



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**MANUEL DES SOINS OBSTÉTRICAUX
D'URGENCES ET DE PRÉVENTION DE LA
FISTULE OBSTÉTRICALE**



I- INTRODUCTION

Dans les Pays en Voie de Développement, les taux de mortalité maternelle et néonatale sont très élevés et la plus part de ces décès maternels sont évitables. Quand certaines de ces femmes échappent à la mort, elles peuvent être victimes d'invalidités ou d'infirmités à vie dont l'une des plus importantes en terme de répercussions sociales est la fistule Obstétricale.

La fistule obstétricale (FO) se définit comme « une perforation de la paroi vaginale qui communique avec la vessie et/ou le rectum à la suite d'un travail d'accouchement long et difficile » avec comme conséquence une perte incontrôlée des urines ou des matières fécales par le vagin engendrant ainsi une souffrance physique, morale, psychologique et sociale .

La fistule Obstétricale est répandue dans les pays en voie de développement ou il y a une défaillance notoire des services de santé. Elle touche environ deux millions de personnes à travers le monde et les zones les plus touchées sont : l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et certains Etats arabes.

Au Mali, deux études ont été menées en 2003 dans les structures de prise en charge médicale (hôpital national du Point G et l'EPH de Mopti). Malgré que son ampleur n'est pas assez connu sur l'ensemble du territoire, on l'estime à plus de 600 nouveaux cas /an devenant ainsi un véritable problème de santé publique dans notre pays.

Pour faire face à ce fléau social et répondre au mieux aux besoins des femmes victimes des FO ; le gouvernement du Mali a décidé d'élaborer une stratégie nationale de prévention et de prise en charge des FO dont l'atelier de validation a eu lieu en janvier 2009 à Selingué. Cette stratégie nationale s'inspire de celle de la campagne mondiale lancée en 2003 « En finir avec la Fistule » et de la région africaine de prévention des FO lancée en Mars 2005 grâce à l'appui financier et technique de l'UNFPA.

Fistula care est un projet financé par le congrès américain et exécuté au Mali par IntraHealth. Sa zone d'intervention prioritaire est la région de Gao ; mais apporte des appuis ponctuels aux hôpitaux du point G, Ségou et Mopti. Son objectif principal est de réduire l'impact des fistules obstétricales sur l'état de santé des femmes par la promotion des conseils préventifs et la prise en charge curative des cas diagnostiqués.

Pour atteindre cet objectif de nombreuses stratégies ont été mise en place dont l'une des plus importantes est l'élaboration des modules de formation sur les FO à l'intention des prestataires de santé.

L'élaboration du travail s'est effectuée en quatre phases

1- L'identification des besoins et /ou des insuffisances :

Cette phase a été essentielle dans l'élaboration du manuel de formation. Elle a été réalisée grâce aux visites de terrain effectuées par l'équipe d'IntraHealth Mali et les échanges /discussions avec l'ensemble des acteurs impliqués lors du processus de validation de la stratégie nationale de prévention et de prise en charge des FO au Mali .Il ressort de cette analyse de situation que la majorité des accouchements est assuré par le premier échelon de la pyramide sanitaire (Cscm) dont le personnel de suivi de grossesse et d'accouchement n'est pas qualifié dans la majorité des cas. A ceci, il faut ajouter :

- Insuffisances dans la formation de base des prestataires de santé dans le domaine des soins obstétricaux et néonataux d'urgence(SOU).
- Non maîtrise du partogramme pour la surveillance de l'accouchement
- Insuffisances des actions de promotion de la santé de la reproduction au niveau communautaire et des ménages
- Sous équipement des structures de santé dans le domaine SOU
- Insuffisance dans la coordination des prestataires et dans le système de référence -évacuation

2- L'élaboration des objectifs d'apprentissage

Elle a consisté à spécifier les aptitudes et connaissances essentielles et à déterminer l'objectif à atteindre pour chaque besoin et/ou insuffisance identifiés.

3- La méthodologie de formation

C'est l'ensemble des voies et moyens pour transmettre les connaissances et/ou compétences de façon adéquate, simple, claire, efficace et à moindre coût ; si possible dans un contexte de ressources financières limitées.

4. Le développement des cours

Le contenu optimal pour chaque thème retenu compatible avec le niveau de connaissance d'un technicien de santé en formation continue ; mais adaptés aux réalités du terrain.

DRAFT

Liste des abréviations

| | |
|-------|---|
| AEG | Altération de l'Etat Général |
| ATR | Accoucheuse Traditionnelle Recyclée |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| CIPD | Conférence Internationale sur la Population et le Développement |
| COC | Contraceptifs Oraux Combinés |
| COP | Contraceptifs Oraux Progestatifs |
| CSCOM | Centre de Santé Communautaire |
| CU | Contraception D'Urgence |
| DHN | Désinfection de Haut Niveau |
| DIU | Dispositif Intra Utérin |
| FIGO | Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique |
| FRV | Fistule Recto Vaginale |
| IEC | Information – Éducation et Communication |
| FVV | Fistules vésico vaginale |
| GATPA | Gestion Active de Troisième Période de l'Accouchement |
| GEU | Grossesse Extra Utérine |
| HPP | Hémorragie du postpartum |
| HTA | Hypertension artérielle |
| HU | Hauteur utérine |
| IM | Intra musculaire |
| IV | Intra veineuse |
| MAMA | Méthode d'Aménorrhée Maternelle et d'Allaitement |
| MJF | Méthodes de Jours Fixes |
| MST | Maladies Sexuellement Transmissibles |

| | |
|-------|--|
| PF | Planification Familiale |
| PFE | Pratiques familiales essentielles |
| PHPP | Prévention de l'hémorragie du postpartum |
| PNP | Politiques, Normes et procédures |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience Acquise |
| TA | Tension Artérielle |
| TCC | Traction contrôlée du cordon |
| TPA | Troisième période de l'accouchement |
| UI | Unité internationale |
| USAID | United States Agency for International Development |
| VAD | Visite A Domicile |
| VIH | Virus d'immunodéficience Humaine |

Chapitre. I : Comprendre la fistule obstétricale

Objectif général

Renforcer le niveau de compétence des prestataires de santé dans la prévention des fistules obstétricales.

Objectifs spécifiques

1. Définir la fistule obstétricale
2. Décrire l'étiopathogénie de la fistule obstétricale
3. Expliquer les facteurs favorisant les FO
4. Décrire les signes cliniques d'une fistule vésico-vaginale
5. Décrire les différents types de fistules obstétricales
6. Expliquer le pronostic des FO
7. Décrire les conséquences de la fistule obstétricale.
8. Décrire les stratégies de prévention des fistules obstétricales.
9. CAT devant une fistule obstétricale

1. Définition

La fistule obstétricale est la constitution d'une communication anormale (fistule) entre la vessie et le vagin (fistule vesico-vaginale) ou entre le vagin et le rectum (fistule vagino-rectale) ou entre les trois organes (vésico-vagino rectal) survenant à la suite d'un travail d'accouchement long et difficile.

2. Intérêt en santé publique

La fistule obstétricale est le témoin de l'absence, de la médiocrité, ou de l'inaccessibilité à l'aide Obstétricale qualifiée. L'analphabétisme et l'insuffisance d'information au niveau communautaire sont également des causes majeures. La FVV est l'une des principales causes d'infirmité de la jeune femme surtout en milieu rural dans les pays en voie de développement **médicalement sous équipés**. Elle va la priver de ce qu'il y a de plus cher : la possibilité de mener une vie sexuelle, de procréer et de vivre en société.

La fistule Obstétricale est répandue dans les pays en voie de développement ou il y a une défaillance notoire des services de santé. Elle touche environs deux millions de personnes à travers le monde et les zones les plus touchées sont : l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et certains Etats arabes. Selon l'OMS, son incidence annuelle est estimée entre 50.000 et 100.000 cas.

En Afrique de l'Ouest on estime que sur 1000 accouchements 3 à 4 accouchements finissent par une fistule obstétricale.

Au Mali il n'existe pas des statistiques officielles nationales, mais les études réalisées dans les structures de prise en charge médicale montrent qu'elle constitue un véritable fléau social.

Dans le Service d'Urologie du Pr Kalilou Ouattara (Hôpital du Point G): 3/5 femmes consultent pour FVV; plus de 100 nouveaux cas par an et elle représente 15 % de l'activité chirurgicale.

Toutes ces études ont montré que sa prévalence est surtout élevée dans les zones où certaines conditions défavorables sont réunies à savoir :

- Le bas niveau socio-économique et éducatif des femmes
- Le mariage précoce
- l'aide obstétricale à l'accouchement faible
- Les pratiques néfastes telles les mutilations génitales
- Faible accessibilité des populations aux services de santé.

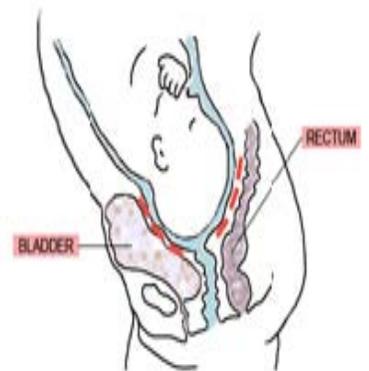
Cependant l'espoir est permis car tous ces facteurs sont évitables par une implication indéfectible des autorités politiques, des leaders d'opinion et la formation accrue des prestataires de santé à tous les niveaux en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

3. Etiopathogenie des fistules obstétricales

En Afrique la fistule obstétricale est presque toujours la conséquence d'un accouchement difficile et prolongé dans un lieu généralement dépourvu de plateau technique adéquat et surtout de personnel qualifié.

Lors d'un accouchement prolongé ou bloqué:

- Hyperpression constante de la tête de l'enfant contre le pelvis de la mère.
- Blocage de la circulation du sang des tissus mous de la vessie ou du vagin ou rectum.
- Nécrose ischémique des parois des organes pelviens.
- Détachement de ses tissus nécrosés entraînent des fistules



Cependant un accouchement trop expéditif peut déchirer le col utérin jusqu'à la base vésicale créant en conséquence une FVV.

Selon MONSEUR, la distension vésicale prolongée est l'élément déterminant de la nécrose de la paroi vésicale d'autant plus qu'elle est

aggravée par le fait que les accoucheuses traditionnelles demandent aux parturientes de boire beaucoup d'eau. La paroi vésicale est soumise à deux forces opposées/ celle de la présentation bloquée et la pression hydraulique de l'urine en rétention.

4. Facteurs favorisants

Les principaux facteurs favorisants les FO sont :

- Mariage précoce: âge moins de 18 ans.
- Faible niveau éducatif.
- Taille de moins 1m50
- Pratiques néfastes telles que l'excision
- Grande multiparité
- Inaccessibilité aux soins: faible taux de CPN et des accouchements assistés.
- Recours tardifs aux soins.
- Erreurs médicales : césarienne; forceps , hystérectomie.

5. DIAGNOSTIC

Il se fait essentiellement par l'examen clinique de la patiente. Les différents éléments à rechercher sont :

a. Interrogatoire

- ☞ Femme jeune
- ☞ Motif de consultation un écoulement incontrôlé des urines
- ☞ Odeur ammoniacale caractéristique très évocatrice.
- ☞ Antécédent d'accouchement difficile.
- ☞ Autres signes : aménorrhée, dysménorrhée, hématurie.

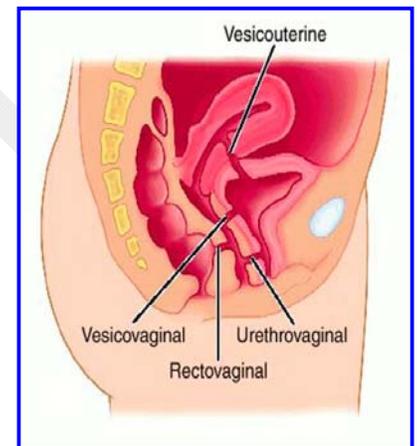
b. Examen physique

Il se fait après toilette locale et en position gynécologique. Il consiste à l'introduction d'un biquet permettant d'apprécier l'urètre borgne ou perméable.

6. Les différents types de fistules

Il existe de façon générale quatre types de fistules obstétricales qui sont :

- Communication entre la vessie et le vagin : fistule vesico-vaginale (FVV) ;
- Communication entre le rectum et le vagin : fistule recto-vaginale (FRV) ;
- Communication entre la vessie et l'utérus ;
- Communication entre l'urètre et le vagin.



7. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- L'incontinence urinaire n'est pas toujours due à une fistule. Cependant toutes les fistules urogénitales en rapport avec l'accouchement spontané ou non (iatrogènes), de par leurs conséquences, la perte des urines posent le même problème.

8. PRONOSTIC

- ☞ Guérison spontanée peu probable cependant possible (pose précoce de sonde à demeure).
- ☞ Sans traitement chirurgical l'évolution va généralement vers des complications infectieuses et anatomiques (macération, sclérose et rétrécissement du vagin)
- ☞ Sous traitement médical la guérison est possible selon le type de fistule et le siège de la fistule. Certaines fistules nécessitent plusieurs interventions chirurgicales

9. Conséquences

Incapable de rester sèches, beaucoup de femmes souffrent l'humiliation constante de dégager une odeur d'urine et/ou d'excréments. Il peut aussi leur être difficile de marcher parce que les nerfs des membres inférieurs sont atteints. Les conséquences qui en résultent sont fatales pour la femme qui, non seulement perd son bébé mais aussi sa dignité. Il s'agit :

- Marginalisation et l'isolement
- Abandon par son mari voir le divorce
- Réduction du temps de travail et de son pouvoir d'achat.
- Exclusion religieuse.
- Traumatisme psychologique

D'autre part, non traitée, la fistule peut causer de nombreux ulcères et infections, maladie rénale voire mort. Certaines femmes boivent le moins possible pour éviter les fuites d'urine et ainsi se déshydratent. Ces répercussions médicales conjuguées aux problèmes socio-économiques, contribuent souvent au déclin de leur santé et de leur bien-être.

10. Prévention des FO

La priorité et le but ultime de toutes les politiques nationales de lutte contre les fistules est son élimination totale « En finir avec la fistule ».

10.1 Prévention Primaire

- Alphabétisation *et la scolarisation des enfants*
- Amélioration des conditions de vie des populations en réduisant la pauvreté
- Information et sensibilisation des populations sur les causes et conséquences des FO
- Engagement fort des leaders administratifs, politiques, religieux, communautaires dans la lutte contre les mariages précoces et les mutilations sexuelles.

- Renforcement des compétences des prestataires de santé en SONU à tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire.
- Renforcement des capacités des structures de santé (ressources humaines et matérielles)
- Amélioration de l'accessibilité des structures de santé aux populations

10.2 Gestes essentiels pour prévenir une FO par un prestataire de santé

- chez une femme en travail : Vider la vessie et le rectum de façon régulière.
- la surveillance régulière de l'accouchement à l'aide d'un partogramme
- En cas de problème savoir évacuer à temps.

11. Traitement

- Le traitement est avant tout chirurgical par des chirurgiens formés en la matière.

Chapitre. II : Prévention des infections

OBJECTIF GENERAL

A la fin de la session, l'étudiant doit être capable de prévenir les infections.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Savoir

- 1 - Définir les différentes techniques de prévention des infections.
- 2 - Décrire la technique de prévention de l'infection
- 3 - Décrire le matériel et les règles de prévention de l'infection
- 4 - Décrire la technique de décontamination des instruments médicaux
- 5 - Décrire la technique d'élimination des déchets médicaux.

Savoir faire

- 1 - Se laver correctement les mains
- 2 - Porter les matériels de protection
- 3 - Préparer une solution de décontamination
- 4 - Faire la décontamination des instruments
- 5 - Faire les différentes techniques de désinfection
- 6 - Éliminer correctement les déchets biomédicaux selon leur nature

Savoir être

- 1 - Informer, éduquer et communiquer pour le changement de comportement
- 2 - Prodiguer des conseils et réassurer le personnel sanitaire, les patients ou leurs familles.

I. GENERALITES

Il est essentiel que les services de prestation de prévention soient assurés dans un environnement salubre, quelque soient la taille et l'emplacement du local. La prévention est l'une des marques de qualité des soins de santé qu'elle soit le niveau de la pyramide sanitaire. Le choix des produits efficaces et moins coûteux permet de réduire la transmission de beaucoup de maladies aussi bien chez la cliente qu'au personnel soignant. Plusieurs termes opérationnels sont utilisés :

- L'asepsie : ce sont les techniques ou les mesures qui empêchent la pénétration des micro-organismes dans une partie du corps où ils peuvent déclencher une infection.
- L'antisepsie ou désinfection : consiste à prévenir l'infection en détruisant ou inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sous peau ou les autres tissus du corps.
- La décontamination : c'est le procédé qui rend les objets moins dangereux à manipuler par le personnel, notamment le personnel d'entretien avant le nettoyage. Ces objets comprennent les surfaces importantes (tables d'examen gynécologique ou d'opération chirurgicale), les instruments chirurgicaux et le linge.
- Le nettoyage : c'est l'opération qui consiste à enlever physiquement tout le sang, les liquides organiques ou autre corps étranger visible à l'œil nu présents sur la peau ou des objets inanimés.

II. DIFFERENTES TECHNIQUES DE PREVENTION DES INFECTIONS

- Lavage des mains : elle est la mesure la plus important en matière prévention des infections. Elle doit se faire avant et après chaque examen. Il existe deux types de lavage : le courant qui dure 15 à 30 secondes et le chirurgical qui dure 3 à 5 mn. Le matériel utilisé

comprend : récipient contenant de l'eau courante, un savon (liquide de préférence et si possible), une serviette ou linge individuel propre et sec, des brosses douces et produits antiseptiques (les deux derniers sont pour les actes chirurgicaux)

- Lavage des zones d'intervention (point d'infection ou d'intervention).

- Utilisation des barrières physiques : le matériel utilisé généralement comprend : les gants (ménage, examen clinique, acte chirurgical), les blouses, les tabliers, les masques, les bottes et les coiffes. Le traitement du matériel qui comprend 4 étapes :

- la décontamination : elle dure 10 mn généralement et le produit couramment utilisé est l'eau de Javel en solution chlorée de 0,5% recommandée par l'OMS. La solution chlorée concentrée est exprimée en % ou en degrés (ex. 12°) doit être préparée par dilution en ajoutant de l'eau.

- Préparer une solution chlorée diluée à 0,5% à partir d'une solution chlorée concentrée (Eau de Javel). Le nombre de parts d'eau à ajouter à chaque part de concentré d'Eau de Javel exprimé en % :

- Multiplier par 2 la concentration exprimée en % (écrit sur le flacon) et soustraire du total le chiffre 1. Par exemple : préparer une solution chlorée à 0,5% à partir d'Eau de Javel concentrée à 5% : Calculer le nombre de parts d'eau : $(5 \times 2) - 1 = 9$ parts.

- On devrait ainsi prendre une part d'Eau de Javel et ajouter 9 parts d'eau propre.

- Préparer une solution chlorée diluée à 0,5% à partir d'un concentré d'Eau de Javel exprimé en degrés (cas du marché au Mali). Le nombre de parts d'eau à mélanger avec le concentré d'Eau de Javel : Multiplier par 0,6 le nombre exprimé en degrés écrit sur le flacon et soustraire 1 du total.

- Par exemple : Préparer une solution chlorée à 0,5% à partir d'Eau de Javel à 12°. Calculer le nombre de parts d'eau ($12 \times 0,6$) - $1 = 6,2$, soit 6 parts. Il faudra donc prendre 1 part de la solution chlorée concentrée et ajouter 6 parts d'eau propre.
- La décontamination consiste donc à prolonger doucement et immerger complètement les objets utilisés dans une solution chlorée à 0,5% fraîchement préparée et les laisser dans la solution pendant 10 minutes.
- Retirer ensuite les objets décontaminés après 10 minutes et les plonger dans l'eau savonneuse. C'est le nettoyage et le lavage qui commence.
- Le lavage et le nettoyage permettant d'éliminer surtout les matières organiques qui couvrent le matériel, mais à condition de les démonter complètement. On utilise le plus souvent de l'eau savonneuse, une éponge et une brosse.
- Il faut rincer à l'eau les objets plongés dans l'eau savonneuse pour enlever toutes traces de sang ou de liquide organique. Frotter les instruments avec une brosse en le tenant sous l'eau pour éviter des éclaboussures. Rincer à nouveau avec de l'eau propre pour éviter toute trace de détergent. Sécher à l'air libre ou essuyer avec une serviette propre.
- Désinfection : Plusieurs procédés sont possibles selon le niveau des soins et la compétence du personnel. Parmi eux, on peut citer : la désinfection par ébullition, à vapeur, par produits chimiques (alcool à 60 ou 90 degré, le chlore à 0,1%) et la stérilisation physique ou chimique.



III. ELIMINATION DES DECHETS

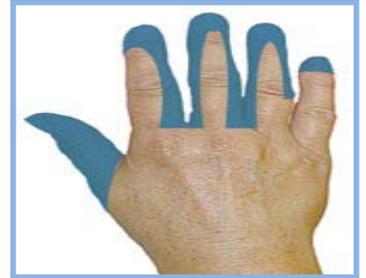
Elle a un triple objectif : éviter la transmission des infections au personnel clinique, à la communauté locale et protéger ceux qui les manipulent. Ses déchets peuvent être médicaux ou ménagers dont infectieux ou pas. Pour leur manipulation, il y a une procédure réglementaire à respecter : le port des gants, le tri des déchets selon leur nature et le degré de risque (les articles tranchants ou pointus dans un récipient fermé qui ne peut pas se trouer et les liquides dans un drainage ou dans les toilettes avec chasse d'eau), brûler et enterrer les déchets solides contaminés et laver les mains, les gants et récipients après utilisation.

ETAPES DE LAVAGE DES MAINS

- 1- Mouillez les mains à l'eau tiède. Pour les activités courantes, appliquez du savon régulier en quantité suffisante (savon liquide si possible) et faites mousser; le savon antibactérien doit être réservé à des usages spécifiques.
- 2- Frottez le bout des doigts
- 3- Frottez les mains, paume contre paume.
- 4- Entrelacez les doigts et frottez.
- 5- Frottez en alternance le dos d'une main avec la paume de l'autre.
- 6- Encerchez les pouces avec la main opposée et frottez.
- 7- Frottez chacun des poignets.
- 8- Rincez en vous assurant d'enlever toute trace de savon.
- 9- Asséchez bien les mains en tapotant avec du papier.
- 10- Fermez le robinet avec le papier pour éviter de contaminer vos mains de nouveau. Jetez le papier à la poubelle.

N.B : Prévention des Infections: Gardez les ongles courts sans vernis et ne portez ni ongles artificiels, ni bijoux.

Durée (étapes 2 à 7) : Une grande partie de l'efficacité du lavage est liée à l'action mécanique du frottement. La durée totale des étapes 2 à 7 doit être d'au moins 10 à 15 secondes, et plus si les mains sont visiblement souillées



ZONES SOUVENT OUBLIEES LORS DU LAVAGE DES MAIN

FICHE III : LES TECHNIQUES DE LAVAGE ET DE LA DESINFECTION DES MAINS

| | Lavage simple des mains | Désinfection hygiénique des mains | | Désinfection chirurgicale des mains | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | Lavage antiseptique (ou hygiénique) des mains | Antiseptie simple des mains | Lavage chirurgical des mains | antiseptie chirurgicale des mains |
| Objectifs | Éliminer les souillures et les squames cutanées Réduire les micro-organismes de la flore transitoire des mains (flore de contamination) | Réduire (par élimination et destruction) les micro-organismes de la flore transitoire afin de prévenir leur transmission, sans tenir compte de la flore résidente des mains | | <ul style="list-style-type: none"> Éliminer les micro-organismes de la flore transitoire et réduire la flore résidente (commensale) des mains, afin de diminuer leur diffusion dans le site opératoire en cas de piqûre ou de déchirure des gants pendant l'intervention, et ainsi prévenir le risque d'infection du site opératoire. | |
| Zones cibles | Les mains Les ongles doivent être courts, propres et sans vernis Pas de bijoux (bagues, alliance, bracelets...) Manche au-dessus des coudes | <ul style="list-style-type: none"> Les mains Les ongles doivent être courts, propres et sans vernis Pas de bijoux (bagues, alliance, bracelets...) Manche au-dessus des coudes | | <ul style="list-style-type: none"> Les mains, les poignets et les avant-bras Ongles courts, propres et sans vernis Pas de bijoux (bagues, alliance, bracelets...) Manche au-dessus des coudes. Les mains sont maintenues en permanence au-dessus des coudes pendant toute la durée du lavage chirurgical de telle sorte que l'eau s'écoule des extrémités des doigts vers les coudes pour éviter la décontamination | |
| Produits utilisés | Savon sans aucune action antimicrobienne Eau du réseau «propre» (eau de qualité bactériologiquement maîtrisée niveau 1) Essuie-mains à usage unique. | Solution antiseptique moussant Eau du réseau «propre» (eau de qualité bactériologiquement maîtrisée niveau 1) Essuie-mains à usage unique | Solution hydro-alcoolique Solution antiseptique alcoolique Consulter aussi > | Solution antiseptique moussant. Eau du réseau propre de qualité bactériologiquement maîtrisée niveau 1, ou d'eau microfiltrée «ultra-propre» bactériologiquement maîtrisée de qualité 2 Brosse ongle stérile Serviettes ou champs stériles. | Solution hydro-alcoolique Solution antiseptique alcoolique Consulter aussi > |
| Technique de lavage et d'antiseptie | La technique préconisée selon les références européennes (technique de Il s'agit de six d'étape à répéter chacune cinq fois avant de passer à l'étape suivante : 1- paume contre paume 2- paume de la droite sur le dos de la main gauche et paume de la main | -La technique préconisée selon les références européennes : technique de six d'étape à répéter chacune cinq fois avant de passer à l'étape suivante : 1- paume contre paume 2- paume de la | L'application de la solution antiseptique doit être réalisée sur des mains sèches et non souillées. - Deux technique : 1- par friction des mains (cette technique porte le nom friction | 1^{er} temps : - mouillage des mains, poignets et des avant-bras - lavage des mains, des poignets et des avant-bras avec la solution antiseptique moussant ; - rinçage. 2^{ème} temps : - brossage des ongles avec la solution antiseptique moussant ; - rinçage. | 1^{er} temps : - lavage simple (ou lavage antiseptique, pour certaines équipes) des mains, des poignets et avant-bras avec à l'eau courante du robinet puis - rinçage -s échange avec un essuie-mains à usage unique. 2^{ème} temps : - friction des mains, des poignets et des avant-bras par la solution antiseptique jusqu'au |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | <p>gauche sur le dos de la main droite</p> <p>3- paume contre paume doigts entrelacés</p> <p>4- dos des doigts contre la paume opposée avec des doigts emboisés.</p> <p>5- friction circulaire du pouce droit enchâssé dans la paume gauche et vice versa.</p> <p>6- friction en rotation en mouvement de va-et-vient et les doigts joints de la main droite dans la paume gauche et vice versa.</p> | <p>droite sur le dos de la main gauche et paume de la main gauche sur le dos de la main droite</p> <p>3- paume contre paume doigts entrelacés</p> <p>4- dos des doigts contre la paume opposée avec des doigts emboisés.</p> <p>5- friction circulaire du pouce droit enchâssé dans la paume gauche et vice versa.</p> <p>6- friction en rotation en mouvement de va-et-vient et les doigts joints de la main droite dans la paume gauche et vice versa.</p> | <p>hygiénique des mains selon les normalisations européennes)</p> <p>Elle est réalisée par les gestes de la technique préconisée selon les références européennes (ou technique de Ayliffe et al).</p> <p>2 - par trempage des main dans un bain de chlorhexidine alcoolique pendant 20 à 30 secondes)</p> | <p>3^{ème} temps :</p> <p>- lavage des mains, des poignets et des avant-bras avec la solution antiseptique moussant ;</p> <p>-rincage</p> | <p>séchage complet, en insistant sur le pourtour des ongles et les espaces interdigitaux.</p> <p>3^{ème} temps :</p> <p>- renouvellement du 2^{ème} temps jusqu'au séchage complet de la solution</p> |
| Durée du lavage et de l'antiseptie | <p>Au bout de 30 secondes on obtient une diminution du nombre de bactérie de l'ordre de 1,8 à 2,8 log et de l'ordre de 2,7 à 3,0 au bout de 60 secondes.</p> <p>Donc durée minimale de 30 secondes. Ajouter le temps de rinçage.</p> <p>La durée standardisée des normes européennes est de 60 secondes</p> | <p>60 secondes minimum</p> <p>Ajouter le temps de rinçage</p> | <p>Par friction : 60 secondes</p> <p>Par trempage : 20 à 30 secondes</p> | <p>La durée varie de 3 à 5 minutes selon les équipes.</p> <p>Certains proposent :</p> <p>1^{er} temps : 2 minutes</p> <p>2^{ème} temps : 2 minutes (une minutes par main)</p> <p>3^{ème} temps : 2 minutes avec le temps de rinçage à ajouter</p> | <p>Cinq minutes en utilisant 15 à 25 ml de solution antiseptique.</p> |
| Séchage | <p>Par tamponnement : En utilisant des essuie-mains (papier ou textile) à usage unique</p> | <p>Par tamponnement : En utilisant des essuie-mains (papier ou textile) à usage unique</p> | <p>Friction des mains jusqu'au séchage complet</p> | <p>Séchage minutieux par tamponnement au moyen de serviettes ou champs stériles</p> | <p>Friction des mains, des poignets et des avant-bras jusqu'au séchage complet.</p> |

Chapitre. III : Soins Prénatals

OBJECTIF GENERAL

A la fin du cours, le prestataire doit être capable d'organiser une séance de Consultation Prénatale Recentrée.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

SAVOIR

- 1 - Décrire les organes génitaux
- 2 - Expliquer l'examen obstétrical du bassin
- 3 - Décrire les différentes présentations fœtales au cours de la grossesse,
- 4 - Décrire le diagnostic d'une grossesse
- 5 - Décrire l'évolution normale de la grossesse
- 6 - Énumérer les pathologies liées à la grossesse
- 7 - Définir une Consultation prénatale recentrée,
- 8 - Citer avantages/normes/matériels d'une Consultation prénatale recentrée,
- 9 - Décrire les différentes étapes d'une Consultation prénatale recentrée,
- 10 - Identifier les facteurs de risque
- 11 - Décrire le bilan para clinique,
- 12 - Énumérer les causes de retard de soins chez la femme enceinte
- 13 - Décrire les conseils et soins préventifs à prodiguer ,
- 14 - Décrire les soins curatifs,

15 - Citer les pratiques familiales essentielles

16 - Décrire le système de référence/évacuation

SAVOIR FAIRE

1 - Examiner un bassin obstétrical selon les normes

2 - Reconnaître les différentes présentations fœtales au cours de la grossesse

3 - Faire le diagnostic clinique et biologique de la grossesse

4 - Suivre l'évolution clinique d'une grossesse

5 - Diagnostiquer et prendre en charge les complications de la grossesse (vomissements, anémie, paludisme, infection urinaire, HTA etc.)

6 - Faire une Consultation prénatale recentrée selon les normes

7 - Préparer un plan pour un accouchement normal ou en cas de complications.

SAVOIR ETRE

1 - Accueillir une femme enceinte

2 - Convaincre les femmes enceintes et leur famille

3 - Demander de l'aide ou conseils aux collègues

I. Rappel anatomique et physiologique des organes génitaux

A. Organes génitaux de l'homme

Ils se répartissent en externe et interne.

1. Organes génitaux externes

Ils sont au nombre de deux :

- Le scrotum encore appelé bourse ; contient les testicules qu'il protège en les maintenant à une température stable.
- Le pénis est situé au dessous du pubis et mesure 9 à 11 cm mais peut atteindre 22cm en érection. C'est l'organe de copulation. Son bout s'appelle le gland qui est très sensible.

2. Organes génitaux internes

Ils sont au nombre de sept :

- Les testicules (deux) qui produisent les spermatozoïdes et les hormones sexuelles de l'homme.
- L'épididyme qui est le lieu où sont stockés et nourris les spermatozoïdes jusqu'à leur maturité.
- Les canaux déférents assurent le transport des spermatozoïdes jusqu'aux vésicules séminales.
- L'urètre qui a une double fonction urogénitale (urines et le sperme). Il s'ouvre à l'extérieur par le méat.
- Les vésicules séminales : ce sont les glandes situées derrière la vessie. Elles ne sont pas le lieu de stockage des spermatozoïdes. Elles secrètent un fluide un peu alcalin, visqueux, riche en fructose qui sert de source d'énergie pour les spermatozoïdes. .
- La prostate : située en bas et en arrière de la vessie. Sa sécrétion riche en acide citrique, lipides, zinc et acide phosphorique, contribue à la mobilité des spermatozoïdes;

- Les glandes de Cowper : elles sont situées de chaque côté de l'urètre et sécrètent un liquide visqueux dans l'urètre, qui contribue à la lubrification avant l'éjaculation.

B. Les organes génitaux de la femme

1. Organes génitaux externes

Ils sont divisés en six parties avec des fonctions très distinguées mais complémentaires :

- Le mont de Vénus correspondant à la partie couverte par les poils.
- Les lèvres dont deux grandes (repli cutané épais contenant des glandes) et deux petites (replis cutanés minces).
- Le clitoris : organe très sensible recouvert par les petites lèvres. C'est l'équivalent du pénis chez la femme et aussi l'organe sensuel.
- Les glandes vulvaires qui sécrètent un liquide qui rend les lèvres toujours humides.
- Les seins (deux) qui sécrètent le lait pour nourrir le bébé.
- Le méat urinaire : il sert à évacuer les urines.

2. Organes génitaux internes

- Le vagin : c'est un conduit musculaire situé entre le rectum et la vessie. Il mesure 7 à 12 cm et continuellement humide. C'est l'organe de copulation et sert de passage aux règles et au fœtus lors d'accouchement.
- L'utérus : organe creux en forme de poire et situé dans le prolongement du vagin. Il produit les règles, accueille, assure le développement du fœtus et son expulsion lors de l'accouchement.
- Les ovaires : ce sont deux glandes situées de chaque côté de l'utérus. Ils développent, conservent et expulsent régulièrement les ovules. Ils sécrètent également les hormones féminines.

- Les trompes de Fallope : ce sont deux tubes longs de 8 à 13 cm situés entre l'utérus et les ovaires. Voie de conduite de l'ovule après sa ponte par l'ovaire ; c'est aussi le lieu de fécondation avant sa migration vers l'utérus.

II. Rappel physiologique

- Le cycle menstruel est la période qui va du premier jour des règles au premier jour des prochaines règles. Ses principales caractéristiques sont : Il dure en général 28 jours avec des limites entre 21 à 35 jours. Il survient de la puberté à la ménopause.
- L'ovule est expulsé au moment de l'ovulation (normalement un seul ovule par mois). Il remonte dans la trompe pour rencontrer les spermatozoïdes. Sa durée de vie est de 24 heures après l'ovulation.
- Le spermatozoïde a une durée de vie de 2 à 5 jours. Un millilitre de sperme peut contenir plus de 200 millions de spermatozoïdes.
- La fécondation : c'est la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule qui fusionnent pour donner un œuf. L'œuf fécondé descend dans l'utérus et se fixe dans la muqueuse et la grossesse commence.
- Les conditions de conception d'une grossesse sont : spermatozoïdes normaux ; trompes perméables ; glaire cervicale de bonne qualité ; l'ovule libéré normal ; l'endomètre réceptif. La grossesse chez l'être humain dure neuf (9) mois ou 42 semaines.

III. Examen obstétrical du bassin

L'examen clinique du bassin fait partie intégrante de l'examen obstétrical à partir des 36 semaines de la grossesse. Sa pratique nécessite une méthodologie rigoureuse et un minimum d'expérience. Son objectif est de diligenter la conduite à tenir lors de l'accouchement. Le bassin comprend deux parties essentielles : le bassin osseux et le bassin mou.

A. Bassin osseux

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie. Il est formé par la réunion de 4 os : en avant et latéralement par les deux os iliaques, et en arrière par le sacrum et le coccyx.

Ces os sont réunis entre eux par 4 articulations dont 3 symphyses (la symphyse pubienne en avant, la symphyse sacro-iliaque en arrière et latéralement et la symphyse sacro-coccygienne en arrière et en bas). Il se divise en deux parties essentielles : le grand bassin en haut qui n'a pas un grand intérêt en obstétrique et le petit bassin en bas d'intérêt capital lors de la traversée du fœtus. Les diamètres normaux du petit bassin sont : le promonto sous pubien (12 cm) ; le sous sacro sous pubien (11 à 11,5 cm), la corde sacrée (11 cm) et la distance de Steyer (4 cm).

B. Bassin mou

Il constitue un entonnoir musculo-aponévrotique tapissant et fermant l'excavation pelvienne. Les muscles qui le constituent sont : le psoas, le pyramidal, l'obturateur interne et les muscles releveurs de l'anus.

1. Examen clinique

2. Indications

Elles sont de deux principalement :

- L'examen est systématique lors de la consultation du troisième trimestre de la grossesse (à partir de 36 semaines et demie).
- Lors d'une stagnation de la dilatation au cours du travail par suspicion d'une disproportion fœto-pelvienne.

3. Conditions

- L'examen ne doit se faire avant 36 semaines demi et à chaque grossesse pour minimiser la douleur car les parties molles sont souples et plus épaisses.

- La vessie et le rectum doivent être vides.

IV. Méthodologie de l'examen clinique

Elle comprend trois parties essentielles :

- L'interrogatoire pour rechercher d'antécédents de boiterie à l'enfance ou d'éventuelle affections pouvant avoir des retentissements sur le bassin (rachitisme, poliomyélite). Des antécédents d'accouchements longs et difficiles ayant nécessité l'utilisation de forceps.
- L'observation de la patiente en marche et en position debout pour éliminer une boiterie ou une anomalie de la colonne vertébrale. En second temps la mesure des différents diamètres obstétricaux.
- Le toucher vaginal.

1. Différents bassins pathologiques

Ils se divisent en trois groupes selon la classification Anato-mo-clinique. Elle est faite en fonction des dimensions des diamètres au détroit supérieur. Ainsi, on distingue :

- Bassin plat (diamètre promonto rétro pubien inférieur à 10,5 cm).
- Bassin transversal rétréci (diamètre transverse médian diminué).
- Bassin asymétrique : la diminution porte sur un diamètre oblique. L'asymétrie est légère si la différence entre les deux diamètres est inférieure à 2 cm, moyenne entre 2 et 3 cm et forte au-delà de 3 cm.
- Bassin rétréci : tous les diamètres sont diminués dans la même proportion.

- Bassin aplati et rétréci : la diminution du diamètre antéro postérieur est plus accentuée.
- Bassin rond : le diamètre transverse est à peu près égal au diamètre antéro postérieur.

2. Déformations du rachis

Les déformations du bassin sont consécutives à une lésion vertébrale obéissant à trois lois : l'âge (plus la lésion est apparue tôt plus la déformation est grave) ; le siège (plus la lésion rachidienne est proche du bassin plus le bassin est touché) et la nature de la lésion. Ainsi, on distingue :

- Le bassin scoliotique : la scoliose est une courbure anormale du rachis dans le sens frontal (bassin ovalaire). Cette déformation est d'origine rachitique et pose le problème dans l'engagement.
- Le bassin cyphotique : la cyphose est une déformation du rachis dans le sens sagittal. Elle peut être d'origine tuberculeuse (Mal de Pott) ou rachitique. Il pose le problème dans le dégagement.

3. Maladies dystrophiantes ou lésions de voisinage

Les principales causes sont :

- Le rachitisme est une carence en vitamine D chez l'enfant qui se manifeste par des os faibles/moux et un retard de croissance et de développement du squelette en général...
- L'ostéomalacie est une manifestation de l'avitaminose D chez l'adulte. Elle est liée à un problème d'approvisionnement en vit D ou problème de métabolisme de la vitamine D. Les os ont une quantité normale de collagène, mais souffrent d'un manque de calcium. L'ostéomalacie se manifeste par une douleur diffuse des os en particulier au niveau des hanches, une faiblesse musculaire, des fractures des os et d'autres signes associés à une carence de calcium (insensibilité de la bouche et des extrémités, tremblements des mains et des pieds, et rythmes cardiaques anormaux). Elle est favorisée par

les grossesses multiples et rapprochées associée à une sous-alimentation ;

- Le nanisme ;
- La luxation congénitale bilatérale de la hanche.

V. Les différentes présentations fœtales au cours de la grossesse

On distingue principalement sept types de présentations dont une seule est l'idéale (la présentation céphalique).

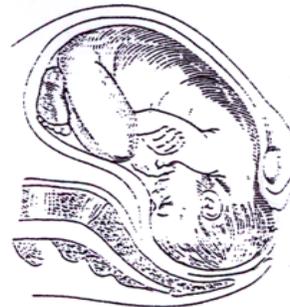
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Front : repéré par le nez ou par l'arcade sourcilière.• Bregma : son diagnostic est fait par le toucher à la fontanelle antérieure qui occupe le centre du bassin.• Face | <ul style="list-style-type: none">• Épaule• Siège ou la présentation par les pieds• Transversale |
|--|--|



Présentation du Sommet



Présentations de siège



VI. Le diagnostic clinique en début de grossesse

Les symptômes au cours de la grossesse sont nombreux et variés. Leur intensité est fonction de chaque femme et de son environnement. Cependant les signes les plus fréquents sont :

- L'absence de règles appelée aménorrhée,

- Les nausées et/ou vomissements alimentaires ou bilieux imprévisibles,
- Le plus souvent un manque d'appétit (anorexie),
- La perte de poids,
- La nervosité et l'irritabilité.

Les principaux signes cliniques à l'examen physique sont : au toucher vaginal, l'utérus est augmenté de volume et le col est dur et fermé et au spéculum, le col est violacé et la glaire épaisse.

VII. Evolution normale de la grossesse

Avant de parler d'évolution de la grossesse, il faut déjà avoir une idée de l'âge de celle-ci en cherchant à savoir la date des dernières règles.

Il faut reconnaître ce n'est pas toujours facile dans notre contexte à cause de l'analphabétisme importants de nos femmes.

Les principaux indicateurs de l'évolution normale de la grossesse sont :

- La mesure de la hauteur utérine (HU) qui augmente de 4 cm/mois jusqu'à 7 mois et de 2 cm pour les deux derniers mois.
- La perception des mouvements actifs du fœtus qui commence à la 18ème semaine d'aménorrhée pour les multipares et 20ème pour les primipares.

VIII. Les pathologies liées à la grossesse

Elles sont nombreuses ; mais les plus fréquentes au Mali sont : les vomissements gravidiques, le paludisme, l'HTA, les cardiopathies, le diabète, les infections urinaires, l'anémie et les hémorragies.

1. Vomissements

C'est le rejet d'une partie ou de la totalité du contenu gastrique en rapport avec l'état de grossesse. Ils surviennent normalement, le matin au réveil avant le petit déjeuner. Selon sa quantité, les vomissements peuvent avoir des répercussions sur l'état général de la femme. Les principaux éléments de diagnostic sont : nausées, vomissements alimentaires fréquents et imprévisibles, puis bilieux ; anorexie ; anxiété et perte de poids. Le tout dans un contexte d'aménorrhée.

CAT

La priorité absolue du traitement est la prévention de la déshydratation et il consiste :

- Réassurer la patiente
- Mettre au repos
- Manger et boire chaud, fractionner les repas
- Prescrire un antiémétique injectable ou en comprimé (un matin, midi et soir au moins une heure avant les repas.
- Au niveau du centre de santé de référence : assurer l'hospitalisation et limites des visites, réhydratation par voie parentérale (au moins 1,5 litres de Ringer/jour associé à du bécozyme ou multi ingrédients de vitamine B et Vitamine C).

2. Paludisme

C'est la première cause de fièvre au Mali et il doit être considéré comme la première hypothèse diagnostique jusqu'à preuve de contraire. Le paludisme doit être considéré comme grave chez la femme enceinte quelque soit les signes cliniques.

Ses principaux éléments diagnostiques sont :

- Fièvre/frissons ;
- Troubles digestifs (nausées et vomissements) ;
- Céphalées associées à une asthénie et des courbatures.

- Dans les formes compliquées, on retrouve : convulsions, coma, hémorragies, ictère et collapsus cardio-vasculaire.

CAT

Tout paludisme chez la femme enceinte doit être traité comme grave. Le traitement consiste à prescrire de sels de quinine à raison de 10mg/kg (il faudra vérifier encore la dose, elle est normalement de 12,5mg/kg de quinine de base dans chaque perfusion-sérum glucose à 10% -toutes les 12 heures et pendant 4 heures) jusqu'à possibilité d'utiliser la voie orale. La durée du traitement est de cinq jours en moyenne.

Si l'administration en perfusion I.V. de la quinine est impossible, donner 8 mg/kg en I.M. toutes les 8 heures et continuer jusqu'à ce que le/la patient soit capable de prendre le traitement par voie orale.

Par ailleurs, il faudra assurer la surveillance des paramètres et donner un traitement symptomatique (anti pyrétique, anti émétique etc.). Référer si les signes persistent ou s'il y a apparition d'autres complications.

NB : La quinine est sans risque pendant la grossesse ; en réalité, c'est souvent le paludisme grave qui provoque l'avortement ou l'accouchement avant terme.

Les femmes enceintes ont tendance à développer l'anémie grave, l'hypoglycémie et l'œdème pulmonaire ; elles doivent être suivies de très près.

3. Infection urinaire

Elle est due à une colonisation des voies urinaires par des bactéries, favorisée par le ralentissement du débit urinaire à cause de la pression exercée par le fœtus sur les organes voisins de l'utérus. Les principaux signes cliniques sont : la brûlure mictionnelle, les douleurs lombaires, la pollakiurie.

Ses complications les plus fréquentes : la pyélonéphrite et la septicémie. Les signes retrouvés le plus fréquemment en dehors de

ceux cités plus haut sont : la fièvre et des signes de collapsus (chute tensionnelle, pouls rapide et filant, tachycardie, hypersudations etc...).

CAT

Dans les formes banales, le traitement consiste à donner des bêtalactamines et conseiller de boire beaucoup d'eau. Lors des formes sévères (pyélonéphrite++++), il faut hospitaliser la patiente et le traitement se fait par voie générale (ceftriaxone ou Ciprofloxacine) jusqu'à amélioration et prendre le relai par voie orale. La durée du traitement varie entre 15 et 21 jours.

4. HTA

On parle d'hypertension artérielle au cours de la grossesse quand la tension artérielle est $\geq 14/9$ cm Hg.

On distingue quatre types d'HTA au cours de la grossesse :

- Type I : c'est la toxémie gravidique ou pré éclampsie. C'est l'apparition de l'HTA chez une primipare après la 20ème semaine d'aménorrhée. Elle est associée à une protéinurie et des œdèmes. Selon le degré d'élévation de la TA, on distingue la pré éclampsie modérée (la diastolique entre 9 et 11) et sévère (diastolique supérieure à 11).
- Type II : hypertension artérielle pré existante à la grossesse ou HTA chronique.
- Type III : toxémie sur ajoutée. C'est le cas d'une femme hypertendue connue avant la grossesse et chez qui apparaît au cours de la grossesse des œdèmes et de la protéinurie.
- Type IV : HTA gestationnelle récidivante. L'hypertension apparaît à chaque grossesse et disparaît après l'accouchement.

CAT

Quelque soit le mode d'installation de l'HTA lors de la grossesse, il est important de donner certains conseils pour éviter d'éventuelles complications:

- Repos au lit en décubitus latéral gauche ;
- Mesure hygiéno-diététiques (régime normo sodé, boire abondamment, prise en charge psychosociale et un suivi régulier) ;
- Administration d'un anti hypertenseur dans l'ordre de choix sauf contre indication absolue sont : méthyle dopa ; Nifédipine.
- Les formes sévères d'HTA nécessitent une prise en charge spécialisée dans des structures bien équipées. Le conseil le plus important pour un infirmier est de savoir identifier les signes de danger afin de référer à temps.

IX. La Consultation Périnatale recentrée (CPNR)

1. Généralités

C'est un ensemble de soins dont le but est de promouvoir la santé de la femme enceinte en vue de dépister précocement des problèmes et de la préparer à l'accouchement.

Le concept de la CPNR : C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites. Cette approche est surtout destinée aux pays en développement où les ressources sont limitées. 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.

| Principes | Objectifs | Règles et Normes |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • La détection et le traitement précoce des problèmes et complications. • La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides. • Le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine. | <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer le diagnostic de la grossesse. • Vérifier l'état de santé de la mère et le développement du fœtus. • Dépister et prendre en charge d'éventuels facteurs de risques et/ou complications (médicales, obstétricales et chirurgicales). • Informer et éduquer la femme et son partenaire ou sa famille sur les règles d'hygiène de vie et alimentaire, • Promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées et le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine/pyriméthamine dans le cadre de la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte et sa transmission mère enfant • Préparer la femme à l'accouchement et à l'allaitement. • Se préparer à d'éventuelle référence et/ou évacuation en terme de moyens logistiques, financiers et humains. | <p>Une bonne pratique de CPN nécessite de réunir certaines conditions, parmi lesquelles, on peut citer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un local approprié • Un équipement et des fournitures nécessaires, • Le nombre de consultations recommandées au cours de la grossesse est de quatre, répartis comme suit : <ul style="list-style-type: none"> ✓ une consultation au premier trimestre pour confirmer la grossesse, dépister les facteurs de risque et planifier la surveillance ✓ une consultation au deuxième trimestre pour suivre l'évolution de la grossesse et identifier les facteurs de risques éventuels ✓ deux consultations au troisième trimestre dont une au neuvième mois pour suivre l'évolution de la grossesse et définir les modalités d'accouchement. |

2. Le matériel indispensable

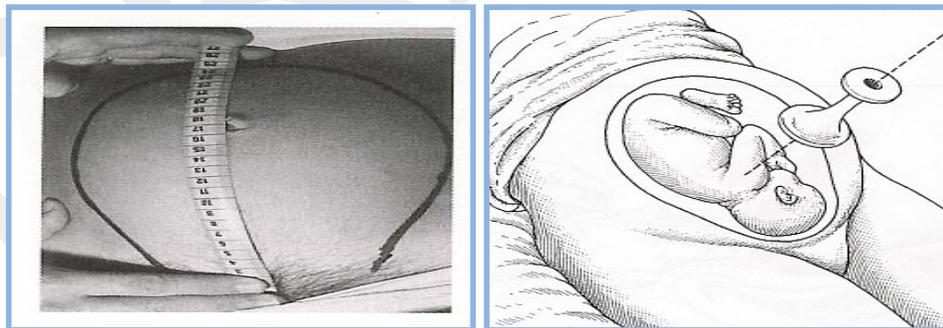
La réalisation d'une consultation prénatale exige un certain nombre de matériels dont leur quantité et leur spécificité dépendent du niveau de soins et de la compétence des prestataires. Le matériel minimal exigé pour conduire une CPN pour un technicien de santé est le suivant : un pèse-personne, une toise pour mesurer la taille, un tensiomètre avec son stéthoscope, un mètre ruban, une lampe pour examiner les orifices externes et les muqueuses, des gants stériles, des spéculums, un bassin de lit, un haricot, une table gynécologique,

un stéthoscope obstétrical, matériel de toilette vulvaire (pince - compresses - antiseptique).

3. Les étapes de la CPN

Elles sont au nombre de six qui sont :

- Accueil avec respect et amabilité en tenant compte bien sûr des valeurs socio culturelles du milieu. Par ailleurs il est important de prendre les clientes par ordre d'arrivée, exceptés les urgences qui sont prioritaires.
- Interrogatoire dont les données recueillies sont consignées dans le carnet de santé de la femme, dans le registre de CPN et sur les fiches opérationnelles. Il permet de déterminer : l'identité de la femme, ses antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, l'histoire de sa grossesse et les facteurs de risque éventuels.
- Examen physique : inspection, palpation, auscultation et examen gynéco obstétrical.
- Compte-rendu de l'examen.
- Remerciements de la patiente.
- Donner le rendez-vous.



fiche 1 : Etapes d'examen général 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) ;

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

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 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). | <p>cicatrices et/ou de dermatoses) ;</p> <ul style="list-style-type: none">• Rechercher les œdèmes au visage ;• Examiner les yeux (le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, recherchée 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. |
|--|---|

fiche 2 : Etapes d'examen Obstétrical

| | |
|---|--|
| <p>Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical ;</p> <p>Mettre la femme en position gynécologique ;</p> <p>Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;</p> <p>Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis ;</p> <p>Palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux ;</p> <p>Mesurer la hauteur utérine ;</p> <p>Auscultier les bruits du cœur fœtal (BCF) ;</p> <p>Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles ;</p> | <p>Nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire ;</p> <p>Placer le spéculum ;</p> <p>Observer le col</p> <p>Faire des prélèvements, si nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none">• Retirer le spéculum ;• Tremper le spéculum dans l'eau de décontamination ;• Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal ;• Examiner le bassin et le vagin (état, pathologies) ; |
|---|--|

fiche 3 : Examen du bassin

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ vider la vessie et le rectum ; ○ explorer le bassin pour apprécier : | <p>Le détroit supérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprécier la hauteur et l'inclinaison des lignes innommées le plus loin possible (suivies sur les 2/3 proximaux dans un bassin normal) ; • Mesurer le diamètre promonto-retro pubien (10,5 cm) à partir du promonto-sous-pubien (12,5 cm) : <ul style="list-style-type: none"> ○ introduire les 2 doigts en direction du promontoire et tenter de l'atteindre ; ○ faire une marque au niveau du bord de l'index en contact de la symphyse pubienne ; ○ retirer les doigts ; ○ mesurer la distance séparant l'extrémité du majeur de la marque (12,5 cm). ○ déduire 2 cm du promonto-sous-pubien pour obtenir le promontoretro-pubien <p>Le détroit moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>• Apprécier le détroit inférieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ apprécier le diamètre antéropostérieur, 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). <p>• Expliquer les résultats à la femme.</p> |
|--|--|

4. Les facteurs de risque à rechercher lors d'une CPNR

Lors d'une consultation, il est important de rechercher systématiquement des facteurs de risques pouvant avoir de conséquences dramatiques. Cette recherche de facteurs a surtout un but de prévention et de meilleure prise en charge. Parmi eux, on peut citer :

- Antécédents obstétricaux : avortements provoqués ou spontanés, mort fœtale, accouchement prématuré, maladie génétique et malformation fœtale
- Antécédents gynécologiques : infections pelviennes, DIU chez une nullipare, malformation utérine, fibrome utérin et endométriose.
- Antécédents médicaux : diabète, HTA, cardiopathie, insuffisance respiratoire, épilepsie, hépatites, VIH, anémies, traumatisme du bassin ou de la colonne vertébrale
- Antécédents individuels et sociaux : la taille inférieure à 1 m 50 ou supérieure à 1 m 80, le poids inférieur à 45 kgs ou obésité, l'âge inférieur à 16 ans ou , primigeste supérieure ou égale à 38 ans, la prise d'excitants (tabac, alcool, drogues) ; les conditions socio économiques défavorables ou femme professionnellement hyperactive.

5. Bilan para clinique à demander lors d'une CPNR

On distingue deux types de bilan : le standard qui concerne les techniciens et le spécialisé en fonction des problèmes spécifiques et qui relève généralement des médecins ou des gynéco-obstétriciens. Parmi les analyses du bilan standard, les plus accessibles sont : le groupe sanguin-rhésus, le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine, le BW, la toxoplasmose, l'albumine dans les urines et le test VIH volontaire après counseling.

6. Les causes des retards à l'accès aux soins chez la femme enceinte

Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir les soins dont elles ont besoin pour éviter de mettre leur vie en danger sont les suivants :

- L'inaccessibilité géographique ;
- Un coût inabordable des soins (les frais directs pour les soins médicaux, le transport, les médicaments, etc.);
- Les charges multiples des femmes ;

- L'impossibilité des femmes à prendre des décisions au sein de la famille ;
- La mauvaise qualité des soins, un mauvais accueil ou un mauvais traitement des femmes par les prestataires, ne les encouragent pas à se rendre au centre pour se faire soigner.

7. Conseils et soins préventifs à donner à la femme enceinte

Les soins plus recommandés sont : préparer un plan pour les accouchements de façon générale et les mesures hygiéno diététiques et éducatives pour une évolution harmonieuse de la grossesse.

a. Plan d'accouchement

❖ Définition

C'est un plan d'action réalisé, suite à des discussions entre la femme, les membres de sa famille et le prestataire de soins de santé. Il n'est pas nécessaire que ce plan soit écrit ; mais plutôt de s'assurer que la femme recevra des soins appropriés en temps voulu. Le plan d'accouchement se fait en deux parties : accouchement normal et pour les complications éventuelles.

Les étapes du plan d'accouchement

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Identifier le lieu d'accouchement.• Identifier la personne qui va effectuer l'accouchement.• Savoir comment contacter la personne au besoin.• Prévoir comment se rendre au lieu d'accouchement,• Identifier la personne qui va l'accompagner, | <ul style="list-style-type: none">• Identifier la personne qui va s'occuper des enfants et de la famille en absence de la femme,• S'accorder sur la personne qui va autoriser la gestante à aller à la maternité,• Épargner pour financer le coût de l'accouchement et des complications éventuelles,• Préparer un paquet contenant du savon et des habits propres pour la mère et l'enfant,• Prévoir un donneur de sang éventuel. |
|---|--|

b. Les signes de danger pendant la grossesse

Ils peuvent se rencontrer à certaines périodes de la grossesse ou tout au long de la grossesse. Leurs apparitions ont un caractère urgent car le pronostic vital en dépend. D'où la nécessité de reconnaître les signes de danger qui devra emmener la femme au centre de santé. Les signes les plus fréquents sont :

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Disparition ou diminution des mouvements fœtaux• Fièvre• Saignement vaginal• Perte vaginale malodorante• Ecoulement vaginal liquide• Douleur à la mission• Vomissements persistants | <ul style="list-style-type: none">• Douleur pelvienne• Maux de tête ou troubles visuels• Perte de connaissance ou crise (de tremblements : éclampsie)• Léthargie et fatigue• Problèmes respiratoires• Cécité nocturne• Toute autre chose qui puisse les préoccuper. |
|---|---|

c. Facteurs environnementaux, socio économiques et culturels.

Les conseils les plus recommandés sont :

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Une alimentation équilibrée : au moins trois repas/jour riche en protéines, en vitamines et en énergie (ex : lait, viande, poisson, volaille, œufs, haricots, légumes frais, fruits, céréales, tubercules, beurre, sucre),• Un repos : au minimum deux heures par jour | <ul style="list-style-type: none">• Un environnement sain (consommation d'eau propre et éviter l'air pollué),• Un apport en micro nutriments tels que le fer/acide folique pour la prévention de l'anémie et la consommation d'aliments riches en Vitamine A,• La prévention du paludisme (dormir sous moustiquaire imprégnée et traitement intermittent à la Sulfadoxine/pyriméthamine à partir deuxième trimestre,• La prévention du tétanos néonatal par la vaccination selon le calendrier du PEV : |
|---|--|

| Nature | Doses | Périodes |
|--------|--------|--|
| VAT 1 | 0,5 ml | Dès le premier contact ou la première consultation au cours d'une grossesse. |
| VAT 2 | 0,5 ml | Un mois après le VAT 1. |
| VATR 1 | 0,5 ml | Six mois après le VAT 2 ou une grossesse ultérieure. |
| VATR 2 | 0,5 ml | Un an après VATR 1 ou grossesse ultérieure. |
| VATR 3 | 0,5 ml | Un an après VATR 2 ou grossesse ultérieure. |

N.B 1 : Une fois les cinq doses faites, la femme est protégée à vie.
 N.B 2 : La vaccination anti méningocoque est conseillée uniquement en période d'épidémie.

X. les Pratiques Familiales Essentielles (P.F.E) relatives aux soins maternels

Ce sont les conseils à donner aux femmes et à leurs familles au cours de la CPN ou lors des séances de communication pour le changement de comportement (CCC). Les plus importantes sont:

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes enceintes utilisent la CPN. • Les femmes enceintes prennent leur traitement présomptif à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme sous le contrôle de l'agent de santé) selon le schéma suivant : 1ère dose à partir du 4ème mois de la grossesse, 2ème dose à 8 mois de la grossesse. L'intervalle minimum recommandé est d'un mois entre les deux prises. • Les femmes enceintes s'alimentent correctement. • Les femmes enceintes dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide. | <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes enceintes prennent régulièrement le fer/acide folique pendant la grossesse et au cours des 3 mois suivant l'accouchement selon les règles suivantes : du 1er trimestre à 5 mois : 60 mg de fer + 400 µg d'acide folique, du 2ème au 3ème trimestre : 120 mg de fer + 800µg d'acide folique • Les femmes enceintes et en âge de procréer se font vacciner contre le tétanos (VAT). • Les ménages préparent l'accouchement des femmes enceintes. • Les femmes enceintes accouchent avec l'assistance d'un personnel formé (personnel de santé ou ATR). |
|---|--|

Chapitre. IV : Accouchement

OBJECTIF GENERAL

A la fin de la session, l'étudiant doit être capable de faire un accouchement normal.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

SAVOIR

- 1 - Définir l'accouchement ;
- 2 - Énumérer les étapes d'un accouchement ;
- 3 - Faire un rappel sur les différentes présentations fœtales au cours de l'accouchement ;
- 4 - Définir une consultation Per natale ;
- 5 - Expliquer les différentes étapes d'un accouchement normal,
- 6 - Décrire les matériels/conditions pour un accouchement propre ;
- 7 - Expliquer les éléments de surveillance d'un accouchement normal ;
- 8 - Décrire les soins à donner à la mère et au nouveau-né ;
- 9 - Décrire les éléments de surveillance de la mère et du nouveau-né ;
- 10 - Citer les différents types d'accouchement ;
- 11 - Expliquer les différentes anomalies pouvant survenir durant un accouchement et leurs causes probables ;
- 12 - Citer les principales complications d'un accouchement et leur prise en charge

SAVOIR FAIRE

- 1 - Diagnostiquer une femme en travail ;
- 2 - Reconnaître les différentes étapes de l'accouchement ;
- 3 - Diagnostiquer les différentes présentations fœtales au cours de l'accouchement ;
- 4 - Faire un accouchement propre ;
- 5 - Utiliser les matériels indispensables à un accouchement ;
- 6 - Prévenir les infections au cours et après l'accouchement ;
- 7 - Examiner et surveiller une femme en travail ;
- 8 - Remplir correctement un partogramme ;
- 9 - Diagnostiquer et prendre en charge les causes de retard d'un accouchement ;
- 10 - Faire dans les conditions requises : l'épisiotomie, la délivrance artificielle et la révision utérine ;
- 11 - Prodiguer des soins à la mère et au nouveau-né.

SAVOIR ETRE

- 1 - Accueillir une femme lors de l'accouchement ;
- 2 - Prodiguer des conseils à la femme et à sa famille ;
- 3 - Informer et réassurer la femme et sa famille ;
- 4 - Mobiliser l'équipe ;
- 5 - Référer ou évacuer ;
- 6 - Demander de l'aide.

I. ACCOUCHEMENT

1. Définition

C'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et des annexes hors des voies génitales de la mère à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse.

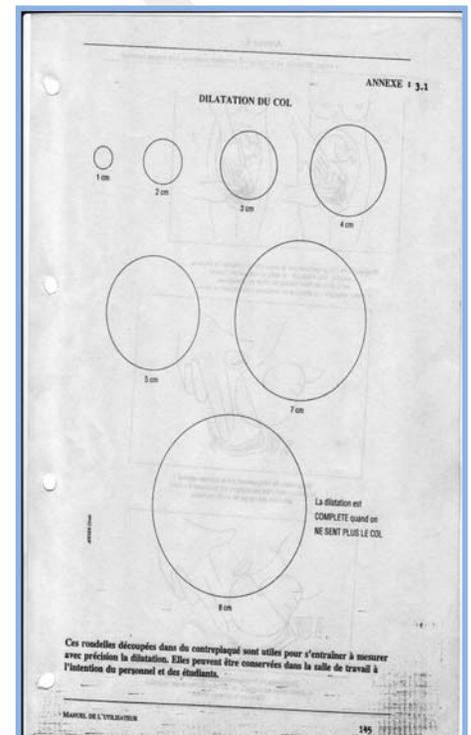
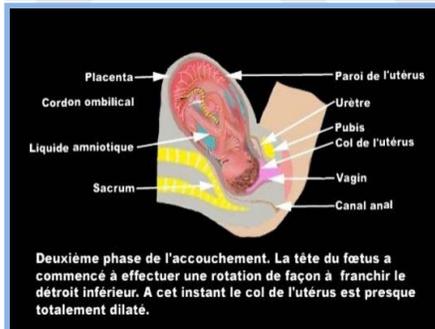
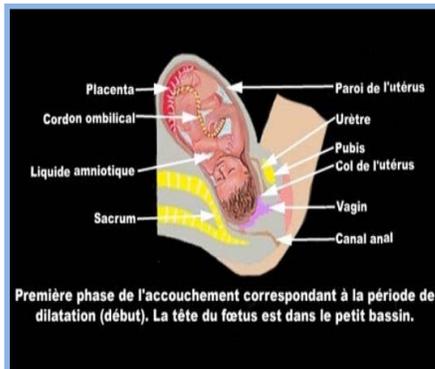
On distingue deux types d'accouchements : eutocique (normal et le plus fréquent) et dystocique.

2. Les périodes de l'accouchement

L'accouchement comprend trois périodes essentielles : effacement et dilatation du col, expulsion du fœtus et délivrance.

a. Effacement et dilatation du col

C'est la première phase du travail et il est apprécié au toucher vaginal en centimètre. L'effacement et la dilatation du col sont strictement liés à l'état du col et aux contractions utérines (intensité, fréquence et durée). Son évolution normale se fait en deux phases :

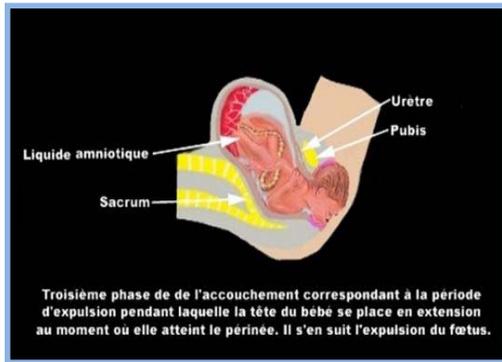


- une phase de latence qui ne doit pas excéder 8 heures allant de 0 cm à 3 cm ;
- une phase active caractérisée par

l'accélération de la dilatation de 4 à 10 cm au rythme d'au moins 1 cm /heure.

Les principales anomalies qu'on peut rencontrer au cours de cette période sont : un faux travail, absence de contractions utérines, un obstacle mécanique (disproportion fœto-pelvienne, présentation dystocique, placenta prævia).

b. Expulsion du fœtus



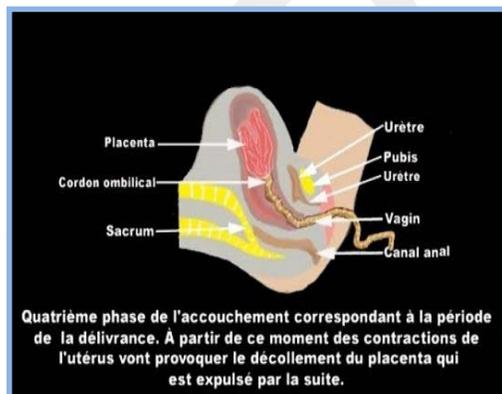
L'expulsion comprend principalement deux parties :

- l'engagement par le franchissement du détroit supérieur avec le plus grand diamètre de la présentation.
- la descente et rotation dans

l'excavation pelvienne.

Elle doit se faire en moins de 45 mn après la dilatation complète du col. Au delà, il est urgent de rechercher certaines causes dont les plus fréquentes sont : les disproportions fœto-pelviennes, les présentations vicieuses (front, face, épaule), les problèmes funiculaires (cordon court ou raccourci par une bretelle ou un circulaire), les obstacles prævia.

c. Délivrance



C'est l'expulsion des annexes hors des voies génitales. Elle doit durer au moins 30 mn après l'expulsion du fœtus.

Les complications les plus importantes qu'on rencontre à cette phase sont : la rétention placentaire, partielle ou complète et les hémorragies.

II. LE DIAGNOSTIC DU TRAVAIL

Les éléments du travail sont variables d'une femme à l'autre. Les plus couramment rencontrés sont :

- Contractions régulières et douloureuses (maux de ventre et de dos),
- Pertes du bouchon muqueux (glaise striée de sang),
- Modification de la longueur du col
- Rupture de la poche des eaux.

III. RAPPEL SUR LES PRESENTATIONS FOETALES

On distingue principalement sept types de présentations dont une seule est l'idéale (la présentation céphalique).

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Front : repéré par le nez ou par l'arcade sourcilière.• Bregma : son diagnostic est fait par le toucher à la fontanelle antérieure qui occupe le centre du bassin.• Face | <ul style="list-style-type: none">• Épaule• Siège ou la présentation par les pieds• Transversale |
|--|--|

IV. CONSULTATION PERinatale

1. Définition

C'est un ensemble de soins prodigués au cours de l'accouchement (soins allant des premières contractions utérines jusqu'à 24 heures après la naissance du bébé). Elles se divisent en trois parties : l'accouchement proprement dit, les soins de la mère et les soins du nouveau-né.

2. Les étapes

L'accouchement comprend trois étapes qui sont :

- Il commence par un accueil chaleureux, aimable et l'aide à l'installation de la femme. Normalement si la CPN, s'est passée dans les règles de l'art, la femme enceinte a été informée du plan de déroulement de l'accouchement. Par ailleurs, il est essentiel de procéder à l'enregistrement de l'identité et des données personnelles (gynéco obstétriques et médicales) de la parturiente dans le registre d'accouchement prévu à cet effet

FICHE 1: INTERROGATOIRE/ENREGISTREMENT DE LA PARTUNRIENTE

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Assurer la confidentialité• Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi grossesse. <p>Si elle a un carnet/fiche de suivi grossesse : si nécessaire la carte d'adhésion à l'association de santé communautaire ;</p> <ul style="list-style-type: none">• Prendre connaissance des :<ul style="list-style-type: none">○ observations des différentes visites prénatales ;○ risques identifiés pendant la grossesse ;○ résultats des examens complémentaires. <p>Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse :</p> | <ul style="list-style-type: none">• Demander les informations sur :<ul style="list-style-type: none">○ 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 pris ses comprimés de Névirapine, puis AZT+3TC pendant les contractions utérines et puis donner AZT+3CT pendant 7 jours après l'accouchement ; Enfin pour le nouveau-né, une dose de Névirapine, puis AZT pendant 7 jours.• si non, lui en donner. |
|--|--|

- La deuxième étape consiste à l'examen clinique (interrogatoire et examen physique). Durant cette phase, on vérifie les consignes et les informations du carnet de santé de la mère d'une part et confirmer ou pas qu'il s'agit bien d'un accouchement.

FICHE II : EXAMEN DE LA FEMME EN TRAVAIL

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le déroulement de l'examen à la femme. <p>Faire l'examen général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Faire l'examen obstétrical de la parturiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. | <ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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'anus, 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 ; • Établir le pronostic de l'accouchement ; • Informer la femme des résultats de l'examen • Noter les informations recueillies sur le partogramme. |
|--|---|

- La troisième étape consiste à prendre toutes les dispositions nécessaires au bon déroulement de l'accouchement (prévention d'infections, les paramètres de surveillance, la détection précoce d'éventuelles complications chez la mère et le nouveau-né).

3. Matériels/conditions d'un accouchement normal

Ils sont fonction du niveau du prestataire et de soins. Cependant, le minimum recommandé comprend : un local bien aménagé, une table d'accouchement, un tensiomètre et son stéthoscope, un stéthoscope obstétrical, une paire de ciseaux, des gants stériles, fil d'attachement du cordon et des fils de suture, un haricot, un bassin de lit, une sonde à demeure, des cathéters et des épicroaniens, des médicaments d'urgence, une pèse bébé, une sonde métallique, deux pinces,

compresses, antiseptiques, alèse, baignoire, poire. Les règles d'hygiène et de sécurité pour la parturiente et le personnel soignant sont les conditions les plus efficaces pour la réduction de la mortalité néonatale et maternelle (mains propres, surface d'accouchement propre, instruments de travail stériles).

4. La préparation du matériel et du lieu au moment de l'accouchement

Elle comprend sept étapes :

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Arroser avec de l'eau la surface à balayer• Balayer, ramasser les ordures• Mettre l'eau à chauffer• Se laver les mains avec du savon | <ul style="list-style-type: none">• Vérifier le contenu du Kit (Alèse, lame neuve non utilisée, fil de ligature, pommade auréomycine 1%, eau de Javel).• Vérifier le matériel de la femme et du nouveau né (pagne, savon, éponge, garniture, habits pour le bébé).• Étaler l'alèse sur la natte, mettre un pagne propre dessus et installer la femme. |
|---|---|

V. ACCOUCHEMENT

L'accouchement se fait en trois temps : le travail (maux de ventre et de dos), la sortie de l'enfant, la sortie du placenta. Les gestes essentiels à faire : protéger le périnée avec un pagne propre, attendre que l'enfant tourne la tête, tirer vers le bas pour dégager l'épaule antérieure et tirer vers le haut pour dégager l'épaule postérieure

1. Les avantages d'un accouchement propre

Un accouchement propre comprend trois objectifs qui sont :

- Prévenir les infections,
- Éviter certaines complications chez la mère et le nouveau-né,
- Mettre la femme dans les bonnes conditions d'accouchement.

liquide teinté de méconium (M) ou sanguinolent(S). Ses deux derniers sont des signes d'alerte nécessitant une intervention urgente et efficace

- ☞ La hauteur utérine qui nous donne une idée sur : l'âge de la grossesse, grossesse multiple ou le poids du nouveau né.
- ☞ A ceci, il faut noter la prise régulière des constantes qui seront notées à chaque examen et les différents médicaments administrés.

3. PHPP : GATPA

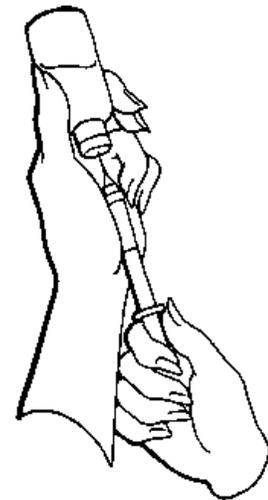
a. Définition

L'administration d'un médicament qui contracte l'utérus (utéro tonique), l'application d'une traction contrôlée du cordon avec contre-traction sur l'utérus, et massage du fond utérin à travers l'abdomen dans le Post-partum immédiat

b. Préparation pour la gestion active de la troisième période de l'accouchement

- ***Avant/pendant la troisième période de l'accouchement:***

- Préparer la seringue avec l'oxytocine 10 unités
- Aider la femme à vider sa vessie quand la deuxième période de l'accouchement s'approche
- Aider la femme à se mettre dans la position qu'elle désire pour ses efforts expulsifs et son accouchement (par exemple, accroupie, semi assise, etc.)



- **Immédiatement après la naissance du bébé:**

- Assurer les soins immédiats du nouveau-né (sécher, stimuler, évaluer, chauffer, positions pour l'alimenter)



- c. Procédure de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)**

Le facilitateur va effectuer une démonstration de la GATPA en suivant les étapes ci-dessous. Suivre chaque étape en vous référant au guide d'apprentissage. On va laisser beaucoup de temps pour poser des questions après la démonstration, si vous en avez. Après la démonstration, vous aurez l'occasion de pratiquer sur un mannequin jusqu'à ce que vous vous sentiez confiante en vous-même.

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

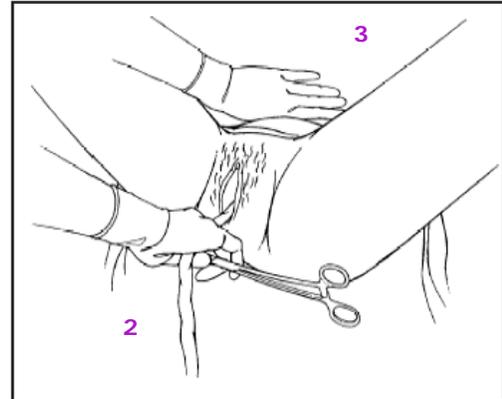
Etape 2: Exercer une traction contrôlée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus : La traction contrôlée aide le placenta à se détacher de la paroi utérine et à descendre dans le vagin. La traction contrôlée consiste à tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, tout en stabilisant l'utérus avec l'autre main. Une main est placée juste au-dessus du pubis de la femme et stabilise l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que la main qui tient la pince exerce une traction contrôlée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.

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.

Les étapes de la traction contrôlée sont les suivantes :

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.

Position des mains pour la traction contrôlée



- 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.

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.**

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** pour être sûr qu'ils sont complets.
 - Vérifier les surfaces foetales et maternelles du placenta
 - Vérifier les membranes: Si une petite partie des membranes est retenue ceci pourrait empêcher



Examen du placenta

l'utérus de se contracter et provoquer une HPP par la suite. **S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées,** envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle.

- Examiner soigneusement la vulve, le vagin, le périnée, et l'anus pour **détecter les déchirures**. Procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou de l'épisiotomie.

- **Evaluer la perte de sang**

Il est très difficile d'évaluer exactement la perte de sang. Habituellement le sang est mélangé avec le liquide amniotique. Certaines personnes mesurent la perte de sang en le ramassant à la pelle à main, pour ensuite le mesurer. D'habitude, elles peuvent seulement ramasser le sang qui s'est coagulé, de sorte que tout sang mélangé au liquide amniotique ou à l'urine, ou le sang qui s'est déversé sur le sol ou qui a été absorbé par les vêtements de la femme n'est pas mesuré. D'autres essayent de mesurer la perte de sang du post-partum en couchant la femme sur un bassin hygiénique. Ceci est extrêmement inconfortable pour la femme.

Vous pouvez estimer la perte de sang en vous demandant, "Combien de bouteilles de 500 ml ce sang remplirait-il ?" On accepte généralement que toute perte de sang inférieure à 500 ml est normale. Souvenez vous que les évaluations de pertes de sang ne sont qu'un seul moyen d'évaluer l'état de la femme. Il est beaucoup plus important d'examiner fréquemment la femme pendant les 6 premières heures du post-partum et d'évaluer sa perte de sang à travers les signes vitaux, et par la visualisation du sang au périnée et l'évaluation de la tonicité utérine.

- Aider la femme à **uriner**

- Essayer d'aider la femme à uriner aussitôt que possible après l'accouchement et lui expliquer qu'elle doit uriner fréquemment. Une vessie pleine peut empêcher l'utérus de se contracter correctement.
- Si la femme éprouve des difficultés à uriner, verser de l'eau tiède sur son périnée pendant qu'elle essaye d'uriner ou placer sa main dans de l'eau tiède.
- Si la femme ne peut pas uriner d'elle-même et que sa vessie est distendue, vous devrez peut être lui mettre une sonde urinaire.
- 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 :

| Paramètre | Post-partum Immédiat (0-6 h) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les signes vitaux <ul style="list-style-type: none"> - Tension artérielle - Pouls • Surveiller le saignement vaginal • Vérifier le globe de sécurité | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis • Toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis • Toutes les heures pendant 3 heures |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la température et la respiration | Toutes les 4 heures |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la vessie et aider la femme à uriner si elle est pleine | Une fois par heure |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'hydratation | Une fois par heure |
| <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer et surveiller l'allaitement au sein | Une fois par heure |
| <ul style="list-style-type: none"> • Réactions psychologiques | Une fois par heure |

ETAT GENERAL DE LA FEMME

Avant de commencer, expliquer à la femme ce que vous allez faire. Lorsque vous examiner la femme, vous pouvez également dispenser des soins et lui expliquer ce qu'elle doit faire.

- Prendre **la tension artérielle et le pouls** de la femme toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, ensuite toutes les 30 minutes pendant l'heure suivante, puis une fois par heure pendant 3 heures, ensuite au moins trois fois par jour. *Si les signes sont normaux, faites en part à la femme. S'ils ne sont pas normaux, réagissez immédiatement.*
- Evaluer la **perte de sang** à travers les signes vitaux, et par la visualisation du sang au périnée, l'examen des tissus ou serviettes hygiéniques de la femme, et l'évaluation de la tonicité utérine toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, ensuite toutes les 30 minutes pendant l'heure suivante, puis une fois par heure pendant 3 heures, ensuite au moins trois fois par jour. Observer la couleur et la quantité du sang. Expliquer à la femme ce que vous cherchez.
 - Expliquer lui qu'il est important qu'elle surveille le volume de son saignement maintenant et dans les jours suivants pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes. Elle peut perdre autant de sang que lors de règles abondantes. Le sang peut venir en petite quantité ou petit jaillissement lorsque la femme tousse, pousse, bouge ou se met debout, mais elle ne devrait pas saigner continuellement ni avoir des caillots.
 - La quantité de sang peut atteindre une serviette hygiénique par heure pendant les 6 premières heures et l'utérus devrait rester dur. Si elle saigne davantage que lors des règles abondantes ou si elle voit des caillots, elle devrait envoyer quelqu'un vous informer immédiatement.

- *Si les signes sont normaux, dites lui ce que vous avez trouvé. S'ils ne sont pas normaux, réagissez immédiatement.*
- Vérifier **le globe de sécurité** toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, ensuite toutes les 30 minutes pendant l'heure suivante, puis une fois par heure pendant 3 heures, ensuite au moins trois fois par jour.
 - Vérifier si l'utérus est contracté et dur. Masser l'utérus s'il n'est pas bien contracté et aussi souvent et autant que nécessaire pour maintenir le globe de sécurité. Assurez vous que l'utérus ne devient pas mou (relâché) quand vous cessez de masser.
 - Montrer à la femme comment sentir son utérus pour voir s'il est dur et comment elle peut le masser elle-même pour le maintenir contracté et prévenir l'hémorragie. Expliquer comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment. Si elle remarque que l'utérus est mou et qu'il ne durcit pas au massage, elle devrait envoyer quelqu'un vous informer immédiatement.
 - *Si tous ces indicateurs sont normaux, dites lui ce que vous avez trouvé. S'ils ne sont pas normaux, réagissez immédiatement.*
- Vérifier **la vessie** de la femme une fois par heure pendant les six premières heures, puis au moins 3 fois par jour. La paroi de la vessie peut être contusionnée et oedémateuse et peut présenter de petites zones d'hémorragies. Il peut y avoir une insuffisance temporaire d'envie d'uriner. La femme peut avoir une diurèse très abondante, fabriquant beaucoup d'urine et transpirant pour se débarrasser des excès de liquides, et peut perdre jusqu'à 3 litres de liquides par jour. Préparer la femme à cela, et encourager la à uriner fréquemment en lui expliquant qu'une vessie pleine peut empêcher l'utérus de bien se contracter. Si l'utérus est déplacé sur un côté, c'est d'habitude le signe d'une vessie pleine. *Si tout est normal, dites lui ce que vous avez trouvé. Sinon, réagissez immédiatement.*

- Vérifier la **température et la respiration** de la femme toutes les 4 heures pendant 8 heures, puis au moins 3 fois par jour au moins. La température et la respiration devraient toutes deux retourner à la normale pendant le post-partum immédiat. *Si tout est normal, dites lui ce que vous avez trouvé. Sinon, réagissez immédiatement.*
- Si la femme a choisit d'**allaiter son bébé au sein**, aider-la dans l'heure qui suit l'accouchement. L'ocytocine produite avec l'allaitement permet à l'utérus de rester contracté. Si la femme ne peut pas allaiter ou a choisit de ne pas allaiter, recommander la stimulation manuelle des mamelons. *Si tout est normal, dites lui ce que vous avez trouvé. Sinon, réagissez immédiatement.*
- **Enregistrer** les résultats et les données dans les registres, carnets, ou dossiers appropriés.

Disposition du placenta

Manipuler le placenta soigneusement :

- Toujours porter des gants en manipulant un placenta.
- Garder le placenta dans un sac plastique ou autre récipient jusqu'à ce qu'il puisse être traité par incinération ou enfouissement. Le placenta ne doit pas être jeté dans une rivière ou dans une décharge ouverte.
- Si la famille réclame le placenta, mettre le placenta dans un sac en plastique fermé hermétiquement, et donner des consignes à la famille en ce qui concerne sa disposition. Expliquer les raisons pour lesquelles l'on conseille de ne pas manipuler le placenta et conseiller à la famille de ne toucher le placenta qu'avec les mains gantées.

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

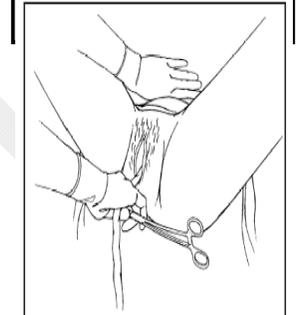
Etape 1

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

- **Examiner soigneusement le placenta et les membranes** pour être sûr qu'ils sont complets.
- Examiner soigneusement la vulve, le vagin, le périnée, et l'anus pour **détecter les déchirures**
- **Evaluer la perte de sang.**



Vérifier les signes vitaux, le globe de sécurité, et le saignement vaginal toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures en pratiquant un massage du fond utérin aussi souvent et autant que nécessaire pour maintenir le globe de sécurité. S'assurer que l'utérus ne devient pas mou (relâché) quand on cesse de masser.

NB : Après la GATPA, la naissance doit être enregistrée dans le cahier d'accouchement et les paramètres suivants doivent être

précisés : le sexe de l'enfant, la date et l'heure de la naissance vivante ou mort né.

4. Traiter le matériel

Tremper le matériel dans la solution de décontamination (gants, alèze, habits souillés, lame utilisée, placenta) pendant 10 mn. La solution de décontamination est préparée avec une part d'eau de javel (Sada Diallo) pour 6 parts d'eau propre. Après les 10 mn :

- Porter les gants de ménage pour laver et rincer le matériel trempé ;
- Enterrer le placenta et la lame (circuit d'élimination des déchets biomédicaux)
- Sécher l'alèze et le ranger dans une caisse propre à l'abri de la poussière.

5. Les complications qui peuvent survenir au cours des différentes périodes de l'accouchement

Elles sont nombreuses, variées et à caractère souvent imprévisibles d'où la nécessité d'expliquer à l'accouchée les signes de danger suivants qui devront l'inciter à rejoindre un centre de santé au plus vite que possible.

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• La disparition ou diminution des mouvements fœtaux• La présence de méconium épais dans le liquide amniotique• La providence du cordon• La fièvre• le saignement vaginal• La perte vaginale malodorante• Les vomissements persistants | <ul style="list-style-type: none">• La douleur pelvienne constante• Les maux de tête ou troubles visuels• La perte de connaissance ou crises• Les problèmes respiratoires• Le travail prolongé (> 12 heures)• Toute autre chose qui puisse les préoccuper. |
|--|--|

Chapitre. V : les urgences obstétricales

Introduction

La réduction de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale nécessite une prise en charge urgente et adéquate des urgences obstétricales à tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire .Il faut noter également que la non accès aux SOU peut entrainer des conséquences sociales graves comme la fistule obstétricale quand ses femmes échappent à la mort.

La DNS avec l'appui de ses partenaires a initié une évaluation des soins obstétricaux d'urgence (SOU) dans les structures sanitaires du pays durant l'année 2003 Les résultats de cette évaluation mettent en évidence des problèmes importants dans la disponibilité et l'accessibilité aux structures de santé, l'utilisation et la qualité des services offerts ce qui aboutit à une insuffisance dans la prise en charge des urgences obstétricales malgré les efforts déjà fournis dans ce domaine.

La FO est un problème majeur de santé publique dans notre pays et pour faire face à ce fléau ;le ministère de la santé a élaboré une stratégie nationale de prévention et de prise e charge des femmes souffrant de fistule. L'un des axes stratégiques de la prévention est le renforcement des capacités en ressources humaines dans la prise en charge des SOU. C'est dans ce cadre que le projet Fistula Care a initié dans son plan d'action 2010 une formation des CSRéf de la région de Gao.

Cette formation des prestataires de santé du niveau1 de la pyramide sanitaire vise à maîtriser les gestes et soins les plus élémentaires pouvant sauver des vies. Mais surtout à reconnaître les signes annonciateurs de ces urgences obstétricales et organiser la référence/évacuation selon les normes en vigueur dans notre pays.

I. Hémorragies au cours de la grossesse

1. Définition

On entend par hémorragies au cours de la grossesse, toute perte de sang, survenant à tout âge de la grossesse, quelque soient l'importance et l'étiologie et ses répercussions sur l'organisme maternel et foetal.

2. Classification des hémorragies selon stade l'âge de la grossesse

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, mort foetale in utero.

3. Eléments de diagnostic :

- Ecoulement vulvaire de sang rouge, abondant et avec caillots ou noir moins abondant
- Accélération du pouls (en cas de pertes abondantes de sang, anémie) ;
- Chute de la TA ;
- Choc ;
- Douleurs abdominales d'intensité variable.

4. Signes de gravité :

- Abondance de la perte sanguine ;
- Vertiges ;
- Pouls petit, filant ou imprenable ;
- TA effondrée ;
- Agitations ;
- Déshydratation, soif ;
- Muqueuses pâles.

5. Gestes d'urgence :

- Prendre une voie veineuse sécurisée avec un cathéter 16G ou 18G.
- Remplir avec du ringer ou du sérum salé.
- Demander toujours de l'aide
- Rechercher la cause la plus probable et traiter si possible
- organiser la référence / évacuation de façon rapide et efficace

A. Hémorragie du 1^{er} trimestre de la grossesse

1. Grossesse extra-utérine

a. Définition

C'est la nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine et cette nidation ectopique peut se faire dans la trompe, dans l'ovaire et même dans la cavité abdominale.

b. Facteurs de risques

- ☞ Stimulations ovariennes
- ☞ Les infections (IST ou salpingite)
- ☞ Antécédent récent d'IVG
- ☞ Les antécédents de GEU
- ☞ Les fibromes
- ☞ Tabagisme (supérieur à 10 cigarettes par jour)
- ☞ Certaines contraceptions (DIU, micro progestatifs)

c. Causes

- ❖ Malformations tubaires
- ❖ Tumeurs intra ou extra-tubaire
- ❖ Infections tubaires latentes ou consécutives à un curetage, à un avortement provoqué ou à un accouchement

d. Signes cliniques

| Grossesse extra-utérine non rompue | Grossesse extra-utérine rompue |
|--|--|
| <p>Retard de règles parfois très court Signes sympathiques de grossesse Métrorragie sépia, peu abondante intermittente parfois brutale abondante, fait parfois de sang rouge avec caillot. Un retentissement variable sur l'état général (tendance lipothymique) Douleurs à type de colique ou de pesanteur Paroxystique ou permanente, unilatérales</p> | <p>La rupture cataclysmique entraîne : Un tableau brutal d'hémorragie interne avec signe de choc et de localisation abdominale Douleur atroce en coup de poignard abdomino - pelvienne, irradiant vers les trompes, les cuisses et l'épaule. Une agitation ou perte de connaissance et des signes de choc (pâleur, sueur, T.A effondrée, pouls filant, cyanose, sensation de soif intense) A l'examen l'abdomen est plat ou météorisé, on palpe une défense sans contracture. Le toucher vaginal réveille la douleur (cri du douglas).</p> <p>L'hématocèle retro utérine entraîne : douleurs pelviennes basses troubles du transit et /ou signes urinaires signes d'anémie discrets abdomen douloureux et une défense modérée limitée à la zone sous ombilicale ou au niveau du douglas qui bombe le vagin, l'apparition progressive des douleurs, la notion de retard de règles et de métrorragie sont des arguments supplémentaires.</p> |

e. CAT selon le niveau

| CSCOM | CSREF |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ Prendre un abord veineux au cathéter pour remplissage ☞ Mener un interrogatoire rapide ☞ Examiner la patiente; Pouls, TA, Coloration des muqueuses <p>NB : Attention : le toucher vaginal ne doit pas être bimanuel (risque de rompre/ aggraver la rupture)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Organiser la référence et prévenir le centre de référence . | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Prendre connaissance de la fiche d'évacuation ☞ Vérifier ou installer l'abord veineux ou cathéter, couplé de prélèvement pour examens complémentaires ☞ Examiner rapidement: Ponction du Douglas ou transabdominale, TA, Pouls et Coloration des muqueuses ☞ Prévenir l'équipe du bloc ☞ Prescrire les solutés et le sang, transfuser si nécessaire ☞ Mettre une sonde urinaire à demeure |

2. Grossesse Molaire

a. Définition

La môle hydratiforme ou vésiculaire est un œuf pathologique caractériser par une prolifération kystique des villosités du

trophoblaste (en grappe de raison) partielle ou totale associé à une sécrétion importante d'hormone gonadotrope chorionique HCG.

b. Facteurs de risque

- Antécédents de grossesse molaire
- Jeune âge
- Multiparité

c. Signes cliniques

- L'hémorragie est souvent le 1^{er} signe et aussi le plus constant ; elle survient sans cause apparente dans le courant du 2^{ème} et 3^{ème} mois de la grossesse.
- L'abondance variable elle se répète et va croissant ; le sang est souvent mêlé d'écoulement séreux.
- troubles digestifs : nausées, vomissement, diabète, sub-ictère
- troubles nerveux : insomnie, agitation, crampes, troubles psychiques
- Signes généraux : pâleur, anémie, vertiges et amaigrissement
- Examen physique : utérus trop gros pour la date des dernières règles
- Au toucher : le segment inférieur paraît trop absout, perception de kystes ovariens latéraux dans les culs de sac (signe important mais inconstant).

d. Signe de gravité

- anémie grave.
- Etat de choc hypovolémique

e. CAT selon le niveau

| CSCOM | CSREF |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ Prendre une veine au cathéter ☞ Mener un interrogatoire rapide ☞ Examiner la gestante : TA, Température, pouls, coloration des muqueuses ☞ Vider la vessie ☞ Placer le spéculum et nettoyer le col (enlever le matériel retenu) ☞ Placer une perfusion d'ocytocique et démarrer l'antibiothérapie ☞ Organiser la référence | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Prendre une veine au cathéter avec sérum salé + 5U syntocinon ☞ Mener un interrogatoire rapide et prendre connaissance de la fiche de référence ☞ Prévenir le médecin ☞ Faire les examens complémentaires (groupe sanguin et rhésus, hématologie) ☞ Curetage doux ou aspiration sous perfusion de syntocinon ☞ Envoyer le produit pour examen anatomopathologie ☞ Administrer utérotonique et éventuellement un antibiotique ☞ Transfuser si nécessaire ☞ Etablir une fiche de surveillance et surveiller (pertes de sang, pouls et TA, température.) |

NB : Le suivi ultérieur est confié au spécialiste

3. Avortement

a. Définition

C'est l'interruption de la grossesse avant 28 semaines d'aménorrhée.

b. Différents types d'avortement

On distingue deux types d'avortement : provoqués ou spontanés.

- L'avortement provoqué résultant de gestes volontaires et agressifs vis-à-vis de l'œuf par des méthodes à risque exposant la femme à des graves problèmes de santé. Ils peuvent être légaux ou illégaux selon les pays.
- Les avortements spontanés sont dans la plus part des cas secondaires à des maladies infectieuses ou des causes traumatiques.

Dans les deux situations, les signes cliniques les plus couramment rencontrés sont :

| Diagnostic | Saignement | Col de l'utérus | Taille de l'utérus | Autres signes |
|-----------------------|----------------------|-----------------|---|--|
| Menace d'avortement | Légers ou modérés | Non dilaté | Inférieur à l'âge présumé de la grossesse | <ul style="list-style-type: none"> • Crampes, • Utérus mou |
| Avortement inévitable | Modérés ou abondants | Dilaté | ≤ à l'âge présumé de la grossesse | <ul style="list-style-type: none"> • Crampes, • Utérus sensible |
| Avortement incomplet | Légers ou abondants | Dilaté et mou | ≤ à l'âge présumé de la grossesse | <ul style="list-style-type: none"> • Crampes, • Expulsion partielle des produits de conception ; • Utérus sensible |
| Avortement complet | Peu ou aucun | Mou | ≤ à l'âge présumé de la grossesse | <ul style="list-style-type: none"> • +/- crampes, • Expulsion totale des produits de la conception ; • Utérus ferme |

C. LES SOINS APRES AVORTEMENT

❖ Définition

Les soins après avortement (SAA) représentent l'ensemble des prestations de services complets visant à prévenir et à traiter l'avortement et ses complications.

❖ Objectifs

Ils sont au nombre de trois :

- Prendre en charge les complications éventuelles de l'avortement
- Prévenir les récurrences d'avortement
- Assurer la planification familiale après un avortement

❖ La consultation

Elle se fait en quatre étapes : l'accueil, l'interrogatoire, l'examen physique et l'examen gynécologique.

❖ Le matériel nécessaire et règles d'hygiène pour des SAA

Les conditions optimales exigées sont : une salle propre, une table d'accouchement, un tensiomètre et son stéthoscope, un thermomètre, des gants stériles, des spéculums de taille différente, des curettes de différente taille, des

bougies, une source lumineuse, un bocal et haricots, des médicaments d'urgence, si possible un aspirateur électrique, des mesures d'hygiène strictes du local et des matériels utilisés, avoir des compétences suffisantes pour faire face à d'éventuelles complications et prendre des dispositions au besoin d'une évacuation.

❖ Les signes de gravité

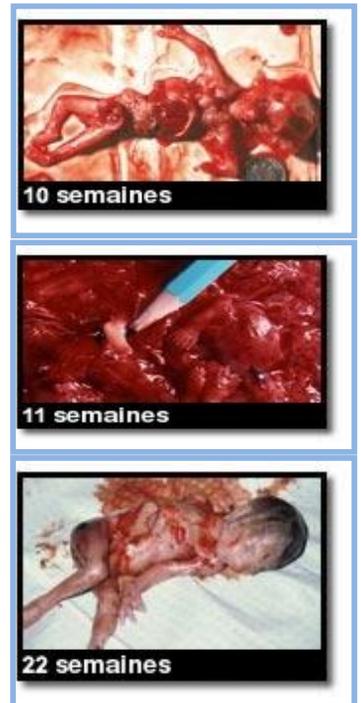
Les éléments de gravité essentiels à rechercher sont : Un état de choc, des saignements vaginaux graves, des infections, des lésions abdominales. Devant ses éléments, la priorité est de stabiliser la femme avant l'évacuation du contenu utérin.

❖ Les causes

Les étiologies sont nombreuses, mais les plus fréquentes au Mali sont : le paludisme++++, la toxoplasmose, la rubéole, la syphilis endémique (béjel), les infections sexuellement transmissibles et les avortements provoqués clandestins pratiqués généralement par du personnel non qualifié et dans des mauvaises conditions d'hygiène, les infections urinaires, le diabète, la béance du col, les traumatismes et violences conjugales.

❖ Les complications

- Les hémorragies dont les signes cliniques majeurs sont : pouls filant rapide voir imprenable, effondrement de la TA, pâleur des conjonctives et des téguments, hypersudation avec extrémités froides, tachypnée, anxiété voir agitation et coma.
- Les infections devant les signes suivants : fièvre \geq à 38 ou \leq à 36,5 ; pertes vaginales malodorantes, bas ventre sensible, saignements prolongés au-delà de huit jours.
- Les lésions intra abdominales : elles sont les premières causes de décès chez les femmes et la blessure la plus courante est la perforation de l'utérus. Les autres organes qui peuvent être touchés sont : la vessie, le rectum, les intestins, les trompes et les ovaires.



Les signes de suspicion sont : choc hémorragique, abdomen distendu, bruits abdominaux abaissés, nausées/vomissements et fièvres (principales complications au cours d'un avortement).

❖ **Les séquelles**

Elles sont nombreuses et variées selon le contexte de survenue, la femme et son environnement. Les séquelles les plus courantes sont : les synéchies, la stérilité, la dystrophie ovarienne, les grossesses extra utérines, le placenta prævia, les avortements à répétitions et les lésions inflammatoires chroniques.

❖ **Le traitement**

| AVORTEMENT COMPLET | AVORTEMENT INCOMPLET |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Réassurer ;• Antibiothérapie, antalgique et utéro tonique,• Séro vaccination (SAT+ VAT) si nécessaire,• Counseling de PF après guérison• Traitement étiologique si elle est connue | <ul style="list-style-type: none">• Évacuation utérine si les conditions techniques humaines sont réunies sinon référer en urgence ;• Antibiothérapie, antalgique et utéro tonique ;• Traitement de la cause identifiée. |

d. Les complications

Elles seront évacuées pour une prise en charge spécifique dans des centres mieux équipés avec des personnels plus compétents. La règle d'or est d'assurer une voie veineuse de sécurité.

e. La prévention

Elle doit être double afin d'éviter des conséquences souvent dramatique :

- Éviter les grossesses non désirées chez les jeunes filles et chez toute femme pour respecter au moins un intervalle de 6 mois après l'avortement pour la santé de la femme et l'issue de la prochaine grossesse. Pour atteindre cet objectif, il faut promouvoir la planification familiale et l'utilisation des préservatifs qui en même temps lutte contre la propagation des IST/VIH/SIDA.
- Prévenir et traiter toutes les causes infectieuses d'avortement.

ANNEXE 1 : DROITS EN MATIERE DE SOINS APRES AVORTEMENT

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Droit à un traitement d'urgence immédiat, qu'elle ait eu un avortement spontané ou qu'elle ait eu recours à un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses.• Droit à un traitement quels que soient son ethnie, statut socio-économique, religion, âge, situation matrimoniale, dimension de la famille,• Comportement sexuel ou opinions politiques. Droit de recevoir des informations sur : Son état physique général• Les résultats de ses examens physique et gynécologique et des tests de laboratoire• La durée du traitement• La nécessité de l'orienter et de la transporter vers un autre établissement• Les procédures qui seront utilisées ainsi que leurs risques et avantages | <ul style="list-style-type: none">• Droit de discuter de ses préoccupations et de son état dans un environnement où elle se sent en confiance.• Droit au caractère privé de l'examen (environnement)• Droit au confort• Droit d'exprimer ses opinions sur le service qu'elle reçoit ;• Droit de décider librement si elle veut ou non recevoir un traitement (consentement) en suivant les étapes suivantes :<ul style="list-style-type: none">• Déterminer si la femme est capable d'écouter ;• Si non, discuter avec un représentant de la femme ;• Expliquer en détail et de manière amicale et simple la ou les procédure(s) y compris les avantages, les risques, probabilités de succès et autres possibilités ;• Prévoir le temps nécessaire et encourager la femme à poser des questions ;• Demander son consentement à recevoir le traitement ou, si elle n'est pas en mesure de le donner, celui d'un membre de la famille ou d'un autre adulte responsable• Discuter dès que possible de la nécessité de prévenir un autre avortement par l'utilisation de la contraception pendant au moins 6 mois ; impliquer le partenaire dans la discussion s'il est présent et si la cliente l'accepte; mener un counseling sur les méthodes possibles après un avortement et lui offrir ou prescrire la méthode de son choix. |
|---|--|

B. Hémorragies du 2eme et 3eme trimestre

1. Placenta prævia hémorragique

a. Définition

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

b. Signes

- Métrorragies de sang rouge, indolore (sauf au cours du travail).
- Utérus souple
- BDC généralement présents

c. CAT

☞ **Niveau CSCOM**

- Accueillir la patiente
- Reassurer
- Prendre une voie veineuse avec du Ringer lactate
- Examiner la patiente, mais en limitant les TV au strict minimum car risque d'aggravation du saignement
- Référence/Evacuation
- Prévoir deux donneurs de sang
- Chez une femme en travail, la rupture de la poche des eaux si possible diminue le risque de saignement

☞ **Niveau CSRéf**

- Prise d'une voie de veineuse de sécurité à l'aide d'un cathéter
- Limiter les touchers vaginaux au strict minimum
- Groupage Rhésus
- Sondage vésical
- Grossesse non à terme :
 - Hospitalisation,
 - Repos au lit
 - Surveillance régulière
 - Pas d'amélioration : césarienne ou référence/évacuation

- Grossesse à terme ou en travail
 - Rupture de la poche des eaux si possible
 - Césarienne
 - Référence / évacuation

2.H.T.A sévère chez la femme enceinte : Pré - éclampsie

a. Définition

La tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 160 mm Hg et ou la diastolique est supérieure ou égale à 110mm Hg chez une femme enceinte.

b. Signes

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

d. CAT

**Règle d'or : L'accouchement d'une femme pré
éclamptique doit se faire dans les 24 heures après le
début des symptômes.**

☞ Niveau CSOM

- **Prendre une voie veineuse de sécurité à l'aide d'un cathéter**
- **Grossesse non à terme**
 - Hospitalisation
 - Repos strict au lit
 - Surveillance de la TA et des BDCF toutes les heures,
 - Diurèse,
 - Poids

- Administration d'antihypertenseur .Ex :Nifédipine10mg :3 à 6 capsules / j en sublingual
- Anticonvulsivant : Diazépam 5 mg (1 comp. matin et soir) jusqu'à amélioration de la TA
- Pas d'amélioration: référence /évacuation

▪ **Grossesse à terme**

- Hospitalisation : repos et surveillance
- Administration d'antihypertenseur. EX : nifédipine 10mg : 3 à 6 capsules / j en sublingual et Diazépam 5 mg (1 comprimé)
- Recherche des BDCF
- Pas d'amélioration : Référence/Evacuation

☞ **Niveau CSREF**

- Anti- convulsivant : sulfate de magnésium
- Déclenchement du travail : ocytocine 5 UI dans Ringer lactate ou SG 5% en absence de contre indication
- Si échec du déclenchement du travail ou aggravation de son état : césarienne

3. Éclampsie

a. Définition

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

b. Signes

- Convulsions
- Coma
- HTA (TA \geq 140/90 mm Hg)
- Protéinurie
- Œdème

- Formes cliniques

- Eclampsie au cours de la grossesse

- Eclampsie au cours du travail
- Eclampsie du post-partum

a. CAT

Trois règles d'or

- **Ne jamais laisser l'éclamptique seule (sans agent de santé) dans la salle d'accouchement.**
- **L'accouchement d'une femme éclamptique doit se faire dans les 12 heures après le début des convulsions.**
- **Assurer la liberté des voies aériennes supérieures : cou en hyper extension ; éviter à tout qu'elle n'avale sa langue.**

4. Hématome retro placentaire

a. Définition

C'est un accident paroxystique caractérisé par le décollement prématuré du placenta normalement inséré au cours de la grossesse ou du travail d'accouchement.

b. Signes

- Contracture utérine (utérus de bois)
- Métrorragies minimales de sang noir
- Abdomen douloureux
- Etat de choc
- BDCF absents le plus souvent

c. CAT

☞ Niveau CSOM

- Accueillir la patiente
- Rassurer
- Examiner la patiente
- Prise de voie veineuse et placer du Ringer lactate ou S. Sale
- Prévoir deux donneurs de sang
- Référence/évacuation.

☞ Niveau CSREF

- Groupage rhesus
- Sondage vésical
- Remplissage avec du ringer ou Macromolécule : 1 à 2 litres en 15 minutes et surveiller les différents paramètres

- Césarienne

C. Hémorragies de l'accouchement

1. Pré rupture utérine

a. Définition

Etat morbide annonciateur de l'imminence de la rupture utérine, survenant au cours du travail d'accouchement et caractérisé par une hypertonie et une hypercinésie utérines.

b. Signes

- 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 coeur fœtal (bradycardie)
- Liquide amniotique verdâtre (méconial)

c. CAT

- Faire une ampoule de Salbutamol ou de Bricanyl en IV lente jusqu'à la disparition de la contracture
- Prendre voie veineuse (cathéter 18G / 20G)
- 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

2. Rupture utérine

a. Définition

C'est une solution de continuité non chirurgicale de la paroi utérine.

b. Signes

- Modification de la configuration de l'abdomen
- Apparition très rapide des signes du choc
- Douleur abdominale à la palpation

- Saignement vaginal
- Sensation du fœtus sous la peau
- Disparition de la présentation
- BDCF généralement absents

c. CAT au niveau CSRéf

- Prendre voie veineuse (cathéter 18G /20G)
- Groupage rhésus
- Remplissage avec du Ringer lactate (ou Macromolécule ou S. Salé)
- Laparotomie : hystérorraphie ou hystérectomie selon le cas
- Evacuation d'urgence au besoin

3. Hémorragie du post-partum

❖ **Définition**

On appelle hémorragie du post-partum, tout saignement de 500 ml ou plus survenant dans les 24 heures après l'expulsion du foetus ou tout saignement retentissant sur l'état général de la patiente.

❖ **Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement**

| Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents | Symptômes et signes cliniques parfois présents | Diagnostic probable |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat ^a • utérus mou/non contracté | <ul style="list-style-type: none"> • choc | atonie utérine |
| <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum immédiat ^a | <ul style="list-style-type: none"> • placenta complet • utérus contracté | déchirures cervicales, vaginales ou périnéales |
| <ul style="list-style-type: none"> • absence de délivrance 30 | <ul style="list-style-type: none"> • HPP du post-partum | rétention |

^a Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

| | | |
|--|---|---|
| minutes après l'accouchement | immédiat ^a • utérus contracté | placentaire complète |
| • absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux | • HPP du post-partum immédiat ^a • utérus contracté | rétention placentaire partielle |
| • fond utérin non perçu à la palpation abdominale • douleur légère ou intense | • utérus inversé, visible au niveau de la vulve • HPP du post-partum immédiat ^b | inversion utérine |
| • survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement • utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement | • saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond • anémie | hémorragie du post-partum tardif |
| • HPP du post-partum immédiat ^a (saignement intra-abdominal et/ou vaginal) • forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) | • choc • abdomen sensible • pouls rapide | rupture utérine |

Prise en charge spécifique de l'HPP

- HPP du post-partum immédiat
- utérus mou/non contracté

ATONIE UTERINE

- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des oxytociques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres
- Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins.
- Si le **saignement persiste** :
 - examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet
- Puis, si le **saignement n'a toujours pas cessé** :
 - procéder à une compression bimanuelle de l'utérus
 - A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte
 - Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé

- HPP du post-partum immédiat
- placenta complet

DECHIRURES CERVICALES, VAGINALES OU PERINEALES

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réparation des déchirures cervicale, vaginales ou périnéales.
- Si le **saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente

- absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement
- absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux
- HPP du post-partum immédiat

RETENTION PLACENTAIRE

- Si le **placenta est visible**, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. **S'il est palpable** au toucher vaginal, procéder à son extraction.
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si le **placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la prise en charge active du troisième stade du travail.
- Si la **délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine** et que **l'utérus est contracté**, essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon
- Si la **traction mesurée sur le cordon est sans succès**, faire une tentative de délivrance artificielle
- Si le **saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente
- Si la **patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite

Prise en charge spécifique

Atonie utérine

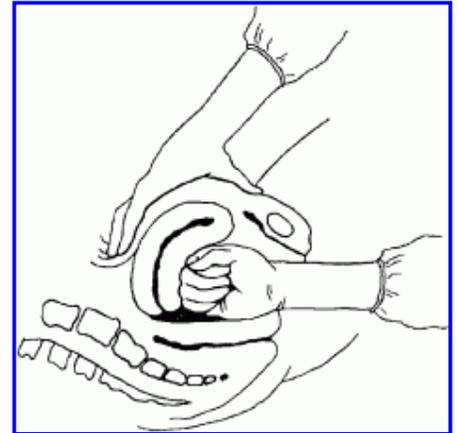
L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions, notamment après l'accouchement.

- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des ocytociques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres
- Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins.
- **Si le saignement persiste :**
 - examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet ;
 - si **des débris placentaires ont apparemment été retenus** (absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux), extraire le tissu placentaire restant ;
 - évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente (**voir « Test de coagulation au lit »**) ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Puis, si **le saignement n'a toujours pas cessé :**
 - procéder à une compression bimanuelle de l'utérus (**fig. 6.1**) :
 - après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, introduire une main dans le vagin et fermer le poing ;
 - placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
 - avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus ;
 - maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.

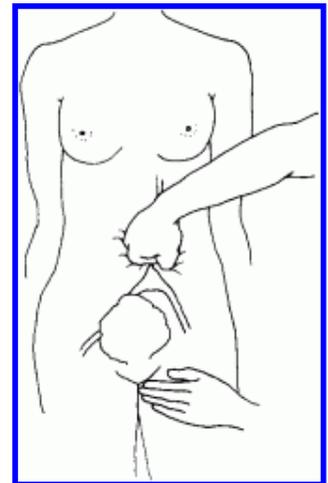
COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

- A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte

- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale :



- le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche ;
- pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale.
- Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante :
- si **le pouls est palpable pendant la compression**, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;
- si **le pouls fémoral n'est pas palpable**, la pression est suffisante.
- Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.



Compression aortique

NB : Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.

- Si **le saignement persiste** malgré la compression :
 - préparer la patiente pour une intervention chirurgicale.

DECHIRURES CERVICALES, VAGINALES OU PERINEALES

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté, le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale.

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

Rétention placentaire complète

Il arrive que la rétention du placenta ne s'accompagne pas d'un saignement.

- Si **le placenta est visible**, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. **S'il est palpable** au toucher vaginal, procéder à son extraction.
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si **le placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la gestion active de la troisième période de l'accouchement.

Ne pas administrer d'ergométrine car cela provoque des contractions toniques de l'utérus qui pourraient retarder l'expulsion du placenta.

- Si **la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine** et que **l'utérus est contracté**, essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon.

Note : Eviter les tractions énergiques sur le cordon et les fortes pressions sur le fond utérin, car cela risquerait de provoquer une inversion utérine.

- Si **la traction mesurée sur le cordon est sans succès**, faire une tentative de délivrance artificielle (voir « La délivrance artificielle »).

Note : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.

Rétention placentaire partielle

Il arrive que la rétention de débris placentaires n'entraîne pas de saignement.

Lorsqu'une portion du placenta –un ou plusieurs lobes – est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement.

- Introduire la main à l'intérieur de l'utérus pour y rechercher des fragments de placenta. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle (voir « La délivrance artificielle »).
- Extraire les fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.

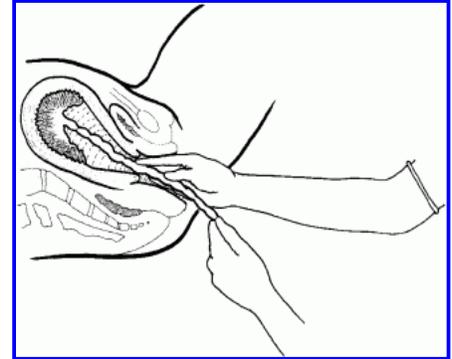
Note : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

Prise en Charge de certaines causes d'HPP

1. Délivrance artificielle

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de délivrance artificielle.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement en IV ou de la kétamine, ou faire un bloc des nerfs honteux internes.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques:
 - 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV ou ;
 - 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus .



ENGAGER UNE MAIN DANS LE VAGIN, LE LONG DU CORDON

- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus

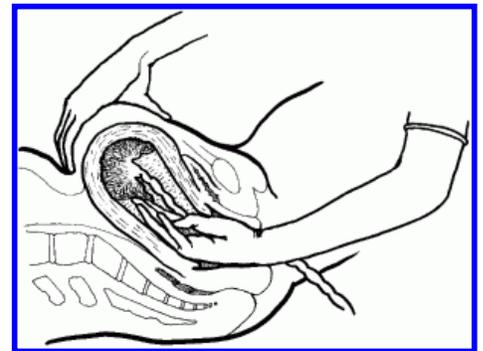
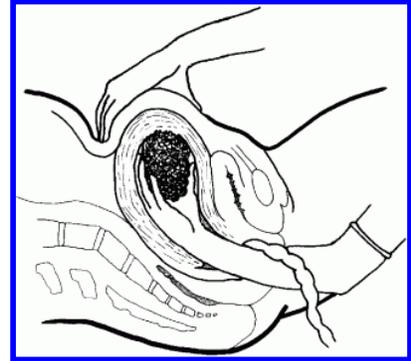
Note : En cas d'inversion utérine, repositionner l'utérus (**voir « Réduction de l'inversion utérine »**).

- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.

- Si **le cordon a été préalablement rompu**, introduire une main dans la cavité utérine. Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.

Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta

- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.
- Procéder ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.
- Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine sous l'effet du mouvement latéral effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, redouter un placenta accreta et faire une laparotomie et éventuellement une hystérectomie subtotale
- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta .
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-contraction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée.



Retirer la main de l'utérus

- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.

- Si la patiente **continue à saigner abondamment**, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines (**tableau 6.2**).
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. **S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire**, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

PROBLEMES

- Si **la rétention placentaire est due à un anneau de rétraction** ou si **elle dure depuis plusieurs heures voire depuis plusieurs jours**, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus. Dans ce cas, extraire le placenta en plusieurs fois avec 2 doigts, une pince à faux germe ou une grosse curette.

2. Inversion utérine

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne pendant la délivrance. Dans ce cas, il faut le repositionner immédiatement. Plus le temps passe, plus l'anneau de rétraction qui entoure l'utérus inversé devient rigide et plus l'utérus est engorgé de sang.

- Si **la douleur est très forte**, injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (sans dépasser 100 mg au total), en IM ou en IV ou administrer 0,1 mg de morphine par kg en IM.

Note : Ne pas administrer d'ocytocique tant que l'inversion n'est pas corrigée.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques à la patiente après avoir corrigé l'inversion utérine :
 - 2 g d'ampicilline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV ; OU

- 1 g de céfazoline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV.

- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.
- En cas de **nécrose présumée**, procéder à une hystérectomie par voie vaginale. Il peut être nécessaire pour cela de transférer la patiente dans un centre de soins tertiaires.

Réduction d'une inversion utérine

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de réduction de l'inversion utérine.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse
- Injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement, en IV. Si nécessaire, faire une anesthésie générale.
- Nettoyer soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
- Comprimer l'utérus inversé à l'aide d'une serviette mouillée, chaude et stérile jusqu'à ce qu'il soit prêt pour l'intervention.

REDUCTION MANUELLE

- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, empaumer l'utérus d'une main et le pousser à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position normale, la deuxième main se trouvant sur l'abdomen pour assurer le maintien de l'utérus (**fig. 6.6**). Si **le placenta n'est toujours pas décollé**, procéder à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion. Il est important que la partie de l'utérus qui est sortie en dernier (la partie qui est la plus proche du col) soit remise en place en premier.

REDUCTION MANUELLE DE L'UTERUS INVERSE (MAIN DROITE SOUTENANT L'UTERUS)

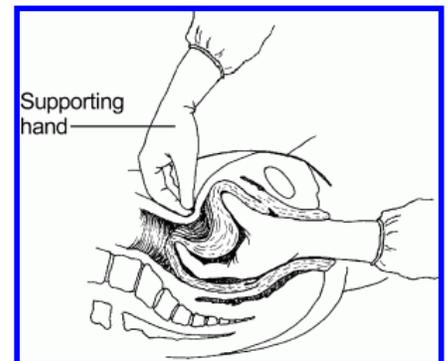
- Si **la réduction échoue**, faire une réduction hydrostatique.

Réduction hydrostatique

- Installer la patiente en position de Trendelenburg fortement déclive (la tête de la patiente doit se trouver 50 cm plus bas que le périnée).
- Préparer un appareil de douche désinfecté doté d'un gros pommeau, d'une longue tubulure (2 m) et d'un réservoir d'eau chaude (de 3 à 5 l).

Note : Il est aussi possible de réaliser la réduction avec du sérum physiologique qu'on aura fait chauffer et un matériel de perfusion ordinaire.

- Repérer le cul-de-sac postérieur. Cela est aisé lorsque l'inversion est partielle et que l'utérus est toujours dans le vagin. Dans les autres cas, on reconnaît le cul-de-sac postérieur à ce qu'il constitue une démarcation entre le vagin rugueux et le vagin lisse.
- Insérer le pommeau de douche dans le cul-de-sac postérieur.
- Simultanément, maintenir les lèvres jointes sur le pommeau avec l'autre main et maintenir le pommeau en place à l'aide de l'avant-bras.
- Demander à un aide de mettre l'appareil en marche à pleine pression (soulever le réservoir d'eau à 2 m du sol au moins). L'eau a pour effet de distendre progressivement le cul-de-sac postérieur, de sorte que celui-ci s'étire, ce qui entraîne un accroissement de la circonférence de l'orifice, un relâchement de l'anneau de rétraction et, par voie de conséquence, une réduction de l'inversion.



❖ **CAT au niveau CSRéf**

- Prise d'une voie veineuse de sécurité à l'aide d'un cathéter
- Réhydrations au Ringer Lactate : 75 à 100ml/kg dont les 2/3 à faire passer dans les deux heures.

- Vérification du globe de sécurité
- Sondage vésical
- Faire le groupage Rhésus
- Traitement étiologique :
 - Atonie utérine : révision utérine et administration de 10UI d'ocytocine en IM ou dans la perfusion de ringer ou sérum salé
 - Rétention placentaire : ou délivrance artificielle,
 - Déchirure des parties molles : situer
- Assurer une surveillance stricte des différents paramètres
- Référence/évacuation au besoin vers l'hôpital

4. Travail prolongé

a. Définition du travail

Le travail se caractérise par des contractions utérines douloureuses et régulières, entraînant des modifications du col (dilatation, effacement).

b. Définition du travail prolongé

- ☞ Durée de l'accouchement dépasse les 12 heures, ou
- ☞ Phase de latence supérieur à 8 heures, ou
- ☞ Courbe de dilatation à droite de la ligne d'alerte

c. Signes

- Dilatation stationnaire
- Non progression de la présentation

e. Causes

☞ Dystocie dynamique :

- CU inefficaces
- Efforts expulsifs insuffisants

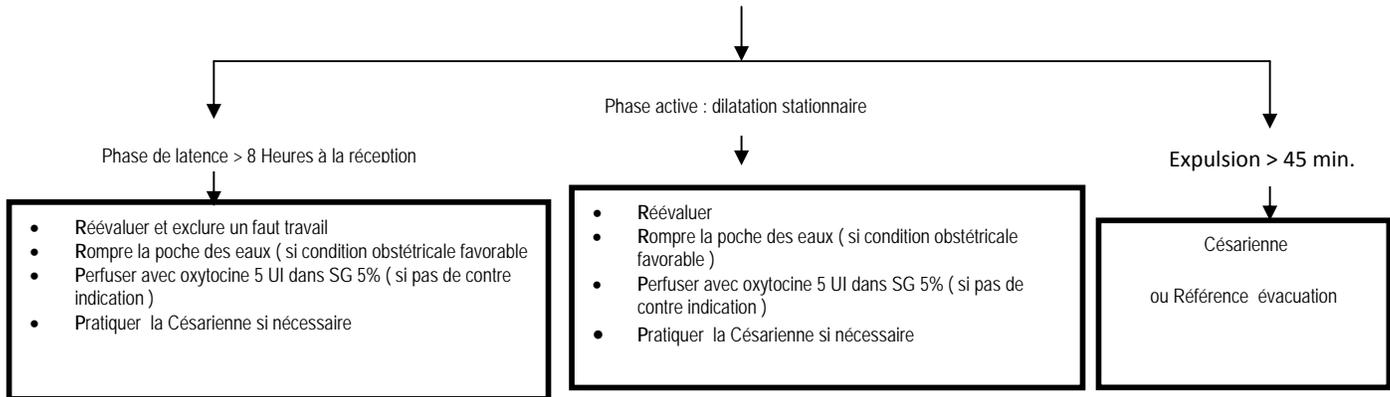
☞ Dystocie mécanique :

- Disproportion foeto-pelvienne
- Présentation vicieuse
- Malformation fœtale
- Anomalies du bassin osseux
- Obstacles praevia

f. CAT

TRAVAIL PROLONGE

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



Chapitre.VI : Soins Essentiels du nouveau né

OBJECTIF GENERAL

A la fin de ce chapitre, l'étudiant doit être capable d'offrir les Soins Essentiels à un nouveau né.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

SAVOIR

1. Définir les soins essentiels du nouveau-né (ce qu'ils incluent, leur objectif, quand et où les prodiguer)
2. Citer les composantes des soins essentiels du nouveau-né
3. Décrire les étapes pour les soins immédiats du nouveau-né
4. Décrire les soins du nouveau-né au cours des six premières heures après la naissance
5. Identifier les signes de danger chez les nouveau-nés.

SAVOIR FAIRE

1. Conseiller les mères et les familles sur les signes de danger chez le nouveau-né.
2. Offrir des soins immédiats au nouveau-né (séchage, appréciation de son état général, réchauffement, allaitement, soins du cordon, soins oculaires)
3. Apprécier l'état du nouveau-né et lui prodiguer les soins pendant les 28 premiers jours
4. Conclusions normales et anormales de l'examen du bébé
5. Comment reconnaître les signes de danger chez le nouveau-né
6. Comment et pourquoi pratiquer l'allaitement exclusif
7. Expliquer aux parents ce qu'ils doivent savoir à propos des soins essentiels au nouveau-né :
 - a. Les besoins du bébé de la naissance au 28ème jour
 - b. Comment garder le bébé au chaud
 - c. Comment protéger le bébé des infections

- d. Comment baigner le nouveau-né
- e. Quels soins apporter au cordon ombilical et au nombril
- f. De quels vaccins le nouveau-né a-t-il besoin et quand

SAVOIR ETRE

1. Mobiliser l'équipe
2. Informer et rassurer les parents
3. Prodiguer des conseils

I. INTRODUCTION

Des mesures préventives, l'identification rapide des problèmes, l'accès rapide aux soins, et la prise en charge correcte des problèmes peuvent empêcher beaucoup de décès chez les nouveau-nés. Les soins sanitaires qui améliorent la santé des mères aident aussi les nouveau-nés à survivre. A la naissance le nouveau-né doit vite s'adapter à la vie extra utérine. L'organisme du nouveau-né doit faire beaucoup de changements. Ces changements commencent à la naissance et continuent pendant la période néo-natale. Le premier changement et le plus important est de commencer à respirer.

II. DEFINITION

Les soins essentiels du nouveau-né se définissent comme l'ensemble des gestes et actes réalisés pendant la période néonatale (de la naissance à 6 semaines) pour améliorer la survie du bébé. Ils comprennent tous soins donnés à un bébé après la naissance jusqu'à 6 semaines.

III. LES COMPOSANTES

Les soins essentiels du nouveau-né comprennent :

- Les soins immédiats
- Les soins dans les six heures qui suivent la naissance
- Les soins jusqu'à six semaines

1. Les soins immédiats du nouveau-né à la naissance

La plupart des bébés respirent et crient à la naissance. Le bébé qui a des problèmes de respiration ou qui ne commence pas à respirer a besoin de réanimation immédiate. Vous évalueriez immédiatement la santé du bébé après la naissance et vous devez le réanimer immédiatement si nécessaire. Pour le bébé qui respire bien, vous suivrez les étapes ci-dessous pour donner les soins.

| | |
|--|--|
| Séchez et stimulez. | Ligaturez et coupez le cordon. |
| Évaluez la respiration et la coloration. | Initiez l'allaitement. |
| Décidez si une réanimation est nécessaire. | Soignez les yeux. |
| Gardez le bébé au chaud. | Bains du nouveau né (cas spécifique du au né de mère séropositive) |

Procédures à suivre

Etape 1 : Séchez et stimulez le bébé.

Séchez immédiatement le bébé, y compris la tête. Frottez le corps du bébé, en utilisant une serviette ou un linge propre et chaud. Enlevez la serviette ou le linge mouillé(e) et laissez le bébé en contact peau contre peau avec la mère. Si le bébé respire bien, couvrez l'ensemble avec sa mère avec une couverture propre et chaude.

Etape 2 : Évaluez la respiration et la coloration.

Évaluez la respiration et la coloration du bébé au fur et à mesure que vous le séchez. Le bébé normal respirera bien (30-60 fois par minute) sans geignement. La face, la poitrine et les gencives sont roses.

Etape 3 : Décidez si le bébé doit être réanimé.

Si le bébé ne respire pas ou s'il a une respiration irrégulière, il doit être réanimé. Ligaturer et couper le cordon rapidement. Mettez le bébé sur une surface plate, chaude et commencez immédiatement la réanimation.

- Réanimation quand il n'y a pas d'équipement :
- Maintenir la température ;
- Mettre le bébé sur le côté, cela permet de sortir une partie des sécrétions ;
- La pratique d'enrouler la compresse sur le doigt pour enlever les sécrétions n'est pas toujours efficace, mais peut être d'un grand secours. Il faut le pratiquer doucement. De même, l'utilisation de la poire ou seringue peut être d'une aide importante ;
- Pratiquer la stimulation :

- En frottant le dos
- En tapotant les plantes des pieds.

Techniques de massage cardiaque externe et respiration artificielle

Etape 4 : Gardez le bébé au chaud.

| |
|---|
| Action pour maintenir la température |
| Séchez le bébé aussitôt qu'il est né ou lavé (en cas de VIH) Enlevez le tissu mouillé utilisé pour le sécher. |
| Assurez-vous qu'une couverture chaude couvre la balance, la table ou le lit. Mettez le bébé peau contre peau avec sa mère. |
| Maintenez le bébé couvert Faites porter un bonnet au bébé afin que la tête ne soit pas à l'air frais Evitez les courants d'air Assurez-vous que la salle est chauffée. |
| Gardez le nez du bébé en contact peau à peau directe avec sa mère ou une autre personne. |

N.B : Beaucoup de refroidissements de nouveau-nés se passent dans les premières minutes après la naissance. Dans les 10 - 20 premières minutes, la température corporelle du nouveau-né peut chuter de 2° à 4°C entraînant des effets néfastes. Sa température peut continuer à tomber au fur et à mesure que le temps passe si les soins appropriés ne sont pas donnés.

Le Contact peau - contre - peau :

A la naissance, mettez le bébé sur le ventre de sa mère ou dans ses bras la peau contre la peau pour avoir de la chaleur. Tous les bébés perdent rapidement de la chaleur après la naissance, surtout si le bébé a un petit poids de naissance. Les avantages du contact peau -contre- peau sont les suivants :

- La chaleur corporelle de la mère maintient le bébé au chaud.
- Le contact proche entre la mère et l'enfant renforce le lien mère/enfant.
- Favorise l'allaitement précoce.
- Aide à prévenir les infections parce que la peau du nouveau-né aura d'abord le contact avec les bactéries de la peau de sa mère, non pas les bactéries des mains des agents du centre de santé.

Si le contact peau contre peau avec la mère n'est pas culturellement acceptable pour elle, séchez et enveloppez le bébé. Assurez-vous que la tête est couverte. Placez le bébé à côté de sa mère.

Etape 5 : Ligaturez et coupez le cordon.

Faites deux nœuds serrés autour du cordon. Placez un à 2 doigts de l'abdomen du bébé. Placez le second nœud à 5 cm de l'abdomen du bébé. Coupez entre ces deux nœuds avec une lame neuve non utilisée ou des ciseaux stérilisés. Couvrez la partie du cordon que vous coupez avec une compresse stérile pendant que vous coupez afin que le sang ne jaillisse pas sur vous. Ne mettez rien (aucun pansement) sur le bout du cordon. Observez le cordon chaque heure pour un éventuel saignement pendant les six premières heures.

Etape 6 : Initiation de l'allaitement (allaitement précoce, ou la première tétée).

Encouragez l'allaitement maternel pendant la première heure de la naissance (cf. session allaitement). L'allaitement précoce et non limité donne de l'énergie au nouveau-né pour se réchauffer et se développer.

Etape 7 : Soignez les yeux

Dans l'heure qui suit la naissance, donnez le traitement des yeux du bébé. Le traitement avec un antimicrobien protège le bébé contre une grave infection des yeux.

- Essuyez doucement les yeux du nouveau-né en utilisant une compresse ou un tissu propre pour chaque œil.
- Mettre la pommade Tétracycline 1%, appliquez sur l'intérieur de la paupière inférieure de chaque œil,
- Faites le traitement des yeux du nouveau-né pendant qu'il est en contact peau -contre-peau avec sa mère.

Etape 8 : Bains du nouveau né (cas spécifique du VIH).

Un bain précoce du bébé n'est pas nécessaire. Cela peut aboutir à une baisse de température du bébé (hypothermie). Retardez le bain du bébé jusqu'au second ou troisième jour de la vie, à moins que des traditions culturelles exigent un bain précoce.

Si le bain est nécessaire, attendez que le bébé ait au moins six heures de vie avant de le faire.

Pour le cas spécifique des mères séropositives VIH, le nouveau né peut être lavé à la naissance pour diminuer les risques de transmission. Si le bébé est souillé avec le méconium ou du sang, nettoyez rapidement les parties souillées. Utilisez un tissu mouillé avec de l'eau tiède. Séchez

immédiatement le bébé. Après, continuez le contact peau contre peau. Le bébé et la mère sont couverts avec une couverture chaude pour maintenir la chaleur.

2. Soins du nouveau-né au cours des six premières heures après la naissance

Les premières heures de la vie est une période de beaucoup de changements chez le nouveau-né d'où la nécessité de l'évaluer à chaque heure pendant les six premières heures de la vie :

- La Respiration : Le bébé normal respire bien (30 - 60 fois par minute) sans geignement, sans tirage de la poitrine. Le visage, la poitrine et les gencives seront roses.
- La chaleur : Tâchez l'abdomen ou la poitrine pour voir si le bébé a chaud.
- Le saignement du cordon : Au fur et à mesure que le cordon sèche, la ligature peut se détacher. 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.
- Vérifier les autres signes de danger.

❖ Faites le premier examen physique: si le relais est une accoucheuse traditionnelle

Vous examinerez (évaluerez) le nouveau-né, de la tête jusqu'aux pieds, une fois au cours des six premières heures.

Retardez le premier examen pour au moins une heure ou plus. Attendez jusqu'à ce que le bébé soit à mesure de garder une température corporelle normale de 36.5 – 37,5 0 C.

❖ Identifier les besoins ou les problèmes

❖ Donner les soins au nouveau-né.

Les soins normaux à donner pendant cette période sont :

- Garder le bébé au chaud :
 - Maintenir le bébé en contact peau contre peau avec sa mère et les couvrir avec une couverture ;
 - Coiffer le bébé d'un bonnet ;
 - Expliquer à la mère et à la famille pourquoi vous faites cela.
- Le Bain du Bébé :

- Un bain précoce du bébé n'est pas nécessaire, cela peut aboutir à une baisse de la température du bébé (hypothermie). Il ne doit pas être donné avant six heures après la naissance, seulement si la température du nouveau-né est normale, 36.5 - 37.50 C.
- Les bébés n'ont pas besoin de bain complet chaque jour. Lavez le bébé avec une éponge ou faites son bain complet tous les 2-3 jours. Les fesses du bébé peuvent être nettoyées chaque fois que sa couche est souillée. Utilisez un tissu mouillé avec de l'eau chaude. Séchez immédiatement le bébé. Après, continuez le contact peau contre peau avec sa mère.
 - Continuez à soutenir la mère pour l'allaitement ;
 - Continuez à observer la respiration le bébé pour le teint et le saignement ;
 - Donner la vitamine K avant 6 heures de vie si nécessaire ;
 - Donner d'autres soins sur la base des problèmes et des besoins identifiés ;
 - Enregistrez les données.

3. Soins du bébé de six heures à six semaines

Le nouveau-né et la mère ont besoin d'une attention constante après la naissance. La première semaine et le premier mois de la vie du bébé sont encore une période de risque pour la vie du nouveau-né. Plus de la moitié des décès de nouveau-né surviennent les sept premiers jours.

Bien que le risque diminue au fil du temps, une attention soigneuse est encore nécessaire pendant le premier mois de la vie. Les soins du bébé peuvent se donner aussi bien au centre de santé qu'à domicile.

Un élément important des soins que vous donnez au bébé, à la mère et à la famille est l'enseignement sur les soins du bébé.

4. Les conseils à donner aux parents sont :

☞ Le maintien de la température

- Le bébé doit être maintenu au chaud. Si le bébé a trop froid, l'hypothermie (basse température du corps) peut aboutir à la mort si la température du bébé n'est pas corrigée.

☞ Le sommeil

- Les bébés en bonne santé dorment la plupart du temps entre les tétées. Après le premier mois de vie, le bébé commence à dormir plus longtemps la nuit et reste éveillé plus longtemps le jour.
- Un bébé difficile à réveiller ou qui dort trop peut être malade.

☞ **L'affection**

- Les bébés ont besoin d'affection.
- Les bébés apprennent qu'ils sont aimés lorsqu'ils se sentent dans le confort et dans la sécurité.
- Les bébés signalent leur besoin d'attention en criant. Le bébé qui pleure peut avoir faim, peut être inconfortable, peut avoir une douleur ou peut être malade.

☞ **La protection contre l'infection**

- Le système immunitaire (le système qui combat l'infection) n'est pas mature chez le nouveau-né. Cela veut dire que le bébé peut attraper des infections plus facilement qu'un enfant plus âgé ou qu'un adulte. Au fur et à mesure que le bébé grandit, son système immunitaire se renforce. La mère et la famille doivent prendre soin pour protéger le bébé contre l'infection à la naissance et au cours des premiers mois de vie en :
 - se lavant les mains avec du savon avant et après avoir tenu le bébé ;
 - protégeant le bébé contre la fumée (cigarette, fumée de cuisine, etc.) ;
 - dormant avec le bébé sous moustiquaire imprégnée ;
 - allaitant le bébé au sein ;
 - s'assurant que le bébé reçoit toutes les vaccinations.

☞ **Le bain du bébé**

- Les bébés n'ont pas besoin de bain complet chaque jour. Lavez le bébé avec une éponge ou faites son bain complet tous les 2-3 jours. Les fesses du bébé peuvent être nettoyées chaque fois que sa couche est souillée.

☞ **Les soins du cordon ombilical**

C'est un geste important pour prévenir le tétanos et le sepsis néonatal. Pour cela :

- Ne mettez rien sur le cordon.
- Gardez le cordon exposé au dessus et en dehors de la couche sous des habits propres.
- Si le cordon est souillé par la couche, lavez vos mains avant de nettoyer le cordon avec de l'eau propre et du savon. Utilisez un tissu propre. Séchez le cordon avec un linge propre et placez-le soigneusement hors de la couche pour éviter davantage de contact avec les selles et l'urine.
- Le cordon tombe normalement au bout de cinq à sept jours après la naissance.

- Faites un bain partiel du bébé avant que le cordon ne chute et guérisse.

N.B : L'application de diverses substances et le pansement du cordon avec des bandages peuvent aboutir à une grave infection, comme le tétanos, et la septicémie. Ces infections constituent une cause principale de décès néonatal mais elles sont parfaitement évitables.

☞ **La protection et la sécurité**

Les bébés ne peuvent pas nous dire ce qu'ils ressentent ou ce dont ils ont besoin. Ceux qui prennent soin du bébé doivent apprendre à connaître les signes de maladie ou de danger, et ce qu'il faut faire pour protéger le bébé :

- Ne jamais laisser le bébé seul sur un lit ou une table ;
- Ne pas lancer le bébé en l'air pour ensuite l'attraper ;
- Ne prenez pas un bébé par les pieds avec la tête en bas.

N.B : Jeter un bébé en l'air ou le tenir par le pied avec la tête en bas, cause beaucoup de pressions dans le cerveau du bébé. Cette pression peut briser un vaisseau sanguin et causer une hémorragie du cerveau.

❖ **Visite de suivi**

Faire un plan pour les visites de suivi avec les parents.

❖ **Les signes de danger**

Les signes de danger chez les nouveau-nés sont des signes de maladie grave qui mène souvent à la mort du nouveau-né. Un traitement médical immédiat peut sauver la vie du bébé. Apprendre à la mère et la famille à reconnaître ces signes de danger et à savoir ce qu'il faut. Au fur et à mesure que vous expliquez chaque signe de danger, demandez à la mère ou aux membres de la famille de vous donner un exemple du signe de danger. Ces signes de danger sont :

- 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 bébé n'émet pas de selles, ou n'urine pas au moins 6 fois par jour.

- Problèmes de Respiration : la respiration est plus rapide que 60 fois par minute. Emet des geignements avec la respiration. Il y a des tirages inter ou sous costal. La couleur de la peau est bleuâtre.
- Convulsions : elles sont plus que la trémulation des bébés normaux. ; Le bébé peut devenir rigide.
- Fièvre : Le corps (l'abdomen ou le dos) est chaud au toucher par rapport à une personne qui se porte bien. Le corps (l'abdomen ou le dos) est froid ou plus frais au toucher comparé à une personne bien portante.
- Saignement du cordon ou du rectum
- Le nouveau-né n'a pas beaucoup de sang, donc la perte d'une petite quantité est néfaste.
- Ictère Sévère : La coloration jaune de la peau/des yeux qui commence avant 2 jours ou dure plus de 10 jours. La coloration jaune de la peau qui va jusqu'aux paumes des mains et aux plantes des pieds.
- Diarrhée Sévère : Beaucoup de selles (plus que 3) liquides comme de l'eau.
- Vomissements persistants/Ballonement abdominal : Beaucoup de bébés crachent de petites quantités de lait. Le vomissement est dangereux lorsque de grandes quantités de liquides sont perdues ou quand l'abdomen est ballonné.
- Infections sévères du cordon, des yeux, ou de la peau (Gonflement, écoulement, rougeur, pustules) : Ces infections peuvent affaiblir l'organisme du bébé et causer la mort.
- Léthargie.

IV. REANIMATION NEONATALE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

A. Souffrance fœtale aiguë

NIVEAU 1 : Maternité sans bloc opératoire

- a) Prendre une voie veineuse, au cathéter, et mettre du glucosé 10 % :
- b) Si une perfusion de syntocynon coulait, l'arrêter et la remplacer par le glucosé à 10 %

N.B : Si absence de glucosé à 10 %, utiliser glucosé à 5 % injecter sérum bicarbonaté si disponible

- c) Contrôler s'il n'y a pas de procidence du cordon

- d) Mettre la patiente en décubitus latéral gauche
- e) Si l'on est à une petite dilatation : référer la patiente
- f) Si l'on est à dilatation complète, tête engagée, descente et rotation effectuée :
 - Faire une épisiotomie
 - Appliquer ventouse ou terminer l'accouchement rapidement
 - Rassembler le matériel médico-technique nécessaire à la réanimation du nouveau-né
 - Réanimer le nouveau-né si Apgar est inférieur à 8 (voir fiche correspondant)

NIVEAU 2 : Hôpital Régional/CSREF avec bloc opératoire

- ***Souffrance fœtale aiguë à petite dilatation***

- 1. Prendre une voie veineuse, au cathéter, et mettre du glucosé 10 % :
 - Si une perfusion de syntocynon coulait, l'arrêter et la remplacer par le glucosé à 10 %.

N.B : Si absence de glucosé à 10 %, utiliser glucosé à 5 % injecter sérum bicarbonaté si disponible

- 2. Contrôler s'il n'y a pas de procidence du cordon
- 3. Mettre la patiente en décubitus latéral gauche
- 4.
 - Si l'on est à une petite dilatation : référer la patiente
 - Si l'on est à dilatation complète, tête engagée, descente et rotation effectuée :
 - ✓ faire une épisiotomie
 - ✓ appliquer ventouse ou terminer l'accouchement rapidement
 - ✓ rassembler le matériel médico-technique nécessaire à la réanimation du nouveau-né
 - ✓ réanimer le nouveau-né si apgar est inférieur (voir fiche correspondant)
- 5. Oxygéner
- 6. Avertir l'équipe du bloc opératoire pour une césarienne
- 7. Informer la famille
- 8. Rassembler le matériel médico-technique d'urgence nécessaire à la césarienne et à la réanimation du nouveau- né.
- 9. Réanimer le nouveau-né si Apgar inférieur à 8 (voir fiche correspondante)

- ***Souffrance fœtale aiguë à dilatation complète ou supérieure à 8***

- 1. Accoucher rapidement par voie basse
- 2. Voie veineuse au cathéter
- 3. Oxygéner

4. Faire une épisiotomie
5. Appliquer ventouse
6. Réanimer le nouveau-né si Apgar est inférieur à 8
7. Réparer le périnée.

B. Souffrance néonatale secondaire

a) **Identification par l'interrogation et par l'étude du dossier obstétrical des contextes de survenue de la souffrance néonatale secondaire :**

| | |
|--|------------------------|
| Accouchement difficile | Refus de téter |
| Souffrance fœtale aiguë | Gémissements |
| Apgar bas à la naissance (réanimation) | Convulsions |
| | Troubles respiratoires |

Pratiquer l'examen clinique pour identifier une souffrance néonatale secondaire :

| | |
|--|----------------------------|
| Hypo ou hyperthermie | Apnée, polypnée ou cyanose |
| Pâleur cutanée | Ballonnement abdominal |
| Signes neurologiques (cris incessants, léthargie, convulsions, hypo et hypertonie, fontanelle bombée, diminution ou abolition des réflexes). | |

Appliquer les soins d'urgence de la souffrance néonatale secondaire selon le niveau :

| Niveau CSCOM | Niveau hôpital |
|--|---|
| Ne rien donner par voie orale | Ne rien donner par voie orale |
| En cas de convulsions : diazépam 0,5 mg/kg intrarectal, une fois seulement. | Prendre la température, poids, taille, périmètre crânien |
| En cas d'hypoglycémie : glucosé hypertronique à 10 % 10 ml par sonde naso-gastrique, ou injection par la veine ombilicale (Cathéter G21 ou G 23 à l'embout de la seringue) du glucosé hypertonique à 10 % à la dose de 3 ml/kg | Nettoyer rapidement le bébé (bain tiède) |
| Habiller le nouveau-né, le garder au chaud le corps coller à la mère | Réchauffer le nouveau-né si nécessaire |
| | Arrêter les convulsions ou les cris incessants avec du plenisbalitol sodique 20 mg/kg/IV lentes |

| | |
|---------------------------|---|
| et refermer immédiatement | Oxygène si nécessaire 2 à 3 l/ minute. |
| Informé la mère | Apprécier la glycémie par la bandelette |
| Rassurer la mère | Faire les prélèvements (glycémie, calcémie, NFS, CRP, LCR, CSRH, GE) |
| Prodiguer des conseils | Prendre un abord veineux avec du glucosé hypertonique à 100 / (60 ml /kg /24 h). |
| | Avec du gluconate de calcium 10 %, 3 ml / kg, faire couler pendant 15 mn, 6 à 7 gouttes /mn puis continuer à raison de 3 gouttes par mn |
| | Appeler le médecin |
| | Surveiller la température, la coloration, les selles et les urines, les fréquences respiratoires et cardiaque, l'état neurologique, l'évolution des signes notés initialement |
| | Noter sur les dossiers les traitements et gestes qui ont été effectués. |

C. Détresse respiratoire néonatale

❖ Mener l'interrogatoire et étudier le dossier obstétrical à la recherche de facteurs de risque de détresse respiratoire :

| | |
|---|--|
| Notion d'hydramnios | Nouveau-né infecté |
| Notion de souffrance foetale aiguë | Nouveau-né issu d'une césarienne sans travail d'accouchement |
| Nouveau-né réanimé | Nouveau-né issu d'un accouchement par suite de manœuvre instrumentale ou manuelle. |
| Nouveau-né prématuré | |
| Nouveau-né avec inhalation de liquide amniotique | |
| Nouveau-né après administration importante de produits anesthésiques ou sédatifs. | |

❖ Inspecter l'enfant et identifier les éléments de détresse respiratoire :

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Polypnée • Bradypnée • Apnée/ pause respiratoire | <ul style="list-style-type: none"> • Respiration irrégulière • Signe de lutte • Cyanose |
|--|--|

❖ Appliquer la conduite suivante :

- Désobstruer les voies aériennes
- Vérifier la perméabilité des fosses nasales et de l'œsophage
- Oxygéner le nouveau-né.

❖ Surveiller le nouveau-né

- Fréquence respiratoire (N : 40 cycles/min)
- Coloration (N : ROSE)

- Signes de lutte (absence de signe de lutte)
 - État neurologique (N : Tonique)
 - Comportement au sein (N : Réflexe de succion).
- ❖ **Référer en cas d'absence d'amélioration**
- Habiller chaudement l'enfant
 - Placer l'enfant contre le corps de la mère (position « kangourou »), la tête en position défléchie
 - Rassurer la mère
 - Prodiguer des conseils à la mère.

D. Hypoglycémie du nouveau-né

❖ **Il faut toujours identifier les facteurs de risque de l'hypoglycémie du nouveau-né. Parmi eux, on peut citer :**

- Réanimation de l'enfant en état de mort apparente
- Après une souffrance fœtale aiguë ou chronique
- Enfant de mère diabétique
- Enfant de petit poids de naissance / prématurité
- Post mature
- Détresse respiratoire.

❖ **Rechercher chez le nouveau-né les signes d'hypoglycémie**

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Somnolence | Hypothermie (T° inférieure 35 ° 5) |
| Trémulations | Cyanose |
| Hypotonie ou hypertonie | Pâleur |
| | Apnée |

❖ **Corriger l'hypoglycémie du nouveau-né**

❖ Niveau CSCOM

| | |
|--|---|
| A travers l'interrogatoire ou l'étude du dossier obstétrical, identifier les facteurs de risque d'hypoglycémie : | La température |
| Petit poids de naissance, prématurité | La coloration |
| Souffrance fœtale aiguë ou chronique | L'état neurologique |
| Réanimation du nouveau-né en état de mort apparente | La glycémie à la bandelette |
| Nouveau-né de mère diabétique ou hypertrophique | La disparition des signes cliniques évoquant l'hypoglycémie |
| Post-terme | Informez la mère de l'état de l'enfant |
| mettre l'enfant au sein | |

| | |
|---|--|
| <p>renouveler la mise au sein toutes les 3 heures</p> <p>si l'enfant n'arrive pas à téter, placer une sonde gastrique</p> <p>donner 10 ml de glucosé hypertonique à 10 % ou injecter par la voie ombilicale à l'aide d'un cathéter G 21 ou G 23 adapté à l'embout de la seringue de glucose 10 % 3 ml / kg</p> <p>prendre une voie veineuse avec du glucosé</p> <p>surveiller :</p> | <p>Rassurer la mère</p> <p>Référer si l'évaluation est défavorable</p> |
|---|--|

❖ **Devant un nouveau-né, rechercher les signes qui évoquent une hypoglycémie :**

- Trémulation ou convulsion
- Somnolence
- Hypothermie
- Hypotonie ou hypertonie
- Apnées, pâleur, cyanose

a) Pratiquer le test de glycémie à la bandelette et interpréter le résultat

b) Corriger l'hypoglycémie par injection de glucosé hypertonique à 10 % par la veine ombilicale puis par une veine périphérique.

- Mettre en condition pour la référence.
- Prévenir une hypoglycémie en présence d'un facteur de risque en mettant précocement l'enfant au sein.
- Prématuré.

❖ **Au niveau de l'hôpital**

| | |
|--|---|
| <p>Installer le nouveau-né sur la table de réanimation</p> <p>Faire un nettoyage rapide du corps</p> <p>Le réchauffer</p> <p>Pratiquer le test de glycémie sur bandelette</p> <p>Prélever le sang pour la biologie (paquet minimum), y compris la glycémie</p> | <p>Corriger l'hypoglycémie si la glycémie est inférieure à 0,40 g/L ou 2,2 mmol/L par du glucosé hypertonique à 10 % 3 ml/kg dans une veine périphérique, puis prendre le relais avec du glucosé 10 %, 60 ml/kg/24 h.</p> <p>Appeler le médecin</p> <p><u>Surveiller</u> : température, coloration, état neurologique, glycémie à la bandelette, disparition des signes cliniques évoquant l'hypoglycémie</p> |
|--|---|

E. Nouveau-né malformé en situation d'urgence

Étape 1 : Mener l'interrogatoire et étudier le dossier obstétrical à la recherche des facteurs de risque de malformation

| | |
|--|---|
| Age maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans | Exposition de la grossesse à un produit responsable de malformations : maladies maternelles (syphilis, rubéole, toxoplasmose) ; gêne respiratoire ; vomissements répétés ; absence d'émission d'urines ou de selles après 36 heures |
| Diabète sucré chez la mère | |
| Malformation ou tare dans les familles | |
| Hydramnios, oligo-amnios | |
| Antécédents de malformation congénitale ou de décès néonataux, de fausses couches répétées | |

Étape 2 : Faire l'examen physique à la recherche d'une malformation

| | |
|--|---|
| Regarder attentivement la tête, le visage, ou le cou | Vérifier la perméabilité des fosses nasales avec sonde |
| Ouvrir la bouche et regarder une fente palatine (abaisse-langue et lampe torche) | Vérifier la perméabilité de l'œsophage avec le test à la seringue |
| Regarder le thorax, l'abdomen, les organes génitaux externes, l'anus, le dos. | Vérifier la perméabilité de l'anus en enfonçant doucement le thermomètre dans l'anus. |
| Regarder et mobiliser les 4 membres ; regarder mains et pieds | |

Étape 3 : Conclure

- Reconnaître les malformations
- En cas de malformation, pratiquer la conduite indiquée et référer.
- Rassurer la mère
- Prodiguer des conseils.

F. Nouveau-né ictérique

Étape 1 : Mener l'interrogatoire et étudier le dossier obstétrical à la recherche de facteur risque :

- Antécédents d'ictère néonatal dans la fratrie
- Mère rhésus négatif
- Souffrance fœtale aiguë
- Prématuration
- Risque d'infection
- Nouveau-né traumatisé (bosse séro-sanguine, céphalématome précise).

Etape2 : Reconnaître le nouveau-né ictérique par l'inspection de la peau et des muqueuses

| | |
|--|--|
| Apprécier l'intensité de l'ictère : reflet ictérique ou ictère franc | Surveiller : la température, la coloration, les réflexes archaïques, le tonus, les comportements au sein |
| Classer l'ictère : ictère pathologique, ictère simple (justifier) | Référer l'ictère pathologique |
| Traiter l'ictère simple : bain de soleil, allaitement maternel | Rassurer la mère Prodiguer des conseils à la mère. |

FICHE 1 : Ce qu'il faut vérifier chez un nouveau-né à l'examen physique : Résultats normaux

| | |
|--|---|
| Regarder la coloration | Un gonflement mou sur la partie de la tête qui est d'abord sorti (bosse sero sanguine) peut être présent à la naissance, disparaît dans les 24 heures |
| La face, la poitrine, et les gencives roses. | Fontanelle antérieure plate. |
| Les mains et les pieds peuvent être bleus pendant les 48 premières heures | 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 |
| Regarder la respiration | Les lèvres, les gencives et le palais sont entiers et symétriques. |
| Respiration calme et peu profonde. Compter la respiration (compter pendant 1 mn) | Palper le cou, aucune excroissance ou gonflement. |
| 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 : |
| Regarder la position des membres et le tonus musculaire | La poitrine bouge en même temps que la respiration. |
| Bras et jambes fléchis. | L'abdomen se soulève à chaque respiration. |
| Regarder l'activité et le mouvement (l'examen neurologique) | Compter pendant une minute le rythme cardiaque 100-160 battements par minute. |
| Bouge les deux jambes et les deux bras de manière égale. | Courtes périodes de changement du rythme cardiaque avec des activités qui sont normales (comme le sommeil, l'allaitement). |
| Réflexe d'ouvrir la bouche et de chercher le mamelon quand on chatouille la joue. | Regarder l'abdomen et le palper doucement |
| Réflexe de succion. | |

| | |
|--|--|
| <p>Regarder et palper la peau</p> <p>Aucun signe de déshydratation : pas de persistance du pli cutané.</p> <p>Présence de petites éruptions blanches sur la face (milia).</p> <p>Regarder et palper la tête</p> <p>Forme inégale asymétrique à cause du moulage à l'accouchement qui disparaît au bout de 48 heures.</p> | <p>Souple,</p> <p>Le bout du cordon ombilical est attaché.</p> |
|--|--|

Chapitre. VII : Soins Néonataux d'urgence(SNU)

OBJECTIFS

A la fin de la session l'apprenant devrait être capable de :

1. Expliquer les mécanismes d'adaptation du nouveau né à la vie extra utérine
2. Citer les différentes urgences néonatales.
3. Définir chaque élément d'urgence néonatale.
4. Décrire les signes cliniques et leurs causes possibles au Mali
5. Décrire la prise en charge des urgences néonatales.
6. Décrire les éléments de surveillance des urgences néonatales

SAVOIR FAIRE

1. Identifier les signes cliniques des différentes urgences néonatales
2. Maîtriser la technique d'évaluation d'une SFA (score d'APGAR) ou les signes de gravité des autres urgences néonatales.
3. Se préparer : mobiliser l'équipe médicale
4. Préparer le matériel et les médicaments nécessaires à la réanimation néonatale
5. Effectuer les gestes de réanimation : désobstruction et aspiration des voies aériennes, ventilation au masque, intubation trachéale, oxygénation, cathétérisme veineux ombilical, massage cardiaque, réchauffement, administration de médicaments.
6. Appliquer les règles d'asepsie avant /pendant et après la réanimation du nouveau-né
7. Assurer si nécessaire un transfert sécurisé du nouveau-né dans un service spécialisé.

SAVOIR ETRE

1. Expliquer à la mère pourquoi le nouveau-né ne peut pas lui être remis immédiatement
2. Expliquer à la mère ce qui est en train de se faire
3. Aider les parents à voir l'enfant en cas de décès
4. Apporter un soutien psychologique

I. INTRODUCTION

L'analyse du taux de mortalité néonatale a montré qu'il existe une corrélation importante entre la prise en charge des urgences et les décès. Les différentes urgences néonatales sont nombreuses et variées. Cependant les plus fréquentes sont : la souffrance aiguë immédiate (Etat de mort apparente), la détresse respiratoire, la pâleur, l'hypoglycémie, le faible poids de naissance, le nouveau-né mal formé, les infections, l'ictère, la souffrance néonatale secondaire (Convulsion, léthargie).

II. RAPPEL SUR LES PRINCIPAUX MECANISMES D'ADAPTATION DU NOUVEAU-NE A LA VIE EXTRA-UTERINE

Ce sont les suivants :

❖ Adaptation respiratoire

Dans l'utérus, les alvéoles pulmonaires du fœtus sont remplies de liquide. Elles sont tapissées après la 28ème semaine du "surfactant" (on peut tester sa présence par le test du rapport "L/S" sur le liquide amniotique), qui évite (après la naissance, à l'expiration) l'affaissement des alvéoles et l'accolement de leurs surfaces. A la naissance, les alvéoles se vident du liquide pulmonaire, et sont maintenues ouvertes après acquisition d'une respiration autonome.

❖ Adaptation circulatoire : à la naissance, la circulation ombilicale s'arrête, celle du cœur se modifie, et les vaisseaux pulmonaires se remplissent de sang.

❖ Adaptation thermique : à la naissance, l'enfant doit assurer sa propre régulation thermique, mais le système est peu efficace au début, surtout chez les prématurés

❖ Adaptation des autres organes

Le foie, les reins, les éléments du sang, le système immunitaire (défense contre les infections) s'adaptent plus ou moins vite.

Il existe six étapes de procédure de prise en charge d'un type d'urgence néonatale : accueillir le nouveau-né et sa mère :

- mener l'interrogatoire,
- faire l'examen physique,

- faire des examens complémentaires,
- interpréter les examens complémentaires,
- instaurer un traitement,
- donner un rendez-vous pour assurer le suivi.

III. LA SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE

1. Définition

La souffrance néonatale secondaire est une défaillance de l'organisme du nouveau-né consécutive le plus souvent à une asphyxie périnatale. Elle ne survient que quelques heures après la naissance. Les signes qui dominent sont neurologiques, respiratoires, cutanés, digestifs et généraux. L'intérêt du sujet est la possibilité de prévenir la souffrance néonatale secondaire par une surveillance rigoureuse de tous les nouveau-nés, et plus encore ceux ayant présenté une souffrance. Il faut donc éviter un sentiment d'autosatisfaction après un accouchement dystocique ou une réanimation réussie.

2. Les causes

Les plus courantes de souffrance aiguë du nouveau-né sont : la disproportion foetopelvienne et les présentations anormales, les contractions utérines excessives, la grossesse prolongée, les maladies maternelles, certaines malformations fœtales (par exemple cardiaques), les causes liées aux annexes.

3. Le diagnostic clinique

Il est fait à partir de l'enquête anamnestique qui précisera (si l'accouchement a été difficile, l'existence d'une souffrance fœtale aiguë, l'APGAR bas à la naissance et la réanimation. Des signes fonctionnels relevés : refus de téter, gémissements, convulsions, troubles respiratoires). L'examen clinique qui peuvent mettre en évidence la souffrance néonatale secondaire (hypo- ou hyperthermie, pâleur cutanée, des signes neurologiques: cris incessants, léthargie/somnolence, convulsions, hypo- ou hypertonie, fontanelles bombées, diminution ou abolition des réflexes archaïques ; apnées ou respiration rapide, cyanose ; ballonnement abdominal).

4. Éléments de surveillance d'une souffrance fœtale

La surveillance à partir des éléments du score d'APGAR. Les 5 éléments du score d'APGAR concernent le cœur, la respiration, le tonus musculaire, la coloration et les réflexes (voir Fiche Technique « Évaluation du nouveau-né à la naissance »), et la conduite pratique de la réanimation du nouveau-né est basée sur l'évaluation de sa vitalité par ce score.

La première évaluation se fait à 1 minute de vie, puis on réévalue, s'il reste des problèmes, à la fin des 3ème, 5ème, 10ème et 15ème minutes de vie.

Les circonstances susceptibles de conduire à la réanimation du nouveau-né en salle d'accouchement sont : la mauvaise adaptation respiratoire, asphyxie, non stimulation

adrénergique (césarienne sans travail d'accouchement, second jumeau), la prématurité grave, la malformation respiratoire, la maladie neurologique, l'anesthésie générale maternelle et l'arrêt cardiaque.

5. Traitement à mettre en œuvre dans les cas de souffrance néonatale secondaire

La règle d'or est de ne rien donner par voie orale. Le traitement est symptomatique avant son évacuation d'urgence dans une structure appropriée :

- En cas de convulsion : diazépam 0,5mg/KG en intra rectal une fois seulement
- En cas d'hypoglycémie : sérum glucosé hypertonique à 10% 10 ml à injecter par la veine ombilicale (cathéter G22 ou G24 à l'embout de la seringue) du glucosé hypertonique à 10% à la dose de 3 ml/kg
- Habiller le nouveau-né, le garder au chaud, le corps collé à la mère,
- Référer immédiatement à l'hôpital de zone après avoir expliqué les raisons motivant la référence.

On mène la réanimation en se basant sur les scores d'APGAR au cours du temps. La démarche est exposée dans la Fiche Technique « La réanimation du nouveau-né ». Pour une meilleure réanimation du nouveau né, il est indispensable de respecter certaines règles, parmi les quelles, on peut citer :

Le nouveau-né doit être placé sur un plan dur à l'abri du courant d'air à chaque réévaluation du score d'APGAR, il faut vérifier s'il n'y a pas eu de fautes dans les gestes pratiqués.

Chaque fois que le geste effectué ne donne pas le résultat escompté, il faut rechercher une erreur technique ou un matériel défaillant.

Un score qui reste ≤ 3 rend le décès inévitable.

Score d'Apgar

| Éléments cliniques | Chiffres | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Coloration de la 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+ de cris |
| Rythme cardiaque | Nul | Inf 100 | Sup 100 |

- **8 - 10** : Indice normal : enlever les mucosités
- **4 - 7** : Détresse néonatale : réanimer
- **0 - 3** : Mort apparente : réanimer pendant 20 minutes

IV. LA DETRESSE RESPIRATOIRE

1. Définition

La détresse respiratoire est définie par l'association de 3 éléments: modifications de la fonction respiratoire, présence de signes de lutte et cyanose. Elle a pour cause ou conséquence une baisse des échanges gazeux, avec diminution de l'oxygénation et augmentation du gaz carbonique (CO₂) dans le sang, le problème des annexes (détachement du placenta, placenta prævia, circulaire du cordon), la prématurité, gémellité, césarienne, anesthésiques ou médicaments (morphiniques par exemple) administrés à la mère. En pratique, tout nouveau-né présentant une anomalie de la respiration doit être considéré comme ayant une détresse respiratoire.

2. Signes de gravité

La détresse respiratoire constitue une menace vitale, d'où la nécessité de décider et d'agir rapidement. Les critères cliniques de la détresse respiratoire et les éléments de surveillance sont :

- Modifications de la respiration : plus rapide (polypnée: fréquence > 60/min) , plus lente (bradypnée: < 20/min),irrégulière ,en pause (arrêt momentané < 20sec), arrêtée (apnée: arrêt > 20sec)
- Signes de lutte (tirage, geignements, battements des ailes du nez)
- Cyanose : coloration bleue de la peau ou des muqueuses
- De plus, on surveille l'état neurologique (sommolence, gesticulation), et le comportement au sein.

3. Circonstances de découverte de la détresse respiratoire

On peut se trouver fréquemment en face d'une détresse respiratoire dans les cas suivants : nouveau-né réanimé, nouveau-né prématuré, inhalation du liquide amniotique par le nouveau-né, nouveau-né infecté, nouveau-né issu de césarienne avec retard de résorption du liquide pulmonaire alvéolaire ou administration de certains médicaments chez la mère (anesthésiques, diazépam...), notion de souffrance fœtale aiguë, nouveau-né avec malformations respiratoires (atrésie des choanes, hernie diaphragmatique), œsophagienne (atrésie, fistules) ou cardiaques.

4. Cause des détresses respiratoires

Les causes des détresses respiratoires les plus fréquentes sont : Les maladies des membranes hyalines, l'inhalation du liquide amniotique, les infections néonatales, les troubles métaboliques, souffrance fœtale aiguë, les malformations des voies respiratoires, retard de résorption du liquide alvéolaire.

5. Gestes à faire

Le traitement de la détresse respiratoire nécessite la maîtrise des gestes et des techniques de soins, parmi les quels, on peut citer :

| | |
|---|--|
| Le nettoyage rapide du nouveau-né | Le maintien de la température |
| L'installation sur la table de réanimation (plan dur) | L'oxygénation (2-3l/min) |
| La désobstruction des voies aériennes et la vérification de la perméabilité de l'œsophage et des fosses nasales | Prendre un abord veineux avec du glucosé 10% (50 ml/kg/24) à raison de 3 gouttes/min - |
| La ventilation s'il ne respire pas sauf en cas d'inhalation de liquide amniotique ou de hernie diaphragmatique | Identifier et traiter la cause |
| | Surveiller |
| | Référer si nécessaire (si score de silverman > ou = à 5). |

V. LA PALEUR

1. Définition

Normalement, la peau et les muqueuses du nouveau-né sont roses. On parle de pâleur lorsqu'elles sont décolorées. La pâleur du nouveau-né doit faire craindre une anémie (le plus souvent), une infection, une souffrance néonatale, ou une hypoglycémie. C'est de toute façon une urgence. La pâleur se reconnaît au niveau de la peau, qui devient blanchâtre. Si la paume de la main de l'examineur est bien colorée, la comparer à celle du nouveau-né.

2. Circonstances de découverte

Elles sont nombreuses et variées, mais les plus fréquentes sont : l'accouchement gémellaire (transfusion fœto-fœtale), le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire, l'infection ovulaire, la souffrance fœtale, la réanimation néonatale, le saignement de la plaie ombilicale (mauvaise ligature du cordon, maladie hémorragique du nouveau-né), l'hémorragie digestive du nouveau-né (maladie hémorragique du nouveau-né), l'ictère du nouveau-né.

3. Signes de gravité

La gravité de la situation en présence de la pâleur du nouveau-né s'apprécie en recherchant :

| | |
|---|---|
| La polypnée (>60/min) ou bradypnée (<20/min) | L'hypothermie ($t^{\circ} < 36^{\circ}c$) ou hyperthermie $> 37^{\circ}8$ |
| La tachycardie (>180/min) | Des signes neurologiques (hypotonie, léthargie, convulsions, perturbation des réflexes archaïques, ...) |
| Le refroidissement des mains et des pieds du nouveau-né | Le temps de recoloration supérieur à 3 secondes |

4. Prise en charge

Elle se fait selon le niveau de soins et la qualification du personnel :

- Au niveau du CSCom par :
- le réchauffement en cas d'hypothermie, et la référence (habiller chaudement),
- la prise d'un abord veineux avec du glucosé hypertonique 10% : 50 ml/kg/24 h.

- Référer à l'hôpital en cas de signes de l'hypocalcémie et d'anémie mal tolérée

On surveillera les signes généraux (température, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque), et les signes neurologiques (éveil, tonus, réflexes archaïques).

VI. HYPOGLYCEMIE DU NOUVEAU-NE

1. Définition

L'hypoglycémie du nouveau-né à terme est définie de manière opérationnelle par la baisse du taux de glucose plasmatique (sucre dans le sang) en dessous de 0,40g/L ou 2,2mmol/L.

L'intérêt du dépistage de l'hypoglycémie du nouveau-né se base sur le fait qu'en général elle n'est pas manifeste mais latente. Pourtant, elle peut causer, au stade de latence, des lésions cérébrales. D'où la nécessité de rechercher les facteurs de risque, de la dépister (utiliser la bandelette réactive), et de la prévenir (par la mise au sein précoce).

2. Prévention

On prévient l'hypoglycémie du nouveau-né par la mise au sein dès la naissance, 8 à 10 tétées/24h. Si l'enfant est somnolent, le réveiller et lui présenter le sein toutes les trois heures.

3. Conditions favorisant

Les conditions qui favorisent l'hypoglycémie du nouveau-né (facteurs de risque) sont : la réanimation après score d'APGAR ≤ 3 (état de mort apparente), après souffrance fœtale aiguë ou chronique, hypotrophie (< 2500 gr) ou hypertrophie (≥ 4000 gr), nouveau-né de mère diabétique (souvent, gros bébé), prématurité, post-terme, détresse vitale (infection sévère, incompatibilité Rhésus, ...)

4. Signes cliniques

Les signes de l'hypoglycémie chez le nouveau-né sont variés et non spécifiques : somnolence, trémulations, convulsions, hypotonie, hypertonie, hypothermie ($t^{\circ} < 36^{\circ}\text{C}$), la cyanose, pâleur, apnées.

5. Prise en charge

Les gestes utilisés dans le traitement de l'hypoglycémie chez le nouveau-né sont fonction du niveau d'intervention :

- Au niveau CSCOM :
- installer le nouveau-né sur la table de réanimation,
- faire un nettoyage rapide du corps,
- pratiquer le test de glycémie sur bandelette et interpréter le résultat si possible, la mise au sein et renouveler la tétée toutes les 3 heures si l'enfant arrive à téter et s'il ne tète pas sérum glucosé hypertonique à 10% en perfusion,
 - le réchauffer selon la méthode kangourou,
 - référer si l'état ne s'améliore pas.

VII. FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

1. Définition

On appelle « nouveau-né de faible poids de naissance » les enfants dont le poids à la naissance est < 2 500 g. On distingue :

- Le nouveau-né prématuré, défini comme un enfant né avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, soit 259 jours d'aménorrhée, ou 8 mois environ
- Le nouveau-né hypotrophique, qui a un retard de croissance intra-utérine (RCIU), et un poids de naissance à terme inférieur à 2 500 g, avec un périmètre crânien normal (34 - 35 cm). La peau est souvent sèche, fripée. Le regard est vif ; le tonus, la gesticulation et les réflexes sont normaux.

Les nouveau-nés de faible poids de naissance représentent la première cause d'hospitalisation et de décès en unité de néonatalogie. Dès la naissance, ils sont exposés à de nombreuses complications (hypothermie, hypoglycémie, infections, détresse respiratoire, ictère, hémorragie, ...). Lorsqu'ils survivent, ils peuvent être porteurs de séquelles neurologiques ou d'handicaps (infirmités motrices, surdité, troubles du langage, de l'attention, ...). Dans nos conditions de travail, les efforts doivent porter sur la prévention de l'accouchement prématuré et le dépistage de l'hypotrophie fœtale. A la naissance, ces nouveau-nés doivent bénéficier de soins spécifiques et d'une surveillance particulière en vue de prévenir ou de réduire les complications, les décès et les séquelles.

2. Moyens de diagnostic

Les éléments qui aident à détecter les prématurés et les bébés hypotrophiques sont :

la date des dernières règles, si elle est connue. Malheureusement, elles font souvent défaut :

- Une échographie obstétricale du 1^{er} trimestre de la grossesse non disponible dans les cscom
- L'examen du nouveau-né à la naissance qui montre : un poids inférieur à 2 500 g, un visage, petit, un périmètre crânien inférieur normal, une peau rouge vive, fine, transparente, des oreilles molles, sans cartilage et des mamelons petits. Au niveau des organes génitaux: chez la fille, les grandes lèvres ne recouvrent pas les petites lèvres ; chez le garçon, le scrotum et la verge sont petits, et le scrotum a une couleur plus claire que d'habitude. Des œdèmes aux mains, aux jambes, aux pieds. Une hypotonie (nouveau-né flasque, à faible gesticulation). Des réflexes archaïques présents, normaux, faibles ou inexistants

Au CSCom, l'examen du nouveau-né constitue le seul élément permettant de différencier le prématuré du nouveau-né hypotrophique.

Le nouveau-né prématuré est, plus que l'hypotrophique, à risque d'ictère et de troubles digestifs. L'examen du nouveau-né à la naissance montre :

- un poids inférieur à la norme
- une taille normale
- un périmètre crânien normal
- un aspect général vif, gesticule beaucoup
- un visage avec le regard vif, aspect de vieillard
- une peau fine, pas de tissus adipeux sous cutané

3. Prise en charge

Les soins spécifiques à la naissance, pour ces bébés de faible poids, comprennent, selon le niveau d'intervention, l'asepsie, la lutte contre l'hypothermie, la prévention de l'hypoglycémie, et une surveillance particulière. Au niveau des centres de santé périphériques, 4 cas sont à considérer : nouveau-né de poids 1 500 à 2 500 g, tête bien et n'a pas de risque infectieux ;

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

poids \leq 1 500 g ; nouveau-né hypotrophique, à terme, sans anomalies (anamnèse + examen) et nouveau-né hypotrophique avec anomalies.

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Nouveau-né de poids 1.500 à 2.500g, tête bien et n'a pas de risque infectieux</p> | <p>Poids \leq 1,500g</p> | <p>Nouveau-né hypotrophique, à terme, sans anomalies (à l'anamnèse et à l'examen)</p> | <p>Nouveau-né hypotrophique avec anomalies</p> |
| <p>Aménager si possible, à la maternité, une salle propre pour les prématurés, à l'abri du courant d'air, et y isoler mère et prématuré pendant une semaine</p> <p>Allaiter (sein) 10 - 12 fois par jour dès la naissance</p> <p>Réserver les visites au père de l'enfant et à une seule autre personne servant d'aide</p> <p>Habiller chaudement l'enfant, le laisser le plus souvent possible corps à corps avec la mère. Réchauffer si nécessaire et si possible avec une lampe électrique à filament de 60 -70W</p> <p>Se laver les mains (eau + savon) avant de toucher le bébé</p> <p>Surveiller : la température axillaire 3 fois/jour : hypothermie ($\leq 36^\circ$) ? Hyperthermie ($\geq 37,8^\circ$)?, Poids, périmètre crânien, taille : une fois/semaine, la coloration de la peau (ictère ? cyanose ? teint grisâtre ? pâleur ?), la respiration (anormale ? apnées ? polypnée ?), le comportement alimentaire (tête-t-il bien ? refuse-t-il de téter ?), la fonction digestive (rejets alimentaires par les narines? vomissements? abdomen ballonné?, l'état neurologique (éveil? réflexes archaïques?)</p> <p>Vacciner l'enfant avant la sortie de la maternité</p> <p>Dès qu'un trouble apparaît, référer à l'hôpital de zone</p> | <p>Habiller chaudement, "en pingouin"</p> <p>Donner 2 cuillerées à café de colostrum (voir 8.4, hypoglycémie du nouveau-né)</p> <p>Référer au CSRéf le corps collé contre celui de la mère à l'hôpital</p> | <p>Garder à la maternité au moins 48h</p> <p>Mise au sein immédiate, et allaiter au moins 10 - 12 fois/24 h</p> <p>Habiller chaudement et le laisser au contact de sa mère</p> <p>Asepsie rigoureuse</p> <p>Surveiller comme ci-dessus en 1 (température, coloration, respiration, digestion, tétées)</p> | <p>Donner le colostrum (2 cuillerées à café)</p> <p>Habiller chaudement</p> <p>Référer</p> |

VIII. LES INFECTIONS DU NOUVEAU NE

1. Définition

L'infection est une agression du nouveau-né par un micro-organisme, qui peut être une bactérie, un virus, un champignon ou un parasite.

2. Causes

On distingue principalement les infections néonatales bactériennes (fréquentes et curables par antibiothérapie). Toutes les bactéries peuvent déterminer une infection chez le nouveau-né, mais on trouve le plus souvent : colibacille, klebsielle, proteus, streptocoque, listéria monocytogène, staphylocoque, bacille tétanique. Les infections de l'embryon et du fœtus: syphilis, rubéole, toxoplasmose et paludisme congénitaux.

Nous ne traiterons ici que des infections néonatales bactériennes. L'infection bactérienne néonatale peut être d'abord latente (sans signes), par exemple dans les premières heures de vie, ou patente. Il est donc intéressant de faire un dépistage systématique après la naissance.

Le nouveau-né peut être contaminé pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou après la naissance (défaut d'asepsie dans les soins et dans l'environnement). La prématurité accroît le risque. Les facteurs de risque des infections néonatales bactériennes résultent d'événements survenus pendant la grossesse. L'anamnèse gestationnelle doit dès lors porter sur la survenue éventuelle pendant la grossesse : d'une infection urinaire ; d'une rupture prématurée des membranes (>12h) ; de liquide amniotique fétide ; de leucorrhée abondante et fétide ; de fièvre maternelle (avant, pendant ou après l'accouchement).

3. Signes cliniques des infections néonatales bactériennes

Les signes cliniques des infections néonatales bactériennes sont à rechercher auprès de la mère et par l'examen du nouveau-né. La mère peut signaler :

| | |
|---|--|
| Une fièvre chez son nouveau-né | Un ictère ou toute autre coloration anormale de la peau: teint gris, taches rouges (pétéchies); -des fontanelles bombées |
| Des convulsions | |
| Des difficultés à alimenter le bébé, le refus de téter | |
| Des difficultés respiratoires (apnées, polypnée), des geignements | Un état léthargique (somnolence, absence de gesticulation, hypotonie, perturbation des réflexes archaïques) |
| Un suintement de l'ombilic | Un ballonnement abdominal. |
| L'examen du nouveau-né peut montrer les mêmes signes que ci-dessus, mais aussi | |
| L'hyperthermie ($t^{\circ} \geq 37^{\circ}8$) ou l'hypothermie ($t^{\circ} \leq 36^{\circ}$); | |

4. Traitements et la surveillance

- Nouveau-né à risque d'infection ou en état d'infection latente :
- Quel que soit le niveau, outre les soins usuels, on donne de l'amoxicilline en suspension buvable (250mg soit ½ cuillerée à café, matin et soir, pendant 8 jours).
- Garder à la maternité pendant 72h ou revoir le nouveau-né tous les jours si l'hospitalisation n'est pas possible.
- Si la température est entre $36^{\circ}5$ et 37° , la coloration rose, le comportement alimentaire normal (tête régulièrement; pas de vomissements).
- S'il n'y a pas d'aggravation de l'état : sortie sous amoxicilline, vacciner : BCG et polio oral. En cas d'aggravation, référer.
- Nouveau-né infecté : faire une première dose d'ampicilline 100mg/kg en IM; dépister et corriger l'hypoglycémie et l'hypothermie; référer.

1. Définition

L'ictère est la coloration jaune de la peau et des muqueuses par la bilirubine du sang. Il est dit précoce s'il apparaît avant la 48^{ème} heure de vie, tardif lorsqu'il apparaît après 15 jours de vie. On distingue deux types :

- L'ictère est dit physiologique ou simple lorsqu'il apparaît après la 48^{ème} heure de vie, est peu intense et disparaît avant 15 jours de vie. Dans ce cas, à l'examen clinique on ne constate aucune cause ou aucune anomalie en dehors de l'ictère.
- L'ictère est pathologique lorsqu'il est précoce ou tardif mais secondaire à une cause, ou intense (avec bilirubine élevée).

L'ictère néonatal a deux complications majeures qu'il faut éviter ou corriger qui sont :

- L'ictère nucléaire: chez le nouveau-né, la bilirubine libre se fixe facilement sur certaines parties du cerveau. Dans ce cas, le nouveau-né présente : un ictère intense, une disparition des réflexes archaïques, une hypotonie générale ou une hypertonie faisant penser à un tétanos néonatal et des yeux en position de "soleil couchant"
- L'anémie grave c'est-à-dire le taux d'hémoglobine inférieure à 10 g/dl.

2. Diagnostic clinique

Il se fait d'abord par :

- L'identification des facteurs de risque d'ictère néonatal: antécédent d'ictère néonatal, dans la fratrie, mère Rhésus négatif, risque infectieux, souffrance foetale aiguë ou néonatale, immédiate, prématurité, nouveau-né traumatisé: bosse séro-sanguine, céphalohématome
- L'interrogatoire précisera : la date d'apparition de l'ictère par rapport à la naissance (ictère précoce = pathologique), les signes d'accompagnement: fièvre, refus de téter, la

coloration des urines et des selles: les urines claires sont en faveur d'un ictère à bilirubine libre dominante

- L'examen physique permet de déterminer : l'intensité de l'ictère, la pâleur, les constantes (température, poids, fréquence respiratoire), l'état neurologique.

3. Traitement

Le traitement varie selon le type d'ictère :

❖ Ictère simple

- Allaitement maternel
- Bain de soleil sur un nouveau-né nu, d'une durée de 20min, 2 fois par jour (à 10 et 16 heures), en protégeant les yeux avec un linge en prenant soins de dégager les narines et la bouche
- Surveiller la température, la coloration de la peau, le comportement au sein, l'état neurologique.

❖ Ictère pathologique

Au niveau cscom, il faut référer (voir Fiche Technique « Référence du nouveau-né »).

FICHE I : REANIMATION DU NOUVEAU-NE

| | |
|--|---|
| <p>La réanimation s'effectue sur une surface plate et ferme à l'abri des courants d'air. Il faut toujours vérifier au préalable si le matériel fonctionne correctement. Les étapes seront résumées sous l'acronyme T.A.R.Ci.M.</p> <p>* T = Maintenir la température</p> <p>Pour maintenir la température, il faut :</p> <p>Aménager un coin où le nouveau-né sera réanimé à l'abri des courants d'air</p> <p>Sécher rapidement le nouveau-né (ceci constitue aussi une forme de stimulation)</p> <p>Envelopper le nouveau-né dans du linge propre et sec ou préchauffé si possible. Seul le visage et la poitrine doivent être exposés pendant la réanimation</p> <p>* A = Assurer la libération des voies ariennes</p> | <p>En frottant doucement le dos ou en chatouillant la plante des 2 pieds de façon répétée</p> <p>2. La ventilation au ballon ou masque :</p> <p>Mettre le nouveau-né en position neutre c'est-à-dire installé sur le dos, la tête défléchie en mettant un pagne roulé sous le cou (et non les épaules) pour aligner les structures anatomiques (pharynx, larynx, trachée)</p> <p>Application du masque qui doit couvrir le nez et la bouche en évitant les fuites. Les doigts de la main gauche de l'opérateur maintiennent l'application du masque et la sublaxation du maxillaire inférieur (bouche ouverte et menton en avant)</p> <p>Imprimer des compressions répétées sur le ballon avec 2 ou 3 doigts à un rythme de 40 à 60 insufflations par minute ; ce qui doit entraîner un soulèvement symétrique du thorax.</p> <p>Vérifier fréquemment que la cage thoracique se soulève bien à chaque pression du ballon.</p> <p>Si non :</p> <p>Vérifier qu'il n'y a pas de sécrétion épaisse dans la bouche</p> <p>Repositionner la tête et le masque</p> |
|--|---|

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

| | |
|---|---|
| <p>Pour libérer les voies aériennes, il faut</p> <p>Soulever les épaules du nouveau-né d'environ 2 à 3 cm en plaçant un petit rouleau de linge en dessous, ceci dégage légèrement la tête</p> <p>Aspirer les sécrétions dans la bouche, la gorge et les narines avec une sonde d'aspiration</p> <p><u>N.B</u> : en cas de liquide amniotique teinté ou méconial, faire l'aspiration de la bouche et de la gorge dès l'apparition de la tête à la vulve avant le dégagement des épaules. Continuer l'opération après l'accouchement si le nouveau-né ne respire pas.</p> <p>* R = Restaurer la respiration</p> <p>Se fait par 2 méthodes :</p> <p>1. Stimulation tactile :</p> | <p><u>N.B</u> : Dans tous les cas, ne pas exercer une trop forte pression sur le ballon.</p> <p>Les premières ventilations peuvent exiger une plus grande pression que les suivantes.</p> <p>* Ci = Restaurer la circulation</p> <p>Après avoir commencé la ventilation, vérifier le rythme cardiaque :</p> <p>S'il est au-dessus de 100/mn, continuer la ventilation jusqu'à ce qu'il respire</p> <p>S'il est inférieur à 100/mn, commencer le massage cardiaque externe.</p> <p>Administration de l'oxygène :</p> <p>Placer correctement le masque en cornet autour de la bouche et du nez du nouveau-né.</p> <p>L'administration d'oxygène peut se faire de 2 manières :</p> <p>En utilisant le ballon de ventilation : placer correctement le masque, ne pas oublier de presser le ballon ;</p> <p>En utilisant directement le tube d'oxygène au-dessus des narines.</p> <p>Utiliser les médicaments employés au cours de la réanimation en salle de travail (Cf. tableau).</p> |
|---|---|

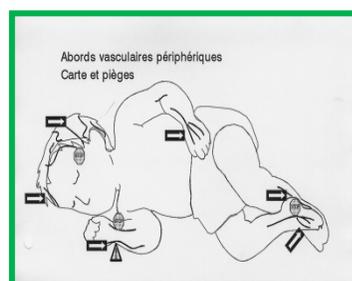
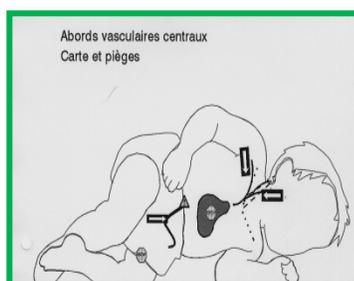
FICHE II : MATERIELS POUR LA REANIMATION NEONATALE

| |
|--|
| <p>Table de réanimation avec plaque chauffante, petits champs stériles ou toute autre source de chaleur</p> <p>Matériel d'aspiration : poire, aspirateur électrique de mucosités, sonde d'aspiration nasopharyngée ch. 8-10, flacon de rinçage.</p> <p>Matériel de ventilation manuelle : cylindre d'oxygène, manomètre, ballon de ventilation, masque adapté (N° 00)</p> <p>Matériel d'intubation : sonde trachéale n° 3, laryngoscope et lames droites 0-00, pince de Magill nourrisson, sonde de De Lee G24</p> <p>Sonde naso gastrique CH28</p> <p>Matériels de cathétérisme veineux ombilical si possible : cathéter, gants, boîte d'instruments (fil, pince porte aiguille, pince à disséquer sans griffe, ciseaux), robinets à 3 voies, champs troués, compresses, désinfectant, sparadrap.</p> <p>Médicaments : sérum glucosé hypertonique 10% ; sérum salé, adrénaline 1 mg ; vitamine K1 injectable et seringue 5 CC</p> |
|--|

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

FICHE III : PRISE VEINEUSE

| | ACCES | OPERATEUR | DUREE | COMPLICATION | INDICATIONS |
|----------------------------|-----------|--------------------------------------|---------|------------------------------|---|
| <i>Epicrânienne</i> | Facile | Pédiatre | HEURES | Labilité | réhydratation |
| <i>Periph percutanée</i> | Moyen | Pédiatre ou anesthésiste | JOURS | Phlébites et Positionnel | idem +médication |
| <i>Periph Dénudée</i> | Moyen | Pédiatre ou chirurgien | JOURS | Phlébite, nursing | idem +chirurgie |
| <i>Cutanéo-cave</i> | Moyen | Pédiatre | SEMAINE | Thromboses | Parentérale brève |
| <i>Centrale percutanée</i> | Moyen | Pédiatre, chirurgien ou anesthésiste | SEMAINE | Dangereux Sepsis | Parentérale longue |
| <i>Broviac</i> | Difficile | Chirurgien | MOIS | Thrombose (exige narcose) | parentérale prolongée et chirurgie ou chimiothérapie |

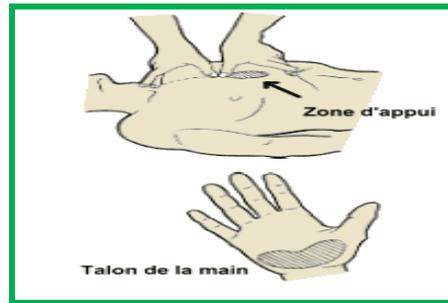


FICHE IV : MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE

| Matériel | Indication | Technique |
|---|--|--|
| Les deux mains de l'opérateur (d'où la nécessité d'un autre intervenant pour ventiler le nouveau-né, car il faut toujours associer le massage cardiaque externe à la ventilation) | Fréquence cardiaque < 100 après 30 secondes de ventilation efficace en oxygène pur | Le masseur se met à la droite du bébé, empaume le thorax du bébé à deux mains, les doigts croisés dans le dos du bébé, les deux pouces se rejoignant sur le sternum au niveau du tiers inférieur, à environ 1 cm sous la ligne mamelonnaire. - Il imprime 120 compressions/minute (soit 2 par seconde) de 1,5 à 2 cm de profondeur. On doit percevoir des battements artériels au niveau du cordon ou de la carotide et une recoloration des extrémités |

TECHNIQUE DE MASSAGE CARDIAQUE

Le massage cardiaque va être réalisé avec un seul bras.
La victime étant allongée sur le dos, sur un plan dur :

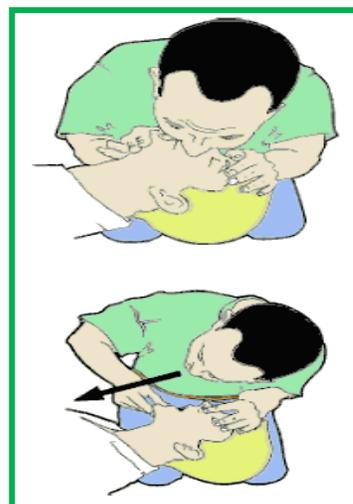
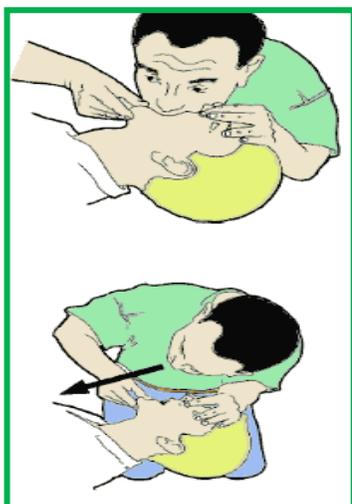


Veillez pendant toute la manœuvre à rester bien vertical par rapport au sol et à ne pas cer votre tronc d'avant en arrière.

La main doit rester en contact avec le sternum entre chaque compression.

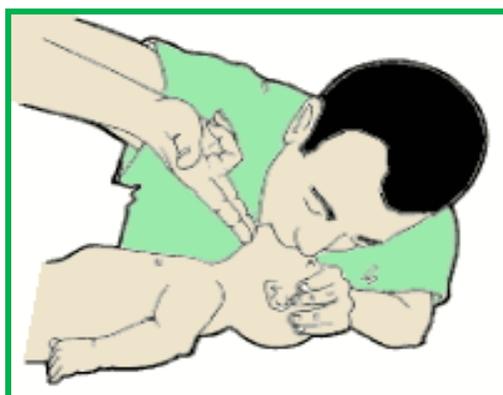
Renouvelez les compressions thoraciques à une fréquence d'environ 100 par minute.

MASSAGE CARDIAQUE DU NOURRISSON



REANIMATION : BOUCHE A BOUCHE

REANIMATION BOUCHE -NEZ



REANIMATION : BOUCHE A BOUCHE ET NEZ

Chapitre. VIII : Planification Familiale

OBJECTIF GENERAL

A la fin de la session, l'étudiant doit être capable de mener une planification familiale.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Savoir

- 1 - Faire un rappel physiologique des organes génitaux féminins et masculins
- 2 - Définir la contraception et le concept de la PF au Mali.
- 3 - Énumérer les composantes de la PF au Mali
- 4 - Citer les avantages et obstacles de la PF au Mali
- 5 - Décrire les objectifs et étapes du counseling en PF
- 6 - Décrire les étapes de la consultation en PF
- 7 - Expliquer les conditions et règles d'utilisation des méthodes contraceptives,
- 8 - Citer les différentes méthodes contraceptives utilisées au Mali

Description des différentes contraceptives

- 1 - Décrire les contraceptifs oraux (définition ; mécanisme d'action, critères d'éligibilité, les avantages et inconvénients ; les mythes et croyances ; les signes d'alerte et la prise en charge des effets secondaires).
- 2 - Décrire les contraceptifs injectables (définition ; mécanisme d'action, critères d'éligibilité, les avantages et inconvénients ; mythes et croyances ; les signes d'alerte et la prise en charge des effets secondaires).
- 3 - Décrire les implants (définition ; mécanisme d'action, critères d'éligibilité, avantages et inconvénients ; mythes et croyances ; les signes d'alerte et la prise en charge des effets secondaires).
- 4 - Décrire les méthodes naturelles ou l'abstinence périodique (définition ; mécanisme d'action, critères d'éligibilité, avantages et inconvénients; les signes d'alerte et la prise en charge des effets secondaires).

- 5 - Expliquer la méthode des jours fixes (MJF) ou méthode du collier (définition ; mécanisme d'action, critères d'éligibilité, avantages et inconvénients).
- 6 - Décrire la méthode MAMA (définition ; mécanisme d'action, critères d'éligibilité, avantages et inconvénients ; mythes et croyances ; les signes d'alerte et la prise en charge des effets secondaire).
- 7 - Expliquer la contraception d'urgence (définition, mécanisme d'action, indications, avantages et inconvénients, critères d'éligibilité, les méthodes utilisées et les effets secondaires).
- 8 - Expliquer la contraception chirurgicale

Savoir faire

Généralités : Conception, PF, Counseling

- 1 - Expliquer la conception d'une grossesse
- 2 - Donner les avantages de la PF
- 3 - Faire un counseling de PF
- 4 - Énumérer les différentes méthodes contraceptives disponibles au Mali
- 5 - Prodiguer des conseils aux couples ou à leurs familles

Contraceptifs oraux

- 1 - Expliquer les avantages et inconvénients des contraceptifs oraux
- 2 - Connaître les conditions d'utilisation des contraceptifs oraux
- 3 - Savoir leur mode d'utilisation
- 4 - Surveiller et orienter une femme sur contraceptifs oraux ou le couple
- 5 - Diagnostiquer et prendre en charge leurs effets secondaires.

Contraceptifs Injectables

- 1 - Expliquer les avantages et inconvénients des contraceptifs injectables
- 2 - Connaître les conditions d'utilisation des contraceptifs injectables
- 3 - Savoir faire les injections des contraceptifs
- 4 - Surveiller et orienter une femme sur contraceptifs injectables ou le couple

5 - Diagnostiquer et prendre en charge leurs effets secondaires.

Implants

1 - Expliquer les avantages et inconvénients des implants

2 - Connaître les règles d'utilisation des implants

3 - Savoir la technique d'insertion d'un implant

4 - Surveiller et orienter une femme sur implant ou le couple

5 - Diagnostiquer et prendre en charge leurs effets secondaires.

Préservatif

1 - Expliquer les avantages et inconvénients du préservatif

2 - Connaître les règles d'utilisation du préservatif masculin et féminin

3 - Maîtriser la technique de port du préservatif masculin et féminin

4 - Informer et réassurer les utilisateurs et leur partenaire.

Spermicides

1 - Expliquer les avantages et inconvénients des spermicides

2 - Connaître les règles d'utilisation des spermicides

3 - Connaître les différentes formes de présentation des spermicides

4 - Maîtriser la technique d'utilisation de chaque type de spermicide

5 - Informer et réassurer les utilisatrices et leurs partenaires.

Méthodes naturelles

1 - Expliquer les avantages et inconvénients de l'abstinence sexuelle périodique

2 - Expliquer le fonctionnement du cycle menstruel féminin et la période d'abstinence

3 - Connaître la condition d'application de l'abstinence sexuelle périodique

4 - Informer et réassurer les couples.

Méthode du Collier

1 - Expliquer les avantages et inconvénients du collier

2 - Connaître les conditions d'utilisation du collier

3 - Maitriser le fonctionnement du collier

4 - Informer et réassurer la femme ou le couple.

DIU

1 - Expliquer les avantages et inconvénients du DIU

2 - Connaître les conditions d'utilisation du DIU

3 - Maitriser la technique d'installation du DIU

4 - Surveiller et orienter une femme sous DIU ou le couple

5 - Diagnostiquer et prendre en charge ses effets secondaires

6 - Informer et réassurer la femme ou le couple

Méthode MAMA

1 - Expliquer les avantages et inconvénients de la MAMA

2 - Expliquer les critères d'éligibilité

3 - Informer et réassurer la femme ou le couple

Contraception d'urgence

1 - Expliquer les avantages et inconvénients de la contraception d'urgence

2 - Connaître les indications de la C.U

3 - Maitriser les différentes méthodes utilisées dans la C.U

4 - Diagnostiquer et prendre en charge les effets secondaires

5 - Informer et réassurer la femme ou le couple

Savoir être

1 - Accueillir une femme lors d'une PF

2 - Attentif et patient

3 - Prodiguer des conseils à la femme ou au couple

4 - Informer, orienter et réassurer la femme ou le couple

I. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

1. Le cycle menstruel

Le cycle menstruel est défini par les modifications subies par les organes reproducteurs de la femme environ tous les 28 jours. Ces modifications périodiques débutent à la puberté, en général entre 11 et 13 ans. Ce cycle permet à un ovule de surgir de l'ovaire et d'être libéré pour être fécondé. Si la fécondation n'a pas lieu, il y a un flux menstruel (règles) qui dure entre 2 et 7 jours. Les règles sont dues à une chute du taux d'hormones envoyées par les ovaires, qui déclenche le détachement de l'endomètre et l'écoulement sanguin. Il est convenu de fixer le début du cycle menstruel au premier jour des règles.

Les différentes phases du cycle sont déclenchées par des hormones, dont deux sont sécrétées par le cerveau et deux par les ovaires. Une bonne compréhension du cycle menstruel et les effets des hormones est importante dans la compréhension des méthodes de contraception.

Phase proliférative : Le début du cycle est déclenché par le cerveau, qui libère l'hormone folliculostimuline (FSH) qui stimule la maturation des follicules dans les ovaires. En même temps, les ovaires sécrètent de l'œstrogène qui stimule l'épaississement de l'endomètre ainsi que la libération d'hormone lutéinisante (LH) par le cerveau. Cette phase dure environ 14 jours.

Phase lutéale : Au cours de la seconde phase, la LH provoque la rupture du follicule et la libération d'un ovule (l'ovulation). Le follicule vide forme le corps jaune, qui sécrète des œstrogènes et de la progestérone pour préparer l'endomètre à la nidation de l'œuf et arrêter la libération de FSH et de LH. Si l'ovule n'est pas fécondé, le corps jaune se dégénère. Les taux d'œstrogènes et de progestérone chutent rapidement, provoquant la rupture de la couche externe de l'endomètre et son évacuation avec l'écoulement sanguin menstruel.

Au moment où la menstruation a lieu, la première phase d'un nouveau cycle est à nouveau déclenchée par le cerveau, qui libère de la FSH.

Période de fertilité

La fécondation est possible quand des spermatozoïdes actifs sont présents dans les trompes de Fallope au moment de l'ovulation. L'ovule a une durée de vie maximale de 12 à 24 h après l'ovulation. Des spermatozoïdes maintiennent leur fertilité pendant environ 3 jours. La période de fertilité maximale est *3 jours avant jusqu'à 2 jours après l'ovulation. La chance de fécondation en dehors de cette période est réduite.*

2. L'ovule

C'est une grosse cellule fabriquée par l'ovaire ; les caractéristiques suivantes entourent son processus :

- a. Elle est expulsée au moment de l'ovulation hors de l'ovaire ;
- b. Il y a normalement un seul ovule par cycle (par mois).
- c. L'ovule pondu commence à remonter la trompe pour rencontrer le spermatozoïde ;
- d. L'ovule ne peut vivre que 24 heures après l'ovulation.

3. Le spermatozoïde

C'est une cellule mobile fabriquée par le testicule. Sa durée de vie après l'éjaculation est de 2 à 3 jours parfois 5 jours. Déposé au fond du vagin pendant les rapports sexuels, ils commencent à monter dans la cavité utérine et dans les trompes à la rencontre de l'ovule. Un millilitre de sperme contient plus de 200 millions de spermatozoïdes.

4. La fécondation

C'est la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule qui fusionnent pour donner une seule cellule appelée œuf fécondé. La fécondation a lieu dans le tiers externe de la trompe de Fallope. L'œuf fécondé descend dans l'utérus et se fixe dans la muqueuse et la grossesse commence.

5. Les conditions pour une grossesse

Pour qu'une grossesse se réalise, il faut que :

- ☞ Les spermatozoïdes soient normaux.
- ☞ Les trompes soient perméables.
- ☞ La glaire cervicale soit de bonne qualité.
- ☞ L'ovule libéré soit normal.
- ☞ L'endomètre soit réceptif (l'intérieur de l'utérus soit bien préparé pour accueillir la grossesse).

La grossesse chez la femme (la race humaine s'entend) dure 9 mois ou environ 42 semaines.

II. LA CONTRACEPTION ET LE PLANNING FAMILIAL

1. Définitions

Le **concept de la planification familiale** comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées, aux grossesses non désirées et aux avortements, et assurer ainsi le bien être familial et individuel.

La PF implique la prise en charge des couples qui n'ont pas eu la chance d'avoir des enfants ou qui souffrent d'infertilité.

Ceci, implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir volontairement la mesure ou le moyen de régulation de sa fécondité.

La **contraception** est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. La contraception vise à prévenir les grossesses non désirées et à espacer les naissances.

Avant l'utilisation d'une méthode contraceptive, on procédera toujours par un counseling (méthode BERCER), un examen clinique complet et au besoin un bilan complémentaire.

2. Les Composantes de la Planification Familiale

Les composantes de la Planification Familiale au Mali sont :

- ☞ La contraception
- ☞ La prévention et le traitement de l'infertilité
- ☞ La prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA
- ☞ L'éducation à la vie familiale/éducation en matière de population (EVF/EMP)
- ☞ Activités connexes : égalité entre les sexes et promotion des femmes, diminution de la discrimination envers les fillettes, responsabilité, implication des hommes.

3. Les Avantages de la Planification Familiale

| Avantages | Sanitaires | Economiques | Socio affectifs |
|----------------------|--|--|--|
| Pour la mère | <ul style="list-style-type: none"> • Est en bonne santé • Retrouve ses forces entre les grossesses • Evite les grossesses précoces, multiples et non désirées. | <ul style="list-style-type: none"> • Dispose du temps et de l'énergie pour vaquer à ses occupations (champs, commerce) • Possibilité de faire de l'épargne. | <ul style="list-style-type: none"> • Dispose du temps pour se faire une beauté et pour son épanouissement (études,...) • Est aimée par son mari • Est respectée et considérée dans le milieu. |
| Pour l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> • Naît d'un poids normal • Est allaité au sein plus longtemps • Est en bonne santé • Est mieux nourri • Lien affectif mère enfant. | <ul style="list-style-type: none"> • Scolarité mieux assurée. | <ul style="list-style-type: none"> • Est bien aimé par ses parents ; • Est bien éduqué. |
| Pour le père | | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des dépenses occasionnées par les maladies • Répond aux besoins fondamentaux de la famille • Possibilité d'épargne • Possibilité d'entreprendre des projets d'avenir de sa famille ou faire des réalisations (construire une maison, acheter un moulin, une moto ou une radio...). | <ul style="list-style-type: none"> • Mieux équilibré |

| Avantages | Sanitaires | Economiques | Socio affectifs |
|---------------------------|---|---|--|
| <i>Pour la communauté</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Population en bonne santé ; • Réduction des cas de maladies • Réduction des taux de mortalité maternelle et infantile • Réduction des complications dues à la grossesse et à l'accouchement • Prévention des grossesses à risques ; • Réduction des avortements provoqués. | <ul style="list-style-type: none"> • Production agricole croissante • Disponibilité de plus de bras valides pour le développement de la communauté. | <ul style="list-style-type: none"> • Tout le monde participe à la vie sociale et culturelle • Il existe une solidarité entre les membres de la communauté • Diminution de la délinquance juvénile • Diminution de l'exode rural. |

Selon les recommandations de l'OMS, tous ces avantages ci-dessus sont conséquents à condition

- ☞ Intervalle d'au moins 24 mois et 5 ans au plus entre la naissance et la prochaine grossesse
- ☞ Première grossesse ait lieu après au moins l'âge de 18 ans pour une jeune fille
- ☞ Délai d'au moins 6 mois après un avortement avant une autre grossesse.

4. Les Obstacles de la Planification Familiale

| Les obstacles liés à l'accessibilité | Les obstacles liés à l'acceptabilité |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture sanitaire • Faible disponibilité quotidienne des services de la PF • Ruptures fréquentes de stock en contraceptifs • Faible adhésion de certains agents de santé. | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise connaissance de la PF • Confusion entre l'utilisation des méthodes contraceptives et le vagabondage sexuel ou le risque de prostitution • Mauvaise interprétation des concepts religieux par rapport à la PF Opposition des maris • Désir d'enfants de la femme et de la famille (société pro nataliste) • Mauvaise appréciation de la PF pour certaines populations cibles (adolescentes) • Les rumeurs néfastes pour la PF et surtout pour certaines méthodes. |

III. Bilan de la cliente

Le bilan en PF a pour objectif d'identifier les conditions qui demandent à prendre des précautions ou à aider le client à opérer un autre choix.

En matière de PF trois étapes sont importantes si on veut faire le bilan du client. Il s'agit essentiellement de : l'anamnèse, l'examen physique et l'examen gynécologique

Mais il convient de souligner que le client a le droit de donner son opinion par rapport aux trois étapes. Il peut décider librement d'accepter ou non l'étape d'examen gynécologique. Le prestataire, en fonction de la méthode souhaitée, peut expliquer et tirer la conclusion. Dans la plupart des cas, la méthode sera administrée si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.

1. Etapes d'une consultation de contraception

a. Procéder à l'interrogatoire

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres (superviseurs, encadreurs...) ;
- Rassurer sur la confidentialité (parler sans élever la voix, disposer d'un lieu discret et rappeler le caractère privé de l'entretien) ;
- Demander ce qu'on peut faire pour elle/lui ;
- Montrer sa disponibilité.
- Demander le motif de la visite et aider le/la client(e) à exprimer ses besoins ;
- Recueillir les informations utiles ;
- Demander les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, adresse si nouvelle cliente ;
- Poser des questions concernant toutes les parties de leurs corps de la tête aux pieds. Cela l'aidera à se rappeler certaines choses et à vous en parler.

- Demander à la cliente ce qu'elle sait des méthodes ;
 - Parler de toutes les méthodes disponibles ou non :
 - montrer et faire toucher les échantillons ;
 - décrire les modes d'action et d'utilisation de chaque méthode ;
 - parler de l'efficacité de chaque méthode ;
 - décrire les avantages et les effets secondaires de chaque méthode ;
 - informer de la possibilité de changer de méthode à tout moment.
 - parler de la double protection
 - Inviter le (la) client (e) à poser des questions et répondre à ses inquiétudes
- b. Procéder à un examen général : (si nécessaire et selon l'interrogatoire)**
- Se laver les mains et les essuyer avec un linge individuel, propre et sec ;
 - Préparer le matériel ;
 - Aider le (la) client (e) à s'installer ;
 - Expliquer le déroulement de l'examen ;
 - Prendre les constantes (tension artérielle, pouls, poids, taille) ;
 - Examiner les cheveux : vérifier s'il n'y a pas d'alopécie ;
 - Examiner les conjonctives (anémie, ictère), rechercher une exophtalmie ;
 - Examiner la glande thyroïde (rechercher le goitre).
 - Examiner les seins : cf. encadré
 - Ausculter le cœur (rechercher les souffles, autres bruits anormaux) ;
 - Palper l'abdomen (rechercher une hépatomégalie ou sensibilité pelvienne) ;
 - Palper la région inguinale à la recherche d'une hypertrophie ou de douleurs ;
 - Examiner les membres inférieurs (douleurs, hypertrophie, œdèmes dus à une phlébite ou à des varices).

c. Examen des seins

Inspection

- Observer la cliente debout
- Vérifier si les seins sont symétriques,
- Vérifier la texture de la peau (peau d'orange), veines superficielles et présence de masses évidentes ;
- Demander à la patiente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps ; s'il y a rétraction du mamelon.
- Ensuite dire à la patiente de s'allonger sur le dos ;
- Toujours regarder le visage de la patiente pour y déceler toute marque de souffrance ;
- Placer le bras gauche de la patiente au dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire la poitrine en quatre.

Palpation

- Avec la main à plat, palper les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du cadran à examiner, palper vers le mamelon tout en soutenant le sein avec l'autre main (si nécessaire) ;
- Servez-vous de la paume de la main pour palper les parties internes du sein contre la cage thoracique ;
- Si les seins sont tombants, examiner le tissu avec les deux mains ;
- Presser avec douceur le mamelon pour prouver l'absence ou la présence de sécrétions (lait, pus ou sang) ;
- Abaisser le bras gauche de la cliente le long du corps et palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire (recherche de ganglion ou tuméfaction) ;
- Renouveler la procédure du côté droit. Si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est aperçue. Dans l'affirmative, quand l'a-t-elle senti pour la première fois ? est ce que la masse grossit ou est-elle douloureuse ? référer à l'hôpital ;
- Dire à la cliente de faire l'auto examen au moins une fois par mois après les règles
- Lui apprendre comment examiner elle-même ses seins.

N.B : Faire systématiquement l'examen du sein :

- **A l'inscription de toute nouvelle cliente ;**
- **A l'examen annuel ;**
- **Conseiller à la cliente de faire l'auto examen des seins au moins une fois par mois après les règles.**

d. PROCÉDER A UN EXAMEN GYNECOLOGIQUE : (SI NECESSAIRE)

- Préparer le matériel ;
- Demander à la femme d'aller uriner ;
- Expliquer la procédure à la cliente ;
- Inspecter l'abdomen et le palper ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- Porter des gants stériles ;
- Inspecter la vulve à la recherche de lésions de grattage, de leucorrhées et des
- Tuméfactions, etc. ;
- Nettoyer la vulve ;
- Introduire le spéculum (expliquer d'abord la procédure ; respecter les conditions d'asepsie) ;
- Examiner et apprécier la paroi vaginale, le col à la recherche d'anomalies (vaginite, cervicite, ulcération, condylomes, ...) ;
- Faire les prélèvements, si nécessaire (frottis...) ;
- Retirer le spéculum et le tremper dans la solution de décontamination
- Faire le toucher vaginal ;
- Apprécier l'utérus (volume, consistance, mobilité, position, toujours éliminer une grossesse), les annexes (sensibilité) ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants en les retournant et les jeter dans une poubelle ;
- Se laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- Aider la cliente à se relever et lui demander de s'habiller ;
- Donner les résultats de l'examen à la cliente ;
- Noter les résultats de l'examen dans le carnet, le dossier et la fiche opérationnelle.

2. Comment être raisonnablement Sûr que la femme n'est pas enceinte ?

Si votre cliente déclare être dans l'une des conditions suivantes, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle ne porte pas une grossesse :

- N'a pas eu de rapport sexuel depuis sa dernière menstruation
- Utilise correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable
- Se trouve dans les 7 premiers jours après le début de sa menstruation
- Se trouve dans les 4 semaines post-partum
- Se trouve dans les 7 premiers jours après un avortement
- Utilise la mama

3. Bilan des clients souffrant de IST/VIH/SIDA

L'interrogatoire dans le contexte des IST/VIH/SIDA doit tenir compte de la particularité de ces affections et ainsi contribuer à détendre l'atmosphère. Ainsi la communication sera verbale et non verbale comme dans tous les cas mais la communication verbale doit bénéficier de certaines habiletés notamment :

- L'encouragement
- L'orientation
- Résumé et vérification
- Empathie
- Réconfort
- Complicité

Les propos adaptés et le but de chaque habileté sont résumés dans le tableau ci dessous.

IV. Critères d'éligibilité

1. BUT

Garantir une marge de sécurité suffisante propre à protéger les femmes contre les effets néfastes potentiels des méthodes contraceptives sans par ailleurs refuser l'accès à une palette de méthodes appropriées.

2. FONDEMENT

IL EST INSPIRE :

- Preuves indirectes ou préoccupations théoriques
- Preuves découlant des effets de la méthode sur un état donné
- Preuves découlant des effets de la méthode sur un client ne
- Présentant aucun état.

3. Etat

Caractéristiques individuelles ou pathologie préexistante connue ou apparaissant au cours de l'utilisation d'une méthode. **Exemples** : Age, Nombre de grossesse, Diabète, Hypertension artérielle. Souvent le mieux est de prendre en compte les antécédents du client.

Critères d'éligibilité

- Administrer la méthode selon l'éligibilité de la cliente.
- au terme de la consultation de contraception, une méthode de contraception sera prescrite à la cliente selon son choix et son état de santé au moment du choix. Le prestataire prescrira la méthode choisie en respectant la classification de l'état de la cliente indiquée ci-dessous :

"**o**" = **oui**, la cliente peut utiliser la méthode sans aucune restriction.

"**o-**" : = **oui**, mais il existe quelques risques d'utilisation de la méthode

Choisie.

"**n+**" = **non**, la cliente ne peut être conseillée

d'utiliser la méthode, **sauf** si une autre méthode n'est pas disponible.

"**n**" = **non**, la cliente ne peut **en aucun cas**, utiliser la méthode.

N.B : le document de référence de l'oms a adopté la classification de 1 à 4

qui correspond à la légende suivante (0 = 1 ; 0- = 2 ; n+ = 3 ; n = 4).

Le tableau d'éligibilité suivant sera appliqué devant chaque état de la cliente et pour les méthodes indiquées.

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

Tableau d'éligibilité pour les méthodes hormonales et le DIU

| « état » de la cliente | Pilules comb. | Pil. Prog. | Inject. Nr/depo | Implant | Diu |
|--|---------------|------------|-----------------|---------|-----|
| GROSSESSE | Na | Na | Na | Na | Na |
| AGE | | | | | |
| Dès premières règles à 18 ans | O | O | O- | O | O- |
| De 18 à 39 ans | O | O | O | O | O |
| De 40 à 45 ans | O- | O | O- | O | O |
| Plus de 45 ans | O- | O | O- | O | O |
| POST PARTUM ALLAIEMENT | | | | | |
| < 6 semaines post-partum | | | | | |
| - de 6 semaines à 6 mois post-partum | N | N+ | N+ | N+ | O |
| - après 6 ^{ème} mois p.p | N+ | O | O | O | O |
| | O- | O | O | O | O |
| Femmes non allaitantes | N+ | O | O | O | N+ |
| < 21 JOURS | O | O | O | O | O |
| ≥ 21 jours | | | | | |
| Post abortum | | | | | |
| 1^{er} trimestre | O | O | O | O | O |
| 2^{ème} trimestre | O | O | O | O | O- |
| Avortement septique | O | O | O | O | N |
| Tabagisme | | | | | |
| - âge < 35 ans | O- | O | O | O | O |
| - âge > 35ans et tabagisme (< 15 cig. /jour) | N+ | O | O | O | O |
| - âge > 35 ans et tabagisme important (+ de 15 cig. /jour) | N | O | O | O | O |
| HTA | | | | | |
| -modérée (140-159/90-99 mm hg) | N+ | O | O- | O | O |

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

| « état » de la cliente | Pilules comb. | Pil. Prog. | Inject. Nr/depo | Implant | Diu |
|---|---------------|------------|-----------------|---------|-----|
| -sévère (>160/100 mm hg) | N+ | o+ | n+- | o- | O |
| -hypertension suffisamment maîtrisée quand on peut surveiller la tension artérielle | N+ | O | O- | O | O |
| -antécédent HTA lorsque la tension artérielle ne peut pas être mesurée | N+ | O- | N+ | o- | O |
| -maladie vasculaire | N | O- | O- | O- | O |
| Diabète | | | | | |
| - avec néphropathie/rétinopathie | N | O- | N+ | O- | O |
| - insulindépendant ou non, sans atteinte vasculaire | O- | O- | O- | O- | O |
| Cancer du col | | | | | |
| - intra épithélial néoplasique (non invasif). | O- | O- | O- | O- | O |
| - en traitement | O- | O- | O- | O- | N |
| Ectropion cervical ou érosion | O | O | O | O | O |
| IST | | | | | |
| - en cours avec cervicite purulente ou chlamydia/gonorrhée | O | O | O | O | N |
| - autres IST sauf HIV à l'exception du hiv ou hépatite | O | O | O | O | O- |
| - vaginite (à trichomonas, vaginose bactérienne) | O | O | O | O | O- |
| - risque élevé d'LIST | O | O | O | O | N+ |
| - antécédents de MIP | O | O | O | O | O- |
| - MIP en cours | O | O | O | O | N |
| VIH/SIDA | | | | | |
| Haut risque d'infection à VIH | O | O | O | O | O- |

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

| « état » de la cliente | Pilules comb. | Pil. Prog. | Inject. Nr/depo | Implant | Diu |
|---|---------------|------------|-----------------|---------|-----|
| Personne infectée par le hiv | O | O | O | O | O- |
| Sida clinique sous ARV-trithérapie | O | O | O | O | N+ |
| Paludisme | O | O | O | O | O |
| Hépatite virale | | | | | |
| - active symptomatique | N | N+ | N+ | N+ | O |
| - porteur sain | O | O | O | O | O |
| Cirrhose du foie | N+ | O- | O- | O- | O |
| Tumeur du foie (bénigne / maligne) | N | N+ | N+ | N+ | O |
| NULLIPARE | O | O | O | O | O |
| Désir de retour rapide à la fécondité | O | O | N+ | O | O |
| Dysménorrhée sévère | O | O | O | O | O- |
| Thrombose veineuse | | | | | |
| - en cours ou ATCD récent | N | O | O | O | O |
| - chirurgie majeure avec immobilisation prolongée | N | O | O | O | O |
| - chirurgie majeure sans immobilisation prolongée | O- | O | O | O | O |
| - chirurgie mineure | O | O | O | O | O |
| - varices | O- | O | O | O | O |
| - thrombophlébite superficielle | | | | | |
| Maux de tête | | | | | |
| - céphalée modérée | O | O | O | O | O |
| - céphalée sévère | O- | O- | O- | O | O |
| - <i>migraines sévères</i> | | | | | |
| o < 35 ans | O- | O- | O- | O- | O |
| o ≥ 35 ans | | | | | |
| o Avec signes localisés | N+ | O | O- | N+ | O |
| o Sans signes localisés | | | | | |

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

| « état » de la cliente | Pilules comb. | Pil. Prog. | Inject. Nr/depo | Implant | Diu |
|---|---------------|------------|-----------------|---------|-----|
| | N | 0- | 0- | 0- | 0 |
| | 0- | 0 | 0- | 0- | 0 |
| Dépression | O | O | O | O | O |
| Epilepsie | O | O | O | O | O |
| Maladie du sein | | | | | |
| - masse non diagnostiquée | 0- | 0- | 0- | 0- | 0- |
| - maladie bénigne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - histoire de cancer familial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - cancer actuel. | N | N+ | N+ | N | 0 |
| - antécédent de cancer du sein | N+ | N+ | N+ | N+ | 0 |
| Cancer endomètre ovarien | 0 | 0 | 0 | 0 | N |
| Drépanocytose symptomatique | 0- | 0 | 0 | 0 | 0- |
| EPILEPSIE | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Saignement génital non diagnostique | | | | | |
| - irrégulier, non abondant | 0 | 0- | 0- | 0- | 0 |
| - abondant et/ou prolongé, suspect | N+ | N+ | N | N | N |
| Obésité | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Interaction médicamenteuse | | | | | |
| - antibiotiques/griséofulvine | O- n+ | O- | o | O- | O |
| - antibiotiques/rifampicine | n+ | N+ | O- | N+ | O |
| - anticonvulsifs : phénytoïne, carbomazépine, barbituriques | O | N+ | O- | N+ | O |
| - autres antibiotiques | | O | O | O | O |
| Troubles thyroïdiens | | | | | |
| Fibromes utérins | | | | | |

| « état » de la cliente | Pilules comb. | Pil. Prog. | Inject. Nr/depo | Implant | Diu |
|---|---------------|------------|-----------------|---------|-----|
| - sans déformation de la cavité utérine | O | O | O | O | O |
| - avec déformation de la cavité utérine | O | O | O | O | N |

N.B : renseigner sur les précautions à prendre pour une bonne utilisation de la méthode choisie

4. Recommandations sur les nouveaux critères d'éligibilité (juin 2004)

4.1. Diu

Laisser le DIU en place chez une femme avec maladie inflammatoire du pelvis si elle est mise sous antibiothérapie appropriée. Il n'y a aucun besoin de le retirer si la femme veut le garder).

Ceci a changé l'ancienne classe concernant cette condition **de 4 à 2**.

Toujours pas d'insertion de DIU dans les cas suivants :

- Femme avec maladie inflammatoire du pelvis en cours,
- Femme avec VIH et qui n'est pas sous antirétroviraux,
- Femme avec infection à chlamydia, gonorrhée, ou cervicite purulente).

Tous ces cas sont de la classe 4= restriction absolue ou utilisation inacceptable.

Classe 2 : peuvent utiliser le DIU= avantages sont plus importants que les risques pour la santé :

- Femme à risque de IST autre que la gonorrhée ou chlamydia ;
- Femme à risque d'infection mais qui est déjà porteuse du diu. (cela signifie quand il n'y a pas de risque de maladie inflammatoire du pelvis ou infection génitale haute)

Classe 2 (suite) =peuvent utiliser le DIU=avantages plus importants que les risques :

- nullipare ;-jeune femme de moins de 20 ans.

4. 2. Insertion et utilisation de DIU et VIH

Classe 2 (suite): - femme à risqué de VIH ;

- Femme déjà infectée par le VIH ;
- Femme malade du sida

4. 3. Contraception hormonale et VIH/SIDA

Aucune restriction existe pour femmes a risque de VIH, infectées par le VIH ou ayant le sida qui veulent utiliser les méthodes hormonales. Cela reste sous la classe 1.

4.4. Insertion de DIU et fibromes.

Une femme qui a un fibrome qui ne change en rien la cavité utérine peut utiliser le DIU sans aucune restriction (**classe 1**).

4. 5. Utilisation de la pilule en cas de mutation trombogénique

Ne jamais utiliser de méthode hormonale combinée, patch (petite bande hormonale hebdomadaire sur la peau), anneaux vaginaux, injectables combinés) en cas de mutations thrombogéniques. (**classe 4**)

4. 6. Dépression.

Aucune restriction d'utilisation initiale de méthode hormonale combinée ou à progestatif seul en cas de dépression. (**classe 1**)

4. 7. Spermicides.

Les spermicides contenant du **nonoxynol-9** ne devraient pas être utilisés par une femme à risque de VIH; femme avec VIH (séropositive) ; femme malade du sida. Toutes ces conditions vont à la classe 4.

4. 8. Utilisation du diaphragme avec les spermicides

Femme à risque de VIH; femme avec VIH (séropositive) ; femme malade du sida ne devraient généralement pas utiliser le diaphragme avec spermicides ou la cape cervicale (classe 3).

4. 9. Anticonvulsifs

Les anticonvulsifs comme phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone ne devraient généralement pas être utilisés par une femme sous pilule combinée, pilule progestative seule, norplant (6 capsules), Jadelle (2 bâtonnets) ou implanon (1 bâtonnet). Tout cela va à la classe 3. Deux autres médicaments sont ajoutés à la liste : topiramate et oxcarbamazépine.

Cependant on peut toujours utiliser tous ces anticonvulsifs avec le depo-provera (AMPD) sans aucune restriction (classe 1).

4.10. Griséofulvine

Femme sous pilule combinée, patch, anneau vaginal ou pilule progestative peut prendre de la griséofulvine (classe 2).

V. LES METHODES CONTRACEPTIVES

Les méthodes contraceptives sont des moyens tant naturels que modernes, qui permettent à un individu ou à un couple d'empêcher temporairement ou définitivement la survenue d'une grossesse. Il existe deux grands groupes de méthodes contraceptives :

- ☞ Les temporaires qui sont nombreuses et variées. Elles se divisent en méthodes non hormonales (méthodes naturelles, méthode de

l'aménorrhée de la lactation (MAMA), condoms, spermicides, diaphragmes, capes cervicales, le collier et les dispositifs intra-utérin (D.I.U). et méthodes hormonales (contraceptifs oraux combinés, contraceptifs oraux progestatifs, injectables, implants,

☞ Les permanentes : la ligature des trompes et la vasectomie.

A. Méthodes temporaires

1. Méthodes naturelles

Pour avoir recours aux méthodes basées sous l'observation des signes de fécondité, une femme doit connaître le début et la fin de la période féconde de son cycle menstruel. Ces méthodes impliquent souvent la pratique de l'abstinence périodique. Ces méthodes reposent donc sur la capacité du couple à identifier la phase féconde de chaque cycle menstruel, mais aussi sur sa motivation et sur sa discipline à pratiquer l'abstinence quand elle est nécessaire.

Ensemble de mesures observées par un couple qui évite les rapports sexuels pendant la phase féconde du cycle de la femme (au moment où elle peut tomber enceinte). Pour constituer une méthode de contraception efficace, l'observation des signes exige :

- Des conseils appropriés
- Une formation adéquate à l'utilisation de cette technique
- Un suivi régulier des prestataires.

a. Méthodes

- Méthode du calendrier ou du rythme (Ogino-Knaus)
- Température basale du corps
- Méthode de la glaire cervicale (Billings)
- Sympto-thermique
- Méthode des jours fixes

Ces méthodes peuvent être utilisées en combinaison avec d'autres méthodes de contraception : le couple n'utilise de méthode barrières que pendant la phase féconde du cycle. Les méthodes reposant sur la prévision de l'ovulation sont également utiles pour gérer l'infécondité, car les couples qui souhaitent procréer améliorent leurs chances de concevoir s'ils sont capables de reconnaître la phase féconde du cycle.

b. Mécanisme d'action

Les rapports sexuels doivent être évités pendant la période où la conception est susceptible.

c. Avantages

- ✓ Peut être utilisée pour éviter ou provoquer une grossesse
- ✓ Pas de risques liés à la santé
- ✓ Pas d'effets secondaires
- ✓ Pas coûteux
- ✓ Encourage la participation masculine dans la PF
- ✓ Améliore la connaissance du système de reproduction

d. Limites

- ✓ Modérément efficace
- ✓ Contraignant
- ✓ Formation nécessaire
- ✓ Demande un prestataire non médical formé
- ✓ Demande une abstinence pendant une période du cycle
- ✓ Demande qu'on prenne des notes tous les jours
- ✓ Les infections rendent la glaire cervicale difficile à interpréter
- ✓ Thermomètre nécessaire pour certaines méthodes
- ✓ Ne protège pas contre les IST (à savoir, VHB, VIH/SIDA).

2. Méthode du calendrier

La méthode de calendrier ou des rythmes serait la plus employée de toutes les techniques basées sur l'abstinence périodique. Son utilisation implique des calculs sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile. Le taux d'échec est élevé.

☞ **Instructions**

- Noter le nombre de jours de chaque cycle pendant au moins les 6 derniers mois.
- Calculer le premier jour fertile en soustrayant 18 du cycle le plus court
 - ✓ Premier jour fertile = cycle le plus court – 18
- Calculer le dernier jour fertile en soustrayant 11 du cycle le plus long.
 - ✓ Dernier jour fertile = cycle le plus long – 11

Exemple : si les 6 derniers cycles ont les durées suivantes : 26 ; 28 ; 30 ; 29 ; 27 ; 31 jours,

Le premier jour de la période fertile serait : $26 - 18 = 8$

Le dernier jour de la période fertile serait : $31 - 11 = 20$

Dans ce cas la femme devrait éviter les rapports sexuels du 8^{ème} au 20^{ème} jour du cycle inclus

3. Méthode de température

Cette méthode repose sur l'élévation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation. Après l'ovulation, la température augmente de 0,2°C à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels entre le premier jour des règles et le troisième jour consécutifs de température élevée.

Instructions

- Garder le thermomètre près du lit
- Secouer le thermomètre pour abaisser le niveau de mercure au-dessous de 35° le sois avant de se coucher et avant toute utilisation.
- Prendre la t° au réveil avant de se lever ou toute autre activité et autant que possible à la même heure chaque jour.
- Prendre la température par le voie buccale, rectale ou vaginale : les 2 dernières étant les plus fiables. Nettoyer le thermomètre à l'eau froide.
- Marquer la température sur le graphique
- Joindre les points au fur et à mesure formant ainsi une ligne.

4. Méthode de la glaire cervicale

La méthode de la glaire cervicale ou méthode de sécrétions cervicales indique que quand une femme voit ou ressent des sécrétions cervicales, elle peut être féconde. Ce peut être simplement une sensation d'humidité.

Instructions

- Se palper les organes génitaux afin d'identifier les sécrétions ; elle peut sentir l'humidité à l'orifice du vagin. Le couple évite les rapports sexuels dès que la femme observe cette humidité et voit que la glaire cervicale peut être filante entre 2 doigts; ou alors utilise une méthode mécanique en complément. Cela pendant au moins 4 jours.
- Noter régulièrement l'aspect de la glaire.

La méthode Sympto-thermique est une association de ces observations avec la méthode de la température ; elle peut s'avérer plus efficace.

5. Méthode Sympto-thermique

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et la méthode de la glaire ou tout autre signe d'ovulation :

- Expliquer à la cliente les signes de l'ovulation comme pour la méthode de la glaire ;
- Expliquer le principe de la méthode de la température basale du corps ;
- Préciser à la cliente les signes de l'ovulation (« jour du pic » de glaire ; élévation de température ; éventuellement une petite douleur venant de l'ovaire) ;
- Indiquer à la cliente la période de fécondité.

Exemple :début = date d'apparition de la glaire ; fin = 3 jours après l'élévation de la température.

- Expliquer qu'elle doit s'abstenir des rapports à cette période ;
- S'assurer que la cliente a compris en lui faisant expliquer le principe et faire le récapitulatif ;

Mener un interrogatoire pour identifier l'éligibilité de la cliente ou du couple

6. Méthode de l'aménorrhée de la lactation (MAMA ou LAM)

a. Définition

C'est une méthode qui utilise l'infertilité temporaire pendant la période d'allaitement exclusif.

Méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum. Elle n'est efficace que si les conditions suivantes sont réunies :

- absence de retour de couches (aménorrhée) ;
- cliente dans les 6 premiers mois du post-partum ;
- allaitement fréquent (à la demande aussi bien de jour que de nuit) : au moins 8 à 12 tétées.

Son action est semblable à d'autres méthodes qui bloquent l'ovulation.

b. **Avantages :**

Pour la mère :

- Pas d'effet secondaire ;
- Efficace si les règles d'utilisation sont respectées ;
- Sans coût rien ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (pas de dispositions à prendre).

Pour le bébé :

- L'allaitement exclusif protège l'enfant contre les maladies pendant les 6 premiers mois (risque infectieux réduit) ;
- Affection mère enfant renforcée ;
- Meilleur développement psychomoteur.

c. **Limites (inconvenients) :**

- Ne protège pas des IST/VIH/SIDA ;
- Protection contraceptive à court terme (6 mois maximum) ;
- Contraignant (disponibilité presque permanente de la mère).

d. **Mode d'emploi :**

- Utiliser un langage simple, clair, précis ;
- Utiliser des aides visuelles ;
- Montrer à la cliente comment allaiter son bébé (position, attitude, regard, parler...) ;
- Allaiter le bébé le plus souvent et le plus longtemps possible le jour et la nuit ;
- S'assurer que la cliente a compris et qu'elle n'a plus de questions.

e. **Suivi :**

- **durant les 4 premiers mois** : suivre le calendrier de pesée et de vaccination du bébé pour s'assurer du respect des conditions d'efficacité de l'allaitement ;

- **à partir du 5^{ème} mois** : conseiller la poursuite de l'allaitement et aider à faire le choix d'une autre méthode ;
- dire à la cliente de revenir au centre pour le conseil d'une autre méthode, si une des conditions n'est plus respectée ;
- Demander si elle est satisfaite de la méthode ;
- Dire "au revoir".

N.B : La poursuite de la LAM fait de la mère une cliente potentielle de PF (passage recommandé vers méthode efficace en fin de protection LAM).

f. Problèmes liés à la méthode LAM : Engorgement mammaire et répercussions sur l'allaitement

7. La Méthode des Jours Fixes* (Méthode du collier)

Durant ces 20 dernières années une méthode moderne de planification familiale a été introduite à l'échelle internationale : c'est la méthode des Jours Fixes (MJF) ou méthode du Collier.

La MJF est une méthode **naturelle et moderne** de planification familiale car elle ne nécessite pas de prise de produit, ni de port de matériel et encore moins de chirurgie.

a. Définition de la Méthode des Jours Fixes

La Méthode des Jours Fixes encore appelée méthode du collier est une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité, elle est utilisée avec un collier de perles de couleur différentes.

b. Mécanisme d'action

La MJF est la première méthode naturelle de planification familiale qui a été soumise à des tests cliniques. La MJF est basée sur la [connaissance du cycle menstruel](#) et la physiologie de la femme.

La période féconde d'une femme s'étend sur six (6) jours chaque mois (cinq jours avant l'ovulation plus le jour de l'ovulation)ⁱ; la durée de vie des spermatozoïdes est de cinq (5) jours et celle de l'ovule vingt quatre (24) heures.

L'ovulation a lieu aux alentours du milieu du cycle menstruel C'est ainsi que **la période du 8^{ème} au 19^{ème}** jour du cycle a été établie comme période féconde des femmes ayant des cycles menstruels de 26 à 32 joursⁱⁱ. Pour éviter une grossesse le couple **doit** s'abstenir de rapports sexuels pendant cette période ou avoir des rapports protégés. Le mécanisme est sur le fait d'éviter la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule.

c. **Avantages et limites de la Méthode des Jours Fixes (MJF)**

☞ **Avantages**

- Efficacité : Les résultats de l'étude d'efficacité indiquent que la Méthode des Jours Fixes utilisée correctement à un taux d'efficacité de plus de 95%. Ce qui veut dire que sur 100 femmes utilisant la méthode correctement pendant 1 an, moins de 5 tomberaient enceintes (4,8)ⁱⁱⁱ.
- Amélioration de la communication au sein du couple
- Absence d'effets secondaires
- Meilleure connaissance par la femme de son corps.

☞ **Limites**

- ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA
- ne peut être utilisée sans la participation du partenaire.

e. **Les conditions à prendre en compte pour commencer la Méthode des jours fixes sont :**

- Si la cliente connaît la date de ses dernières règles, elle peut commencer immédiatement la méthode
- Si la cliente ne connaît pas la date de ses dernières règles, elle commence la méthode du collier dès le 1^{er} jour des ses prochaines règles en utilisant entre temps les préservatifs ou en observant l'abstinence

Cas particuliers :

Pour une femme qui vient d'accoucher ou une femme qui allaite : il faut qu'elle observe 3 cycles menstruels autrement dit qu'elle voit ses règles 4 fois successivement et que le cycle le plus récent soit de 26 à 32 jours avant de commencer la méthode.

Pour une femme sous contraceptif injectable (Depo Provera) : Il faut que 3 mois se soient écoulés depuis la dernière injection avant qu'elle ne puisse commencer la méthode

Facteurs à prendre en compte

Pour être éligibles à la Méthode des Jours Fixes ou autrement dit pour pouvoir utiliser la méthode

- Les femmes sous contraceptifs oraux devraient avoir des cycles menstruels entre 26 et 32 jours avant la contraception orale.
- Les utilisatrices de DIU (stérilet) devraient avoir des cycles menstruels de 26 à 32 jours pendant l'utilisation du DIU.
- Les femmes ayant fait un avortement ou une fausse couche devraient avoir des cycles menstruels de 26 à 32 jours avant de tomber enceinte.
- Les femmes en post partum devraient attendre 4 règles c'est-à-dire 3 cycles et que le cycle le plus récent soit entre 26 et 32 jours
- Les femmes sous contraception hormonale progestative injectable (dépo provera ou noristerat) doivent attendre que les trois mois de l'injection soient écoulés et que le cycle le plus récent soit entre 26 et 32 jours.
- Le cycle menstruel est une période qui s'étend du 1er jour des règles à la veille des règles prochaines.

Il n'est pas fréquent de trouver une cliente qui connaît la durée de son cycle.

Des questions comme : « Voyez-vous vos règles une fois par mois ? » et « Voyez-vous vos règles quand vous les attendez ? » permettent d'estimer que la durée du cycle se situe entre 26 et 32 jours.

g. Utilisation de la méthode des jours fixes

Le « collier » est confectionné par une série de perles de différentes couleurs aux fins suivantes :

- Le collier représente le cycle menstruel.
- La perle rouge représente le 1^{er} jour des règles.
- Les perles marron représentent les jours où la probabilité de tomber enceinte est faible.
- Les perles blanches représentent les jours où on peut tomber enceinte.
- La perle marron foncée permet de savoir si les règles sont venues trop tôt ou pas.
- L'anneau noir permet de se déplacer d'une perle à l'autre.

Le cylindre noir permet de connaître le sens dans lequel on doit déplacer l'anneau et aussi permet d'ouvrir le collier pour changer l'anneau (rechange dans le paquet). Le calendrier permet de retenir la date du 1^{er} jour des règles.

Technique d'utilisation du collier du cycle

- Mettre l'anneau sur la perle rouge le 1^{er} jour des règles
- Marquer ce jour sur son calendrier
- Déplacer l'anneau sur la perle suivante le lendemain en suivant le sens de la flèche sur le cylindre
- Continuer à déplacer l'anneau chaque jour d'une perle à l'autre même pendant vos règles, toujours dans le sens de la flèche.

- Remettre l’anneau sur la perle rouge, le 1^{er} jour de vos règles prochaines et commencez un nouveau cycle (sauter les perles marron s’il en reste)
- Lorsque l’anneau se trouve sur l’une des perles banches, abstenez-vous ou utilisez des préservatifs car vous pouvez tomber enceinte.
- Lorsque l’anneau est sur l’une des perles marron, vous pouvez avoir des rapports sexuels non protégés sans risque de tomber enceinte (5% d’échec)
- Lorsque vous voyez vos règles avant que l’anneau ne soit sur la perle marron foncée, vos règles sont venues trop tôt (cycle de moins de 26 jours), venez vite voir votre prestataire de santé.
- Lorsque vous ne voyez pas vos règles le lendemain après avoir déplacé l’anneau sur la dernière perle marron, vos règles viendront tard (cycle long de plus de 32jours), venez vite voir votre prestataire.

Lorsque vous oubliez de déplacer l’anneau noir, vérifiez votre calendrier et, comptez jusqu’à la date du jour et, vous déplacez l’anneau jusqu’à la perle correspondante

h. Soutien aux couples utilisant la Méthode des Jours Fixes

Pour soutenir les couples, le prestataire doit identifier les problèmes qui peuvent survenir au sein du couple qui utilise la méthode du collier et encourager les comportements pour une utilisation correcte.

Pour cela, le prestataire doit user de son talent de communicateur pour poser des questions parfois intimes à la cliente :

Par exemples :

Quels sont les moyens que vous utiliserez pour faire participer votre partenaire à l’utilisation du collier du cycle ?

Comment allez-vous gérer votre période féconde ?

*Pensez vous que vous aurez des difficultés dans l'utilisation de cette méthode ?
Lesquelles ?*

Aider la femme à résoudre les problèmes qu'elle a identifiés en lui donnant des exemples de manières à aborder l'utilisation de la Méthode des Jours Fixes, la gestion des jours féconds...

f. Counseling pour l'offre de la Méthode du collier

- Faire un counseling initial à la cliente
- Déterminer si la cliente est intéressée par la Méthode des Jours Fixes
- Déterminer la durée du cycle menstruel de la cliente
- Déterminer si le couple peut s'abstenir des rapports sexuels ou utiliser des préservatifs pendant les périodes fécondes
- Déterminer les facteurs qui influencent le cycle menstruel
- Demander la date des dernières règles
- Montrer le collier, le faire toucher, décrire le collier, le matériel
- Démontrer l'utilisation
- Demander à la cliente de démontrer à son tour pour tester sa compréhension
- Apporter des clarifications
- Prodiguer des conseils pour renforcer ses compétences en communication dans le couple
- Offrir le collier
- Enregistrer la cliente dans les supports
- Négocier un rendez après un mois d'utilisation ou en cas de besoin

☞ Suivi des clientes sous Méthode des Jours Fixes

- Chaque nouvelle cliente doit être vue après un mois d'utilisation (généralement dans un délai d'un mois pour vérifier si l'utilisation est

correcte, si la cliente remplit toujours les critères d'éligibilité ou si elle a d'autres difficultés).

- **Insister auprès de la cliente de revenir vous voir :**

Chaque fois que les règles surviennent avant de déplacer l'anneau sur la perle marron foncé. Chaque fois que les règles ne surviennent pas le lendemain après avoir placé l'anneau sur la dernière perle marron.

Chaque fois qu'elle a des rapports sexuels non protégés pendant les jours où l'anneau est sur l'une des perles blanches.

Chaque fois qu'elle a des saignements inexplicables.

- **Que devrait faire le prestataire ?**

- **Pour la cliente qui a un cycle plus court que 26 jours ou plus long que 32 jours :**

Revoir le calendrier de la cliente et voir si, pendant l'année, la cliente avait des cycles menstruels de moins de 26 jours ou de plus de 32 jours.

Voir combien de cycles ont duré moins de 26 jours ou plus de 32 jours. Si elle n'a eu qu'un seul cycle long ou court, elle peut continuer à utiliser la méthode. Par contre, si elle a eu **deux cycles longs ou plus** ou **deux cycles courts ou plus**, elle devrait utiliser une autre méthode car la MJF risque de ne pas être efficace pour elle.

- **Si vous pensez à une grossesse :**

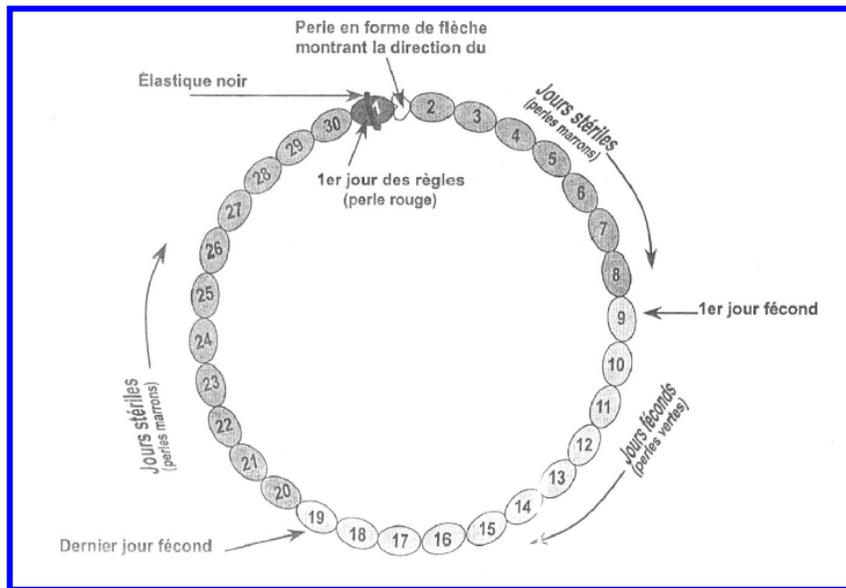
- Déterminer combien de jours se sont écoulés depuis le premier jour de ses dernières règles :

Si plus de 42 jours se sont écoulés, expliquez-lui qu'elle pourrait être enceinte et proposez-lui de passer un test de grossesse (ou orientez-la vers les services où ce test est disponible).

Si le test de grossesse est négatif et si c'est la première fois qu'elle a un cycle de plus de 42 jours, elle peut quand même utiliser, avec prudence, la Méthode des Jours Fixes. Dites-lui que, si elle le souhaite, elle peut continuer à utiliser la méthode mais, si elle a un autre cycle long, la méthode ne lui convient plus.

Si le test de grossesse est positif, orientez-la pour conseils supplémentaires vers les services prénatals. Déterminez comment la cliente a utilisé la Méthode des Jours Fixes, pour voir si elle a eu des rapports sexuels non protégés pendant les jours qui se situent dans la période du 8^e au 19^e jour du cycle. Marquez toutes les grossesses et notez à quel moment du cycle les rapports sexuels non protégés semblent avoir eu lieu.

*La Méthodes des Jours Fixes et le Collier du Cycle sont des marques déposées de l'Université de Georgetown.



2. La Contraception Hormonale

Les méthodes hormonales sont très efficaces, même si certaines demandent une utilisation précise et régulière par les femmes. Les hormones ont un effet sur plusieurs organes, donc une attention spéciale doit être prise aux effets secondaires potentiels et les considérations de sécurité de chaque méthode. Les contraceptifs hormonaux ont trois modes d'action :

- ☞ Suppression totale ou suppression partielle de l'ovulation en réduisant par l'intermédiaire du cerveau, la production des hormones nécessaires au développement des follicules et de l'ovulation.
- ☞ Épaississement de la glaire cervicale par la progestérone formant ainsi une barrière qui empêche la progression des spermatozoïdes au niveau du col de l'utérus.
- ☞ Modification de l'endomètre en le rendant impropre à la nidation.

Les méthodes hormonales ne sont pas efficaces après la fécondation, donc elles n'ont pas d'effet abortif.

a. Les contraceptifs oraux

❖ Définition

Ce sont des contraceptifs hormonaux à prise orale quotidienne comprenant un œstrogène et un progestatif ou uniquement du progestatif. Ils sont de deux types : les contraceptifs oraux combinés (C.O.C) et les contraceptifs oraux progestatifs (C.O.P).



❖ Mécanisme d'action

- ✓ Supprime l'ovulation
- ✓ Épaissit la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes
- ✓ Modifie l'endomètre (rendant la nidation plus difficile)
- ✓ Diminue le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompe de Fallope).

❖ Tableau comparatif des deux types de contraceptifs hormonaux oraux

| | C.O.C | C.O.P |
|---------------------------|---|--|
| <i>Avantages</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité maximale (98-99%), • N'interfère pas avec les rapports sexuels • Méthode réversible, • Régularise le cycle, • Prévient certaines affections (kystes ovariens, endométriose, grossesse extra-utérine, dysménorrhée, cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire), • Diminue le risque d'anémie | <ul style="list-style-type: none"> • Très efficace si la prise est correcte, • Le retour à la fécondité immédiate, • N'influence pas la lactation, • Diminuent les risques de maladie inflammatoire du pelvis, • Donnent une protection relative contre le cancer de l'utérus, • N'interfère pas avec les rapports sexuels |
| <i>Limites</i> | <ul style="list-style-type: none"> • La prise quotidienne, • La non protection contre les IST/VIH/sida, • Non recommandée pour une femme allaitante au cours des 6 premiers mois • L'efficacité réduite par certains médicaments (, anti convulsivants- phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine et antituberculeux-rifampicine) | <ul style="list-style-type: none"> • La prise quotidienne, • La non protection contre les IST/VIH/SIDA |
| <i>Effets secondaires</i> | <ul style="list-style-type: none"> • On peut les classer en deux groupes ; c'est dire les effets immédiats qui apparaissent dans les trois mois qui suivent le traitement et les tardifs qui surviennent au dé la des trois mois. • Effets immédiats : nausées, vomissements, céphalées, tension mammaire, vertiges, ballonnement abdominal, et spotting. • Effets tardifs : prise de poids, baisse de libido, aménorrhée, et complications de certains états pathologiques (maladies cardiaques/HTA, attaque cérébrale, thrombose veineuse, maladie du foie, diabète) | <ul style="list-style-type: none"> • Prise de poids, • Aménorrhée, • Saignements • Irréguliers |

❖ Les mythes venant du public généralement associés avec les COC

- ✓ Les contraceptifs oraux combinés causent le cancer.
- ✓ La pilule cause des malformations chez les bébés. Le fœtus est endommagé si une femme prend la pilule alors qu'elle est enceinte.
- ✓ La pilule peut rendre une femme stérile.
- ✓ La pilule affaiblit une femme.
- ✓ Si une femme prend la pilule pendant longtemps, elle sera encore protégée contre la grossesse après avoir cessé de prendre la pilule.

❖ Signes d'alarme

Ils sont nombreux et variés, mais les plus fréquents sont :

- ✓ Maux de tête très prononcés ou violents
- ✓ Troubles visuels (vision brouillée)
- ✓ Douleurs à la poitrine avec ou sans essoufflement
- ✓ Douleurs abdominales violentes

- ✓ Douleurs aux membres inférieurs (cuisses ou mollets).

❖ Visites de suivi

- Demander à la cliente si elle est satisfaite de la pilule
- Vérifier la prise correcte ;
- Faire un examen clinique si nécessaire.
- Rassurer la cliente
- Appliquer les "arbres de décision" pour les effets secondaires, les complications, et les pathologies suivants, liés à la prise des COC en tenant compte des critères d'éligibilité.

❖ Gestion des effets secondaires liés à la prise des COC

| Effets secondaires | Conduite à tenir |
|---|---|
| Prise de poids (2 kg/mois depuis le début de la prise) : | <p>Si prise de pilule depuis moins de 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. <p>Si prise de pilule depuis plus de 3 mois sans augmentation de l'appétit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner une pilule moins dosée en œstrogène. <p>Si prise de pilule depuis plus de 3 mois avec augmentation de l'appétit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseils de régime + rendez-vous dans un mois <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer une autre méthode. |
| Nausée depuis plus de 3 mois : | <p>Si prise à jeun :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling. <p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la pilule et conseiller la consultation prénatale. <p>Si pas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chercher une autre cause et traiter. <p>Cause non retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner une pilule moins dosée en œstrogène ou aider à faire le choix d'une autre méthode. |
| | <p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la pilule et conseiller la consultation prénatale |

| | |
|--------------------------|---|
| Ballonnement abdominal : | <p>Cause non retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner conseil de régime et aider à faire le choix d'une autre méthode ou référer. |
| Baisse de la Libido : | <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la cause • Faire le Counseling <p>Cause non retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner une pilule avec plus d'œstrogène (ou à progestérone plus androgénique) ou aider à faire le choix d'une méthode non hormonale. |

| Effets secondaires | Conduite à tenir |
|---|---|
| Aménorrhée | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si la femme n'est pas enceinte. Par l'anamnèse, en vérifiant les symptômes, par un examen gynécologique (voir consultation en PF) ou par un test de grossesse (si indiqué et disponible) | <ul style="list-style-type: none"> • Si la cliente est enceinte et si la grossesse est intra-utérine : conseiller de la garder. Arrêter la prise de pilule, et dire que la petite dose d'hormones des COC n'aura aucun effet nuisible sur le fœtus. Conseiller le suivi en consultation prénatale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Si la cliente n'est pas enceinte, vérifier la prise correcte | <ul style="list-style-type: none"> • Si la femme prend correctement la pilule, rassurer et encourager à continuer la prise. Expliquer que le sang ne s'accumule pas dans l'utérus ou dans le corps en cas d'aménorrhée. Lui expliquer que si elle continue les COC à faible dose, l'aménorrhée risque tout normalement de persister. Conseiller de revenir au centre si l'aménorrhée lui pose problème, et éventuellement conseiller de choisir une autre méthode. Si elle veut continuer la pilule, lui conseiller une pilule plus dosée en oestrogène (normodosée) • Si la cliente ne prend pas correctement la pilule (oublis), reprendre le counseling sur la prise de la pilule (en insistant sur les cas d'oubli) |
| <p>Acné</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander si la cliente n'a pas changé de cosmétique ou vérifier que la cliente n'est pas sous stress | <ul style="list-style-type: none"> • Si changement de cosmétique, demander d'arrêter son utilisation. Indiquer que l'acné s'améliore généralement avec l'utilisation des COC mais que chez certaines clientes il peut s'aggraver. Recommander de nettoyer le visage deux fois par jour à l'eau et au savon de marseille. Eviter d'utiliser des crèmes grasses sur le visage • Si stress, conseiller le repos (ou prendre d'autres mesures adéquates) • Si l'acné est intolérable, aider la cliente à choisir une autre méthode, sans hormone |

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

| Investigations | Prise en charge |
|---|---|
| <p>Saignements/saignottements en dehors des règles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si la cliente n'est pas enceinte • Vérifier la durée de prise de la pilule (depuis quand la cliente a commencé à prendre les COC) • Vérifier s'il n'existe pas de causes gynécologiques (GEU, avortement incomplet, tumeurs, maladie inflammatoire du pelvis, cancer du col...) • Vérifier que la cliente ne prend aucun autre médicament (rifampicine, griséofulvine, barbiturique, phénytoïne, carbamazépine...) • Vérifier la prise correcte de la pilule (oubli d'une ou plusieurs pilules ou prise à des heures différentes tous les jours) | <ul style="list-style-type: none"> • Idem aménorrhée • Si elle a commencé depuis moins de 3 mois, rassurer. Indiquer que les saignements/saignottements inter menstruels sont courants pendant les 3 premiers mois d'utilisation des COC et que cela diminue en général par la suite • Si existence d'un problème gynécologique, traiter ou référer selon le niveau de la structure sanitaire • Si prise d'un autre médicament, conseiller un COC plus dosé en oestrogène, ou aider à choisir une autre méthode. Conseiller une méthode de barrière ou abstinence pendant la prise du médicament • Si prise incorrecte, reprendre les instructions sur l'utilisation des COC. Si elle continue d'oublier, conseiller de changer de méthode (risque de grossesse) |
| <p>Tension artérielle élevée (>16/10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander si l'hypertension est détectée pour la première fois • Attendre 15 à 30 mn et puis prendre de nouveau la tension artérielle. • Vérifier s'il n'y a pas de signes associés : maux de tête prononcés, troubles visuels, fourmillement, troubles de la parole, douleur à la poitrine | <ul style="list-style-type: none"> • Si la ta a augmenté chez une cliente normotendue avant de prendre des COC, suivre de près (rendez-vous réguliers et mensuels), si elle veut continuer les COC • En cas de signes avertisseurs associés ou si ta > 16/10, arrêter les COC, conseiller une autre méthode • Dire que la ta élevée imputable aux COC disparaît généralement en l'espace de 1 à 3 mois. Prendre la ta mensuellement. Si elle n'est pas revenue à la normale après 3 mois, référer à un niveau supérieur de la pyramide sanitaire ou à un service de médecine interne pour bilan et traitement approprié |

| Investigations | Prise en charge |
|---|--|
| <p>Maux de tête</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier s'il n'y a pas de tension artérielle élevée associée • Vérifier s'il n'y a pas de sinusite (douleur à la région naso-frontale, écoulement nasal purulent) • Vérifier si les maux de tête ne sont pas associés à des symptômes neurologiques | <ul style="list-style-type: none"> • Si la tension artérielle est élevée : voir hypertension • Si sinusite, traiter aux antibiotiques, anti-inflammatoires et anti-congestifs, sinon référer dans une structure avec service d'ORL • Si les maux de tête sont accompagnés de symptômes neurologiques focaux, arrêter les COC et aider la cliente à choisir une autre méthode (sans hormones). Si les signes |

| | |
|---|--|
| <p>focaux : troubles visuels, fourmillements, tremblements des membres, troubles de la parole ou de la mémoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si les maux de tête sont violents depuis le début d'utilisation des COC | <p>persistent malgré l'arrêt des COC, référer dans un centre avec services d'ophtalmologie et/ou de neurologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les maux de tête sont bénins, donner des analgésiques. Rassurer la cliente et continuer la prise des COC. Réévaluer après 1 mois. Continuer les COC si la ta $\leq 16/10$ et qu'il n'y a pas d'autres signes associés • Si les maux de tête sont violents, sans autre cause ni signes associés, aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale) |
|---|--|

Gestion des effets secondaires liés à l'utilisation des cop

| Investigation | Prise en charge |
|--|--|
| <p>Aménorrhée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander si la prise est régulière • Vérifier l'absence de grossesse • S'informer de l'existence des signes de grossesse, de la date des dernières règles • Faire un examen physique | <ul style="list-style-type: none"> • Si grossesse : Arrêter la pilule <p>Rassurer : les petites doses d'hormone contenues dans la pilule n'auront aucun effet nuisible sur le fœtus</p> <p>Revoir la cliente en consultation prénatale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si pas de grossesse : <p>Continuer la prise des pilules</p> <p>Rassurer, et expliquer que l'absence des règles ne signifie pas l'accumulation du sang dans l'utérus</p> <p>Lui demander de revenir dans un mois</p> <p>Si la cliente ne supporte pas l'aménorrhée, l'aider à choisir une autre méthode</p> <p>Si les critères d'éligibilité le permettent, donner des COC ou une autre méthode</p> |
| <p>Saignement ou saignottements prolongée entre les règles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la prise régulière de la pilule • Faire un examen au spéculum puis faire le toucher vaginal, et faire un frottis cervico-vaginal • Rechercher une cause : Infection Grossesse Affection gynécologique | <ul style="list-style-type: none"> • Si examen gynécologique normal : rassurer la cliente, et conseiller de poursuivre la prise de la pilule • Si infection, ne pas arrêter la pilule, traiter ou référer • Si grossesse, voir aménorrhée – prise en charge liée à la grossesse • Si affection gynécologique, prendre en charge l'affection ou référer • Si la cause n'est pas détectée, rassurer, et expliquer à la cliente que le spotting peut subvenir dans les 3 premiers mois chez la femme qui prend la pilule progestative • Proposer une autre méthode si elle ne supporte pas le spotting • Demander à revoir la cliente |

b. Les contraceptifs injectables

❖ Définition

Le contraceptif injectable contient un produit progestatif, lentement libéré, qui empêche la survenue de la grossesse.

On distingue deux types de produits : DMPA (Depoprovera) tous les 3 mois ou 13 semaines et NETEN (Noristérat) toutes les 8 semaines.

❖ Mécanisme d'action

- ✓ Supprime l'ovulation
- ✓ Épaissit la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes
- ✓ Modifie l'endomètre en le rendant impropre à la nidation.

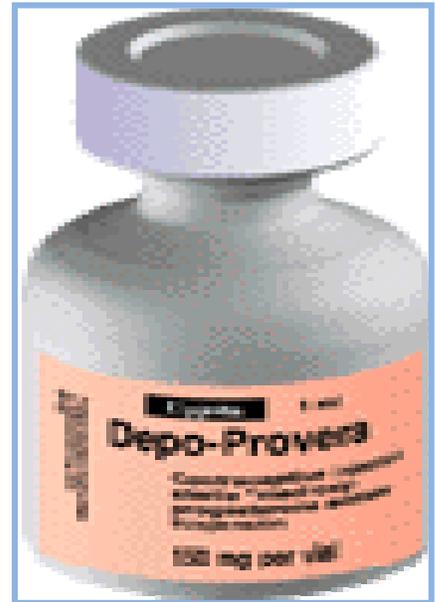


Tableau récapitulatif des avantages, inconvénients et effets secondaires des contraceptifs injectables.

| | Avantages | Inconvénients | Effets secondaires |
|---------------------------|--|---|---|
| <i>Formes injectables</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité > 99,7%. • Longue durée d'action. • Peu contraignante, pratique et discrète. • Ne gêne pas la lactation • Espace les crises drépanocytaires • Protège partiellement contre le cancer de l'utérus, les fibromes, l'endométriose, les kystes ovariens et les maladies inflammatoires du pelviennes. | <ul style="list-style-type: none"> • Non protection contre les IST/VIH/SIDA. • Retour lent à la fertilité (6 à 18 mois) | Spotting ou saignement important. <ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée. • Prise de poids. • Maux de tête, changement d'humeur et dépression. • Sensibilité des seins. • Baisse de libido. |

❖ Mode d'utilisation :

- Le Noristérat ou le Dépo-Provera peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ;
- Cependant le meilleur moment de l'injection est entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour du cycle. Si l'injection a eu lieu après le 7^{ème} jour, demander à la cliente d'utiliser une méthode barrière ou s'abstenir pendant 7 jours ;

- Encourager la cliente et répondre clairement à toutes ses questions ;
- Faire la 1^{ère} injection du contraceptif selon les étapes.

❖ **Mode d'administration**

Respecter les étapes de la technique d'administration :

- Préparer le matériel ;
- Se laver les mains ;
- Porter des gants ;
- Respecter les règles de l'asepsie ;
 - Si depo-provera (DMPA) au cas où le produit est déposé dans le flacon frotter délicatement le flacon dans le creux de la main. Eviter de mousser le produit. Essuyer le bouchon avec un antiseptique ;
 - Si Noristérat (NET EN) réchauffer **délicatement** l'ampoule en frottant entre les mains ;
- Aspirer tout le produit ;
- Désinfecter la zone d'injection en faisant un mouvement circulaire du site de l'injection vers l'extérieur ;
- Injecter **tout le contenu** de la seringue en **IM profonde** ;
- **Ne pas masser le site** de l'injection et dire à la cliente de ne pas masser.

Au cours des visites de suivi :

- Demander à la cliente, si possible à son partenaire, s'ils sont satisfaits de la méthode ;
- Demander la date des dernières règles ;
- Prendre la TA et le poids ;
- Suivre le même rythme d'injection s'il n'y a pas de plaintes.

NB : Si la cliente a moins de 7 jours de retard, faire l'injection

Si la cliente a plus de 7 jours de retard pour son injection , faire l'injection et donner une méthode d'appoint pendant 7 jours après l'injection

❖ Les mythes généralement associés avec les injectables

- ✓ Les injectables causent le cancer.
- ✓ Les injectables ne sont pas homologués aux États-Unis.
- ✓ Les injectables font avorter.

❖ Signes d'alerte

Dire à la cliente de revenir aussitôt au centre si elle présente un des signes suivants :

- ✓ Hémorragie génitale abondante
- ✓ Maux de tête violents rebelles au traitement
- ✓ Fortes douleurs abdominales
- ✓ Gain pondéral excessif
- ✓ Dépression.

❖ Prise en charge des effets secondaires

| Effets secondaires | Conduite à tenir |
|---|---|
| <p>Saignements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente : <ol style="list-style-type: none"> 1. Début du saignement ? Nombre de garnitures par jour ? 2. Quelles sont ses préoccupations ? Peur de maladie cachée ? Gêne ? Problème social entourant le saignement ? 3. Date de la dernière injection et des dernières règles 4. Signes d'accompagnement : douleurs pelviennes, fièvre, asthénie, vertiges, palpitations 5. Nombre d'injections déjà faites, et quel contraceptif injectable est utilisé 6. Prises des médicaments 7. Faire l'examen physique de la cliente <p>Etat général : muqueuses, téguments, pouls, ta, poids</p> <p>Examen gynécologique : s'assurer de ce qu'il n'y a pas de pathologie du col utérin, de grossesse extra-utérine, de masse pelvienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conclure : Pathologie médicale ou chirurgicale ? | <p>Le saignement est peu abondant (spotting), et il n'y a pas d'anémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling • Donner des conseils nutritionnels sur la nécessité d'augmenter la prise d'aliments contenant du fer • Donner un anti-inflammatoire non stéroïdien pendant 5 jours (Ibuprofen 800mg 3fois/ jour pendant 5 jours) • Donner un rendez-vous pour le suivi dans une semaine, mais revoir à tout moment si évolution défavorable <p>Le saignement est abondant, et il y a anémie :</p> <p>- faire le counseling pour un changement de méthode, ou garder la même méthode</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils nutritionnels sur la nécessité d'augmenter la prise d'aliments contenant du fer • Donner des COC normodosés : 1cp/j pendant 21 jours ; si la cliente est éligible a la méthode • Donner un anti-inflammatoire non stéroïdien pendant une semaine • Prescrire du fer + acide folique pendant 2 à 6 mois • Donner un rendez-vous de suivi après la sortie <p>Il y a grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter les injections, et faire le counseling pour la conservation de la grossesse |

Manuel de prévention de la fistule obstétricale et la PEC des SOU

| Effets secondaires | Conduite à tenir |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">Grossesse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer la cliente de son état et, s'il y a pathologie médicale ou chirurgicale, traiter ou référer, selon le cas | <ul style="list-style-type: none"> • Si menace d'avortement ou avortement en cours : voir protocoles nationaux |

| Effets secondaires | Conduite à tenir |
|---|---|
| <p>Aménorrhée</p> <ul style="list-style-type: none"> • interroger la cliente <ol style="list-style-type: none"> 1. Relever les dates de la dernière injection et des dernières règles 2. Nature du produit ? 3. Déterminer quelles sont les préoccupations de la femme : inquiétude pour la grossesse ? Impression de quelque chose de toxique en elle ? Besoin d'avoir ses règles pour se nettoyer du « mauvais sang » ? 4. Signes d'accompagnement : douleurs, nausées, vomissements, insomnies, perversion du goût <ul style="list-style-type: none"> • Faire l'examen physique : <ol style="list-style-type: none"> 1. Etat général : muqueuses, téguments, pouls, ta, poids 2. Examen gynécologique : s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse extra-utérine, ou de masse pelvienne 3. Examen des autres appareils • Conclure : <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen physique normal 2. Grossesse 3. Masse pelvienne | <p>1^{er} cas : l'examen physique est normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer en lui disant qu'elle n'est pas enceinte • Faire un counseling : expliquer le mécanisme des aménorrhées sous injectables, et préciser qu'aucune matière toxique ne se forme au niveau de l'utérus • Faire éventuellement un test de grossesse (urinaire ou sanguin) pour dissiper son inquiétude • Si la cliente considère l'absence de menstruations comme inacceptable, bien qu'on l'ait rassurée, prescrire des COC normodosé pendant 7 jours • Donner un rendez vous de suivi dans 15 jours • Faire un counseling pour la poursuite de la même méthode ou un changement de méthode <p>2^{ème} cas : il y a grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counseling • Rassurer en disant qu'il n'y a aucun fait montrant que le contraceptif injectable puisse nuire au fœtus • Arrêter les injections et poursuivre avec la consultation prénatale <p>3^{ème} cas : il y a une masse pelvienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge (voir protocoles nationaux volet femme : masse pelvienne) |

| Effets secondaires | Conduite à tenir |
|--|--|
| <p>Tension artérielle élevée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente : <ol style="list-style-type: none"> 1. Savoir le début des signes : céphalées, vertiges, troubles visuels, bourdonnements des oreilles, troubles de l'équilibre 2. Rechercher les antécédents familiaux d'hypertension artérielle • Faire l'examen physique de la cliente <ol style="list-style-type: none"> 1. TA après que la cliente soit restée calmement couchée pendant 15 minutes 2. Poids, muqueuses et téguments 3. Appareil cardio-vasculaire 4. Examiner les autres appareils | <p>1^{er} cas : Ta en dessous de 16/10 mais au-dessus de 14/9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer : lui dire qu'elle peut continuer les injectables car ils ont peu d'effets (positifs ou négatifs) sur la TA • Donner du méthylodopa 250mg 1cp x 3/j • Administrer l'injection à la date prévue • Surveiller la TA 2 fois par semaine pendant deux semaines. Si la Ta reste supérieure à 14/9, référer vers un centre médicochirurgical pour prise en charge <p>2^{ème} cas : Ta supérieure ou égale à 16/10 : c'est une hypertension importante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des explications apaisantes • Counseling pour le choix d'une méthode autre |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conclure : HTA • Informer la cliente de son état | <p style="text-align: center;">qu'hormonale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer vers un spécialiste |
| <p>Céphalées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente : <ol style="list-style-type: none"> 1. Début des céphalées ; leur siège 2. Signes d'accompagnement : <p>Ecoulement nasal purulent avec ou sans sensibilité douloureuse dans la région des sinus</p> <p>Vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, troubles de l'équilibre, modifications de la vision, troubles du langage</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Date de la dernière injection 2. Savoir si les maux de tête sont apparus avec les injections ou aggravés depuis le début des injections <ul style="list-style-type: none"> • Faire l'examen physique • Faire les examens paracliniques si nécessaires (GE + DP, RX des sinus) <p>Conclure : cas de céphalées sans cause ou avec cause sous-adjacente et/ou avec complications</p> | <p>1^{er} cas : céphalées sans cause évidente : il peut s'agir de maux de tête de type migraineux. Traiter ou référer</p> <p>2^{ème} cas : céphalées avec HTA : (voir protocoles nationaux : élévation de la ta sous contraceptifs injectables)</p> <p>3^{ème} cas : céphalées avec troubles de la parole : ces symptômes peuvent suggérer un risque « d'attaque » cérébrale (afflux sanguin temporaire anormal au niveau cérébral), référer rapidement dans un centre médicochirurgical pour prise en charge</p> <p>4^{ème} cas : céphalées et pathologie médicale (par ex : sinusite) : traiter ou référer chez un spécialiste pour la prise en charge</p> |

c. Implants : Jadelle ou Norplant

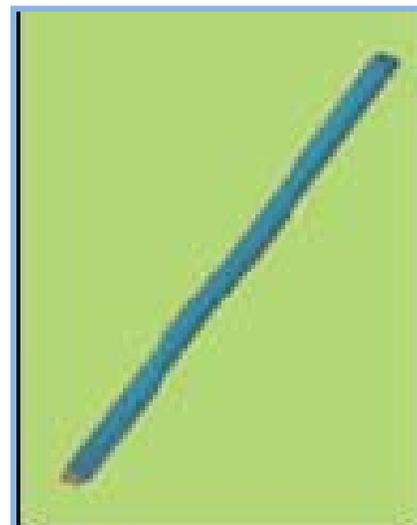
Définition

Implants : deux ou six capsules fines et souples remplis de lévonorgestrel (hormone progestative) insérée juste sous la peau de la partie supérieure du bras.

❖ Mécanisme d'action

Son fonctionnement nécessite trois mécanismes complémentaires :

- ✓ Modification de la glaire cervicale
- ✓ Blocage de l'ovulation (+/-)
- ✓ Endomètre rendu impropre à la nidation



❖ Avantages, effets secondaires et Inconvénients

| Avantages | Effets secondaires et inconvénients |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Efficacité entre 98 à 99%• Méthode à long terme (jusqu'à 5 ans de protection) et très efficace• Pas besoin de fournitures• Action immédiate• N'affecte pas l'allaitement• Peut prévenir l'anémie par la diminution du flux menstruel• L'administration peut être faite par un non médecin formé.• Saignements irréguliers (60 à 70%)• Aménorrhée (< 10%) | <ul style="list-style-type: none">• Changement dans le saignement menstruel : léger saignement pendant quelques jours, saignement irrégulier pendant plus de 8 jours, aménorrhée• Maux de tête, douleurs abdominales, acné, changement de poids, tension mammaire, vertiges, changement d'humeur, nausées• Nécessité de prestataire formé pour l'insertion et retrait• Interaction avec certains médicaments (Rifampicine, anti convulsivants). |

❖ Indications des Implants (Norplant, Jadelle....)

- ✓ Les implants peuvent être insérés à n'importe quel moment, si l'agent de santé est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte (par exemple du 1er au 7e jour du cycle)
- ✓ si une accouchée allaite et qu'elle ne veut pas utiliser la MAMA, il est recommandé qu'elle attende au moins 6 semaines avant de commencer le Norplant (on ne connaît pas le danger que représentent les progestatifs pour les bébés allaités, pendant les six premières semaines)

- ✓ si elle recommence à avoir des relations sexuelles avant six semaines (post partum) elle devrait utiliser les condoms jusqu'à ce qu'elle reçoive ses implants
- ✓ si une femme dans le post-partum n'allait pas, elle peut commencer immédiatement les implants Norplant après l'accouchement ou à n'importe quel autre moment si l'agent de santé est raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte.

L'utilisation des Implants est sûre et appropriée immédiatement après l'avortement (spontané ou provoqué) quel que soit le trimestre. Il devrait être inséré dans les 7 premiers jours qui suivent l'avortement.

Fiche technique : insertion des capsules de norplant

- Vérifier que la cliente a lavé soigneusement son bras avec du savon et de l'eau ;
- Choisir et placer correctement le bras de la femme ;
- Marquer l'endroit où sera faite l'insertion ;
- Vérifier la présence d'instruments stériles ou DHN et les 6 capsules de Norplant.

Tâches préalables à l'insertion

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec ;
- Mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (s'ils sont talqués, enlever la poudre sur les doigts des gants) ;
- Passer une solution antiseptique à l'endroit de l'insertion selon les directives ;
- Placer un linge stérile ou désinfecté à haut niveau (DHN) sur le bras ;
- Injecter un anesthésique local juste sous la peau ; gonfler légèrement la peau ;
- Avancer l'aiguille d'environ 4 cm et injecter 1 ml d'anesthésique local dans chacun des 3-6 sillons subdermiques (vérifier qu'il y a effet anesthésique).

Insérer les capsules de Norplant

- Faire une incision superficielle de 2 mm avec le bistouri juste sous la peau (ou alors insérer directement le trocart sous la peau) ;
- Tout en gonflant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart ;
- Retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart (avec mains gantées ou pinces) ;
- Réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'on sente une résistance ;
- Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il

arrive au manche du mandrin ;

- Retirer le trocart et le mandrin ensemble jusqu'à ce que la marque (2) près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne pas retirer le trocart de la peau) ;
- En tenant avec le doigt la capsule déjà placée, guider l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque (1) ;
- Ne retirer le trocart qu'après avoir inséré la dernière capsule ;
- Palper les capsules pour vérifier que 6 capsules ont été insérées en forme d'éventail ;
- Palper l'incision pour vérifier que toutes les capsules sont éloignées de l'incision.

Fiche technique : insertion des capsules de norplant(suite)

Tâches après l'insertion

- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec du sparadrap ou un pansement chirurgical ;
- Entourer le bras d'un pansement compressif ;
- Rincer l'aiguille et la seringue et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour la décontamination ;
- Eliminer les déchets avec les mesures de précaution qui s'imposent ;
- Enlever correctement les gants réutilisables et les plonger dans une solution chlorée ;
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau et les essuyer avec un linge propre sec et individuel ;
- Dessiner l'emplacement des capsules dans le dossier de la cliente et noter tout fait inhabituel.

Counseling Post-insertion

- Donner à la cliente les instructions pour soigner la plaie et lui dire quand revenir ;
- Rassurer la cliente qu'elle peut faire retirer les capsules à n'importe quel moment si elle le désire ;
- Observer la cliente pendant au moins cinq minutes avant de lui dire au revoir. ;
- Dire à la femme qu'elle peut revenir lorsqu'elle le souhaite ou chaque fois qu'elle a des problèmes.

❖ **Rendez-vous de suivi**

- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance ;
- Dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que :
 - douleurs sévères au bas ventre ;
 - saignement en dehors des règles ;
 - douleurs au site d'insertion avec ou sans pus/sang ;
 - expulsion des implants ;
 - fréquents maux de tête, migraine ou vision trouble de la vision ;
 - absence de règles ;
 - signes de grossesse.
- Dire à la cliente que le retrait du Norplant se fait après 4 à **7 ans** d'utilisation (**en fonction du nombre de capsule**) ou dès qu'elle le désire ou en cas d'indication médicale ;
- Dire à la cliente que le retrait n'est pas douloureux et peut durer plus longtemps que l'insertion ;
- Dire à la cliente qu'après le retrait, elle pourrait tomber enceinte aussi rapidement que les femmes qui n'utilisent pas de norplant ;
- Préciser que si la femme désire le norplant de nouveau après 5 ans, elle peut recevoir une nouvelle série d'implants au même moment où on lui retire les anciens implants.
- Donner un rendez-vous et le marquer sur le carnet :
 - **1^{ère} visite de suivi** : 7 jours après l'insertion pour défaire le pansement et vérifier le site d'insertion ;
 - **autres visites de suivi** : selon le besoin.
- Demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- Dire "au revoir".

❖ **Prise en charge les effets secondaires, complications et pathologies rencontrés**

- Faire un examen systématique de toute cliente ayant un problème ;
- Appliquer les arbres de décision ci-après, devant les effets secondaires rencontrés :
 - saignement génital sous norplant ;
 - maux de tête sous norplant ;
 - aménorrhée sous norplant.

N.B : Toujours respecter rigoureusement les mesures de prévention des infections pendant l'insertion et le retrait du norplant.

Autres types d'implants : Jadelle

Définition :

C'est un système d'implants de deuxième génération, très efficace, réversible, de longue durée d'action, et utilisé comme contraceptif chez la femme.

Il est constitué d'un jeu de deux capsules cylindriques flexibles en silicone contenant du lévonorgestrel, un progestatif synthétique, et qui sont insérées sous peau de la face interne du bras de la femme.

Différences entre JADELLE et Norplant :

JADELLE est constitué de deux capsules dont chacune a 43 mm de long et 2.5 mm de diamètre, tandis le norplant comprend six capsules dont chacune a 34 mm de long et 2.4 mm de diamètre.

Chaque capsule de JADELLE contient 75 mg de lévonorgestrel pour un total de 150 mg tandis que la capsule de norplant contient 36 mg de lévonorgestrel pour un total de 216 mg.

Le lévonorgestrel est sous forme cristalline dans le Norplant tandis qu'il est recouvert d'un polymère (élastomère) des tubes de silastiques.

Caractéristiques

a. Mode d'action :

- Blocage de l'ovulation et épaissement de la glaire cervicale en le rendant imperméable aux spermatozoïdes.

b. Avantages :

- Très efficace : 0.3% dans les 3 premières années et 1.1% pour 5 ans
- Son action est immédiate.
- L'insertion et retrait plus faciles et prennent moins de temps du fait qu'il ne se compose que de 2 bâtonnets.
- Le retrait possible des capsules à tout moment
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- A peu d'effets secondaires, à part les irrégularités menstruelles
- Le retour à la fécondité immédiat : comparable à celui de celles qui n'utilisent aucune méthode après un an.

c. Limites

- La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié
- Ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA
- La pose et le retrait nécessitent une petite procédure chirurgicale mineure
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau
- Il existe de quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale
- La cliente ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même

d. Effets secondaires :

- Il existe quelques effets secondaires courants :

- Troubles du cycle : saignements prolongés, saignements abondants, spotting, aménorrhée, ou une combinaison de ces troubles
- Autres effets secondaires peu courants (rapportés par près de 10% des femmes):
 - Céphalées, vertiges, sensibilité des seins, nausée, leucorrhée, douleur pelvienne, vaginite, prise de poids, changements d'appétit, diminution de la libido, troubles de l'humeur (nervosité/dépression), acné, éruption cutanée

e. Calendrier de Suivi

- ✓ Une visite de suivi 7 à 15 jours après l'insertion
- ✓ Nécessité de retrait ou remplacement au bout de 5 ans
- ✓ En cas de visite de suivi, s'enquérir sur les plaintes et les prendre en charge
- ✓ Les effets secondaires liés aux Implants et leur prise en charge.

| Investigations | Prise en charge |
|---------------------------------------|--|
| <i>Aménorrhée</i> | <p>Si pas de grossesse : rassurer la cliente</p> <p>Si grossesse confirmée, retirer les implants et expliquer que le progestatif n'a pas d'effet nuisible sur le fœtus. Prendre en charge pour CPN</p> <p>Si suspicion de GEU : référer</p> |
| <i>Prise de poids de plus de 5 kg</i> | Conseiller à la cliente de revoir son régime alimentaire. Faire des exercices physiques, si nécessaire |
| <i>Infections au site d'insertion</i> | <p>Avec suppuration : retrait, antibiothérapie adéquate, soins locaux. Prescription d'une autre méthode ou insertion de capsules d'implants dans l'autre bras</p> <p>Sans suppuration : soins locaux + antibiothérapie. Si pas d'amélioration au bout de 7 jours : retrait, insertion dans l'autre bras, ou autre méthode</p> |
| <i>Expulsion d'une capsule</i> | <p>Retirer les capsules et réinsérer un nouveau jeu à un autre site</p> <p>Si infection : retirer les capsules restantes (voir ci-dessus)</p> |
| <i>Saignement/spotting</i> | <p>Si saignements peu abondants : rassurer</p> <p>Si saignements persistent : 1 cycle de Néogynon</p> <p>Si saignements persistent sous Néogynon : retrait. Conseiller une autre méthode. Prévenir l'anémie par prescription de fer ou d'aliments contenant du fer (légumes verts, poisson, viande-foie,..)</p> <p>Si saignements abondants : considérer le retrait. Conseiller une autre méthode</p> |

| | |
|------------------|--|
| <i>Céphalées</i> | Maux de tête non migraineux : Donner l'aspirine ou Ibuprofène ou Paracétamol Autre type de maux de tête : il faut évaluer Eliminer une sinusite. S'il y a sinusite, traiter Si migraine avec aura : Retrait immédiat des capsules et référer. Aider à choisir une autre méthode. Si HTA inférieure à 160/100, traiter au méthildopa 250mg 1cp x 3j Si HTA : traiter ; si HTA supérieure à 160/100 : référer et traiter ou retirer les implants, et conseiller une autre méthode |
|------------------|--|

3. La contraception avec des barrières physiques

Les méthodes de barrière sont les moyens mécaniques ou chimiques utilisés au niveau des organes génitaux. Ils sont placés avant un rapport sexuel en vue d'empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule. Ces dispositifs ont pour but d'empêcher les spermatozoïdes de s'introduire dans l'utérus et ses annexes, afin qu'ils ne puissent rencontrer l'ovule, soit en les affaiblissant, soit en les détruisant et/ou en bloquant leur entrée dans le canal cervical.

a. Les préservatifs

❖ Définition

C'est une gaine ou un fourreau de protection en latex ou en polyuréthane, mou et transparent que l'homme porte sur le pénis en érection ou dans le vagin chez la femme. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une double protection (contre la grossesse et les IST/VIH/SIDA)

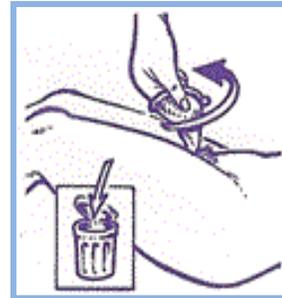
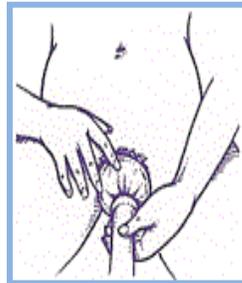
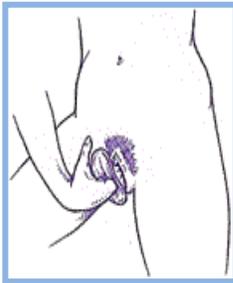
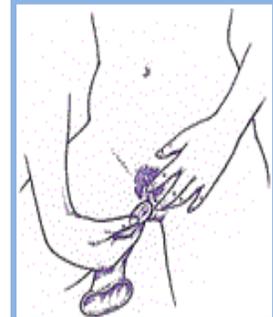
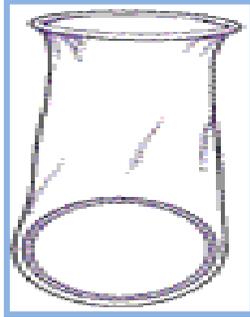


❖ Tableau récapitulatif des avantages, inconvénients et effets secondaires des préservatifs

| | Préservatif masculin | Préservatif féminin |
|---------------------------|---|--|
| <i>Avantages</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité. • Protection contre les IST/VIH/SIDA. • Corrige l'éjaculation précoce. • Disponible en vente libre et emploi facile • Partage de la responsabilité de l'homme en matière de PF | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité. • Protection contre les IST/VIH/SIDA. • Pas d'allergie. • Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel. |
| <i>Inconvénients</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution du plaisir et l'élan sexuel. • Interfère avec les rapports ou interrompt les préludes • Contraignant car doit être changé à chaque rapport. • Retarde l'éjaculation • Possibilité de déchirures du condom ou de fuites • Nécessite une motivation du partenaire | <ul style="list-style-type: none"> • Coûteux actuellement. • La femme doit toucher ses parties génitales. • Peu discret. • Contraignant car doit être changé à chaque rapport. |
| <i>Effets secondaires</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Allergies au latex et à certains lubrifiants | <ul style="list-style-type: none"> • Néant |

❖ Mode d'utilisation du condom masculin

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'emballage du condom (date d'expiration, couleur, déchirures,...). • Rappeler que le condom se place sur le pénis en érection avant tout contact des organes génitaux. • Déchirer délicatement l'emballage sans blesser le contenu (avec le doigt sans utiliser les dents ni un objet tranchant). • Sortir le condom de l'emballage et le tourner dans le bon sens pour obtenir un déroulement normal sur le pénis. • Poser le préservatif sur le pénis en érection. • Préserver un espace libre sans air à l'extrémité du condom pour recueillir le sperme (en pinçant le bout entre le pouce et l'index pour chasser l'air pendant l'enroulement). • Dérouler le condom sur le pénis en érection jusqu'à la racine tout en pinçant le bout du condom. | <ul style="list-style-type: none"> • Retirer le pénis du vagin aussitôt après l'éjaculation, se retirer doucement du vagin en maintenant le condom à la base du pénis pour ne pas verser le sperme à proximité de la vulve ou du vagin. • Retirer ensuite le condom du pénis. • Jeter le condom utilisé dans une fosse septique ou hors de la portée des enfants. (Il peut être enterré, brûlé, jeté dans une poubelle en cas de ramassage). Il ne faut pas le jeter dans une toilette à chasse. • Ne pas utiliser les lubrifiants comme la vaseline qui peuvent abîmer le caoutchouc. La mousse, la gelée ou autre lubrifiant aqueux pouvant être utilisés si on pense que les condoms sont susceptibles de se déchirer. • Informer que l'utilisation du spermicide accroît l'efficacité du condom. • Rappeler l'utilisation d'un nouveau condom à chaque rapport sexuel |
|---|---|



❖ Prendre en charge les problèmes soulevés par la cliente

| Difficultés ou cas signalés | Conduite à tenir |
|---|---|
| Difficulté à garder le pénis en érection | Recommander à la cliente de dérouler le condom sur la verge de son partenaire en érection |
| Antécédent d'allergie au latex | Eliminer une infection du gland Conseiller l'utilisation d'eau comme lubrifiant Si l'allergie persiste, aider à faire le choix d'une autre méthode |
| Cliente embarrassée parce que son partenaire ne sait pas utiliser le condom | Faire un jeu de rôle avec la cliente Faire la démonstration sur un mannequin |
| Déchirure du condom ou glissement du condom dans le vagin | Retourner à la clinique ou au centre pour une contraception d'urgence |
| Irritation du pénis | Vérifier la présence d'une réaction allergique. Vérifier la présence d'une infection et traiter suivant le cas Conseiller l'utilisation d'une autre méthode Reprendre le counseling sur la méthode Si pas de satisfaction, aider le client à choisir une autre méthode |

b. Les spermicides

❖ Définition

Ce sont des produits chimiques qui se présentent sous forme de crème, gel, ovule, ovule moussant, mousse, comprimé et aérosol qu'on place dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.

❖ Mécanisme d'action

Désagrège la membrane cellulaire des spermatozoïdes ; diminue le mouvement des spermatozoïdes ; diminue leur capacité à fertiliser l'ovule.



❖ Avantages, inconvénients et effets secondaires

| Avantages | Inconvénients | Effets secondaires |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Efficacités 70 à 80%. • Vente libre sans prescription médicale. • Utilisation facile | <ul style="list-style-type: none"> • Salissant pour certains. • Gênant pour les gens qui ne veulent pas manipuler leur vagin • Doit être renouvelé après chaque rapport. • N'assure pas la double protection. • Nécessite une motivation constante de la cliente | <ul style="list-style-type: none"> • Sensation de brûlure, d'irritation ou d'allergie vaginale ou du pénis. • Excès d'humidité vaginale non appréciable par certaines personnes. • Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport |

❖ Mode d'utilisation des spermicides

| Pour tablettes ou ovules moussants | Pour les mousses, crèmes ou gélés |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains avec du savon et les sécher • Introduire profondément le comprimé/tablette dans le vagin • Attendre 10 à 15 mn avant le rapport sexuel pour que le produit soit dissout • Introduire une autre tablette ou ovule à chaque rapport • Attendre au moins 6 à 8 heures après le rapport avant de faire une toilette intime • Ajouter une tablette/ovule si 30 minutes s'écoulent avant que le rapport sexuel n'ait lieu. • L'efficacité est accrue si l'on utilise le condom en plus. | <ul style="list-style-type: none"> • Secouer rigoureusement le flacon pour mélanger le produit (15 à 20 fois) • Remplir l'applicateur jusqu'à la marque recommandée • Se mettre en position couchée avec jambes repliées • Introduire profondément le produit dans le vagin avec l'applicateur • Noter qu'il n'est pas nécessaire d'attendre après introduction du produit • Introduire une nouvelle dose si 30 min s'écoulent avant que le rapport sexuel n'ait lieu • Introduire une nouvelle dose pour chaque nouveau rapport • Attendre au moins 6 à 8 heures avant la toilette intime • Le condom est recommandé pour accroître l'efficacité des spermicides • Laver l'applicateur pour une réutilisation |

c. Le dispositif intra utérin (DIU)

❖ Définition

Petit dispositif souple inséré dans la cavité utérine, fait en plastique associé soit au cuivre, soit à la progestérone, que l'on insère dans la cavité utérine pour éviter une grossesse. Ils sont classés en deux catégories :

- ✓ DIU au cuivre : TCu-380A, TCu-200, TCu-220C, le Multiload (MLCu-250, MLCu - 375), le Nova T
- ✓ DIU libérant un progestatif (progestérone ou lévonorgestrel ex. Mirena).



❖ Mécanisme d'action

Le mécanisme est anticonceptionnel et non antinidatoire :

- ✓ Interfère avec la capacité des spermatozoïdes à traverser la cavité utérine (cuivre)
- ✓ Interfère avec la procréation avant que l'ovule n'arrive dans la cavité utérine (cuivre)
- ✓ Épaissit la glaire cervicale (progestatif) rendue impropre au passage de spermatozoïdes
- ✓ Modifie l'endomètre (progestatif).

❖ Tableau récapitulatif des avantages, inconvénients et effets secondaires du DIU-TCU-380A

| Avantages | Inconvénients | Effets secondaires |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité entre 99, 2 et 99, 4%. • Action immédiate et prolongée (actif pendant 12 à 13ans même si l'emballage commercial indique 10 ans). • N'interfère pas avec les rapports sexuels • N'affecte pas la lactation si T-Cu- n'exige pas un effort de mémoire- • Peut être retire à tout moment par un personnel qualifié • Très peu d'effets secondaires | <ul style="list-style-type: none"> • Non protection contre les IST/VIH/SIDA et les grossesses ectopiques. • La pause ou retrait exige un personnel qualifié. • La cliente ne peut arrêter d'elle-même. • Le DIU peut être expulsé de lui-même sans que la femme ne se rend compte d'où la nécessité de vérifier de temps en temps. • Les fils peuvent être gênants pendant les rapports sexuels et cela peut être une source de refus des partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Règles plus longues et abondantes. • Spotting ou Saignement abondant. • Crampes et douleur pendant les règles. • Perforation de la paroi utérine si insertion mal faite. <p>Rare risque : Une inflammation pelvienne (PID) peut se présenter si la femme a une infection à chlamydia ou gonorrhée au moment de la pose ou en présence du DIU</p> |

❖ Les mythes généralement associés avec le DIU

- ✓ Le DIU peut sortir de l'utérus de la femme pour se loger dans d'autres parties du corps, par exemple le cœur ou le cerveau.
- ✓ Le DIU empêche une femme d'avoir des enfants après qu'on l'ait retiré.
- ✓ Le DIU causera de l'inconfort au partenaire d'une femme durant les rapports sexuels.

Exemples de cas non éligibles au DIU

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse (classe 4) • Cancer du col ou de l'endomètre (classe 4) • Infection génitale haute (classe 4) • Risque élevé d'IST (classe3) | <ul style="list-style-type: none"> • Malformation utérine ou tumeur pouvant rendre l'insertion très difficile (classe 4) • Cavité utérine inférieure à 6 cm (hystérométrie) (classe 4) • Post-partum (48 heures à moins de 4 semaines). (classe 3) |
|---|---|

❖ Les facteurs de Risque

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ignorance/ non perception du risque • Partenaires sexuels multiples/occasionnels • Rapports avec un partenaire qui a lui-même des partenaires sexuels multiples/occasionnels • Relations sexuelles non protégées par le condom | <ul style="list-style-type: none"> • Malformation utérine ou tumeur pouvant rendre l'insertion très difficile • Cavité utérine inférieure à 6 cm (hystérométrie) • Post-partum (moins de 4 semaines) |
|---|---|

❖ Eléments de suivi

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Une visite de suivi nécessaire après 4 à 6 semaines • Possibilité de consulter à tout moment en cas de problème • Demander la satisfaction de la cliente • Faire un examen clinique systématique de toute cliente qui présente une plainte • Prendre en charge les principaux effets secondaires |
|--|

❖ La prise en charge des effets secondaires

| Investigations | Prise en charge |
|--|--|
| <p>Crampes et douleurs sous DIU</p> <p>La pose de DIU date de moins de trois mois</p> | <p>Un examen au spéculum et un examen bi manuel sont indispensables pour éliminer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la possibilité de maladie inflammatoire du pelvis • les autres causes de douleurs telles que : <ul style="list-style-type: none"> ✓ une expulsion partielle du DIU ✓ une perforation de l'utérus ✓ une grossesse ectopique • Prendre en charge selon la cause ou référer au niveau supérieur si évolution défavorable (vers un centre chirurgical) • Si aucune cause n'est trouvée, si les douleurs sont tolérables : donner un antalgique (acide acétylsalicylique ou paracétamol) • Si les douleurs sont intenses, retirer le DIU • Si le DIU est déformé et qu'il n'y a pas d'infection évidente, le remplacer par un nouveau DIU, contenant des progestatifs, si la cliente le désire (si ce genre de DIU est disponible) • Mener un counseling pour le choix d'une autre méthode dans le cas contraire • Dans tous les cas, informer la cliente de son état, donnez le rendez-vous de suivi et faire le suivi |
| <p>Saignements</p> <p>La pose de DIU date de moins de trois mois</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Apprécier le retentissement du saignement sur l'état général de la cliente : rechercher les signes d'anémie : asthénie, vertiges, palpitations • Faire l'examen physique de la cliente <ul style="list-style-type: none"> ✓ état général : muqueuses, TA ✓ examen gynécologique : éliminer une pathologie cervicale, une grossesse intra-utérine ou extra-utérine • Examiner les autres appareils • Conclure : pathologie ou normalité, et en informer la cliente • S'il existe une pathologie, traiter, ou référer, selon le cas, au niveau supérieur |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • S'il n'y a pas d'anémie (saignement peu abondant, spotting) : rassurer la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ✓ prescrire des comprimés de sulfate ferreux (100 mg ; 2 comprimés à 3 comprimés par jour) + acide folique (100 mg ; 2 - 3 comprimés par jour pendant 3 mois) ✓ donnez un rendez-vous de suivi dans un mois ✓ revoir à tout moment si aggravation du saignement • Si l'anémie est cliniquement modérée : rassurer • prescrire les comprimés de fer + acide folique pour 1 mois <ul style="list-style-type: none"> ✓ donner un rendez-vous de suivi dans un mois ✓ revoir à tout moment, si évolution défavorable (aggravation du saignement) • Si l'anémie est cliniquement sévère : <ul style="list-style-type: none"> ✓ référer au niveau supérieur pouvant faire un dosage du taux d'Hb et la prise en charge ✓ retirer le DIU ✓ prescrire les comprimés de fer + acide folique et donner des conseils nutritionnels à base d'aliments locaux riches en fer ✓ transfuser, en fonction des résultats du taux d'Hb et de l'état de la cliente ✓ faire le counseling : choix informé d'une autre méthode de contraception • Si la cliente ne veut pas ou ne peut pas utiliser une autre méthode efficace, insérer un nouveau DIU <ul style="list-style-type: none"> ✓ Donner un rendez-vous de suivi dans un mois pour : ✓ Apprécier le retentissement du saignement sur l'état général de la cliente : rechercher les signes d'anémie ✓ Faire l'examen physique de la cliente • Tirer une conclusion : examen normal ou pathologie cervicale, grossesse intra-utérine ou ectopique, masse pelvienne : myome – kyste ovarien • Informer la cliente de son état, et prendre en charge selon la cause • Retirer le DIU si les saignements sont abondants et/ou à la demande de la cliente • Faire le counseling pour le choix d'une autre méthode • Référer à un niveau supérieur (en fonction de la pathologie, ou secondairement en fonction de l'évolution) • Faire le suivi |
|--|---|

| Investigations | Prise en charge |
|----------------------------|--|
| Aménorrhée sous DIU | <p>Mener l'interrogatoire. Demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la date de ses dernières règles ✓ quand a-t-elle constaté la présence des fils pour la dernière fois ? ✓ rechercher les signes de grossesse ✓ faire l'examen clinique et l'examen gynécologique ✓ spéculum : rechercher la présence des fils, la coloration du col : violacé ou non ✓ TV combiné au palper : apprécier la taille de l'utérus, sa consistance ; rechercher une masse pelvienne <p>Conclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ existence ou absence de grossesse ✓ existence d'une masse pelvienne, associée ou non à une grossesse <p>1^{er} cas : existence d'une grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ éliminer une GEU (échographie pelvienne ; référer pour cœlioscopie au centre chirurgical) ✓ fils non visibles : surveiller ou référer au niveau supérieur ✓ fils visibles : expliquer à la cliente qu'un avortement spontané est très possible après le retrait puis retirer le DIU ✓ faire la consultation prénatale <p>2^{ème} cas : absence de grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ fils non visibles (voir investigations, pour disparition des fils sous DIU) ✓ fils visibles : rassurer. Donner un rendez-vous lors des prochaines règles, dans 1 mois. A ce moment là, ✓ si la cliente est satisfaite (a eu ses règles) : continuer la méthode ✓ si la cliente n'est pas satisfaite (n'a pas eu ses règles) : refaire l'examen gynécologique (grossesse ?) ✓ si grossesse voir 1er cas ✓ absence de grossesse : faire un test immunologique de grossesse si le niveau de la structure sanitaire |

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>le permet. Donner un contraceptif oral normodosé pendant 10 jours pour induire les règles. Donner le rendez-vous de suivi dans 3 semaines, et référer au niveau supérieur si persistance de l'aménorrhée à ce moment là</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} cas : existence d'une masse pelvienne ✓ Référer au centre chirurgical, puis s'informer de la maladie et de son évolution |
| Infection sous DIU | <ul style="list-style-type: none"> • Mener l'interrogatoire pour préciser le début de l'infection, et mettre l'accent sur : <ul style="list-style-type: none"> ✓ les pertes et leurs caractéristiques : couleur – abondance – odeur, aspect ✓ les douleurs pelviennes : début – intensité – irradiation ✓ une hyperthermie éventuelle ✓ les signes associés : vomissements – diarrhée – céphalées – troubles urinaires • Faire l'examen physique <ul style="list-style-type: none"> ✓ état général : température – pouls – TA – faciès ✓ examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ examen des seins ✓ examen de l'abdomen : siège de la douleur, souplesse ou état de contracture, rechercher une masse abdominale ✓ spéculum : couleur des pertes, aspect, abondance, provenance ; état du col et du vagin, présence des fils ✓ toucher vaginal combiné au palper : taille de l'utérus –douleur à la mobilisation ; comblement des cul-de-sac latéraux et du cul-de-sac de Douglas (cul-de-sac postérieur) ✓ l'odeur des pertes à la fin du toucher vaginal ✓ examen des autres appareils • Conclure : infection pelvienne <ul style="list-style-type: none"> ✓ informer la cliente de son état (counseling) ✓ repos au lit ✓ donner antibiothérapie selon les protocoles nationaux (ordinogramme) ✓ donner des antalgiques • Traiter le (s) partenaire (s) • Retirer le DIU ou pas selon les protocoles nationaux (cas modéré ou grave) • Référer immédiatement ou hospitaliser si nécessaire selon les cas |

| Investigations | Prise en charge |
|-----------------------------|--|
| Disparition des fils | <p>Mener l'interrogatoire. En demandant à la cliente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quand elle a constaté la présence de fils pour la dernière fois • si le DIU a été expulsé • si elle a utilisé une méthode supplémentaire (barrière ou abstinence) depuis qu'elle a constaté l'absence des fils • la date de ses dernières règles • si elle a des signes de grossesse : nausées – vomissements – augmentation du volume des seins – changements de goût ... <p>Faire un examen gynécologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • poser le spéculum : à la recherche des fils dans l'endocol ou dans un cul-de-sac • prendre une tige munie d'un coton stérile et examiner délicatement l'intérieur du canal cervical • faire le toucher vaginal combiné au palper pour apprécier le volume de l'utérus <p>Conclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fils visibles courts : rassurer, informer la cliente + counseling • Les fils ont disparu • Première éventualité : existence d'une grossesse et fils dans le canal cervical • Counseling : expliquer à la cliente les risques d'avortement spontané avec infection si le DIU est laissé en place • Retirer le DIU (expliquer le risque de fausse couche lié à ce geste) • Consultation prénatale <p>Deuxième éventualité : existence d'une grossesse et fils non retrouvés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer la cliente et la rassurer • Référer vers un centre chirurgical |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Echographie pelvienne pour repérer et localiser le DIU• Consultation prénatale et surveillance rigoureuse de l'évolution de la grossesse <p>Troisième éventualité : absence de grossesse</p> <ul style="list-style-type: none">• Counseling• Donner une méthode de barrière• Rendez-vous à la fin des prochaines règles pour examen gynécologique |
|--|--|

4. La contraception d'urgence (CU)

a. Définition

C'est l'ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée (dans les 120 heures) après un acte sexuel non protégé associée à une non utilisation ou utilisation incorrecte d'une autre méthode contraceptive

On distingue essentiellement deux types de méthodes utilisées pour la CU: la méthode mécanique (DIU) et le contraceptif chimique (contraceptifs oraux combinés ou pilules à seuls progestatifs).

b. Mécanisme d'action

- ☞ Perturberait l'implantation de l'œuf
- ☞ Empêcherait la libération de l'ovule
- ☞ Empêcherait la fécondation de l'ovule
- ☞ Occasionnerait des changements au niveau des ovaires, trompes ou de l'endomètre.

d. Indications

Les principales indications sont :

- ✓ Viol/inceste.
- ✓ Rupture/glissement/utilisation incorrect d'un préservatif masculin ou féminin.
- ✓ Expulsion d'un DIU.
- ✓ Échec d'un coït interrompu.
- ✓ Oubli de pilule ou retard d'injection de plus de deux semaines.

✓ Rapport sexuel imprévu.

| Avantages | Inconvénients | Critères d'éligibilité |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Méthode simple d'urgence Méthode sans danger avec peu d'effets secondaires Réduction de risques d'avortement Facile à utiliser | <ul style="list-style-type: none"> Effets secondaires : nausées, vomissements, maux de tête, crampes abdominales, tension mammaire, saignements irréguliers Action limitée dans le temps (3 -5 jours après le rapport non protégé) Protection de courte durée. La CU ne peut pas remplacer une contraception régulière (perturbation du cycle, exposition aux effets secondaires, efficacité moindre par rapport à la contraception régulière) Absence de protection contre IST/VIH/SIDA | <ul style="list-style-type: none"> Ne constitue pas une méthode de contraception habituelle Possibilité d'utiliser les COC dans les 120 heures en cas de rapport non protégé, diminue de 75% le risque de grossesse si pris dans les 72 heures |

e. Méthodes

Deux types de méthodes sont fréquemment utilisés : les contraceptifs oraux combinés ou progestatifs seuls et le DIU. Leur efficacité est fonction de son utilisation dans les 120 heures qui suivent les rapports non protégés.

Dans l'idéal, la femme doit prendre des pilules de contraception d'urgence contenant uniquement du progestatif seul (lévonorgestrel) ou des œstro-progestatives dès que possible dans les 120 heures suivant un rapport non protégé. Pour les contraceptifs combinés: elle consiste à ingérer une pilule œstro-progestative en deux prises (une dose de 100 µg d'éthinylestradiol, plus 0,50 mg de lévonorgestrel, suivie d'une seconde dose de 100 µg d'éthinylestradiol, plus 0,50 mg de lévonorgestrel 12 h après). La femme peut aussi utiliser aussi les pilules existant dans les formations sanitaires en respectant le nombre de pilules nécessaires à avoir au moins 100 microgrammes d'éthinylœstradiol (Néogynon, 2 pilules ; Microgynon, 4 pilules ; Lo-Femenal, 4 pilules), et reprendre la même dose 12 h plus tard. Commencer les œstro-progestatives dans les 120 h après le rapport non protégé. Il vaut mieux commencer dès que possible: plus c'est pris tôt, plus c'est efficace.

Pour le lévonorgestrel : Il est préférable qu'elle ingère 1,50 mg de lévonorgestrel en une prise unique (on a montré en 2003 que la prise unique d'1,5 mg était aussi efficace que la

prise de 2 x 0,75 mg à 12 h d'intervalle). Il est également possible que la femme ingère le lévonorgestrel en deux prises (1 dose de 0,75 mg de lévonorgestrel, suivie d'une seconde dose de 0,75 mg de lévonorgestrel 12 h après). Les pilules de contraception d'urgence contenant uniquement du lévonorgestrel sont préférables aux pilules de contraception d'urgence œstro-progestatives car elles plus efficaces et provoquent moins de nausées et de vomissements. Il existe des progestatifs à base de lévonorgestrel) uniquement fait pour la contraception d'urgence (ex. Postinor-2).

DIU : Insérer dans les 5 jours après les rapports non protégés.

☞ Effets secondaires

Ce sont essentiellement la nausée et les vomissements et rarement des saignements. Dans les trois semaines qui suivent la prise des médicaments ; si elle ne voit pas ses règles (aménorrhée) ; elle doit revenir en consultation pour éliminer la présence d'une grossesse normale ou extra utérine.

B. La contraception chirurgicale

La Contraception chirurgicale volontaire (CCV) : regroupe des méthodes chirurgicales irréversibles de prévention de la grossesse : vasectomie (ligature des canaux déférents), chez l'homme et ligature des trompes, chez la femme

Elle n'est disponible que dans les sites disposant d'un plateau technique chirurgical (personnel formé et équipement conséquent).

Chapitre. IX : Communication pour le changement de comportement

Objectif d'apprentissage

A la fin du chapitre le participant sera capable d'expliquer les concepts de base de la communication

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Définir le concept de communication
- Enumérer les étapes du changement de comportement
- Expliquer les concepts de base de la communication
- Expliquer les différents types de communication
- Décrire la communication interpersonnelle (CIP)
- Expliquer le rôle des différents supports de la CIP

1- Définition de la communication

L'IEC ou la communication est un processus qui permet à un individu ou groupe d'individus d'acquérir le savoir, le savoir être et le savoir-faire dans un domaine donné en vue d'un changement de comportement.

2- Concepts de base de la communication

2-1- Définition des termes

Les principaux concepts qui sous-tendent la communication sont : l'Information, l'Education et la communication ainsi l'acronyme IEC reprend les initiales de chacun des concepts.

I= Informer

- Renseigner
- Faire passer un message
- Donner une nouvelle ou mettre au courant

E= Eduquer

- transmettre des connaissances, attitudes et pratiques en vue d'un changement de comportement

C= Communiquer

Enter en relation avec soi même ou avec une autre personne ou un groupe de personnes :Echanger ; Partager ; Dialoguer ; Discuter

2-2- Eléments du processus de communication

Pour qualifier une planification, il faut les éléments suivants :Emetteur ; Récepteur ; Canal ; Message ; Effet ; Rétroaction ou feed -back

2-3- Obstacles à la communication

Pendant que nous communiquons avec des proches, des facteurs peuvent détériorer voire détruire tout ce que nous avons à nous dire. Ces facteurs peuvent être classés selon les éléments de la communication.

| Émetteur | Récepteur | Message | Feed-back | Canal | Effet ou impact | Autres |
|--|--|---|--|---|---|--|
| langage non adapté Non maîtrise du sujet Attitude physique non appropriée Impatience Indisponibilité | Indisponibilité Manque d'intérêt Distrait Impatient | Bruits Mots difficiles Non concis, ni précis Trop long ou trop court Trop de messages à la fois | Non approprié Non pertinent Non immédiat Non opportun Trop general absent | Non approprié Défaillant Inaccessible | Perception Valeurs Image de soi de la cible | Culturels Communication non verbale |

2-4- Commandements d'une communication efficace

Quand on veut élaborer des messages en matière de communication, il faut suivre les 7 commandements ci-après. Pour les respecter, il est conseillé de travailler avec les professionnels de la communication :

- Commander l'attention
- Capter le cœur et l'esprit
- Clarifier le message
- Communiquer un avantage
- Créer la confiance
- Offrir un message cohérent
- Inciter à l'action

2-5- **Rôle de la communication dans un programme de santé**

Quel que soit le programme de santé dans lequel on travaille, la communication est primordiale. Elle permet de :

- Identifier les besoins de la communauté
- Motiver la communauté à prendre part aux activités
- Combattre les rumeurs
- Faire un choix informé
- Utiliser correctement les méthodes et pratiques recommandées
- Assurer la continuité
- Effectuer la réadaptation du programme durant son déroulement

2-6- **Conséquences d'une mauvaise**

Communication sur un programme de PF

- Mauvaise utilisation des méthodes
- Naissance/Persistance des rumeurs
- Non respect des rendez-vous
- Abandon des centres, des méthodes
- Mauvaise interprétation
- Perte de confiance
- Anxiété, panique
- Risque de grossesses non désirées
- Changement de méthodes
- Démotivation
- Perte de temps, d'énergie et d'argent

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

La communication ne se limite pas à l'échange d'informations, d'idées de sentiments, mais vise à faire adopter par la population-cible, un nouveau comportement qui contribuera à améliorer sa condition de vie, sa santé...

Le processus du changement de comportement est un processus long. Chaque individu a son rythme qui lui est propre pour adapter un comportement donné.

ETAPES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Etape 1 : **Connaissance**

- Se souvient de tel ou tel message
- Comprend ce qui signifie les messages
- Peut nommer des produits, des méthodes ou d'autres pratiques et/ou des ressources de services/produits

Etape 2 : **Approbation**

- Réagit favorablement aux messages
- Parle des messages et du sujet avec des membres de réseaux personnels (Famille, amis)
- Pense que la famille, les amis et la communauté approuvent la pratique

Etape 3 : **Intention**

- Se rend compte que certaines pratiques de la santé peuvent répondre à un besoin personnel
- A l'intention de consulter un prestataire
- A l'intention d'adopter une pratique sanitaire à un moment donné.

Etape 4 : **Pratique**

- S'adresse à un prestataire d'information/produits/services
- Choisit une méthode ou une pratique et commence à s'en servir

- Continue de s'en servir.

Etape 5 : **Plaidoyer**

- Pratique la méthode et en reconnaît les avantages
- Conseille la pratique à d'autres
- Soutient les programmes dans la communauté.

LES FACTEURS QUI FAVORISENT UN CHANGEMENT

DE COMPORTEMENT

Les facteurs pouvant influencer favorablement le changement de comportement peuvent être classés en trois catégories : ceux qui facilitent l'action ; ceux qui prédisposent à l'action et ceux qui renforcent l'action.

Les facteurs qui facilitent l'action :

- Le fait d'avoir l'information, de savoir quels sont les avantages du comportement nouveau, comment faire pour l'appliquer, où aller pour trouver les services, aident une personne à adapter un nouveau comportement ;
- La facilité pour concrétiser le nouveau comportement également. Si la personne sait que le comportement n'est pas trop cher, n'est pas difficile à trouver, il y a plus de chance pour qu'elle l'accepte.

Les facteurs qui prédisposent à l'action :

- Le nouveau comportement est ressenti comme nécessaire, l'avantage qu'il apporte est compris, accepté ;
- Le nouveau comportement est compatible avec les normes et les pratiques socio-culturelles du moment.

Les facteurs qui renforcent l'action :

- Le fait de se sentir soutenu par les amis, les parents, les encadreurs de terrain, joue un rôle important dans le maintien d'un nouveau comportement.

Les éléments à retenir :

- Le changement de comportement se fait par étape ;
- L'étape du processus de changement de comportement où en sont deux individus ne sont pas forcément les mêmes ;
- Chaque individu a une résistance innée contre le changement ;
- Tout comportement aussi néfaste soit-il pour sa santé, a pour la personne concernée une raison légitime ;
- Chaque individu a son échelle de valeur propre ;
- La façon de percevoir les choses peut différer d'une personne à l'autre ;
- Chacun a de bonnes raisons de penser comme il le fait ;
- Les valeurs et la perception ne se discutent pas ;
- Imposer ses propres valeurs, sa façon d'interpréter les choses peuvent constituer un obstacle à la communication.
- Par ailleurs, il y a des facteurs qui peuvent faciliter, favoriser et renforcer le changement de comportement.

TYPES DE COMMUNICATION

*** Communication intra personnelle :**

Ce qui se passe à l'intérieur des gens quand ils pensent ou ressentent des émotions.

*** Communication interpersonnelle :** La transaction entre les gens et leur environnement, et entre les personnes qui les entourent.

*** Communication de masse ou communication sociale :** Le fait de rentrer en contact avec des individus ou des groupes de gens se trouvant à des distances plus ou moins grandes.

COMMUNICATON INTERPERSONNELLE (CIP)

FORMES DE CIP

- Counseling
- Causerie de groupe
- Discussions de groupe

TECHNIQUES DE CIP

Dans une situation de CIP, le prestataire et le client se rencontrent pour discuter d'un comportement responsable. Souvent ils évoqueront des questions touchant à la vie intime. Le but de la CIP est d'aider l'interlocuteur à explorer ce qu'il pense et ressent, à mieux se comprendre et/ou à prendre et évaluer ses propres décisions. A cet effet le prestataire utilise un certain nombre de techniques dont :

- Les techniques d'écoute active
- Les techniques d'expression.

LES DIFFERENTS SUPPORTS UTILISES EN COMMUNICATION

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| ⌘ Les affiches | ⌘ Les cassettes audio et vidéo |
| ⌘ Les boîtes à images | ⌘ Les logos |
| ⌘ Les brochures | ⌘ Les autocollants |
| ⌘ Les dépliants | ⌘ Les t-shirts |
| ⌘ Les trousseaux IEC | ⌘ Les échantillons |
| | ⌘ Les diapositives |

AVANTAGES DE L'UTILISATION DES SUPPORTS

Les supports utilisés en CIP visent à :

- Capter l'attention des clients
- Expliquer les questions délicates, telles que l'utilisation des préservatifs
- Aider le client à se souvenir des informations importantes
- Donner une information logique, précise et complète à tous les clients
- Fournir une information sur les effets secondaires et, ainsi, aider les clients à résoudre les petits problèmes
- Montrer un intérêt sincère envers les clients.

Utilisation des brochures et dépliants

- Revoir chaque page avec le client
- Indiquer le dessin et non le texte qui apparaît sur la page
- Observer le client pour voir s'il est étonné ou inquiet
- Donner au client la brochure ou dépliant pour qu'il le garde.

Utilisation des affiches

- Mettre les affiches dans les endroits de grande visibilité
- Utiliser les affiches pour stimuler les discussions de groupe.

Utilisation des boîtes à images ou planches mobiles

- Placer la boîte à images à un endroit où l'ensemble du groupe peut la voir
- Se mettre en face de l'auditoire
- Tenir la boîte de manière à ce que tout le groupe puisse la voir
- Exposer le dessin et non le texte
- Se déplacer dans la pièce avec la boîte si tout le groupe ne peut la voir en même temps
- Essayer d'impliquer le groupe. Poser des questions sur le dessin
- Si la boîte a un texte, l'utiliser comme guide mais se familiariser avec le texte de manière à ne pas en dépendre
- Remettre les planches à l'interlocuteur pour qu'il les apprécie de près
- S'ils sont nombreux, leur demander de se passer les planches à tour de rôle et de faire des commentaires.

LES GENERALITES SUR LE COUNSELING

PRINCIPES DE BASE NECESSAIRES AU COUNSELING

- Le droit au caractère privé et confidentiel notamment préserver l'estime de soi et la confiance en soi du client en toutes circonstances
- La liberté de choisir la méthode contraceptive
- La liberté de s'exprimer
- Le consentement éclairé
- Les droits du client
- Le renforcement des capacités du client
- L'éducation par l'exemple, être un modèle.

LES DIFFERENTS TYPES DE COUNSELING

- Le Counseling initial ;
- Le Counseling spécifique ;
- Le Counseling de suivi.

QUALITES DU PRESTATAIRE AU COURS DU COUNSELING

- Se concentre sur les besoins du client ;
- Fournit des informations exactes et impartiales ;
- Est interactif (communication bilatérale)
- Permet au client de prendre une décision finale ;
- Comprend et respecte les droits du client ;
- Gagne la confiance du client
- Maîtrise les avantages et les limites de toutes les méthodes contraceptives (maîtrise le sujet)
- Comprend les facteurs culturels et émotionnels qui influencent le choix d'une méthode ;
- Encourage le client à poser des questions ;
- Montre du respect et l'amabilité envers le client par son approche sans jugement ;
- Présente l'information sans parti pris, ce qui indique le respect des sentiments du client ;
- Ecoute activement les préoccupations du client ;
- Comprend l'effet de la communication non verbale ;
- Reconnaît les cas où il/elle n'est pas capable d'aider suffisamment le client et le réfère vers quelqu'un qui peut le faire ;
- Utilise l'empathie.

POINTS CLES POUR REUSSIR UN COUNSELING

- Etre bref (ne donner que l'information la plus importante)
- Parler des choses importantes d'abord
- Parler avec des mots simples et des phrases courtes
- Répéter les informations les plus importantes
- Organiser l'information
- Etre spécifique.

ETAPES DU COUNSELING

B = Bienvenue ou Accueil

E = Entretien/Ecoute

R = Renseignement

C = Choix

E = Explication

R = Rendez-vous/Référent.

L'EMPATHIE

L'empathie se définit comme une caractéristique d'une personne qui a la faculté de vivre les problèmes des autres comme si elle était la concernée.

REGLES D'UN BON ACCUEIL

- Saluer avec respect et sympathie, offrir un siège
- Se présenter par son nom et qualification (autres membres du staff)
- Présenter les services disponibles
- Mettre à l'aise, assurer le caractère privé de l'entretien
- Rassurer le client que l'entretien est confidentiel
- Demander en quoi on peut l'aider.

AVANTAGES

- Rassurer et de mettre en confiance le client
- Encourager le client à revenir au centre et à inciter les autres à visiter le centre

- Encourager le client à attendre le temps qu'il faut pour recevoir les services
- Motiver le client à contribuer à la promotion des services
- Etablir un climat de confiance entre le prestataire et le client
- Faciliter un entretien aisé et fructueux

CAUSES DU MAUVAIS ACCUEIL

- L'indisponibilité
- La démotivation
- La nature du prestataire (agressif)
- La mauvaise rémunération
- Les conditions de travail défectueuses
- Les mauvaises relations interpersonnelles dans la clinique
- Les conflits sociaux.

CONSEQUENCES

- Méfiance (peur)
- Découragement
- Echec des services
- Faible fréquentation du centre
- Echec de l'entretien
- Augmentation des problèmes socio-sanitaires.

COMMENT AIMERAIT-ON ETRE TRAITE ?

- } Faites preuve de confidentialité*
- } Donnez-nous l'information et les services dont nous avons besoin*
- } Acceptez-nous tels que nous sommes, ne nous faites pas la morale et ne nous démoralisez pas*
- } Employez un langage et des moyens que nous comprenons*
- } Demandez-nous nos opinions et respectez-les*

- ‡ *Permettez-nous de décider par nous-mêmes*
- ‡ *Donnez-nous le sentiment d'être les bienvenus et mettez-nous à l'aise*
- ‡ *Ne nous jugez pas*
- ‡ *Fournissez des services qui correspondent à nos emplois du temps pour que nous soyons disponibles.*

ECOUTE ACTIVE EN MATIERE

OBJECTIFS DE L'ECOUTE ACTIVE :

Amener le client à changer son comportement sexuel suppose d'abord de savoir ce qu'il connaît, perçoit, pense, croit et pratique. Pour y parvenir, le prestataire encourage son client à parler et à s'exprimer en utilisant les techniques de l'écoute active.

Savoir écouter est une technique qu'il faut apprendre à cultiver. Ecouter ne se résume pas à entendre les paroles, les mots prononcés par l'interlocuteur, mais aller au-delà, essayer de comprendre le "dit" et le "non-dit".

L'écoute active permet :

- D'obtenir des informations nécessaires sur le client, ses connaissances, ses attitudes et ses pratiques en matière de santé de la reproduction
- De comprendre ce que le client pense, ressent et croit au sujet de la planification familiale et les IST/SIDA, de comprendre les faits qu'il évoque
- D'encourager l'interlocuteur à s'exprimer et à parler des questions de sexualité, de sa vie intime, de ses sentiments et ses intentions
- De montrer qu'on s'intéresse à ce qu'il dit et lui manifester une considération réelle.
- De l'aider à s'exprimer davantage, à se comprendre et à choisir la solution appropriée pour un comportement sexuel responsable.

ETAPES DU PROCESSUS D'ECOUTE : Cinq étapes

*** La réception :**

- Se concentrer sur le verbal et le non verbal, le « dit » et le « non-dit ».
- Se concentrer sur le locuteur plutôt que ce qu'il dira ensuite.
- Eviter d'interrompre.
- Ne pas se laisser distraire par l'environnement.

*** La compréhension :**

- Considérer le message selon le point de vue du locuteur
- Eviter de juger le message avant d'avoir compris ce que le locuteur voulait dire
- Si nécessaire, poser des questions pour mieux comprendre
- Paraphraser, reformuler les idées du locuteur.

*** La mémorisation :**

- Reconnaître les idées principales
- Résumer le message sous une forme plus facile à retenir
- Sélectionner mentalement les noms et les concepts clefs

*** L'évaluation :**

- Faire la distinction entre les faits et les déductions
- Supposer toujours que le locuteur est de bonne foi
- Déterminer les intérêts personnels ou les préjugés

*** La réponse :**

- Votre encouragement à travers les réponses données
- Vos idées et vos impressions de manière personnelle

OBSTACLES A L'ECOUTE :

- De se préoccuper des problèmes extérieurs sans rapport avec le propos quand le locuteur est en train de parler.
- D'entendre ce que l'on prévoit entendre de la part du locuteur plutôt que d'entendre ce qu'il dit vraiment.
- D'introduire le facteur "ami ou ennemi" ;

LES TECHNIQUES DE L'ECOUTE ACTIVE :

COMMUNICATION NON VERBALE

* Le contact visuel

* Le langage du corps

COMMUNICATION VERBALE

* La reformulation :

- La reformulation des faits (le dit)
- La reformulation des sentiments (le ressenti)

* **L'encouragement**

* **Le questionnement :**

- Utiliser le ton qui montre de l'intérêt, de la sympathie
- Poser des questions qui encouragent à parler (sans suggérer de réponses)
- Poser des questions de différentes façons
- Eviter de commencer une question par pourquoi
- Tenir compte des sentiments de l'interlocuteur.

Types de questions : les questions fermées **et** les questions ouvertes

* **LA SYNTHÈSE :**

- S'assurer de la compréhension de ce que le client vient d'exprimer
- Permettre au client de corriger tout malentendu (éventuel)
- Recentrer la discussion après une longue intervention
- Mettre un terme à l'intervention sur un sujet donné et changer de sujet de la façon la moins abrupte possible
- Encourager l'interlocuteur à s'exprimer davantage.

RÔLE DU PRESTATAIRE LORS DE L'ÉCOUTE ATTENTIVE

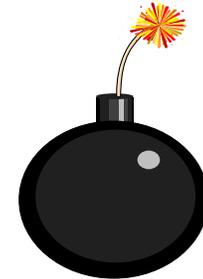
* **ATTITUDES DU PRESTATAIRE**

- Écouter attentivement en notant les hésitations et les gestes
- Encourager à continuer de parler
- Donner le temps de s'exprimer en gardant le silence
- Poser des questions brèves sans suggérer la réponse
- Expliquer qu'il est nécessaire de poser des questions sur son mode de vie
- Essayer de comprendre sans juger, garder la neutralité.

* **CONDITIONS POUR ÉCOUTER ATTENTIVEMENT**

- Avoir l'entretien dans un endroit calme pour le respect de la vie privée de l'interlocuteur
- Éviter les mouvements qui peuvent distraire et regarder bien votre interlocuteur en face avec sympathie
- Limiter au minimum la prise de notes
- Écouter attentivement ce que la personne dit, la façon dont elle le dit
- Savoir quand garder le silence
- Donner à l'interlocuteur le temps de réfléchir et poser des questions
- Utiliser la répétition, l'interprétation ou la reformulation pour essayer de mieux comprendre.

Escalier du changement de comportement



Confirmation

- * Reconnaissance des avantages
- * Adoption du nouveau comportement
- * Promotion de comportement chez les autres personnes



Exécution

- * Acquisition des informations
Conseils et appui.
- * Application pratique
ou utilisation de nouveau
Comportement



Décision

- Intention de chercher d'autres
- d'informations, conseils et appui



Persuasion

- * Attitudes favorables
- * Images positives
- * Discussion
- * Personnellement touché

- * Désir

Connaissance

- attrait/Appel
- Prise de contact

Counseling des femmes souffrant de fistule obstétricale

Objectifs

- 1. Evaluer et reconnaître les sentiments, besoins et préoccupations de la cliente ;**
- 2. Fournir à la cliente des informations précises sur les soins médicaux liés à la fistule obstétricale, y compris les soins personnels ainsi que la durée et le résultat du traitement ;**
- 3. Aider la cliente à prendre des décisions concernant la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention et les soins du VIH, et autres services de santé reproductive ;**
- 4. Fournir le counseling au partenaire/à la famille de la cliente (si disponible, et avec l'autorisation de la cliente).**

1. cibles

Les principales cibles du counseling sont : les femmes souffrant de fistule, les conjoints, la famille et la communauté.

2. Contenu du counseling

a. Femme

Lors du counseling d'une femme souffrant de fistule, il faut expliquer :

- Comment survient la fistule ?
- Facteurs favorisant sa survenue de la fistule (mariage précoce avant 18ans ; grossesse non suivie dans les centres de santé, les accouchements non assistés par un personnel de santé qualifié)
- Comment va se dérouler la prise en charge avec son consentement éclairé ?
- Possibilités et limites du traitement chirurgical ;
- Encourager les visites médicales après l'intervention chirurgicale.
- Comment prévenir les fistules ? :

Les six règles pour éviter la survenue d'une fistule obstétricale

- ✓ Pas de mariage précoce
- ✓ Un planning familial adéquat
- ✓ Consultation prénatale régulière
- ✓ Détection des risques lors des grossesses
- ✓ les accouchements assistés médicalement

- ✓ référence rapide en cas de complication

b. Conjoint et famille

La nécessité pour la femme victime de fistule d'avoir le soutien psychologique et socioéconomique de son mari et/ou de sa famille pouvant éviter ainsi à la femme d'être exclue de sa communauté. Il faut également expliquer Comment prévenir les fistules ? .

Les six règles pour éviter la survenue d'une fistule obstétricale

- ✓ Pas de mariage précoce
- ✓ Un planning familial adéquat
- ✓ Consultation prénatales régulière
- ✓ Détection des risques lors des grossesses
- ✓ les accouchements assistés médicalement ;
- ✓ référence rapide en cas de complication