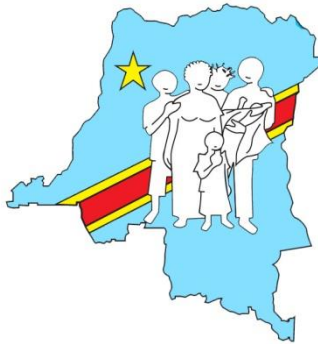


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

**NORMES DE LA ZONE DE SANTE RELATIVES AUX  
INTERVENTIONS INTEGREES DE SANTE DE LA MERE,  
DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT EN REPUBLIQUE  
DEMOCRATIQUE DU CONGO**



**VOLUME 2**

**SOINS OBSTETRICAUX  
D'URGENCE**

**Edition 2012**



# TABLE DES MATIÈRES

|   |            |
|---|------------|
| <b>TABLE DES MATIERES</b> .....   | <b>iii</b> |
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | <b>v</b>   |
| <b>PREFACE</b> .....  | <b>vii</b> |
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....  | <b>ix</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>1</b>   |
| <b>SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES</b> .....   | <b>5</b>   |
| <b>1.1. Définition</b> .....  | <b>5</b>   |
| <b>1.2. Objectifs</b> .....   | <b>5</b>   |
| <b>1.3. Cibles / Bénéficiaires</b> .....  | <b>6</b>   |
| <b>1.4. Moment / Périodicité</b> .....  | <b>6</b>   |
| <b>SECTION II : NORMES</b> .....  | <b>7</b>   |
| <b>2.1. Normes d'interventions</b> .....  | <b>7</b>   |
| <b>2.2. Normes des ressources humaines</b> .....  | <b>7</b>   |
| <b>2.3. Normes d'infrastructures</b> .....  | <b>8</b>   |
| <b>2.4. Normes de ressources matérielles</b> .....  | <b>9</b>   |
| <b>SECTION III : DIRECTIVES</b> .....   | <b>15</b>  |
| <b>3.1. Directives générales de procédure</b> .....   | <b>15</b>  |
| <b>3.2. Directives relatives à la prise en charge des hémorragies génitales<br/>    durant la grossesse, l'accouchement et le post partum</b> ..... | <b>16</b>  |
| <b>3.3. Directives relatives à la prise en charge des dystocies</b> .....   | <b>36</b>  |
| <b>3.4. Directives relatives à l'accouchement instrumental</b> .....  | <b>45</b>  |
| <b>3.5. Directives relatives à la prise en charge de la rupture prématurée des<br/>    membranes</b> .....  | <b>51</b>  |
| <b>3.6. Directives relatives à la prise en charge de l'anémie sévère au<br/>    cours de la grossesse</b> .....                                     | <b>55</b>  |

|                                   |   |    |
|-----------------------------------|---|----|
| 3.7.                              | Directives relatives à la prise en charge du paludisme grave au cours de la grossesse .....   | 57 |
| 3.8.                              | Directives relatives à la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie .....  | 59 |
| 3.9.                              | Directives liées a la prise en charge des affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum .....                     | 63 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... |   | 69 |
| ANNEXES .....                     |   | 70 |
|                                   | Annexe 1 : Technique d'AMIU.....  | 70 |
|                                   | Annexe 2 : Evaluation du col sur base du score de Bishop.....   | 74 |
|                                   | Annexe 3 : Protocole d'administration du misoprostol pour la maturation du col dans le cadre du déclenchement artificiel du travail ..... | 75 |
|                                   | Annexe 4 : Protocole d'administration d'anticonvulsivants en cas d'éclampsie ....   | 77 |
|                                   | Annexe 5 : Technique de lavage des mains.....   | 80 |
|                                   | Annexe 6 : Technique de port des gants .....  | 82 |
|                                   | Annexe 7 : Technique de retrait des gants.....  | 84 |
|                                   | Annexe 8 : Liste des experts ayant contribué à l'élaboration du document.....   | 86 |

## REMERCIEMENTS

L'année 2010 a été marquée au Ministère de la Santé Publique par une intense dynamique de réforme ainsi que par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) par le Gouvernement de la République. Ces produits ont été l'aboutissement des efforts inlassables conjugués par les acteurs des structures publiques du Ministère de la Santé Publique comme des partenaires techniques et financiers.

La mise en œuvre tant de ce plan que de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) de deuxième génération qui lui a donné naissance a nécessité l'actualisation d'un grand nombre d'instruments techniques.

Dans cet ordre d'idées, sur instructions clairvoyantes de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, j'ai ordonné, dès janvier 2010, à la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques de procéder à la mise à jour des normes et directives qui régissent les interventions de santé ciblant la mère, le nouveau-né et l'enfant, lesquels sont particulièrement touchés par une morbidité et une mortalité excessives.

Je me réjouis du fait que ce processus ait impliqué l'ensemble de partenaires faisant partie de la synergie de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) et ne doute pas un seul instant que la production de ce document, articulé en huit volumes, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services dans nos structures de santé ainsi que dans la communauté.

A cet effet, j'adresse mes remerciements les plus sincères à tous les experts du Ministère de la Santé Publique et des partenaires d'appui qui, sans relâche, sont parvenus au résultat attendu. Au nombre des partenaires, j'aimerais mentionner singulièrement l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour

l'Enfance), et l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement International) et ses partenaires de mise en oeuvre MSH/SPS (Management Sciences for Health / Strengthening Pharmaceutical Systems), MSH/PROSANI (Management Sciences for Health / Projet de Santé Intégré), IRC (International Rescue Committee), MCHIP (Maternal and Child Health Integrated Partnership), ProVIC (Programme de VIH intégré au Congo) et SANRU (Santé Rurale) / AXxes. La participation technique de leurs experts a été doublée d'appui financier ayant permis l'organisation matérielle des travaux.

Ces remerciements s'adressent aussi aux experts des organisations non gouvernementales, IRH (Institute of Reproductive Health), PSI/ASF (Population Services International / Association de Santé Familiale), ABEF (Association pour le Bien-être Familial), ainsi que ceux des départements de Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa et de l'Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa, de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, de la SCOGO (Société Congolaise de Gynéco-Obstétrique), de l'UNAAC (Union Nationale des Accoucheurs et Accoucheuses du Congo), de la SOPECOD (Société des Pédiatres du Congo Démocratique), des services médicaux de BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales) et de l'Armée du Salut.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification du document, je réitère toute ma reconnaissance.



## PREFACE

Le rêve des 67 millions de congolais reste celui de bâtir un pays plus beau qu'avant, un Congo uni, fort et prospère sur les 2,345 millions de Km<sup>2</sup> occupant le centre de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé dont la responsabilité première repose sur le secteur de la Santé Publique avec la contribution de tous les autres secteurs. Il est contenu dans le Document Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR) national, traduction intérieure des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé, aujourd'hui à sa deuxième génération depuis le 31 mars 2010, est la réponse du secteur Santé à la lutte contre la pauvreté en République Démocratique du Congo (RDC) en ce qu'elle est le support conceptuel de la recherche du complet bien-être physique, mental et social. En vue de matérialiser les objectifs de cette stratégie, le Ministère de la Santé Publique s'est investi à la traduire dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté par le Gouvernement de la République.

Les différentes structures du secteur ont été mobilisées à l'effet de produire les instruments nécessaires et d'agir en vue de générer une offre des services et soins de qualité dont la population a besoin pour promouvoir sa santé. Le document des normes et directives des interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'inscrit dans cette logique de recherche de qualité. Il intègre les différentes composantes des interventions qui, jadis, ont été marquées par une verticalisation à travers plusieurs programmes structurels évoluant chacun pour son compte. A ce titre, ce document est appelé à devenir le support d'un travail basé sur les principes de globalité, continuité et rationalité, dans une acception des soins reposant sur la couverture universelle.

La présentation du document en plusieurs volumes thématiques constitue un atout majeur pour son utilisation facile par différents acteurs, qu'il s'agisse des prestataires, des concepteurs, des planificateurs, des décideurs, ou des chercheurs, aussi bien des secteurs publics que privés et des partenaires d'appui. Regroupées en normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériel, médicaments, intrants et consommables, ainsi que les outils), les différentes normes ainsi définies vont désormais servir de bases pour l'implantation des plateaux techniques de nos structures de santé, tout en constituant des repères pour les évaluations des programmes mis en place. Les directives établies définissent clairement les procédures de ces interventions. Le style pratique du document fait que le lecteur pourra y trouver les renvois nécessaires à d'autres documents qui lui sont complémentaires.

Je félicite le groupe de travail de la synergie de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE), composé des experts du Ministère de la Santé Publique et des partenaires techniques et financiers, qui a su allier la rigueur scientifique à la concision et à une présentation qui favorise une utilisation aisée du document.

Par la même occasion, je témoigne toute ma reconnaissance à la haute hiérarchie politique du pays qui n'épargne aucun effort pour garantir les conditions de paix et de stabilité sans lesquelles le travail de santé ne pouvait être réalisé.

J'exhorte tous les intervenants de la santé en RDC de n'avoir aucune réserve pour contribuer à la large diffusion du document partout où le besoin se fait sentir pour le plus grand bien de la population.

**Dr VICTOR MAKWENGE KAPUT**

Ministre de la Santé Publique





## LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

|                |  |
|----------------|--|
| AMIU           | Aspiration manuelle intra-utérine                      |
| BCF            | Bruit du cœur fœtal                                    |
| bts            | Battements   |
| cc             | Centimètre cube  |
| CPN            | Consultation prénatale                                 |
| CPoN           | Consultation post-natale                               |
| CS             | Centre de santé  |
| CU             | Contractions utérines                                  |
| DCIP           | Dépistage et conseil initié par le prestataire         |
| DPPNI          | Décollement prématuré du placenta normalement inséré   |
| EBL            | Examen bactériologique des lochies                     |
| EBLA           | Examen bactériologique du liquide amniotique           |
| ECBU           | Examen cyto-bactériologique des urines                 |
| EDS            | Enquête Démographique et de Santé                      |
| ERPCI          | Evaluation rapide et prise en charge immédiate         |
| g              | Gramme   |
| g%             | Gramme pour cent                                       |
| GATPA          | Gestion active de la troisième phase de l'accouchement |
| GE             | Goutte épaisse   |
| Hb             | Hémoglobine  |
| HGR            | Hôpital général de référence                           |
| HRP            | Hématome rétro placentaire                             |
| Ht             | Hématocrite  |
| HU             | Hauteur utérine  |
| IM             | Intra musculaire                                       |
| IV             | Intra veineux  |
| j              | Jour   |
| kg             | Kilogramme   |
| m <sup>2</sup> | Mètre carré  |
| MILD           | Moustiquaire imprégnée à longue durée                  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| ml              | Millilitre   |
| mm <sup>3</sup> | Millimètre cube  |
| mm Hg           | Millimètre de mercure                                  |
| mn              | Minute   |
| PF              | Planification familiale                                |
| RPM             | Rupture prématurée des membranes                       |
| RUMER           | Registre d'utilisation des médicaments et des recettes |
| SA              | Semaine d'aménorrhée                                   |
| SENN            | Soins essentiels du nouveau-né                         |
| SONU            | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence              |
| SOU             | Soins obstétricaux d'urgence                           |
| SOU B           | Soins obstétricaux d'urgence de base                   |
| SOU C           | Soins obstétricaux d'urgence complets                  |
| TA              | Tension artérielle                                     |
| TC              | Temps de coagulation                                   |
| TDR             | Test de diagnostic rapide                              |
| TS              | Temps de saignement                                    |
| TV              | Toucher vaginal  |
| UI              | Unité internationale                                   |

## INTRODUCTION

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) représente actuellement une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde, y compris celui de la République Démocratique du Congo (RDC). En effet, lors du sommet mondial du millénaire tenu à New York en septembre 2000, les hauts responsables des pays membres des Nations Unies ont pris l'engagement de réaliser les huit Objectifs dits du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi ces OMD, trois se rapportent directement au domaine de la santé, plus particulièrement la santé de la mère et de l'enfant. Ces objectifs ciblent de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sur la période 1990-2015 et, pour la même période, stopper la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance.

Ayant adhéré aux engagements du millénaire pour le développement, la RDC a adopté plusieurs documents et cadres d'intervention en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. On peut citer notamment la politique nationale de santé de la reproduction, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le recueil des normes et directives de santé de la reproduction, les standards des services de santé des adolescents et jeunes, le carnet de santé de l'enfant intégrant les nouvelles courbes, la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique et communautaire, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Cependant, la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est restée alarmante. Elle est marquée par des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde, soit un ratio de 549 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, un taux

de mortalité infanto-juvénile à 148 pour 1.000, un taux de mortalité infantile à 92 pour 1.000 et un taux de mortalité néonatale de 42 pour 1.000 (EDS 2007). Cela correspond à deux femmes qui perdent la vie chaque heure en donnant la vie, et aussi à 37 enfants de moins de cinq ans, 23 enfants de moins d'une année et 13 nouveau-nés qui meurent toutes les 10 minutes, généralement pour des causes évitables. Cette situation place ainsi la RDC parmi les six pays du monde qui contribuent à 50% au fardeau mondial de la mortalité maternelle, et parmi les cinq qui contribuent à 49% des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Devant cette réalité, le Ministère de la Santé Publique a organisé, en mars 2009, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une analyse de situation sur les goulots d'étranglements à l'amélioration de la SMNE dans le pays, suivi d'un forum de haut niveau tenu à Kinshasa du 29 mars au 1<sup>er</sup> avril 2009 pour partager les résultats et identifier les pistes de solution. Par ailleurs, trois missions d'évaluation rapide de la situation des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) organisées au Bas-Congo en mars 2010, au Bandundu et à Kinshasa en avril 2011, ont montré qu'au nombre des facteurs défavorables au progrès figurent la disparité et la verticalisation des interventions de la SMNE. Ce qui justifie la nécessité et l'urgence de la mise au point d'un corps des normes et directives intégrées de ces interventions, conformes à la Stratégie du secteur, la Stratégie de Renforcement du Système de santé (SRSS).

Ainsi, dès janvier 2010, Le Ministère de la Santé Publique a chargé la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques à mobiliser la synergie de la SMNE, programmes et partenaires, pour organiser le processus d'élaboration des normes et directives des interventions intégrées de SMNE.

A la première session, tenue en janvier 2010, ont succédé plusieurs ateliers, réunissant les experts du Ministère de la Santé et des partenaires techniques et financiers. Ces travaux ont permis de produire ce document en 8 volumes qui, par la suite, a bénéficié tour à tour de consolidation au niveau de la commission « Prestations » de la plénière du Comité de Coordination Technique (CCT), de l'approbation du

Monsieur le Secrétaire Général à la Santé et de la validation par Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé publique, le Comité National de pilotage (CNP) entendu. A n'en point douter, le document s'inscrit au nombre des facteurs qui vont favoriser l'atteinte des objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) tant dans le quinquennat 2011-2015 que dans ses étapes à venir.

Les normes et directives ainsi rendues disponibles sont destinées à l'usage des prestataires de services (médecin, infirmiers) et agents de santé communautaire, au niveau opérationnel, mais aussi aux dirigeants, gestionnaires de programmes, différents responsables et décideurs de la Zone de santé, du niveau provincial et du niveau central ainsi qu'aux partenaires d'appui, comme base de conception, planification, de mise en œuvre, du suivi et évaluation.

Pour en faciliter l'utilisation, le document est présenté en huit volumes thématiques qui sont :

- 1 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux essentiels
- 2 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence
- 3 Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né
- 4 Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant
- 5 Normes et Directives relatives aux interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes
- 6 Normes et Directives relatives aux interventions de planification familiale
- 7 Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle
- 8 Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Dans l'ensemble, chaque volume comprend trois grandes subdivisions axées sur:

- 1 Les considérations générales qui présentent la définition, les objectifs, les cibles/bénéficiaires ainsi que le moment/périodicité des interventions ;
- 2 Les normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériels, médicaments, intrants, consommables et outils) ;  
Il convient de souligner que, moyennant une bonne programmation des activités, les différentes interventions seront appliquées avec les mêmes ressources existant conformément aux normes globales de la Zone de Santé et n'appelleront pas le recours à des ressources additionnelles ;
- 3 Les directives indiquant les procédures d'application des normes.

Ce volume traite des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Sa structure correspond à la présentation générale ci-dessus.

Il est important de souligner que l'application des normes et directives ainsi édictées appelle l'utilisation des outils techniques et de collecte des données appropriés tels que définis dans les normes d'outils.

## **SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES**

### **1.1. Définition**

Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) sont des soins dispensés à la femme enceinte ou à l'accouchée qui présente des complications pouvant mettre sa vie ou celle du fœtus en danger au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou du post partum.

On distingue :

- Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOU B) dispensés au centre de santé (CS)/maternité de base
- Les soins obstétricaux d'urgence complets (SOU C) relevant de la compétence de l'hôpital général de référence (HGR)

### **1.2. Objectifs**

#### **1.2.1. Objectif général**

Prendre correctement en charge les complications obstétricales afin de réduire au strict minimum les décès et invalidités évitables liés à des complications survenant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou du post partum pour la mère et le nouveau-né.

#### **1.2.2. Objectifs spécifiques**

- Prendre correctement en charge les hémorragies génitales durant la grossesse, l'accouchement et le post partum
- Prendre correctement en charge le paludisme de la femme enceinte et les autres affections fébriles durant la grossesse, le travail d'accouchement et le post partum
- Prendre correctement en charge les dystocies
- Prendre correctement en charge la pré éclampsie/éclampsie

- Prendre correctement en charge l'anémie grave de la femme enceinte
- Prendre correctement en charge la rupture prématurée des membranes

### **1.3. Cibles / Bénéficiaires**

Les SOU sont destinés à toute femme présentant une complication obstétricale durant la grossesse, l'accouchement, le post partum ou en post abortum.

### **1.4. Moment / Périodicité**

Les SOU sont dispensés à toute survenue de complication durant la grossesse, l'accouchement, le post partum ou le post abortum.



## **SECTION II : NORMES**

### **2.1. Normes d'interventions**

Les SOU reposent sur les huit fonctions essentielles suivantes :

- 1° Administration d'ocytociques
- 2° Administration parentérale d'antibiotiques
- 3° Administration parentérale d'anticonvulsivants
- 4° Délivrance artificielle et révision utérine
- 5° Evacuation des restes d'avortement
- 6° Accouchement par ventouse ou forceps
- 7° Transfusion sanguine
- 8° Césarienne et autres interventions chirurgicales obstétricales

### **2.2. Normes des ressources humaines**

Les catégories professionnelles requises pour les SOU sont celles ci-après.

#### **2.2.1. Au niveau du CS/maternité de base**

Au moins deux accoucheuses diplômées A1 de service<sup>1</sup>, ou à défaut, au moins deux infirmiers (ères) de service de niveau minimum A2, formés et recyclés en soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU), y compris la gestion active de la troisième phase d'accouchement (GATPA) et les soins essentiels du nouveau-né (SENN).

---

<sup>1</sup> Aux termes de ce document, on entend par prestataires de service les prestataires affectés à la salle d'accouchement et assurant la permanence aux heures de service.

## **2.2.2. Au niveau de l'HGR**

En plus des dispositions du CS :

- Au moins un médecin généraliste formé/recyclé en SONU y compris la GATPA/SENN
- Au moins un anesthésiste-réanimateur (ou préposé) recyclé en réanimation du nouveau-né

## **2.3. Normes d'infrastructures**

### **2.3.1. Au CS/maternité de base**

CS/maternité répondant aux normes d'infrastructures où l'on devra trouver spécifiquement :

- Un service de maternité d'au moins 22 m<sup>2</sup> comprenant une salle de travail, salle d'accouchement avec coin du nouveau-né, salle de post-partum
- Un espace d'au moins 20 m<sup>2</sup> pour buanderie et stérilisation
- Un bureau infirmier, une armoire pour médicaments
- Un trou à placenta, un incinérateur
- Toilettes et douches, point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main)
- Un poste de transfusion sanguine (espace avec frigo de type banque de sang)

### **2.3.2. Au niveau de l'HGR**

Un Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR d'au moins 600 m<sup>2</sup> répondant aux normes d'infrastructures et abritant les activités de santé de la reproduction, où l'on doit trouver spécifiquement :

- Une salle d'attente de 20 m<sup>2</sup>, deux salles de consultation de 2 × 20 m<sup>2</sup>, deux salles de travail 2 × 18 m<sup>2</sup>, deux salles d'accouchement de 2 × 20 m<sup>2</sup>, une salle de soins de 12 m<sup>2</sup>, une salle post partum immédiat de 18 m<sup>2</sup>, deux salles pour post partum tardif et hospitalisation de 2 × 150 m<sup>2</sup>, un local de service et réserve de 20 m<sup>2</sup>, un magasin de 10 m<sup>2</sup>, deux salles de bain/douches 2 × 6 m<sup>2</sup>, quatre toilettes/WC de 4 × 6 m<sup>2</sup>, deux bureaux pour accoucheuses et infirmières de

gynéco de 2 x15 m<sup>2</sup>, un vestiaire, deux salles de garde avec toilette/WC et douche de 2 x12 m<sup>2</sup>

- Un bloc opératoire avec une salle d'opération de gynécologie-obstétrique de 30 m<sup>2</sup>, une salle d'anesthésie de 15 m<sup>2</sup>, une salle de réveil de 20 m<sup>2</sup>
- Une salle de stérilisation de 15 m<sup>2</sup>
- Une salle de réanimation
- Une salle des soins intensifs
- Une banque de sang

## **2.4. Normes de ressources matérielles**

### **2.4.1. Equipement**

- Au niveau du CS/maternité de base  
Equipement d'un CS/maternité conformément à la liste de matériels et équipements de la Zone de Santé, avec spécifiquement :
  - Table ou lit d'examen
  - Table d'accouchement avec étriers
  - Source de lumière : lampe d'examen gynécologique flexible ou de poche
  - Thermomètre mural
  - Horloge murale
  - Coin « nouveau-né », à proximité de la table d'accouchement, avec :
    - Table chauffante/irradiante ou table avec source de chaleur
    - Pèse-bébé
  - Aspirateur à pression négative ne dépassant pas 100 mm Hg ou 130 cm d'eau, doté d'une sonde d'aspiration
  - Stérilisateur
  - Moyen de communication d'urgence (téléphone, phonie, réseau talkie walkie)

- Au niveau de l'HGR  
 Equipement d'un Service de Gynéco-Obstétrique de l'HGR répondant aux normes, avec spécifiquement l'équipement du CS/maternité de base cité ci-haut auquel on ajoute :
  - Bonbonne d'oxygène (avec chariot et clé) et/ou concentrateur d'oxygène
  - Couveuses ordinaires
  - Couveuses ou tables à photothérapie (dans l'unité de néonatalogie)
  - Evier avec robinets à commandes cubitales
  - Ambulance fonctionnelle
  - Saturomètre
  - Glucomètre
  - Laryngoscope
  - Tubes d'intubation
  - Echographe
  - Appareil de monitoring fœtal

#### **2.4.2. Matériel**

- Au CS/maternité de base  
 Matériel d'un CS/maternité de base répondant aux normes, avec spécifiquement :
  - Sphygmomanomètre (ou tensiomètre) et stéthoscope
  - Thermomètre médical
  - Stéthoscope obstétrical (fœtoscope)
  - Poire démontable et stérilisable (de type Pingouin) ou à usage unique
  - Ballon de ventilation autogonflable 250-500 ml et masque facial N°0 et N°1
  - Au moins deux boîtes d'accouchement contenant chacune : deux paires de ciseaux, une pince porte-aiguille, quatre pinces hémostatiques, une pince anatomique avec dents, une pince anatomique sans dents, une pince porte-tampons
  - Au moins une boîte pour examen/suture du vagin et du col utérin

- Au moins deux pinces de Pozzi (ténaculum, pince à col)
  - Au moins une boîte de spéculums vaginaux de différentes tailles (petite, moyenne et grande)
  - Ventouse et/ou forceps
- Au niveau de l'HGR
- Matériel d'un Service de Gynéco-Obstétrique de l'HGR répondant aux normes, avec spécifiquement :
- Matériel du CS/maternité de base cité ci-haut
  - Sondes vésicales, canules de Guedel, canules de Mayo, sondes d'aspiration, ballons de ventilation et masques d'Ambu de différentes tailles, marteau percuteur, au moins dix spéculums de tailles différentes, pince de Pozzi (pince à col), au moins deux boîtes de curetage, au moins une ventouse et/ou forceps, au moins quatre boîtes d'accouchement, au moins deux boîtes de suture (épisiotomie et suture du col), au moins quatre boîtes de césarienne, au moins quatre boîtes de laparotomie, au moins deux boîtes d'hystérectomie, au moins deux valves à poids, au moins deux boîtes pour réparation des fistules urogénitales, au moins quatre boîtes de pansement, au moins deux boîtes pour l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) contenant chacune une seringue d'aspiration et des canules de différents calibres

### **2.4.3. Médicaments, intrants et consommables**

- Au niveau du CS/maternité de base
- Médicaments, intrants et consommables du CS/maternité de base conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, avec spécifiquement les médicaments suivants :
- Utérotoniques : ocytocine, ergométrine, misoprostol
  - Solutés de perfusion : sérum physiologique 0,9%
  - Antibiotiques injectables : ampicilline, gentamicine
  - Antispasmodiques : papavérine, N-butylscopolamine
  - Anticonvulsivants : diazépam, sulfate de magnésium + gluconate de calcium

- Anti-inflammatoires : indométacine
- Analgésiques : paracétamol, péthidine
- Antipyrétiques : paracétamol
- Anti-anémiques: fer-folate
- Anti-émétisants : vitamine B6

En plus le CS/maternité de base doit disposer de tous les médicaments des soins obstétricaux essentiels.

- Au niveau de l'HGR

Médicaments, intrants et consommables d'un Service de Gynéco-Obstétrique conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, avec spécifiquement :

- Médicaments
  - Utérotoniques : ocytocine, ergométrine, misoprostol
  - Solutés de perfusion : sérum physiologique 0,9%, Ringer lactate, sérum glucosé 5%, 10%, 50%
  - Antibiotiques injectables : ampicilline, amoxicilline, gentamicine, métronidazole, cloxacilline, pénicilline G, céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération
  - Anticonvulsivants : diazépam, sulfate de magnésium + gluconate de calcium
  - Antispasmodiques : papavérine, N-butylscopolamine
  - Tocolytiques : salbutamol
  - Antihypertenseurs : hydralazine, labetolol, nifedipine (Adalate), nicardipine (Loxen), clonidine, alphas-méthyl dopa (Aldomet)
  - Corticoïdes : dexaméthasone, bétaméthasone, hydrocortisone
  - Anti-inflammatoire : indométacine
  - Analgésiques : paracétamol, péthidine
  - Antipyrétiques : paracétamol
  - Anti-anémique: fer-folate
  - Psycholeptiques: sulpiride
  - Inhibiteurs de la lactation : bromocryptine, vitamine B6

- Anti-émétisants : vitamine B6

En plus l'HGR doit disposer de tous les médicaments des soins obstétricaux essentiels.

- Tests : Bandelettes pour test de protéinurie
- Consommables
  - Gants stériles
  - Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc + aiguilles
  - Poches de transfusion
  - Matériel de suture (fils et aiguilles)
  - Solution antiseptique
  - Désinfectant à base de chlore
  - Compresses
  - Linges à stériliser pour sécher et envelopper l'enfant
  - Fils à cordon (stériles)
  - Désinfectant pour se nettoyer les mains
  - Lame de bistouri

#### **2.4.4. Outils**

- Au CS/maternité de base

Le CS/maternité de base doit être dotés des outils techniques et de gestion appropriés aux soins obstétricaux, en occurrence :

- Outils de prestation (outils techniques)
 

Fiches de consultation, partogramme, carte de consultation prénatale (CPN), fiche de consultation post-natale (CPoN), bon de demande de sang, bon de livraison de sang, fiche de surveillance de la transfusion, bons de référence et contre référence, tableaux muraux sur les SONU, supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres), manuels de formation.
- Outils de gestion
  - Outils de collecte des données : registres d'accouchement, de CPN et de CPoN ; registre des prélèvements VIH/CD4 ; fiche de transfert d'échantillons et de résultats ; registre de résultats

VIH ; registre de suivi des femmes VIH+ ; registre de suivi des enfants exposés au VIH ; registres de laboratoire ; cahier de surveillance de la transfusion ; fiche d'hémovigilance ; fiche de stock ; cahier de consommation des médicaments ; registre d'utilisation des médicaments et des recettes (RUMER) ; fiche d'audit des décès maternels et néonataux

- Outils de rapportage : cahier de rapport, canevas de rapport
- Outils de supervision : registre/cahier de supervision, canevas de supervision

- A l'HGR

En plus des outils cités ci-dessus, ajouter : registre salle d'opération, registres de la banque de sang, dossier individuel des patients



## **SECTION III : DIRECTIVES**

### **3.1. Directives générales de procédure**

- 1°** Commencer par une première appréciation de l'état de la femme arrivant à la CPN, à la consultation ou en urgence.
- 2°** Procéder ensuite à l'évaluation rapide, clinique et si nécessaire para clinique, et à la prise en charge immédiate (ERPCI) dès que la première appréciation révèle un (des) signe(s) de danger.
- 3°** Communiquer à la femme ou à son accompagnant les résultats des différents examens cliniques et para cliniques réalisés.
- 4°** Administrer les soins appropriés.
- 5°** Organiser la référence si nécessaire après les premiers soins.
- 6°** Expliquer à la patiente la nécessité d'une intervention chirurgicale indiquée et les étapes de la procédure chirurgicale.
- 7°** Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
- 8°** Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie de l'HGR.

3.2. Directives relatives à la prise en charge des hémorragies génitales durant la grossesse, l'accouchement et le post partum

3.2.1. Hémorragie survenant au cours des 28 premières semaines de la grossesse

1° Identifier l'hémorragie survenant au cours des 28 premières semaines de la grossesse

Saignement vaginal d'origine utérine sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines, utérus mou et augmenté de volume : **Penser à l'hémorragie des 28** premières semaines de la grossesse.

2° Déterminer la cause de l'hémorragie

- Si saignement léger sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines, col fermé, taille utérine correspondant à l'âge gestationnel, crampes/douleurs abdominales basses, utérus mou : **Penser à une menace d'avortement.**

- Si saignement abondant sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; col ouvert, raccourci ; protrusion ou rupture des membranes ; utérus de taille inférieure/correspondant à l'âge gestationnel ; crampes/douleurs abdominales basses, intermittentes, rythmées, et d'intensité croissante : **Penser à un avortement inévitable.**

- Si saignement vaginal moyen ou de grande abondance sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; col ouvert ; utérus augmenté de volume inférieur à l'âge présumé de la grossesse ; douleur abdominale basse, intermittente et persistante ; expulsion partielle de produit de conception : **Penser à un avortement incomplet.**

- Si saignement léger sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; col fermé, utérus mou, de volume inférieur à l'âge présumé de la grossesse ; crampes/douleurs abdominales basses, légères ;

antécédents d'expulsion de produit de conception, utérus vide à l'échographie : **Penser à un avortement complet.**

- Si saignement prolongé sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; pertes vaginales nauséabondes et/ou purulentes d'origine utérine ; douleur abdomino-périnéale ; fièvre, frissons ; sensibilité de l'hypogastre ; col fermé, utérus sensible à la mobilisation, culs de sac sensibles : **Penser à un avortement septique.**
- Si saignement léger sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines, douleur abdominale, col fermé, utérus légèrement augmenté de volume et mou, masse latéro-utérine sensible, aménorrhée, douleur à la mobilisation du col ; à l'échographie, masse annexielle et utérus vide ; pas d'épanchement abdominal : **Penser à une grossesse extra-utérine ou ectopique non rompue.**
- Si saignement abondant sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; nausées/vomissements exagérés ; crampes/douleurs abdomino-pelviennes rythmées, de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante ; parfois pré éclampsie précoce, expulsion de vésicules sous forme de grappe de raisin ; col ouvert, utérus augmenté de volume, supérieur à l'âge gestationnel, plus mou que la normale, présence possible kystes ovariens (qui se rompent facilement); à l'échographie, pas de fœtus visualisé et image de vésicules remplissant la cavité utérine : **Penser à un avortement molaire.**

### 3° Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides ; sueurs froides ; pouls faible et rapide  $\geq 110$  battements par minute (bts/mn) ; tension artérielle (TA) basse (diastole  $< 60$  mm Hg) ; pâleur ; anxiété, confusion ; perte de connaissance ; vertiges ; agitation ; respiration rapide  $\geq 30$ /mn)
- Signes de saignement important : sang abondant, rouge vif avec ou sans caillots ; vêtements trempés de sang ;

trace de sang sur le corps surtout entre les orteils ;  
pâleur

- Signes infectieux : température  $\geq 38^{\circ}$ , frissons, défense abdomino-pelviennes, pertes vaginales malodorantes
- Signes de grossesse extra utérine rompue : signes de choc ; pâleur ; abdomen distendu ; cul-de-sac de Douglas sensible, bombant et dont la ponction ramène du sang noirâtre et incoagulable

**ATTENTION : La présence d'un ou de plusieurs de ces signes nécessite une prise en charge immédiate pour stabiliser l'état de la patiente.**

#### **4° Stabiliser l'état de la patiente**

- Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral gauche, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres/mn au masque ou à la sonde si nécessaire.
- Garder un abord veineux avec un cathéter G16 à G18.
- Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'un litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou d'une solution macro moléculaire de 500 ml (haemacel).
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Procéder à la transfusion sanguine si Hg  $< 7$  g% ou hématokrite (Ht)  $< 21\%$ .
- Administrer des antibiotiques si signes d'infection.
- Organiser la référence à l'HGR.

**Dans les cas d'avortement, ne pas procéder à l'évacuation utérine avant d'avoir stabilisé l'état de la patiente.**

## 5° Référer la patiente après stabilisation

- Expliquer le diagnostic et les soins à administrer.
- Justifier calmement votre décision de référer auprès de la patiente et de sa famille.
- Contacter et informer l'équipe de l'HGR.
- Donner la note de référence à la patiente ou son accompagnant.
- Maintenir une attention soutenue et la surveillance de la patiente à l'arrivée au service d'accueil.

## 6° Prendre en charge selon la cause de l'hémorragie

- *Cas de menace d'avortement*
  - o Conseiller le repos au lit et l'abstinence sexuelle.
  - o Donner les antispasmodiques en cas de douleur.
  - o Surveiller l'hémorragie et la douleur.
  - o N'administrer ni hormones (estrogènes ou progestatifs), ni tocolytiques, ni hémostatiques.
  - o Assurer une surveillance échographique pour évaluer l'évolution de la grossesse.
  - o Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
  - o Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas d'avortement inévitable*
  - o Expliquer à la patiente la nécessité de l'évacuation utérine et les étapes de la procédure.
  - o Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
  - o Administrer un antalgique (paracétamol ou ibuprofène) 30 minutes avant l'intervention.
  - o Respecter les mesures de prévention des infections.
  - o Préparer le matériel.
  - o Procéder à l'évacuation utérine selon le cas:
    - Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) (voir fiche technique en annexe 1) ou curetage

instrumental si taille de l'utérus  $\leq 14$  semaines d'aménorrhée (SA).

- Perfusion d'ocytocine (20 UI dans 500 cc à 40 gouttes minute) suivi d'AMIU si nécessaire pour une grossesse  $> 14$  SA.
  - Surveiller les signes vitaux : TA, température, pouls, respiration ainsi que le saignement, la douleur.
  - Vérifier le statut vaccinal anti tétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
  - Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine.
  - Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, dépistage et conseil initié par les prestataires (DCIP) si statut sérologique non connu.
  - Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas d'avortement incomplet*  
Suivre les mêmes directives qu'en cas d'avortement inévitable.
- *Cas d'avortement complet*
- Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
  - Garder la patiente en observation pour suivre l'évolution du saignement et de l'état général.
  - Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.

- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine.
  - Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, DCIP si statut sérologique non connu.
  - Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas d'avortement septique*
- Administrer des antibiotiques le plus tôt possible en associant :
    - Ampicilline 2 g toutes les 6 heures en IV **ou** amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer avec amoxicilline, par voie orale, 1 g 3 fois par jour, jusqu'au 15<sup>ème</sup> jour ;
    - Gentamicine 2 × 80 mg/j en IM pendant 7 jours ;
    - Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer par la forme orale 3 × 500 mg/j jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour.
  - Procéder à l'évacuation utérine 48 heures après le début de l'antibiothérapie.
  - Suivre les étapes de l'évacuation utérine décrites dans la prise en charge de l'avortement inévitable.
  - Surveiller les signes vitaux : TA, température, pouls, respiration ainsi que le saignement, la douleur.
  - Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.

- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine.
  - Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, DCIP si statut sérologique non connu.
  - Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas de grossesse extra-utérine*
- Procéder à la salpingectomie/salpingostomie par laparotomie ou coelioscopie.
  - Surveiller les signes vitaux : TA, température, pouls, respiration ainsi que le saignement, la douleur.
  - Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
  - Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine.
  - Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, DCIP si statut sérologique non connu.
  - Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.



- *Cas de grossesse molaire*
  - Rassurer la patiente et expliquer les différentes étapes de la prise en charge.
  - Suivre les étapes de l'évacuation utérine décrites dans la prise en charge de l'avortement inévitable.
  - Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
  - Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine.
  - Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, conseils adaptés à ses besoins, DCIP si statut sérologique non connu.
  - Prescrire et aider la patiente à utiliser une méthode de contraception hormonale orale pendant au moins un an.
  - Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
  - Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
  - Suivre la femme toutes les 8 semaines pendant au moins un an en évaluant le volume de l'utérus et le test urinaire de grossesse.
  - Référer vers un centre pour suivi et prise en charge approfondie si le test de grossesse ne se négative pas au bout de 8 semaines de suivi.

**7° Rechercher et traiter les causes pour tout cas d'avortement (IST, infection urinaire, paludisme, etc.)**

### 3.2.2. Hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse

#### 1° Identifier les hémorragies du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse

Saignement vaginal d'origine utérine survenant chez la femme enceinte au-delà de la 28<sup>ème</sup> SA, au cours du travail et de l'accouchement : **Penser à une hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse**

#### 2° Déterminer la cause

- Si saignement indolore de survenue inopinée, fait de sang rouge vif provenant de la cavité utérine, parfois déclenché par les rapports sexuels ou le toucher vaginal, utérus relâché, signe de matelas au toucher vaginal: **Penser au placenta prævia**. L'échographie confirme l'insertion basse du placenta.
- Si saignement peu abondant, fait de sang noirâtre, associé à une douleur abdominale à début brutal, avec diminution ou absence des mouvements fœtaux, utérus tendu/sensible (« utérus de bois »), bruits du cœur fœtal (BCF) altérés ou absents, hauteur utérine augmentant d'un examen à l'autre : **Penser à l'hématome retro placentaire (HRP)** ou Décollement Prématuro de Placenta Normalement Inséré (DPPNI).
- Si saignement vaginal d'origine utérine au cours du travail et de l'accouchement, avec forte douleur abdominale en coup de poignard précédant le saignement, utérus déformé, ventre de batracien, abdomen distendu, sensible avec matité déclive, parties du corps fœtal aisément palpables, absence des mouvements fœtaux et des BCF, absence ou élévation de la présentation, notion d'utérus cicatriciel, ou de dystocie mécanique, ou d'abus d'utérotoniques : **Penser à une rupture utérine**.

### **3° Rechercher les signes de gravité**

- Signes de choc : extrémités froides, sueur froides, pouls faible et rapide  $\geq 110$  bts/mn, TA basse (diastole  $< 60$  mm Hg), pâleur, anxiété, confusion, perte de connaissance, vertiges, agitation, respiration rapide  $\geq 30$ /mn
- Troubles de coagulation

### **4° Stabiliser la patiente**

- Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres/mn au masque ou à la sonde si nécessaire.
- Garder un abord veineux avec un cathéter G16 à G18
- Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'un litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou d'une solution macro moléculaire de 500 ml.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Procéder à la transfusion sanguine si Hg  $< 7$  g% ou Ht  $< 21\%$ .
- Organiser rapidement la référence vers l'HGR pour prise en charge si cas survenu au CS.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

### **5° Prendre en charge selon la cause de l'hémorragie**

- *Cas de placenta prævia hémorragique*  
Si hémorragie de faible importance, sans retentissement sur l'état général, avec tendance à tarir spontanément et grossesse non à terme :
  - Hospitaliser avec repos strict au lit.
  - Rester dans l'expectative armée.
  - Assurer la surveillance clinique (pouls, TA, saignements, BCF) et échographique (état fœtal).
  - Administrer les antispasmodiques.

- Donner du fer-folate à raison de 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Si hémorragie de faible importance, sans retentissement sur l'état général, avec tendance à tarir spontanément et grossesse à terme :

- Hospitaliser avec repos strict au lit.
- Pratiquer la césarienne si placenta prævia recouvrant.
- Rester dans l'expectative armée si placenta prævia partiel jusqu'à l'accouchement.
- Surveiller la gestante : pouls, TA, saignements, BCF.
- Donner du fer-folate à raison de 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Si hémorragie abondante avec retentissement sur l'état maternel et/ou qui n'a pas tendance à s'arrêter :

- Rompre les membranes si accessibles.
- Préparer la salle d'opération.
- Prévoir la réanimation du nouveau-né.
- Prévoir des unités de sang compatible.
- Procéder à la césarienne quelque soit l'âge de la grossesse et l'état du fœtus.
- Administrer l'ocytocine 10 UI IM immédiatement après extraction du fœtus.
- Surveiller les signes vitaux et le saignement en post partum.
- Procéder à la transfusion si taux Hb <7g%.
- Donner le fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
- Fixer rendez-vous à la sortie pour le suivi de la patiente.

- Remplir correctement les outils de collecte des données.

- *Cas d'HRP (ou DPPNI)*

- Organiser la référence immédiate vers l'HGR après avoir stabilisé la femme si cas survenu au CS.
- Prévoir des donneurs de sang.
- Réaliser le temps de saignement (TS) et le temps de coagulation (TC).
- Transfuser si nécessaire, de préférence du sang frais.

Si HRP sans retentissement sur l'état général et BCF normaux (120 bts à 160 bts/mn) :

- Procéder immédiatement à une césarienne si l'accouchement n'est pas possible par voie basse.
- Procéder à l'épreuve de travail quand l'accouchement par voie basse est possible :
  - Rompre les membranes, induire le travail à l'aide d'une perfusion d'ocytocine 10 UI dans un lit de sérum glucosé 5% ou sérum physiologique.
  - Passer à la césarienne en cas d'échec de l'épreuve au bout de 2 heures.

Si HRP sans retentissement sur l'état général et BCF anormaux (<120 bts/mn ou >160 bts/mn) :

- Procéder rapidement à l'accouchement par voie basse au cas où celui-ci est imminent.
- Procéder immédiatement à une césarienne si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent ou pas possible.

Si HRP avec hémorragie importante, visible ou non, retentissant sur l'état général :

- Prévoir la réanimation du nouveau-né.
- Procéder à l'accouchement le plus vite possible en cas de dilatation complète, en utilisant au besoin les forceps ou la ventouse obstétricale.
- Pratiquer immédiatement la césarienne si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent.

- Administrer l'ocytocine 20 UI dans 500 cc à 40 gouttes minute ou le misoprostol (600 à 800 microgrammes) par voie orale ou intra rectale.
  - Ne pas administrer le méthylergométrine (Methergin).
  - Evaluer les pertes sanguines en examinant la cupule et les caillots.
  - Corriger les troubles de la coagulation en transfusant le culot globulaire, soit le plasma frais congelé (15 ml/kg), le cryoprécipité pour remplacer le fibrinogène, le concentré de plaquettes (si hémorragie continue et taux de plaquettes inférieur à 20 000/mm<sup>3</sup>), sinon transfusion de sang complet frais.
  - Surveiller la femme pendant le post partum en sachant que le risque d'hémorragie du post partum est élevé.
  - Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
  - Réaliser le bilan du post partum et notamment rechercher des signes d'insuffisance rénale (urémie, créatininémie et protéinurie).
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas de rupture utérine*
- Organiser la référence immédiate vers l'HGR après avoir stabilisé la femme si cas reçu au CS.
  - Prévoir des donneurs de sang.
  - Pratiquer une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta, et l'hystérorraphie ou l'hystérectomie en fonction de l'étendue de la brèche et de l'état des berges.
  - Surveiller les signes vitaux et le saignement en post partum.
  - Procéder à la transfusion sanguine si taux Hb <7g% ou Ht <21%.

- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
- Assurer le counseling : informations relatives à l'état de la patiente et au plan de traitement et de suivi, recommandation d'une contraception définitive ou nécessité de n'accoucher le cas échéant que dans un hôpital.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

### 3.2.3. Hémorragies du post partum

#### 1° Identifier les hémorragies du post partum

Saignement vaginal d'origine utérine survenant chez l'accouchée dans les 24 heures (immédiat) après l'accouchement ou au-delà (tardif), dépassant 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état général :

- La femme change de garniture 3 fois endéans 30 minutes (environ 500 ml).
- Un saignement minime mais continue pendant plusieurs heures avec un retentissement sur l'état général de la femme.
- Un saignement physiologique sur un terrain d'anémie.  
**Penser à l'hémorragie du post partum.**

#### 2° Déterminer la cause

- Si hémorragie génitale après accouchement avec utérus non rétracté après délivrance : **Penser à une atonie utérine.**
- Si hémorragie génitale après accouchement avec placenta non expulsé ou incomplètement expulsé : **Penser à la rétention placentaire.**
- Si hémorragie génitale après accouchement avec lésions visibles à l'examen génital : **Penser à des déchirures cervico-vagino-périnéales.**

- Si hémorragie génitale après accouchement, d'abondance variable, avec fonds utérin non perçu à la palpation abdominale, notion de forte douleur abdominale en coup de poignard durant le travail, d'utérus cicatriciel, de dystocie mécanique ou d'abus d'utérotoniques ; abdomen sensible et/ou distendu, avec matité déclive : **Penser à la rupture utérine.**
- Si hémorragie génitale après accouchement avec masse faisant protrusion à la vulve, régulière, sensible, col non visible, et utérus non palpé à l'hypogastre : **Penser à l'inversion utérine.**
- Si hémorragie génitale survenant au-delà de 24 heures ou réapparaissant dans les 42 jours après l'accouchement, avec fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou hypothermie, frissons et douleurs abdominales, lochies purulentes et fétides, utérus douloureux à la mobilisation, mauvaise involution utérine : **Penser à l'endométrite hémorragique du post partum.**

### 3° Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides, sueur froides, pouls faible et rapide  $\geq 110$  bts/mn, TA basse (diastole  $< 60$  mm Hg), pâleur, anxiété, confusion, perte de connaissance, vertiges, agitation, respiration rapide ( $\geq 30$ /mn)
- Troubles de coagulation

### 4° Stabiliser l'état de la patiente si nécessaire

- Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres /mn au masque ou à la sonde si nécessaire
- Garder un abord veineux avec un cathéter G16 à G18
- Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'1 litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15



à 20 minutes ou d'une solution macro moléculaire de 500 ml.

- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Procéder à la transfusion sanguine si Hg <7 g% ou Ht <21%
- Organiser rapidement la référence vers l'HGR pour prise en charge si cas survenu/reçu au CS.

## **5° Prendre correctement en charge l'HPP selon la cause**

- *Cas d'atonie utérine*
  - Continuer le massage utérin.
  - Administrer l'ocytocine 10 à 20 UI en IM ou du misoprostol 600-800 microgrammes par voie orale ou rectale, ou de préférence 600 microgrammes en sublingual.
  - Prévoir des donneurs de sang.
  - Procéder à une révision utérine pour s'assurer de la vacuité de l'utérus si le saignement persiste.
  - Procéder à une compression bimanuelle de l'utérus ou une compression de l'aorte si l'hémorragie ne s'arrête toujours pas.
  - Procéder à une laparotomie pour ligature des artères utérines et/ou hypogastriques ou pour hystérectomie d'hémostase si l'hémorragie persiste.
  - Vérifier l'arrêt de l'hémorragie après chaque acte.
  - Transfuser si taux Hb <7gr% ou Ht <21gr%.
  - Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
  - Administrer des antibiotiques en fonction des besoins.
  - Donner du fer-folate 2 comprimés/jour pendant 3 à 6 mois.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.

- *Cas de rétention placentaire*

Si rétention placentaire complète ou totale :

- Vider la vessie.
- Administrer 10 UI d'ocytocine en IM.
- Procéder à une délivrance artificielle.
- Référer à l'HGR si au cours de la délivrance artificielle le placenta est adhérent (il peut s'agir d'un placenta accreta).
- Procéder à l'hystérectomie si placenta accreta confirmé.
- Réaliser le TS et le TC.
- Administrer les antibiotiques.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie pendant le post partum.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Administrer des antibiotiques.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Si rétention placentaire partielle :

- Procéder à la révision utérine.
- Référer la patiente après avoir stabilisé son état si les débris sont adhérents (car il peut s'agir d'un placenta accreta).
- Procéder à une laparotomie pour terminer la révision ou pour une hystérectomie d'hémostase.
- Réaliser le TS et TC.
- Administrer des antibiotiques.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.

- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas de déchirures cervicales, vaginales ou périnéales*
- Référer à l'HGR si la réparation n'est pas possible au CS.
  - Prévoir des donneurs de sang.
  - Réparer les lésions sous anesthésie, sous une bonne lumière.
  - S'assurer que la vessie et le rectum sont intacts (craindre éventuelles fistules vésico ou recto-vaginales).
  - Vérifier l'arrêt de l'hémorragie.
  - Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
  - Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
  - Administrer des antibiotiques.
  - Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas d'inversion utérine*
- Organiser rapidement la référence à l'HGR.
  - 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.
  - Administrer des antibiotiques : une cure en triple association en cas de signe d'infection.
  - Procéder à la réduction de l'inversion utérine (manuelle, hydrostatique ou chirurgicale).
  - Procéder à l'hystérectomie si nécrose de l'utérus.
  - Vérifier l'arrêt de l'hémorragie.
  - Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
  - Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
  - Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
  - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- *Cas d'endométrite hémorragique*
- Au CS :
- Stabiliser l'état de la femme.
  - Administrer les premières doses d'antibiotiques par voie parentérale :
    - Ampicilline 2 g ou amoxicilline 1 g en IV
    - Gentamicine 80 mg en IM
  - Référer à l'HGR
- A l'HGR :
- Stabiliser l'état de la femme.
  - Administrer des antibiotiques par voie parentérale :
    - Ampicilline 2 g toutes les 6 heures en IV ou amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer avec amoxicilline, par voie orale, 1 g 3 fois par jour, jusqu'au 15<sup>ème</sup> jour.
    - Gentamicine 2 x 80 mg/j en IM pendant 7 jours.

- Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer par la forme orale 3 x 500 mg/j jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour.
- Administrer des ocytociques
  - Ocytocine 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 2 jours ; **ou**
  - Ergométrine 0,2 mg IM 2 fois par jour ou 20 gouttes per os 3 fois par jour pendant 6 jours (contre indiqué en cas d'hypertension).
- Procéder à une révision utérine après 48 heures d'antibiothérapie si le col est dilaté.
- Evacuer l'utérus avec des pinces à débris et un curetage après 48 heures d'antibiothérapie si la dilatation du col ne permet pas une révision utérine.
- Passer à une prise en charge chirurgicale si l'hémorragie persiste.
- Faire un examen histologique des débris placentaires pour exclure une tumeur trophoblastique.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

## **6° Donner les conseils**

- Donner les informations relatives à l'état de la patiente et au plan de traitement et de suivi.
- Rassurer la patiente et expliquer les différentes étapes de la prise en charge.
- Assurer le counseling de planification familiale (PF).
- Assurer le DCIP si statut sérologique non connu.

- Donner les informations adaptées aux besoins de la patiente.
- S'assurer que la malade a bien compris en lui demandant de répéter ce qu'on lui a dit.
- Insister sur l'importance des consultations post-natales et la reconnaissance des signes de danger.

### 3.3. Directives relatives à la prise en charge des dystocies

#### 1° Identifier la dystocie

Toute anomalie d'origine dynamique et/ou mécanique survenant dans la progression du travail d'accouchement :  
**Penser à la dystocie.**

#### 2° Déterminer la cause de la dystocie

- Si la dilatation est stationnaire, avec poche des eaux rompue ou non rompue, avec présentation fœtale céphalique du sommet, absence d'obstacle prævia, absence de souffrance fœtale, bassin bon et contractions utérines (CU) faibles ; ou si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue et la présentation du sommet non engagée et CU faibles : **Penser à une dystocie dynamique.**
- Si la tête reste haute, la hauteur utérine  $\geq 36$  cm et le bassin bon : **Penser à une dystocie mécanique liée à une macrosomie.**
- Si la tête reste haute, la hauteur utérine  $< 35$  cm et le bassin rétréci : **Penser à une dystocie mécanique liée à un rétrécissement du bassin.**
- Si la tête reste collée à la vulve, le menton dégagé déprime le périnée, la rotation et la traction exercée sur la tête ne permet pas le dégagement de l'épaule antérieure qui est coincée au-dessus de la symphyse pubienne : **Penser à une dystocie des épaules.**

- Si à l'examen clinique : hauteur utérine inférieure à l'âge de la grossesse, présence de la tête fœtale au niveau d'un des flancs de la mère ; l'excavation pelvienne vide au toucher vaginal pour une grossesse de plus de 36 semaines. La présence des CU et la rupture des membranes conduisent à la procidence du bras, appelée épaule négligée. A la radiographie de l'abdomen sans préparation : colonne vertébrale du fœtus perpendiculaire à celle de la mère. A l'échographie obstétricale : confirmation de la position de la tête au niveau d'un des flancs de la mère. **Penser à une présentation transversale.**
- Si menton perçu au toucher vaginal (TV) à dilatation du col >3 cm et poche des eaux rompue : **Penser à une présentation de la face.**
- Si le nez se trouve dans une des extrémités du bassin au TV à dilatation du col >3 cm et poche des eaux rompue : **Penser à une présentation du front.**
- Si cordon ombilical situé en avant de la présentation et perçu au cours du TV et/ou à l'inspection de la vulve après la rupture de la poche des eaux : **Penser à la procidence du cordon.**
- Si femme en travail d'accouchement avec cicatrice abdominale et notion d'interventions chirurgicales sur l'utérus (césarienne, myomectomie) : **Penser à un travail sur utérus cicatriciel.**

### 3° Prendre en charge les cas de dystocie

- Au niveau du CS
  - o Organiser rapidement la référence à l'HGR.
  - o Prendre quelques minutes pour expliquer le diagnostic et justifier calmement votre décision à la patiente et à sa famille.

- Au niveau de l'HGR

○ *Cas de dystocie dynamique*

Si dilatation stationnaire en phase de latence, poche des eaux non rompue, bon bassin, score de Bishop favorable (se référer à l'annexe 2), présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle prævia, pas de souffrance fœtale :

- Rompre les membranes si pas de contre indication et attendre une heure et poser une perfusion d'ocytocine (5 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique à 5%) à en commençant par 8 gouttes par minute et en montant par pallier de 4 gouttes toutes les 15 minutes.
- Diriger l'accouchement par voie basse si au bout d'une heure sous perfusion d'ocytocine, l'évolution est favorable.
- Pratiquer la césarienne si l'évolution n'est pas favorable au bout d'une heure de perfusion d'ocytocine : préparer la salle d'opération ; informer le chirurgien et l'anesthésiste ; prévoir la réanimation du nouveau-né.

Si dilatation stationnaire en phase de latence, poche des eaux non rompue, bassin bon, score de Bishop défavorable (se référer à l'annexe 2), présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle prævia et pas de souffrance fœtale :

- Administrer le misoprostol selon le protocole pour préparer le col (se référer à la fiche technique en annexe 3)
- Poser une perfusion d'ocytocine pour induire le travail si non déclenché à ce stade.

Si dilatation stationnaire, poche des eaux rompue, bassin bon, score de Bishop favorable, présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle prævia, pas de souffrance fœtale :



- Poser une perfusion d'ocytocine (5 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique à 5%) pour stimuler le travail et laisser couler en commençant par 8 gouttes par minute et en montant par palier de 4 gouttes toutes les 15 minutes.
- Pratiquer la césarienne si la dilatation n'a pas progressé au bout d'une heure (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).

Si dilatation complète, poche des eaux rompue et la présentation du sommet non engagée :

- Poser une perfusion d'ocytocine.
  - Pratiquer la césarienne si pas d'engagement de la tête au bout d'une heure d'ocytocine (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).
- *Cas de dystocie mécanique liée à une macrosomie*  
Pratiquer la césarienne (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).
  - *Cas de dystocie mécanique liée à un rétrécissement du bassin*  
Pratiquer la césarienne (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).
  - *Cas de dystocie des épaules*
    - Demander de l'aide (ne pas travailler seul).
    - Lever la dystocie des épaules selon la technique ci-après :
      - Pratiquer une large épisiotomie.
      - Allonger la patiente sur le dos, jambes en hyperflexion (se faire aider par deux

personnes qui tiennent les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine).

- Exercer une pression sus-pubienne par le biais d'un aide pour réduire le diamètre bi-acromial et permettre l'engagement de l'épaule antérieure.
- Introduire la main lubrifiée dans le vagin et tenter d'abaisser vers l'avant l'épaule antérieure ou ramener l'épaule postérieure en avant sur le thorax du fœtus, chacune de ces deux manœuvres tend à amoindrir le diamètre bi-acromial facilitant ainsi le dégagement de l'épaule.
- En cas d'échec de la manœuvre précédente, fracturer la clavicule afin de diminuer le diamètre bi-acromial et dégager l'épaule antérieure, puis reprendre la manœuvre précédente.
- Examiner le nouveau-né et le référer en néonatalogie/pédiatrie.

**Note : Respecter l'ordre chronologique dans la réalisation de la manœuvre décrite ci-dessus.**

- *Cas de présentation transversale*
  - Si gestante non en travail (vue à la CPN) :
    - Pratiquer la césarienne élective à la 37<sup>ème</sup> semaine.
  - Si gestante en travail :
    - Laisser évoluer le travail sous surveillance si âge gestationnel  $\leq 28$  SA.
      - Pratiquer la version par manœuvre externe.
      - Procéder ensuite comme pour un accouchement normal si la version réussit.

- Pratiquer la césarienne en cas d'échec de la version.
- Pratiquer une césarienne systématique si âge gestationnel >28 SA.
- *Cas de présentation de la face*
  - Pratiquer une césarienne systématique en cas de facteurs défavorables associés (hauteur utérine [HU]  $\geq 36$  cm, rupture précoce de la poche des eaux avant 3 cm de dilatation du col, souffrance fœtale, maladie maternelle associée).
  - Surveiller le travail pour un accouchement par voie basse en l'absence de facteurs défavorables et :
    - Procéder à un accouchement par voie basse si rotation du menton en avant.
    - Pratiquer une césarienne si rotation du menton en arrière.
- *Cas de présentation du front*  
Pratiquer systématiquement la césarienne.
- *Cas de procidence du cordon*  
Si fœtus vivant (BCF+, cordon battant) et dilatation du col <8 cm :
  - Placer la femme en position de Trendelenburg.
  - Introduire une main gantée dans le vagin et pousser la présentation en arrière afin de la déloger du bassin et de diminuer la compression du cordon.
  - Placer l'autre main sur l'abdomen au-dessus du pubis, pour maintenir la présentation hors du bassin.
  - Retirer la première main du vagin une fois que la présentation est fermement maintenue au-dessus du rebord pubien, tout en gardant la main

abdominale jusqu'à la réalisation de la césarienne.

- Administrer lentement 0,5 mg de salbutamol en goutte à goutte dans 250 ml de sérum glucosé 5%, ou en IM pour diminuer les contractions.
- Réaliser rapidement la césarienne (en cas de rachi anesthésie, la pratiquer en gardant la femme en position couchée).

Si fœtus vivant (BCF+, cordon battant) et dilatation du col >8 cm :

- Placer la femme en décubitus latéral gauche.
- Oxygéner à raison de 4-6 litres/mn.
- Etre prêt à réanimer le nouveau-né.
- Placer une perfusion d'ocytocine et, si nécessaire, pratiquer l'épisiotomie, appliquer le forceps ou ventouse pour accélérer l'accouchement.

Si fœtus mort :

- Laisser évoluer le travail.
- Conduire l'accouchement par voie basse ou pratiquer la césarienne selon la situation obstétricale en présence.

○ *Cas de travail sur utérus cicatriciel*

- Surveiller l'évolution du travail et procéder à l'accouchement par voie basse *si et seulement si* l'utérus est une fois cicatriciel et que la cicatrice est de bonne qualité à l'échographie (épaisseur du segment inférieur  $\geq 35$  mm), *et/ou* si le temps écoulé entre l'intervention et la grossesse en cours est de 2 ans ou plus.

**N.B. Ne pas utiliser les utérotoniques (ocytociques ou misoprostol) sur un utérus cicatriciel pendant le travail.**

- Pratiquer la césarienne *si* anomalie du bassin (rétréci, bassin limite), *ou* utérus plusieurs fois cicatriciel, *ou* macrosomie fœtale (HU ≥ 36 cm), *ou* présentation du siège et autres présentations dystociques, *ou* souffrance fœtale, dystocie dynamique *ou* saignement vaginal, *ou* si le travail n'évolue pas au bout de 2 heures d'épreuve.

#### **4° Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans tout cas d'assistance qualifiée à l'accouchement**

- Surveiller les signes vitaux, la rétraction utérine (globe utérin) et le saignement vaginal comme suit :
  - toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures ;
  - toutes 30 minutes pendant la 3<sup>ème</sup> heure ;
  - toutes les heures pendant les 3 heures suivantes.
- Faire un massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures sauf pour les césarisées.
- Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
- Faciliter l'allaitement maternel.
- Encourager/aider l'accouchée à vider sa vessie.
- Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
- Prodiguer des conseils à la mère sur l'alimentation, l'hygiène et le repos ; le maintien de la température ; les soins du cordon ; l'allaitement maternel exclusif ; la reconnaissance des signes de danger ; l'importance de l'espacement des naissances et de la PF ; les rapports sexuels à moindre risque ; l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD) pour elle et pour l'enfant.

#### **5° Prendre toutes les dispositions utiles pour prévenir la survenue de fistule uro-génitale après une dystocie**

- Placer une sonde vésicale à demeure pendant 3 à 7 jours.
- Demander à l'accouchée de boire beaucoup d'eau (autour de 5 litres par jour).
- Demander à l'accouchée de pratiquer régulièrement des exercices pelviens, notamment par la contraction répétée plusieurs fois du muscle releveur de l'anus.
- Suivre l'évolution.
- Assurer les visites de suivi en post partum une fois par semaine.

#### **6° Enregistrer les données de l'accouchement**

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement et les carnets de santé de la mère et de l'enfant.
- Etablir le certificat de naissance.
- Remettre le carnet de santé de l'enfant et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

#### **7° Fixer rendez-vous**

### **3.4. Directives relatives à l'accouchement instrumental**

#### **3.4.1. Accouchement par ventouse obstétricale**

##### **1° Identifier (reconnaître) la situation indiquant l'accouchement par ventouse obstétricale**

Situation où il y a souffrance fœtale aigue avec tête à la vulve *ou* arrêt de progression de la présentation à dilatation complète, *et les conditions suivantes remplies* :

- la grossesse est à terme ;
- le fœtus est en présentation du sommet (céphalique avec tête fléchie) ;
- le col est complètement dilaté ;
- les membranes sont rompues ;
- la tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne.

##### **2° Réexaminer la parturiente pour s'assurer que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien réunies**

##### **3° Préparer l'intervention**

- S'assurer que l'équipement est complet.
- Vérifier tous les raccords et tester la ventouse sur la main après avoir enfilé un gant.
- Apporter un soutien psychoaffectif à la parturiente tout en lui expliquant ce que vous allez faire.
- Vider la vessie de la parturiente (sondage vésical).

##### **4° Procéder à l'extraction par ventouse obstétricale**

- Laver les mains de manière aseptique et enfiler des gants stériles.
- Nettoyer la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Placer les champs stériles :

- Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente.
- Protéger la vulve d'un champ troué stérile.
- Vérifier la position exacte de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles.
- Repérer la petite fontanelle.
- Introduire et appliquer la cupule la plus large possible sur la tête fœtale, en plaçant le centre sur le point de flexion, en évitant les fontanelles (à 1 cm en avant de la petite fontanelle).
- Passer le doigt tout autour de la cupule pour vérifier que la cupule est bien appliquée et qu'il n'y a aucune partie molle maternelle prise sous le bord de la cupule.
- Maintenir l'index en contact avec la cupule et la tête du bébé.
- Pratiquer une épisiotomie à ce stade si elle est nécessaire pour pouvoir positionner la cupule correctement ; sinon, retarder sa réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ou jusqu'à ce que le périnée se trouve dans l'axe de traction.
- Actionner la pompe :
  - Créer un vide avec la pompe en exerçant une dépression de  $0,2 \text{ kg/cm}^2$  et vérifier la pose de la cupule.
  - Augmenter la dépression jusqu'à  $0,8 \text{ kg/cm}^2$  et vérifier la pose de la cupule.
- Attendre une minute pour que la prise soit solide.
- Entamer, lors d'une contraction, une traction dans l'axe pelvien, perpendiculairement à la cupule, en suivant les axes du dégagement normal.
- Si la tête fœtale est inclinée sur un côté ou mal fléchie, orienter la traction de façon à corriger l'asynclétisme ou la déflexion (c'est-à-dire soit d'un côté, soit de l'autre, et pas nécessairement sur la ligne médiane).
- Lors de chaque contraction :



- Appliquer une traction perpendiculaire au plan de la cupule.
- Mettre un doigt sur le crâne de l'enfant, au contact de la cupule, pour évaluer un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.

- *Ne jamais manipuler la cupule pour provoquer délibérément une rotation de la tête. Celle-ci se fera d'elle-même avec la traction.*
- *Les premières tractions permettent de trouver la direction dans laquelle il convient de tirer.*
- *S'il y a progression et en l'absence de souffrance fœtale, poursuivre les tractions de « guidage » pendant 30 minutes au maximum.*
- ***S'il n'y a pas de descente avec chaque traction, ne pas insister et arrêter l'extraction.***

- Vérifier le rythme cardiaque fœtal et la pose de la cupule entre les contractions.
- Dégager la tête fœtale.
- Désactiver la pompe.
- Terminer l'accouchement.
- Suturer l'épisiotomie ou les déchirures.

**Considérer que l'accouchement par ventouse a échoué si :**

- la tête n'avance pas avec chaque traction ; ou
- le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes ; ou
- la cupule glisse deux fois sur la tête dans le sens même de la traction à la dépression maximale.

- En cas d'échec de l'accouchement par ventouse :
  - Pratiquer une césarienne ; *ou*
  - Procéder rapidement à la référence pour césarienne.

**5° Administrer les soins au nouveau-né, y compris la réanimation** (se référer au volume 3 traitant des directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né).

**6° Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans tout cas d'assistance qualifiée à l'accouchement** (se référer aux directives relatives à l'assistance qualifiée à l'accouchement dans le volume 1 consacré aux soins obstétricaux essentiels).

**8° Enregistrer les données de l'accouchement**

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement et les carnets de santé de la mère et de l'enfant.
- Etablir le certificat de naissance.
- Remettre le carnet de santé de l'enfant et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

**9° Fixer rendez-vous**

### **3.4.2. Accouchement par forceps**

**1° Identifier (reconnaître) la situation indiquant l'accouchement par forceps**

Situation où le fœtus est en présentation du sommet ou de la face en mento-antérieure *ou* qu'il y a rétention de la tête dernière dans un accouchement par le siège, *et les conditions suivantes remplies :*

- col complètement dilaté ;
- tête au niveau +2 ou +3 ou non palpable au-dessus de la symphyse pubienne ;
- suture sagittale verticale sur la ligne médiane c.à.d. en position occipito-pubienne ou occipito-sacrée.

## **2° Réexaminer la parturiente pour s'assurer que les conditions sont bien réunies pour une extraction par forceps**

### **3° Préparer l'intervention**

- Assembler les forceps avant la pose ; s'assurer que les divers éléments s'assemblent et se solidarisent bien.
- Lubrifier les cuillères du forceps.
- Apporter un soutien psychoaffectif à la parturiente tout en lui expliquant ce que vous allez faire.
- Vider la vessie de la parturiente.

### **4° Procéder à l'extraction par forceps**

- Laver les mains de manière aseptique et enfiler des gants stériles.
- Nettoyer la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Placer les champs stériles :
  - o Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente.
  - o Protéger la vulve d'un champ troué stérile.
- Introduire deux doigts de la main droite dans le vagin, sur le côté de la tête fœtale.
- Faire glisser doucement la cuillère gauche entre la tête et les doigts de façon à l'appliquer sur le côté gauche de la tête.
- Répéter l'opération de l'autre côté, en se guidant de la main gauche pour insérer la cuillère droite du forceps.
- Appuyer sur les branches et les rassembler :
  - o Si elles sont difficiles à rassembler, cela indique généralement que les cuillères ont été mal posées. Dans ce cas, les retirer et vérifier la position de la tête. Ne les reposer qu'après s'être assuré de la bonne rotation de la tête.

- Une fois les branches rassemblées, exercer une traction constante vers le bas et vers l'arrière avec chaque contraction.
- Vérifier entre les contractions :
  - le rythme cardiaque fœtal ;
  - la pose du forceps.
- Procéder l'épisiotomie dès que la tête apparaît.
- Soulever lentement la tête vers le haut entre les contractions ; *la tête doit descendre avec chaque traction ; deux ou trois tractions devraient suffire.*
- Terminer l'accouchement.
- Suturer l'épisiotomie ou les déchirures.

**Considérer que l'accouchement par forceps a échoué si :**

- la tête n'avance pas avec chaque traction ; ou
- le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes.

**Ne pas persister si on n'observe pas de descente avec chaque traction.**

- En cas d'échec de l'accouchement par forceps,
  - Pratiquer une césarienne ; *ou*
  - Procéder rapidement à la référence pour césarienne.

**5° Administrer les soins au nouveau-né, y compris la réanimation** (se référer volume 3 traitant des directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né).

**6° Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans tout cas d'assistance qualifiée à l'accouchement** (se référer aux directives relatives à l'assistance qualifiée à l'accouchement dans le volume 1 consacré aux soins obstétricaux essentiels).

## **7° Enregistrer les données de l'accouchement**

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement et les carnets de santé de la mère et de l'enfant.
- Etablir le certificat de naissance.
- Remettre le carnet de santé de l'enfant et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

## **8° Fixer rendez-vous**

### **3.5. Directives relatives à la prise en charge de la rupture prématurée des membranes**

#### **1° Identifier la rupture prématurée des membranes (RPM)**

Ecoulement vaginal aqueux, abondant et continu, accru par la mobilisation transabdominale du fœtus, visible à l'orifice vulvaire, chez une femme enceinte, avant la survenue du travail d'accouchement, sur une grossesse au-delà de 28 semaines : **Penser à la RPM.**

#### **2° Confirmer le diagnostic en recherchant :**

- Le signe de BONNAIRE : la pression du fond utérin entraîne l'écoulement de liquide amniotique
- Le signe de TARNIER : écoulement de liquide de l'orifice cervical à l'examen au spéculum

#### **3° Rechercher les signes de gravité :**

- Rupture prolongée (plus de 12 heures)
- Présence de signes d'infection : fièvre, frisson, pouls accéléré, pertes purulentes, malodorantes, douleurs abdominales
- Hémorragie vaginale
- Procidence du cordon
- Mort in utéro

#### 4° Prendre en charge la RPM

- *Cas de RPM sans travail d'accouchement sur une grossesse de 28-34 SA*
  - Au CS/maternité de base
    - Appliquer les mesures de prévention de l'infection : hygiène, usage des garnitures stériles, limiter les TV.
    - Initier l'antibiothérapie :
      - Ampicilline IV 3 × 1g par jour ou
      - Amoxicilline per os 3 × 1 g par jour
    - Référer à l'HGR.
  - A l'HGR
    - Hospitaliser la gestante et la mettre au repos au lit (éviter la position debout et la marche).
    - Administrer les corticoïdes pour accélérer la maturation pulmonaire du fœtus :
      - Dexaméthasone IM 12 mg × 2 en un jour, ou
      - Bétaméthasone 24 mg IM en une prise, sauf en présence des signes d'infection.
    - Surveiller la température, le pouls et les BCF et les paramètres biologiques, l'aspect du liquide, son odeur et sa coloration.
    - Appliquer les mesures de prévention de l'infection : hygiène, usage des garnitures stériles, limiter les TV.
    - Administrer des antibiotiques :
      - Ampicilline IV 3 × 1 g par jour pendant 3 jours, à relayer par l'amoxicilline per os 3 × 1 g par jour pendant 5 jours (ou céphalosporines de la 3<sup>ème</sup> génération); *ou*
      - Erythromycine per os 3× 500 mg pendant 7 jours
    - Placer une perfusion d'ocytocine pour induire le travail si signes d'amniotite (infection amniotique)

et si conditions favorables d'accouchement par voie basse.

- Se préparer à la naissance et à la réanimation du nouveau-né.
- *Cas de RPM sans travail d'accouchement sur une grossesse de plus de 34<sup>ème</sup> SA*
  - Au CS/maternité de base
    - Appliquer les mesures de prévention de l'infection : hygiène, usage des garnitures stériles, limiter les TV.
    - Initier l'antibiothérapie :
      - Amoxicilline per os 3 × 1 g par jour; ou
      - Ampicilline IV 3 × 1 g par jour.
    - Référer à l'HGR si le travail ne se déclenche pas spontanément dans les 24 heures après la RPM.
  - A l'HGR
    - Hospitaliser la gestante.
    - Poser une perfusion d'ocytocine pour induire le travail au cas où le travail d'accouchement ne s'est pas déclenché spontanément dans les 24heures après la RPM.

#### **5° Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans le cas de toute assistance qualifiée à l'accouchement**

- Surveiller les signes vitaux, la rétraction utérine (globe utérin) et le saignement vaginal comme suit :
  - toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures ;
  - toutes 30 minutes pendant la 3<sup>ème</sup> heure ;
  - toutes les heures pendant les 3 heures suivantes.
- Faire un massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures sauf pour les césarisées.
- Poursuivre l'antibiothérapie en cours.

- Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
- Faciliter l'allaitement maternel.
- Encourager/aider l'accouchée à vider sa vessie.
- Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
- Prodiguer des conseils à la mère sur l'alimentation, l'hygiène et le repos ; le maintien de la température ; les soins du cordon ; l'allaitement maternel exclusif ; la reconnaissance des signes de danger ; l'importance de l'espacement des naissances et de la PF ; les rapports sexuels à moindre risque ; l'utilisation de la MILD pour elle et pour l'enfant.

#### **6° Enregistrer les données de l'accouchement**

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement et les carnets de santé de la mère et de l'enfant.
- Etablir le certificat de naissance.
- Remettre le carnet de santé de l'enfant et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

#### **7° Fixer rendez-vous**



### **3.6. Directives relatives à la prise en charge de l'anémie sévère au cours de la grossesse**

#### **1° Identifier l'anémie sévère au cours de la grossesse**

Si la gestante dit se fatiguer vite, avoir du mal à respirer lorsqu'elle accomplit les tâches ménagères courantes et qu'à l'examen physique on note une pâleur des conjonctives, des paumes des mains et du lit des ongles, tachycardie et éventuel œdème des membres inférieurs : **Penser à l'anémie sévère au cours de la grossesse.**

#### **2° Confirmer la sévérité de l'anémie**

Taux d'Hb <7 g/dl ou Ht <21%

#### **3° Rechercher la cause de l'anémie**

En fonction de l'anamnèse, et des examens complémentaires (saignements récents ou actuels, paludisme, parasitose intestinale : ankylostosomiase, drépanocytose ou autres)

#### **4° Prendre en charge**

- Au niveau du CS/maternité de base
  - Placer un abord veineux.
  - Transfuser si possible.
  - Référer immédiatement à l'HGR.
  - Prévoir deux donneurs de sang.
- Au niveau de l'HGR
  - Evaluer son état général.
  - Transfuser du sang compatible, de préférence, du culot globulaire.
  - Administrer du furosémide en IVD lente, en raison de 40 mg par unité de sang transfusé.
  - Traiter la cause après la transfusion.
  - Donner le fer-folate : 60 mg de fer + 400 mcg de folate, soit un comprimé par jour en quantité

suffisante jusqu'à la prochaine visite ; au premier ou deuxième trimestre ; ou deux fois un comprimé par jour au troisième trimestre.

- Conseiller la femme sur l'importance de prendre le fer-folate tous les jours et informer sur les effets secondaires possibles (selles noirâtres, constipation, nausées).
- Renforcer les messages de soutien nutritionnel et recommander à la femme de consommer les aliments riches en fer (viande rouge, feuilles, lentilles), en vitamine C (agrumes, tomates) et d'éviter de consommer concomitamment les aliments qui inhibent l'absorption de fer (thé, café, argile).
- Fixer rendez-vous dans un mois pour contrôle (taux d'Hb).
- Poursuivre le calendrier CPN et la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.

### 3.7. Directives relatives à la prise en charge du paludisme grave au cours de la grossesse

#### 1° Identifier le paludisme grave chez la femme enceinte

Gestante avec fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, asthénie, splénomégalie évoquant le paludisme et signes de complications telles que le coma, les convulsions, l'anémie grave, l'œdème pulmonaire, l'hypoglycémie, le collapsus cardio-vasculaire, l'hémorragie diffuse, l'hémoglobinurie massive : **Penser au paludisme grave.**

#### 2° Confirmer le diagnostic de paludisme : TDR (test de diagnostic rapide) ou GE (goutte épaisse) ou frottis sanguin

#### 3° Prendre en charge la gestante souffrant de paludisme grave

- Au CS/maternité de base
  - Considérer tout cas de paludisme chez une gestante comme une situation urgente du fait des possibilités de complications materno-fœtales.
  - Placer un abord veineux.
  - Administrer la première dose de quinine per os 500 mg si possible et 500 mg de paracétamol en cas de fièvre.
  - Référer immédiatement à l'HGR.
- A l'HGR
  - Ne pas attendre la confirmation diagnostique pour démarrer le traitement du paludisme chez la femme enceinte.
  - Si la patiente n'a pas reçu de quinine 24 heures auparavant :
    - Administrer la dose de charge, soit 1 g de quinine (ou 20 mg/kg) dans 500 ml de sérum glucosé à

5% à faire couler pendant 4 heures, puis laisser se reposer la malade pendant 8 heures.

- Administrer la dose d'entretien, soit 500 mg de quinine (ou 10 mg/kg) dans 250 ml de sérum glucosé à 5% à faire couler pendant 4 heures, puis laisser se reposer la malade pendant 8 heures et reprendre la même posologie si l'état de la patiente l'exige ; passer ensuite à la forme orale.
  - Si la gestante a reçu de la quinine :
    - Administrer 500 mg de quinine (ou 10 mg/kg) dans 250 ml de sérum glucosé 5% à faire couler pendant 4 heures, puis laisser se reposer la malade pendant 8 heures et poursuivre le traitement à la même dose ; passer ensuite à la forme orale soit  $3 \times 10$  mg/kg par jour jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour sans dépasser 1,5 g par jour.
    - Administrer le traitement adjuvant comme pour le paludisme simple.
    - Expliquer à la patiente la nécessité de continuer le traitement à domicile, de continuer la surveillance de la grossesse (CPN) et d'utiliser la MILD et autres mesures préventives.
- 4° Prodiguer des conseils nutritionnels : éviter de consommer concomitamment les aliments qui inhibent l'absorption du fer tels que le thé, le café, le son de blé, le soja, l'argile.
- 5° Fixer rendez-vous pour la semaine suivante afin d'évaluer l'état de la gestante ; la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.
- 6° Remplir correctement les outils de collecte des données.

### 3.8. Directives relatives à la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

#### 1° Identifier la pré éclampsie sévère et l'éclampsie

- Gestante avec aménorrhée de plus de 20 semaines présentant une TA supérieure ou égale à 140/90 mm Hg prélevée après 10 minutes de repos, deux fois à intervalle de 4 heures, en décubitus latéral gauche ou en position assise, *ou* tension diastolique supérieure à 110 mm Hg en une seule prise, avec ou sans œdèmes des membres inférieurs et avec protéinurie supérieure ou égale à 3 plus (+++): **Penser à la pré éclampsie sévère.**
- Si convulsions s'ajoutant aux signes de pré éclampsie sévère, avec coma : **Penser à l'éclampsie.**

#### 2° Prendre en charge la pré éclampsie sévère et l'éclampsie

- Au CS/maternité de base
  - o Evaluer rapidement l'état général de la patiente, les signes vitaux (pouls, TA, respiration, température, raideur de nuque, mesure de la protéinurie).
  - o Assurer la liberté des voies aériennes supérieures et éviter la morsure de la langue (canule de Guédel) en cas de convulsions.
  - o Mettre la patiente en position latérale pour éviter l'inhalation des sécrétions.
  - o Placer un abord veineux (sérum physiologique ou Ringer lactate).
  - o Administrer la dose initiale d'anticonvulsivants selon le protocole (voir fiche technique).
  - o Prévoir des donneurs de sang.
  - o Référer à l'HGR.
- A l'HGR
  - o Mobiliser d'urgence toute l'équipe médicale.

- Préparer le matériel nécessaire pour faire face à l'éclampsie (canule de Guedel ou de Mayo, sonde d'aspiration, masque et ballon d'oxygène).
- Préparer les antihypertenseurs, les anticonvulsivants et le gluconate de calcium.
- Prévoir du sang.
- Evaluer rapidement l'état général de la patiente, les signes vitaux (pouls, TA, respiration, température, raideur de nuque, mesure de la protéinurie).
- Libérer les voies respiratoires et intuber si nécessaire ou utiliser un masque facial.
- Ventiler à l'aide d'un ballon insufflateur autogonflable (4 à 6 litres d'oxygène par minute).
- S'assurer d'un abord veineux avec du sérum physiologique ou du lactate Ringer.
- Poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.
- Protéger la patiente contre les risques de blessures et de morsures ; la placer en position latérale pour éviter l'inhalation des sécrétions.
- Ausculter les poumons toutes les heures à la recherche des râles évocateurs d'œdème pulmonaire.
- Arrêter la perfusion si présence de râles et injecter une dose unique de 40 mg de furosémide en IV et donner de l'oxygène à 4-6 litres/minute si disponible.
- Administrer les antihypertenseurs afin de maintenir la diastolique supérieure à 90 mais inférieure à 110 mm Hg :
  - Hydralazine (médicament de choix) : 5-10 mg, en IV lente toutes les 5 minutes jusqu'à ce que la TA baisse, puis répéter toutes les heures si nécessaire, ou donner 125 mg IM toutes les 2 heures au besoin ; *ou*
  - En absence de toutes ces drogues, clonidine en perfusion continue 0,300 mg dans 500 ml de sérum physiologique 0,9% en perfusion sur 12

heures (14 gouttes/mn) avec débit à moduler jusqu'à 28 gouttes/mn en fonction de la réponse (TA) ; *ou encore*

- Alphaméthylidopa 3 × 500 mg par jour.
- Surveiller toutes les heures la TA, le pouls, la respiration, la diurèse, les réflexes et les BCF.
- Administrer des anticonvulsivants :
  - Sulfate de magnésium (médicament de premier choix) selon le protocole en annexe 4 (voir fiche technique) ; éviter l'utilisation simultanée du sulfate de magnésium et de nicardipine ou nifédipine à cause du risque accru d'hypotension ;  
*ou*
  - Diazépam en IVDL selon le protocole (deuxième choix, à n'utiliser que par manque de sulfate de magnésium).
- Arrêter l'administration des anticonvulsivants et commencer une perfusion de sérum glucosé isotonique ou de lactate Ringer à 125 cc/heure si diurèse inférieure à 30 cc par heure.
- Assurer la prise en charge obstétricale :
  - Procéder à l'accouchement dès que l'état de la femme est stable, quel que soit l'âge de la grossesse.
  - Examiner le col pour évaluer le score de Bishop.
  - Envisager un accouchement par voie basse :
    - Si le score de Bishop est favorable (>7), déclencher le travail avec l'ocytocine ou les prostaglandines (misoprostol).
    - Si le fœtus est mort ou trop prématuré pour survivre, déclencher le travail, après maturation du col au cas où le score de Bishop serait défavorable (<7).
    - Si une anesthésie sûre n'est pas disponible.

- Pratiquer une césarienne sous anesthésie générale :
  - Si on ne peut prévoir un accouchement par voie basse dans les 12 heures (pour l'éclampsie) ou dans les 24 heures (pour la pré éclampsie sévère).
  - Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (<120 bmts/mn ou >160 bmts/mn).
  - Si le score de Bishop est défavorable (<7) et que le fœtus est vivant.

N.B. Ne pas pratiquer d'anesthésie locale ni la générale à la kétamine.

- Exclure une coagulopathie (test de coagulation au lit : TC, TS) et se rassurer qu'il y a du sang disponible en vue d'une éventuelle transfusion avant de faire une césarienne.

### 3° Assurer le suivi du post partum

- Appliquer les directives relatives à la surveillance du post partum.
- En plus, poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement ou après la dernière crise.
- Continuer les antihypertensifs aussi longtemps que la TA diastolique reste égale ou supérieure à 110 mm Hg.
- Continuer de surveiller la diurèse, les signes vitaux et les saignements.
- Référer dans un hôpital tertiaire si:
  - Une oligurie persiste pendant 48 heures après l'accouchement ;
  - Il existe un trouble de la coagulation ou si un HELLP syndrome (syndrome d'hémolyse avec élévation des transaminases et baisse des plaquettes sanguines) survient ;



- La patiente est dans le coma qui se prolonge pendant plus de 24 heures après les convulsions.
- Mener le counseling suivant les directives du counseling post partum.
- Insister sur la nécessité de la PF et du suivi de la TA.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Fixer rendez-vous pour le suivi.

### 3.9. Directives liées a la prise en charge des affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum

#### 1° Identifier les affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum

Fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  pendant la grossesse, le travail ou le post partum : **Penser à une affection fébrile pendant la grossesse, le travail ou le post partum.**

- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, sans signe de focalisation : **Penser au paludisme.**
- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, dysurie, mictions fréquentes et impérieuses, douleur abdominale sus-pubienne, douleur lombaire à prédilection droite, vomissements, nausées : **Penser à une infection urinaire** qui peut être haute (pyélonéphrite aigue : forme grave) ou basse (cystite).
- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, signes pulmonaires et/ou digestifs, état grippal et asthénie : **Penser à une infection virale.**
- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, écoulement vaginal fétide, léger saignement vaginal, douleurs abdominales, tachycardie fœtale, chez une femme en travail avec poche des eaux rompue >6 heures : **Penser à une infection ovulaire (chorioamniotite).**
- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, douleurs abdominales, lochies purulentes et fétides, distension abdominale, utérus douloureux à la mobilisation, mauvaise involution utérine

et saignement vaginal chez une nouvelle accouchée :  
**Penser à une endométrite.**

- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, douleurs abdominales, saignement prolongé, douleurs pelviennes à la mobilisation du col, col dilaté pouvant porter des lésions traumatiques, présence de produit de conception au col, utérus mou et sensible, pertes vaginales nauséabondes, dans un contexte d'aménorrhée avec ou sans notion de manœuvres abortives : **Penser à un avortement septique.**
- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons, douleur et sensibilité mammaire, rougeur et tuméfaction apparaissant après l'accouchement : **Penser à la mastite.**
- Si fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , frissons + sein dur et très douloureux, avec tuméfaction fluctuante et écoulement de pus : **Penser à l'abcès mammaire.**

## 2° Rechercher la cause

Effectuer les examens de laboratoire selon le contexte clinique.

- GE et/ou TDR du paludisme
- Numération et formule sanguine (NFS)
- Hb / Ht
- Examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) + antibiogramme si possible
- Examen bactériologique du liquide amniotique (EBLA) + antibiogramme si possible
- Examen bactériologique des lochies (EBL) + antibiogramme si possible

**Note : Prélever les échantillons pour examen bactériologique avant le démarrage de l'antibiothérapie.**

### 3° Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides, sueur froides, pouls faible et rapide  $\geq 110$  bts/mn, pâleur, TA basse (diastole  $< 60$  mm Hg), anxiété, confusion, perte de connaissance, vertiges, agitation, respiration rapide  $\geq 30$ /mn
- Signes d'irritation abdominale (péritonite, pelvipéritonite) : distension abdominale, défense abdomino-pelvienne, matité déclive (signes d'épanchement)
- Signes d'abcédation pelvienne : tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus ou du cul-de-sac de Douglas, avec pus à la ponction

**ATTENTION: La présence d'un ou de plusieurs de ces signes nécessite une prise en charge immédiate pour stabiliser l'état de la patiente.**

### 4° Stabiliser l'état de la patiente en cas de signe de choc infectieux

- Allonger la patiente, en décubitus latéral, jambes surélevées, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Placer un abord veineux avec un cathéter G16 à G18.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Restaurer le volume liquidien en perfusant un soluté de lactate Ringer un litre ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou macro molécules 500 ml.
- Administrer l'oxygène si nécessaire à raison de 6 à 8 litres par minute au masque ou à la sonde.
- Transfuser si le taux d'Hb  $< 7g\%$  ou hématocrite  $< 21\%$ , de préférence avec le culot globulaire 1 unité ou plus selon le besoin.
- Démarrer l'antibiothérapie par voie parentérale, en associant :
  - o Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV
  - o Gentamicine 2 x 80 mg par jour en IM

- Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion
- Corriger l'hypoglycémie au besoin.
- Organiser la référence si nécessaire.

## 5° Prendre en charge selon le problème identifié

- *Cas de cystite*
  - Traiter aux antibiotiques :
    - Amoxicilline 500 mg par voie orale, trois fois par jour, pendant 7 jours *ou*
    - Triméthoprime-sulfaméthoxazole (80 mg/400 mg) 2 comprimés par voie orale, deux fois par jour, pendant 7 jours (contre indiqué chez la femme enceinte au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse)
  - Conseiller à la femme de boire beaucoup d'eau et de respecter le traitement prescrit.
  - En cas de récurrence de la cystite deux fois ou plus:
    - Effectuer si possible une culture d'urine avec antibiogramme et traiter avec un antibiotique adapté à l'agent pathogène en cause.
    - Doser la glycémie et, si possible, faire l'hyperglycémie provoquée par voie orale.
    - Référer si nécessaire.
- *Cas de pyélonéphrite*
  - Veiller à ce que la patiente soit bien hydratée, par voie orale ou veineuse.
  - Administrer les antibiotiques :
    - Ampicilline en IV, 2 g toutes les 6 heures pendant 48 heures associée à la gentamicine en IM, 5 mg/Kg par jour en 2 doses par jour pendant 7 jours.
    - Si la fièvre tombe au bout de 48 heures, relayer ampicilline IV par l'amoxicilline per os, 1 g trois fois par jour jusqu'au 14<sup>ème</sup> jour.

- Si la fièvre ne tombe pas après 48 heures, remplacer l'ampicilline par une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération, trois fois 1 g par jour pendant 7 jours.
- Administrer paracétamol per os, 500 mg, chaque fois que nécessaire pour soulager la douleur ou baisser la fièvre.
- Respecter la durée du traitement : 14 jours (ne pas dépasser 7 jours de traitement pour la gentamicine).
- Prodiguer des conseils : boire beaucoup d'eau, se reposer, respecter la cure.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Assurer les visites de suivi.
- En cas de récurrence :
  - Procéder à l'uroculture avec l'antibiogramme et traiter avec un antibiotique adapté.
  - Doser la glycémie et, si possible, procéder au test d'hyperglycémie provoquée.
  - Référer si nécessaire.

**Une réponse clinique doit se produire dans les 48 heures. S'il n'y a pas de réponse au bout de 72 heures, revoir les résultats et réexaminer la couverture antibiotique ; au besoin référer.**

- *Cas d'infection ovulaire (chorioamniotite)*
  - Stabiliser l'état de la femme.
  - Administrer les antibiotiques par voie parentérale en associant :
    - Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV *ou* ampicilline 2 g toutes les 6 heures.
    - Si la fièvre tombe au bout de 48 heures, relayer amoxicilline per os, 1 g trois fois par jour jusqu'au 14<sup>ème</sup> jour.

- Gentamicine 2 x 80 mg par jour en IM pendant 7 jours.
  - Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 7 jours, à relayer avec la forme orale jusqu'au 14<sup>ème</sup> jour.
  - Terminer la grossesse le plus tôt possible, en accouchement par voie basse de préférence.
  - Transférer obligatoirement le nouveau-né en néonatalogie.
- *Cas d'endométrite du post partum*  
Se référer aux directives de prise en charge des hémorragies du post partum (HPP), cas de l'endométrite hémorragique.
  - *Cas d'avortement septique*  
Se référer aux directives de prise en charge des hémorragies des 28 premières semaines de la grossesse, cas de l'avortement septique.
  - *Cas de mastite et d'abcès du sein*  
Se référer au volume 3 traitant des soins néonataux essentiels et d'urgence, cas des problèmes d'allaitement liés à la mère.

## **6° Assurer le suivi**

## **7° Prodiquer des conseils**

## **8° Remplir correctement les outils de collecte des données**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) OMS, UNFPA, UNICEF, WB. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. ***Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et à la période néonatale: Guide destiné à la sage-femme et au médecin.*** OMS Genève, 2003.
- (2) OMS. ***Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique : Guide du prestataire.*** 2<sup>ème</sup> édition. OMS AFRO, 2010.
- (3) Ministère de la Santé Publique, PNSR. ***Formation des prestataires en soins après avortement. Manuel de Référence.*** PNSR, 2011.
- (4) Ministère de la Santé Publique, PNSR. ***Module de formation en Soins gynéco-obstétricaux et néonataux d'urgence au niveau des structures de référence (SGONU).*** PNSR, 2006.
- (5) Ministère de la Santé Publique, PNLP. ***Guide Technique de formation en Prévention et Prise en charge de cas de paludisme.*** PNLP, 2010.
- (6) Ministère de Santé Publique, PNLP. ***Normes et Directives de lutte contre le paludisme. Manuel de Référence.*** PNLP, 2007.
- (7) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Protocole National : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.*** PNLS, juillet 2010.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Technique d'AMIU

### 1° Préparer le plateau d'instruments stériles

- Extrémités de canules
- Pincés hémostatiques longues

Placer le matériel qui suit dans la partie « mains gantées » du plateau :

- Poignée de la pince circulaire
- Spéculum
- Pince pour le nettoyage du col (pince en cœur)
- Pince à plusieurs mors (ou pince de Museux)
- Pince de Pozzi

### 2° Préparer la cliente

- Lui expliquer la procédure d'AMIU.
- Lui demander si elle est allergique aux antiseptiques ou anesthésiques.
- Obtenir son consentement avant l'intervention.

### 3° Préparer la procédure

- S'assurer que tout l'équipement et des intrants nécessaires sont disponibles dans la salle d'intervention: canules appropriées de différentes tailles, intrants et équipement d'urgence (solutés de perfusion IV et trousse, matériel de réanimation, moyens de communication et de transport pour le transfert).
- S'assurer que l'aspirateur garde le vide :
  - o Jeter en cas de fissures ou de défauts visibles.
  - o Charger l'aspirateur : s'il ne maintient pas le vide, vérifier le joint d'étanchéité et le lubrifier au besoin ; si le vide



n'est toujours pas maintenu, jeter l'aspirateur et en prendre un autre.

#### 4° Exécuter la technique

- S'assurer que la cliente a vidé sa vessie et la mettre en position gynécologique.
- Porter des gants.
- Désinfecter vulve et périnée.
- Confirmer les constatations de l'examen initial par un examen bi manuel, en surveillant tout signe d'infection et en le traitant promptement selon les protocoles.
- Insérer doucement le spéculum en sens oblique.
- Désinfecter le vagin et le col.
- Administrer, si indiqué, un bloc para cervical (Lidocaïne).
- Placer la pince de Pozzi sur le col et appliquer une légère traction.
- Dilater le col, si nécessaire : cas de rétention de l'œuf mort ou de débris ovulaires restés dans l'utérus plusieurs jours après l'avortement ; au besoin ramollir le col en utilisant le misoprostol (200 mcg en insertion vaginale 3 heures avant l'intervention, recourir à la voie intra rectale, orale ou sublinguale en cas de saignement).
- Administrer ocytocine 10 UI en IM ou 0,2 mg d'ergométrine en IM avant l'intervention pour contracter le myomètre et limiter le risque de perforation.
- **Aspirer le contenu de l'utérus.**
  - Introduire doucement la canule jusqu'au delà de l'ouverture interne du canal cervical.
  - Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond et ensuite, la retirer légèrement. La faire tourner en exerçant une faible pression pour faciliter l'insertion.
  - Ne pas insérer de force la canule, car les mouvements forcés peuvent causer des douleurs indues ou une perforation de l'utérus ou encore endommager le col, les organes pelviens ou les vaisseaux sanguins.

- Surveiller tout signe pouvant indiquer une perforation, tout au long de la procédure, et interrompre immédiatement l'aspiration en cas de perforation.
- Assembler la canule à l'aspirateur, en maintenant la pince de Pozzi et l'extrémité de la canule d'une main et l'aspirateur dans l'autre.
- Glisser l'aspirateur vers l'arrière pour le fixer à la canule afin d'éviter tout mouvement en sens opposé qui pourrait provoquer une perforation.
- Libérer le vide en enfonçant les boutons; l'aspiration commencera immédiatement.
- Evacuer le contenu de l'utérus par une rotation lente et légère de la seringue d'un coté à l'autre entre 10 et 12 heures, et en faisant lentement reculer et avancer la sonde dans la cavité utérine. Le sang et le débris ovulaires seront visibles à travers la canule et le cylindre de l'aspirateur.
- Vider la seringue et faire à nouveau le vide si la seringue est plus qu'à moitié pleine ou le vide est perdu.
- Vérifier la présence des signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus :
  - mousse rouge ou rose sans tissu, traversant la canule;
  - sensation de rugosité lorsque la canule passe sur la paroi utérine évacuée;
  - contraction de l'utérus sur la canule;
  - la patiente ressent une augmentation des crampes lorsque l'utérus est vide, ce qui indique une contraction.
- Relâcher les boutons et détacher l'aspirateur de la canule une fois la procédure est terminée ; ou retirer ensemble la canule et l'aspirateur, sans relâcher les boutons.
- **Inspecter les tissus aspirés.**
  - Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient approprié en vérifiant que la canule est bien détachée, en

relâchant les boutons, et en appuyant les bras du piston et en repoussant totalement le piston dans le cylindre.

- Evaluer la quantité de tissus aspirés et vérifier la présence de produit de conception.
- S'assurer de l'absence de grossesse molaire (présence de vésicules sous forme de grappe de raisin).
- Envisager la possibilité d'une grossesse ectopique, d'une évacuation non terminée, d'un avortement spontané complet ou de métrorragies en cas d'absence de produit de conception.
- Reprendre l'aspiration si l'on soupçonne qu'il reste des tissus dans la cavité utérine.
- Essuyer l'excédent de sang du col et évaluer la quantité de sang qui continue à s'écouler de l'utérus.
- S'assurer que le saignement est minime.
- Nettoyer les instruments.

#### **5° Assurer les soins post-opératoires**

- Surveiller le pouls, la TA et le saignement.
- L'encourager à manger, à boire et à marcher à sa convenance.
- Evaluer son état émotionnel et lui apporter le soutien psychoaffectif nécessaire.
- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale à la patiente, à chaque fois que c'est nécessaire (sans dépasser 4000 mg par jour).
- Administrer le vaccin antitétanique et/ou le sérum antitétanique selon le cas.
- Lui proposer d'autres services de santé, notamment la PF et le DCIP.
- Laisser la patiente quitter l'établissement après 1 à 2 heures pour les cas sans complication.
- Lui donner des conseils sur la PF, la prévention des infections sexuellement transmises et du VIH, et sur la reconnaissance des signes de danger, et autres renseignements post-opératoires.

## Annexe 2 : Evaluation du col sur base du score de Bishop

Le col est favorable si le score est supérieur ou égal à 6.

Le col est défavorable si le score est inférieur ou égal à 5.

| Paramètre   | Score       |         |            |            |
|---|-------------|---------|------------|------------|
|   | 0           | 1       | 2          | 3          |
| Dilatation (en cm)  | fermé       | 1-2     | 3-4        | plus de 4  |
| Longueur du canal cervical  | plus de 4   | 3-4     | 1-2        | moins de 1 |
| Consistance   | ferme       | moyenne | molle      | —          |
| Position  | postérieure | médiane | antérieure | —          |
| Descente d'après le niveau où se trouve la tête (en cm par rapport aux épines sciatiques) | -3          | -2      | -1 ou 0    | +1 ou +2   |
| Descente d'après la palpation abdominale (en cinquièmes de tête palpables)                | 4/5         | 3/5     | 2/5        | 1/5        |

### **Annexe 3 : Protocole d'administration du misoprostol pour la maturation du col dans le cadre du déclenchement artificiel du travail**

- 1° Vérifier le pouls, la tension artérielle et les contractions utérines de la patiente ainsi que les BCF.
- 2° Réexaminer la patiente et préciser les indications d'administration de misoprostol.
- 3° N'administrer du misoprostol pour amener le col à maturation que dans des cas bien précis comme :
  - Cas de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie si le col est défavorable et qu'il est impossible de pratiquer une césarienne sans danger dans l'immédiat, ou que l'enfant est trop prématuré pour survivre.
  - Cas de mort fœtale in utero si la patiente n'est pas entrée spontanément en travail au bout de 4 semaines et que son taux de plaquettes sanguines diminue.
  - Cas de dystocie dynamique avec dilatation stationnaire en phase de latence, poche des eaux non rompue, bassin bon, score de Bishop défavorable, présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle prævia et pas de souffrance fœtale.
- 4° Placer 25 µg de misoprostol (soit 1/8 comprimé de 200 µg) profondément dans le cul-de-sac vaginal postérieur et renouveler l'opération au bout de 6 heures si nécessaire.
- 5° Surveiller le pouls, la tension artérielle et les contractions utérines et les BCF toutes les 30 minutes.
- 6° S'il n'y a pas de réponse après deux doses de 25 µg, augmenter les doses à 50 µg (soit 1/4 comprimé de 200 µg) toutes les 6 heures.

- 7° Ne pas administrer plus de 50 µg à la fois et ne pas dépasser quatre doses (200 µg en tout) en 24 heures.
- 8° Cesser d'administrer le misoprostol et commencer la perfusion d'ocytocine si :
- les membranes se rompent ;
  - le col est arrivé à maturation ;
  - une bonne dynamique utérine est établie ; **ou**
  - au bout de 12 heures.
- 9° ***Ne pas administrer d'ocytocine à la patiente pendant les 8 heures qui suivent l'administration de la dernière dose du misoprostol.***
- 10° Consigner toutes les informations sur le partogramme.

## **Annexe 4 : Protocole d'administration d'anticonvulsivants en cas d'éclampsie**

### **1<sup>er</sup> choix : Sulfate de magnésium selon le schéma ci-après :**

- Dose de charge
  - Donner 4 g (soit 20 ml) de sulfate de magnésium en solution de 20% dans 250 ml de sérum physiologique pendant 5 minutes.
  - Suivi immédiatement par 10 g (soit 20 ml) en solution de 50%, à raison de 5 g (soit 10 ml) dans chaque fesse en IM profonde avec 1 cc de 2% de lidocaïne.
  - Si les crises persistent après 15 minutes, donner 2 à 4 g (soit 4 à 8 ml) de sulfate de magnésium à 50% dans 250 ml de sérum physiologique (pendant 5 minutes).
  - Prévenir la femme qu'elle aura une bouffée de chaleur après l'administration du sulfate de magnésium.
  - Veiller à ce que les principes de la prévention des infections soient respectés et que le sulfate de magnésium soit administré en IM profonde.
- Dose d'entretien
  - Donner 5 g (10 ml) de sulfate de magnésium (50%) + 1 cc de lidocaïne 2% en IM profonde toutes les 4 heures (alterner les fesses).
  - Poursuivre le traitement 24 heures après la dernière crise ou si elle accouche et qu'elle ne fait plus de crises, 24 heures après l'accouchement.
- Avant de répéter la dose, se rassurer que :
  - La fréquence respiratoire est d'au moins de 16 mouvements/minute.
  - Les réflexes rotuliens sont présents.
  - La diurèse est supérieure ou égale à 30 cc/heure pendant 4 heures.
- Arrêter temporairement le sulfate de magnésium si:
  - La fréquence respiratoire est moins de 16 mouvements/minute.
  - Les réflexes rotuliens sont absents.

- La diurèse est moins de 30 cc/heure en 4 heures.
- Garder le gluconate de calcium (antidote) toujours prêt et, en cas d'arrêt respiratoire :
  - Administrer le gluconate de calcium 2 mg (20 cc d'une solution de 10%) en IV lente jusqu'à ce que la respiration reprenne.
  - Réanimer la patiente : ventiler, administrer de l'oxygène à 4-6 litres/minute si disponible.

**2<sup>ème</sup> choix : Diazépam à administrer suivant le schéma ci-après**

**N'utiliser le diazépam que si le sulfate de magnésium n'est pas disponible.**

- Dose de charge
  - Donner 10 mg en IV, lentement pendant 2 minutes.
  - Si les convulsions reviennent, répéter la dose.
- Dose d'entretien
  - Donner 40 mg dans 500 ml de liquides, en IV.
  - Faire couler goutte à goutte pour garder la femme sous sédation.
- Administrer le diazépam par voie rectale si l'administration en IV n'est pas possible :
  - Donner une dose de charge de 20 mg dans une seringue de 10 ml.
  - Retirer l'aiguille, lubrifier le corps de la seringue et insérer dans le rectum à moitié de sa longueur.
  - Décharger le contenu et maintenir le corps de la seringue en place pendant 10 minutes.
  - Si les convulsions ne sont pas contrôlées en 10 minutes, répéter la dose de 10 mg.



**Attention :**

- **Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 heures.**
- **Eviter de dépasser la dose de 30 mg de diazépam en 1 heure car risque d'insuffisance respiratoire maternelle.**
- **Ventiler si nécessaire.**

## Annexe 5 : Technique de lavage des mains

### Principes généraux

- Se laver les mains **avant** d'examiner et **après** avoir examiné un client (contact direct)
- Se laver les mains après avoir retiré les gants, car les gants peuvent avoir des trous.
- Se laver les mains après exposition à du sang ou à tout autre liquide (sécrétions et excréctions), même si on a porté des gants

**NB : L'expérience a montré que la manière la plus efficace de renforcer l'habitude de se laver les mains est de demander aux médecins ou autres personnes respectées (modèles) de se laver régulièrement les mains et d'encourager les autres à faire de même.**

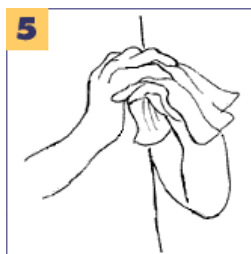
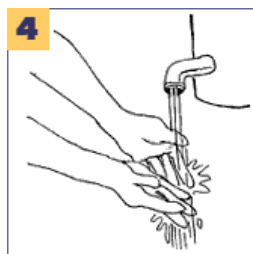
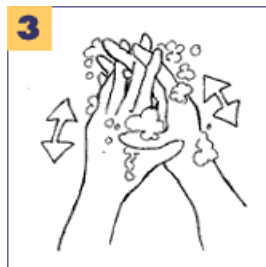
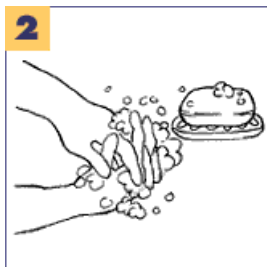
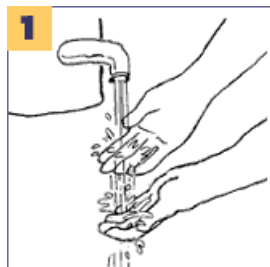
### Exécution de la technique

#### *En l'absence de robinet d'eau courante*

- Utiliser une personne pour aider
- Prendre un seau d'eau et un gobelet
- Enlever les bijoux des mains et des avant-bras
- Demander à la personne-aide de verser l'eau sur les deux mains qui tiennent un savon, et sur les avant-bras
- Frotter les deux mains vigoureusement l'une sur l'autre en faisant mousser le savon
- Ne pas utiliser de brosse
- Demander à la personne de verser de l'eau jusqu'à ce que le savon disparaisse
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre ; ne pas partager les serviettes utilisées pour s'essuyer les mains

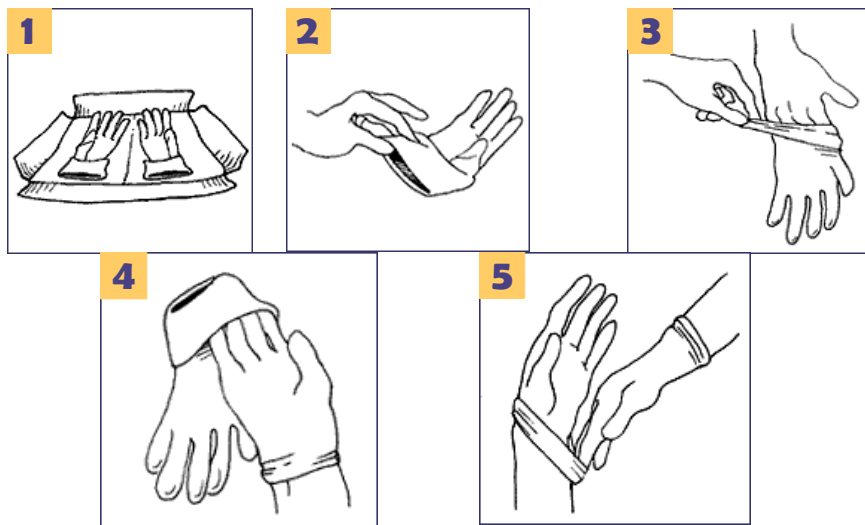
## ***Avec robinet d'eau courante***

Suivre les étapes présentées dans les figures ci-après :



## Annexe 6 : Technique de port des gants

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre
- Plier les manches des gants
- Placer les gants sur un endroit propre avec les paumes vers le haut
- Prendre le premier gant par le bord plié
- Tenir le bord avec une main et mettre l'autre main dans le gant
- Si le gant n'est pas bien mis, attendre jusqu'à ce que les deux gants soient mis, avant de faire l'ajustement
- Prendre le deuxième gant par le bord plié
- Tenir le bord avec la main gantée et mettre l'autre main dans le gant
- Faire l'ajustement afin que les deux gants soient bien mis

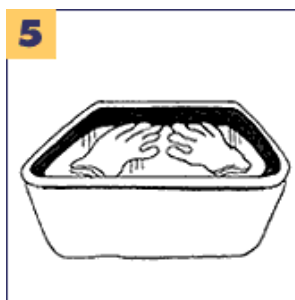
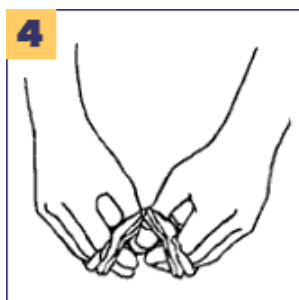
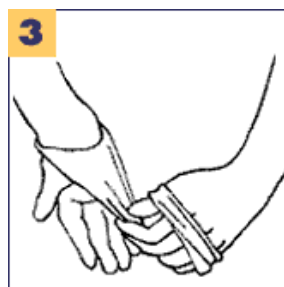
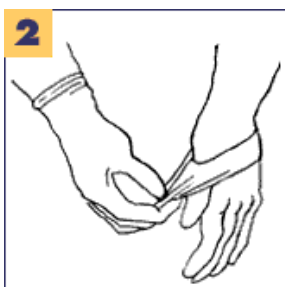


Lors de procédures chirurgicales, il faut porter des gants stériles. On recommande de se frotter les mains pendant 3 à 5 minutes avec une solution contenant de la chlorhexidine ou un iodophore. Ou alors, le personnel chirurgical peut se laver les mains avec du simple savon et, ensuite, appliquer une solution d'alcool avec un émoulliant et frotter jusqu'à ce qu'il soit sec.

Appliquer un antiseptique avant de mettre les gants minimise le risque de transmission des micro-organismes qui se trouvent sur les mains, en dessous des gants. C'est important, car les gants peuvent avoir des trous ou des déchirures invisibles, ou être encochés pendant l'intervention chirurgicale.

## Annexe 7 : Technique de retrait des gants

- Rincer les mains gantées dans la solution de décontamination
- Saisir un des gants vers le bord et tirer le jusqu'au bord des doigts sans l'enlever
- Saisir le deuxième gant vers le bord par la main demi gantée ; tirer le gant en le retournant
- Enlever les deux gants en même temps, en prenant soins de ne pas toucher l'intérieur du gant contaminé
- Laisser les gants dans la solution de décontamination
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre



**LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUE  
A L'ELABORATION DU DOCUMENT**

**1. GOUVERNEMENT**

**1.1. CABINET DU MINISTRE**

| N° | NOMS/POST NOMS           | FONCTION                                |
|----|--------------------------|---|
| 1  | Dr KABANGE NUMBI Félix   | Ministre de la Santé Publique           |
| 2  | Dr MAKWENGE KAPUT Victor | Ministre Honoraire de la Santé Publique |
| 3  | Mme TSHAL Lilianne       | Conseillère                             |
| 4  | Mme LOKOKA Nanty         | Conseillère                             |

**1.2. SECRETARIAT GENERAL**

**a. SECRETAIRE GENERAL**

| N° | NOMS/POST NOMS       | FONCTION                     |
|----|----------------------|------------------------------|
| 1  | Dr LOKADI OTETE      | Secrétaire Général           |
| 2  | Dr MIAKALA-mia-NDOLO | Secrétaire Général Honoraire |

**b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE**

| N° | NOMS/POST NOMS      | FONCTION   |
|----|---------------------|------------|
| 1  | Dr KABEYA Pllippe   | Membre/ST  |
| 2  | Dr MAKAMBA Audace   | Membre/ST  |
| 3  | Dr MUTOMBO Elie     | Membre/ ST |
| 4  | Dr MAYAKASA Charles | Membre/ ST |
| 5  | Dr MBALE IKONDE     | Membre/CNP |
| 6  | MUKENGESHAYI Bitshi | Membre/CCP |

**1.3 DIRECTIONS CENTRALES**

| N° | NOMS/POST NOMS           | INSTITUTIONS |
|----|--------------------------|--------------|
| 1  | Dir KALUME TUTU          | D10          |
| 2  | Dr ASHINGO DIALA         | Expert D10   |
| 3  | Dr BANINGELA Chrisostom  | Expert D10   |
| 4  | Dr BANONOKO Consolatrice | Expert D10   |
| 5  | Dr EYULU MPELA ILONGO    | Expert D10   |
| 6  | Dr LUSIKILA Chantal      | Expert D10   |
| 7  | Dr MAVULA Baudouin       | Expert D10   |
| 8  | Dr MBALI BOYOMA          | Expert D10   |
| 9  | Dr META WANKOMBO         | Expert D10   |
| 10 | Dr NGINDU Dilu           | Expert D10   |
| 11 | Dr YAMBA YAMBA           | Expert D10   |
| 12 | Dr ZOLA Nene             | Expert D10   |
| 13 | MEMBO NZO-NZIMBU         | Expert D10   |
| 14 | MITUMPU NSIONA BASILE    | Expert D10   |
| 15 | Dir NGUMBU MABANZA       | D1           |
| 16 | AG. HIOMBO Phillippe     | Expert D1    |
| 17 | AG KAHODI OMOMBO         | Expert D1    |
| 18 | Dir MBOMBO KABANTU       | D2           |

|    |                             |            |
|----|-----------------------------|------------|
| 19 | CD BONKONDI Egide           | Expert D2  |
| 20 | Dr MONGOLO MOLENGI          | Expert D2  |
| 21 | AG ILOS'OJIBANGO Jollivin   | Expert D2  |
| 22 | Dir NGELEKA MUTOLO          | D3         |
| 23 | Phcien KALALA               | Expert D3  |
| 24 | Phcienne MBEU Ghislaine     | Expert D3  |
| 25 | Phcien LEPUGE M.            | Expert D3  |
| 26 | Dir KEBELA Benoit           | D4         |
| 27 | Dr BEYA EFINI Christian     | Expert D4  |
| 28 | Dr MONDONGE Vital           | Expert D4  |
| 29 | YOKA EBENGO Denis           | Expert D4  |
| 30 | Dir MUKENGESHAYI Marcel     | D5         |
| 31 | Phcienne KIMBAMBU Germaine  | Expert D5  |
| 32 | AG. NGANDU                  | Expert D5  |
| 33 | Dr BOJI Chantal             | Expert D5  |
| 34 | Dr TSHOMBA Charlie          | Expert D5  |
| 35 | Dr KAYA Guylain             | Expert D5  |
| 36 | Dr THETHE Sylvie            | Expert D5  |
| 37 | Ir. LUMBAYI Jean Paul       | Expert D5  |
| 38 | Dr FARAY ASSUMANY           | Expert D5  |
| 39 | Dir KOMBA DJEKO             | D6         |
| 40 | C.B. NDUAYA NDUAYA          | Expert D6  |
| 41 | KAPONGO Jean                | Expert D6  |
| 42 | Dir KALAMBAYI TEMBWA        | D7         |
| 43 | Dir EPUMBA BERTIN           | D7 adjoint |
| 44 | Dir MALABA MUYANJI          | D8         |
| 45 | DUMBO TSHAMOBA Patrick      | Expert D8  |
| 46 | Dir KWENGANI MAVAR Benjamin | D9         |
| 47 | AG KISESA TANGU BALAK       | Expert D9  |
| 48 | Dr KUMUTIMA Clarisse        | Expert D9  |
| 49 | Dir BODY ILONGA             | D11        |
| 50 | Dr BANZWA Berthe            | Expert D11 |
| 51 | Dr KABEYA Duda              | Expert D11 |
| 52 | Dr MOUCKA Jean-Pierre       | Expert D11 |
| 53 | Dir WELO Albert             | D12        |
| 54 | Dr MASENGU ILUNGA           | Expert D12 |
| 55 | MASSIALA Nana               | Expert D12 |
| 56 | Dir NGILO ZAGBALI           | D13        |
| 57 | Ir LUPANTCHIA Paul          | Expert D13 |
| 58 | Dr KASONGO Albert           | Expert     |

**1.4 PROGRAMMES SPECIALISES**

| N° | NOMS/POST NOMS           | INSTITUTIONS |
|----|--------------------------|--------------|
| 1  | Dr MULUMBA Audry         | Dir PEV      |
| 2  | AKARASIS MAKSAS          | Expert PEV   |
| 3  | Dr MATAMBA TSHINGOMBE    | Dir PNAM     |
| 4  | KATELE André             | Expert PNAM  |
| 5  | NSENGA Nadine            | Expert PNAM  |
| 6  | Dir Prof LUKUNKU Vincent | Expert PNCPS |
| 7  | Dr YUMA                  | Expert PNCPS |
| 8  | Dr NDAKAKANU             | Expert PNCPS |
| 9  | CD KOTA MACHAFU Annie    | Expert PNCPS |





## 1. AGENCES DE L'ONU

### 1.1. OMS

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u>          | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|--------------------------------|--------------------------|
| 1  | Dr KINI Brigitte               |                          |
| 2  | Dr MBUYI KABULEPA Marie Claude |                          |
| 3  | Dr COMPAORE ISSAKA Pierre      |                          |
| 4  | Dr NKIERE Nico                 |                          |
| 5  | Dr MPOYI Etienne               |                          |
| 6  | FWELO Marie-Claire             |                          |
| 7  | Dr MANZENGO Casimir            |                          |

### 1.2. UNICEF

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr Celestino COSTA    |                          |
| 2  | Dr Alphonse NTOKO     |                          |
| 3  | Dr WAZEH Stephen      |                          |
| 4  | Dr KAZADI Thierry     |                          |
| 5  | Dr MBU Bernadette     |                          |
| 6  | Dr MUSUAMBA Gertrude  |                          |
| 7  | Dr TRAORE Célestin    |                          |
| 8  | HOUNGBEDJI KOFFI ANGE |                          |
| 9  | BUGANDWA Innocent     |                          |
| 10 | Dr MACOURA OULARE     |                          |
| 11 | Dr Laurent KAPUND     |                          |
| 12 | Dr TOGOLA SAYIRI      |                          |

### 1.3. UNFPA

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u>  | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|------------------------|--------------------------|
| 1  | Dr SHAMWOL             |                          |
| 2  | EKE Henriette          |                          |
| 3  | Dr BILANDA NDELE       |                          |
| 4  | Dr KAWENDE Bora        |                          |
| 5  | Dr NEMADJARE Théophile |                          |

## 2. ORGANISMES DE COOPERATION

### BI ET MULTI LATERALES

#### 2.1. UE

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr MULOHWE KASONGO    |                          |

#### 2.2. USAID

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Prof. PIRIPIRI Lina   |                          |

#### 2.3. USG/USAID

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | LONGONDO ETENI        |                          |

### 2.4. GTZ

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr CAMARA Adama       |                          |
| 2  | Dr Diana              |                          |

## 3. ONG/ SANTE

### 3.1. ABEF ND

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u>  | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|------------------------|--------------------------|
| 1  | KATUMBAYI Isaac        |                          |
| 2  | KABONGO MAKWER Willy   |                          |
| 3  | NTATUKIDI MULOBO Nancy |                          |

### 3.2. ASF/PSI

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr SELEGO Chalet      |                          |
| 2  | Dr NTOYA Ferdinand    |                          |

### 3.3. AXxes

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr MPUNGA Michel      |                          |
| 2  | Dr NSIALA Adrien      |                          |

### 3.4. C-CHANGE/USAID

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> |  |
|----|-----------------------|--|
| 1  | Mme CHIRWISA Flora    |  |

### 3.5. CRS

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr KITU N.            |                          |
| 2  | Dr PETELO             |                          |

### 3.6. ESP/UNC

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr OKITOLONDA Vitus   |                          |

### 3.7. EGPAF

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | KIBUNGU Jocelyne      |                          |

### 3.8. FHI 360

| N° | <u>NOMS/POST NOMS</u> | <u>QUALITE : Experts</u> |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1  | Dr MAYALA MABASI      |                          |
| 2  | ENGETELE Elodie       |                          |

**1.1. HANDICAP INTERNATIONAL**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr NDONA Jackie

**1.2. IPS**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TONA TSALA
- 2 KAPITA Dady

**1.3. IRC**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr NGOY Pascal
- 2 Dr MASHANT Emilio
- 3 Dr BOUBAKAR TOURE +
- 4 Dr AVELEDI Blandine

**1.4. MCHIP/USAID**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr KANZA NSIMBA
- 2 Dr LUNTADILA Papy

**1.5. MEMISA**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 MBIKALE Florimond
- 2 MANZANZA Jules

**1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TSHITETA Philippe
- 2 Dr OUSMANE FAYE
- 3 Dr ANDRIANANDRASANA Gilbert
- 4 Mme ZIKUDIEKA Lucie
- 5 Dr KOY MATILI
- 6 MUNONGO Ben
- 7 Dr MBUYI Ninette
- 8 Dr GIKAPA John
- 9 DEROSENA Michael Ray
- 10 Ph. MASSAMBA Cyrille

**1.7. PATH/MCHIP**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Susheela ENGELBRECHT
- 2 Dr NARAYANAN Indira

**1.8. SAVE THE CHILDREN**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr SAGNO Kalil

**1.9. BDOM**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin Dir

- 1 Dr Bénédicte CLAUS (pour référence)

**1.10. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin Dir

- 1 Dr N'KU IMBIE (pour référence)

**2. PROJET****1. PARSS**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr WANGATA Jacques

**3. SOCIETE CIVILE**

N° NOMS/POST NOMS QUALITE :  
 1 SAMUKUNGU PATRICE Expert UNAAC  
 2 MBOMBO Louise Expert UNAAC

