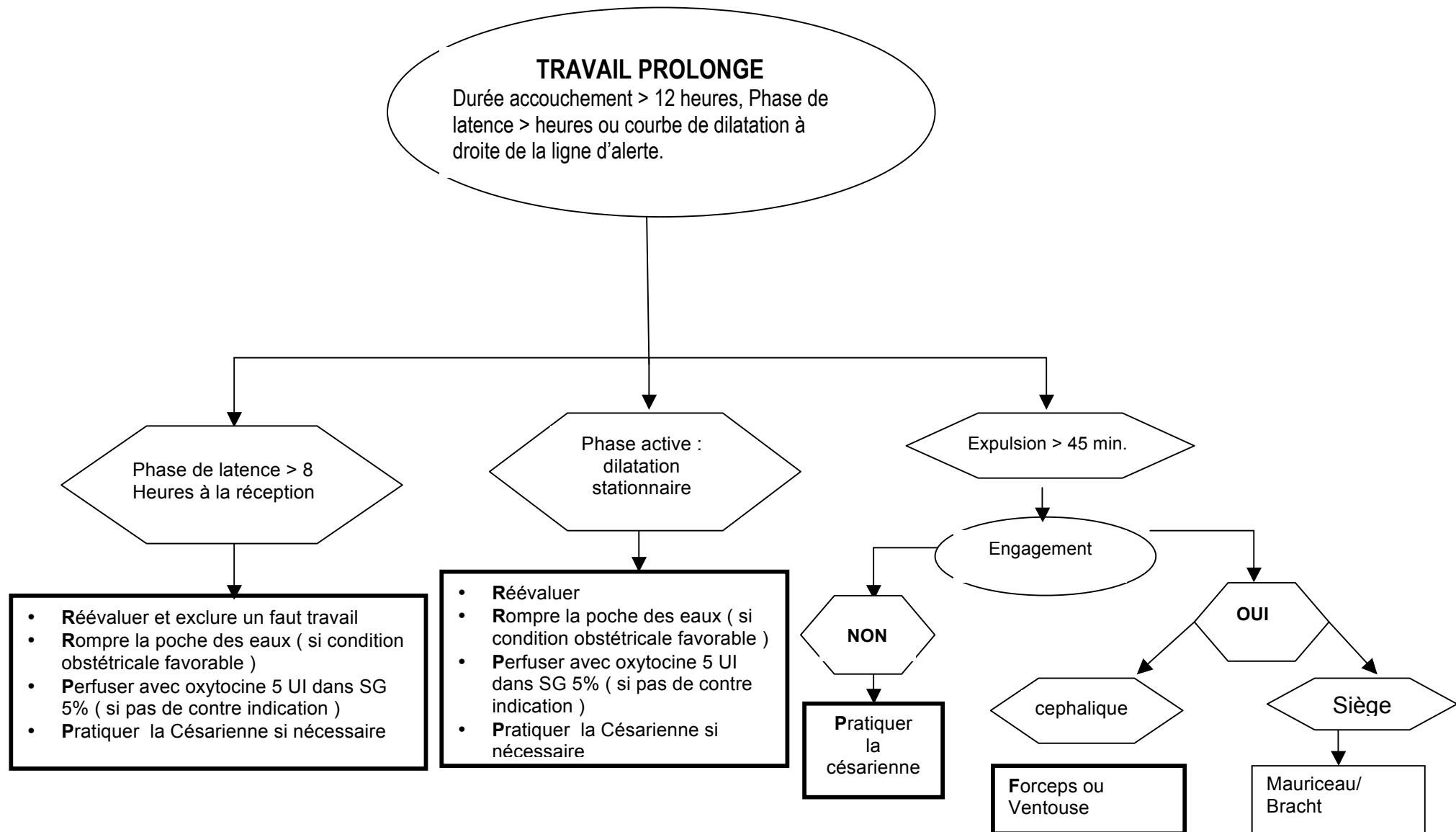
- Douleurs abdominales progressivement croissantes
- Modifications de la forme de l'utérus (utérus en coque d'arachide)
- Utérus dur avec un mauvais relâchement
- Anomalies des bruits du cœur fœtal (bradycardie, tachycardie)
- Liquide amniotique verdâtre (méconial) en excluant le siège engagé

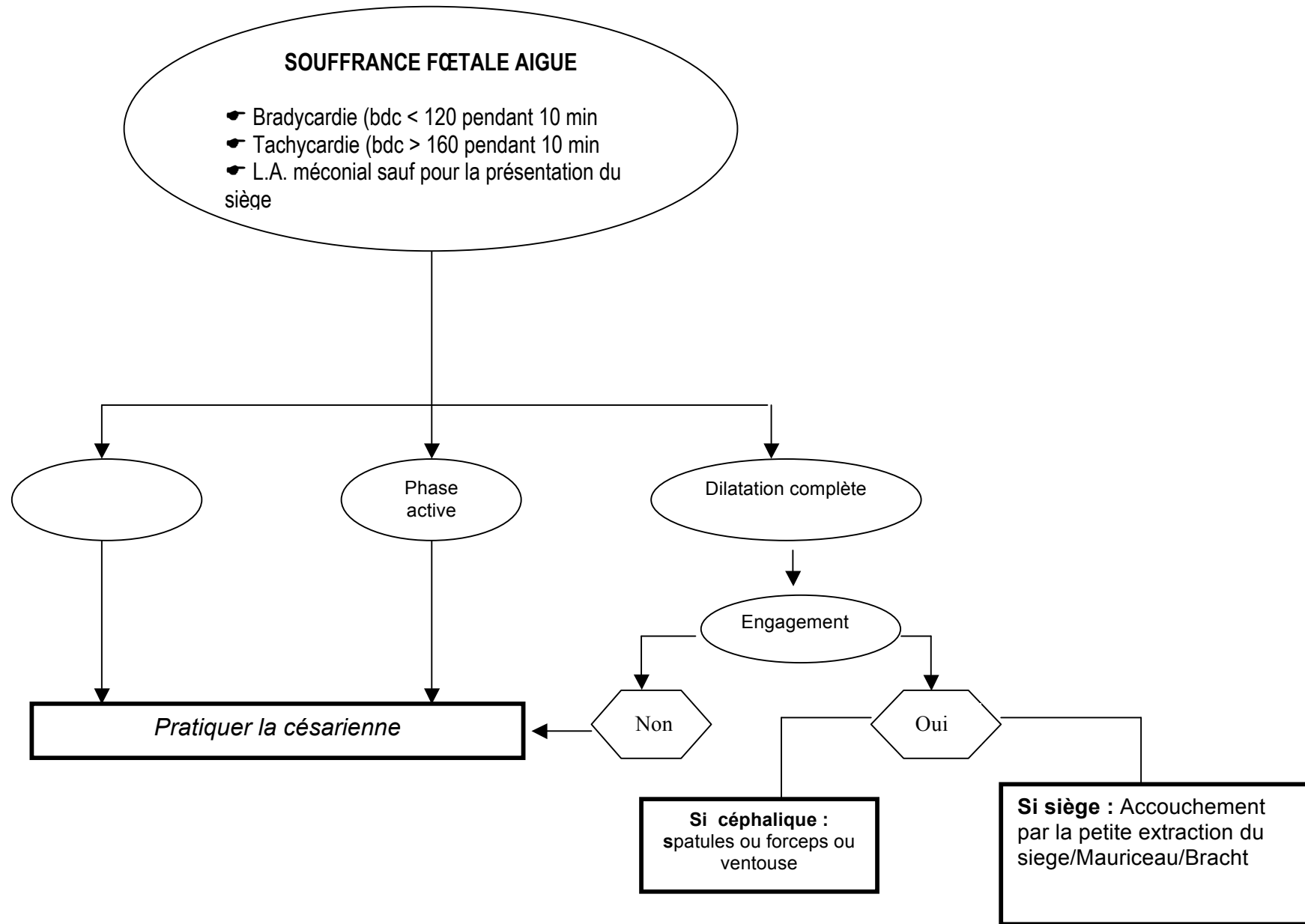
- Faire une ampoule de Salbutamol ou de Bricanyl en IV lente jusqu'à la disparition de la contracture
- Prendre voie veineuse (cathéter 16G/18G)
- Groupage rhésus Taux Hb/ Ht
- Perfuser avec Ringer Lactate (ou S. Salé ou macromolécule)
- Placer sonde urinaire à demeure (Foley)
- Oxygéner la parturiente (5 litres / min.) si fœtus vivant
- Pratiquer la césarienne



TRAVAIL PROLONGE

Durée accouchement > 12 heures, Phase de latence > heures ou courbe de dilatation à droite de la ligne d'alerte.





4. Soins au nouveau-né et à la mère

4.1. *Donner les soins immédiats au nouveau-né*

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

4.2. *Donner soins immédiats à la mère*

- Apprécier le globe de sécurité.
- Vérifier l'hémorragie.
- Faire une toilette vulvaire.
- Rechercher une déchirure du périnée s'il existe procéder à la suture.
- Mettre une garniture propre.
- Laisser la femme allongée à plat pendant 10 à 15 mn et la surveiller (le saignement, le pouls, la TA, les conjonctives, la respiration).
- Pour les mères séropositives confirmer le choix de l'alimentation du nouveau-né.

4.3. *Surveiller la mère et le nouveau-né pendant les six 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 ;

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 en touchant l'abdomen ou la poitrine pour voir si le nouveau né est chaud et prendre la température axillaire. Le nouveau né doit être maintenu à une bonne température, de telle sorte qu'il n'ait ni froid, ni trop chaud.
- Le 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. Annexe 2 : 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.

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

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Ecouter le cri. • Regarder les mouvements respiratoires. Si pas de cri ou en cas de difficultés respiratoires : • 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 : ○ en frottant doucement le dos ; ○ en chatouillant/ tapotant les plantes des pieds (seulement deux ou trois fois – ne pas le faire de manière répétée). Si le nouveau-né crie : • Donner les soins immédiats. • Informer la mère de la décision de référence; • Organiser le transport. • Amener le 'nouveau- né au CSCom pour avis.
CSCom	• Procéder à la réanimation (Cf. Fiche technique n°11 : Réanimation du nouveau né - Soins pernatals).
CSRéf	• Idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf. • 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 la respiration (adéquate) et la coloration (rosée).
- Maintenir le nouveau-né au chaud.
- Faire les autres soins de base du nouveau-né (cordon, yeux, vitamine K1).

- Observer les mesures de prévention des infections.
- Conseiller à la mère d'allaiter dès stabilisation du nouveau-né.

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.

Les nouveau-nés de petit poids de naissance ont des besoins spéciaux. Tous les nouveau-nés de petit poids de naissance ont une plus grande chance de survivre et de se développer normalement s'ils reçoivent les soins corrects.

Les nouveau-nés de petit poids de naissance qui survivent sont plus exposés aux maladies et aux troubles de croissance.

c. 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.

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 : Extraction du lait maternel n°3, n°4, n°5 et n°6 - Soins post-nataux).
 - Donner le lait extrait au nouveau né avec une cuillère.

➤ **Assurer le suivi :**

- Observer le nouveau-né pendant la tétée.
- Péser 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 ya des problèmes ;
 - Continuer le suivi hebdomadaire jusqu'à ce que le PPN ait 2500 grammes.
- Réviser avec la mère les signes de danger et ce qu'il faut faire.
- Référer la mère pour les services de PF.

d. Identification des petits poids de naissance (Cf. Annexe n°3 - Soins pernatals) :

III. SOINS POSTNATALS

A. CCC/CCSC

Cf. Volume 1.

B. SOINS POSTNATALS

1. Définition

Ensemble de soins prodigués à la femme et à l'enfant de 24 heures à 60 jours après l'accouchement.

Les soins postnatals doivent se faire :

- 24 à 48 heures ;
- 2^{ème} -3^{ème} jour ;
- 6^{ème} -8^{ème} jour ;
- Avant la fin de la 8^{ème} semaine.

(Cf. Fiche technique n° 7 : Visites postnatals - Soins postnatals).

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/Fiches opérationnelles de consultation prénatale pour en tirer les informations utiles.
- Analyser le "Volet accouchement" du Carnet/Fiches opérationnelles de santé de la mère.
- Recueillir les informations sur :
 - l'activité de la femme ;
 - les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux.
- Porter Enregistrer les informations recueillies dans le registre, ou sur les fiches opérationnelles.
- Procéder à l'examen général de la femme.

2.3. Procéder à l'examen (Cf. Fiche technique n°8 - Soins post natals)

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

Surveiller :

- La température :

- Le sommeil ;
- L'affection ;
- La protection contre les infections ;
- Le bain ;
- Les soins du cordon ombilical ;
- Les vaccinations ;
- L'allaitement maternel ;
- La protection et la sécurité.

2.5. Pratiquer l'allaitement

2.5.1. Allaitement maternel exclusif(Cf. Annexe n° 1 - Soins post natal).

2.5.2. Conduite d'une bonne tétée (Cf. Fiche technique n°1 - Soins post natal).

2.5.3. La prise du sein (Cf. Fiche technique n°2 - Soins post natal).

2.5.4. Allaitement maternel continu(Cf. Annexe n° 2 - Soins post natal).

2.5.5. Allaitement d'un enfant de mère séropositive(Cf. Volume 2).

2.6. Prendre en charge des pathologies en postnatal chez la mère

2.6.1 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 natal).
- 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 gr/jour pendant 10 jours) ;
 - Antalgique (Paracétamol 500 mg : 1 à 2 comprimé(s) x 3 fois/jour) ne pas dépasser 8 comprimés 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. Abcès : 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.

2.6.2 Paludisme chez une accouchée récente :

a. Éléments 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) :

2.6.3 Infections puerpérales :

a. Définition :

Elles surviennent dans les 10 premiers jours 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 degré ;
- Douleurs abdominales ;
- Lochies purulentes et fétides ;
- utérus mal involué (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 :

- Fièvre ou hypothermie (refroidissement des extrémités) ;
- Pouls filant, respiration rapide et superficielle ;
- Agitation ;
- Sueurs froides ;
- Pertes vaginales abondantes, purulentes et nauséabondes ;
- Ballonnement ;
- Choc ;
- Subictère.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Rassurer la patiente. • Orienter au CSCCom.
CSCCom	• 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 : ○ Paracétamol 500 mg : 2 cp x 3/jour ; ○ Amoxicilline 500 mg : 2 gelules x 3/jour pendant 10 jours ; ○ Métronidazole 250 mg : 2 cp x 3/jour pendant 10 jours ; ○ Ergométrine (en l'absence de HTA). OU ○ Oxytocine 5 UI en IM : 1 amp/jour. Si pas d'amélioration au bout de 3 jours

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	• Référer. Si autres tableaux : Pelvipéritonite, péritonite généralisée ou septicémie : • Administrer : Amoxicilline 2 g en IV. • Référer immédiatement.
CSRéf	• Accueillir la patiente Si endométrite : • Idem CSCom. • Faire une révision utérine. • Procéder à un prélèvement de lochies pour rechercher le germe. • Demander NFS, CRP (Protéine C Réactive). Si pelvipéritonite : • Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16G/18 G 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. • Faire un drainage au niveau du cul de sac de Douglas. Si péritonite : • Idem pelvipéritonite. • Laparotomie avec lavage péritonéal. Si septicémie ou choc infectieux : • Prendre une voie veineuse avec cathéter 16G ou 18G et sécuriser pour faire passer le ringer lactate : 1 litre en 20 mn. • Oxygéner : 10 litres/mn. • Transfuser : 3 à 4 poches (iso groupe et iso rhésus) après avoir baissé la température (Cf. Fiches techniques n°8, n°9 et n°10 : Soins prénatals). • 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 ; ○ Acide acétyl salicylique de lysine inj. 1 g x 2/jour. OU ○ Ceftriaxone 2g en IV toutes les 12 heures ; ○ Metronidazole 500 mg en perfusion toutes les 8 heures ; ○ Acide acétyl salicylique de lysine inj. 1 g x 2/jour.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	- Surveiller 4 fois/jour : diurèse, T°, pouls, TA, respiration. Si pas d'amélioration après 24 heures : - Référer. Si amélioration (après 48 heures d' apyrexie) : - Donner : - Amoxicilline 500 mg : 2 gelules matin et soir pendant 10 jours ; - Métronidazole 500 mg : 1 cp Matin , midi et soir pendant 10 jours ; - Revoir la patiente à la fin du traitement.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	- Idem CSRéf. - Faire antibiogramme. - Référer pour soins spécialisés (réanimation, néphrologie,...).

2.6.4 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	- Rassurer. - Orienter.
CSCoM	- Accueillir la parturiente. - Administrer paracétamol 500 mg 2 cp 3 fois/jour. - Evacuer.
CSRéf	- Accueillir la parturiente. - Hospitaliser. - Donner : - Paracétamol:500 mg 2 cp 3 fois/jour ; OU - Tramadol 100 mg toutes les 4 heures. - Demander: GS, NFS, VS, TP, TS, TC - Faire un bandage compressif.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	• Administrer : ◦ Noxaparine 6000 UI en SC toutes les 12 heures ; • OU ◦ Acénocoumarol 4 mg 1 cp (1 dose) ; • Evacuer pour soins spécialisés.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf. • Echographie Doppler. • Administrer Héparine othérapie pendant 15 jour • Referer à un spécialiste

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

2.6.5 Suppuration périnéale :

a. Signes :

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

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Orienter.
CSCoM	• Accueillir la parturiente. • Faire la toilette de la région périnéale avec une solution antiseptique. • Procéder à l'ablation des fils. • Administrer : ◦ Paracétamol : 2 cp x 3/jour si douleur ; ◦ Amoxicilline 500 mg : 2 cp x 3/jour pendant 6 à 8 jours. • Référer après cicatrisation pour réparation.
CSRéf	• Idem CSCoM. • Prélèvement de pus pour rechercher le germe. • Procéder à la réparation après guérison.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	• Idem CSRéf. • Faire l'antibiogramme

2.6.6 Hémorragie du post partum (Cf. Soins pernatals) :

2.6.7 Relachement symphysaire :

a. Signes :

- Douleur au niveau de la symphyse pubienne.
- Impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Rassurer. • Orienter.
CSCoM	• Accueillir la parturiente. • Conseiller le repos absolu. • Administrer : ◦ Paracétamol 500 mg : 2 cp x 3/jour ; ◦ Vitamine B complexe : 1 cp x 3/jour. • Référer.
CSRéf	• Idem CSCoM. • Faire la radiographie du bassin. • Faire la rééducation fonctionnelle.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem CSRéf. • Faire consultation spécialisée.

2.6.8 Fistules obstétricales (FO)

a. Définition :

La FO se définit comme une communication acquise entre le vagin et les organes de voisinage survenant lors d'un accouchement prolongé ou dystocique (mécanique ou dynamique) ayant pour conséquence une perte permanente des urines et/ou des matières fécales à travers le vagin.

- Un accouchement est dit prolongé si sa durée est supérieure à 12 heures chez la primipare (femme enceinte qui accouche la 1^{ère} fois) et 8 heures chez la multipare (femme enceinte qui a fait au moins un accouchement).
- Une dystocie est un accouchement bloqué soit par un obstacle mécanique (Exemple: Gros fœtus, bassin rétréci), soit par un obstacle dynamique (Exemple: Insuffisance des contractions utérines).

La communication peut être entre :

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

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	• Rassurer et orienter. • Participer à la réinsertion.
CSCoM	• Accueillir la patiente • Conseiller à la femme de : ○ 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. • Mettre une sonde à demeure (adaptée à une poche). • Donner des antiseptiques urinaires. • Référer.
CSRéf	• Accueillir la patiente • Idem CSCoM. • Faire la chirurgie si compétence existe dans le cas contraire. • Référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Accueillir la patiente • Faire la chirurgie. • Assurer la prise en charge psycho-sociale. • Poser le problème de la réinsertion.

Prévention de la fistule (cf fiche technique n° 9 soins postnatals)

Dépistage de la fistule (cf algorithme soins postnatals)

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

2.7.1 Saignement du cordon ombilical :

a. Définition :

Le saignement du cordon ombilical est une perte de sang au niveau du cordon. C'est

un problème du premier jour de vie. La ligature ou le clamp du cordon peut se desserrer à mesure que le cordon commence à sécher.

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. Gestes d'urgence :

- Evaluer la quantité de sang perdue (à vue d'oeil) ;
- Faire une nouvelle ligature bien serrée au cordon ;
- Surveiller le cordon toutes les 15 mn pendant 2 heures.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	• Rassurer les parents. • Faire une nouvelle ligature bien serrée. • Référer immédiatement à une formation sanitaire appropriée. • En cours de route regarder le cordon toutes les 15 minutes pour s'assurer qu'il n'y a plus de saignement.
CSCom	• Accueillir les parents. • Rassurer les parents. • Faire une nouvelle ligature bien serrée. • Regarder le 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. • Référer au besoin.
CSRéf	• Idem au niveau CSCom. • Assurer la prise en charge en cas d'anémie.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	• Idem au niveau CSRéf. • Faire le bilan. • Traiter la cause

2.7.2 Ictère :

a. Définition :

Lorsque le niveau de bilirubine dans le sang est trop élevé, il y a ictère sévère.

b. Signes :

Il se manifeste par une coloration jaune de la peau/des yeux, débutant avant le 2^{ème} jour, pour durer plus de 10 jours et s'étendre à tout le corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds.

N.B : La santé du nouveau-né n'est pas affectée par l'ictère simple qui apparaît le 2^{ème} jour et disparaît naturellement au tour du 8^{ème} jour.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	• Rassurer les parents. • Orienter vers le CSCoM.
CSCoM	• Accueillir les parents. • Rassurer les parents. • Faire un examen physique complet du nouveau-né. • Faire le dosage de la bilirubine libre et conjuguée. Si la bilirubine est élevée : • Administrer du gardénal. • Faire la photothérapie. • Faire une antibiothérapie si infection. Si la bilirubine est très élevée : • Référer.
CSRéf	• Idem au niveau CSCoM. • Faire un bilan à la recherche d'autres causes. • Faire le traitement des causes. • Référer au besoin.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	• Idem au niveau CSRéf. • Procéder à l'exsanguinotransfusion si nécessaire.

2.7.3 Infections néonatales(Cf. Survie) :***2.7.4 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	Orienter vers le CSCom.
CSCom	- Accueillir la mère/parents. - Faire du diazépam : 0,5 mg en intra rectal ou en intra musculaire. Si fièvre : Faire la première dose d'antibiotique (Ampicilline et gentamicine) et d'antipyrétique. - Référer.
CSRéf	- Accueillir la mère/parents. - Faire du diazépam 0,5mg/kg en intra rectal ou en IM. Si fièvre : - Administer : - Ampicilline 200mg/kg/jour en IV pendant 5 jours puis prendre le relais avec Amoxicilline 100mg/kg pendant 5 jours. - Gentamicine 3-5mg/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 2ml/kg en IVL. Si hypocalcémie : - Mettre 2 à 3 ml/kg de gluconate de calcium dans la perfusion de G10%. Siamélioration: - Surveiller. Sipas d'amélioration : - Référer.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} RÉFÉRENCE	- Idem CSRéf - Demander les examens complémentaires (Ionogramme sanguin, examen du LCR, NFS, C Réactive Protéine (CRP), Echographie transfontanellaire). - Assurer la prise en charge spécifique.

2.7.5 Tétanos néonatal :**a. Définition :**

C'est une infection due à un endospore : clostridium tétani.

b. Signes :

- Le Trismus (contracture des muscles masséters empêchant l'ouverture de la bouche).
- Contractures généralisées ;

- Spasmes toniques et cloniques (spontanés ou provoqués par les bruits, la lumière et le toucher) au niveau du visage, du cou et du tronc ;
- Dos arcqué.

c. Gestes d'urgence :

- Isoler le nouveau-né ;
- Eviter les stimulations extérieures ;

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	• Orienter.
CSCom	• Accueillir la mère/parents. • Faire Diazépam : 0,5 mg en injection intra rectale ou IM. • Référer.
CSRéf	• Accueillir la mère/parents. • Isoler l'enfant. • Placer une sonde naso gastrique. • Faire Diazépam 6 mg/kg/répartis sur 24 heures : ○ par la sonde nasogastrique à raison de 1 mg/kg toutes les 4 heures dilué dans 3 CC de sérum glucosé isotonique OU ○ en perfusion continue dilué dans du sérum glucosé isotonique. • Administrer amoxicilline : 100 mg/kg/24heures par la sonde nasogastrique. • Soins adéquats de la porte d'entrée. • Administrer ½ dose de SAT en sous cutané. • Référer .
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} RÉFÉRENCE	• Idem CSRéf. • Assurer la prise en charge spécifique.

2.7.6 Malformations graves néonatales au niveau des CSRéf et EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence :

a. Définition :

Toute anomalie mettant en danger la vie du nouveau-né.

b. Quelques exemples de malformations :

AFFECTIONS	SIGNES	CONDUITE A TENIR
Syndrome de Pierre Robin	- Maxillaire inférieur petit, en retrait - Défaut de fermeture du palais, - Bascule de la langue	- Mettre en place une canule de Mayo - Mettre en position couchée à plat ventre - Alimenter à la cuillère si possible, sinon par gavage - Référer
Fente labio palatine	Fente uni ou bilatérale de la lèvre supérieure avec défaut de fermeture du palais	- Mettre en place une sonde bucco- gastrique - Alimenter à la cuillère si possible, sinon par gavage - Référer
Omphalocèle	- Tuméfaction laissant voir les viscères par transparence - Implantation basse du cordon	- Eviter l'infection par la mise en place d'un champ stérile - Lutter contre l'hypothermie (couveuse si possible) - Mettre en place une sonde d'aspiration - Référer
Laparoschisis	- Défaut de paroi latérale - Anses intestinales extériorisées	- Mettre des compresses humides - Référer
Extrophie vésicale	- Défaut de paroi inférieure - Vessie extériorisée	- Mettre des compresses humides - Référer
Imperforation anale	- Pas de trou anal - Prise de la température rectale impossible	- Proscrire l'alimentation par voie orale - Aspirer le contenu gastrique - Perfuser - Référer
Spina bifida	Défaut de fermeture de la colonne vertébrale avec tumeur molle	- Mettre un pansement stérile - Mettre en position couchée à plat ventre - Référer

ANNEXES& FICHES TECHNIQUES

A. ANNEXES – SOINS PRENATALS

ANNEXE1 : Vaccination antitétanique

NATURE	DOSES	PERIODES
VAT1	0,5 ml	Dès le 1^{er} contact ou 1^{ère} consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt.
VAT2	0,5 ml	Un mois après VAT1.
VATR₁	0,5 ml	6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure.
VATR₂	0,5 ml	1 an après VATR ₁ ou au cours d'une grossesse ultérieure.
VATR₃	0,5 ml	1 an après VATR ₂ ou au cours d'une grossesse ultérieure.
N.B : Une fois les 5 doses faites, la femme est protégée pour toute sa vie.		

Vaccination anti méningococcique : en cas d'épidémie.

ANNEXE2 : Plan d'accouchement

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

ANNEXE3 : Éléments des soins après avortement

Les soins après avortement **SAA**, représentent l'ensemble des prestations de services complets visant à aider les cliniciens à traiter l'avortement incomplet et ses complications qui peuvent s'avérer mortelles.

Éléments essentiels des soins après avortement

<i>Partenariat de la communauté et des prestataires de service</i>	Prévenir les grossesses non désirées et l'avortement à risque. Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés et opportuns pour les complications résultant de l'avortement. Veiller à ce que les services de santé reflètent et satisfassent les attentes et besoins de la communauté.
<i>Counseling</i>	Identifier et répondre aux besoins de santé psychologique et physique et autres préoccupations des femmes.
<i>Traitement</i>	Traiter l'avortement incomplet et à risque ainsi que les complications constituant une menace potentiel à la vie.
<i>Services contraceptifs et de planning familial</i>	Aider les femmes à prévenir une grossesse indésirable ou pratiquer l'espacement des naissances.
<i>Services de santé et de santé reproductive</i>	De préférence les fournir sur place ou à travers des références vers d'autres structures accessibles dans les réseaux des prestataires.

Les services de SAA devraient inclure à la fois les soins curatifs et préventifs. Les éléments clés des SAA sont :

- les soins d'urgence de l'avortement incomplet et les complications menaçant la vie ;
- les conseils et services de PF après avortement ;
- le lien entre les services d'urgence et le système sanitaire au niveau des soins en matière de santé de la reproduction.

a. Soins d'urgence

Les soins d'urgence pour les complications suite à un avortement comprennent :

- une évaluation initiale pour établir la présence de certaines complications de l'avortement ;
- un entretien avec la femme à propos de sa condition et du traitement prévu ;
- une évaluation médicale ;
- une référence rapide d'une femme qui a besoin de soins dépassant la compétence du centre ;

- une stabilisation des conditions d'urgence et un traitement des complications (avant et après les soins) ;
- une évacuation des produits de la conception.

b. Planification familiale

L'inaccessibilité aux services de planification familiale (PF) est un facteur majeur qui contribue à augmenter le nombre d'avortement à risque.

Plusieurs facteurs limitent la prestation des services de PF :

- manque de compréhension des besoins en matière de santé de la reproduction;
- manque d'attention relative à ces besoins;
- faible accès de certains groupes de femmes aux services de PF (adolescentes...);
- séparation entre les services d'urgence de SAA et les services de PF;
- faux renseignements sur les méthodes appropriées après avortement;
- manque de prise de conscience du problème de l'avortement à risque et par conséquent des besoins en services de contraception.

B. FICHES TECHNIQUES – SOINS PRENATALS

FICHE TECHNIQUE N° 1 : 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° 2 : Soins prénatals.
- 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 hépatosplénomégalie).
- 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° 2 : 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° 3 : 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 fœtaux.
- Mesurer la hauteur utérine.
- Ausculter les bruits du cœur fœtal (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 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 solution de décontamination.
- 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° 4 : 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 (12,5cm) :**
 - ✓ 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 (12,5cm);
 - ✓ déduire 2cm 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(11cm), 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 (11cm).
- Expliquer les résultats à la femme.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : PRESCRIPTION DE LA SP EN TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

- Demander à la femme de prendre les trois comprimés de SP en prise unique :
 - **1^{ère} Prise** : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux.
 - **2^{ème} Prise** : 8^{ème} mois de la grossesse au plus tard.
- L'intervalle minimum est de 1 mois entre les 2 prises ;
- La prise doit être supervisée (en présence du prestataire) ;
- La femme doit dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide pendant toute la durée de la grossesse et observer les mesures d'hygiène environnementales (lutte antivectorielle et assainissement du milieu) ;
- La SP est contre indiquée au 1^{er} trimestre à cause de la pyriméthamine et au 9^{ème} mois.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : 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**).
- Espacer d'une semaine la prise de la SP de celle du fer acide folique à cause de leur Interférence ;
- 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° 7 : MODALITES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM POUR LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET L'ECLAMPSIE

Dose de charge :

- Injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20 % en IV en 5 minutes.
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de solution de sulfate de magnésium à 50 % en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total, après avoir ajouté 1 ml de lidocaïne à 2 % dans la seringue.
- Veiller à observer les méthodes d'asepsie.
- Avertir la patiente qu'elle aura une sensation de chaleur lors de l'injection.
- Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, administrer 2 g de sulfate de magnésium (solution à 50 %) en IV, en 5 minutes.

Dose d'entretien :

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium (solution à 50 %) + 1 ml de lidocaïne à 2 % en IM, toutes les 4 heures, tour à tour dans une fesse puis dans l'autre.
- Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant 24 heures qui suivent l'accouchement ou la dernière convulsion, en prenant comme point de départ le dernier des deux événements.

Avant de renouveler l'injection, s'assurer que :

- La fréquence respiratoire est au moins de 16 mouvements par minute.
- Les réflexes rotuliens sont présents.
- La diurèse est au moins de 30 ml/h pendant 4 heures d'affilée.

Interrompre ou différer le traitement si :

- La fréquence respiratoire passe en-dessous de 16 mouvements par minute.
- Les réflexes rotuliens sont absents.
- La diurèse est passée en-dessous de 30 ml/h pendant 4 dernières heures.

Se munir d'un antagoniste prêt à l'emploi :

- En cas d'arrêt de la respiration :
- Faciliter la ventilation (à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation).
- Injecter lentement 1 g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10%) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne pour contrer les effets du sulfate de magnésium.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : 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.

Groupage sanguin et compatibilité

Système ABO:

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

Les 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 fœtales vers la circulation maternelle surviennent en effet lors de l'accouchement). Les doses recommandées sont d'une dose (300 µg/flacon) par 15 ml de sang Rh+ transfusé.

Complications des transfusions

Hémolyse aiguë

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

Conduite à tenir :

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

Réactions transfusionnelles non hémolytiques

Signes : anxiété, prurit, dyspnée modérée

Conduite à tenir :

- Arrêter la transfusion

Si urticaire :

- Ralentir la transfusion
- Donner des antipyrétiques et des corticoïdes

Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post- transfusionnelles

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

Complications métaboliques des transfusions sanguines :

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

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

Complications infectieuses post-transfusionnelles :

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

FICHE TECHNIQUE N° 9 : 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° 10 : 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° 11: UTILISATION DU SALBUTAMOL

- **Posologie** : 5 mg dans 500 cc de glucosé à 5%.
- **Conduite de la perfusion (pour la MAP)** : Le débit initial est de 12 à 30 gouttes à la minute et il est modulé en fonction d'une part de son efficacité sur la contractilité utérine et d'autre part de la tolérance maternelle.

Si hypercinésie : injecter 1 amp en sous cutanée

- **Surveillance de traitement**

- **L'efficacité du traitement** est jugée initialement sur la fréquence et l'intensité des contractions utérines
- **La tolérance** s'apprécie par :
 - + la prise répétée du pouls maternel (qui ne doit pas excéder 120/mn)
 - + la tension artérielle
 - + les signes fonctionnels maternels : tremblements,

dyspnée, palpitations, vertiges.

- **La diurèse maternelle** doit être surveillée. L'oligurie peut parfois être un des premiers signes de toxicité des bêtamimétiques.
- **Le fœtus** par les BDC mais retenir que le Salbutamol donne une tachycardie fœtale
- **Durée de traitement : 24 à 48 heures maximum.**

FICHE TECHNIQUE N° 12 : ANESTHESIE VERBALE (VERBACAÏNE)**Se préparer :**

- Accueillir la patiente avec respect et amabilité.
- Dire à la patiente ce que vous allez faire et l'encourager à poser des questions.
- Dire à la patiente qu'elle peut avoir quelques désagréments pendant certaines étapes et qu'elle sera prévenue à l'avance.
- Evaluer le besoin de donner des médicaments pour calmer la douleur.

Procédure :

- Expliquer chaque étape de la procédure avant de l'exécuter.
- Attendre, après chaque étape ou tâche, que la patiente se prépare avant de passer à la prochaine.
- Se déplacer lentement, sans mouvements brusques ou saccadés.
- Utiliser les instruments avec assurance.
- Eviter de dire des choses comme "Cela ne fera pas mal" alors que cela fera mal ou bien J'ai presque fini lorsque ce n'est pas le cas.
- Parler à la patiente tout au long de la procédure.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : 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 poussoir 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 poussoir.
- 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° 14 : 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°15 : 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 : Vogalène (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.

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE IMMEDIATEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT												
NOM DE L'AGENT												
Paramètres	Valeur (N 1, 2, 3)			Normal	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				
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				
Coloration de la peau				Rose				Cyanose des extrémités				
Réanimation				Non								
Mise au sein				Immédiatement								
Traitement/Soins												

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES APRES L'ACCOUCHEMENT												
NOM DE L'AGENT												
Paramètres	Valeur (N 1, 2, 3)			Normal	N1	N2	N3	Référence/ Evacuation	N1	N2	N3	
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				
Température				Entre 36 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie ou entre 35°5 et 36° Hypothermie				
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				
Malformation				Non								
Allaitement												
Traitement/Soins												
Taille												
Périmètre Crânien												

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT				
Temps après accouchement	1 heure		2 heures	
	Normale	Référence/Evacuation	Normale	Référence/Evacuation
Saignement	Normal	Faible	Normal	Faible
Globe de sécurité	Formé	Utérus mou	Formé	Utérus mou
Pouls	moins de 100	entre 100 et 140	moins de 100	entre 100 et 140
TA	moins de 14/9	14/9	moins de 14/9	14/9
Température	37°5	38°	37°5	38°
Traitement				

RESULTATS DE LA MERE		Résultats N1 M/F		Résultats N2 M/F		Résultats N3 M/F	
Vivante	☐	Vivant	☐	Vivant	☐	Vivant	☐
Référée	☐	Référée	☐	Référée	☐	Référée	☐
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	☐	Décédé	☐	Décédé	☐	Décédé	☐
Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: ____h ____min		Heure: ____h ____min		Heure: ____h ____min		Heure: ____h ____min	
Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____	

Administration de la Vitamine A à la mère ☐ Oui ☐ Non

FICHE DE PARTOGRAPHE NIVEAU CERCLE / ZONE SANITAIRE

Région / District de : _____
Commune de : _____

Cercle / Zone sanitaire de : _____

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

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

Adresse : _____ Antécédents : _____

Quartier : _____ G : _____ P : _____ V : _____ AV : _____ IIG : _____

Entrée à la maternité : Date : _____/_____/20 : _____ Heure : _____h : _____ Min

Motif : _____

Début du travail : _____ Date : _____/_____/20 : _____ Heure : _____ H : _____ min : _____

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm		< 150 cm
Hémorragie	NON		OUI
A terme	OUI	28-32 SA	
CPN	Nbre : _____	NON	Gross. à risque
Césarienne dernier accouché	NON		OUI
Présentation	Sommet	Siège/face	Epaule/front
Dernier enfant	Vivant	Mort-né	

1er examen	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION
TA	< 14/9	entre 14/9 et 16/10	> 16/10
POULS	< 100	> 100	
T°	< 37°5	38°	> 38°
HU	< 36 cm	36 cm	> 36 cm
BCF	120-160/mn	100-120/mn 160-180/mn	< 100 > 180
Contractions	1 par 5 mm	< 1 / 5 mm	≥ 1 / 2 mn de
PDE	Intacte ou rompue Liq.	Liq. teinté	Rompue

Autres facteur de risque

Phase active

Phase latence

3

2

1

Accouchement				APGAR			1 mn			5 mn		
							1	2	3	1	2	3
Nom de l'accoucheuse : _____				Pouls/BC*								
Date : / / 20				Heure : h : min			Respiration					
				Heure : h : min			Tonus					
Normal				Alerte			Référence					
Expulsion < 45 mn							Expulsion > 45 mn					
Eutocique				Dystocique			TOTAL					
Traitement / Soins												

Heures																				
TA																				
BCF																				
Contraction Fréquence																				
PDE																				
Engagement																				
Pouls																				
Température																				
Traitement																				

* BC : Battement cardiaque

DELIVRANCE

DATE:

HEURE:

Type

- ☐ Naturelle
- ☐ Active
- ☐ Artificielle
- ☐ Révision utérine

PLACENTA

- ☐ Complet
- ☐ Incomplet
- ☐ Acréta
- ☐ Poids

Référence/Evacuée :

☐ Oui

☐ Non

→ Si Oui Motif et structure vers laquelle se fait la référence/évacuation _____

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				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			
Traitement/Soins															

N = Nouveau-né

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

SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NE PENDANT LES 6 PREMIERES HEURES 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
Poids				Plus de 2500gr				Moins de 2500gr				Moins de 2000gr			
Température				Entre 36 à 37°5				Entre 37°5 et 38°5 Hyperthermie				39° et plus Hyperthermie < 35° Hypothermie			
Respiration				Entre 40 et 60 / min				Dyspnée avec tirage intercostal				Apnées ou pause respiratoire			
Coloration				Rose				Cyanose des extrémités				Cyanose du corps			
Malformation				Non								Oui			
Allaitement												Difficultés pour têter			
Traitement/Soins															
Taille															
Périmètre Crânien															

SURVEILLANCE DE LA MERE APRES L'ACCOUCHEMENT						
Temps après accouchement	1 heure			2 heures		
Paramètres	Normale	Alerte	Référence	Normale	Alerte	Référence
Saignement	Normal	Faible	Important	Normal	Faible	Important
Globe de sécurité	Formé	Utérus mou	Non Formé	Formé	Utérus mou	Non formé
Pouls	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140	moins de 100	entre 100 et 140	plus de 140
TA	moins de 14/9	14/9	> 14/9	moins de 14/9	14/9	> 14/9
Température	37°5	38°	plus de 38°	37°5	38°	plus de 38°
Traitement						

RESULTATS DE LA MERE		Résultats N 1		Résultats N 2		Résultats N 3	
Vivante	☐	Vivant	☐	Vivant	☐	Vivant	☐
Référée	☐	Référée	☐	Référée	☐	Référée	☐
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	☐	Décédé	☐	Décédé	☐	Décédé	☐
Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20		Date: / / 20	
Heure: ____h ____min		Heure: ____h ____min		Heure: ____h ____min		Heure: ____h ____min	
Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____		Cause: _____	

Administration de la Vitamine A à la mère

☐ Oui ☐ Non

ANNEXE 2 : 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.
- Tète 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 / Ballonnement 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.

ANNEXE3 : Identification des petits poids de naissance prématurés/PAG mature

Critères communs :

- Poids inférieur à 2500 g
- Petite taille : moins de 45 cm en moyenne
- Taille du nodule sous 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.

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

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 et non des doigtiers.
- 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'anوس, les muscles du périnée.
- Plonger les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination .
- 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

- ❖ **Renseignements sur la parturiente** : marquer le nom, la gestité, la parité, le nombre d'avortement, le nombre d'enfants vivants, l'intervalle intergénésiq, la date et l'heure d'admission, la date et heure de début des contractions.
- ❖ **BCF** : écouter et marquer à chaque examen après une contraction utérine. Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BCF. Le rythme cardiaque foetal normal se situe entre 120 et 160 battements/mn.
- ❖ **Contractions utérines** : apprécier à chaque examen. Palper le nombre de CU en 5 minutes et mesurer leur durée en secondes.
- ❖ **Liquide amniotique (LA)** : marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV :
 - **I** = membranes intactes ;
 - **C** = LA clair ;
 - **M** = LA méconial ;
 - **S** = LA sanguinolent.

- ❖ **Dilatation du col** : Evaluer à chaque TV et marquer par une croix (X). Le TV doit être fait toutes les deux (2) heures pendant la phase de latence et chaque heure pendant la phase active.

La phase de la latence est celle de la dilatation de 0 à 3 cm. Elle ne devrait normalement pas durer plus de 8 heures.

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

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

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

Lorsque l'admission au centre de santé a lieu pendant la phase active, la dilatation à l'admission est immédiatement notée sur la ligne d'alerte.

Lorsque le travail passe de la phase de latence à la phase active, l'enregistrement de la dilatation est immédiatement transféré sur la ligne d'alerte à l'intersection avec la ligne correspondant à la dilatation dans la phase active.

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

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

- **Engagement apprécie la descente** : Si la présentation est engagée (signes de Faraboeuf).

Médicaments administrés :

- **Ocytocine** : En cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion. Préciser la quantité en gouttes par minutes (Cf. Fiche technique n°4 ; Soins pernatals).
- Marquer tout autre médicament administré.
- **TA ,Température, Pouls** : Prendre à chaque examen et marquer.

FICHE TECHNIQUE N° 4: UTILISATION DE L'OCYTOCINE

Indications :

- Hypocinésie en l'absence, de toute contre-indication (disproportion foeto-pelvienne, utérus cicatriciel, présentation viscieuse obstacle praevia) ;
- Hématome rétro placentaire (HRP).

Contre-indications :

- Critère de référence : il ne faut jamais faire de perfusion d'ocytocine chez une femme qui doit être référée ;
- Utérus cicatriciel ;
- Dilatation du col inférieur à 4 cm.

Technique d'administration :

- Préparer une perfusion de 5 UI d'ocytocine 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 fœtale 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.

**FICHE TECHNIQUE N° 5 : 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 ;
Auscultier 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 épisiotomie).

FICHE TECHNIQUE N° 6 : 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 épisiotomie) ;
 Faire une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare ;
 Dégager la tête dernière, 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° 7 : PRATIQUER 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° 8 : FICHE TECHNIQUE DE LA GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

Etape 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

Etape 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 immédiatement 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 (0-6 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 :

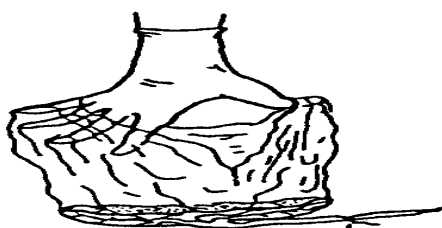
- Vérifier les signes vitaux (tension artérielle et pouls)
- Surveiller le saignement vaginal
- Vérifier le globe de sécurité

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

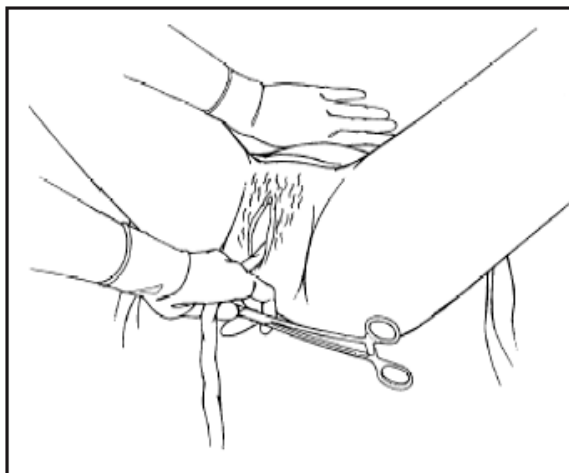
La Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement (GATPA)

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



FICHE TECHNIQUE N° 9 : 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 clampe.
 - 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 bout des doigts 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.
 - Ramener le placenta hors des voies génitales de l'accouchée.
 - Recueillir le placenta dans un plateau.
 - 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.
- 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 0,5 mg d'Ergométrine en IM (en l'absence d'HTA).
 - 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 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 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 à forcipressure.

FICHE TECHNIQUE N° 10 : 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 d'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° 11 : 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).
	• Compresse de gaze ou morceaux de tissu propres. • Gants stériles. • Aspirateur ou nécessaire pour aspiration. • Sonde 8F et 10 F. • Ballon autogonflable de réanimation avec des masques faciaux pour bébé (n°1 pour bébés de taille normale, n°0 pour les bébés de faible poids à la naissance). • Source d'oxygène s'il y en a – si cylindre(s), vérifie si pleine. • Thermomètre. • Horloge avec aiguille seconde. • Stéthoscope.
ETAPES DE LA RÉANIMATION	
5.	Se laver les mains et porter des gants stériles.
6.	Recevoir le nouveau né dans un linge propre/stérile, sec et chaud.
7.	Si le bébé ne respire pas, clamber et couper le cordon immédiatement et informer la mère.
8.	Essuyer le visage du bébé, sécher le bébé et mettre de côté le tissu mouillé.
9.	Placer le bébé sur son dos sur une surface chaude et bien éclairée, tête placée du côté du réanimateur.
10.	Avec un autre tissu sec et stérile/propre, envelopper le corps et la tête du bébé, en laissant la poitrine exposée, et vérifier encore une fois si le bébé respire.
11.	Si le bébé ne respire toujours pas, dégager la voie respiratoire par l'aspiration (la bouche d'abord, le nez ensuite) avec: • 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 : • 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 : • 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 : • 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 : ○ 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.

FICHE TECHNIQUE N° 12 : EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	RÉSULTATS NORMAUX
Regarder la coloration	- La face, la poitrine, et les gencives roses. - Les mains et les pieds peuvent être bleus pendant les 48 premières heures
Regarder la respiration	Respiration calme et peu profonde.
Compter la respiration (compter pendant 1 mn)	30-60 expirations en 1 minute. Peuvent être irrégulières : les respirations rapides suivies d'une période de pause (jusqu'à 20 secondes) sans respiration.
Regarder la position des membres et le tonus musculaire	Bras et jambes fléchis.
Regarder l'activité et le mouvement (l'examen neurologique)	- 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.
Regarder et palper la peau	- Aucun signe de déshydratation : pas de persistance du pli cutanée. - Présence de petites éruptions blanches sur la face (milia).
Regarder et palper la tête	- 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.
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)	Les lèvres, les gencives et le palais sont entiers et symétriques.
Palper le cou	Aucune excroissance ou gonflement.
Regarder la poitrine	- La poitrine bouge en même temps que la respiration. - L'abdomen se soulève à chaque respiration.
Compter pendant une minute le rythme cardiaque	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	- 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)	- Les deux jambes doivent avoir la même longueur. - Les plis de la peau sont symétriques (les mêmes sur les deux côtés).

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	RÉSULTATS NORMAUX
<i>Regarder les pieds et les chevilles (faire bouger les articulations des chevilles dans toutes les positions)</i>	• 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.
<i>Regarder le dos et palper la colonne vertébrale</i>	• La peau du dos n'a pas de rides ou de plaies • La colonne vertébrale n'a aucun défaut.
<i>Regarder l'anus et demander si le méconium a été émis</i>	• Le nouveau-né émet le méconium avant 24 heures.
<i>Regarder les parties génitales externes de la fille (écarter doucement les jambes)</i>	• Un écoulement vaginal, blanc ou sanguinolent est normal.
<i>Regarder les organes génitaux externes du garçon, tâter le scrotum</i>	• 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.
<i>Peser le nouveau-né et prendre les mensurations</i>	• Poids : 2,5 -3,8 Kg • Taille : 50 cm • PC : 35 cm

E. ANNEXES – SOINS POSTNATALS

ANNEXE1 : 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. L'allaitement maternel exclusif est recommandé partout dans le monde parce qu'il augmente les chances de survie du nouveau né. Il aide le nouveau né à croître et à se développer. L'allaitement maternel **exclusif** renforce également les multiples avantages de l'allaitement maternel listés ci-dessus.

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 nouveauxnés 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 réflexe 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**

Il est recommandé que les agents de santé :

- **Donnent à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages de différentes options d'alimentation.**
- **Soutiennent ensuite le choix d'alimentation de la femme.**

Choix d'allaitement possible :

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, et l'allaitement maternel peut durer jusqu'à (12 mois) et la mère doit être sous ARV,
- OU**
- Allaitement maternel modifié :
 - Extraire le lait du sein et le chauffer pour le désinfecter avant de le donner (faire bouillir légèrement, refroidir et donner au nouveau-né à la cuillère) ;
 - Faire téter par une autre femme (une nourrice) qui n'est pas séropositive.

Choix du lait artificiel :

- Nourrir avec le lait artificiel préparé et vendu au marché ;
- Nourrir avec le lait artificiel préparé à la maison.

Vérifier la décision de la mère concernant le mode d'alimentation :

➤ **Si allaitement maternel :**

* **Aussitôt après l'accouchement :**

- Mettre le nouveau-né sur le ventre de sa mère après section du cordon
- Mettre le nouveau-né au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement pour qu'il profite du colostrum.

* **Pendant la surveillance dans les 2 heures :**

- Mettre la mère et l'enfant dans le même lit.
- Montrer à la mère la bonne position du nouveau-né et la bonne prise du sein.
- Apprendre à la mère à allaiter le nouveau-né à la demande.
- Expliquer à la mère qu'il ne faut donner aucune autre boisson ou aliment au nouveau-né que le lait maternel jusqu'à 6 mois, sauf indication médicale.
- Rappeler les risques de transmission du VIH liés à l'allaitement mixte.
- Donner des conseils à la mère pour éviter une infection pendant l'allaitement.
- Donner à la mère la vitamine A, 200 000 UI : une gélule 2 jours de suite dans les 40 jours qui suivent l'accouchement.

* **Avant la sortie de la maternité :**

- Rappeler à la mère les règles de l'allaitement exclusif
- Lui expliquer la conduite à tenir devant certaines situations particulières.

➤ **Si alimentation artificielle :**

* **Aussitôt après l'accouchement :**

- Mettre le nouveau-né sur le ventre de sa mère après section du cordon.

* **Pendant la surveillance dans les 2 heures :**

- Mettre la mère et l'enfant dans le même lit ;
- Donner ou prescrire au besoin à la mère la bromocriptine à la dose de : ½ comprimé 4 fois par jour pendant les premières 48 heures puis 1 comprimé deux fois par jour pendant 13 jours ;
- Rappeler les risques de transmission du VIH liés à l'allaitement mixte ;
- Donner au nouveau-né la vitamine A : le contenu d'une capsule de 50 000 UI ou la moitié d'une capsule de 100 000 UI ;
- Apprendre à la mère comment préparer, administrer et conserver le lait (Cf. Fiche Technique : Alimentation Artificielle).

* **Avant la sortie de la maternité :**

- Insister sur le danger de l'allaitement mixte.
- Rappeler à la mère les règles de l'alimentation artificielle : préparation, administration, conservation (Cf. Fiche technique : Alimentation artificielle).

* **Après la sortie de la maternité :**

Quelque soit le choix de l'alimentation donner rendez-vous à la mère pour :

- Son suivi médical et celui de son enfant.
- La surveillance préventive de son enfant (Cf. Fiche Technique évaluation de l'alimentation du nouveau-né de mère séropositive).

* **Quantité mensuelle de lait suffisante pour un enfant jusqu'à l'âge de 12 mois :**

- Enfant d'un mois : 4 boîtes
- Enfant de 2 mois : 6 boîtes
- Enfant de 3 mois : 7 boîtes
- Enfant de 4 mois : 7 boîtes
- Enfant de 5 mois : 8 boîtes
- Enfant de 6 mois : 8 boîtes
- Enfant de 6 à 12 mois : 20 boîtes

➤ **Alimentation artificielle :****Préparation :****Conditions préalables à une alimentation propre et hygiénique :**

- Toujours se laver les mains avec du savon ou de la cendre avec beaucoup d'eau propre ; paume et dos de la main, entre les doigts et sous les ongles (avoir les ongles coupés).
- Garder les ustensiles à utiliser et la surface sur laquelle on fait les préparations aussi propres que possible.
- Laver les ustensiles avec une éponge et du savon.
- Maintenir les ustensiles couverts pour les protéger contre les insectes et la poussière jusqu'à l'utilisation.
- Faire bouillir l'eau pendant 5 minutes ;
- Mettre l'eau bouillie dans un récipient propre couvert et laisser refroidir.

Quantité d'eau et de lait à donner au nouveau-né :

Age de l'enfant	Quantité d'eau	Quantité de lait	Nombre de repas par jour
1^{ère} semaine	60 ml	2 mesures de lait	6 – 8 repas
1 mois	90 à 120 ml	3 à 4 mesures de lait	6 – 8 repas
2 mois	120 à 150 ml	4 à 5 mesures de lait	6 – 7 repas
3 mois	150 à 180 ml	5 à 6 mesures de lait	6 repas
4 mois	180 à 210 ml	6 à 7 mesures de lait	6 repas
5 mois	210 à 240 ml	7 à 8 mesures de lait	5 repas
6 mois	240 ml	8 mesures de lait	4 repas

N.B :

- Le nouveau-né a besoin d'être régulièrement alimenté, environ 8 fois par jour pendant les deux premiers mois, après ce nombre peut être réduit à 6 fois par jour.
- Les nouveau-nés ont besoin de repas pendant la nuit (surtout pendant les deux premiers mois).

Administration :

L'administration du lait préparé se fait soit avec la tasse ou avec la cuillère :

Comment alimenter à la tasse :

- Le nouveau-né doit être éveillé, bien positionné dans les bras de sa mère, la tête soutenue.
- Mettre un tissu propre sous son menton.
- Tenir la tasse contre les lèvres du nouveau-né et l'incliner jusqu'à ce que le lait atteigne les lèvres du nouveau-né (ne pas appuyer la tasse contre la lèvre inférieure).
- Laisser le nouveau-né boire à son rythme (ne pas verser le lait dans sa bouche).
- Laisser le nouveau-né décider quand s'arrêter.
- Regarder le nouveau-né quand on l'alimente (cela assure le contact social et l'attention de la mère).

Comment alimenter à la cuillère :

- Le nouveau-né doit être éveillé, bien positionné dans les bras de sa mère, la tête légèrement inclinée et soutenue.
- Mettre un tissu propre sous son menton.
- Poser la cuillère sur la langue du nouveau-né et attendre le réflexe de succion.
- Laisser le nouveau-né boire à son rythme (ne pas verser le lait dans sa bouche).
- Laisser le nouveau-né décider quand s'arrêter.
- Regarder le nouveau-né quand on l'alimente (cela assure le contact social et l'attention de la mère).

Conservation :

- Une fois que le lait est préparé, il doit être conservé dans un délai d'une heure.
- La boîte de lait doit être bien fermée et garder dans un endroit sec.
- Une fois que l'enfant finit de boire le reste du lait doit être jeté.

N.B : Habituellement quand le nouveau-né est rassasié, il ferme sa bouche et refuse de boire d'avantage. Parfois, il peut juste vouloir se reposer un peu et se remettre à boire encore. Alors, il faut toujours lui proposer le lait après un premier refus. S'il boit une petite quantité de lait, on peut lui offrir plus de lait au prochain repas, ou avancer le prochain repas.

Instructions pour le sevrage d'un nouveau-né allaité par une mère séropositive

Durée de l'allaitement exclusif : 6 mois

Période de transition :

- Faire la transition sur deux semaines.
- Remplacer progressivement les tétées par d'autres aliments (bouillie légère, lait artificiel, etc.).

A la fin de la période de transition :

Aider la mère à bloquer sa montée laiteuse par :

- L'administration de bromocriptine : ½ comprimé 4 fois par jour pendant 2 jours puis 1 comprimé 2 fois par jour pendant 13 jours.
- L'administration d'aspirine, 3g/jour pendant 2 à 3 jours.
- Des bains froids fréquents.

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 à 48 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 (Cf. Surveillance de la mère et du nouveau né dans les 6 premières 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 48h et s'il a émis les selles avant 24h.

➤ 6^{ème} - 8^{ème} jour :

✓ **Pour la mère:** Idem 2^{ème} - 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 mineurs,
- 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 ;
- 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.
- Prescrire la vitamine A (1 capsule de 200 000 UI) dans les 40 jours qui suivent l'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 périnataux) ;
- Rassurer la femme ;
- Donner le rendez-vous à la femme pour la prochaine consultation ;
- Remercier la femme et lui dire au revoir.

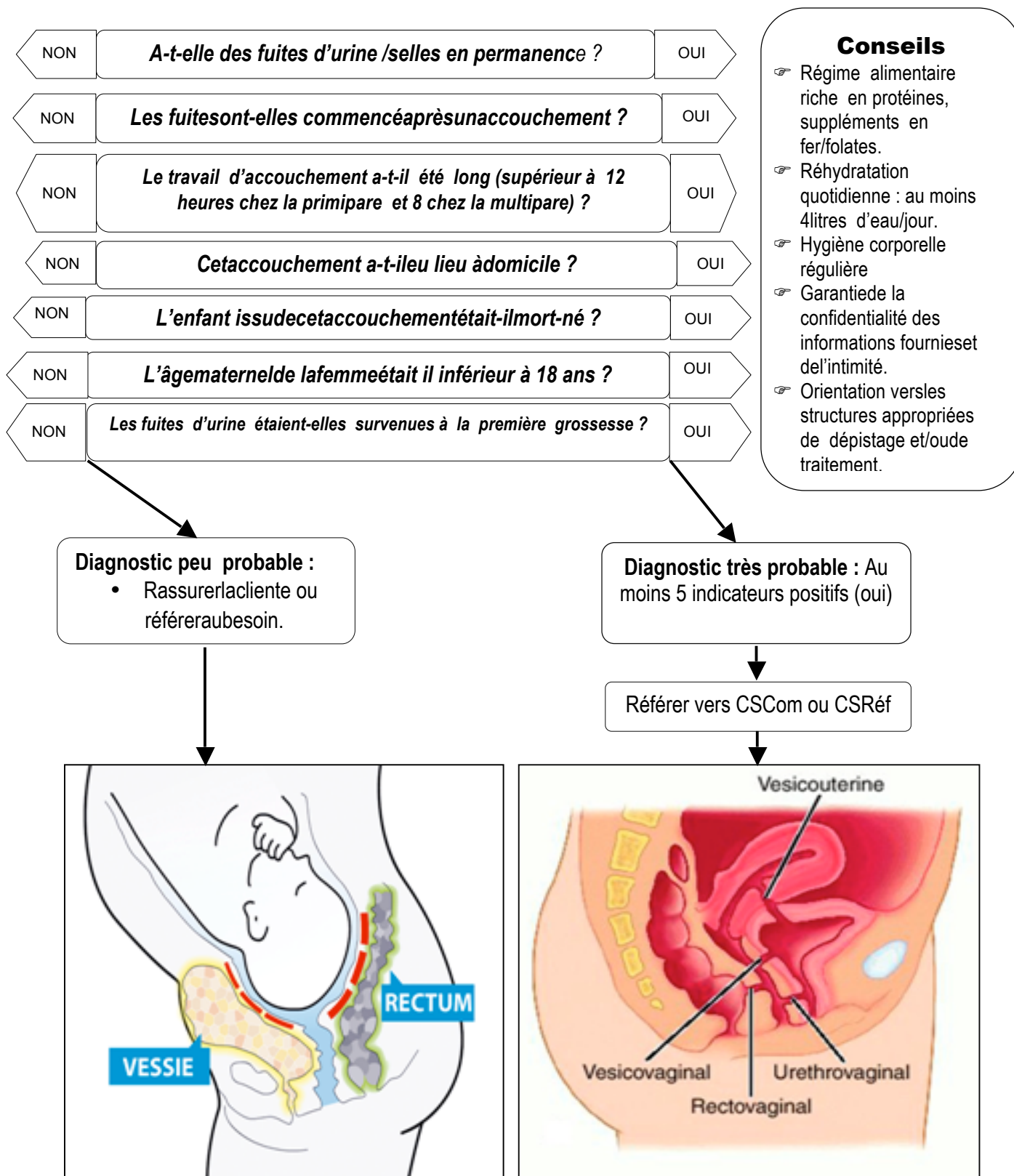
N.B : Donner aux femmes séropositives toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation de l'enfant.

**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 lesCPN.
- 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.

GLOSSAIRE

Aménorrhée	<i>Absence de menstruations.</i>
Anémie	<i>Etat clinique dû a 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>Ecoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une petite quantité est considérée comme normale.</i>
Ménorragie	<i>Saignement anormal prolongeant les règles</i> <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 gravis.</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 Division Santé de la Reproduction/Direction Nationale de la Santé/Ministère de la Santé - 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? _____

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
1.	M ^{me} KEITA Oumou KEITA	Ass. Med. Point focal PF/Genre	DNS/DSR	66 79 71 82 74 13 66 88	keitaoumou05@yahoo.fr
2.	M ^{me} DIALLO Rokia DIAKITE	Ass. Med. Chargée PF/Genre	DNS/DSR	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
3.	D ^r Mahamadou TRAORE	Point focal césarienne	DNS/DSR	66 76 19 78	traormahamadou@yahoo.fr
4.	D ^r Safoura TRAORE	Conseillère PF	PKC	76 16 53 01	safoura.traore@co.care.org
5.	Oumou Modibo DIABATE	ODFC	DNP/MEFB	76 30 71 67	diabateoumou@yahoo.fr
6.	D ^r Gniéléba TRAORE	Inspecteur Santé	Inspection de la Santé	76 48 96 91	gneleba@yahoo.fr
7.	D ^r KEITA Fadima	Conseillère en Santé	GP/SP	66 78 44 93	fadimak1@htmail.fr
8.	M ^{me} DIARRA Haoua OUATTARA	Chargée Programme SAJ	DSR/DNS	66 73 06 11	mah_ouatt@yahoo.fr
9.	D ^r Fatalmoudou TOURE SIMBARA	Médecin	ASDAP	66 73 17 81	asdap@asdapmah.org
10.	DIALLO Mariam KONE	Chargée de formation	Projet jeunes	76 41 44 00	konemane2000@yahoo.fr
11.	M ^{me} CISSE Moussokoro SOULAKE	Chef section formation	DNPF/MFPFE	76 45 73 55	msoulake2@yahoo.fr
12.	Fanta T. DIOP	Délégué Santé	C R F	72 02 89 74	croix-rouge.fr
13.	D ^r SANOGO Abdoulaye	Médecin SR	DRS/Tbouctou	74 06 20 87	drsab@yahoo.fr
14.	Sékou Oumar SAMAKE	Chef CPDS	DNPSES	75 31 34 37	sekouset@yahoo.fr
15.	D ^r Lassana KEITA	PNLT/DNS	DNS	66 71 10 93	lassanakeita970@yahoo.fr
16.	D ^r DIALLO Absfatou N'DIAYE	Chef DSC	INRSP	66 85 97 45	absatoudiaye@hotmail.com
17.	BOUARE Fatoumata KONE	Chef de section D.P.E	DNPFEF	76 36 46 03	k.bouafsatou@gmail.com
18.	M ^{me} DIABATE Fati BOCOUM	Chargée PS	ANEH	76 41 04 11	fatialy@yahoo.fr
19.	D ^r Tinzié GOITA	Médecin SR	DRS/Sikasso	76 05 17 02	tinzgoita@yahoo.fr
20.	Yacouba M. DICKO	Assistant Médical	DNS/DPLM	66 87 84 65	dickoyacou@yahoo.fr
21.	DOUMBIA Issa	Gestionnaire des S. Santé	DRH-SSDS	76 47 41 65	issafa2011@yahoo.fr
22.	Mamadou CAMARA	Chargé Hygiène Hospitalière	DNS/DHPS	76 04 41 74	madoucamara_1@yahoo.fr
23.	D ^r MBAYE Bambi BA	Médecin	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
24.	TRAORE Fatoumata Mary	Chef de Div. Solidarité Action Humanitaire	DNDS	76 49 55 17	dedemarydnds@yahoo.fr
25.	D ^r SIDIBE Aminata O. TOURE	Pédiatre	DNS/DSR	65 84 76 37	amintas210@yahoo.fr
26.	Mamadou CAMARA	Commissaire aux comptes	Fenascom	66 78 63 61	fenascom@yahoo.fr
27.	M ^{me} KEITA Fatimata TOURE	Assistante Médicale	DNS/DSR	74 58 41 88	tour-fatmata@yahoo.fr
28.	M ^{me} SIDIBE Haby SOW	Assistante Médicale	DNS/DN	66 71 52 31	habygsow@yahoo.fr
29.	D ^r Moussa GUINDO	Médecin	DNS/Sté Scolaire	66 72 36 78/ 79 19 70 39	mguindoxxxx2004@yahoo.fr
30.	P ^r Zanafon OUATTARA	Urologue	CHU/GT	76 42 49 34	zanafonouattara@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
31.	D ^r Tiguida SISSOKO	Pt Focal PTME	DNS/DSR	76 21 90 55	tigui74@yahoo.fr
32.	D ^r SANGARE Assétou MAGUIRAGA	Responsable PF/VIH	CSLS/MS	66 71 84 83	asmaguiraga@yahoo.fr
33.	Pr TEMBELY Aly	Chirurgien Urologue	CHU/Pt G	66 73 74 33	liatembely@yahoo.fr
34.	D ^r Marguerite DEMBELE	Chef Section SAJ	DNS/DSR	76 44 22 29	coulmarguerite@yahoo.fr
35.	Séckou DIARRA	Chargé RH/FC	DNS/Unité	76 47 51 36	seckoudiarra@yahoo.fr
36.	Oumar GUINDO	Informaticien	DNS	76 18 27 95	barouguindo@yahoo.fr
37.	D ^r Baboua TRAORE	Médecin	CADD	66 71 10 48	babouatraore58@yahoo.fr
38.	D ^r SIDIBE F. Maguiraga	CDA/SE	CNIECS	76 04 97 63	fatoumeg@yahoo.fr
39.	D ^r Amadou DIA	Medecin	CREDOS	66 72 46 47	docteurdia@gmail.com
40.	TOURE Halimatou TRAORE	Assistante Médicale	DRS/Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
41.	D ^r Marie Léa DAKOUO BERTHE	Gynécologue	PSI/Mali	76 41 76 ...	mldakouo@psimali.org
42.	D ^r KALLE Safiatou	Gynécologue	CH Luxembourg	66 76 28 02	safiatoukalle@yahoo.fr
43.	M ^{me} SIDIBE Rokia BENGALY	Chargée SR	DRS/Ségou	66 82 42 92	rokiabengaly@yahoo.fr
44.	M ^{me} DIALLO Kadiatou DEMBELE	Chargé SR	DRS/Mopti	66 79 18 72	kadidiadembele2077@yahoo.fr
45.	Boubacar GUINDO	Chef de Projet	ONG - Santé Diabète	76 30 45 62	b.guindo@santédiabète
46.	Ibrahim NIATAO	Responsable Médical	ONGSanté Diabète		ibniatao@gmail.com
47.	D ^r KEITA Mamadou	Gynécologie		66 73 83 06	mamadou@yahoo.fr
48.	Mme DICKO Fatoumata MAIGA	DGA	INFSS	66 74 96 42	fsdicho@yahoo.fr
49.	Diakaria KONATE	Chef de Service	CNTS	76 26 11 05	diakaridia_k65@yahoo.fr
50.	D ^r TEGUETE Ibrahima	Gynécologie	CHU HGT	66 76 25 22	teguetibra@yahoo.fr
51.	D ^r Brahima MALLE		CHU/PG	78 45 07 18	malleb1@yahoo.fr
52.	D ^r TOURE Moustapha	Gynécologie	Hôpital du Mali	76 30 66 15	mtouregrendhi@yahoo.fr
53.	D ^r Zoumana DIAKITE	Gynécologie	GMM	66 72 70 89	
54.	D ^r KEITA Nadouba	Médecin	CPS/Santé	76 49 05 73	nadoubak@yahoo.fr
55.	M ^{me} KONATE Ramata FOMBA	Conseiller en SR/PF	ATN/PLUS	66 79 55 68	rkonate@atnsante.or
56.	D ^r Bassy KONATE	Médecin	Croix Rouge Malienne	76 17 24 40	bassykonate@yahoo.fr
57.	D ^r Ballan MACALOU	Gynécologie	Hôpital de Kayes	65 55 71 97	dr.balmac@yahoo.fr
58.	D ^r SYLLA Mala	Gynécologie	Hôpital Sikasso	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
59.	SANGARE Aissata	PF SONU	DRS/Kayes	62 48 41 98	sangaraissata@yahoo.fr
60.	Mme Fanta COULIBALY	Chargée Communication	DNS/DSR	66 72 98 15	Coul_tim@yahoo.fr
61.	D ^r SIDIBE Bintou Tine TRAORE	Chef de Section	DNS/DSR	66 95 66 28	tinetrarore@sante.gov.ml
62.	D ^r KOREISSI Mariam	Médecin	CRLD	76 43 20 18	kocissimariam@yahoo.fr
63.	M ^{me} CISSE Mariam	Sage femme	CNOSF	76 47 35 55	ongilam@yahoo.fr
64.	D ^r KANE Famakan	Gynécologie	HSD/Mopti	76 30 86 78	kanef12@yahoo.fr
65.	D ^r KOKAINA Chaka	Gynécologie	HNF/Ségou	79 37 59 72	chakakokaina@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
66.	D ^r Bakary KONATE	Charge PF	DRS/KKRO	76 02 68 79	drkkoro@yahoo.fr
67.	D ^r LY Madani	Gynécologie	CHU/PG	78 77 19 90	madanily@sante.gov.ml
68.	Haoua DIALLO	Sage-femme		66 72 79 49	dialloms@yahoo.fr
69.	M ^{me} KANE Fatimata KANE	Directrice Nationale	FCI	66 78 07 41	fkane@fcimail.org
70.	D ^r BAH Diaminatou SOW	DSC	MSI	73 48 18 76	diaminatou@msimali.ort
71.	P ^r Toumani SIDIBE	Pédiatre	CHU/GT	76 44 46 67	stoumani2012@yahoo.fr
72.	D ^r Sidiki KOKAINA	Médecin	DNS/DSR	66 79 16 07	skokaina66@yahoo.fr
73.	D ^r Daouda Makan TOURE	Pharmacie	DPM	76 01 24 45	touredaoudamakan@yahoo.fr
74.	D ^r SANE D'DIAYE MARIKO	Médecin	AMPPF	76 43 56 94	sanemali@yahoo.fr
75.	D ^r DICKO Aissatan	Médecin	DNS/DN	79 29 40 55	aissatayleali@yahoo.fr
76.	P ^r MAIGA Bouraïma	Chef Service	CHU/PG	66 78 25 28	dr.maiga@gmail.com
77.	D ^r Timothée GANDAHO	Directeur	ATN/Plus	76 24 82 40	tgandaho@atnsante.org
78.	Aphou Salle KONE	Radio	Hôpital Mali	66 73 25 29	aphousalle@yahoo.fr
79.	D ^r OUATTARA Aichata DIAKITE	Médecin	CNOM	66 74 70 63	aichata93@yahoo.fr
80.	D ^r TRAORE Diakalia	Médecin	CNAM	78 85 39 18	diack2@hotmail.com
81.	D ^r DIALLO Absatou N'DIAYE	Chef DSC	INRSP	66 85 97 45	abstoundiaye@hotmail.com
82.	Doudey MAIGA	Consultant OMD 5	Ambassade de Pays Bas	76 22 13 00	baracdmaiga@gmail.com
83.	D ^r Binta KEITA	Gynécologue	DNS/DSR	66 73 14 14	bintakeita00@yahoo.fr
84.	D ^r BAH Hamadoun	Médecin	DNS/DESR	73 33 45 22	50_hamadoun@yahoo.fr
85.	D ^r Yacouba SANGARE	CDS	DRS/Sikasso	76 08 22 04	yacousangare@yahoo.fr
86.	Mamadou KOITE	Chauffeur	DRS/Kayes		
87.	Abdoulaye DJIMDE	Chauffeur	DRS/Mopti	76 03 17 07	
88.	Ibrahim TRAORE	Chauffeur	DRS/Ségou	76 08 22 02	
89.	Allasane DEMBELE	Chauffeur	DRS/Sikasso		
90.	Malick KONE	Chauffeur	DNS/DRS	65 56 69 31	
91.	Mme CISSE AMI BAH	AS Med	DNS/DSR	76 48 08 48	nah_bahami@yahoo.fr
92.	Sirantou WAGUE	AS Med	DNS/DSR	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
93.	Sira Fiy SISSOKO	Inspecteur du Trésor	DAF/Santé	76 02 00 27	sirfils@yahoo.fr
94.	D ^r PLES Bourima	DRS	DPSS	66 72 67 13	plesborma@yahoo.fr
95.	D ^r TOGO Boubacar	Pédiatre	CHU/GT	66 74 29 04	togoboubacar2000@yahoo.fr
96.	D ^r Noukoum KONE	DNAS	DNS	66 72 39 07	nkone63@yahoo.fr
97.	D ^r Chekina TOUKARA	DRS	Kidal	66 91 27 71	chekinads@yahoo.fr
98.	D ^r Abdou DOUMBIA	CNOP	SKO	66 73 39 09	conopophrmacienidia@yahoo.fr
99.	P ^r Dafa DIALLO	Hématologue	FMPOS	66 75 37 02	dadiallo@icermali.org
100.	P ^r Amadou DOLO	Gynécologie	CHU/GT	66 75 02 95	adolo@afribonemali.net
101.	D ^r BORE, Saran DIAKITE	Chef DSR	DNS/DSR	66 47 36 75	saranbore66@gmail.com
102.	M. Saidou COULIBALY	Informaticien	Personne ressource	73 82 76 56	coulibaly_saidou@yahoo.fr

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

-  Procédures des services de santé de la reproduction. *Mars 2000* – Ministère de la Santé.
-  Politiques et Normes des services de santé de la reproduction. *Mars 2000* – Ministère de la Santé.
-  Protocole des services de santé familiale. Composante Santé de la mère ; Ministère de la santé publique ; DSF ; Bénin. *Novembre 2002*.
-  Protocole des services de santé familiale.; Ministère de la santé publique ; DSF/SFPS ; Togo. *2001*.
-  Soins Essentiels au nouveau né ; SNL/Save the Children - USA ;*2003*.
-  Algorithmes de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Projet EMOC/Save the Children -*2003*
-  Standards de qualité en prévention et prise en charge de la fistule obstétricale au Mali -février 2012