

Soins Prénatals et Postnatals

Manuel du Facilitateur

Soins Prénatals et Postnatals

Manuel du Facilitateur

Publié Par



Auteurs: Mary McCauley, Nynke van den Broek
Contributeurs: Olivia Hill, Hannah McCauley, Francis Muriithi

Publié par:

The Centre for Maternal and Newborn Health,
Liverpool School of Tropical Medicine
Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA
United Kingdom

ISBN: 978-1-9998560-3-8

Copyright © 2018 The Centre for Maternal and Newborn Health, The Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, L3 5QA, United Kingdom.

Site Internet: <http://cmnh.lstmed.ac.uk/> Email: cmnh@lstmed.ac.uk

Tous droits réservés. Aucune partie de la publication ne peut être reproduite, stockée ou introduite dans un système de recherche de données ou transmise, sous aucune forme et via n'importe quel moyen (électronique, mécanique, par photocopie ou autre), sans l'autorisation du Centre for Maternal and Newborn Health, The Liverpool School of Tropical Medicine

Printed and bound by: CPI Anthony Rowe, Chippenham, SN14 6LH, UK

Cover photographs ©Photoshare



Sommaire

Introduction	viii
Chapitre 1 : Être un bon Facilitateur	1
Introduction	1
Les principes de l'apprentissage des adultes.....	1
Facilitation efficace	2
Préparation des travaux de groupe	2
Faciliter un cours.....	3
Faciliter un scénario.....	3
Faciliter une session sur les compétences.....	4
Encouragez la participation	4
Santé et sécurité	4
Chapitre 2 : Soins prénatals : première visite.....	6
2.1 : Qualité des soins	6
2.2: Modèles des soins prénatals et référence.....	9
2.3 : Première consultation prénatale (CPN) : évaluation systématique complète	10
2.4 : Première consultation prénatale : divulgation de violence conjugale	15
Chapitre 3 : Consultation prénatales : tests de diagnostic	18
3.1 : Mesure du taux d'hémoglobine à l'aide d'Hemocue®.....	18
3.2 : Test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme	22
3.3 : Test de diagnostic rapide pour le VIH et la Syphilis.....	25
3.4 : Dépistage et diagnostic de la tuberculose	28
Chapitre 4 : Soins prénatals : consultations suivantes	32
4.1 : Dépistage des maladies psychologiques durant la grossesse.....	32
4.2 : Examen obstétrical.....	33
4.3 : Soins Prénatals : Evaluation et calendrier de suivi	36
4.4 : Soins prénatals : Consultations intermédiaires	40
Chapitre 5 : Symptômes courants de la grossesse.....	43
5.1 : Identification et traitement des symptômes courants de la grossesse.....	43
5.2 : Mythes et Idées fausses.....	47
5.3 : Dépistage et traitement des pertes vaginales et des maladies sexuellement transmissibles	50
5.4 : Dépistage et suivi des soins psychosociaux durant la grossesse	53

Chapitre 6 : Troubles médicaux de la grossesse	57
6.1 : Dépistage et prise en charge de l’anémie et de la nutrition	57
6.2 : Hypertension chronique/préexistante pendant la grossesse.....	61
6.3 : Dépistage et prise en charge du diabète pendant la grossesse	64
6.4 : Prise en charge des troubles respiratoires pendant la grossesse.....	68
Chapitre 7 : Infections et grossesse	70
7.1 : Infections d’origine inconnue pendant la grossesse	70
7.2 : Prise en charge du VIH pendant la grossesse	74
7.3 : Prise en charge du paludisme pendant la grossesse	77
7.4 : Prise en charge de la tuberculose pendant la grossesse	79
Chapitre 8 : Complications de la grossesse	82
8.1 : Hypertension induite par la grossesse : diagnostic et prise en charge	82
8.2 : Conduite à tenir devant une hémorragie ante-partum.....	87
8.3 : Prise en charge de l’accouchement prématuré et de la rupture prématurée des membranes avant terme	91
8.4 : Conduite à tenir devant une présentation anormale	95
Chapitre 9 : Évaluation du bien-être fœtal	97
9.1 : Évaluation fœtale pendant la grossesse	97
9.2 : Dépistage du retard de la croissance intra-utérin (RCIU).....	98
9.3 : Indications du déclenchement du travail	101
9.4 : Prise en charge des grossesses multiples	105
Chapitre 10 : Soins postnatals	108
10.1 : Modèles de soins postnatals et la référence	108
10.2 : Évaluation postnatale de la mère et du bébé.....	109
10.3 : Soins du périnée.....	114
10.4 : Soins de la femme après une césarienne	117
10.5 : Reconnaître une femme malade	120
10.6 : Allaitement et examen des seins	124
10.7 : Conseils et pose d'un dispositif intra-utérin (DIU).....	127
10.8 : Prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme	129
10.9 : Santé mentale de la période postnatale.....	132
10.10 : Suivi et compte-rendu après un événement indésirable grave	136
Chapitre 11 : Soins postnatals : visites suivantes	139
11.1 : Évaluation des risques et planification	139
11.2 : Évaluation clinique de la femme.....	143

Chapitre 12 : Soins postnatals du nouveau-né	146
12.1 : Examen du nouveau-né	146
12.2 : Évaluation clinique du nouveau-né	149
12.3 : Prise en charge de l'infection néonatale	154
12.4 : Prise en charge de l'ictère néonatal	157
12.5 : Prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance	161
12.6 : Prise en charge des problèmes d'alimentation du nouveau-né	166
12.7 : Prise en charge de la thermorégulation du nouveau-né et méthode « Mère Kangourou »	170
12.8 : Évaluation et prise en charge d'un nouveau-né gravement malade.....	174
Annexes	180
Annexe 1 : Aménagement suggéré pour une clinique anténatale et postnatale.....	181
Annexe 2 : Technique de lavage des mains	182
Annexe 3 : Échographie obstétricale pendant et après la grossesse	183
Annexe 4 : Questionnaire de Whooley pour dépister la dépression.....	184
Annexe 5 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg	185
Annexe 6 : Outil de dépistage de la violence domestique	187
Annexe 7 : Principaux médicaments et vaccins pendant la grossesse, après la grossesse et pour le nouveau-né	188
Annexe 8 : Liste des personnes ayant revu le document	194

Introduction

La mortalité maternelle et périnatale reste à un niveau inacceptable dans les milieux à faible ou moyen revenu. Environ 303 000 femmes meurent chaque année en raison de complications liées à la grossesse, l'accouchement et à la période postnatale. De plus, sur les 2,7 millions de décès de nouveau-nés, les trois quarts se produisent durant la première semaine de vie, à quoi s'ajoutent les 2,6 millions de mortinaissances. Les décès néonataux représentent presque la moitié des décès chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Bon nombre de ces décès auraient pu être évités si des soins de santé de bonne qualité avaient été accessibles.

L'impact de la morbidité associée à la grossesse reste largement méconnu mais est probablement important. Pour chaque décès maternelle, environ 20 à 30 femmes sont soignées pour une affection connue. Des études préliminaires montrent que lors de la grossesse et de la période post-partum, trois femmes sur quatre présentent des symptômes cliniques, des anomalies à l'examen clinique et/ou aux analyses de laboratoire, une femme sur deux fait de l'anémie, une femme sur trois a des problèmes sociaux et une femme sur quatre a des problèmes de santé mentale.¹

L'assistance d'un personnel qualifié à la naissance a augmenté dans le monde de 56% en 1990 à 74% en 2015.² L'efficacité des interventions menées pendant l'accouchement et immédiatement après est cruciale pour réduire la mortalité maternelle, la mortinatalité et la mortalité néonatale.³ Il est également important de s'assurer que les femmes reçoivent les soins adéquats pendant et après la grossesse.

L'Objectif de Développement Durable (ODD) des Nations Unies pour la santé est « d'assurer une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous, à tous les âges ».⁴ De même, la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, du Nouveau-né et de l'Enfant met l'accent sur le fait que toutes les femmes ont droit au meilleur standard possible en matière de santé et de bien-être ; incluant les aspects physiques, mentaux et sociaux.⁵

Sur les 50 interventions indispensables à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile pour lesquelles des preuves d'efficacité existent et qui sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la survie maternelle, néonatale et infantile, plus de la moitié devraient être mises en œuvre dans le cadre d'un continuum de soins pendant et après la grossesse.⁴ Il est important de s'assurer que les soins prénatals et postnatals sont intégrés, c'est à dire incluent le dépistage et la

¹ Étude menée en 2015 par CMNH sur 11,454 femmes au Kenya, au Malawi, au Pakistan et en Inde.

² Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2016 : Surveillance sanitaire pour les Objectifs de Développement Durable (ODD). Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2016a.

³ Grady K, van den Broek N, Kongnyuy E, Ameh CA. Guide du participant : Soins d'urgence : soins obstétricaux et néonataux essentiels. Londres : RCOG Press ; 2007.

⁴ Nations Unies. Objectifs de développement durable : Objectif 3 : Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge. New York : Nations Unies ; 2017 ; Disponible sur : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

⁵ Maternelle, Néonatale et Infantile : Une revue globale des Interventions Clés liées à la Santé Génésique, Maternelle, Néonatale et Infantile (SGMNI). Genève, Suisse PSMNI ; 2011.

prise en charge du paludisme, du VIH/du SIDA et de la tuberculose, ainsi que les soins obstétricaux de routine. De plus, il est important que les soins soient individualisés, c'est-à-dire qu'ils satisfassent aux besoins vitaux spécifiques identifiés de chaque mère et de son bébé.

Globalement, 83% des femmes viennent recevoir des soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse et 64% en reçoivent quatre fois ou plus.⁶ En réalité, dans de nombreux cas, c'est une série d'opportunités manquées. Dans le monde, seulement 48% des femmes et des bébés reçoivent des soins postnatals.²

Des soins adéquats dispensés pendant et après la grossesse sont importants pour la santé de la mère et du bébé. Au cours des soins prénatals, il est possible de prévenir et/ou d'identifier et de prendre en charge des pathologies qui peuvent causer des complications à l'accouchement, la mortalité maternelle, la mortinatalité et la mortalité néonatale. Les soins prénatals relient la femme et sa famille au système formel de santé, ce qui peut potentiellement améliorer la santé de la mère et du bébé à naître pendant la grossesse, augmenter les chances de la mère de recevoir une assistance qualifiée pendant l'accouchement, des soins essentiels au nouveau-né et un suivi post partum.

Les soins et le soutien dispensés pendant la période qui suit l'accouchement sont cruciaux non seulement pour la survie mais également pour la santé physique et psychologique future et le développement de la mère et de son bébé, en particulier en favorisant l'attachement. Un défi majeur de la période post-accouchement est d'apporter le soutien nécessaire vis-à-vis de la planification familiale et de remédier aux besoins très souvent non satisfaits de contraception, et cette question doit être abordée durant la grossesse.

Ce document démontre comment organiser les soins prénatals et postnatals de manière à ce qu'ils répondent efficacement aux besoins des mères et de leurs futurs bébés. Il fournit également aux professionnels de santé des informations concernant le diagnostic et la prise en charge des maladies fréquentes chez la mère et son bébé pendant et après la grossesse. Les aspects relatifs à la santé mentale et sociale et la nécessité d'établir un soutien ont également été abordés.

Le guide est destiné aux professionnels de santé qui exercent dans des pays à revenu faible et intermédiaire, dans des conditions parfois difficiles, qui luttent pour pouvoir assurer des soins de bonne qualité. Nous les félicitons et espérons que ce guide leur sera utile.

Dr Mary McCauley

Professor Nynke van den Broek

Centre de Santé Maternelle et Néonatale
École de Médecine Tropicale de Liverpool
Royaume-Uni

⁶ Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2015. Disponible sur http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

Chapitre 1 : Être un bon Facilitateur

Introduction

Les facilitateurs sont une partie essentielle de ce programme de formation et ont une grande influence sur la qualité de la formation. Le succès de ce programme de formation repose non seulement sur l'engagement des participants, mais aussi sur les capacités, l'énergie et l'enthousiasme des facilitateurs. Il est important que vous soyez dédié à votre rôle de Facilitateur efficace, que vous vous prépariez bien, recueillez des commentaires de vos pairs et vous efforciez continuellement d'améliorer la qualité des programmes de formation que vous menez.

Comme Facilitateur dans cette formation vous serez soutenus par le **directeur du cours** qui sera nommé par le groupe de direction. De même, un **évaluateur du cours** aidera à l'évaluation des participants. Des rencontres du corps professoral sont tenues deux fois par jour afin d'assurer le bon déroulement de la formation et de résoudre toutes questions ou problèmes.

Pour beaucoup de participants, ce style de formation avec des ateliers de « compétences et des exercices » est peut-être une nouveauté et ils pourraient avoir du mal à se lancer au début. Il est utile d'observer les autres facilitateurs pour voir comment ils dirigent leurs sessions et cours magistraux, et savoir comment les participants réagissent aux aspects théoriques de la formation. Les facilitateurs peuvent apprendre les uns des autres, afin d'améliorer sans cesse leurs savoir-faire en animation.

Les principes de l'apprentissage des adultes

Pour être en mesure d'enseigner efficacement, il est utile de comprendre les principes d'apprentissage des adultes. Ceux-ci sont généralement dans une situation d'apprentissage parce qu'ils le veulent, tandis que les enfants sont dans une situation d'apprentissage parce qu'ils le doivent. Cela signifie que si les adultes ne veulent pas être dans la situation d'apprentissage, ils ne participeront pas. Cela a comme conséquence que :

- Les adultes doivent comprendre la raison de cet enseignement
- Les adultes doivent apprécier de ce qu'ils font
- La formation des adultes doit être intéressante, pertinente, applicable, réalisable et les participants doivent être en mesure de dire qu'ils ont réussi quelque chose
- Les adultes doivent être en mesure de voir comment ce qu'ils apprennent peut-être appliqué dans leur domaine de travail
- Les adultes apprennent différemment et c'est pourquoi différentes formes d'enseignement peuvent être utiles, y compris les cours magistraux, les travaux de groupe, les jeux de rôle et les groupes de discussion.

Le bon Facilitateur

Il est probable que vous avez beaucoup d'expérience dans l'enseignement que ce soit dans un contexte clinique, en individuel, avec un collègue, ou de manière plus formelle en classe ou amphithéâtre. Si une grande partie de votre expérience est celle de la clinique plutôt que celle de la salle de classe, alors il est normal d'être inquiet la première fois que vous donnez un cours ou facilitez une séance d'apprentissage de compétences, en particulier s'il s'agit d'un pays et d'une culture différents.

- Soyez bien préparé. Lisez les cours et familiarisez-vous avec tous les supports de formation (y compris la documentation pertinente) bien avant de donner les cours.
- Un Facilitateur doit bien connaître le groupe à former. Avant la formation, la liste des participants sera disponible. Prenez le temps de comprendre les différents types de professionnels de soins qui seront présents au cours et leurs origines. Au cours de la formation, il y aura différentes catégories de professionnels de santé avec des formations et expériences diverses et variées. Cela pourrait signifier qu'un enseignement et une stratégie d'apprentissage légèrement différents seront nécessaires d'un groupe et d'un individu à un autre. Alors qu'un groupe mixte au cours de la formation a pour effet d'améliorer le travail d'équipe, la satisfaction des participants vis-à-vis de la session de formation dépend de la qualité du Facilitateur. Les animateurs qui peuvent dispenser une formation de bon niveau, en entraînant tous les apprenants dans des sessions interactives, constituent des formateurs efficaces.
- Les compétences de communication sont très importantes. Il est essentiel de parler clairement, d'être culturellement sensible, d'éviter le langage familier, l'argot, et de ne pas faire de blagues car leur contenu peut ne pas être compris par les participants. Prenez le temps de recueillir des commentaires, tant formels qu'informels, de la part des autres facilitateurs et/ou des participants.
- Certains des participants peuvent détenir des postes de direction et avoir plusieurs années d'expérience clinique. Enseigner un cadre de ce niveau peut être un défi, surtout pour les nouveaux facilitateurs. Essayez d'associer ces participants aux discussions ouvertes autant que possible, en vous appuyant sur leurs expériences.
- N'oubliez pas que les adultes apprennent mieux lorsqu'ils peuvent comprendre pourquoi ils apprennent quelque chose, quand ils trouvent le processus d'apprentissage agréable et peuvent voir comment il peut être appliqué dans la pratique. Essayez d'utiliser des exemples pertinents pour le cadre du système de santé que les apprenants/participants connaissent et de prendre le temps d'écouter et d'apprendre de leurs expériences de travail dans les zones à faibles ressources.

Préparation des travaux de groupe

Ce manuel du Facilitateur contient des instructions détaillées pour chacune des séances en petits groupes. Chaque chapitre de ce module présente les résultats d'apprentissage attendus, l'équipement nécessaire à l'enseignement, le programme du module, les instructions pour les travaux de groupe et des références clés.

- Identifier et préparer l'espace/la salle de formation
- Vérifier que l'équipement nécessaire à l'enseignement est dans la bonne salle et en état de fonctionnement.
- Disposer l'équipement de manière sécurisée dans la pièce/espace alloué pour la séance.
- Avant de commencer toute séance, assurez-vous que vous avez le bon groupe de participants et accordez-vous avec eux sur des règles de travail en groupe.

Essayez d'encourager la participation de chaque membre du groupe en leur demandant d'endosser les rôles nécessaires à la séance et de participer à tour de rôle. N'oubliez pas qu'il y aura une variété de professionnels de santé qui participent à la formation et certains peuvent se sentir intimidés par ceux qu'ils considèrent comme leurs supérieurs hiérarchiques. Vous devez essayer d'encourager les participants plus expérimentés à aider les moins expérimentés et aussi encourager l'esprit d'équipe. Gardez en tête le temps alloué pour chaque séance (plénière ou travaux de groupe). Veillez clore la séance et donnez aux participants les points d'apprentissage clé.

Faciliter un cours

Beaucoup de cours portent sur des concepts de base concernant les soins prénatals et postnatals de routine. Toutefois, si le cours porte sur un sujet qui ne vous est pas familier, cela peut créer une certaine anxiété chez vous. Ceci est normal et c'est la raison pour laquelle la préparation est importante. Cela peut parfois relever du défi que de présenter un cours écrit par quelqu'un d'autre, puisque vous n'avez pas fait le travail de recherche et il se peut que ce ne soit pas dans le style d'enseignement avec lequel vous vous sentiez le plus à l'aise. Toutefois, nous vous demandons de ne pas modifier les cours, mais plutôt de transmettre vos propositions au responsable de la formation.

Avant le cours, assurez-vous que l'ordinateur portable et l'écran pour la projection sont disponibles et fonctionnels.

Veillez-vous présenter aux participants au début de votre cours en indiquant votre nom, d'où vous venez et votre profession. Tous les cours et les travaux de groupe ont un début précis (l'introduction), un milieu et une fin précise, ou conclusion, qui résume les principaux points de l'apprentissage.

Une bonne préparation signifie que vous n'aurez pas à lire directement à partir des diapositives, donc vous pourrez ainsi faire face aux apprenants à la droite de l'écran, afin qu'ils puissent voir les diapositives mais aussi vous entendre clairement.

Les cours devraient durer environ 20 minutes, y compris le temps pour les questions. Si vous n'êtes pas sûr d'une réponse, ne devinez pas, et demandez conseils au directeur de cours.

Faciliter un scénario

Lors des travaux de groupe sur un scénario précis, le but est de faire la démonstration d'un cas clinique de manière réaliste. Habituellement, l'un des facilitateurs assumera le rôle de la femme et l'un participant sera invité à jouer le rôle du prestataire de soins et invité à mener la consultation à travers le scénario.

Chaque scénario est structuré et les détails sont mis en évidence dans chaque chapitre.

Faciliter une session sur les compétences

Nous suggérons d'enseigner une compétence dans un processus en quatre parties :

1. Le Facilitateur démontre la compétence en 'temps réel' sans explication.
2. Le Facilitateur démontre et explique la compétence.
3. Le Facilitateur démontre la compétence et les participants l'expliquent.
4. Les participants pratiquent la compétence.

Toujours vous présenter et expliquer comment la session se déroulera et la clore en insistant sur les points principaux.

Encouragez la participation

Essayez de pratiquer les séances de formation d'une manière qui inclut tous les participants et encourager la discussion ouverte. Il est utile de comparer les techniques utilisées par les autres facilitateurs pour déterminer la meilleure façon de s'assurer que les participants sont pleinement engagés et réactifs aux séances d'enseignement.

Santé et sécurité

Veillez noter que vous êtes responsable de votre santé et de votre sécurité ainsi que de celles des participants et de vos collègues. Il est important de suivre toutes les directives de prévention et de contrôle des infections et d'éliminer les objets tranchants en toute sécurité.

Les meilleurs conseils pour une bonne facilitation

Suggestions

- ✓ Préparer à l'avance
- ✓ Utiliser des aides visuelles
- ✓ Parler clairement et fort
- ✓ Encourager les questions
- ✓ Faire un résumé à la fin de chaque session
- ✓ Assurez-vous qu'il y a un simple « message à retenir »
- ✓ Faire le lien entre les sujets
- ✓ Encourager la participation
- ✓ Écrire clairement, en gras et en lettres majuscules sur les tableaux à feuilles mobiles
- ✓ Utiliser le séquençement logique des sujets
- ✓ Bien gérer votre temps
- ✓ Restez simple
- ✓ Donner aux participants des commentaires de manière constructive
- ✓ Positionner vos visuels de manière à ce que tout le monde puisse les voir
- ✓ Éviter les manières distrayantes et distractions dans la salle
- ✓ Soyez conscient du langage corporel des participants
- ✓ Garder le groupe concentré sur la tâche
- ✓ Fournir des instructions claires
- ✓ Vérifier si vos instructions sont bien comprises
- ✓ Évaluer au fur et à mesure
- ✓ Soyez patient
- ✓ Maintenir un bon contact visuel (si culturellement approprié)

Essayez d'éviter de

- ✗ Parler à l'écran avec le dos au groupe
- ✗ Parler au tableau (flip chart)
- ✗ Bloquer les aides visuelles
- ✗ Ignorer les commentaires et réactions (verbales et non-verbales) des participants
- ✗ Lire directement à partir du manuel
- ✗ Utiliser un langage culturellement inapproprié
- ✗ Utiliser l'argot
- ✗ Faire des blagues qui ne sont pas culturellement pertinentes et/ou qui ne seront pas comprises

Chapitre 2 : Soins prénatals : première visite

2.1 : Qualité des soins

Ressources	
■ Stylo	■ Tableaux à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Cette session concerne la façon de fournir des soins aux femmes qui prennent en compte leurs propres besoins de santé et leur permette de choisir comment et où elles reçoivent ces soins. Elle démontrera comment les prestataires de soins peuvent prodiguer des soins de maternité respectueux. Pour le jeu de rôle, un Facilitateur jouera le rôle de la femme enceinte qui est venue pour des soins et un participant sera le professionnel de santé (infirmière/sage-femme) s'informant sur les antécédents prénatals.

Principaux résultats attendus

- Apprécier et comprendre le concept de soins de maternité respectueux
- Discutez des moyens de promouvoir des soins de maternité respectueux dans le système et les établissements sanitaires locaux

Scénario clinique

Rôle du Facilitateur (femme enceinte)

Une femme de 23 ans ayant déjà eu 2 grossesses assiste à sa première consultation prénatale. Elle est à environ 24 semaines de grossesse. Elle vit en milieu rural et est la femme d'un fermier. Elle est venue à la clinique aujourd'hui car elle a des sensations vertigineuses intermittentes et se sent très fatiguée presque toute la journée. Elle a aussi des pertes vaginales malodorantes de couleur verte. Elle est accompagnée par sa voisine qui est également venue pour une visite prénatale. Elle n'a pas le paiement requis pour la consultation.

Rôle du participant (sage-femme)

La sage-femme est fatiguée parce qu'elle est la seule sage-femme présente à la clinique et qu'il y a au moins 40 femmes qui attendent d'être vues. Pour gagner du temps, elle interroge sur les antécédents des femmes, pendant que l'infirmière auxiliaire prend leurs pressions artérielles. La sage-femme est d'un groupe ethnique différent de la femme, mais peut communiquer dans la langue locale.

Demander au participant jouant le rôle de la sage-femme de prendre les antécédents obstétricaux incluant :

- Date des dernières règles
- Antécédents obstétricaux
- Antécédents médicaux
- Toutes les plaintes/symptômes actuels

Points de discussion au sein du groupe

1. Introduction :
 - Est-ce que la sage-femme a accueilli la femme aimablement et s'est-elle présentée ?
 - Est-ce que la sage-femme garantissait la confidentialité pendant toute la discussion ?
2. Prise des antécédents :
 - Est-ce que la sage-femme a obtenu toutes les informations pertinentes nécessaires ?
 - Est-ce que la sage-femme a demandé à la femme pourquoi elle venait à la clinique et si elle voulait que la personne qui l'accompagne soit avec elle pendant la consultation ?
3. Examen clinique :
 - Est-ce que la sage-femme garantissait la confidentialité ?
 - Est-ce que la sage-femme a obtenu un consentement verbal avant de commencer l'examen ?
4. Comment est-ce que la sage-femme discute de ses conclusions avec la femme enceinte ?

Aptitudes générales de communication

De bonnes compétences en communication, à la fois verbale et non verbale, sont importantes pour tout prestataire de soins de santé.

Demander aux participants quelles sont les compétences clés requises pour communiquer efficacement et demander à l'un des participants d'écrire les réponses du groupe sur un tableau à feuilles mobiles.

Ces compétences incluent :

- Être capable d'écouter la femme et sa famille
- Être capable d'expliquer des soins/tests/traitements complexes, en utilisant des termes que les femmes comprendront
- Utiliser la même langue que les femmes dont on s'occupe
- Proposer un/e interprète si nécessaire
- Faire preuve d'empathie pour la femme et sa famille
- Ne pas juger
- S'asseoir à la même hauteur que les femmes
- S'assurer d'avoir un contact visuel (en fonction de la culture)
- Faire preuve de respect
- Être ouvert d'esprit
- Offrir un espace privé pour la discussion

Si ces compétences n'apparaissent pas dans la discussion, le Facilitateur doit inciter les participants à en parler.

Soins de maternité respectueux

- Que comprennent les participants par soins de maternité respectueux ?
- À quels mots peuvent-ils penser pour décrire des soins de maternité respectueux ?

Définitions

Respect : Cela peut être un sentiment ou de l'estime pour une personne, le respect envers ses connaissances, son jugement ou pour le travail qu'elle fournit. Le professionnel de santé peut montrer son respect en se présentant et en s'adressant à la femme par son nom. Lorsque nous décrivons des soins respectueux, nous voulons généralement dire que les soins sont donnés d'une manière qui respecte la femme, c'est-à-dire montrer de la considération, de la compassion et donner de la valeur à la femme et l'honorer.

Empathie : Faire preuve d'empathie à l'égard de quelqu'un signifie comprendre sa situation, imaginer comment on se sentirait dans une situation similaire, et partager ses sentiments. Le professionnel de santé peut faire preuve d'empathie en écoutant la femme de façon active et en comprenant les inquiétudes qu'elle a vis-à-vis de sa santé. L'empathie est souvent confondue avec avoir de la sympathie pour quelqu'un qui signifie faire preuve de compassion ou de tristesse pour le problème ou les difficultés qu'il éprouve.

Dignité : Cela signifie avoir une manière ou un aspect qui amène au respect des autres. Être digne est parfois difficile à décrire et il est souvent plus facile de décrire ce que nous entendons par être indigne – par exemple, déprécier, honteux, dégradant ou humiliant. Traiter les femmes avec dignité signifie les écouter, respecter leurs souhaits et faire preuve d'empathie face à leur situation.

Le manque de respect et les abus pendant la grossesse et l'accouchement constituent un problème mondial qui survient dans tous les milieux. Ne pas traiter une femme avec respect et dignité lors de la provision de soins de santé constitue une violation de leurs droits en tant qu'être humain.

2.2 : Modèles des soins prénatals et référence

Ressources	
■ Stylo	■ Tableaux à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Il s'agit d'une discussion de groupe ; la discussion est guidée par le Facilitateur qui encourage la participation du groupe. Les participants doivent comprendre combien il est important de détecter précocement toute anomalie et d'orienter vers l'établissement de santé et le prestataire de soins appropriés.

Principaux résultats attendus

- Connaître les modèles de soins prénatals et le système de santé maternel spécifiques au pays.
- Comprendre l'importance d'une bonne orientation vers l'établissement sanitaire et le prestataire de soins les mieux adaptés aux soins prénatals.

Instructions

- Discussion de groupe sur l'expérience personnelle de la prestation de soins prénatals.
- Comparer les soins dispensés au niveau de l'établissement sanitaire et les soins dans la communauté.

Questions pour guider la discussion

- Quel est l'approche des soins prénatals complets utilisée dans votre structure ?
- Qui est responsable de la prestation des soins prénatals ?
- Pouvez-vous identifier des lacunes en matière de soins prénatals dans votre établissement de soins ?
- Quand et comment orientez-vous les femmes lorsque vous identifiez un problème prénatal ?
- Avez-vous des critères pour déterminer qui a besoin d'un de suivi l'établissement de santé de votre structure ?
 - Quels sont les cas pouvant être gérés dans votre établissement de santé ?
 - Quels sont les cas qui doivent être référés ?
 - Quels sont les cas qui peuvent être transférés (dans un autre service au sein de l'établissement sanitaire) ?
 - Quels sont les critères existants pour l'optimisation des patients avant la référence ?

Points de discussion

1. Discuter des directives, de l'approche et des consultations spécifiques au pays
2. Comment référer les femmes entre les établissements sanitaires
3. Comment améliorer les soins prénatals de routine au niveau des formations sanitaires

2.3 : Première consultation prénatale (CPN) : évaluation systématique complète

Ressources	
■ Tensiomètre	■ Doppler ou Pinard
■ Thermomètre	■ Tableaux à feuilles mobiles
■ Stéthoscope obstétrical (de Pinard)	■ Outil pour dépister la violence conjugale
■ Carnet de CPN	

Points clés de la formation

Ce scénario peut être pratiqué dans une discussion de groupe ou un jeu de rôle.

Si vous utilisez un jeu de rôle, l'un des animateurs peut jouer le rôle de la femme. L'autre Facilitateur peut donner aux participants l'historique et ensuite l'un des participants peut être invité à jouer le rôle du prestataire de soins et à mener une évaluation prénatale complète de la femme.

Les actions attendues du participant et les résultats de la visite sont décrits ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à effectuer un examen prénatal complet de la femme comme indiqué ci-dessous, le Facilitateur devra les guider en douceur tout au long du processus.

Principaux résultats attendus

- Procéder à une évaluation prénatale complète et holistique lors de la première CPN.
- Donner des informations/éducation/conseils pertinents aux femmes qui consultent.
- Planifier des intervalles appropriés de visites prénatales et fournir les détails de son contact.

Scénario clinique

Cas 1

Une primigeste âgée de 16 ans, enceinte de 12 semaines, se présente à la consultation. Elle a parcouru un long chemin depuis un village reculé. Elle rapporte se sentir fatiguée tout le temps et a des sueurs nocturnes.

Actions attendues

Facilitateur :	Comment évalueriez-vous l'état de cette femme ?
Participant :	<p>Rechercher les antécédents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informations socio-démographiques personnels <input type="checkbox"/> Nom, adresse, âge, coordonnées, profession, niveau d'éducation, religion <input type="checkbox"/> Situation matrimoniale (célibataire, mariée, séparée, veuve) <input type="checkbox"/> Formes récentes de contraception utilisées <input type="checkbox"/> Antécédents obstétricaux <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux <input type="checkbox"/> Antécédents chirurgicaux

Facilitateur :	Quelles autres questions poseriez-vous à cette femme ?
Participant :	<p>Quels sont les symptômes actuels et quelle est la durée des différents symptômes qu'elle présente ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ A-t-elle de la fièvre/mal à la gorge/des éruptions cutanées ? ■ Peut-elle sentir son bébé bouger ? est-ce qu'elle a constaté des changements ? ■ A-t-elle été testée pour le VIH et la syphilis ? ■ Poser des questions sur les signes de danger. <p>Prises médicamenteuses actuelles Antécédents psycho-sociaux Demandez à la femme comment elle se sent en général et si elle a des problèmes ou des préoccupations ? Discuter de l'aide familiale/sociale qu'elle a et de qui pourra l'accompagner pour la naissance.</p>
Facilitateur :	Quelles autres questions poseriez-vous à cette femme ?
Participant :	<p>Rechercher un syndrome dépressif (annexe 4 et 5) Rechercher les violences conjugales en utilisant l'outil de dépistage HITS (annexe 6)</p>
Facilitateur :	Comment confirmeriez-vous la grossesse ?
Participant :	<p>Les examens qui peuvent être faites pour confirmer la grossesse comprennent :</p> <p>Test d'urine : Test urinaire de grossesse positif Analyse sanguine : Niveau de βhCG positif sur les tests de sérologie Recherche du rythme cardiaque fœtal en utilisant : Doppler de poche/pinard Auscultation au fœtoscope Scanner obstétrical si disponible</p>

Facilitateur :	Comment et où examineriez-vous cette femme et pourquoi ?
Participant :	<p>Assurer la confidentialité, rechercher le consentement, s’assurer de la présence d’un chaperon</p> <p>Examen prénatal complet de la tête aux pieds</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sentiment général – anxieuse, déprimée, heureuse ? ■ Pâleur conjonctivale ■ Sclérotique (la partie blanche de l’œil) –Ictère ? ■ Lymphadénopathie ■ Goitre ■ Peau (tuméfaction/éruptions cutanées/ulcères) ■ Bouche (saignement des gencives/ulcères/muguet) ■ Œdème qui prend le godet/au bas du dos/à la cheville <p>À l’examen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Taille (cm), poids (kg) ■ Calculer l’indice de masse corporelle (IMC) ■ Pression artérielle ■ Température (°C) ■ Fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pâleur, œdème, hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal (présence et fréquence) <p>Examiner le cœur et la poitrine et documenter les résultats (si vous avez été formé à le faire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Respiration sifflante (wheezing) ■ Murmure cardiaque ■ Arythmie cardiaque <p>Examen de l’Abdomen :</p> <p>Examen : forme, taille, cicatrice(s) et mouvements fœtaux</p> <p>Palpation : foie, hauteur utérine, palpation utérine, sensibilité, masses</p> <p>Auscultation : Bruits du cœur fœtal</p>

Facilitateur :	Quels examens complémentaires aimeriez-vous faire ?
Participant :	<p>Sang Hémoglobine (Hemocue) Paludisme (test de diagnostic rapide) dans les zones endémiques Syphilis (test de diagnostic rapide) VIH (test de diagnostic rapide) - Groupe sanguin ABO et facteur rhésus Hépatite B Taux de glycémie aléatoire</p> <p>D'autres examens spécifiques : Test de drépanocytose Examen des selles pour rechercher les œufs et les kystes</p> <p>Urine Sucre Protéines Cétones Globules rouges Leucocytes Nitrites</p> <p>Autres Expectorations (du matin) Dans le cas d'une toux productive de plus de 2 semaines et/ou chez une femme séropositive, l'expectoration est testée pour la tuberculose. GeneXpert peut être disponible dans certains contextes pour un test rapide.</p>
Facilitateur :	De quoi d'autre discuteriez-vous avec la femme si son test VIH est positif ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principe de l'annonce des mauvaises nouvelles ■ Besoin d'un second test de confirmation ■ Besoin de conseiller et tester le partenaire ■ CPN plus fréquentes car les femmes séropositives ont un risque accru de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré et de mort-né. ■ Besoin d'informations et de conseils sur la prévention de la transmission du virus à son nouveau-né (PTME), ■ Besoin d'accoucher dans une maternité possédant des professionnels compétents.

Facilitateur :	Comment allez-vous prendre en charge cette femme ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir un soutien psychologique ■ Prendre d'autres rendez-vous qui lui conviennent pour venir à la CPN ■ Demander si elle aimerait que vous expliquiez les résultats à sa famille ? ■ Donner des conseils de bonne nutrition, sur le sulfate ferreux, les MILDA et le traitement préventif intermittent du paludisme ■ Éduquer au sujet des signes de danger durant la grossesse ■ Lui donner les coordonnées de la clinique spécialisée en VIH ■ Documenter les résultats, planifier les soins, la date du prochain rendez-vous ■ Promouvoir des comportements sains ■ Donner des informations écrites sur les signes de danger.

Points de discussion

1. Combien de temps passez-vous à effectuer une première CPN dans votre établissement ?
2. Quels sont les avantages de prendre le temps de procéder à une évaluation complète lors de la première CPN ?
3. Comment confirmez-vous précisément une grossesse dans votre établissement ?
4. Est-ce que l'échographie est disponible ? Quels sont les avantages de l'échographie ?
 - Confirmer l'emplacement de la grossesse,
 - Déterminer s'il s'agit d'une grossesse unique ou multiple,
 - Déterminer la fréquence cardiaque,
 - Observer les mouvements fœtaux et,
 - Mesurer le fœtus pour établir l'âge gestationnel et estimer le poids fœtal.
5. Même si un problème de santé est diagnostiqué, toutes les femmes devraient être examinées d'une manière complète afin de dépister d'autres problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques.

2.4 : Première consultation prénatale : divulgation de violence conjugale

Ressources

- | | |
|--|---|
| ■ Outil pour le dépistage de la violence conjugale | ■ Tableau à feuilles mobiles and stylos |
|--|---|

Points clés de la formation

Ce scénario peut être pratiqué dans une discussion de groupe ou un jeu de rôle. Si vous utilisez un jeu de rôle, l'un des animateurs peut jouer le rôle de la femme. L'autre Facilitateur peut donner aux participants l'historique et ensuite l'un des participants peut être invité à jouer le rôle du prestataire de soins et à mener une évaluation prénatale complète de la femme.

Les actions attendues du participant et les résultats de la visite sont décrits ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à effectuer un examen prénatal complet de la femme comme indiqué ci-dessous, le Facilitateur devra les guider en douceur tout au long du processus.

À la fin de la session, les participants doivent compléter l'outil de dépistage HITS suivant le scénario.

Principaux résultats attendus

- Reconnaître les femmes susceptibles d'être victimes de violence conjugale et pratiquer la méthode de dépistage de violence conjugale à l'aide de l'outil de dépistage de HITS (annexe 6)
- Fournir des informations pertinentes, de l'éducation et des conseils aux femmes victimes de violence conjugale concernant les services de soutien et la façon d'accéder à aide.

Scénario clinique

Une femme enceinte de 3 mois environ se rend à la clinique pour sa première consultation prénatale. Elle a fait trois fausses-couches précédentes et deux naissances vivantes. Vous avez déjà posé systématiquement des questions mais à l'examen vous remarquez qu'elle a un œil enflé avec des ecchymoses. Sa belle-mère/son mari est présent et lorsque vous lui parlez du résultat de l'examen de la femme, elle/il vous raconte une histoire de chute de sa belle-fille/femme. Elle/il affirme qu'elle fait toujours des choses comme cela et qu'elle est de mauvaise foi, qu'elle ne peut jamais se souvenir ou se concentrer sur quoi que ce soit. Lorsque vous demandez à la femme comment elle se sent, sa belle-mère/son mari répond rapidement à sa place et elle baisse la tête et ne vous regarde pas. La femme commence à pleurer en silence.

Actions attendues

Facilitateur :	Demander aux participants de résumer les points clés de l'histoire Comment évalueriez-vous cette femme ?
Participant :	Prendre en compte les informations de la belle-mère/du mari et la/le remercier. Expliquez que vous avez besoin d'un peu de temps en privé avec la femme pour l'examiner. Faites savoir discrètement à tout autre membre du personnel que vous êtes préoccupé par l'état de cette femme et demander de l'aide pour gérer la belle-mère/le mari.
Facilitateur :	Qu'est-ce qui vous préoccupe au sujet de son histoire et quel examen clinique allez-vous effectuer ?
Participant :	Signes de danger : œil tuméfié avec des ecchymoses, état mental renfermé de la femme ; sa belle-mère/son mari qui l'empêche de parler. Avec son consentement, conduire un examen prénatal complet dans un endroit privé et relever les signes vitaux.
Facilitateur :	Vous voyez des ecchymoses sur son abdomen et des cicatrices sur les bras, que faites-vous ensuite ?
Participant :	Lorsque vous êtes seul avec la femme, demandez-lui ce qui s'est passé pour qu'elle ait des ecchymoses et un œil tuméfié – utilisez l'outil de dépistage HITS. Si vous ne pouvez pas être seul avec la femme, assurez-vous de lui donner un rendez-vous dans les prochains jours et un numéro de téléphone en cas d'urgence.
Facilitateur :	La femme révèle qu'elle est dans une relation violente, tant physique qu'émotionnelle. Que feriez-vous maintenant ?
Participant :	Expliquez que vous pouvez l'aider et c'est très bien qu'elle vous ait révélé cette information. Posez des questions directes sur sa situation. <ul style="list-style-type: none"> ■ Est-ce qu'elle se sent en sécurité de rentrer à la maison aujourd'hui ? ■ A-t-elle un réseau de soutien/groupes ? ■ Qui est disponible pour l'aider à la maison ?

Facilitateur :	Souhaiteriez-vous ou pourriez-vous admettre cette femme à l'hôpital ? Quelles autres options sont disponibles localement ?
Participant :	L'admission à l'hôpital peut être offerte en fonction du niveau de risque. Documentez dans ses notes qui seront conservées à la clinique. Discuter avec elle et la référer à des groupes appropriés de soutien confidentiels pour violence domestique. Offrir des consultations prénatales plus fréquentes et s'assurer qu'elle dispose des contacts nécessaires pour contacter l'hôpital en cas d'urgence

Points de discussion

1. Comment dépistez-vous les femmes qui sont victimes de violence conjugale dans votre établissement de santé et quelles sont les options disponibles pour ces femmes ?
2. Si le mari de la femme refuse de la laisser seule, comment pourriez-vous essayer de la voir seule ?
3. Pensez à votre propre sécurité, de quel type de plan disposez-vous dans votre clinique si vous êtes dans une situation de danger ?
4. En tant que professionnel de soins, quels autres signes peuvent vous faire soupçonner la violence conjugale ?
5. Envisager la sécurité de tous les enfants à la maison, avec la violence dans le ménage et l'état de santé mentale de la mère.
6. Si la femme nie que la violence conjugale a lieu et que vous restez préoccupé par son bien-être, expliquez comment elle peut chercher une aide confidentielle.

Chapitre 3 : Consultation prénatales : tests de diagnostic

3.1 : Mesure du taux d'hémoglobine à l'aide d'Hemocue®

Ressources	
■ Machine pour HemoCue	■ Lancettes
■ Micro cuvettes	■ Conteneur pour objets tranchants
■ Coton hydrophile	■ Poubelle pour déchets hospitaliers
■ Lingette imbibée d'alcool	■ Piles

Points clés de la formation

Ce scénario explique comment réaliser la procédure du test d'hémoglobine (Hb) à l'aide de l'HemoCue Hb 201 +. Le lecteur HemoCue® peut être utilisé par les professionnels de la santé pour mesurer l'Hb. Cette méthode doit être utilisée pour déterminer le taux d'hémoglobine dans le sang veineux, artériel ou capillaire à l'aide de l'analyseur HemoCue® Hb 201 +.

Dans cette session pratique, nous mesurons le taux d'hémoglobine à l'aide de la machine Hemocue®.

Nous suggérons d'enseigner cette compétence dans un processus en quatre parties :

1. Le Facilitateur démontre la technique en 'temps réel' sans explication.
 - Démontrer en silence comment prélever un échantillon de sang et le tester pour l'hémoglobine en utilisant HemoCue®.
2. Le Facilitateur démontre et explique la technique.
 - Démontrer comment prélever un échantillon de sang et le tester pour l'hémoglobine en utilisant HemoCue® et expliquer en détail chaque étape du processus.
3. Le Facilitateur démontre la technique et les participants l'expliquent.
 - Démontrer comment prélever un échantillon de sang et le tester pour l'hémoglobine en utilisant HemoCue® et demander au participant d'expliquer le détail de chaque étape du processus.
4. Les participants pratiquent la technique.
 - Le participant montre comment prélever un échantillon de sang et le tester pour l'hémoglobine en utilisant HemoCue® et explique en détail chaque étape du processus.

Principaux résultats attendus

- Pouvoir effectuer en toute sécurité un prélèvement sanguin sur le doigt pour recueillir du sang capillaire.
- Savoir utiliser la machine Hemocue® pour mesurer le taux d'hémoglobine.
- Savoir nettoyer la machine Hemocue®
- Comprendre les principes de diagnostic et de prise en charge de l'anémie pendant la grossesse.

Instructions

Prélever l'échantillon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettez la machine en marche. Après le démarrage, le porte-cuve peut-être dans sa position de chargement. 2. L'écran affichera trois tirets clignotants et le symbole HemoCue®. 3. Assurez-vous que la main du patient est chaude et détendue. 4. Utilisez seulement le majeur ou l'annulaire pour le prélèvement. 5. Nettoyez le doigt avec un désinfectant et laissez sécher à l'air 6. Avec votre pouce, appuyez légèrement sur le doigt du haut de l'articulation vers le bout. Ce processus stimule le flux sanguin vers le point de prélèvement. 7. Pour un meilleur flux sanguin et une moindre douleur, prélever un échantillon sur le côté du bout du doigt et non au centre. 8. Tout en exerçant une pression légère sur le bout du doigt, piquez le doigt à l'aide d'une lancette. 9. Essuyez les deux ou trois premières gouttes de sang à l'aide d'un coton et jetez celui-ci de manière sécurisée. 10. Exercez à nouveau une légère pression vers le bout du doigt jusqu'à l'apparition d'une autre goutte de sang. 11. Lorsque la goutte est suffisamment grosse, remplissez la microcuvette en un processus continu, en remplissant à partir de l'extrémité de la microcuvette. 12. Le sang est aspiré dans la microcuvette par action capillaire et mélangé spontanément avec les réactifs à l'intérieur de la microcuvette.
Insertion de la microcuvette	<ol style="list-style-type: none"> 1. Essuyez l'excédent de sang à l'extérieur de la microcuvette à l'aide d'un tissu ou de coton et jetez celui-ci de manière sécurisée. 2. Veillez à ce que le sang ne s'écoule pas hors de la microcuvette au cours de cette procédure. Détectez de possibles bulles d'air dans la microcuvette remplie. Si des bulles sont présentes, effectuez un nouveau prélèvement. Les petites bulles sur le pourtour sont sans incidence.
Insérez la microcuvette dans la machine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Placez la microcuvette remplie dans le porte-cuve. 2. Le test doit être réalisé dans les 10 minutes suivant le remplissage de la microcuvette. 3. Poussez le porte-cuve dans la position de mesure. 4. Au cours de la mesure, le symbole du sablier s'affiche à l'écran. 5. Après 15 à 60 secondes, la valeur de l'hémoglobine du prélèvement s'affiche. 6. Le résultat restera affiché si le porte-cuve est en position de mesure. 7. Lorsque la machine fonctionne sur batterie, elle s'éteindra automatiquement après environ 5 minutes. 8. Une fois le test terminé, jetez la microcuvette utilisée dans la poubelle pour déchets hospitaliers (puisque ce n'est pas un objet tranchant).
Plage de mesures	L'instrument à une plage de mesure de 0 à 25.6g/dl.

Valeur de référence	Hommes adultes 13 à 17g/dl. Femmes adultes 12 à 15g/dl. Chez les femmes enceintes, l'anémie survient si l'Hb <11,0g/dl
Nettoyage du porte-cuve	<ul style="list-style-type: none"> ■ À la fin de l'utilisation quotidienne, retirez le porte-cuve et nettoyez-le à l'alcool ou à l'aide d'une solution savonneuse douce. ■ Le porte-cuve peut également être stérilisé par autoclave. ■ Il est important que le porte-cuve soit parfaitement sec avant d'être replacer dans l'appareil de mesure.
Nettoyage de l'unité optronique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nettoyez l'unité optronique à l'aide du nettoyant HemoCue® lorsqu'un message d'erreur vous l'indique. 2. Vérifiez que l'appareil est éteint. L'écran doit être vide. 3. Tirez sur le porte-cuve pour le mettre en position de chargement. Utilisez un objet pointu pour appuyer avec précaution sur le petit loquet située au niveau de l'angle supérieur droit du porte-cuve 4. Tout en maintenant le loquet enfoncé, tirez délicatement le porte-cuve dans la direction dans laquelle pointe la poignée du porte-cuve 5. Nettoyez le porte-cuve avec de l'alcool ou un détergent doux. 6. Enfoncez l'écouvillon du nettoyant HemoCue® dans l'ouverture du porte-cuve 7. Tirez et poussez 5 à 10 fois. Si l'écouvillon est souillé, répétez l'opération avec un écouvillon neuf. Arrêtez lorsque l'écouvillon ressort propre. 8. Attendez 15 minutes avant de réutiliser l'analyseur. Remplacez le porte-cuve. Le couvercle peut être nettoyé avec de l'alcool ou une solution savonneuse douce.
Documentation	<p>Enregistrez les résultats d'HemoCue® sur la fiche du patient, de telle sorte qu'une distinction soit établie entre les résultats du lieu où les soins sont prodigués et les résultats du laboratoire central.</p> <p>Enregistrez la date, l'heure de prélèvement, les initiales de l'opérateur et le numéro d'identification de l'appareil HemoCue avec le résultat du patient.</p>

Points de discussion

L'anémie se définit comme une faible concentration d'hémoglobine. L'hémoglobine constitue le principal composant des globules rouges qui transportent l'oxygène des poumons vers d'autres tissus, puis renvoie le dioxyde de carbone de l'organisme aux poumons pour qu'il soit éliminé.

Les symptômes de l'anémie comprennent généralement la fatigue, la faiblesse musculaire, l'essoufflement, le rythme cardiaque rapide et la peau pâle. Le traitement de l'anémie est basé sur la cause sous-jacente et implique généralement des comprimés de fer avec de l'acide folique, un traitement contre le paludisme (en cas de paludisme), la prévention du paludisme dans les zones endémiques et le traitement de l'infection (bactérienne) (s'il y a lieu). Dans les cas graves d'anémie, une transfusion sanguine peut être nécessaire.

HemoCue®

- Le taux d'hémoglobine sera mesuré à l'aide d'un appareil HemoCue® pour le dépistage et la prise en charge continue des patients.
- La mesure du taux d'hémoglobine dans le sang est l'un des tests les plus fréquemment réalisés.
- Une goutte de sang est nécessaire et celle-ci est obtenue par une piqûre au doigt.
- Les résultats doivent être disponibles dans les 60 secondes.

Tous les prélèvements doivent être traités comme potentiellement infectés et manipulés en conséquence. Des précautions standard doivent être prises. Un équipement de protection individuelle (par exemple des gants non stériles) est nécessaire pour les prélèvements.

3.2 : Test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme

Ressources	
■ Kits de TDR	■ Lancette
■ Tampon	■ Conteneur pour objets tranchants
■ Microcuvettes	■ Gants
■ Coton hydrophile	■ Horloge/Montre
■ Écouvillon imbibé d'alcool	■ Crayon

Points clés de la formation

Dans cette session pratique, nous effectuerons la procédure de test rapide pour le paludisme. Nous suggérons d'enseigner cette compétence dans un processus en quatre parties :

1. Le Facilitateur fait la démonstration de la technique de TDR en « temps réel » sans explication.
 - Faites la démonstration en silence du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le TDR pour le paludisme.
2. Le Facilitateur fait la démonstration et explique la technique.
 - Faites la démonstration du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le TDR pour le paludisme et expliquez en détail chacune des étapes du processus.
3. Le Facilitateur fait la démonstration de la pratique et les participants l'expliquent.
 - Faites la démonstration du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le TDR pour le paludisme et demandez au participant d'expliquer en détail chacune des étapes du processus.
4. Les participants mettent en pratique la technique.
 - Le participant fait la démonstration du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalise le TDR pour le paludisme et explique en détail chacune des étapes du processus.

Principaux résultats attendus

- Pouvoir effectuer en toute sécurité un prélèvement sanguin sur le doigt pour recueillir du sang capillaire.
- Savoir comment utiliser le test de diagnostic rapide pour le paludisme et pourquoi dans le cadre du programme de lutte contre le paludisme il a été décidé d'utiliser des TDR dans le pays/district.
- Décrire les actions appropriées pour les résultats positifs et négatifs de TDR.

Instructions

Vérifier la date de péremption sur l'emballage. N'utilisez pas de TDR dont la date de péremption a expiré.

Utilisation du kit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ouvrez le paquet de test et retirez le contenu. ■ La cassette du test est utilisée pour effectuer le test. ■ Écrivez le nom de la femme sur la cassette. ■ Expliquez les trous et les marques et ce que chacun signifie. ■ Trou carré : étiqueté « A » est l'endroit où vous ajoutez le sang de la femme. ■ Trou rond : étiqueté « B » est où vous ajoutez la solution tampon
---------------------------	--

<p>Prélèvement de l'échantillon</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assurez-vous que la main du patient est chaude et détendue. 2. Utilisez seulement le majeur ou l'annulaire pour le prélèvement et évitez les doigts avec des bagues. 3. Nettoyer le doigt avec le tampon imbibé d'alcool, laisser sécher à l'air. 4. Avec votre pouce, appuyez légèrement sur le doigt du haut de l'articulation vers le bout. Ce processus stimule le flux sanguin vers le point de prélèvement. Pour le meilleur flux sanguin et la moindre douleur, effectuez le prélèvement sur le côté du bout du doigt et non au centre. 5. Tout en exerçant une pression légère vers le bout du doigt, piquez le doigt à l'aide d'une lancette. 6. Essuyez les deux ou trois premières gouttes de sang. Exercez à nouveau une légère pression vers le bout du doigt jusqu'à l'apparition d'une autre goutte de sang. 7. Jeter immédiatement de façon sécurisée 8. Lorsque la goutte est suffisamment grosse, remplissez le tube capillaire en une seule fois, en remplissant à partir de l'extrémité du tube capillaire. Le sang est aspiré dans le tube par capillarité. Vérifiez que la goutte sur le doigt est suffisamment grosse avant d'effectuer le prélèvement. Effectuez le prélèvement jusqu'au marquage en plaçant l'extrémité du tube capillaire sur la goutte de sang du doigt. 9. Donnez à la femme un morceau de coton pour tamponner la zone où l'échantillon de sang a été prélevé. Éliminer en toute sécurité. 10. Tube capillaire : Il doit être en contact avec la cassette du test jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de sang dans le tube (en le retirant un instant, des bulles d'air peuvent entrer et entraver le transfert de sang). Jetez le dispositif de prélèvement sanguin (par exemple le tube capillaire) de manière appropriée. 11. Ajouter la solution tampon (conformément aux instructions du kit de test) 12. Tenez le flacon de solution tampon verticalement et pressez les gouttes dans le trou prévu à cet effet. Ne touchez pas le tube 13. Attendez la durée correcte (15 minutes) après avoir ajouté le solution tampon avant de lire les résultats du test. 14. Expliquez aux participants qu'une fois la solution tampon ajouté à la cassette, les gants ne sont plus nécessaires pour leur sécurité ou celle de la femme. Retirez et jetez vos gants.
<p>Discuter la Fenêtre des résultats</p>	<p>Le trou rectangulaire : correspond à la fenêtre Résultats, où vous lisez les résultats du test. Il est divisé en deux sections. La plus longue section près de la lettre « T » désigne l'endroit où vous déterminez le diagnostic. Si une ligne s'affiche dans cette section, cela signifie que le patient est atteint de paludisme. Si aucune ligne ne s'affiche ici, cela signifie que le paludisme n'a pas été détecté chez le patient.</p> <p>La plus petite section près de la lettre « C » vous indique si le test fonctionne correctement. Une ligne doit s'afficher dans cette section pour que le test soit valide. Si aucune ligne ne s'affiche ici, le test ne fonctionne pas correctement et les résultats ne sont pas valides. Si aucune ligne n'apparaît ici, vous devez jeter la cassette et effectuer à nouveau un test sur le patient à l'aide d'un nouveau</p>

	kit de test qui n'a pas été encore ouvert (en utilisant un test d'un autre numéro de lot)
Interprétation des résultats	<p>Discutez des résultats possibles :</p> <p>Une ligne en « T » et une ligne en « C » = positif pour le paludisme à plasmodium falciparum (remarque : le test est positif même si la ligne en « T » est faiblement marquée.)</p> <p>Aucune ligne en « T » et une ligne en « C » = négatif</p> <p>Ligne en « T » et aucune ligne en « C » = non valide</p> <p>Aucune ligne en « T » et aucune ligne en « C » = non valide</p>
Logistique	<p>Stockage : Température ambiante</p> <p>Durée de conservation : 24 mois</p>
Documentation	<p>Enregistrez les résultats sur la fiche du patient, de telle sorte que l'on puisse établir une distinction entre les résultats du lieu où les soins sont prodigués et les résultats du laboratoire central.</p> <p>Enregistrez la date, l'heure de prélèvement et le résultat du patient.</p>
Signification clinique	Pourquoi effectuer le test du paludisme au cours des consultations prénatals ?
Mesures à prendre en cas de résultats non valides et négatifs	<p>Expliquez qu'un résultat non valide signifie que le TDR est endommagé et que les résultats peuvent être incorrects (Vérifier les conditions de stockage)</p> <p>Demandez aux participants : « Que faire en cas de résultat négatif ? » (Bonne réponse : Ne pas traiter le paludisme.)</p> <p>Si la fièvre persiste pendant quelques jours après un résultat négatif de TDR et autre traitement approprié, il convient d'effectuer à nouveau le test sur le patient avec un autre TDR, le TDR pouvant parfois passer à côté des infections précoces du paludisme.</p>
Résultats faussement négatifs	Le TDR peut parfois donner des résultats faussement négatifs. En cas de symptômes évocateurs d'un paludisme sévère, un traitement avec médicaments antipaludéens peut être recommandé, conformément aux directives nationales, tout en référant la femme en urgence pour une prise en charge immédiate.
Dangers	Tous les prélèvements doivent être traités comme potentiellement infectés et manipulés en conséquence. Des précautions standard doivent être prises. Le port d'un l'équipement de protection individuelle (par exemple, gants et lunettes de sécurité) est obligatoire au cours de la manipulation des échantillons, le contrôle qualité et les procédures de maintenance.

3.3 : Test de diagnostic rapide pour le VIH et la Syphilis

Ressources

■ Bandelette de test de diagnostic rapide	■ Microcuvettes
■ Coton hydrophile	■ Lancette
■ Lingette imbibée d'alcool	■ Vidéo de démonstration
■ Conteneur pour objet tranchant	■ Gants

Points clés de la formation

Dans cette session pratique, nous effectuerons la procédure de test pour le VIH et la Syphilis. Cette méthode doit être employée pour déterminer la présence du VIH et de la Syphilis dans le sang veineux, artériel ou capillaire, à l'aide du test Duo.

Nous suggérons d'enseigner cette compétence dans un processus en quatre parties :

1. Le Facilitateur illustre le geste technique en « temps réel » sans explication.
 - Faites la démonstration en silence du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le test pour le VIH et la Syphilis.
2. Le Facilitateur illustre et explique le geste technique.
 - Faites la démonstration du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le test pour le VIH et la Syphilis et expliquez en détail chacune des étapes du processus.
3. Le Facilitateur illustre le geste technique et les participants l'expliquent.
 - Faites la démonstration du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le test pour le VIH et la Syphilis et demandez au participant d'expliquer en détail chacune des étapes du processus.
4. Les participants mettent en pratique le geste technique.
 - Le participant réalise la démonstration du prélèvement d'un échantillon sanguin et réalisez le test pour le VIH et la Syphilis et explique en détail chacune des étapes du processus.

Toujours vous présenter et expliquer comment la session se déroulera et fermer la session en insistant sur les points principaux.

Principaux résultats attendus

- Effectuer correctement un prélèvement sur le doigt pour recueillir un tube de sang capillaire.
- Utilisation du kit de test de diagnostic rapide (test duo) pour le dépistage du VIH et de la syphilis.
- Comprendre les principes du dépistage et diagnostic du VIH et de la syphilis pendant la grossesse.

Instructions

<p>Prélever l'échantillon</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assurez-vous que la main du patient est chaude et détendue. 2. Utilisez seulement le majeur ou l'annulaire pour le prélèvement et évitez les doigts avec des bagues. 3. Nettoyer le doigt avec le tampon imbibé d'alcool, laisser sécher à l'air. 4. Avec votre pouce, appuyez légèrement sur le doigt de la partie supérieure de l'articulation vers la pointe. Ce processus stimule la circulation sanguine vers le point de prélèvement. Pour favoriser la circulation sanguine et atténuer la douleur, effectuez le prélèvement sur le côté du doigt et non au centre. 5. En exerçant une pression légère vers le bout du doigt, piquez le doigt à l'aide d'une lancette. 6. Essuyez les deux ou trois premières gouttes de sang. Exercez à nouveau une légère pression vers le bout du doigt jusqu'à l'apparition d'une autre goutte de sang. 7. Lorsque la goutte est suffisamment grosse, remplissez le tube capillaire en une seule fois, en remplissant à partir de l'extrémité du tube capillaire. Le sang est aspiré dans le tube par capillarité. Vérifiez que la goutte sur le doigt est suffisamment grosse avant d'effectuer le prélèvement. Effectuez le prélèvement jusqu'au marquage en plaçant l'extrémité du tube capillaire sur la goutte de sang du doigt. Ne soulevez pas l'extrémité du tube afin d'éviter que des bulles d'air ne pénètrent à l'intérieur. 8. Tube capillaire : Il doit être en contact avec le coussinet jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de sang dans le tube (en le retirant un instant, des bulles d'air peuvent entrer et entraver le transfert de sang). 9. Jetez le dispositif de prélèvement sanguin (par exemple le tube capillaire) de manière appropriée. 10. Retirez et jetez vos gants.
<p>Utilisation du kit</p>	<p>Le piston permet de placer une goutte de sang sur la bandelette. Le test doit être réalisé dans les 10 minutes suivant le remplissage de la microcuvette. Après 15 à 60 secondes, les résultats du prélèvement s'affichent. Une fois le test terminé, jetez la bande utilisée et le tube capillaire dans la poubelle pour déchets dangereuses.</p>
<p>Logistique</p>	<p>Stockage : Température ambiante Durée de conservation : 24 mois</p>
<p>Documentation</p>	<p>Enregistrez les résultats sur la fiche du patient, de telle sorte que l'on puisse établir une distinction entre les résultats sur le lieu de soins et les résultats du laboratoire central. Enregistrez la date, l'heure de prélèvement et le résultat du patient.</p>

Points de discussion

Signification clinique	Le VIH et la Syphilis sont des problèmes majeurs de santé publique qui affectent les femmes pendant et après la grossesse ainsi que leurs nouveau-nés. Une fausse couche, un mort-né ou un bébé né atteint et souffrant de VIH et de la Syphilis font partie des complications.
Test rapide Duo VIH/Syphilis	Le test rapide Duo permet la détection simultanée du VIH-1/2 et le test des anticorps de la Syphilis à l'aide d'un seul appareil. Une petite goutte de sang est nécessaire et elle est obtenue par une piqûre au doigt. Les résultats des deux tests seront disponibles dans les 15 à 20 minutes.
Dangers	Tous les prélèvements doivent être traités comme potentiellement infectés et manipulés en conséquence. Des précautions standard doivent être prises. Le port d'un l'équipement de protection individuelle (par exemple, gants et lunettes de sécurité) est obligatoire au cours de la manipulation des échantillons, le contrôle qualité et les procédures de maintenance.

Points de discussion :

Pourquoi effectuer le test du VIH et de la Syphilis au cours des soins prénatals ?

1. Pour un bébé séronégatif

90% des infections par le VIH chez les enfants se produisent en raison de la transmission mère-enfant pendant la grossesse, l'accouchement et/ou l'allaitement. La transmission par une femme enceinte atteinte du VIH à son bébé peut être évitée grâce à des tests, des conseils et des soins médicaux.

Le test rapide de dépistage du VIH permet au professionnel de santé d'obtenir les résultats et fournir des soins contre le VIH (conseil et traitement) dans le cadre des soins prénatals.

2. Pour prévenir la Syphilis congénitale ou la mort à la naissance

Les femmes enceintes atteintes de la Syphilis peuvent transmettre la maladie à leur futur bébé. La Syphilis peut être facilement guérie avec la pénicilline. Une visite prénatale en début de grossesse avec le partenaire pour une prévention et un traitement, revêt toute son importance. Un traitement au cours des premiers stades de la grossesse peut empêcher un risque de Syphilis congénitale, la mort à la naissance ou des naissances prématurées. Le test rapide de la Syphilis permet un diagnostic et un traitement le jour même.

3.4 : Dépistage et diagnostic de la tuberculose

Ressources	
■ Tubes pour le prélèvement du crachat	■ Marqueurs
■ Gants	

Points clés de la formation

Dans cette session pratique, nous discuterons de la procédure de dépistage de la tuberculose (TB).

Principaux résultats attendus

- Pouvoir prélever un échantillon d'expectoration pour le test.
- Savoir comment utiliser le GeneXpert® (Xpert MTB/RIF) pour le test de dépistage de la tuberculose.
- Comprendre les principes du dépistage et diagnostic de la tuberculose pendant et après la grossesse.

Instructions

Prélever l'échantillon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifiez la date d'expiration sur le kit de test. 2. Mettez des gants. 3. Prélevez l'échantillon d'expectoration chez le patient chez qui une tuberculose est suspectée. 4. L'expectoration est mélangée au réactif fourni avec le test, et une cartouche contenant ce mélange est placée dans la machine GeneXpert®. 5. Tous les procédés à partir de ce moment sont entièrement automatisés. 6. N'essayez pas d'utiliser le test plusieurs fois.
Comment lire les résultats du test	<p>Les résultats de GeneXpert® doivent être interprétés en même temps que les résultats cliniques, radiographiques et les résultats de laboratoire.</p> <p>Le test Expert MTB/RIF ne remplace pas la nécessité de l'examen microscopique des frottis à la recherche des Bacilles acido-alcool-résistants, la culture de mycobactéries et les tests de sensibilité aux médicaments, en plus du génotypage pour la détection précoce d'épidémies.</p> <p>Les résultats du test Expert MTB/RIF indiquent si une espèce du complexe des mycobactéries de la tuberculose a été détecté sur le prélèvement. Dans certains cas, le résultat n'est « pas valide », auquel cas le test doit être de nouveau effectué.</p> <p>Si une espèce du complexe des mycobactéries de la tuberculose (CMTB) est détecté, les résultats indiqueront également si la résistance à la Rifampicine a été détectée : les mycobactéries ont une probabilité élevée de résistance à la Rifampicine ; à confirmer par des tests supplémentaires. Si la résistance à la Rifampicine est confirmée, un test moléculaire rapide de résistance aux médicaments de première et de deuxième intention doit être effectué afin qu'un protocole thérapeutique efficace puisse être sélectionné.</p>

Résultat négatif	Espèce du complexe des mycobactéries de la tuberculose non détectée : Les mycobactéries sont probablement sensibles à la Rifampicine; tous les tests positifs au CMTB doivent avoir des tests de sensibilité aux antituberculeux de première intention, basés sur la croissance.
Résultat non valide	Indéterminé : le test n'a pas pu déterminer avec précision si les bactéries sont résistantes à la Rifampicine. Le test de sensibilité aux antituberculeux de première intention.
Stockage et durée de vie	Stockage : Température ambiante Durée de conservation : 24 mois
Documentation	Enregistrez les résultats sur la fiche du patient, Enregistrez la date, l'heure de prélèvement et le résultat du patient.
Avantages du test Xpert MTB/RIF	<ul style="list-style-type: none"> ■ Méthodes rapides pour la détection de la résistance aux bactéries <i>Mycobacterium tuberculosis</i> et des mutations isoniazide (INH). ■ La disponibilité des résultats de test rapide permet d'améliorer la prise en charge du patient et les résultats afin d'éviter l'utilisation inutile de ressources (en évitant les traitements inutiles, isolement respiratoire). ■ Système entièrement automatisé ; une formation technique minimale est nécessaire pour exécuter le test. ■ Identification (rapide) des cas de tuberculose multirésistante (tuberculose MR) * car la résistance au RIF, dans la plupart des cas, coexiste avec une résistance à l'INH. Un diagnostic rapide de la résistance à la Rifampicine (RIF) permet éventuellement aux patients atteints de tuberculose de commencer un traitement efficace beaucoup plus rapidement, au lieu d'attendre les résultats des autres types de tests de sensibilité aux médicaments. ■ Si une résistance à la Rifampicine est détectée, le séquençage ADN permet de confirmer la résistance.

Points de discussion

1. Discuter des directives spécifiques au pays – les symptômes associés à la tuberculose et le dépistage actuel de la tuberculose
2. Discuter des défis liés au diagnostic de la tuberculose pendant la grossesse

<p>Signification clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La tuberculose (TB) est un problème de santé publique et contribue de manière significative à la mortalité maternelle, elle représente l’une des trois principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 45 ans dans les zones à haut risque. ■ L’incidence exacte de la tuberculose pendant la grossesse, bien qu’elle ne soit pas facilement identifiée doit être aussi élevée que dans la population générale. ■ Le diagnostic de la tuberculose durant la grossesse peut être difficile car les symptômes peuvent initialement être imputés à la grossesse et la prise de poids normale pendant la grossesse peut masquer temporairement la perte de poids associée.
<p>Test</p>	<p>Le test Genexpert® MTB/RIF est un test moléculaire de diagnostic rapide de la tuberculose qui permet de diagnostiquer la tuberculose, en détectant la présence de bactéries responsables de la tuberculose, mais également de tester la résistance à la Rifampicine.</p> <p>C’est un test moléculaire qui détecte l’ADN dans les bactéries responsables de la tuberculose. Il utilise un échantillon d’expectoration et peut donner un résultat en moins de 2 heures. Il peut également détecter les mutations génétiques associées à la résistance à la Rifampicine.</p> <p>Il révolutionne la lutte contre la tuberculose avec un diagnostic et un traitement rapide (choix du traitement approprié contre la tuberculose).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les principaux avantages du test reposent sur sa fiabilité par rapport à la microscopie des expectorations et la rapidité d’obtention du résultat par rapport à la culture. Pour le diagnostic de la TB, bien que La microscopie des expectorations soit à la fois rapide et abordable, elle reste souvent peu fiable. Elle est particulièrement peu fiable lorsque les personnes sont séropositives au VIH. Même si la culture donne un diagnostic définitif, l’obtention du résultat prend généralement des semaines, par rapport au test Genexpert qui prend des heures. ■ Le GeneXpert® MTB/RIF est un test d’amplification des acides nucléiques (TAAN), qui détecte simultanément l’ADN du complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (MTBC) et la résistance à la Rifampicine (RIF) (c'est-à-dire la mutation du gène rpoB) en moins de 2 heures. En comparaison, les cultures standard peuvent prendre 2 à 6 semaines pour que les germes du complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i> se développent et les tests classiques de résistance au médicament peuvent prendre 3 semaines de plus. <p>Ce système intègre et automatise le traitement des prélèvements, l’amplification des acides nucléiques et la détection des séquences cibles.</p>
<p>Dangers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les prélèvements doivent être traités comme potentiellement infectés et manipulés en conséquence. Des précautions standard doivent être prises. Le port d’un l’équipement de protection individuelle (par exemple, gants et lunettes de sécurité) est obligatoire au cours de la manipulation des échantillons, le contrôle qualité et les procédures de maintenance

INFORMATIONS

- La tuberculose (TB) est un problème de santé publique et contribue de manière significative à la mortalité maternelle. Elle représente l'une des trois causes principales de décès chez les femmes âgées de 15 à 45 ans dans les zones à haut risque.
- L'incidence exacte de la tuberculose pendant la grossesse, bien que difficilement disponible devrait être aussi élevée que dans la population générale.
- Le diagnostic de la tuberculose durant la grossesse peut être difficile car les symptômes peuvent initialement être imputés à la grossesse et la prise de poids normale pendant la grossesse peut masquer temporairement la perte de poids associée.
- Les complications obstétricales de la tuberculose incluent la fausse-couche, la restriction de croissance intra-utérine, le travail prématuré, le faible poids de naissance et une augmentation de la morbidité et la mortalité néonatale.
- La tuberculose congénitale, quoique rare, est associée à une mortalité périnatale élevée.
- La Rifampicine, l'INH et l'Éthambutol sont des médicaments de première intention alors que l'utilisation de Pyrazinamide pendant la grossesse gagne en popularité.
- Le traitement préventif à l'Isoniazide (INH) est une innovation de l'OMS visant à réduire l'infection chez les femmes enceintes séropositives.
- Les bébés nés d'une mère séropositive doivent commencer un traitement prophylactique par l'INH pendant six mois, après quoi ils reçoivent le vaccin BCG, si le test est négatif.
- Le succès du contrôle de la tuberculose exige une amélioration des conditions de vie, l'information du public, la prévention primaire du VIH/Sida et la vaccination BCG.

Chapitre 4 : Soins prénatals : consultations suivantes

4.1 : Dépistage des maladies psychologiques durant la grossesse

Ressources

- | | |
|---|------------------------------|
| ■ Modèle des questions développées par Whooley | ■ Tableau à feuilles mobiles |
| ■ Echelle de dépression post-partum d'Édimbourg | ■ Stylos |

Points clés de la formation

La discussion se déroule avec le Facilitateur comme point focal et il/elle maintient l'orientation des discussions. Les participants pourront acquérir une compréhension des barrières et de la stigmatisation associée à la maladie mentale de la femme. La discussion peut se focaliser sur la façon dont les femmes sont actuellement dépistées pour des problèmes de santé psychologique. Les questions de Whooley (Annexe 4) et le Score de dépression postnatale d'Edimbourg (Annexe 5) peuvent être présentées comme outils de dépistage potentiels.

Principaux résultats attendus

- Développer une compréhension des obstacles à la divulgation de la dépression et d'autres formes de maladies psychologiques.
- Comprendre l'importance du dépistage des maladies psychologique pendant la grossesse.
- Comprendre l'importance du traitement au début de la grossesse et l'effet que le non-traitement peut avoir sur la mère et le bébé en développement.

Instructions

- Discussion de groupe sur l'expérience personnelle du dépistage psychologique et des maladies psychologiques pendant la grossesse.
- Comparez les soins dispensés au niveau de l'établissement de santé et les soins dans la communauté.

Questions pour guider la discussion

- Qui est responsable du dépistage des femmes enceintes pour la dépression et d'autres conditions psychologiques ?
- Pouvez-vous identifier la stigmatisation associée aux maladies psychologiques ?
- Quand et comment référez-vous les femmes si vous identifiez une maladie psychologique ?
- Quel effet pensez-vous que les maladies psychologiques non traitées ont sur
 - La mère ?
 - Le fœtus
 - Les familles ?

Points de discussion

- Discuter les lignes directrices spécifiques du pays – les approches et les CPN.
- Comment améliorer le dépistage de routine des troubles psychologiques pendant la grossesse ?

4.2 : Examen obstétrical

Ressources

- | | |
|---|---------------------------|
| ■ Modèle abdominal | ■ Mètre ruban |
| ■ Doppler | ■ Couverture pour la mère |
| ■ Stéthoscope de Pinard, table d'examen | |

Points clés de la formation

Dans cette session pratique, nous réalisons un examen obstétrical de la mère pour déterminer la position, la présentation, la hauteur utérine (HU) et le rythme cardiaque fœtal.

Cette aptitude doit être enseignée dans un processus en quatre parties :

1. Le Facilitateur illustre le geste technique en « temps réel », sans explication.
 - Faire la démonstration en silence de l'examen d'une femme, comment mesurer la HU et comment écouter les battements du cœur foetal.
2. Le Facilitateur fait la démonstration et explique le geste technique.
 - Faire la démonstration de comment examiner une femme, comment mesurer la HU et comment écouter les battements du cœur foetal et expliquer en détail chacune des étapes du processus.
3. Le Facilitateur illustre le geste technique et les participants l'expliquent.
 - Illustrer comment examiner une jeune femme, comment mesurer la HU et comment écouter les battements du cœur foetal et demander au participant d'expliquer en détail chacune des étapes du processus.
4. Les participants mettent en pratique le geste technique.
 - Les participants font la démonstration de l'examen d'une femme, comment mesurer la HU et comment écouter les battements du cœur foetal et expliquent en détail chacune des étapes du processus.

Principaux résultats attendus

- Effectuer un examen obstétrical.
- Identifier la position normale et anormale et la présentation du fœtus par palpation.
- Mesure de la HU.
- Écouter le rythme cardiaque du fœtus en utilisant un stéthoscope obstétrical type Pinard et/ou un Doppler.

Instructions

Préparation

- Présentez-vous à la femme et expliquez ce que vous allez faire.
- Mise en confiance de la femme.
- Demandez son consentement verbal.
- Demandez à la femme si sa vessie est vide, proposez-lui d'aller aux toilettes.
- Installez la femme en position semi-allongée, les bras le long du corps, l'abdomen doit être détendu.
- Lavez-vous les mains, il n'est pas nécessaire d'utiliser des gants.
- Dénudez la plus grande partie de l'abdomen pour un examen approfondi.
- Couvrez la femme et préservez son intimité.

Inspection

- Inspection de l'abdomen – taille, forme, modifications de la peau, cicatrices antérieures, présence de mouvements fœtaux.
- Demandez à la femme de prendre une grande inspiration et d'expirer lentement, de détendre son corps au cours de la palpation de l'abdomen.

Palpation abdominale

- Pour savoir si le bébé est en position verticale, posez une main à plat de chaque côté du ventre de la mère.
- Appuyez doucement mais fermement, tout d'abord d'une main, puis de l'autre.
- Palpez le ventre de la femme avec vos mains de chaque côté, en poussant légèrement avec la main gauche puis la main droite à tour de rôle.
- Palpez ensuite l'abdomen de la femme et sentez une surface large et dure (le dos du bébé). Si vous pouvez le sentir, le bébé fait face au dos de la femme.
- Utiliser la palpation pelvienne pour déterminer la présentation fœtale et l'engagement ou non du fœtus
- Utilisez la méthode à deux mains, l'une de chaque côté de la partie présentée avec les doigts dirigés vers l'intérieur et vers le bas, est plus confortable que la technique à une main avec les doigts face à la tête de la femme.
- Appuyez fermement avec vos doigts juste au-dessus de l'os pubien pour voir si vous pouvez sentir la tête du bébé.
- Palpez maintenant la partie haute de l'utérus de la mère (le fond), juste en dessous de ses côtes.
- Expliquez que vous pouvez sentir une forme arrondie et dure, comme une tête.

Mesure de la HU

- Palpez doucement afin d'identifier le fond utérin.
- Mesurez la distance entre le fond utérin et le bord supérieur de la symphyse pubienne.
- Le mètre ruban ne doit pas être trop étiré.
- Noter la mesure correcte sur le carnet CPN et/ou, s'il est disponible, sur la courbe de la hauteur utérine (cette courbe présente les valeurs normales de la HU par rapport à l'âge gestationnel)

Points de discussion

1. Quand est-ce que la HU doit-elle être mesurée ?
 - La HU doit être mesurée et documentée au cours de chaque consultation prénatale. Entre 28 et 36 semaines de grossesse la mesure de la HU en centimètres correspond en général au nombre de semaine de grossesse (± 2 semaines).
2. Que signifie une HU inférieure à la valeur attendue ?
 - Le bébé ne se développe pas correctement, il est petit pour l'âge gestationnel ou il s'agit d'un retard de croissance intra-utérine.
 - Il n'y a pas suffisamment de liquide amniotique : oligoamnios.
 - Le bébé est en position transversale.
3. Que signifie une HU supérieure à la valeur prévue ?
 - Il y a plusieurs fœtus : grossesse multiple.
 - La quantité de liquide amniotique est supérieure à la normale : hydramnios.
 - Le bébé est plus gros que la normale – macrosomie.
4. Quand est-ce que la position du fœtus a une signification clinique ?
 - La présentation fœtale doit être évaluée par palpation abdominale à partir de 36 semaines, lorsqu'elle est susceptible d'avoir des conséquences sur le plan d'accouchement.

4.3 : Soins Prénatals : Evaluation et calendrier de suivi

Ressources	
■ Tensiomètre/Thermomètre/Stéthoscope	■ Équipement de prélèvement sanguin et formulaires
■ Table d'examen	■ Balances poids/taille
■ Papier et stylos	

Points clés de la formation

L'un des facilitateurs devra jouer le rôle de la femme. [Des coussins sont fournis pour simuler la grossesse ou un mannequin ventral]. L'autre Facilitateur doit présenter le scénario aux participants et en choisir un pour jouer le rôle du professionnel de santé qui va effectuer la consultation. Les actions attendues de la part du participant et les résultats de la consultation sont décrits ci-après. Si les participants n'arrivent pas à effectuer un examen complet de la femme, comme nous l'expliquons ci-dessous, le Facilitateur doit les guider progressivement au cours du processus.

Principaux résultats attendus

- Reconnaître les complications de la grossesse.
- Informer/sensibiliser/conseiller de manière pertinente les femmes qui reçoivent des soins prénatals.
- Établir le chronogramme des visites prénatales et fournir les coordonnées du prestataire de soins à contacter en cas d'urgence.

Scénario clinique

La femme (multigestes) arrive à la consultation prénatale, elle indique qu'elle est enceinte de 28 semaines (7ème grossesse, 2 fausses couches auparavant, lors de l'accouchement précédent le bébé est mort après la naissance car il était trop petit). Elle rapporte qu'elle se sent tout le temps fatigué, qu'elle a perdu du poids au cours de cette grossesse, parce qu'elle a souffert de nausées durant les premiers mois, qui l'ont empêché de s'alimenter correctement au cours de cette grossesse.

Elle vit dans un village rural dans une zone d'endémie palustre, elle indique qu'elle a été traitée pour le paludisme à deux reprises au cours des 12 derniers mois. L'épisode le plus récent date de 4 mois lorsqu'elle était enceinte de 12 semaines, au cours de laquelle elle a été traitée avec des médicaments antipaludéens. Elle se plaint également de légers saignements vaginaux (aucune douleur), c'est la raison pour laquelle elle est venue à la clinique aujourd'hui.

Actions attendues

Facilitateur :	<p>Demandez aux participants d'identifier les problèmes clés révélés par le cas clinique</p> <p>Quelles questions voudriez-vous poser à la femme ?</p>
Participant :	<p>Se présenter en utilisant les principes de soins de maternité respectueux</p> <p>Demandez comment elle se sent.</p> <p>Est-elle pâle ?</p> <p>A-t-elle d'autres plaintes ?</p> <p>Préparez la femme pour l'examen.</p>
Facilitateur :	<p>Que rechercheriez-vous durant l'examen ?</p>
Participant :	<p>Examen prénatal complet.</p> <p>Recherchez une anémie, un ictère, une lymphadénopathie.</p> <p>Pouls, FR, PA, température (tous ces examens sont normaux), pâleur, œdème, hauteur utérine, rythme cardiaque du fœtus (présence et fréquence). Posez des questions sur d'autres signes de danger.</p> <p>Détermination du poids et de la taille – Calculer l'IMC.</p> <p>Calculez la DPA</p>
Facilitateur :	<p>Quelle analyses aimeriez-vous faire ?</p> <p>Les femmes enceintes doivent être informées de l'objectif de tout test avant qu'il ne soit effectué.</p>
Participant :	<p>Planifiez les examens de sang, Hb, TDR du paludisme, Syphilis, test rapide VIH, groupe sanguin ABO et facteur rhésus, hépatite B, analyse d'urine.</p> <p>Dépistage de la tuberculose.</p> <p>Recherchez d'autres signes et symptômes d'IST et infections vaginales afin de déterminer s'il est indiqué d'envisager des frottis vaginaux et du col de l'utérus.</p>
Facilitateur :	<p>(Paludisme négatif, Hb 8g/dl), la mesure de la hauteur utérine est trop petite pour l'âge gestationnel du bébé.</p> <p>Comment allez-vous traiter cette femme ?</p>
Participant :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chercher une hypertension gravidique et vérifier la TA. 2. Traiter l'anémie (en suivant les protocoles nationaux). 3. Envisager un traitement vermifuge ou tests de selles pour le dépistage d'œufs de parasite et de kystes. 4. Envisager un traitement présomptif intermittent contre le paludisme. 5. Suspecter un petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) ou un retard de croissance intra-utérin (RCIU). 6. Un placenta praevia est une possibilité.

	<p>Conduite à tenir : réaliser une échographie si possible pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostiquer un placenta praevia. 2. Mesurer le fœtus et estimer le poids fœtal. Le cas échéant, une série d'examens par ultrasons pourrait être effectuée durant la grossesse pour surveiller la croissance fœtale. 3. Selon les résultats de l'échographie, souligner l'importance du suivi médical ou de soins dans la communauté.
Facilitateur :	Qu'allez-vous conseiller à cette femme et comment allez-vous élaborer son suivi et celui de son bébé ?
Participant :	<p>Aidez la femme à planifier les échographies et le suivi de la grossesse. Conseils et rappels, que faire en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Saignements vaginaux importants et/ou douleurs abdominales ; ■ Symptômes de la prééclampsie ; ■ Nutrition maternelle ; ■ Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (MIILD) pour prévenir le paludisme ; ■ Importance des visites prévues.

Points de discussion

1. Discutez des signes de danger et de la planification des mesures d'urgence dans votre établissement.
2. Calendrier et nombre de contacts prénatals, 8 visites de contact, (voir encadré pour référence).
3. Réseau social pour cette famille et difficultés éventuelles pour suivre les visites prénatales.

INFORMATIONS

Semaines de Grossesse	Motif de la consultation de la mère ?	Quelles sont les actions concrètes ?
12 à 16 semaines	<p>Il s'agit généralement de la première visite programmée</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les besoins obstétricaux et généraux en termes de santé de la femme ■ Faire un plan pour le suivi de la grossesse et la naissance ■ Dépister une maladie psychologique et une violence conjugale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmation de la grossesse ■ Date ■ Déterminer la DPA ■ Examen physique complet ■ Examens comprenant : PA, test d'urine à la recherche de protéines et de glucose Hb, Syphilis, VIH, paludisme et tuberculose ■ Calcul de l'IMC ■ Discuter du lieu d'accouchement ■ Organiser le lieu et la date de la prochaine visite

Entre 18 et 34 semaines, généralement une visite toutes les 4 semaines		
18 à 20 semaines		Echographie pour confirmer : <ul style="list-style-type: none"> ■ Un seul fœtus (ou grossesse multiple) ■ La position placentaire Le bien-être fœtal
24 à 28 semaines	Analyser à nouveau la situation obstétricale et médicale de la femme	Vérifier la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie Mesurer la hauteur utérine Vérifier le rythme cardiaque du fœtus
28 à 32 semaines	Analyser à nouveau la situation obstétricale et médicale de la femme Vérifier la position et la présentation du fœtus	Vérifier la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie Mesurer la hauteur utérine Vérifier le rythme cardiaque du fœtus Administration d'Anti D si nécessaire
Entre 32 et 38 semaines, généralement une visite toutes les 2 semaines		
32 à 38 semaines	Analyser à nouveau la situation obstétricale et médicale de la femme Définir la date d'une césarienne élective en accord avec la femme Préparer la naissance en cas d'urgence	Vérifier la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie Mesurer la hauteur utérine Vérifier le rythme cardiaque du fœtus Vérifier la présentation
Entre 38 et 40 semaines, généralement une visite toutes les semaines		
38	Analyser à nouveau la situation obstétricale et médicale de la femme	Vérifier la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie Mesurer la hauteur utérine Confirmer la présentation
40	Analyser à nouveau la situation sur le plan obstétrical et médical	Vérifier la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie Examen Prévoir une nouvelle visite dans une semaine, si la femme n'a pas encore accouché
41	Analyser à nouveau la situation obstétricale et médicale de la femme	Vérifier la PA et analyser les urines à la recherche de protéinurie Examiner la femme Proposer un décollement du pôle inférieur Proposer une date pour le déclenchement du travail à 40+ 10 jours si le risque est faible

4.4 : Soins prénatals : Consultations intermédiaires

Ressources	
■ Tensiomètre/thermomètre/stéthoscope (signes vitaux)	■ Table d'examen
■ Bandelettes réactives pour analyse d'urine	■ Papier et stylos
■ Pinard	■ Équipement de prélèvement sanguin et bulletin d'analyse

Points clés de la formation

L'un des facilitateurs devra jouer le rôle de la femme. [Des coussins sont fournis pour simuler la grossesse.] L'autre Facilitateur doit indiquer aux participants le cas à considérer (scénario) puis demander à l'un d'entre eux de jouer le rôle du professionnel de santé et de procéder à une évaluation prénatale complète de la femme. Les actions attendues de la part du participant et les résultats de la visite sont exposés ci-après. Si les participants n'entreprennent pas un examen complet de la femme, comme expliqué ci-dessous, le Facilitateur devrait les guider en douceur tout au long du processus.

Principaux résultats attendus

- Comprendre la logique et les principes du suivi prénatal de routine pour la femme et sa famille
- Décrire comment procéder à un examen systématique d'une femme enceinte
- Planifier des intervalles appropriés entre les consultations prénatales et fournir les coordonnées de contact
- Détecter à un stade précoce des problèmes et des complications et les traiter
- Agir pour prévenir les complications
- Offrir une préparation à l'accouchement et aux complications possibles
- Prodiguer les conseils nécessaires au maintien d'une bonne santé pour la femme, son nouveau-né et sa famille

Scénario clinique

Une femme enceinte pour la première fois, à 6 mois de grossesse, se rend à un rendez-vous pour des soins prénatals. Elle a effectué une consultation prénatale à 16 semaines et n'a pas été revue depuis. Elle est porteuse du VIH, mais n'a pas été en mesure d'informer son partenaire ou la famille.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions poseriez-vous à cette femme ?
Participant :	<p>Saluez la femme et présentez-vous, est-elle là pour sa visite de routine ou pour un problème spécifique ?</p> <p>Évaluation générale.</p> <p>Se plaint-elle de douleurs ?</p> <p>Prend-elle ses médicaments ?</p> <p>A-t-elle de la fièvre/mal à la gorge/des éruptions cutanées ?</p> <p>Posez des questions sur les signes de danger.</p>

Facilitateur :	Demandez à la femme si elle souffre des symptômes suivants (liés au VIH) ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fièvre ■ Diarrhée persistante ■ Toux ■ Dysurie ■ Sécrétions vaginales ■ Perte de poids ■ Éruptions cutanées/infection de la peau
Facilitateur :	Que recherchiez-vous durant l'examen ?
Participant :	<p>Assurer la confidentialité et demander le consentement</p> <p>Examen clinique :</p> <p>Vérifier les signes vitaux : température, tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire</p> <p>Examen général : Rechercher chez la femme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pâleur, ictère <input type="checkbox"/> Examen des seins <input type="checkbox"/> Examen génital (si indiqué sur le plan clinique) <input type="checkbox"/> Facteurs émotionnels <input type="checkbox"/> Enregistrer tous les soins prénatals administrés y compris les constatations sur le registre prénatal <p>Examen obstétrical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Examen de l'abdomen – évaluer la hauteur utérine, position, présentation, exclure une grossesse multiple <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque du fœtus
Facilitateur :	Quelles sont les analyses que vous effectuerez ?
Participant :	Paludisme TDR, test urinaire à la recherche de protéines (s'assurer que le taux de CD4 et le test de la charge virale doivent être pratiqués au moins une fois par trimestre).
Facilitateur :	À partir de l'examen de l'abdomen, vous suspectez une grossesse gémellaire. Comment allez-vous traiter cette femme ?
Participant :	Référence pour échographie, si disponible, pour confirmer, ou bien proposer un suivi plus rapproché.

Facilitateur :	Pour quels symptômes du VIH la femme doit-elle obtenir des conseils?
Participant :	Elle a besoin de consulter un médecin si l'un des éléments suivants se développe : <ul style="list-style-type: none"> ■ Ictère ■ Pâleur ■ Douleurs abdominales ■ Essoufflement ■ Éruption cutanée ■ Douleur anormale dans ses mains ou pieds
Facilitateur :	Qu'allez-vous conseiller à cette femme et comment allez-vous faire le suivi de ce cas.
Participant :	Fournir un soutien psychologique, conseiller à la femme de venir avec sa famille à la prochaine consultation pour parler du VIH. Donner des conseils de bonne nutrition, sur le sulfate ferreux, les MILD et un traitement intermittent du paludisme. L'informer des signes de danger. Lui donner les coordonnées des cliniques/hôpitaux les plus proches. Documenter les résultats, planifier les soins, la date du prochain rendez-vous.

Points de discussion

1. Essayer de discuter avec la femme toute seule de sa situation sociale relative à la divulgation de son statut séropositif au VIH. (L'OMS maintient que le professionnel de santé a un devoir de divulgation à l'égard de tout partenaire connu si la femme refuse de la faire).
2. Quand procéder à une échographie ? – L'OMS recommande de le faire avant 24 semaines (échographie précoce) pour estimer l'âge gestationnel, améliorer la détection des anomalies fœtales et les grossesses multiples, réduire le déclenchement du travail pour la grossesse après terme et d'améliorer la grossesse.

Chapitre 5 : Symptômes courants de la grossesse

5.1 : Identification et traitement des symptômes courants de la grossesse

Ressources	
■ Stylo	■ Tableaux à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Un Facilitateur peut jouer le rôle de la femme enceinte (en utilisant un coussin pour simuler la grossesse), l'autre donne aux participants l'historique et leur demande de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Les actions attendues des participants et leurs résultats, sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback, sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement attendu, les guider progressivement tout au long du processus. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Mener une consultation médicale pour dépister et traiter les affections au cours de la grossesse, discuter de chaque problème.
- Fournir des informations/des conseils pertinents aux bénéficiaires de soins prénatals.

Scénario clinique

Une femme primipare arrive à la clinique prénatale, enceinte de 28 semaines, très fatiguée et souffrant d'affections multiples. Ce n'est pas l'une de ses visites de routine et elle a oublié son carnet de grossesse donc la sage-femme ne la verra qu'à la fin des consultations. Pendant la consultation, la femme se plaint 1) de brûlures d'estomac 2) de constipation, 3) de chevilles gonflées 4) et de son besoin fréquent d'uriner.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions lui poseriez-vous ?
Participant :	Prendre une vue d'ensemble de la grossesse actuelle, recueillir les plaintes de la gestante concernant sa grossesse et poser des questions précises concernant ces symptômes. <ul style="list-style-type: none">■ Quelle est la durée de ses différents symptômes ?■ A-t-elle reçu un traitement médicamenteux ?■ Prend-elle des suppléments de fer ?■ A-t-elle été traitée pour le paludisme récemment et utilise-t-elle une moustiquaire ?■ Souffre-t-elle d'autres symptômes : fièvre/mal de gorge/éruption cutanée ?■ Ressent-elle des mouvements fœtaux ?

Facilitateur :	<p>La femme se plaint de fièvre. Elle a été traitée pour le paludisme il y a une semaine et n'a pas de moustiquaire. Elle est constipée en raison des comprimés de fer qu'elle a commencé à prendre il y a un mois.</p> <p>Le bébé bouge beaucoup, fait comme s'il sautait, et la femme ne parvient pas à dormir.</p> <p>Elle urine fréquemment.</p>
Facilitateur:	Que rechercheriez-vous durant l'examen clinique ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recherche d'anémie. ■ Examen clinique : FC, RR, PA, température (tous sont normaux), pâleur, œdème, hauteur utérine, rythme cardiaque du fœtus (présence et fréquence). ■ Poser des questions sur les signes de danger.
Facilitateur :	Quels examens complémentaires effectueriez-vous?
Participant :	Test rapide de Hb, bandelette d'analyse d'urine.
Facilitateur :	<p>Hb à 9,8g/dl, test d'urine négatif.</p> <p>Comment allez-vous traiter cette femme pour brûlures d'estomac ?</p>
Participant :	<p>Les brûlures d'estomac sont de fortes douleurs, comme une brûlure dans la poitrine. Elles sont liées à la perte de tonicité durant la grossesse du sphincter assurant la jonction entre l'estomac et l'œsophage, à la suite de quoi l'acide de l'estomac passe vers le haut du tube digestif. Elles sont souvent provoquées par une position allongée. Conseiller à la femme de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dormir en position surélevée : utiliser des coussins ou des couvertures supplémentaires. ■ Éviter de manger et de boire quelques heures avant de se coucher. ■ Éviter les facteurs déclencheurs : aliments gras et épicés. ■ Manger des petites portions mais plus souvent. ■ Donner des antiacide si les autres mesures ne marchent pas.
Facilitateur :	Comment allez-vous traiter cette femme pour constipation ?
Participant :	<p>La constipation est fréquente durant la grossesse en raison des changements hormonaux dans le corps. Pour prévenir la constipation, conseiller à la femme de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Manger des aliments riches en fibres, comme des céréales, des fruits et légumes, ainsi que des légumineuses, comme les haricots et les lentilles ■ Essayer des remèdes maison ou à base de plantes pour ramollir les selles ■ Boire beaucoup d'eau ■ Éviter les compléments alimentaires, qui peuvent provoquer la constipation.

Facilitateur :	Comment allez-vous traiter cette femme pour œdème ?
Participant :	Pendant la grossesse, les chevilles peuvent gonfler car le corps retient plus de liquides que d'habitude. Pour éviter ou atténuer le gonflement des chevilles, il faut conseiller à la femme d'éviter de rester trop longtemps debout ; l'idéal serait qu'elle porte des chaussures confortables et surélève ses pieds aussi souvent que possible. Faire de l'exercice avec les pieds : faire des cercles avec les pieds et plier/étirer les pieds de haut en bas.
Facilitateur :	Comment allez-vous traiter le besoin fréquent d'uriner de cette femme ?
Participant :	Le besoin fréquent d'uriner est l'un des premiers symptômes de la grossesse, et peut continuer pendant toute la grossesse. Conseiller à la femme d'éviter les boissons tard le soir, tout en s'assurant de boire suffisamment au cours de la journée.
Facilitateur :	Comment allez-vous traiter les autres symptômes de l'anémie ?
Participant :	On peut conseiller à la femme de commencer une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique et d'effectuer un test d'Hb en 4 semaines. Informez-là sur l'importance de manger des aliments contenant du fer, comme des légumes à feuilles vertes, de la viande, du foie, des haricots, du poisson, etc.
Facilitateur :	Comment allez-vous traiter les autres symptômes du paludisme ?
Participant :	<p>Le test était positif, mais elle a commencé l'automédication il y a une semaine et les symptômes commencent à diminuer. Refaire le test dans une semaine, le frottis sanguin est généralement négatif au bout de 14 jours.</p> <p>Fournir 2 moustiquaires, une pour elle et une pour sa famille.</p> <p>Insister de nouveau sur la nécessité de demander l'aide d'un médecin si elle a de la fièvre et souligner les dangers liés à l'automédication du paludisme.</p>

Facilitateur :	Si tous les symptômes répertoriés ci-dessus ne s’atténuent pas, que conseillerez-vous ? (Orienter : discuter des soins prénatals)
Participant :	<p>Brûlures d’estomac et indigestion Si les symptômes ne s’améliorent pas avec le régime adapté et les changements de mode de vie, la sage-femme peut prescrire des médicaments pour soulager les symptômes, par exemple de la Ranitidine 150mg deux fois par jour pour soigner le reflux gastro-œsophagien. Le métopropramide peut être utilisé de façon intermittente au cours de la grossesse. Pour les symptômes sévères, de l’oméprazole peut être prescrit après un examen médical.</p> <p>Constipation Le professionnel de santé peut prescrire un laxatif oral. Le traitement contre la constipation est efficace, mais dans certains cas, un transit intestinal régulier met quelques mois à se rétablir.</p> <p>Œdème Le gonflement des chevilles et des pieds survient souvent en fin de journée après avoir marché et être restée debout. Ce gonflement progressif n’est pas nocif pour le bébé. Cependant, si la femme ressent un gonflement soudain du visage, des pieds et des doigts, contacter immédiatement la sage-femme et rechercher d’autres symptômes de pré-éclampsie.</p> <p>Besoin fréquent d’uriner Si uriner est douloureux, démange ou brûle, la femme peut souffrir d’une infection urinaire et aura besoin d’un traitement par antibiotiques.</p>

Points de discussion

1. Discussion de chaque problème, en distinguant les problèmes majeurs des problèmes mineurs
2. La nécessité d’une éducation sanitaire et de faire preuve d’empathie à l’égard de la femme souffrant de ces affections.

Les symptômes des brûlures d’estomac peuvent ressembler à une douleur épigastrique associée à une pré-éclampsie. Exclure une pré-éclampsie en vérifiant la pression artérielle et en effectuant des analyses d’urine ainsi qu’en mesurant la croissance fœtale, en recherchant des symptômes de l’HTA induite par la grossesse (au-dessus de 20 semaines de grossesse) et en faisant une analyse de sang si nécessaire.

5.2 : Mythes et Idées fausses

Ressources	
■ Stylos	■ Tableaux à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Le but de cette session est de discuter des mythes spécifiques pendant la grossesse et des symptômes fréquents de la grossesse et comment les gérer.

Principaux résultats attendus

- Comprendre quels sont les symptômes normaux et anormaux d'une grossesse.
- Comprendre les principes factuels de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé.
- Comprendre les mythes et les idées fausses répandus and le contexte local et comment ils peuvent être néfastes pour la femme et/ou le nouveau-né.

Instructions

- Diviser le groupe en deux ou trois sous-groupes – idéalement de 3 ou 4 participants par sous-groupe.
- Désigner dans chaque sous-groupe une personne qui prendra les notes.
- Désigner dans chaque sous- groupe une personne qui présentera les conclusions à l'ensemble du groupe durant la discussion de groupe.
- Demander à chaque groupe d'énumérer les mythes et idées fausses qu'ils connaissent.
- Pourquoi croit-on encore aux mythes et aux idées fausses ?
- Quelles sont les complications potentielles associées à chacune ?
- Indiquez en quoi ces pratiques peuvent avoir un effet néfaste
- Suggérer des moyens d'encourager la population locale à cesser ces pratiques.

Points de discussion

1. Importance du professionnel de santé dans la promotion de la santé et l'éducation sanitaire.
2. Comment combattre des pratiques nocives culturellement sensibles ?
3. Importance de l'éducation communautaire, impliquant les leaders religieux locaux, les agents de santé communautaires.

Exemples de mythes à discuter

Pays	Mythes Courants
Inde	Les femmes n'aiment pas prendre des suppléments de fer car les médicaments sont foncés et elles pensent qu'ils assombriront la peau du bébé, dans un pays où les bébés à la peau claire sont préférés.
Chine	Il ne faut pas avoir de relations sexuelles pendant la grossesse.
Cambodge	Des feux sont allumés sous le lit des femmes ayant accouché. Les femmes croient qu'elles devraient se faire injecter des vitamines après l'accouchement.
Royaume-Uni	Les femmes enceintes devraient manger pour deux – et cela n'aura pas de conséquences pour la mère ou le fœtus. Le beurre de cacao évite les vergetures. Vous ne pouvez pas voyager par les airs durant votre premier et dernier trimestre. Les femmes enceintes devraient dormir sur le côté gauche. Le sexe du bébé est indiqué par sa position dans l'utérus.
Nigeria	Les femmes utilisent la médecine locale et consultent les guérisseurs traditionnels. L'utilisation de bouse de vache pour soigner le cordon ombilical, ce qui peut provoquer le tétanos.
Soudan	La mutilation génitale féminine aide à contrôler la libido des femmes.
Éthiopie	Insertion de sel gemme dans le vagin pour le resserrer.
Inde	Une prise de médicament par voie intraveineuse est plus efficace que par voie orale.
Afrique de l'Est	Une femme dont le travail est long et difficile se fera remplir le vagin de bouse de vache pour que le bébé sente la richesse de son père et ait envie de sortir.
Zones rurales en Inde et au Bangladesh	La « Pollution de l'accouchement » (règles/lochies) a des conséquences variées pour la femme, aussi bien lors de la grossesse que lors de l'accouchement. Les femmes enceintes sont perçues comme honteuses, en raison de la preuve évidente qu'elles ont eu des relations sexuelles, et de la nature « polluante » de l'accouchement qui va suivre. Les femmes dans ces pays font appel aux services d'un « dai » pour s'en occuper.

Afrique de l'Ouest	<p>Les femmes devraient supporter la douleur de l'accouchement en silence pour démontrer leur courage et leur caractère. Il peut y avoir une pression sociale pour ne montrer aucun signe de douleur, subir le travail calmement et patiemment signifie faire preuve d'une modestie « convenable ».</p> <p>Dans certains contrées, les femmes doivent accoucher en silence et les filles apprennent qu'une femme qui pleure pendant l'accouchement est « inférieure à une fourmi ». Il est aussi attendu d'elles qu'elles accouchent seules.</p>
Sierra Leone	Une femme qui subit un travail difficile est punie pour quelque chose de mal qu'elle a fait, et a besoin d'être pardonnée pour que le travail s'achève.
Ghana	Une femme Akan qui subit un travail difficile sera soupçonnée d'infidélité.
Malaisie	On croit qu'une femme subissant un travail difficile a offensé son mari. Il doit réaffirmer sa domination sur elle pour qu'elle puisse remplir sa fonction féminine de l'accouchement.

5.3 : Dépistage et traitement des pertes vaginales et des maladies sexuellement transmissibles

Ressources	
■ Stylos	■ Tableau à feuilles mobiles

Points clés de la formation

L'un des facilitateurs joue le rôle de la femme. L'autre guide les participants. L'un des participants joue le rôle du professionnel de santé et procède à une évaluation prénatale complète de la femme. Les actions attendues du participant et l'issue de la visite sont exposées ci-dessous. Si les participants échouent à réaliser un examen complet de la femme selon les lignes directrices définies ci-dessous, le Facilitateur les guidera en douceur à travers le processus. Encourager le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Montrez l'importance du dépistage et le suivi des cas d'IST et aussi l'importance d'une recherche approfondie des antécédents sexuels.
- Faisant preuve de compassion et ayant une attitude de non-jugement lors de ses entretiens, le professionnel de santé peut obtenir des informations exactes concernant la sexualité et comprendre quelques-unes des croyances et pratiques des femmes.

Scénario clinique

Une femme 2^e geste 1^{er} pare se présente en CPN en pensant être enceinte, vous faites un test de grossesse et les résultats sont positifs. Au cours de l'examen physique, vous détectez une mycose buccale, une hypertrophie des ganglions lymphatiques autour du cou et des pertes vaginales d'une odeur étrange. Durant l'annotation de ses antécédents médicaux, la femme affirme avoir eu l'an dernier des cloques douloureuses autour de la taille.

Mesures à adopter

Facilitateur :	Qu'est ce qui ne va pas chez cette femme ? Quels sont les services dont on a besoin pour pouvoir dépister et traiter les infections sexuellement transmissibles ?
Participant :	Un prestataire de soins qualifié pour rechercher les antécédents sexuels Examen pour IST Médicaments Conseils à propos du VIH Notification confidentielle du partenaire Recherche des contacts Éducation à la santé sexuelle Intégration avec d'autres services de soins Suivi

Facilitateur :	Quelles questions lui poseriez-vous ?
Participant :	Principes de soins respectueux, assurer la confidentialité Rechercher les antécédents sexuels complets et demander quand elle a fait son dernier test du VIH ? Les antécédents sexuels comprennent : Type de relation (polygame, homosexuel/hétérosexuel), type de sexe (oral, anal, vaginal), nombre de partenaires sexuels, type de protection (préservatifs), utilisation de la contraception, utilisation de produits sexuels, rapports sexuels et antécédent de traitement pour IST, hygiène périnéale.
Facilitateur :	En privé, la femme discute avec l’infirmière de son activité sexuelle et lui rapporte que son partenaire a des écoulements péniers (urétraux) et qu’elle craint qu’il puisse lui avoir transmis une maladie. » Lorsque l’infirmière l’interroge, elle affirme avoir présenté des pertes vaginales et des démangeaisons.
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous durant l’examen ?
Participant :	Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d’un chaperon Apparence visuelle de la région génitale, pertes et toute odeur associée.
Facilitateur :	L’examen médical montre qu’elle présente des pertes vaginales malodorantes. Quelles analyses effectueriez-vous ?
Participant :	Une analyse des pertes vaginales : Rechercher une candidose pendant la grossesse Un dépistage de la syphilis (TDR) Culture des prélèvements endocervicales pour détecter une possible chlamydia, gonorrhée ou trichomonas. S’il y a risque d’infection par le VIH, la femme doit faire un test de dépistage pour confirmer ce soupçon et, si elle s’avère être séropositive, des conseils lui seront donnés en matière de PTME, une vérification du taux de CD4 devra être faite et l’on débutera un traitement antirétroviral (TARV).
Facilitateur :	Avec les résultats de laboratoire suivants, comment prendriez-vous en charge/soigneriez-vous cette femme ? Syphilis – négatif (ou positif dans ce cas) Gonorrhée – culture bactérienne négative Chlamydia – culture bactérienne positive Trichomonas – culture bactérienne positive

Facilitateur :	<p>Quels soins lui administreriez-vous ?</p> <p>Notez que certains milieux ne disposant pas de laboratoire utilisent une approche syndromique pour le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles.</p>
Participant :	<p>Pour soigner une chlamydie et une trichomonase :</p> <p>Azithromycine 1g par jour</p> <p>Métronidazole 500mg per os deux fois par jour pendant 7 jours</p> <p>La femme doit s’abstenir de toute activité sexuelle jusqu’à la fin du traitement, une semaine plus tard. Recommander que son/ses partenaire(s) sexuel(s) suive/nt lui/eux aussi un traitement. Prendre un rendez-vous pour une consultation de suivi dans deux mois.</p> <p>Pour la syphilis :</p> <p>Benzathine pénicilline 2,4 millions d’unités (1,8g) IM. Administrer une dose unique pour la syphilis primaire, puis une deuxième dose 7 jours plus tard, en 2 injections dans des zones différentes. Administrer une fois par semaine pendant 3 semaines pour la syphilis secondaire.</p> <p>Benzathine pénicilline 2,4 millions d’unités IM une fois par semaine pendant trois semaines dans les cas de syphilis latente tardive.</p>
Facilitateur :	<p>Quels conseils lui donneriez-vous ?</p>
Participant :	<p>Assurer un suivi de la femme et de son partenaire</p> <p>Discuter des pratiques sexuelles saines, de l’utilisation du préservatif et des capacités de négociation.</p> <p>Aborder le thème de la toilette intime et de l’utilisation d’eau de javel dans l’eau du bain.</p> <p>Informé des conséquences de ces pratiques sur la santé, y compris le risque d’infections dues aux toilettes intimes car elles provoquent une inflammation ou des lésions au niveau des muqueuses et modifient le pH des sécrétions vaginales.</p> <p>Conseiller un traitement préventif intermittent pour le paludisme (TPI), le sulfate ferreux et une bonne nutrition, puis effectuer un suivi lors des CPN.</p>

Points de discussion

1. L’importance d’une attitude de non- jugement de la part du professionnel de santé et du recueil des antécédents complets.
2. L’importance des tests de dépistage chez le partenaire, la recherche des contacts et du counseling.
3. Discuter des conséquences des IST non traitées pour la mère et le nouveau-né.
4. Discuter de l’approche syndromique de l’OMS pour le diagnostic et le traitement des IST.

5.4 : Dépistage et suivi des soins psychosociaux durant la grossesse

Ressources	
■ Outil de dépistage HITS	■ Tableau à feuilles mobiles
■ Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg	■ Stylos

Points clés de la formation

Pour le scénario du jeu de rôles, le Facilitateur joue le rôle de la femme enceinte qui consulte pour des soins et le participant joue un professionnel de santé et demande ses antécédents prénatals. Tout se passe dans une salle pleine de monde : une sage-femme est assise au bureau à côté d'une femme, derrière laquelle il y a une queue composée d'autres femmes assises sur un banc à proximité du bureau de la sage-femme. Les autres participants du groupe observent, mais sont également invités à faire des commentaires.

Principaux résultats attendus

- Comprendre une approche pluridimensionnelle de la santé : Aspects physique, mental et social.
- Comprendre les principes de l'évaluation, du diagnostic et de la prise en charge des difficultés psychosociales pendant la grossesse.
- Comprendre comment évaluer les difficultés psychosociales à l'aide des questions de Whooley (Annexe 4) et de l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg.
- Comprendre quand et comment référer des cas de troubles psychosociaux à un spécialiste pour une prise en charge.

Santé mentale et violence domestique

L'évaluation doit avoir lieu à plusieurs reprises au cours de la grossesse car certaines femmes ne divulguent pas de telles informations quand elles viennent pour la première fois ; la violence peut également commencer plus tard au cours de la grossesse.

- Lors du premier contact de la femme avec les établissements de soins.
- Au moins une fois par trimestre.
- Pendant la consultation post natales (généralement 4 à 6 semaines).

Le HITS est un outil de dépistage et une échelle ; HITS signifie « Hurt, Insult, Threaten and Scream » (Frapper – Insulter – Menacer – Crier). Cet outil est composé de quatre questions que les professionnels de santé peuvent poser aux femmes à travers un formulaire, afin d'évaluer le risque de violence conjugale. Ces questions peuvent également être posées verbalement (Annexe 6 : outil HITS pour évaluer le risque de violence domestique).

Scénario clinique

Le Facilitateur joue le rôle de la femme enceinte qui se présente dans une clinique prénatale lors de la 35^e semaine de sa première grossesse pour un examen de routine. Quand on lui demande comment elle se sent, elle craque et commence à pleurer, disant qu'elle se sent désespérée, qu'elle ne peut pas dormir et qu'elle ne voit aucun avenir pour elle et son bébé. Elle explique qu'après s'être rendue à sa première consultation prénatale il y a quelques mois, on l'a diagnostiquée positive au VIH. Depuis sa dernière visite, elle a révélé son statut à son mari. Il s'est

mis en colère, l’a maudit et l’a insulté, l’a accusée d’infidélité, et a répandu des rumeurs à son sujet dans leur entourage. Leur relation s’est rompue, elle habite à présent avec la famille de sa sœur. Elle n’a pas beaucoup d’argent et ne peut pas payer les médicaments.

Rôle du participant (sage-femme)

La sage-femme est la seule sage-femme de la clinique et il y a au moins 40 femmes qui attendent d’être vues. Pour gagner du temps, elle conduit l’interrogatoire des femmes pendant que l’infirmière auxiliaire prend leurs tensions artérielles

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles autres questions concernant la violence physique et mental voulez-vous poser à la femme ?
Participant :	Plus de détails concernant sa relation ? Présence de violence physique ? (Outil HITS) Son mari a-t-il été testé pour le VIH ? Quelle est la durée de ses divers symptômes, s’il y en a ? A-t-elle parlé à quelqu’un de ce qu’elle ressent ?
Facilitateur :	Comment l’évaluez-vous pendant ce premier contact ?
Participant :	Examen général : recherche de signes de violence physique Physique/médical Vérifiez les résultats des autres examens. Évaluez le bien-être du fœtus. Vérifiez les médicaments qu’elle prend. Taux de CD4 Charge virale Documentez la discussion dans le carnet de CPN Psychosocial Le professionnel de santé devrait poser des questions concernant : ■ Maladie mentale actuelle ou antérieure, dont la dépression, l’anxiété, la schizophrénie, les troubles bipolaires ou la psychose post-partum. ■ Traitements antérieurs prescrits par un psychiatre/une équipe médicale spécialisée dans la santé mentale, y compris une prise en charge en milieu hospitalier. ■ Antécédents familiaux de maladies mentales périnatales. D’autres indicateurs, tels qu’une mauvaise relation avec son partenaire, ne devraient pas être utilisés dans la prédiction de routine du développement d’un trouble mental.

Facilitateur :	Comment orienter la femme vers les premiers soins ?
Participant :	<p>Si le professionnel de santé ou la femme sont particulièrement préoccupés, la femme devrait normalement être référée à un niveau supérieur pour une consultation plus approfondie en fonction du circuit de référence.</p> <p>Si la femme a, ou est soupçonnée d'avoir, une maladie mentale grave (par exemple, un trouble bipolaire ou une schizophrénie), elle devrait être référée dans un service spécialisé en santé mentale (si disponible). Il convient d'en discuter avec la femme et sa famille.</p> <p>Un plan de soins couvrant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale peut être établi par écrit pour les femmes enceintes ayant des maladies mentales grave, actuelle ou passée, et ce habituellement au cours du premier trimestre.</p> <p>Le plan devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Être rédigé en collaboration avec la femme, son partenaire, sa famille, ses soignants, et les professionnels de santé qui s'occupent d'elle. ■ Établir des consultations plus fréquentes avec les services spécialisés en santé mentale (et, si nécessaire, le service spécialisé en santé mentale de la période périnatale).
Facilitateur :	Quel est votre plan général pour soutenir cette femme maintenant et de quel suivi a-t-elle besoin ?
Participant :	<p>Prendre des dispositions pour le counseling et fournir un soutien.</p> <p>Proposer de parler à la famille, à son mari/partenaire, pour expliquer le statut de porteur du virus HIV.</p> <p>Soutien familial, contribution de la famille élargie.</p> <p>Fournir logement et nourriture.</p> <p>Envisager une hospitalisation au cas où il y aurait risque de violence physique ou bien si d'autres conseils/examens sont nécessaires.</p>

Facilitateur :	Quels conseils pour la promotion de la santé et quels autres conseils supplémentaires sont nécessaires ?
Participant :	<p>Physique/médical</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aborder le mode d'accouchement dans un établissement de santé de niveau secondaire et la poursuite du traitement ARV. ■ Assister au début du travail. ■ Vérifier la charge virale. ■ Aborder les options pour l'alimentation du nouveau-né : allaitement exclusif au sein ou au lait infantile ; pas d'alimentation mixte. <p>Psychosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aborder le niveau d'implication du partenaire de la femme, des membres de sa famille et des aides, ainsi que leur rôle dans le soutien apporté à la femme. ■ Si nécessaire, expliquer les problèmes liés à une maladie mentale, tels que la stigmatisation et la honte. ■ Trouver des cours collectifs de psychoéducation, ou en créer un.

[!] Les professionnels de santé sont les mieux placés pour soutenir les femmes souffrant de troubles mentaux.

Points de discussion

1. De quel soutien peuvent jouir les femmes signalant une violence domestique dans votre milieu ?
2. Que pensent les participants des outils de dépistage ? Peuvent-ils discuter de la façon dont ces questions seraient acceptées dans leurs milieux ?
3. Qu'est-ce qui est disponible pour le traitement de la dépression et de l'anxiété dans votre contexte ?
4. Quel est l'impact psychologique du statu du VIH sur les relations du couple et la familiale ?

Chapitre 6 : Troubles médicaux de la grossesse

6.1 : Dépistage et prise en charge de l'anémie et de la nutrition

Ressources

■ Calculatrice de l'indice de masse corporelle

■ Gestogramme

Points clés de la formation

Un Facilitateur joue la femme enceinte (en utilisant un coussin pour simuler la grossesse), l'autre donne aux participants l'historique et leur demande de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Rappeler aux participants que du matériel est à leur disposition. Les actions attendues des participants et leurs résultats, sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback, sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement attendu, les guider progressivement tout au long du processus. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Faire une anamnèse ciblée et les examens médicaux pour dépister et diagnostiquer l'anémie pendant la grossesse.
- Discuter de la prise en charge de l'anémie pendant la grossesse en fonction de la cause et du degré de l'anémie.
- Identifier une malnutrition pendant la grossesse pour pouvoir prendre les mesures appropriées.
- Discuter des causes de l'anémie et de la malnutrition pendant la grossesse.

Scénario clinique

La femme est 6^e geste 5^e pare. Elle se présente à sa première visite prénatale à la 20^e semaine de grossesse. Elle a 5 autres enfants à la maison, tous vivants, et reçoit très peu d'aide pour s'occuper d'eux. Elle se plaint de sueurs nocturnes, d'une sensation de fatigue et de faiblesse et n'a pas été en mesure de manger correctement depuis des jours. Elle souffre de malaise corporel généralisé et de céphalées.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions poseriez-vous à cette femme ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none">■ Se Présenter en faisant preuve de bienveillance envers les femmes.■ Obtenir une vue d'ensemble de la grossesse actuelle, recueillir les plaintes de la gestante et poser des questions précises sur ces symptômes.■ Quelle est la durée de ses différents symptômes ?■ A-t-elle reçu un traitement médicamenteux ? Prend-elle des suppléments de fer ? Vit-elle dans une zone impaludée ? Dans l'affirmative, a-t-elle été traitée pour le paludisme récemment et utilise-t-elle une moustiquaire pour elle-même et pour ses enfants ?■ Souffre-t-elle d'autres symptômes, de fièvre/mal de gorge/éruption cutanée ?

Facilitateur :	Elle se plaint de fièvre. Elle a été traitée pour le paludisme il y a une semaine et n'a pas de moustiquaire.
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous durant l'examen ?
Participant :	<p>Préparer la femme pour l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Examen prénatal complet. ■ Rechercher une anémie, vérifier s'il y a déshydratation. ■ FC, RR, PA, température (tous sont normaux) pâleur, œdème, rythme cardiaque du fœtus (présence et valeur). ■ Mesurer le poids et la taille de la mère – calcul de l'IMC (idéalement à partir du poids d'avant la grossesse, s'il est connu). ■ Calculer la date prévue d'accouchement. ■ Pour diagnostiquer l'anémie, faire une anamnèse détaillée et un examen physique afin d'identifier les signes et symptômes de l'anémie et écarter les causes sous-jacentes.
Facilitateur :	Quelles analyses faudrait-il faire ?
Participant :	<p>Prélèvements sanguins et analyses pour enquêter sur l'anémie, dont</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Groupage sanguin ■ Facteur rhésus ■ Test de glycémie ■ Dépistage de la syphilis ■ Test VIH ■ Hépatite ■ Paludisme <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimation de l'hémoglobine et de l'hématocrite (pour connaître le degré d'anémie). 2. Numération Formule sanguine et frottis sanguin (pour connaître le type d'anémie, les signes d'infection chronique ou les tendances hémorragiques). 3. Examen des selles à la recherche de parasites (œufs, kystes). 4. TDR ou goutte épaisse pour le diagnostic du paludisme, analyse d'urine/microscopie, etc. (pour connaître la cause de l'anémie). 5. Dépistage de la tuberculose.
Facilitateur :	<p>Examen physique normal</p> <p>Résultats des tests : Taux Hb 8,8g/dl, diagnostic positif du paludisme, IMC 18.</p> <p>Quelle est la cause de l'anémie et comment allez-vous traiter cette femme ?</p>

<p>Participant :</p>	<p>Cause de l’anémie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carence en fer (la plus fréquente) 2. Paludisme 3. Épuisement des réserves de fer – proposer des conseils diététiques 4. Appauvrissement des réserves en acide folique à cause de mauvaises habitudes alimentaires <p>Traitement de l’anémie modérée</p> <p>Fer et acide folique oraux – conseils sur le respect du traitement et les effets secondaires courants.</p> <p>Un deuxième test Hb est requis 2 semaines après le début du traitement afin d’évaluer le respect, l’administration correcte et la réponse au traitement.</p> <p>Le test du paludisme était positif, traiter – protocoles nationaux.</p> <p>Si possible, fournir 3 moustiquaires, une pour elle et 2 pour sa famille (5 enfants à la maison)</p> <p>Éduquer sur l’importance de manger des aliments contenant du fer, comme les légumes à feuilles vertes, la viande, le foie, les fèves, le poisson, etc. (nécessité de savoir rapidement quelles sources locales d’aliments riches en fer sont disponibles et abordables).</p> <p>Malnutrition</p> <p>La femme présente des signes de malnutrition modérée ; si le programme d’alimentation complémentaire est disponible dans le centre de santé, fournir des suppléments alimentaires. Le cas échéant, référer la femme vers le service approprié.</p> <p>Le prochain rendez-vous devrait être dans quatre semaines</p>
<p>Facilitateur :</p>	<p>Au cours du rendez-vous suivant à la quatrième semaine, il n’y a aucun changement dans le niveau de Hb ; qu’allez-vous conseiller ? (Discuter du respect du traitement et d’un traitement alternatif)</p>
<p>Participant :</p>	<p>Si l’anémie persiste, référer vers des centres de santé de niveau secondaire pour des examens additionnels.</p>

Dépistage et prise en charge de l’anémie en fonction de l’âge gestationnel

- Le dépistage devrait avoir lieu au début de la grossesse (à la première consultation prénatale) et à la 28^e semaine, quand d’autres tests de dépistage sanguin sont effectués. Cela laisse suffisamment de temps pour le traitement si l’anémie est détectée.
- Les taux d’hémoglobine en dehors de la limite normale pour la grossesse (c’est-à-dire 11g/dl lors du premier contact et 10,5g/dl à la 28^e semaine) devraient faire l’objet d’une enquête et la supplémentation en fer devrait être envisagée si elle est indiquée.

Une deuxième analyse de l'Hb entre deux et quatre semaines est nécessaire pour évaluer la réponse au traitement. Le calendrier des contrôles supplémentaires dépendra du degré de l'anémie et de l'âge gestationnel. Une fois que le taux d'Hb est dans la fourchette normale, le traitement devrait être poursuivi pendant trois mois.

[!] Un recours aux soins dans un établissement sanitaire de second niveau devrait être envisagé si l'anémie est sévère (Hb < 7g/dl) ou associée à des symptômes importants ou à une grossesse avancée (> 34 semaines).

Points de discussion

1. Complications de l'anémie. RCIU, prématurité, vulnérabilité accrue en cas d'hémorragie, en particulier l'HPP.
2. Groupes à risque élevé de malnutrition pendant la grossesse.

6.2 : Hypertension chronique/préexistante pendant la grossesse

Ressources

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| ■ Stéthoscope | ■ Tableaux à feuilles mobiles |
| ■ Tensiomètre | ■ Stylos |

Points clés de la formation

La première partie de cette section requiert des participants qu'ils travaillent en binôme, chacun prenant la pression artérielle de l'autre en utilisant les brassards adéquats. (Section 1 : Être un bon Facilitateur ; savoir enseigner une compétence). S'assurer que tous les participants pratiquent.

Au cours de la deuxième partie, un Facilitateur joue le rôle d'une femme enceinte, l'autre Facilitateur explique l'historique aux participants et leur demande de traiter la femme comme ils le feraient dans la pratique. Les actions attendues des participants et les résultats attendus par le Facilitateur sont répertoriés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement attendu, les guider doucement tout au long du processus. Encourager la réflexion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Pratiquer les techniques de surveillance de la pression artérielle pendant la grossesse et les séquelles de la maladie.
- Comprendre l'impact de l'hypertension chronique ou préexistante sur la grossesse.
- Comprendre l'impact de la grossesse sur l'hypertension.

Scénario clinique

La femme est une troisième mère de 42 ans qui se présente à une visite prénatale à la 15^e semaine de grossesse. Elle a été diagnostiquée comme souffrant d'hypertension il y a un an et a d'abord été traitée à l'Enalapril. Elle a arrêté de prendre le médicament parce qu'elle se sentait bien. Sa tension artérielle lors de la visite prénatale est de 158/95mmHg.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelle est la définition de la maladie hypertensive chronique/préexistante ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypertension identifiée pour la première fois en début de grossesse ■ Hypertension qui persiste après six semaines après l'accouchement <p>L'hypertension chronique est une hypertension qui est présente lors de la première visite prénatale ou avant la 20^e semaine ou si la femme prend déjà des médicaments antihypertenseurs lorsqu'elle s'adresse aux services de maternité. Elle peut être primaire ou secondaire en étiologie.</p>

Facilitateur :	Comment la pression artérielle devrait-elle être mesurée ?
Participant :	<p>La pression artérielle devrait être mesurée en position assise ou semi-allongée.</p> <p>Du matériel adéquat devrait être utilisé.</p> <p>Discuter des avantages et des inconvénients des machines BP manuelles et automatisées</p> <p>Un brassard de taille appropriée devrait être utilisé – des brassards standard, moyen et pour les cuisses devraient être disponibles dans tous les milieux où la pression artérielle est mesurée.</p>
Facilitateur :	Quelles sont les définitions de l’hypertension artérielle au cours de la grossesse ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ L’hypertension est définie comme une pression artérielle diastolique supérieure à 90mmHg ou une pression artérielle systolique supérieure à 140mmHg. ■ Si les chiffres tensionnels sont inférieurs à 110mmHg ou 160mmHg respectivement, alors la mesure peut être répétée au moins quatre heures plus tard avant qu’un diagnostic puisse être établi. ■ Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 110mmHg ou 160mmHg respectivement, aucune autre prise de la pression artérielle n’est requise car cela est considéré comme un diagnostic d’hypertension.
Facilitateur :	Que voudriez-vous faire ensuite ?
Participant :	<p>Déterminer si le cas est une urgence</p> <p>Obtenir d’autres informations afin d’évaluer les symptômes associés ou des signes liés à des causes secondaires, l’examen de la tête aux pieds, y compris la recherche d’indices de causes secondaires telles que les problèmes cardiaques.</p>
Facilitateur :	Il n’y a aucune de ces conclusions. Quelles analyses doit-on effectuer ?
Participant :	<p>Créatinine sérique, urée, électrolytes.</p> <p>L’examen d’un organe spécifique peut nécessiter une référence vers un médecin spécialiste.</p>
Facilitateur :	Quelles sont les complications de l’hypertension non traitée sur la mère ?
Participant :	Accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies, insuffisance rénale, œdème pulmonaire, dissection aortique

Facilitateur :	Quelles sont les complications de l’hypertension chronique pour la grossesse ?
Participant :	Pré-éclampsie surajoutée, Petit poids pour l’âge gestationnel, décollement du placenta, prématurité, mort fœtale intra utérin et décès périnataux.
Facilitateur :	Quels médicaments antihypertenseurs connaissez-vous, sont-ils sans danger pendant la grossesse et quels effets secondaires sont attendus ?
Participant :	<p>Traitement de 1^e ligne : Méthildopa – Sans danger pour le fœtus. Peut être associée à des effets indésirables de dépression, de sédation et d’hypotension orthostatique chez la mère. La plupart des femmes acquièrent une tolérance à ces effets et pourront y faire face après la première semaine de traitement. Effets indésirables pouvant nécessiter un changement de médicament : anomalies de la fonction hépatique et anémie hémolytique.</p> <p>Traitement de 2^e ligne : Nifédipine : Sans danger pour le fœtus. Effets secondaires, dont maux de tête, rougeur du visage, œdème,</p> <p>Traitement de 3^e ligne : Bêtabloquants, par exemple le Labetalol, qui est sans danger. D’autres bêta-bloquants peuvent être associés à un retard de croissance intra-utérin/Petit poids pour l’âge gestationnel.</p>

Points de discussion

1. Médicaments à éviter durant la grossesse ou modifiés lors du premier contact (à souligner par le Facilitateur). Les diurétiques (par exemple lasilix), les inhibiteurs de l’enzyme de conversion de l’angiotensine (par exemple ramipril, enalapril) peuvent causer l’oligohydramnios, l’insuffisance rénale et l’hypotension fœtale et les malformations du crâne. Les inhibiteurs des récepteurs du Chlorothiazide et de l’Angiotensine (par exemple, le losartan) devrait aussi être arrêté.
2. Messages clés :
 - Contrôle de la pression artérielle
 - Sécurité des médicaments pendant la grossesse
 - Prise en charge à faire avec l’appui d’un spécialiste
 - L’aspirine à faible dose joue un rôle dans la prévention des complications de l’hypertension chronique et dans la prévention de la pré-éclampsie chez les femmes à risque.
 - Conseiller de commencer à partir de la 12^e semaine jusqu’à la naissance du bébé.
 - Encourager les femmes souffrant d’hypertension chronique à conserver un niveau faible d’apport en sodium alimentaire, en réduisant ou en remplaçant le sel de sodium, car cela peut réduire la pression artérielle.

6.3 : Dépistage et prise en charge du diabète pendant la grossesse

Ressources	
■ Bandelettes d'analyse d'urine	■ Pinard et Doppler
■ Glucomètre et bandelettes réactives	■ Calculatrice de l'indice de masse corporelle

Points clés de la formation

Un Facilitateur joue la femme enceinte, l'autre donne aux participants l'historique et leur demande de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Il y a deux scénarios à traiter dans le temps imparti. Rappeler aux participants que du matériel est à leur disposition. Les actions attendues des participants et leurs résultats, sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback, sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement prévu, guider-les progressivement tout au long du processus. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Comprendre les manifestations et la prise en charge du diabète gestationnel.
- Comprendre que le diabète peut être asymptomatique.
- Comprendre les facteurs de risque qui prédisposent au diabète au cours de la grossesse.
- Comprendre les risques additionnels liés au diabète gestationnel et la façon dont ces risques peuvent être réduits.

Scénario clinique

Scénario 1

La femme est une tri geste âgée de 29 ans. Elle est actuellement enceinte de 28 semaines. Sa première grossesse s'est malheureusement conclue par une mortinaissance à la 35^e semaine, quand elle a commencé le travail avec absence de rythme cardiaque fœtal. Le bébé pesait 3,5kg. Sa deuxième grossesse a abouti à l'accouchement d'un bébé de 4,6kg à la 39^e semaine, avec dystocie des épaules et hypoglycémie néonatale.

Actions attendues

Facilitateur :	Quels autres renseignements aimeriez-vous savoir concernant ses antécédents ?
Participant :	Poids et taille maternels pour vérifier l'IMC. Symptômes actuels du diabète (polyurie, polydipsie) ? Antécédents familiaux de diabète ?

Facilitateur :	Elle a un IMC élevé de 34kg/m ² . Que recherchiez-vous d'autre au cours de l'examen ?
Participant :	Rechercher le consentement de la femme Faire les observations de base Hauteur utérine excessive pour la gestation (gros bébé/hydramnios). Présence du rythme cardiaque fœtal. Glycosurie sur les bandelettes de test.
Facilitateur :	Quels tests spécifiques effectueriez-vous, et quand ? En quoi consiste les tests en question et quels résultats recherchiez-vous ?
Participant :	Test de glycémie à jeun/test de tolérance au glucose sans délai La femme doit jeûner pendant la nuit puis subir le test de la glycémie initiale, suivie d'une autre mesure de la glycémie deux heures après l'ingestion de 75g de glucose par voie orale. Une glycémie à jeun $\geq 5,6$ mmol/l et/ou une glycémie après deux heures $\geq 7,8$ mmol/l est une indication de diabète gestationnel.
Facilitateur :	Quel est le premier conseil que donneriez-vous ?
	Examen par une équipe pluridisciplinaire si possible (médecin, obstétricien, sage-femme). Éduquer la femme en ce qui concerne : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Régime réduit en glucides et activité sportive appropriée <input type="checkbox"/> Utilisation de produit laitier alimentaire <input type="checkbox"/> Importance du maintien d'une bonne glycémie pour réduire le risque de macrosomie, de traumatisme à la naissance, de la nécessité d'une césarienne, également l'hypoglycémie néonatale et la mort périnatale <input type="checkbox"/> Importance de tester régulièrement la glycémie/Test effectué par la femme elle même <input type="checkbox"/> Nécessité d'un suivi régulier de la grossesse/contrôle de la croissance fœtal. <input type="checkbox"/> Un traitement médicamenteux par insuline pourrait être nécessaire si la glycémie reste au-delà de la limite normale après 1-2 semaines.

Il est important de reconnaître les facteurs de risque du diabète car la femme peut être asymptomatique.

Les facteurs de risque dans ce cas étaient :

- IMC élevé > 30kg/m²
- Perte de grossesse inexplicée au troisième trimestre
- Poids élevé du précédent bébé > 4,5kg
- Dystocie des épaules lors du précédent accouchement
- Hypoglycémie néonatale

Points de discussion

1. Aurait-elle dû faire un dépistage au cours de la deuxième grossesse ?
2. Comment la dystocie des épaules aurait-elle pu être évitée au cours de la deuxième grossesse ?
3. Quelle est la fiabilité des bandelettes de test dans le dépistage du diabète ?

Scénario 2 :

La femme est une primigeste âgée de 25 ans. En raison d’une glycosurie persistante +++, elle a subi une épreuve d’hyperglycémie provoquée par voie orale à la 26^e semaine de grossesse, où sa glycémie à jeun s’est avérée de 7,7 mmol/l, et 2 heures après ingestion d’une solution de 75g de glucose sa glycémie était de 12,2 mmol/l. Elle ne s’est pas présentée pour les résultats ou pour des soins prénatals par la suite, elle se présente aujourd’hui à la 32^e semaine.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles inquiétudes avez-vous concernant cette grossesse ?
Participant :	Les facteurs de risque augmentent avec un mauvais contrôle, en particulier : Macrosomie fœtale et les difficultés à la naissance Mort fœtale inexplicée Hypoglycémie néonatale.
Facilitateur :	Que conseilleriez-vous à cette femme pour la suite de sa grossesse ?
Participant :	Réduquer selon les recommandations contenues dans le cas 1, en mettant l’accent sur : L’importance de bien contrôler son état par le biais de régime/médicaments pour réduire les risques ; La nécessité d’un suivi et des tests réguliers/autotests Une macrosomie fœtale entraîne des risques supplémentaires lors de l’accouchement. La nécessité éventuelle de commencer le traitement (Metformine/Insuline) immédiatement.
Facilitateur :	Quel plan prévoyez-vous pour l’accouchement ?
Participant :	Discuter du mode d’accouchement durant la CPN à la 36 ^e semaine. Le déclenchement du travail peut être proposé à la 39 ^e semaine avec accouchement au plus tard à 40 semaines. Le prestataire de soins le plus expérimenté peut prendre la décision concernant le déclenchement en tenant compte des avantages et des inconvénients du déclenchement.

Points de discussion

1. L'éducation n'est pas un processus "unique" – les enseignements doivent être dispensés de manière répétée et renforcée à chaque consultation.
2. L'absence de symptôme n'est pas synonyme de bien-être.
3. La plupart des problèmes durant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale peuvent être évités par un bon contrôle du diabète et une planification appropriée.
4. Pourquoi la femme a-t-elle été réticente à revenir après le test de tolérance au glucose ?
5. Qu'est-ce qu'on peut faire pour minimiser les risques chez une femme qui ne suit pas son traitement ?

INFORMATIONS

Facteurs de risque de diabète :

- IMC supérieur à 30kg/m² à la première visite
- Poids du précédent bébé > 4,5kg
- Précédent diabète gestationnel
- Parents au premier degré atteints de diabète.

Une glycosurie peut indiquer le diabète, mais le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale est le test de diagnostic approprié.

- Si possible, une équipe composée d'un obstétricien, un médecin et une sage-femme devrait être régulièrement impliquée dans les soins.
- Certaines femmes se stabilisent grâce à un régime alimentaire et à de l'exercice physique mais peuvent avoir besoin de médicaments (Metformine/insuline).
- Le contrôle régulier de la glycémie postprandiale est indispensable et doit être accompagné d'un suivi régulier.
- L'accouchement est indiqué après la 39^e semaines, bien que l'accouchement puisse être retardé si des évaluations régulières du bien-être fœtal sont effectuées.
- Césarienne indiquée si gros bébé (> 4,5kg) ou dystocie des épaules lors de l'accouchement précédent.
- De nombreuses femmes auront un risque accru de développer un diabète gestationnel lors de futures grossesses.
- Elles peuvent aussi développer un diabète de type 2 plus tard dans la vie.

6.4 : Prise en charge des troubles respiratoires pendant la grossesse

Ressources	
■ Stylos	■ Tableau à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Expliquer que cette section porte sur la gestion de l'asthme, qui est l'une des principales maladies respiratoires pouvant s'améliorer ou s'aggraver pendant la grossesse. Un Facilitateur joue le rôle de la femme enceinte ; l'autre explique l'historique aux participants. Les actions attendues des participants et leurs résultats, sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback, sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement prévu, les guider doucement tout au long du processus. Encourager la réflexion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Connaître les complications de l'asthme pendant la grossesse.
- Discuter de la gestion adéquate des médicaments pour contrôler l'asthme.

Scénario clinique

La femme est une primigeste âgée de 21 ans. Elle a souffert d'asthme durant son enfance, mais n'a pas eu besoin de traitement régulier depuis environ 2 ans. Elle a récemment déménagé dans une nouvelle maison, suite à son mariage il y a 6 mois, et porte sur elle un inhalateur de Salbutamol, dont elle se sert occasionnellement. Elle est actuellement à la 16^e semaine de grossesse et se plaint d'une respiration sifflante et d'une sensation d'essoufflement.

Actions attendues

Facilitateur :	Que pensez-vous que cette femme souffre-t-elle ?
Participant :	Il pourrait s'agir : <ul style="list-style-type: none"> ■ De l'asthme ■ D'une réponse physiologique normale à la grossesse ■ D'une autre maladie respiratoire, y compris la tuberculose ■ D'une maladie cardiaque ■ D'anémie ■ Toujours envisager la possibilité du VIH/paludisme
Facilitateur :	Comment ses symptômes peuvent-ils être diagnostiqués avec certitude comme étant de l'asthme ?
Participant :	Description de ses symptômes – respiration sifflante, oppression thoracique et toux avec une aggravation pendant la nuit. Absence d'autres causes possibles d'essoufflement.

Facilitateur :	Qu'est-ce qui pourrait aggraver son asthme ?
Participant :	La grossesse est un facteur aggravant dans un tiers des cas. Les infections virales respiratoires sont la cause la plus fréquente d'aggravation de l'asthme.
Facilitateur :	Comment peut-on prendre en charge son asthme pendant la grossesse ?
Participant :	Éviter les facteurs de déclenchement évidents, comme les allergènes. Utiliser des médicaments appropriés : Commencer par une inhalation de bêta-2 agonistes et ajouter des stéroïdes à inhaler par la suite. Ajouter des stéroïdes oraux si l'asthme persiste. Parvenir à un contrôle et poursuivre le traitement pour éviter une détérioration. Ne pas arrêter le traitement une fois l'amélioration obtenue. Signaler toute exacerbation aiguë, ou si une respiration sifflante persiste.
Facilitateur :	Y a-t-il des précautions particulières à prendre pendant le travail ?
Participant :	Les réactions graves sont rares pendant le travail. Les femmes qui prennent des stéroïdes oraux peuvent avoir besoin d'hydrocortisone pendant le travail.

Points de discussion

1. L'essoufflement n'est pas forcément de l'asthme, d'autres causes de dyspnée peuvent présenter les mêmes symptômes que l'asthme. Les facteurs déclenchants devraient être connus et évités chaque fois que possible.
2. La conduite à tenir dépend de la gravité de la maladie mais doit être continue même si les symptômes s'améliorent.
3. Les médicaments contre l'asthme sont généralement sans danger pendant la grossesse ; les femmes devraient poursuivre le traitement après l'amélioration des symptômes.
4. Un débitmètre de pointe est une aide utile et portable qui peut rassurer la femme.
5. Un bon contrôle de l'asthme a généralement pour conséquence une bonne issue à la grossesse.
6. Le traitement de l'asthme repose sur la recherche d'un niveau de médication adéquat, en commençant par des Bêta-2 agonistes, et en continuant ce traitement pendant toute la grossesse, même si les symptômes s'améliorent.
7. Une détérioration de l'état de la femme peut être prise en charge par l'ajout de stéroïdes inhalés ou oraux.
8. Les médicaments inhalés sont sans danger pour l'allaitement.
9. Il est moins dangereux pour les femmes enceintes souffrant d'asthme d'être traitées avec des médicaments contre l'asthme que d'avoir des symptômes et des exacerbations de l'asthme.
10. Toute exacerbation aiguë de l'asthme nécessite une référence vers un spécialiste pour une prise en charge plus intensive.

Chapitre 7 : Infections et grossesse

7.1 : Infections d'origine inconnue pendant la grossesse

Ressources	
■ TDR	■ Thermomètre
■ Gants non stériles	■ Coton hydrophile
■ Collecteur pour objets tranchants	

Points clés de la formation

Expliquer que cette section porte sur la prise en charge d'une femme présentant une infection. Un Facilitateur joue la femme enceinte (en utilisant un coussin pour simuler la grossesse), l'autre donne aux participants l'historique et leur demande de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Rappeler aux participants que du matériel est à leur disposition. Les actions attendues des participants et leurs résultats, sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback, sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement attendu, les guider doucement tout au long du processus. Encourager la réflexion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Comprendre les manifestations, le diagnostic et les complications chez les femmes atteintes d'une infection d'origine inconnue pendant et après la grossesse.
- Comprendre les causes d'infection chez les femmes pendant et après la grossesse.
- Comprendre le rôle de la Réponse Inflammatoire Systémique en tant qu'outil de dépistage.
- Comprendre le rôle des soins prénatals et postnatals dans la prévention du développement de l'infection.

Scénario clinique

Une femme de 26 ans avec trois enfants. Elle est à la 34^e semaine de grossesse d'après les dates de ses dernières règles. Elle se présente à la clinique prénatale avec une augmentation de la fréquence des mictions et une dysurie. À l'examen, son pouls est de 100 bpm, sa température est de 37,8°C. L'analyse d'urine révèle la présence de leucocytes et de nitrites.

Actions attendues

Facilitateur :	<ol style="list-style-type: none">1. Demander au participant de résumer les conclusions des analyses.2. Après que cela a été fait, demander « Que feriez-vous ensuite ? ».3. Quelles questions poseriez-vous à cette femme ?
-----------------------	--

Participant :	<p>Obtenir ses antécédents obstétricaux et médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ressent-elle un malaise général ? ■ Depuis combien de temps ressent-elle ces symptômes ? ■ Souffre-t-elle de symptômes associés par exemple de la fièvre, des vomissements ? ■ Vérifier le diagnostic du VIH, du paludisme et de la tuberculose (TB). ■ Ressent-elle des mouvements fœtaux ? ■ Quelle est la durée de ses différents symptômes ? ■ A-t-elle reçu un traitement médicamenteux ?
Facilitateur :	<p>Que recherchiez-vous durant l'examen ? Insister sur la nécessité de l'examen complet. Demander aux participants de mener un examen complet de la femme.</p>
Participant :	<p>Évaluation primaire Si elle est souffrante, admission directe et référence vers une structure sanitaire de niveau supérieur.</p> <p>Deuxième évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation de l'état générale : pâleur, œdème ■ Observations de base : fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), pression artérielle (PA), température, saturation en oxygène SaO₂ ■ Examen obstétrical : hauteur utérine, bruits du cœur fœtal (BCF – présence et fréquence), sensibilité et/ou contractions utérines
Facilitateur :	<p>Quelles analyses pratiqueriez-vous ?</p>
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Numération Formule Sanguine (ou Hb si la NFS n'est pas possible) ■ Analyse d'urine et ECBU ■ Test de Diagnostic Rapide du paludisme, goutte épaisse (GE) ■ TDR VIH/Syphilis ■ Glycémie ■ CRP et lactate si possible ■ Recherche de candida
Facilitateur :	<p>Pour quels examens envoyez-vous les prélèvements sanguins et urinaires ? Dans combien de temps les résultats seront-ils disponibles ? Quels tests sont disponibles sur place ? Demander aux participants vers quoi s'oriente le diagnostic – guider les participants) vers la conclusion que la femme souffre d'une infection.</p>

Facilitateur :	Quel est votre diagnostic différentiel ? Pouvez-vous répertorier toutes les différentes causes d'infection au cours de la grossesse ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cystite ■ Pyélonéphrite ■ Chorioamniotite ■ Paludisme ■ Typhoïde ou salmonellose non typhique ■ Hépatite ■ Infection pulmonaire (pneumonie, tuberculose, pneumocystose) ■ Autres : appendicite, méningite
Facilitateur :	Au cours de l'examen physique, la femme présente une légère sensibilité au niveau de la région lombaire. Que feriez-vous maintenant ?
Participant :	Commencer le traitement : <ol style="list-style-type: none"> 1. Traitement de soutien : paracétamol. 2. Commencer les antibiotiques oraux : céphalosporine ou combinaison d'antibiotiques selon protocole national. 3. Si le cas est plus sérieux, hospitalisation pour explorations supplémentaires, réanimation et antibiotiques IV.
Facilitateur :	Quelles sont les complications d'une infection urinaire non traitée ?
Participant :	Sepsis maternel, choc septique Travail prématuré, sepsis fœtal, souffrance fœtale, mort fœtale in utero (MFIU)

Points de discussion

1. Discuter de ce qui se fait dans les structures locales des participants lorsqu'une femme souffre de fièvre à la 34^e semaine.
2. Si vous disposez d'assez de temps, il est bon de rejouer ce scénario avec un diagnostic différent à l'esprit et de demander aux différents participants de mimer l'examen de la femme.
3. Choisir une des infections mentionnées présente au niveau local et/ou une qui se produit moins fréquemment, par exemple méningite, appendicite.
4. En cas de pyélonéphrite récidivante, envisager une prophylaxie antibiotique au cours de la grossesse.
5. Des cultures ne peuvent généralement pas être effectuées mais une microscopie de l'urine peut généralement être réalisée. Discuter des tests de laboratoire disponibles.
6. Noter que la pyélonéphrite est un diagnostic clinique (sensibilité de la région lombaire, forte fièvre) et ne requiert aucun test de laboratoire si aucun n'est disponible.
7. Discuter des causes courantes de fièvre au niveau local ; envisager un diagnostic du paludisme (généralement, le seul diagnostic présomptif à être posé est celui du paludisme, et il est courant d'initier principalement un traitement pour cette maladie).

8. Nécessité de rechercher les autres causes de fièvre au cours de la grossesse, y compris la chorioamniotite et la pyélonéphrite.
9. Confirmer qui peut prescrire ou donner des antibiotiques oraux.
10. Si vous disposez d'assez de temps, discutez du diagnostic différentiel de la fièvre chez les femmes séropositives enceintes (ce point est également couvert au chapitre 7.2).

Le Syndrome de Réponse Inflammatoire Systématique (SRIS) peut permettre de définir une infection précoce, comme la présence de deux ou plusieurs des éléments suivants :

- Température (> à 38°C ou < à 36°C) ;
- Fréquence cardiaque (> à 90 battements par minute) ;
- Fréquence respiratoire (>20/min) ;
- Numération de globules blancs (<4 ou >12 10⁹/l).

Si les résultats des femmes >2 sur l'échelle ci-dessus, les femmes doivent effectuer un dépistage complet systématique ; il faut examiner la conjonctive, la sclérotique, les seins, le cœur, la poitrine et l'abdomen (examen général et gynéco-obstétrical). Une inspection du périnée et/ou un examen au spéculum sera effectué, s'il est cliniquement indiqué (sécrétions vaginales, saignements, douleur). Une analyse d'urine peut être effectuée à l'aide de bandelettes (Multistix GP[®]) et si possible envoyée pour mise en culture et microscopie en cas de signe d'infection urinaire. Prise de sang effectuée pour hémogramme complet, lactate, profil biochimique, hémoculture, paludisme (Humasis[®]), syphilis et VIH (SD BIOLINE VIH/Syphilis Duo[®]). Le crachat peut être utilisé pour le dépistage de la tuberculose.

INFORMATIONS

- Les sepsis au cours de la grossesse restent une cause importante de décès maternel et périnatal.
- Dans la plupart des cas, on note des soins de qualité inférieure et une absence de reconnaissance des signes de sepsis.
- Le taux de survie consécutif à un sepsis est lié à une détection et à l'initiation d'un traitement précoce.
- Un sepsis peut être défini comme étant une infection accompagnée de manifestations systémiques de l'infection.
- Un sepsis sévère peut être défini comme un sepsis associé à un dysfonctionnement d'un organe ou à une hypoperfusion d'un tissu.
- Un choc septique est défini comme étant la persistance d'une hypoperfusion malgré une thérapie de remplacement de fluide adéquate.
- Les observations cliniques (fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR), pression artérielle (PA) et température buccale (T) sont faciles à mesurer et fournissent beaucoup d'informations cliniques.

7.2 : Prise en charge du VIH pendant la grossesse

Ressources

■ Tableau à feuilles mobiles ou tableau noir

■ Stylo

Points clés de la formation

Organiser cette formation en atelier. Essayer d'inclure tous les membres du groupe dans la discussion. Disposer les sièges en demi-cercle pour faciliter la discussion. Il est important de mettre l'accent sur les facteurs liés à l'initiation du traitement, la gestion des médicaments, les interventions obstétricales visant à réduire (éliminer) la transmission mère-enfant du VIH et les mesures de prévention et contrôle des infections pour le personnel de santé.

Principaux résultats attendus

- Connaître les mesures de prévention (d'élimination) de la transmission mère-enfant du VIH.
- Comprendre l'initiation et la poursuite d'un traitement antirétroviral (TARV).
- Appliquer la prévention du risque d'exposition et la prophylaxie post-exposition pour le personnel de santé.
- Discuter des idées fausses et des préjugés du personnel de santé qui peuvent être des obstacles à la prestation de soins de haute qualité.

Scénario clinique

Scénario 1 : Procédures obstétricales pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH, Mode d'accouchement

La femme a récemment été diagnostiquée séropositive et doit accoucher dans un grand hôpital de référence. Elle s'y rend pour une consultation prénatale à la 37^e semaine de grossesse pour discuter du mode d'accouchement.

Facilitateur :

- Il s'agit d'un groupe de discussion qui devrait commencer en demandant aux participants de partager leurs expériences dans la prise en charge de ce type de cas.
- Comment conseillerez-vous la femme ?
- Les participants sont censés discuter des options d'accouchement et de soins pour la femme.

Facilitateur : Discuter brièvement de la classification des stades cliniques du VIH/sida selon l'OMS – insister sur le fait que, selon les nouvelles directives, l'initiation du traitement concerne toutes les femmes, quel que soit le stade clinique de la maladie défini par l'OMS ou le taux de CD4. « Le TAHA* pour tous, pour la vie ». *(Traitement antirétroviral hautement actif)

Il n'y a aucun avantage supplémentaire à offrir la césarienne élective aux femmes avec la charge virale basse/indétectable. L'OMS déclare que la césarienne élective ne peut pas être systématiquement fournie aux femmes qui suivent un traitement antirétroviral et dont le taux d'ARN-VIH est inférieur à 1000 copies/ml, sauf si elles choisissent cette procédure après un counseling approprié. Ils suggèrent également que la césarienne élective pourrait être offerte par des cliniques qui ont les ressources nécessaires et qui peuvent être recommandées pour les femmes qui suivent un traitement antirétroviral et qui ont des taux d'ARN-VIH supérieurs à 1000 copies/ml près de la période de l'accouchement.

Les pays sont encouragés à accroître la couverture et à renforcer les programmes afin que les femmes puissent commencer tôt le traitement antirétroviral et atteindre un bon niveau de suppression virale au moment de l'accouchement. Comme pour les femmes non infectées par le VIH, l'épisiotomie doit être réservée aux cas d'indication obstétrique claire en raison des risques accrus de transmission mère-enfant et d'infection accidentelle de l'accoucheuse. Les procédures invasives telles que le prélèvement de sang fœtal sont contre-indiquées.

Scénario 2 : Soins prénatals : antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH

La femme est enceinte de 20 semaines de son premier bébé et a été diagnostiquée séropositive lors d'un dépistage de routine, avec un taux de CD4 de 200 cellules/ μ L. Elle a bénéficié d'un counseling post-test mais nécessite toujours une prescription d'ARV.

Facilitateur :

- Demander au groupe de partager leurs expériences de la prise en charge des femmes séropositives en ce qui concerne les schémas thérapeutiques utilisés dans le traitement ARV. Quels médicaments ont-ils prescrits avant ? Quels problèmes ont-ils rencontrés ?
- Demander au groupe de faire une liste de médicaments antirétroviraux utilisés pendant la grossesse et d'indiquer ceux qui sont disponibles pour les prestataires de soins de santé, et à quel niveau de prestation de soins de santé ils le sont. Devriez-vous initier le traitement ? Que lui prescririez-vous et quand devrait-elle commencer le traitement ?

Discuter de la nouvelle ligne directrice de l'OMS, *Le TAHA* pour tous, pour la vie*.

Les participants devraient comprendre que, sans prévention, le risque de la transmission mère-enfant est de 30 à 40% ; avec juste de la névirapine (NVP), il est réduit de 50%. La trithérapie peut encore réduire ce risque à moins de 2% si elle est commencée pendant la grossesse. Les participants devraient discuter des différents régimes disponibles dans leurs pays respectifs.

Faits pour guider la discussion :

- Toutes les femmes enceintes infectées par le VIH doivent recevoir un traitement antirétroviral pour leur propre santé et une prophylaxie antirétrovirale effective afin de prévenir la transmission de l'infection à son enfant.
- La prophylaxie ARV doit être débutée dès 14 semaines de grossesse ou aussitôt que possible après cette date.
- Le traitement ARV doit être initié chez toutes les femmes vivant avec le HIV, quel que soit l'âge gestationnel, le stade clinique (OMS) et leur taux de CD4, et poursuivi toute leur vie.
- Il existe des directives nationales pour chaque pays, qui ont généralement été élaborées/adaptées selon les directives de l'OMS.

Abréviations des médicaments

AZT	Zidovudine
NVP	Névirapine
NVP-du	Névirapine en dose unique
LVP/r	L'opinai/Ritonavir
ABC	Abacavir
3TC	Lamivudine
EFV	Efavirenz
TDR	Ténofovir
FTC	Emtricitabine

Schémas thérapeutiques recommandés (se référer aux protocoles nationaux) :

- AZT + 3TC + NVP
- AZT + 3TC + EFV
- TDF + 3TC (ou FTC) + EFV
- TDF + 3TC (ou FTC) + NVP

Les nouveau-nés de mère sous traitement antirétroviral pour leur propre santé peuvent recevoir :

- NVP quotidienne ou AZT de la naissance à l'âge de 6 semaines

Pour les mères sous traitement antirétroviral, la prophylaxie du nouveau-né offre une protection précoce après l'accouchement, en particulier dans le cas des mères qui ont commencé un traitement antirétroviral tardivement, qui ont une adhérence moins qu'optimale et qui n'ont pas atteint la suppression virale complète.

Nouveau- nés de mère à risque élevé :

- Sous ARV depuis moins de 4 semaines
- Charge virale > 1000copies
- Mère infectée par le VIH pendant la grossesse ou durant la période postnatale

Devrait recevoir une double prophylaxie avec AZT (deux fois par jour) et NVP (une fois par jour) pendant les 6 premières semaines de vie et si l'allaitement devrait continuer la prophylaxie pendant 6 semaines supplémentaires (12 semaines au total).

Autres questions

Il est prouvé que les bébés nés de mères séropositives sont plus susceptibles de présenter un retard de croissance in-utéro, de naître prématurément et d'avoir un faible poids de naissance. Certaines études ont également suggéré un risque accru d'avortement spontané et de mortalité. La proportion est plus grande chez les femmes présentant une infection symptomatique par le VIH. Les femmes séropositives sont également plus exposées aux risques de paludisme et d'anémie, et un traitement antipaludique risque d'être moins efficace.

Recommandations de l'OMS (prophylaxie maternelle et infantile) :

Option B+ : Prophylaxie maternelle à l'aide de trois ARV	
MÈRE	NOURRISSON
Association de 3 ARV <ul style="list-style-type: none"> - AZT + 3TC + LPV/r - AZT + 3TC + ABC - AZT + 3TC + EFV - TDF + 3TC (ou FTC) + EFV 	<p><i>Nourrisson allaité au sein</i> AZT ou NVP à partir de la naissance jusqu'à 6 semaines</p> <p><i>Nourrisson qui n'est pas allaité au sein</i> AZT ou NVP à partir de la naissance jusqu'à 4 à 6 semaines</p>

7.3 : Prise en charge du paludisme pendant la grossesse

Ressources

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| ■ TDR | ■ Collecteur pour objets tranchants |
| ■ Gants non stériles | ■ Coton hydrophile |

Points clés de la formation

Un Facilitateur joue la femme enceinte (en utilisant un coussin pour simuler la grossesse), l'autre donne aux participants l'historique et leur demande de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Rappeler aux participants que du matériel est à leur disposition. Les actions attendues des participants et leurs résultats, sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback, sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement attendu, les guider doucement tout au long du processus. Encourager la réflexion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Connaître le tableau clinique, le diagnostic et les complications vécues par les femmes enceintes atteintes de paludisme.
- Comprendre les différents tableaux cliniques pouvant se présenter dans les zones de transmission stable et instable.

Scénario clinique

La femme est une primigeste âgée de 19 ans. Sa date de dernières règles (DDR) remonte à 26 semaines (24 semaines de grossesse), elle vit au Bénin dans une région où la transmission du paludisme est stable. Elle s'est présentée pour la première fois à la consultation prénatale où l'examen a révélé une conjonctive très pâle. Elle se plaint d'une fatigue permanente et d'essoufflement croissant, surtout à la montée.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions lui poseriez-vous ?
Participant :	A-t-elle des accès de fièvre ? Sait-elle si elle a déjà été atteinte du paludisme ? Ressent-elle des mouvements fœtaux ? Quelle est la durée de ses différents symptômes ? A-t-elle reçu un traitement médicamenteux ?
Facilitateur :	Que recherchiez-vous durant l'examen ?
Participant :	FC, FR, PA, température, (tous sont normaux) pâleur, ictère, œdème, hauteur utérine, rythme cardiaque du fœtus (présence et taux)

Facilitateur :	Quelles analyses faudrait-il faire ?
Participant :	Numération Formule Sanguine (ou Hb si NFS impossible), TDR pour le paludisme, goutte épaisse, ECBU, tests du VIH et de la syphilis, glycémie, groupe sanguin et échantillon à conserver (en cas de transfusion).
Facilitateur :	Quel est votre diagnostic différentiel ? Discuter des différentes causes de l'anémie, y compris le paludisme. S'il s'agit d'un cas de paludisme, à quelles complications peut-on s'attendre ?
Participant :	Retard de croissance intra-utérin, MFIU, insuffisance cardiaque maternelle due à une anémie sévère, risque accru d'hémorragie, neuropaludisme, insuffisance rénale.
Facilitateur :	Comment allez-vous traiter cette femme ?
Participant :	Antipaludéens oraux (protocole national) et supplémentation en fer par voie orale. Envisager la quinine si paludisme compliqué.

Points de discussion

1. Discuter du problème de la séquestration placentaire des globules rouges infectés.
2. Expliquer que dans les zones de transmission élevée stable, les femmes peuvent être asymptomatiques en raison de leur immunité relative, mais qu'elles peuvent devenir sévèrement anémiques et que la séquestration placentaire peut avoir de mauvais résultats sur le fœtus.

7.4 : Prise en charge de la tuberculose pendant la grossesse

Ressources

- Tubes pour le prélèvement du crachat
- Marqueurs
- Gants

Points clés de la formation

Pour ce jeu de rôle, un Facilitateur joue le rôle de la femme et un participant est la sage-femme s'informant sur les antécédents prénatals. Le cadre est une pièce bondée avec une sage-femme assise à un bureau à côté de la femme, avec une queue d'autres femmes assises sur un banc près du bureau de la sage-femme. Les autres participants observent mais peuvent être encouragés à faire des commentaires.

Principaux résultats attendus

- Comprendre les différentes études de cas et les complications possibles pour les femmes enceintes atteintes de tuberculose.
- Comprendre les différentes options de dépistage disponibles pour le diagnostic de la TB au cours de la grossesse.

Scénario clinique

Rôle du Facilitateur (Femme enceinte)

Le Facilitateur peut jouer le rôle d'une femme enceinte âgée de 18 ans. Elle s'est récemment mariée et s'est rendue à la consultation prénatale pour la première fois à la 24^e semaine de grossesse. Son IMC est de 16kg/m². Elle déclare avoir eu un poids plus important auparavant, mais qu'elle en a progressivement perdu, ce qu'elle a attribué à des nausées et des vomissements au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse ; cependant cela a continué au 2^e trimestre et elle est très inquiète.

Facilitateur :	Comment évalueriez-vous cliniquement cette femme ?
Participant :	Se renseigner sur ses habitudes alimentaires. Renseignez-vous sur ses habitudes alimentaires et l'historique de sa perte de poids.
Facilitateur :	J'ai une alimentation équilibrée avec des repas réguliers et de quantités normales.
Participant :	S'informe directement sur d'autres symptômes – toux, sueurs nocturnes.
Facilitateur :	Oui, cela fait quatre semaines que je tousse, et pour cela je prends du miel. La toux s'empire au fil du temps et je commence à me sentir essoufflée. Je transpire beaucoup pendant la nuit et les draps sont mouillés au réveil.

Participant :	Quels autres problèmes médicaux avez-vous ? Prenez-vous d'autres médicaments ?
Facilitateur :	Aucun
Facilitateur :	Avec qui vivez-vous, et ces personnes sont-elles toutes en bonne santé ?
Participant :	Mon mari travaille loin et revient à la maison pour le week-end. Il suit un traitement contre la tuberculose.
Facilitateur :	Comment expliquer sa perte de poids et comment procéder ?
Participant :	Testez la femme pour la tuberculose. Envoyer des échantillons d'expectorations x3 pour la coloration de Ziehl Neelsen, la culture et la sensibilité.
Facilitateur :	Le résultat de son test est négatif pour le VIH et le paludisme et positif à la tuberculose
Participant :	La femme a besoin de l'initiation immédiate du traitement et de la notification du cas selon les mécanismes de surveillance locaux.
Facilitateur :	Quel traitement donneriez-vous à cette femme
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Isoniazide ■ Rifampicine ■ Ethambutol ■ Pyrazinamide ■ Streptomycine <p>La femme doit être conseillée sur l'importance de l'observance du traitement et en cas d'aggravation des symptômes, elle devra contacter un prestataire de soins de santé le plutôt possible.</p>
Facilitateur :	Quels facteurs peuvent compliquer la tuberculose pendant la grossesse ? Voudriez-vous effectuer un autre dépistage ?
Participant :	<p>La stigmatisation associée à la tuberculose peut créer des problèmes avec les femmes qui accèdent aux soins prénatals.</p> <p>Il est important que les femmes soient conseillées sur l'importance des soins prénatals réguliers pour prévenir les complications chez le nouveau-né.</p> <p>Comorbidités : toutes les femmes peuvent être dépistées pour le VIH Traitement antérieur de la tuberculose TB multi résistante</p>

Points de discussion

1. La femme doit être conseillée sur la nécessité pour elle de faire un dépistage de la tuberculose en plus des soins prénatals de routine.
2. Discuter des tests de diagnostic rapides, utilisant le GeneXpert.
3. Envisager une immunosuppression comme facteur prédisposant à l'infection tuberculeuse, proposer le dépistage du VIH.
4. Réfléchir aux complications de l'infection tuberculeuse pour la mère et le fœtus au cours de la grossesse.

INFORMATIONS

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse chronique causée par *Mycobacterium tuberculosis*, un bacille acido-alcool-résistant (BAAR).

- Plus de 90% des nouveaux cas de tuberculose et des décès surviennent dans les milieux à faible ressources.

La tuberculose est l'une des principales causes infectieuses de morbidité et de mortalité chez les femmes en âge de procréer. La grossesse, le travail et la période post-natale offrent une opportunité unique pour le dépistage et la prise en charge de la tuberculose.

Effet de la grossesse sur la tuberculose :

- Le diagnostic de la tuberculose peut être retardé au cours de la grossesse. Les femmes enceintes atteintes de tuberculose pulmonaire sont plus susceptibles d'être asymptomatiques au moment du diagnostic, par rapport aux femmes non enceintes atteintes de tuberculose pulmonaire.
- Elles sont également plus susceptibles d'avoir des symptômes non spécifiques et de subir un retard dans l'obtention d'une radiographie pulmonaire. Les manifestations cliniques de la tuberculose pulmonaire, si elles sont présentes, sont les mêmes que chez les femmes non enceintes.

Effet de la tuberculose sur la grossesse :

- L'issue de la grossesse est rarement altérée par la présence de la tuberculose, sauf dans les rares cas de tuberculose congénitale.
- Cependant, une TB non traitée représente un danger bien plus grand pour une femme enceinte et son fœtus que le traitement de la maladie, ce qui peut conduire à : fausse couche, faible poids de naissance (FPN), prématurité, MFIU, augmentation du risque de mortalité néonatale et du risque de morbidité et de mortalité maternelles.

Chapitre 8 : Complications de la grossesse

8.1 : Hypertension induite par la grossesse : diagnostic et prise en charge

Ressources	
■ Stéthoscope	■ Coussins
■ Sonicaid	■ Marteau à réflexes
■ Brassard de pression artérielle (différentes tailles)	

Points clés de la formation

Le but de cet atelier est de discuter de la prise en charge de l'hypertension induite par la grossesse et de la pré-éclampsie. Il est suggéré que l'un des facilitateurs agisse en tant que femme enceinte, qui se rend à la clinique prénatale de l'établissement de santé, mais estime qu'elle n'est pas malade et ne comprend pas pourquoi elle doit prendre des médicaments. L'autre Facilitateur peut donner aux participants l'historique du cas et les résultats, leur demander de répéter les détails, puis leur demander de prendre en charge la femme enceinte comme s'ils le feraient dans une situation réelle. Les actions attendues des participants et leurs résultats sur lesquels le Facilitateur doit donner un feedback sont listés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à fournir le traitement attendu, les guider doucement tout au long du processus. D'autres membres du groupe peuvent agir en tant qu'assistants.

Encouragez le travail d'équipe. Bien qu'il s'agisse d'un sujet très sérieux et important, on a constaté que ce scénario est une occasion d'introduire un peu de distraction dans l'apprentissage puisque la femme essaie continuellement de nier les symptômes et qu'elle est prête à retourner à la maison.

Principaux résultats attendus

- Être en mesure de chercher la cause, poser un diagnostic et faire la différence entre l'hypertension induite par la grossesse et la pré-éclampsie.
- Être en mesure d'initier et de surveiller un traitement contre la pré-éclampsie

Scénario clinique

Une femme âgée de 28 ans (Gestité 6, parité 5), enceinte de 32 semaines, se rend à la clinique prénatale pour une consultation de routine. La sage-femme de la clinique prénatale constate que sa pression artérielle est à 148/96mmHg.

Facilitateur :	Pourquoi devons-nous l'explorer pour troubles hypertensifs liés à la grossesse ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Car une action rapide peut éviter le risque de morbidité et de mortalité périnatale. ■ Car cela fait partie des stratégies visant à réduire le nombre de mort-nés. ■ Améliorer l'identification des femmes à risques et améliorer les standards/la qualité des soins afin de prévenir la morbidité et la mortalité périnatale.
Facilitateur :	<p>Demander aux participants de résumer les conclusions du cas. Après avoir fait cela, demander « Comment aborderiez-vous cette femme ? Que feriez-vous ensuite ? ».</p> <p>Quelles questions poseriez-vous à la femme ?</p>
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander une histoire détaillée du cas inclus les antécédents familiaux d'HTA ■ Demander quel est son âge gestationnel. ■ Obtenir ses antécédents obstétricaux et médicaux. ■ Se sent-elle généralement bien ? ■ D'autres symptômes ? ■ Vérifier les détails des soins prénatals réalisés jusque-là. ■ État de la mère ■ Vérifier le diagnostic du VIH, du paludisme et de la tuberculose (TB). ■ Mouvements fœtaux ? A-t-elle eu des saignements vaginaux ? ■ A-t-elle reçu un traitement médicamenteux ? ■ Investiguer une possible dépression ■ Chercher des signes pouvant évoquer une violence domestique et l'interroger à ce sujet
Facilitateur :	Compte tenu de la pression artérielle, quels symptômes allez-vous rechercher ?
Participant :	<p>Inviter les participants à poser à la femme des questions spécifiques concernant ses symptômes.</p> <p>Les questions devraient inclure particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Avez-vous des maux de tête ? ■ Souffrez-vous de troubles de la vision ? ■ Avez-vous des douleurs épigastriques ? ■ Comment sont les mouvements fœtaux ?

<p>Facilitateur :</p>	<p>Quels examens allez-vous réaliser ? Insister sur la nécessité de réaliser un examen complet et demander aux participants de le mener.</p>
<p>Participant :</p>	<p>Respecter l'intimité de la femme Première évaluation – si elle ne se sent pas bien – admission directe et orientation vers un professionnel de santé d'un niveau plus élevé.</p> <p>Deuxième évaluation Évaluation générale : vérifier s'il y a une pâleur, un œdème – périphérique ou central Observations de base : FP, FR, PA, température Examen du thorax et du cœur Vérifier les réflexes et le clonus S'assurer que l'examen est complet.</p>
<p>Facilitateur :</p>	<p>A l'examen, vous constatez que la femme à une PA de 155/100, pas d'hyperréflexie ni de clonus. Le rythme cardiaque fœtal est à 120 battements/minute et régulier. Que feriez-vous ? Quels examens pratiqueriez-vous ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>NFS, urée, électrolytes, urate, bilan hépatique (transaminases) Analyse d'urine et ECBU, Test de coagulation si Plt < 100</p> <p>Vérifier l'hémoglobine ou l'urée et les électrolytes (généralement cela ne peut pas être fait, mais s'il est possible de réaliser une NFS, la numération plaquettaire est importante.</p> <p>Test de diagnostic rapide du paludisme, goutte épaisse, et un TDR de VIH/Syphilis</p>
<p>Facilitateur :</p>	<p>Pour quels tests peut-on envoyer du sang et des urines au laboratoire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Quels tests sont disponibles sur place ? ■ Discuter de la possibilité de mener les examens suivants : urée, créatinine, enzymes de foie (ALT) et/ou RPCU (ratio protéine/créatinine urinaire). ■ Dans combien de temps les résultats seront-ils disponibles ? ■ Discuter brièvement des résultats possibles. <p>Informez les participants qu'il n'existe pas de protéinurie dans les urines. Demandez aux participants à quel diagnostic ils pensent. Encouragez-les à arriver à la conclusion que la femme est atteinte d'HTA induite par la grossesse.</p>

Facilitateur :	Comment allez-vous prendre en charge cette femme?
Participant :	Commencer un traitement antihypertenseur oral si la pression diastolique est supérieure à 100-105mmHg ou la pression systolique supérieure à 150-155mmHg. Traitements hypertensifs oraux : <ul style="list-style-type: none"> ■ Methyldopa ■ Nifédipine ■ Labetalol Contrôle hebdomadaire de la tension artérielle et de la protéinurie Surveiller les symptômes maternels Surveiller la croissance fœtale
Facilitateur :	Quand planifieriez-vous l'accouchement ?
Participant :	Si la condition ne s'aggrave pas continuer la surveillance jusqu'à terme (37 semaines complet). Ensuite envisager d'induire le travail ou la césarienne s'il existe d'autres facteurs de risque obstétricaux. Si l'enfant naît prématuré ou par césarienne avant 39 semaines, envisager des corticostéroïdes prénataux. Si elle développe une pré-éclampsie, la décision dépend de sa gravité ; autrement cela dépend de la réponse au traitement.
Facilitateur :	Quelles sont les conséquences de l'hypertension induite par la grossesse non traitée ?
Participant :	Pré-éclampsie Éclampsie Le HELLP syndrome
Facilitateur :	La femme a commencé à prendre du méthyldopa sous bonne surveillance. Elle est sortie de la clinique et sera suivie en ambulatoire. Après deux semaines, alors enceinte de 34 semaines, sa tension artérielle est à 145/95mmHg, et la protéinurie est à 3 +++. Quel est le diagnostic et qu'allez-vous faire ensuite ?
Participant :	Elle a maintenant une pré-éclampsie. Répéter les examens cliniques par rapport à l'HTA induite par la grossesse, pour découvrir les symptômes évoquant l'atteinte du système organique de la mère et du bien-être du fœtus. Faire des analyses de laboratoire pour évaluer les implications sur les organes.

Facilitateur :	<p>Votre examen ne révèle pas de symptômes supplémentaires, constate des mouvements fœtaux et des réflexes normaux. Sur le plan biologique, l'urée, les électrolytes, la créatinine, le bilan hépatique, et l'acide urique sont normaux.</p> <p>Comment prenez-vous en charge cette femme ?</p>
Participant :	<p>Reconnaître qu'en raison de la protéinurie, elle est maintenant considérée comme ayant une pré-éclampsie légère.</p> <p>Aucune modification des médicaments.</p> <p>Éduquer la femme sur les signes cliniques d'une HTA induite par la grossesse</p> <p>Surveillance accrue de la pression artérielle, analyses de la protéinurie et du sang deux fois par semaine pour mesurer la détérioration.</p>
Facilitateur :	<p>Quand pensez-vous référer cette femme vers un établissement de soins de référence ou à un prestataire de soins plus qualifié ?</p>
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ La tension artérielle incontrôlée nécessitant un antihypertenseur intraveineux (discutez de ceux qui sont disponibles – Hydralazine ou Labetalol). ■ Si on veut anticiper l'accouchement ou en cas de complications, par ex. pré-éclampsie sévère, éclampsie ou syndrome HELLP ■ La pression artérielle non contrôlée peut causer une augmentation de la pression intracrânienne, une hémorragie intracrânienne (accident vasculaire cérébral) et une insuffisance cardiaque.

Points de discussion

1. Les types d'hypertensions artérielles lors de la grossesse et les complications possibles si elles ne sont pas traitées.
2. La nécessité d'optimiser la maturité fœtale et le moment de l'accouchement pour le plus grand bénéfice de la mère et du nouveau-né. Sans une échographie précoce, il est très difficile d'estimer l'âge de la grossesse et le moment de l'intervention.
3. Expliquer qu'il peut être nécessaire d'administrer des médicaments avant l'accouchement qui vont optimiser les fonctions pulmonaires du nouveau-né après sa naissance (généralement des corticoïdes pour des grossesses inférieures à 34-36 semaines).
4. De faibles doses d'aspirine (75mg) entre 12 semaines et le terme de la grossesse jouent un rôle dans la prévention de la pré-éclampsie.

8.2 : Conduite à tenir devant une hémorragie ante-partum

Ressources	
■ Stéthoscope	■ Canule
■ Pinard	■ Tensiomètre
■ Poches de sang	■ Coussins

Points clés de la formation

Un des animateurs peut jouer le rôle de la femme. Un des participants peut jouer le rôle du prestataire de soins et effectuer une évaluation prénatale complète de la femme enceinte. Les actions attendues du participant et les résultats de la visite sont décrits ci-dessous. Si les participants n'effectuent pas une évaluation complète de la femme, comme indiqué ci-dessous, le Facilitateur peut les guider progressivement. Encouragez la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Avoir une approche systématique, logique, cohérente et fondée sur des preuves scientifiques de la conduite à tenir devant une hémorragie ante-partum
- Comprendre les causes possibles du saignement ante-partum.
- Prendre en charge une femme présentant une hémorragie ante-partum et/ou la référer vers un centre pour les soins obstétricaux d'urgence

Scénario clinique

Une femme de 26 ans, enceinte pour la deuxième fois, à 37 semaines de grossesse, se présente dans un service de soins obstétricaux d'urgence de base. Elle dit que sa première grossesse s'est déroulée sans complication. Lors de sa grossesse actuelle, elle a eu des saignements vaginaux légers après des rapports. Elle a souffert d'un saignement plus important après un rapport aujourd'hui. Quelle est la démarche à suivre pour traiter cela ?

Actions attendues

Facilitateur :	La femme se présente et parle de son histoire en détail. Comment allez-vous prendre en charge cette femme
Participant :	Se présenter à la femme en utilisant les principes des soins de maternité respectueux. Respecter l'intimité de la femme et demander son consentement Vérifier ses signes vitaux, la tension, la fréquence cardiaque, la température et la fréquence respiratoire
Facilitateur :	Sa température est de 37,4°C, la tension de 110/70, et le pouls de 75 BPM. Est-ce que vous voudriez faire d'autres examens ?
Participant :	Auscultier le cœur du fœtus.

Facilitateur :	Un doppler fœtal est disponible pour ausculter le cœur du fœtus.
Participant :	Le participant écoute le cœur fœtal.
Facilitateur :	La fréquence cardiaque du fœtus est de 155 BPM, elle est régulière et ne présente pas de ralentissements manifestes. Avez-vous remarqué autre chose pendant l'examen ?
Participant :	La position et la présentation du bébé. Palpation abdominale.
Facilitateur :	Position longitudinale et présentation du sommet. L'utérus n'est ni mou ni ferme. Il n'y a pas de contractions. Pensez-vous que la circulation est mauvaise ?
Participant :	Non, l'examen clinique est normal.
Facilitateur :	Est-elle en état de choc ?
Participant :	Non. La tension cardiaque, le pouls et la fréquence cardiaque du fœtus sont dans les normes.
Facilitateur :	Êtes-vous rassuré par ces résultats ?
Participant :	Non, pendant la grossesse, la compensation empêche la chute de la tension artérielle jusqu'à ce que 30% du volume sanguin ait été perdu.
Facilitateur :	Voudriez-vous obtenir d'autres informations de la femme ?
Participant :	Oui. A-t-elle eu d'autres saignements précédemment, même mineurs ?
Facilitateur :	Des saignements vaginaux légers ont eu lieu après des rapports à partir du début du 2 ^e trimestre. Voudriez-vous poser encore une autre question ?
Participant :	Oui : a-t-elle subi des échographies lors de cette grossesse ? Et quelle est la localisation du placenta ? A-t-elle déjà subi des frottis vaginaux ?
Facilitateur :	Aucune échographie n'a été pratiquée. Elle a perdu au total environ 150ml de sang. Comment pourriez-vous vérifier si le saignement s'est arrêté ?
Participant :	Je ferais un examen au spéculum, et non un examen vaginal.

Facilitateur :	Il n'y a pas de saignements actifs mais il existe un grand ectropion probable au niveau du col de l'utérus, décelé pendant l'examen au spéculum. Quelle est la cause probable de ce saignement ? Quel sont les diagnostics différentiels ?
Participant :	Ectropion du col de l'utérus. Décollement du placenta, placenta praevia, vasa previa, et d'autres causes locales, p. ex. mutilation génitale féminine
Facilitateur :	Sur la base de notre examen, nous constatons qu'elle souffre d'une légère hémorragie du troisième trimestre de la grossesse. Quel est le diagnostic ?
Participant :	Le saignement provient probablement de l'ectropion du col de l'utérus
Facilitateur :	Un placenta praevia est-il exclu ?
Participant :	Nous devrions effectuer une échographie abdominale, si l'appareil est disponible.
Facilitateur :	Cet établissement ne possède pas d'échographe disponible. Que faisons-nous avec la femme ?
Participant :	L'hospitaliser et la garder en observation pendant 24 heures. Voies intraveineuses. Faire une prise de sang pour déterminer l'hémoglobine, la NFS, le groupe sanguin et la compatibilité (le cross match). Examen clinique régulier
Facilitateur :	Pouvons-nous la garder au niveau de l'établissement sanitaire ? Tout semble sous contrôle. Dans cette situation, pouvons-nous référer cette femme ?
Participant :	Cette femme devrait être référée s'il y a d'autres saignements. Elle devrait être transférée par ambulance avec un proche, un professionnel de santé dans une formation sanitaire de référence
Facilitateur :	Il y a une ambulance sur place et du personnel disponible pour effectuer ce transfert. Si vous deviez transférer cette femme, quelles informations voudriez-vous communiquer à la formation sanitaire de référence ?
Participant :	Un résumé écrit de l'histoire de la femme et de l'heure d'arrivée probable.
Facilitateur :	La femme arrive dans la formation sanitaire de référence au bout d'une heure, et le personnel sur place prend le relais.

Points de discussion

1. Défis du système de référence
2. Identification d'un proche compatible pour une transfusion sanguine

INFORMATIONS

- L'hémorragie ante partum est une urgence obstétricale
- L'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse est un saignement de ou par les voies génitales, qui survient entre la semaine 24+0 de la grossesse (l'âge de la viabilité) et la naissance du bébé.
- Les professionnels de la santé doivent suspecter des décollements placentaires cachés en cas de saignement vaginal d'origine inconnue.
- Les causes les plus importantes de l'hémorragie du 3^e trimestre sont : placenta praevia, décollement du placenta (hématome retro-placentaire) et vasa previa.
- La cause la plus répandue est due à un saignement localisé dans les voies génitales, provenant p. ex. d'un ectropion du col de l'utérus.
- L'hémorragie ante partum contribue à la morbidité et à la mortalité maternelle et périnatale et.
- La communication entre les différents membres de l'équipe soignante est vitale.

8.3 : Prise en charge de l'accouchement prématuré et de la rupture prématurée des membranes avant terme

Ressources	
■ Thermomètre	■ Frottis vaginal
■ Spéculum stérile	■ Seringues et flacons pour le prélèvement de sang
■ Tensiomètre	■ Frottis vaginal
■ Stéthoscope obstétrical	■ SonicAid

Points clés de la formation

Ce scénario couvre la reconnaissance et la prise en charge conservatrice de la rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT), suivie de la reconnaissance et la prise en charge initiale de l'accouchement avant terme et le moment adéquat de l'accouchement.

Principaux résultats attendus

- Définir le travail avant terme et la RPMAT.
- Comprendre les principes de prise en charge de la RPMAT.

Scénario clinique

Une primipare de 20 ans se rend à son rendez-vous prénatal de routine à 33 semaines. En la questionnant, elle vous dit qu'elle a quelques pertes de liquide. Autrement, elle se sent bien et dit que le bébé bouge.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles autres questions poseriez-vous à cette femme ?
Participant :	<p>Se présenter à la femme en utilisant les principes des soins de maternité respectueux. Respecter l'intimité de la femme et demander son consentement</p> <p>Faire l'historique de la grossesse du début jusqu'à à ce jour, renseignement sur l'état général et les événements autour de l'apparition de ces pertes et plus précisément :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se sent-elle malade en général – fièvre, pertes malodorantes, douleurs abdominales ? ■ Quand les symptômes sont-ils apparus – ■ Depuis combien de temps elle ressent ces pertes ? ■ Vérifier le test du VIH, du paludisme et de la tuberculose (TB). ■ Le bébé bouge-t-il ? ■ A elle été traitée avec des médicaments ? ■ Poser des questions liées à la violence conjugale.
Facilitateur :	Quel pourrait être le diagnostic et comment est-il établi ?

Participant :	Rupture prématurée des membranes avant terme – définie comme une rupture spontanée des membranes avant 37 semaines de grossesse et avant le début du travail.
Facilitateur :	Quel pourrait être le diagnostic différentiel?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incontinence urinaire ? ■ Pertes vaginales normales de grossesse ■ Infection vaginale avec sécrétions aqueuses ■ Saignements vaginaux
Facilitateur :	Comment examineriez-vous cette femme ?
Participant :	<p>Respecter l'intimité de la femme et demander son consentement</p> <p>Indiquer les raisons de l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ FC, PA, FR, Température, pour évaluer l'état de la femme et rechercher les signes cliniques de chorioamniotite ■ Palpation abdominal et auscultation du rythme cardiaque du fœtus, pour confirmer la viabilité fœtale ■ NFS et CRP (protéine C réactive) doivent être effectués pour rechercher une infection ou inflammation ■ Prélèvement d'urine (à mi- miction) pour analyse. ■ Frottis vaginal à effectuer <p>Utiliser une combinaison d'examen clinique et d'analyse biologique pour diagnostiquer une infection intra-utérine chez les femmes qui présentent une RPMAT. Surveiller la femme et refaire NFS et C-protéine réactive (CRP) et prendre la température.</p>
Facilitateur :	<p>Toutes les observations cliniques sont normales et il n'y a aucun signe d'infection, l'utérus est compatible avec une grossesse de 33 semaines et le cœur fœtal bat à 142bpm.</p> <p>Il y a perte évidente de liquide amniotique sur les garnitures de la femme. Les femmes nécessitent-elles toutes un spéculum stérile ?</p>
Participant :	<p>Le TV et l'examen au spéculum doivent être évités lorsque le diagnostic de RPMAT est suspecté, sauf si la femme est peut-être en travail, pour réduire la propagation ascendante de l'infection et la sécrétion de prostaglandine qui pourrait stimuler le travail.</p> <p>Comme le liquide amniotique est vu à l'inspection ou au cours de l'examen, faire un frottis vaginal et proposer un traitement approprié pour la RPMAT.</p> <p>Seulement lorsqu'un diagnostic ne peut être fait par un autre moyen, un examen prudent avec un spéculum stérile peut être effectué pour détecter les pertes de liquide amniotique par le col de l'utérus.</p>

Facilitateur :	Quels sont les principaux risques de RPMAT ? Quels sont les critères pour le diagnostic de chorioamniotite clinique ?
Participant :	La combinaison de fièvre maternelle, de tachycardie, d'hyperleucocytose, d'élévation de la protéine c – réactive, de pertes vaginales abondantes et nauséabondes et de tachycardie fœtale. Des tests réguliers et la ré-examination de la femme est nécessaire. Les observations doivent être notées sur la feuille de surveillance de la femme.
Facilitateur :	Est-ce qu'on peut administrer des corticostéroïdes à la femme et pourquoi ? ?
Participant :	Les corticostéroïdes anténatals peuvent être administrés à une femme en grossesse qui présente une RPMAT au moment où le fœtus est considéré comme viable (24 semaines ou 28 semaines en fonction de l'endroit).
Facilitateur :	Comment prendriez-vous en charge cette femme ?
Participant :	Admission Prise en charge attendue, Antibiotiques Corticostéroïdes pour accélérer la maturation pulmonaire Mesure répétée de la NFS et CRP. 30% des femmes accoucheront dans les 48 heures et 60% dans les 7 jours.
Facilitateur :	Quel rôle jouent les antibiotiques sur la RPMAT ?
Participant :	Avant la viabilité ne pas donner d'antibiotiques sauf en cas de signes cliniques d'infection. Après la période de viabilité fœtale donner de l'érythromycine 250mg quatre fois par jour pendant 10 jours maximum mais il faut l'arrêter dès que la femme entre en travail. Si l'érythromycine n'est pas tolérée, donner de la pénicilline orale pendant un maximum de 10 jours ou jusqu'à ce que la femme entre en travail (ce qui intervient le plus tôt). Si la femme est connue pour être porteuse de streptocoque du groupe B, prescrire des antibiotiques (Benzathine Pénicilline) en préparation du travail. Ne pas prescrire de co-amoxiclav pour la prophylaxie en raison d'un risque accru d'entérocolite nécrosante.
Facilitateur :	Qu'est-ce que la tocolyse et quel est le rôle de la tocolyse dans la RPMAT ?

Participant :	La tocolyse chez les femmes présentant une RPMAT n'est pas recommandée car il n'a pas été démontré que le traitement améliore significativement les résultats périnataux. Les tocolytiques doivent être utilisés uniquement chez les femmes présentant une RPMAT et qui sont en travail afin de permettre l'administration d'un traitement complet de corticoïdes ou le transfert vers un autre établissement s'il n'y a aucun risque de chorioamniotite.
Facilitateur :	Que se passe-t-il si une femme n'entre pas en travail ?
Participant :	Le déclenchement du travail doit être provoqué au début de la 37 ^{ème} semaine (36 + 1 jour) si la femme n'entre pas spontanément en travail.
Facilitateur :	Est-ce possible de prendre en charge la RPMAT en ambulatoire ?
Participant :	Cela peut se faire dans certains cas – des thermomètres jetables doivent être remis aux femmes pour prendre leur température chaque jour avec comme instructions de revenir si elles se sentent fébrile. Un plan de prise en charge est convenu, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ Examen de la mère deux fois par semaine et surveillance du fœtus ■ NFS/CRP deux fois par semaine ■ Indications de revenir pour examen médical ou déclenchement du travail ■ Date de déclenchement du travail

Points de discussion

1. Quel est l'âge de viabilité dans votre pays ou au niveau de l'endroit où vous exercer ?
2. Comment prendriez-vous cette femme en charge si elle était séropositive ?
3. Quel est le rôle des traitements répétés de corticoïdes chez la femme?

INFORMATIONS

La rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) se définit comme la rupture spontanée des membranes avant 37 semaines de grossesse et avant le début du travail.

La RPMAT très précoce est définie comme la RPMAT entre 16 + 0 et 25 + 6 semaines d'âge gestationnel.

- La naissance devrait être accélérée lorsqu'il existe des signes clairs que la femme développe une chorioamniotite (fièvre maternelle)
- Sensibilité utérine
- Méconium ou liquide infectés
- Rythme cardiaque fœtal anormal (tachycardie fœtale persistante par exemple)
- CRP > 70mg/dl ou restant supérieure à 40mg/dl
- Nombre de globules blancs élevé (> 20 000) ou preuve claire d'augmentation non liée aux corticostéroïdes anténatals

8.4 : Conduite à tenir devant une présentation anormale

Ressources	
■ Stéthoscope obstétrical	■ Seringue pour tests sanguins
■ Mètre ruban	■ Mannequin
■ Kit de test d'urine	

Points clés de la formation

L'un des facilitateurs (ou des participants) devrait être une mère venant à la clinique prénatale pour la deuxième fois seulement durant sa grossesse. Elle explique qu'elle habite loin de la clinique.

L'autre Facilitateur fournit ses antécédents médicaux et discute de la prise en charge avec les autres participants. Autant de participants que possible devraient contribuer à la discussion et, même si ce scénario se concentre sur la présentation par le siège, les présentations transversale et instable doivent également être mentionnées lors de la discussion. Il est pertinent de souligner qu'elle habite loin de la clinique.

Principaux résultats attendus

- Savoir comment palper l'abdomen pour apprécier la position et la présentation.
- Connaître la conduite à tenir devant une présentation anormale pendant la période prénatale.
- Savoir expliquer à la femme la prise en charge d'une présentation anormale

Scénario clinique

Une primipare de 22 ans enceinte pour la deuxième fois consulte au cours de la 36 semaine de grossesse. Elle avait effectué une visite prénatale au cours de la 22^e semaine de grossesse et tous ses examens étaient normaux. Elle a reçu sa première dose de TPI et d'antianémique (sulfate de fer) et elle a reçu un rendez-vous pour revenir dans huit semaines. Mais comme elle se sentait bien et que la clinique est éloignée, elle n'est pas revenue pour le rendez-vous.

Demander aux participants de faire l'interrogatoire de cette femme.

Actions attendues

Participant :	Les antécédents doivent inclure l'état général et plus particulièrement : la recherche de fatigue, d'essoufflement, de maux de tête, de fièvre et de saignements vaginaux.
Facilitateur :	La femme insiste qu'elle se sente très bien et n'a pas eu de symptômes ou d'inquiétudes particulières. Si elle s'était plainte d'une fatigue excessive ou d'un essoufflement, quelles sont les pathologies envisageables ?
Participant :	L'anémie, car elle n'a pas pris d'antianémiques régulièrement.

Facilitateur :	Discutez brièvement d'autres causes d'anémie. Demandez au participant d'effectuer un examen abdominal tout en décrivant ce qu'il fait.
Participant :	Le participant peut mentionner les signes externes de grossesse, la hauteur utérine, le volume du liquide amniotique, la position et la présentation du fœtus, et ausculter le cœur fœtal.
Facilitateur :	Le Facilitateur précise que le fœtus se présente par le siège et demande quel devrait être la démarche à suivre. L'Facilitateur peut également parler de l'utilité de l'échographie dans la confirmation du diagnostic, si le professionnel de santé n'est pas certain.
Participant :	Il est nécessaire de décider du mode d'accouchement, en tenant compte des accouchements précédents et des souhaits de la mère.
Facilitateur :	Le Facilitateur dit au participant que la femme a accouché par voie basse d'un bébé de 4kg et que l'accouchement a eu lieu sans complications. Quel autre chose peut-on aborder ?
Participant :	La version céphalique externe (VCE) consiste à retourner le bébé en position céphalique. La VCE peut être effectuée à tout moment à partir de la 36e semaine mais doit avoir lieu dans une formation sanitaire de référence. La femme doit aussi être orientée vers une formation sanitaire de référence pour l'accouchement si la présentation du siège persiste

Points de discussion

1. La manœuvre de la VCE, par qui et où ?
2. Les difficultés pratiques liées au fait d'habiter loin d'un établissement sanitaire et notamment d'un centre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
3. Il est important de diagnostiquer une présentation anormale et de prendre des décisions appropriées pendant la période prénatale. Cela inclut une discussion approfondie avec la femme et sa famille afin d'expliquer la situation et les convaincre de coopérer.
4. Le conseil autour de la procédure de la VCE doit être inclus y compris la justification de l'acte, les taux de réussite, les analgésiques à administrer, la procédure et les complications possibles (qui sont rares).
5. Une autre présentation anormale qui peut parfois être détectée durant la période prénatale est la présentation transversale, qui nécessite une extraction fœtale par césarienne.

Chapitre 9 : Évaluation du bien-être fœtal

9.1 : Évaluation fœtale pendant la grossesse

Ressources	
■ Tableaux à feuilles mobiles	■ Stylos

Points clés de la formation

Ce scénario est une discussion de groupe avec un Facilitateur qui assume l'orientation de la discussion. Les participants comprendront que le diagnostic précoce de la croissance anormale du fœtus et des mouvements fœtaux anormaux ainsi que la référence de la femme vers un établissement de soins approprié avec des prestataires qualifiés constituent un aspect important des soins prénataux. Encouragez la discussion de groupe.

Principaux résultats attendus

- Compréhension de l'importance de la croissance fœtale et des mouvements fœtaux
- Compréhension de la croissance anormale du fœtus et des mouvements anormaux du fœtus et la conduite à tenir appropriée pour prévenir la mortinatalité.

Instructions

- Discussion de groupe sur l'expérience personnelle de l'identification d'une croissance fœtale anormale et l'importance de la détection et de la prise en charge
- Comparez les soins dispensés dans différents établissements sanitaires

Questions pour guider la discussion

- Quelle est l'approche pour l'évaluation du fœtus dans votre établissement ?
- Les femmes sont-elles conseillées sur l'importance du mouvement fœtal pendant la grossesse ?
- Pouvez-vous identifier les lacunes concernant l'évaluation fœtale dans votre établissement ?
- Quand et comment orientez-vous les femmes vers des soins médicaux appropriés si vous identifiez une croissance anormale du fœtus ?
- Avez-vous des critères dans votre établissement pour effectuer des échographies pendant la grossesse ?
- Où et par qui les échographies sont-elles effectuées dans votre établissement ?
- Quels sont les avantages/inconvénients de l'utilisation des échographies ?
- Utilisez-vous la courbes de croissance ou la courbe des valeurs normales de la HU dans les soins prénataux ?

Points de discussion

1. Comment améliorer la surveillance fœtale.
2. Discuter des taux de mortinatalité spécifiques à votre pays et les mesures prises pour réduire ces taux.

9.2 : Dépistage du retard de la croissance intra-utérin (RCIU)

Liste des équipements

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| ■ Stylos | ■ Mètre ruban |
| ■ Tableau à feuilles mobiles | ■ Courbe de croissance personnalisée |
| ■ Gestogramme | |

Points clés de la formation

Pour ce scénario, un Facilitateur jouera le rôle de la femme enceinte se rendant à une consultation et un participant sera le professionnel de santé (infirmière/sage-femme) fournissant les soins prénatals – se concentrant spécifiquement sur la mesure et la prise en charge du retard de croissance fœtale

Principaux résultats attendus

- Comprendre l'importance de dater précisément une grossesse.
- Comprendre les principes de mesure de la croissance fœtale et comment mesurer la hauteur utérine (HU).
- Comprendre les facteurs de risque et comment diagnostiquer et prendre en charge d'un bébé de petits poids par rapport à l'âge gestationnel (PPAG) et le retard de croissance intra-utérine (RCIU).

Scénario clinique

Une femme primipare, 20 ans, se présente à 36 semaines de grossesse. Elle pense que son bébé est plus petit que celui de son amie qui est également à 36 semaines de grossesse. Elle est anxieuse et s'inquiète du fait que le bébé pourrait ne pas se développer correctement.

Facilitateur :	Quelle est la première chose à faire ?
Participant :	Se présenter en utilisant les principes de soins respectueux Examen des antécédents médicaux et obstétricaux. Vérifier le statut VIH/TB/paludisme. Noter que la taille fœtale varie en fonction de la taille/poids de la mère, l'origine ethnique.
Facilitateur :	Quels sont les moyens de dater une grossesse et lequel est le plus fiable ? Pourquoi est-ce si important ?
Participant :	Utiliser le gestogramme DDR – en particulier avec des dates fiables, à l'aide de la règle de Nagle. Datation échographique – longueur vertex-coccyx à 12-13 semaines est plus précise.

Facilitateur :	Comment détecter les retards de croissance ?
Participant :	L'estimation précise de l'âge gestationnel est essentielle. Basé idéalement sur une échographie au cours du premier trimestre. Puis, plusieurs mesures de la hauteur utérine (HU) doivent être reportées, de préférence sur une courbe de croissance adaptée au contexte/ individualisée.
Facilitateur :	Comment mesurez-vous la hauteur utérine (HU). ? Qu'est-ce qu'une courbe de croissance personnalisée (ou adaptée) ?
Participant :	<p>Les mesures de la hauteur utérine (HU) s'obtiennent à partir de 24 semaines, à l'aide d'un mètre ruban. La mesure doit être prise de manière constante, généralement en commençant depuis le point le plus haut du fond utérin, en descendant jusqu'à la partie supérieure de la symphyse (ou l'inverse), avec les valeurs en cm cachées pour éviter de biaiser le résultat.</p> <p>Les courbes de croissance personnalisées (ou adaptées) sont produites individuellement et tiennent compte de la taille, du poids, de la parité et de l'ethnie de la mère.</p> <p>Lorsque les mesures sont sur le centile inférieur sur la courbe ou s'il n'y a pas eu de croissance pendant 3 semaines, une orientation est nécessaire pour l'évaluation échographique de la taille fœtale.</p>
Facilitateur :	Quels sont les facteurs de risque de RCIU – retard de croissance intra-utérine ?
Participant :	<p>Facteurs de risques pouvant être identifiés au cours de la CPN</p> <p>Facteurs de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antécédent de petit bébé (moins de 10e centile) ■ Antécédent de mort-né ■ Hypertension essentielle, hypertension induite par la grossesse ou pré-éclampsie ■ Diabète ■ Affection rénale chronique ■ Syndrome des antiphospholipides ■ HAP ■ Infections, exemple VIH, TB et Paludisme ■ Grossesse par fécondation in vitro (FIV) <p>S'il y a des facteurs de risque ou si la croissance est statique/diminue, une série de mesures échographiques doivent être effectuées et les mesures reportées sur une même courbe et comparées aux précédentes mesures échographiques.</p>

Facilitateur :	Comment se fait la prise en charge du PPAG ? du RCIU ?
Participant :	<ol style="list-style-type: none">1. Fœtus de petite taille – défini comme l'estimation du poids fœtal < 10e percentile avec liquide amniotique et doppler de l'artère ombilicale normaux. Ces cas doivent être adressés à un spécialiste pour un examen plus approfondi, au cours duquel un plan de suivi individuel et d'accouchement sera établi.2. RCIU – Tous ces cas doivent être orientés vers un spécialiste. La prise en charge dépend largement de l'âge gestationnel, du poids estimé du fœtus et de l'évaluation globale du fœtus et de la mère. Les cas doivent être individualisés et un pédiatre doit idéalement intervenir dans le processus de décision

Points de discussion

1. Importance d'une série de mesures de la HU, à enregistrer à chaque rendez-vous prénatal à partir de 24 semaines de grossesse, car cela améliore la prédiction d'un nouveau-né PPAG ou GAAG).
2. Importance d'utiliser une méthode standard constante pour mesurer la HU.
3. Quelle expérience les professionnels de santé ont-ils dans la surveillance de la croissance fœtale dans le contexte local ?
4. Y a-t-il un accès à l'échographie ? Qui procède à l'échographie ?
5. Dans la mesure du possible, la HU doit être reportée sur une courbe personnalisée plutôt qu'une courbe basée sur la population, car cela peut améliorer la prédiction des PPAG.

9.3 : Indications du déclenchement du travail

Ressources

- Gestogramme

Points clés de la formation

Un Facilitateur doit jouer le rôle de la femme enceinte, tandis que l'autre explique l'historique aux participants et leur demande de s'occuper de la femme enceinte comme ils le feraient dans une situation réelle. Les actions attendues des participants et les résultats attendus par le Facilitateur sont répertoriés ci-dessous. Encourager la réflexion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Comprendre pourquoi, quand et comment déclencher le travail.
- Comprendre les risques et les contre-indications liés au déclenchement du travail.

Antécédents

Une femme enceinte pour la première fois vient dans votre établissement et dit que la date d'accouchement prévue est dépassée de deux semaines et qu'il n'y a aucun signe de travail imminent. Elle ajoute que ses dernières règles datent du mois de février. La femme enceinte vient à la clinique prénatale le 26 novembre.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions lui posez-vous ?
Participant :	Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d'un chaperon État général, soins prénatals administrés pendant la grossesse, antécédents médicaux et chirurgicaux. Ressent-elle des mouvements fœtaux ?
Facilitateur :	Elle a suivi des soins prénatals. Elle ressent des mouvements fœtaux ; ceux-ci ont un peu changé mais le bébé est toujours actif. Que voulons-nous savoir de plus sur elle ?
Participant :	Date exacte de ses dernières règles (DDR) ? Est-elle sûre de cette date ? Ses règles étaient-elles régulières avant ses DDR ? Quel moyen de contraception utilisait-elle avant ses dernières règles (si elle en utilisait un) ?
Facilitateur :	Elle dit que la date du terme est déjà dépassée de deux semaines, quelle en est la meilleure preuve pour attester cela ?
Participant :	La date du terme calculée lors d'une échographie précoce à l'aide de la longueur vertex-coccyx.

Facilitateur :	Dans quelles pourriez-vous trouver ses informations ?
Participant :	Dans le dossier prénatal qu'elle a apporté ou celui archivé dans l'établissement.
Facilitateur :	Son dossier prénatal recense quatre visites prénatales. Est indiquée une échographie du 30 mai mentionnant « 16 semaines, un seul fœtus ». Pour quand était prévue sa date d'accouchement (DA) ?
Participant :	(Calculée à l'aide du gestogramme) le 14 novembre
Facilitateur :	Qu'est-il important de noter dans l'examen abdominal ?
Participant :	Taille du fœtus, position, présentation, engagement, présence d'un rythme cardiaque fœtal, estimation du volume de liquide amniotique.
Facilitateur :	Que conseilleriez-vous à cette femme ? La référer à un établissement de santé où il est possible de pratiquer une césarienne afin d'envisager le déclenchement du travail.
Facilitateur :	Quelles sont les indications pour le déclenchement du travail ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le travail ne doit être déclenché que suite à une indication médicale claire et si les avantages attendus l'emportent sur les risques potentiels. ■ Le déclenchement du travail est recommandé aux femmes ayant atteint leur 41^e semaine (>40 semaines + 10 jours) de grossesse. ■ Le déclenchement du travail n'est pas recommandé aux femmes qui ont une grossesse sans complications et qui n'ont pas atteint la 41^e semaine. ■ Si le diabète gestationnel est l'unique anomalie, le déclenchement du travail n'est pas recommandé. ■ Le déclenchement du travail à terme n'est pas recommandé pour une suspicion de macrosomie fœtale. ■ Le déclenchement du travail est recommandé pour les femmes arrivées à terme et ayant subi une rupture prématurée des membranes

Facilitateur :	Quelles sont les méthodes disponibles pour le déclenchement du travail et quelles en sont les indications ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si des prostaglandines ne sont pas disponibles, l'ocytocine doit être administrée seule, par voie intraveineuse, pour le déclenchement du travail. ■ Une amniotomie seule n'est pas recommandée pour le déclenchement du travail. ■ Du misoprostol par voie orale (25 µg, à renouveler au bout de 2 heures) est recommandé pour le déclenchement du travail. ■ Du misoprostol à faible dose par voie vaginale (25 µg, à renouveler au bout de 6 heures) est recommandé pour le déclenchement du travail. ■ Le déclenchement du travail par administration de misoprostol n'est pas recommandé chez les femmes ayant subi une césarienne. ■ Des prostaglandines vaginales à faible dose sont recommandées pour le déclenchement du travail. ■ Du misoprostol par voie orale ou vaginale est recommandé pour le déclenchement du travail chez une femme enceinte du troisième trimestre et portant un fœtus mort ou atteint d'anomalies. ■ Un décollement du pôle inférieur est recommandé pour réduire le besoin de déclenchement médicamenteux du travail ou le faciliter.

Points de discussion

1. Des échographies précoces, avant 12 semaines de grossesse, sont la meilleure méthode pour établir la date estimée d'accouchement. Les échographies tardives ne sont pas fiables pour estimer cette date.
2. Dans le cas de menstruations irrégulières avant la grossesse, la date des dernières règles n'est pas utilisable dans le calcul de la date estimée de l'accouchement.
3. En appliquant les recommandations, il est nécessaire de prendre en considération l'état actuel, les souhaits et les préférences de la femme, et notamment l'état du col de l'utérus, le mode de déclenchement du travail choisi et les pathologies associées, telles que la parité et l'état de la poche des eaux (rupture des membranes).
4. Le déclenchement du travail doit être pratiqué avec prudence, puisque la procédure présente un risque d'hyperstimulation utérine, de rupture et de souffrance fœtale.
5. La femme doit être dans une formation sanitaire de référence pour l'induction du travail, vu les risques associés à une induction du travail avec fœtus post-terme.
6. Un « gros fœtus » n'est pas une indication pour induction.
7. Il existe des risques (hyperstimulation utérine, souffrance fœtale, échec d'induction) et des possible contre-indications (i.e. antécédent de césarienne, siège).
8. Le déclenchement du travail pour post-terme peut être conduite entre T + 10 et T + 14 pour une femme ayant une date d'accouchement confirmée. L'alternative est une surveillance fœtale très serrée.
9. Le col (score de Bishop) est un guide pour 'comment déclencher' au lieu de 'pourquoi déclencher' mais dans les situations « limites », il doit influencer la décision.

Indications du déclenchement du travail

- Rupture prématurée des membranes au-delà de 37 semaines : déclenchement immédiat ou dans les 96 heures
- Diabète et grossesse 38-39 semaines, déclenchement en fonction de la croissance fœtale et des circonstances individuelles
- Grossesse prolongée > T + 10-14 : Comme indiquée par l'échographie antérieure
- Autres conditions médicales (ex : prééclampsie, déclenchement en fonction de la gravité)

9.4 : Prise en charge des grossesses multiples

Liste des équipements

- | | |
|-------------------------------|----------|
| ■ Tableaux à feuilles mobiles | ■ Stylos |
|-------------------------------|----------|

Points clés de la formation

Un Facilitateur jouera le rôle de la femme enceinte, l'autre Facilitateur donnera aux participants l'historique et leur demandera de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Les actions attendues des participants et leurs résultats, qui seront commentés par le Facilitateur, sont indiqués ci-dessous. Encourager la réflexion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Comprendre en quoi une grossesse multiple diffère d'une grossesse mono-fœtale, les risques supplémentaires durant la grossesse, le travail et l'accouchement et comment ils peuvent être anticipés et minimisés par la planification prénatale.
- Comprendre les problèmes auxquels font face les mères de jumeaux (et multiples) après la naissance et comment aider ces mères.

Scénario clinique

Une femme de 33 ans dans sa 5^{ème} grossesse se rend à la consultation prénatale à 28 semaines. Elle n'a aucun document, mais elle dit qu'elle pense être enceinte de jumeaux parce que son abdomen est gros et protubérant. Elle pense qu'il y a deux séries de mouvements fœtaux distincts et sa tante a touché son abdomen et dit qu'elle pense que ce sont des jumeaux.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions lui posez-vous ?
Participant :	Faire un historique obstétrical complet systématique concernant ses grossesses et accouchements antérieurs. A-t-elle reçu des soins anténatals ? Faire un historique général et poser des questions sur sa santé actuelle.
Facilitateur :	Y a-t-il des questions sur sa santé en général, liées à une grossesse gémellaire ?
Participant :	Recherchez d'éventuels symptômes d'anémie.
Facilitateur :	Que recherchez-vous et que sentez-vous en examinant l'abdomen ?
Participant :	Utérus plus volumineux pour l'âge gestationnel, plus de deux pôles fœtaux, deux foyers de battement de cœur fœtal distincts, position/présentation des jumeaux. La mesure HU ne peut pas être utilisée pour surveiller la croissance chez les jumeaux.

Facilitateur :	Comment le diagnostic des jumeaux est-il confirmé ?
Participant :	Échographie
Facilitateur :	Quelles autres informations utiles seront données par une échographie ?
Participant :	Type de jumeaux, chorionicité, épaisseur de la clarté nucale et DPA peuvent être déterminées au cours du premier trimestre par une échographie. La position et la présentation du fœtus (l'échographie ne permet de visualiser une grossesse multiple de plus de deux fœtus). Estimer des tailles fœtales et tout écart de croissance chez les jumeaux. Il est plus difficile de détecter les RCIU chez les jumeaux donc des échographies répétées sont donc essentielles. Idéalement, la recherche d'anomalies, y compris des échographies cardiaques, sont nécessaires pour les jumeaux
Facilitateur :	Quelles sont les examens importants en particulier pour une grossesse gémellaire ?
Participant :	Hémoglobine Détection de la pré-éclampsie Détection du diabète gestationnel
Facilitateur :	Quelles discussions sont nécessaires avant la naissance ?
Participant :	Éduquer sur les signes de danger de risque d'accouchement prématuré et la nécessité de corticostéroïdes si un accouchement avant terme est anticipé. Discuter du lieu et du moment de l'accouchement : où et comment ? elle doit accoucher dans un centre de soins obstétriques et néonataux d'urgence, en raison des risques élevés associés à l'accouchement et la possibilité d'avoir besoin d'une césarienne pendant l'accouchement. Le nouveau-né peut nécessiter une assistance néonatale.
Facilitateur :	Des suggestions de prise en charge immédiate ?
Participant :	Suppléments oraux de fer et 5mg d'acide folique
Facilitateur :	Qu'en est-il des soins postnatals ?
Participant :	Elle aura besoin d'une aide supplémentaire à la maison, peut-être aussi pour l'allaitement. Elle doit prendre une contraception efficace. Elle doit être encouragée à se faire suivre dans un centre postnatal.

Points de discussion

1. Diagnostic de grossesse gémellaire, par les échographies, signes Lamda et T sur les explorations pour déterminer la chorionicité. L'exploration échographique ne permettra pas de déterminer les dates ou la chorionicité (trop tard pour les deux).
2. Doit accoucher dans une formation sanitaire secondaire en raison des risques liés à l'accouchement (possible nécessité de césarienne).
3. Les bébés sont à risque :
 - Avant la naissance par le retard de croissance, mort intra-utérine et des complications plus rares tel que la transfusion entre jumeaux (syndrome transfuseur-transfusé).
 - D'hypoxie fœtale pendant l'accouchement, notamment le second jumeau.
 - Dans la petite enfance et tout au long de l'enfance par plusieurs causes, notamment liées à des causes associées à l'alimentation en bas âge.
4. Les besoins en fer et en particulier en acide folique de la mère, sont plus élevés que dans une grossesse mono-fœtale.

Chapitre 10 : Soins postnatals

10.1 : Modèles de soins postnatals et la référence

Ressources	
■ Tableaux à feuilles mobiles	■ Stylos

Points clés de la formation

Il s'agit d'une discussion de groupe ; la discussion a lieu, guidée par le Facilitateur, afin de préserver l'orientation de la discussion. Favoriser la discussion de groupe. Les participants doivent comprendre combien il est important d'établir un diagnostic précoce d'anomalie et de transférer la femme vers l'établissement de santé et le prestataire de soins appropriés pour les soins postnatals.

Principaux résultats attendus

- Connaître les modèles de soins postnatals et du système de santé destiné à la mère et au nouveau-né spécifiques au pays.
- Comprendre l'importance d'une bonne orientation vers l'établissement et le prestataire de soins les mieux adaptés pour les soins postnatals.

Instructions

Discussion de groupe sur une expérience personnelle de prestation de soins postnatals.

Comparer les soins fournis au niveau de l'établissement de santé et ceux fournis dans la collectivité.

Points de discussion

- Quelle approche est utilisée dans votre structure pour les soins postnatals complets (nombre, espacement et structure) ?
- La prestation de soins à la mère et au bébé est-elle combinée ?
- Qui est responsable de la prestation des soins postnatals ?
- Pouvez-vous identifier des lacunes en matière de soins postnatals dans votre structure locale ?
- Quand et comment référez-vous les femmes lorsque vous identifiez un problème postnatal ?
- Qui conseille et fournit la contraception ?
- Avez-vous des critères pour déterminer quelle femme a besoin d'être suivie au sein de votre établissement ?
- Pouvez-vous identifier les lacunes/défis dans les soins postnataux au sein de votre établissement ?
- Quelles solutions suggérez-vous ?

10.2 : Évaluation postnatale de la mère et du bébé

Ressources

- | | |
|---|---|
| ■ Tensiomètre/thermomètre/stéthoscope (signes vitaux) | ■ Dossier de soins postnataux |
| ■ Équipement pour prélèvement sanguin et bulletins d'analyses | ■ Matériel pour l'examen à la naissance |
| ■ Vaccinations | ■ Table d'examen |
| | ■ Papier et stylos |

Points clés de la formation

La période postnatale est un moment critique et la mère doit être surveillée de près pour identifier des symptômes et des signes de complications potentiellement mortelles comme une hémorragie du postpartum, surtout dans les premières 24 heures après l'accouchement. Le nouveau-né doit aussi être surveillé de près pour des signes de danger après la naissance.

Cette évaluation initiale peut être présentée comme une discussion de groupe ou un jeu de rôle. Pour une discussion de groupe, utilisez le tableau à feuilles mobiles pour présenter les résultats de l'évaluation clinique de la femme et du nouveau-né en utilisant un diagramme simple.

L'un des facilitateurs devra jouer le rôle de la femme. L'autre Facilitateur donnera aux participants l'historique puis demandera à l'un d'entre eux de jouer le rôle du professionnel de santé et de procéder à un examen post-natal complet de la femme. Les actions attendues du participant et l'issue de la visite sont exposées ci-dessous. Si les participants n'entreprennent pas une évaluation complète de la femme, comme nous l'expliquons, le Facilitateur devrait les guider progressivement à suivre le processus.

Principaux résultats attendus

- Comprendre les principes des soins postnataux de routine efficaces pour les mères et les nouveau-nés
- Comprendre comment obtenir les antécédents postnataux complets, réaliser une évaluation complète et prodiguer des soins à la mère et au nouveau-né pendant la période postnatale précoce – les premières 24 heures après la naissance
- Donner des informations, des conseils pertinents et une éducation aux femmes recevant les soins postnataux

Scénario clinique

Vous vous occupez d'une femme (P5) qui a eu une naissance normale il y a 6 heures dans un établissement de santé. Elle a donné naissance à un nouveau-né en bonne santé (3,6kg). Son placenta était complet, son périnée était intact, mais après l'accouchement, sa perte de sang était estimée à 800ml.

Actions attendues

Facilitateur :	Demander aux participants de résumer les points clés de l'histoire Quelles questions pouvez-vous poser à la femme ?
Participant :	Se présenter à la femme en utilisant les principes de soins de maternité respectueux Saluez la femme et présentez-vous et expliquez la raison de l'évaluation postnatale pour elle et son nouveau-né. Demandez-lui comment elle se sent après la naissance, est-ce qu'elle souffre d'une douleur ? Préparer la femme pour l'examen (ne pas perturber l'allaitement maternel).
Facilitateur :	Que recherchiez-vous durant l'examen ? (Utiliser un tableau à feuilles mobiles pour parcourir les étapes)
Participant :	Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d'un chaperon Avant de procéder à l'examen, demander le consentement et se laver les mains, évaluer la condition de la mère, Évaluation de l'état de la mère, examen de la tête aux pieds : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observations des signes vitaux : Vérifier le pouls et la PA immédiatement après la naissance, puis après une heure. Commencer la surveillance de routine (6 heures) si les résultats sont normaux. <input type="checkbox"/> Surveiller les observations cliniques toutes les 6 heures jusqu'à ce que la femme quitte l'établissement de soins. <input type="checkbox"/> Un suivi régulier des lochies (signe de danger, si plus de 2 ou 3 serviettes hygiéniques en 30 min) <input type="checkbox"/> Involution de l'utérus <input type="checkbox"/> Vérifier si les mollets sont souples et non tendus et rechercher une douleur. <input type="checkbox"/> S'assurer que la femme a uriné dans les 6 heures et régulièrement, évaluer la possibilité d'incontinence urinaire, et la présence de fistule <input type="checkbox"/> Pratiquer un examen abdominal – évaluer la possibilité de distension de la vessie et de rétention urinaire <input type="checkbox"/> Surveiller la progression de maladies sous-jacentes comme l'hypertension artérielle, le diabète, les problèmes rénaux, la drépanocytose, etc. Revoir et mettre à jour les dossiers postnataux sur : <ol style="list-style-type: none"> 1. Grossesse actuelle 2. Antécédents des grossesses précédentes 3. Naissance 4. Antécédents médicaux

	<p>Nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Initier l'allaitement maternelle dans l'heure qui suit la naissance <input type="checkbox"/> S'assurer que le nouveau-né est maintenu chaud <input type="checkbox"/> Encourager la méthode de la mère Kangourou <input type="checkbox"/> Prendre la température <input type="checkbox"/> Prendre et enregistrer le poids de naissance <input type="checkbox"/> Conduire un examen complet du nouveau-né de la tête aux pieds <input type="checkbox"/> Observer une séance d'allaitement <input type="checkbox"/> Consigner les observations dans le registre des CPN et le carnet de santé de la mère et l'enfant
Facilitateur :	Quelles analyses effectueriez-vous ?
Participant :	Vérifier l'Hb de la mère
Facilitateur :	Comment allez-vous traiter cette femme et son nouveau-né ?
Participant :	<p>Femme – informer et conseiller</p> <p>S'il n'y a aucun signe clinique d'anémie, continuer la supplémentation en acide folique et en fer pendant 3 mois</p> <p>Si la femme est anémique, la traiter suivant les protocoles locaux</p> <p>Fournir des facilités pour que la femme puisse se laver après l'accouchement et expliquer lui l'hygiène du périnée, le changement régulier des serviettes hygiéniques.</p> <p>Encourager la femme à se déplacer pour prévenir la thrombose</p> <p>Fournir une analgésie appropriée, comme demandé</p> <p>Discutez des signes de danger maternel nécessitant une attention immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maux de tête avec troubles de la vue, et/ou crises <input type="checkbox"/> Respiration rapide ou difficile <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales importantes <input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales malodorantes <p>Nouveau-né (les composants suivants sont des soins essentiels aux nouveau-nés)</p> <p>Favoriser l'initiation précoce et l'allaitement exclusif</p> <p>Encourager le contact peau-à-peau de la mère avec son nouveau-né</p> <p>Assurer une chaleur suffisante et mettre un bonnet au nouveau-né</p> <p>Vaccination (BCG, Polio, hépatite B), vitamine A, Vitamine K1 (si disponible)</p> <p>Pommade ophtalmique à 1% de tétracycline</p> <p>Traiter ou transférer le nouveau-né si des complications sont détectées</p>

Facilitateur :	La femme et son bébé peuvent-ils sortir de l'établissement ?
Participant :	<p>Examen de la mère et du nouveau-né une heure avant la sortie S'il n'y a pas de problèmes ou de complications (pas de fièvre, de céphalées, de lochies malodorantes, d'hypertension ou d'hypotension, mais un bien-être physique) chez la mère et le nouveau-né (allaitement mis en place, température corporelle maintenue), ils peuvent sortir dans les 12-24 heures. Les signes de danger pour elle-même et pour son nouveau-né devraient être expliqués à la mère et on devrait lui indiquer de consulter un médecin s'il y a des signes de danger. Elle doit être conseillée sur ce qu'elle doit faire quand elle arrive à la maison pour s'assurer qu'elle et son nouveau-né restent en bonne santé. Discutez des détails de l'enregistrement de la naissance.</p>
Facilitateur :	Qu'allez-vous à conseiller à cette mère et comment allez-vous élaborer son suivi et celui de son nouveau-né ?
Participant :	<p>Mère Donner des conseils sur l'hygiène personnelle, la bonne nutrition, le sulfate ferreux, les MILDA et lui parler des signes de danger. Le professionnel de santé devrait informer les femmes des signes et des symptômes d'affections graves possibles pour elle-même (perte de sang soudaine et accrue, maux de tête, essoufflement et douleur thoracique. Lui donner les coordonnées des cliniques/hôpitaux les plus proches d'elle. Donner des conseils sur les besoins contraceptifs immédiats (si nécessaire) Conseils sur la santé mentale maternelle, à quoi faut-elle s'attendre en ce qui concerne le « baby blues » ou la dépression postnatale Documenter les résultats, le plan de suivi, la date du prochain rendez-vous dans 2 jours.</p> <p>Nouveau-né Soins du cordon Tétées régulières et maintien du nouveau-né au chaud Signes de danger et qui doit-elle contacter pour des conseils et de l'aide. Promouvoir le bien-être parental et émotionnel</p> <p>Les soins doivent être planifiés en impliquant la femme et sa famille et doivent être mis à jour à chaque contact postnatal.</p>

Points de discussion

1. Discutez avec le groupe des soins postnatals habituels dispensés dans leur établissement de santé et de la façon dont ils peuvent être améliorés.
2. Discutez des défis liés à la procédure de sortie et de ce qui peut être inclus.
3. Comment le personnel encourage-t-il le rôle parental et l'attachement émotionnel ?
4. Comment dépitons-nous la santé mentale maternelle et quelle est son importance ?

INFORMATIONS

Signes de danger dans la période post-natale

Signes de danger chez la mère	Signes de danger chez le nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> ■ Perte de sang soudaine et abondante ou persistante, augmentation des pertes de sang ■ Sécrétions vaginales malodorantes ■ Fièvre ■ Douleurs abdominales sévères ■ Essoufflement, étourdissements, fatigue excessive, palpitations ou tachycardie ■ Gonflement des mains, du visage et des jambes avec maux de tête sévères et vision floue ■ Essoufflement ou douleurs thoraciques ■ Éruption cutanée généralisée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incapacité à se nourrir au sein ■ Vomissement après chaque tétée ■ Léthargique ou inconscient ■ Convulsion ■ Fréquence respiratoire de 60 cycles par minute ou plus ■ Tirage sous-costal important ou geignement ■ Haute température de 37,5°C ou plus ou basse température de 35,4°C ou moins ■ Insuffisance pondérale à la naissance ■ Infection de l'ombilic ■ Plantes des pieds jaunes (ictère grave), besoin d'être transféré en urgence

10.3 : Soins du périnée

Ressources

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| ■ Gants stériles | ■ Fil de suture |
| ■ Coton non stérile et stérile | ■ Spéculum (différentes tailles) |

Points clés de la formation

Un Facilitateur devra jouer le rôle de la femme enceinte, l'autre Facilitateur devra donner l'historique aux participants et leur demander de traiter la femme comme ils le feraient en situation réelle. Rappeler aux participants que des équipements sont à leur disposition. Les actions attendues des participants et les résultats qui en découlent, sur lesquels le Facilitateur leur fera des commentaires, sont répertoriés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement prévu, les guider progressivement tout au long du processus. Les autres participants peuvent agir comme des assistants. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Définir les classifications de traumatisme périnéal
- Comprendre les complications et la prise en charge du traumatisme périnéal
- Décrire les différents types d'incontinence urinaire et fécale et leur prise en charge

Sénario clinique

Une femme à 37 semaines de gestation est entrée en travail à la maison pendant plusieurs jours. Comme le travail progressait lentement, l'accoucheuse traditionnelle l'a référé à l'hôpital, où une petite fille est née par accouchement assisté (ventouse). Une épisiotomie a été réalisée et réparée. L'accouchement a eu lieu il y a deux jours, mais maintenant elle se plaint de fuites d'urines.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions aimeriez-vous poser à cette femme?
Participant :	Accueillir la femme et vous présenter et expliquer lui expliquer les raisons de l'examen Demander comment elle se sent. Ressent-elle une douleur, est-elle pâle, a-t-elle des saignements ? A-t-elle de la fièvre et se plaint-elle d'autres douleurs ? Préparer la femme à l'examen (sans perturber l'allaitement)
Facilitateur :	Que recherchiez-vous durant l'examen ?
Participant :	Assurer la confidentialité et demander le consentement Évaluer, documenter et donner des conseils concernant le type de déchirure vaginale et expliquer toutes les procédures à la femme et à la personne qui l'aide

Facilitateur :	Que se passe-t-il, selon vous ? Quel est le diagnostic différentiel ? Comment allez-vous traiter cette femme ?
Participant :	Offrir un analgésique Faire les analyses d'urine et l'ECBU (milieu de jet) à la recherche d'une infection urinaire Effectuer le test de colorant bleu de méthyle pour exclure/diagnostiquer une fistule. Effectuer une échographie de la vessie (si disponible) pour écarter la possibilité d'une rétention urinaire Insérer une sonde de Foley à demeure immédiatement après l'accouchement pour les cas à risque, c'est-à-dire les femmes qui ont souffert de travail prolongé, mais qui n'ont pas de symptômes de fistule vésico-vaginale (FVV) – sonde pendant 10 à 14 jours, ou qui ont des symptômes récents de FVV – sonde de Foley à demeure pendant 4 à 6 semaines après l'accouchement. Offrir des antibiotiques prophylactiques
Facilitateur :	Quelle éducation sanitaire/conseils donneriez-vous ?
Participant :	Hygiène personnelle, hygiène du périnée, changement régulier des serviettes hygiéniques. Conseiller la femme au sujet de la reprise des rapports sexuels. En cas de crainte de FVV – référer la femme dans un établissement de santé de niveau supérieur Discuter de la prévention d'une fistule ultérieure et des cas de guérison, par exemple en programmant une césarienne pour toutes les grossesses futures.
Facilitateur :	La femme a été invitée à revenir dans une semaine, Lorsque le prestataire de soins l'a examinée, la plaie s'est réouverte et elle se plaint d'incontinence fécale. Qu'est-ce que feriez-vous?
Participant :	La référer pour un traitement vers un établissement de niveau supérieur

Points de discussion

1. Soins de la vessie après un accouchement par voie basse
2. Les différents types d'incontinence urinaire et leur prise en charge
3. Les différents types d'incontinence fécale et leur prise en charge

INFORMATIONS

Classification des lésions périnéales :

- **Déchirure du premier degré** : lésion cutanée périnéale et/ou de la muqueuse vaginale.
- **Déchirure du deuxième degré** : lésion périnéale mettant en jeu les muscles du périnée, mais n'affectant pas le sphincter anal.
- **Déchirure du troisième degré** : lésions périnéales mettant en jeu le complexe sphinctérien anal :
 - déchirure de grade 3a : déchirure affectant moins de 50% de l'épaisseur du sphincter anal externe (SAE).
 - déchirure de grade 3b : déchirure affectant plus de 50% de l'épaisseur du SAE déchirée.
 - déchirure de grade 3c : déchirure affectant le SAE et le sphincter anal interne (SAI).
- **Déchirure du quatrième degré** : lésions au périnée mettant en jeu le complexe sphinctérien anal (SAE et SAI) et la muqueuse anorectale.

10.4 : Soins de la femme après une césarienne

Ressources

- | | |
|---------------|---|
| ■ Stéthoscope | ■ Graphique de l'équilibre hydro-électrolytique |
| ■ Tensiomètre | ■ Seringues |
| ■ Canule | |

Point clés de la formation

Cette section aborde la méthode systématique de soins post-opératoires à prodiguer à une femme ayant subi une césarienne en urgence. L'un des facilitateurs joue le rôle de la femme. L'autre Facilitateur indique aux participants l'historique de la femme, leur demande ensuite qu'ils répètent les détails et qu'ils s'occupent de la femme comme s'ils le feraient dans une situation réelle. Rappeler aux participants que des équipements sont à leur disposition, posés sur une table à proximité. Les actions attendues des participants et les résultats attendus par le Facilitateur sont répertoriés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement prévu, les guider progressivement tout au long du processus. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Se rendre compte que les résultats de l'opération dépendent de la qualité de soins pré- et post-opératoires
- Établir un système cohérent, logique, séquentiel des soins postopératoires
- Mettre cette séquence en pratique

Scénario clinique

Vous avez pris en charge une femme de 26 ans qui a subi il y a 12 heures une césarienne à cause d'une dystocie mécanique. Quels soins allez-vous lui prodiguer ?

Actions attendues

Facilitateur :	Comment vous allez prendre en charge cette femme ?
Participant :	Principes de soins de maternité respectueux Soins post-opératoires de routine, observations cliniques, soins de la mère et du nouveau-né.
Facilitateur :	Résumez la réponse du participant en mettant l'accent sur la préparation par la collecte d'informations et des observations régulières dans la période postnatale immédiate. Demandez quelle information vous voulez vérifier avant de soigner cette femme et pourquoi ?
Participant :	Compte-rendu opératoire, consignes pour les soins post-opératoires – y rechercher la trace de complications postopératoires et voir si les chirurgiens ont donné des instructions post-opératoires spécifiques. Compte rendu opératoire – pour vérifier toutes les complications post-opératoires et les instructions post-opératoires spécifiques des chirurgiens d'exploitation.

Facilitateur :	Le compte-rendu opératoire indique que des saignements liés à une atonie utérine ont compliqué le déroulement de l'intervention. Perte de sang estimée à 1200ml. Quoi d'autre voudriez-vous vérifier ou savoir ?
Participant :	Les observations cliniques de la femme depuis l'opération. Les médicaments donnés pendant la procédure.
Facilitateur :	La feuille de surveillance indique que la femme souffre d'une tachycardie persistante de plus de 100 bpm depuis l'opération. Tous les autres paramètres sont normaux. Vous êtes maintenant prêt à l'examiner – quelle est votre démarche ?
Participant :	Tout d'abord, vous vous présentez et demandez si elle a des inquiétudes.
Facilitateur :	Elle s'est sentie étourdie lorsqu'elle a essayé de se déplacer. D'autres questions ?
Participant :	Des évanouissements ? Autres – alimentation, contrôle de la douleur, défécation et miction, sensibilité au niveau des mollets.
Facilitateur :	Elle a eu un petit-déjeuner complet et elle semble bien le tolérer. La douleur est maîtrisée, elle émet des gaz mais ne va pas à la selle. Comment examineriez-vous cette femme ?
Participant :	Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d'un chaperon Évaluation de l'état général puis un examen complet. À l'examen général – rechercher détresse respiratoire/douleur, pâleur, ictère. Examen complet Système nerveux central (SNC), région ORL, poitrine (surtout si une anesthésie générale a eu lieu), Abdomen, plaie opératoire, fonds utérin, vérifier s'il y a un écoulement de lochies et une odeur particulière, et si les mollets sont sensibles. Examen de la sonde de Foley pour vérifier le bon débit urinaire
Facilitateur :	Elle est très pâle, les résultats de l'examen complet sont normaux. Que feriez-vous ensuite ?
Participant :	Un hémogramme complet pour un contrôle d'Hb, conseiller l'ablation de la sonde et l'encourager à marcher

Facilitateur :	L'hémogramme révèle un taux d'Hb à 8,5g/dl, sa température est de 37,7°C Quel est le diagnostic et comment allez-vous procéder ?
Participant :	Anémie S'assurer que la plaie est propre. Rechercher soigneusement les signes d'infection. S'assurer que la femme est sous antibiotiques, conformément au protocole national. Options de traitement – transfusion, fer par voie orale ou intraveineuse.
Facilitateur :	Discuter des indications pour la transfusion seulement si elle est symptomatique.

Points de discussion

1. Être conscient de l'examen de routine post-opératoire et de l'importance des soins post-opératoires immédiats.
2. Connaître les éventuelles complications postopératoires et la conduite à tenir.
3. Le rétablissement de la césarienne est souvent simple et sans incident. Cependant, dans certains cas, il est compliqué de problèmes survenant pendant l'opération elle-même ou survenant pendant la période post-partum.
4. Il est essentiel d'identifier rapidement ces problèmes afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle.
5. Les complications importantes comprennent : les infections, la thromboembolie veineuse, l'anémie, les saignements post-partum et les complications découlant d'une intervention chirurgicale comme la blessure d'un organe.

10.5 : Reconnaître une femme malade

Ressources

- | | |
|---------------|---------------------|
| ■ Tensiomètre | ■ Thermomètre |
| ■ Stéthoscope | ■ Oxymètre de pouls |

Points clés de la formation

Ce scénario couvre la reconnaissance et de la prise en charge initiale d'une femme malade après l'accouchement. L'un des facilitateurs joue le rôle de la femme. L'autre Facilitateur indique aux participants les antécédents de la femme, leur demande ensuite qu'ils répètent les détails et qu'ils s'occupent de la femme comme s'ils le feraient dans une situation réelle. Rappeler aux participants que des équipements sont à leur disposition, posés sur une table à proximité. Les actions attendues des participants et les résultats attendus par le Facilitateur sont énumérés ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement prévu, les guider progressivement tout au long du processus. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Conduire et interpréter des observations anormales en utilisant une fiche d'observation.
- Reconnaître une femme malade.
- Comprendre le diagnostic différentiel et les principes de prise en charge d'une femme malade après l'accouchement.

Sénario clinique

Une femme de 24 ans accouche de son premier nouveau-né à domicile, puis se rend au centre médical pour une rétention placentaire. Son placenta a été retiré hier et elle est prête à sortir de l'hôpital. Vous la consultez pour effectuer un contrôle postnatal.

Mesures à adopter

Facilitateur :	Quelles autres questions souhaiteriez-vous poser à cette femme ?
Participant :	<p>Se présenter en utilisant les principes de soins respectueux</p> <p>Rechercher les antécédents obstétricaux et médicaux complets.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lochies, couleur, quantité, augmentation ou diminution ? ■ Ressent-elle un malaise général ? ■ Depuis combien de temps ressent-elle ces symptômes ? ■ Présente-t-elle d'autres symptômes ? ■ Vérifiez les détails de l'accouchement ■ Bien-être maternel – fièvre, pertes vaginales malodorantes, douleurs abdominales ■ Vérifiez le diagnostic du VIH, du paludisme et de la tuberculose (TB). ■ Comment va son bébé ? ■ Quelle est la durée de ses différents symptômes ? ■ A-t-elle reçu un traitement médicamenteux ? ■ Vérifiez si elle a été contrôlée pour dépression/violence domestique.

Facilitateur :	Comment évaluer rapidement l'état de cette femme ?
Participant :	Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d'un chaperon Paramètres à mesurer/évaluer par un professionnel de la santé : <ul style="list-style-type: none"> ■ Fréquence respiratoire ■ Rythme cardiaque ■ Pression artérielle ■ Température ■ État de conscience ■ Saturation en oxygène <p>Les niveaux de saturation en oxygène ne doivent pas être pris en routine sauf indication contraire</p>
Facilitateur :	À l'examen, son pouls est à 110 bpm, sa fréquence respiratoire à 24, sa tension artérielle indique 100/60mmHg, et sa T° est de 37.4°C. Elle se sent fatiguée, mais à part cela elle va bien. Quel est le diagnostic probable et quelle est sa définition ?
Participant :	Anémie et hémorragie post-partum dues à la rétention placentaire.
Facilitateur :	Quel serait le diagnostic différentiel et comment l'évalueriez-vous ?
Participant :	Infection – endométrite, infection urinaire Physiologique Déshydratation
Facilitateur :	Quels sont les facteurs de risque de l'anémie ?
Participant :	Anémie préexistante avant la grossesse Ne prend aucun traitement préventif contre l'anémie Hémorragie post partum Paludisme
Facilitateur :	Quels examens effectueriez-vous ?
Participant :	Les signes vitaux doivent être pris pour rechercher des signes cliniques d'une anémie sévère. La NFS et la CRP doivent être faites pour exclure une infection ou une inflammation. Des bandelettes urinaires (multistix) offriront un résultat initial plus rapide s'il y a présence de nitrites et/ou de leucocytes Un examen cytot bactériologique des urines (ECBU) devra être fait pour rechercher une infection urinaire. Un prélèvement vaginal devra être effectué (pas nécessairement avec un spéculum). Si les résultats de l'examen clinique ou des examens complémentaires ne concordent pas : continuer à surveiller la femme et envisager de répéter les tests.

Facilitateur :	Le Facilitateur confirme qu'il n'y a aucun signe d'infection, son taux d'Hb déterminé par Hemocue est de 7,4g/dl.														
Facilitateur :	Comment prendriez-vous en charge cette femme ?														
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement médical de l'anémie par la prise de suppléments de fer. ■ Donner des conseils diététiques. ■ Envisager un traitement antibiotique pour la prévention d'une infection après l'extraction manuelle du placenta. 														
Facilitateur :	À quelle fréquence les observations cliniques doivent-ils être effectués ?														
Participant :	<p>Chaque femme doit avoir au moins deux séries d'observations par jour, y compris : la température, le pouls, la fréquence respiratoire, le système nerveux central, le taux de saturation en oxygène, la diurèse (y compris si le cathéter urinaire est présent).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">Fréquence des observations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Césarienne</td> <td style="padding: 5px;">Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les heures pendant 6 heures Toutes les 6 heures pendant 48 heures (appréciation de l'état clinique durant 24 heures pendant le sommeil) Quotidiennement jusqu'à la sortie de l'hôpital</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Autres procédures sous anesthésie</td> <td style="padding: 5px;">Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les heures pendant 6 heures Toutes les 4 heures pendant 24 heures</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hémorragie postpartum</td> <td style="padding: 5px;">Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les 4 heures pendant 24 heures</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pression diastolique à 90mmHg ou plus</td> <td style="padding: 5px;">Minimum toutes les 4 heures jusqu'à la sortie de l'hôpital ou jusqu'au début du travail</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Problèmes identifiés chez la femme durant la période prénatale (diabète, rupture des membranes, infection connue ou suspectée)</td> <td style="padding: 5px;">Toutes les 4 heures (sauf indication contraire) jusqu'à la sortie de l'hôpital</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Femmes en période postnatale, chez qui une infection est suspectée ou confirmée</td> <td style="padding: 5px;">Toutes les 4 heures pendant au moins 24 heures Une fois par jour jusqu'à la sortie de l'hôpital</td> </tr> </tbody> </table>	Fréquence des observations		Césarienne	Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les heures pendant 6 heures Toutes les 6 heures pendant 48 heures (appréciation de l'état clinique durant 24 heures pendant le sommeil) Quotidiennement jusqu'à la sortie de l'hôpital	Autres procédures sous anesthésie	Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les heures pendant 6 heures Toutes les 4 heures pendant 24 heures	Hémorragie postpartum	Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les 4 heures pendant 24 heures	Pression diastolique à 90mmHg ou plus	Minimum toutes les 4 heures jusqu'à la sortie de l'hôpital ou jusqu'au début du travail	Problèmes identifiés chez la femme durant la période prénatale (diabète, rupture des membranes, infection connue ou suspectée)	Toutes les 4 heures (sauf indication contraire) jusqu'à la sortie de l'hôpital	Femmes en période postnatale, chez qui une infection est suspectée ou confirmée	Toutes les 4 heures pendant au moins 24 heures Une fois par jour jusqu'à la sortie de l'hôpital
Fréquence des observations															
Césarienne	Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les heures pendant 6 heures Toutes les 6 heures pendant 48 heures (appréciation de l'état clinique durant 24 heures pendant le sommeil) Quotidiennement jusqu'à la sortie de l'hôpital														
Autres procédures sous anesthésie	Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les heures pendant 6 heures Toutes les 4 heures pendant 24 heures														
Hémorragie postpartum	Toutes les ½ heures pendant 4 heures Toutes les 4 heures pendant 24 heures														
Pression diastolique à 90mmHg ou plus	Minimum toutes les 4 heures jusqu'à la sortie de l'hôpital ou jusqu'au début du travail														
Problèmes identifiés chez la femme durant la période prénatale (diabète, rupture des membranes, infection connue ou suspectée)	Toutes les 4 heures (sauf indication contraire) jusqu'à la sortie de l'hôpital														
Femmes en période postnatale, chez qui une infection est suspectée ou confirmée	Toutes les 4 heures pendant au moins 24 heures Une fois par jour jusqu'à la sortie de l'hôpital														

Facilitateur :	Quels sont les résultats normaux d'une observation clinique?	
Participant :	Tension artérielle – systolique	100-150mmHg
	Tension artérielle – diastolique	50-80mmHg
	Fréquence respiratoire	12-20 cycles par minute
	Saturation en O ₂	96-100%
	Pouls	51-90 battements par minute
	Température	36.1-37.5°C
	Conscience	Alerte, orientation dans le temps et l'espace.
Facilitateur :	Quelle action prendriez-vous si l'une des observations cliniques donne des résultats anormaux ?	
Participant :	Augmentez la fréquence des observations et informez immédiatement le supérieur hiérarchique et demandez-lui d'examiner la femme.	

Points de discussion

1. Quelles complications postnatales surviennent le plus souvent là où vous exercez ?
2. Quels établissements sont disponibles là où vous exercez pour traiter une rétention placentaire ?
3. Quelles options de traitement sont disponibles ?

INFORMATIONS

La détection et le traitement précoce d'une anomalie donne de meilleurs résultats par rapport à une anomalie déjà avancée.

La portée de ce scénario est de s'assurer que tous les prestataires de soins impliqués dans les soins maternels sont capables de reconnaître des observations cliniques anormales, d'évaluer la femme et de la référer immédiatement vers le prestataire de soins approprié.

La fréquence respiratoire (FR) est la mesure du nombre de mouvements respiratoires de la femme pendant 60 secondes

Le pouls est mesuré manuellement ou électroniquement pendant 60 secondes

La pression artérielle (PA) doit être mesurée à l'aide d'un système de mesure automatique (si disponible). S'il y a des variations par rapport aux paramètres normaux, une vérification manuelle doit être faite.

La température (T) doit être prise par voie orale.

État de conscience : Évaluation de l'état de conscience de la femme : alerte, entend des voix, répond à la douleur, inconscient.

Le débit urinaire est calculé en ml par heure. La diurèse doit être mesurée et documentée toutes les 4 heures sauf avis médical.

La saturation en oxygène doit être mesurée à l'aide d'un oxymètre de pouls.

10.6 : Allaitement et examen des seins

Ressources

- Simulateur d'allaitement MamaBreast
- Modèle de sein avec une masse
- Poupon utilisé pour le positionnement lors de l'allaitement

Principaux résultats attendus

- Pratiquer l'examen des seins et les soins des seins
- Faire une démonstration des positions d'allaitement et identifier les domaines problématiques

Instructions

Faire une démonstration de l'examen, puis permettre aux participants de pratiquer sur les modèles disponibles, sous votre supervision.

Examen des seins

- Inspection : taille, symétrie, forme des seins et des mamelons
- Palper : plénitude, sein mou ou engorgé, fermeté, présence d'une boule
- Rougeurs, ecchymoses, plaies ouvertes, présence de mastite et de colostrum

Procédure	Instructions
Assise sur une chaise	<ul style="list-style-type: none"> ■ Posez le nouveau-né sur vos genoux, sa tête appuyée sur votre avant-bras, son nez tourné vers votre mamelon. ■ Veillez à ce que l'oreille, l'épaule et la hanche soient alignées ■ Sur vos genoux, avec votre main et votre poignet opposés soutenant le haut de son dos et sa nuque.
Sous le bras de la mère	<ul style="list-style-type: none"> ■ Placer des coussins pour appui ■ Le nouveau-né est sous votre bras ■ Vous pouvez le soutenir derrière ses épaules et sa nuque avec votre main droite quand il est près de votre sein droit ; et vice versa, ou le soutenir avec des coussins. ■ Placer le nez du nouveau-né à côté du mamelon de la mère permettra au bébé de se fixer au sein. ■ Cette position peut bien fonctionner pour les jumeaux car chaque bébé à son propre espace.
Position allongée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couchée sur le côté, posez votre tête sur un oreiller, votre bébé près de votre corps. Vous pouvez le guider vers votre sein et le soutenir avec votre main libre. ■ Un oreiller derrière vous soutiendra votre dos. ■ Si vous avez subi une césarienne ou que vous devez rester au lit, l'allaitement en position allongée peut être très apaisant et vous permettre plus de repos.

Quelle que soit la position, n’oubliez pas :

- Amenez le bébé au sein ou laissez le bébé se positionner plutôt que de vous pencher vers lui.
- Positionnez le bébé contre vous, vérifiez que ses oreilles, ses épaules et ses hanches sont alignées
- Utiliser des coussins et d’autres supports si nécessaires.

Évaluer la position l’allaitement

Allaitement correcte	Allaitement incorrecte
Le bébé est le plus près que possible, menton contre votre sein, la bouche grande ouverte, le nez n’étant pas pressé contre votre sein, avec de grands mouvements de la mâchoire.	Les joues enfoncées, les lèvres ont l’air de sucer une paille, écrasant le mamelon à la fin de la tétée
Bruits de la déglutition du lait.	Des bruits de claquements, des bruits de succion des lèvres
Le réflexe d’éjection – un picotement, une sensation de « tirage » dans vos seins	Une douleur pendant que votre bébé tète ou persistant après la tétée
Une douleur brève au début de la tétée dans les premiers jours ou les premières semaines. (Imaginer une scène apaisante, ou vous faire masser les épaules par quelqu’un peut aider dans ces situations.)	Si vous voyez, entendez ou ressentez quelque chose qui ne vous semble pas correct, vous pouvez doucement insérer votre petit doigt dans la bouche de votre nouveau-né pour rompre la succion et laisser le nouveau-né se détacher, puis le laisser recommencer.

Enseigner l’expression du lait : expliquer la technique avec précision, en utilisant un langage simple dans un ordre logique avec une approche non interventionniste.

1	Lavez-vous les mains avant de commencer
2	Utilisez un récipient propre stérilisé pour recueillir le lait maternel exprimé
3	Stimulez la sécrétion réflexe d’ocytocine et la libération de prolactine en encourageant la femme à être confortable et détendue, de favoriser le contact peau à peau avec son bébé, de masser délicatement les seins en utilisant des mouvements de pétrissage, circulaires ou par effleurement, en utilisant des linges chauds.
4	Tenir le sein à l’aide du pouce et de l’index en formant un C au niveau du mamelon
5	Maintenir les doigts en C et pousser le sein contre la paroi thoracique puis compresser le mamelon avec l’index et le pouce. Relâcher et répéter selon un rythme et simuler le comportement normal du bébé tétant au sein.
6	Éviter d’endommager la peau ou pincer les mamelons. Dans un premier temps, seules quelques gouttes peuvent apparaître, mais avec l’habitude le lait s’écoule librement

Points de discussion

1. Discussion de groupe sur les conseils relatifs à l'allaitement maternel et les défis de l'allaitement maternel exclusif.
2. Conseils à donner à une femme allaitante qui souhaite arrêter l'allaitement :
 - Lui suggérer de réduire la fréquence et la durée des tétées de façon à éviter que les seins ne s'engorgent. Elle peut stopper en deux ou trois jours.
 - Un soutien pratique et psychologique considérable sera nécessaire.
 - Encourager la femme à porter un soutien-gorge ferme.
 - Encourager la femme à prendre des antalgiques adéquats.
 - S'assurer que la femme a reçu les informations nécessaires après son accouchement et qu'elle sait vers où se diriger pour un soutien psychologique.
 - Ceci peut être médicalement indiqué en cas de décès néonatal.

10.7 : Conseils et pose d'un dispositif intra-utérin (DIU)

Ressources

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| ■ Modèle d'utérus postpartum Mama-U | ■ Draps stérile |
| ■ Dispositif intra-utérin (DIU) | ■ Gants stérile |
| ■ Spéculums | |

Points clés de la formation

Le Facilitateur peut d'abord expliquer les conseils spécifiques à donner avant la pose d'un DIU et montrer les étapes pour l'insertion du DIU. Assurez-vous que tous les participants pratique cette compétence.

Principaux résultats attendus

- Discuter des indications et démontrer les procédures d'insertion du dispositif intra-utérin postpartum.
- Démontrer l'interaction appropriée avec la femme pendant la procédure clinique
- Démontrer l'utilisation de techniques correctes de prévention des infections avant, pendant et après la pose d'un DIU postpartum

Instructions

Étapes de la pose après la délivrance

Attention :

- N'effectuez pas systématiquement un examen manuel de l'utérus avant la pose d'un DIU postpartum.
- Fournir une analgésie au besoin.
- N'utilisez pas d'antibiotiques prophylactiques pour la pose d'un DIU postpartum, car ils ne sont pas nécessaires.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">■ Avant l'accouchement, assurez-vous que la femme a donné son consentement éclairé■ Le DIU et tous les instruments nécessaires pour sa pose devraient être disponibles dans la salle d'accouchement, y compris un champs opératoire stérile.■ Reconfirmez le consentement après l'accouchement et assurez-vous qu'il n'existe aucune contre-indication■ Avant la procédure : lavez-vous soigneusement les mains avant de mettre des gants.■ Parlez à la femme tout au long de la procédure■ Suivez toutes les pratiques de prévention des infections – Utilisez uniquement des instruments, des gants et des draps qui ont été stérilisés.■ Utilisez une technique douce■ La région génitale doit être examinée, et si une épisiotomie a été effectuée ou s'il y a des lacérations vaginales ou si le col utérin présente des déchirures et des lacérations, celles-ci doivent être réparées après la pose du DIU.■ Nettoyez la zone de procédure et préparez un champ stérile■ Palpez l'utérus afin d'évaluer la hauteur utérine■ Nettoyez les organes génitaux externes et le vagin |
|---|

- Mettez une nouvelle paire de gants stériles
- Insérez le spéculum pour visualiser le col utérin
- Nettoyez la zone du col utérin et du vagin deux fois avec des solutions antiseptiques.
- Saisissez la lèvre antérieure du col utérin avec une pince de Pozzi
- Tenez le DIU avec une pince placentaire [pince à faux germes] à l'intérieur de son emballage
- Insérez cette pince avec le DIU à travers le col utérin dans la cavité utérine inférieure (évitiez de toucher le vagin)
- Placez la main sur la région sus-pubienne, les doigts vers le fond. Poussez doucement l'utérus vers le haut pour redresser la cavité utérine.
- Déplacez la pince placentaire avec le DIU vers le haut suivant le contour de la cavité utérine jusqu'à ce que le fond soit atteint.
- Ouvrez et inclinez légèrement la pince vers l'intérieur pour libérer le DIU au niveau du fond
- Gardez l'utérus stable, balayez lentement la pince le long de la paroi de l'utérus.
- Gardez l'utérus stable, retirez la pince lentement en la gardant légèrement ouverte.
- Assurez-vous que les fils du DIU ne sont pas visibles à l'orifice du col utérin.
- Après la procédure : pendant que vous portez toujours des gants, éliminez les déchets contaminés
- Suivez les étapes de prévention des infections pour traiter les instruments
- Laissez la femme se reposer et compléter les soins postpartum
- Remplissez les documents et donner les instructions à suivre après la pose et les instructions pour le suivi.

Points de discussion

1. Discuter des complications de la procédure
2. Discuter des instructions à donner à la femme après la procédure
 - La pose d'un DIU postpartum est une option contraceptive sûre et efficace qui est très pratique pour les femmes qui demandent une protection non hormonale immédiatement après l'accouchement.
 - La pose d'un DIU postpartum (DIUPP), ou la pose d'un DIU dans les 48 heures suivant l'accouchement peut aider à répondre aux besoins non satisfaits de planification familiale dans la période postpartum.
 - La pose d'un DIU après la délivrance peut s'effectuer dans la salle d'accouchement immédiatement après l'accouchement ou au bloc opératoire pendant une césarienne ; les poses dans la période immédiatement après l'accouchement peuvent avoir lieu dans une salle d'insertion des DIU postpartum.

10.8 : Prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme

Ressources	
■ Oxymètre de pouls	■ Thermomètre
■ Tensiomètre	■ Seringues et flacons d'échantillons sanguin
■ Table d'examen	■ Matériel pour le diagnostic du paludisme/ VIH/tuberculose
■ Stéthoscope	

Points clés de la formation

Les troubles médicaux qui existaient avant ou se sont produits pendant la grossesse doivent être identifiés et la femme mise en liaison avec les services de suivi postnatal adaptés afin de s'assurer d'une prise en charge optimale. Certains troubles médicaux exigent une révision des traitements médicamenteux après l'accouchement pour s'assurer qu'ils sont sans danger pendant l'allaitement .

L'un des facilitateurs devra jouer le rôle de la femme. L'autre Facilitateur devrait donner aux participants les antécédents puis demander à l'un d'entre eux de jouer le rôle du professionnel de santé et de procéder à une évaluation post-natale complète de la femme. Les actions attendues du participant et l'issue de la visite sont exposées ci-dessous. Si les participants n'arrivent pas à réaliser un examen complet de la femme selon les lignes directrices définies ci-dessous, le Facilitateur les guidera progressivement à travers le processus.

Principaux résultats attendus

- Comprendre les manifestations cliniques, le diagnostic et les complications vécues par les femmes enceintes atteintes de paludisme, du VIH et de la tuberculose
- Comprendre le processus de diagnostic et de prise en charge

Scénario clinique

Une femme âgée de 24 ans, qui a eu un bébé il y a 6 semaines se présente à l'établissement de santé et indique qu'elle ne se sent pas bien et qu'elle est fatiguée. Elle a été suivie en CPN durant sa grossesse et a accouché de son bébé dans un établissement de santé. Elle présente un mal de tête, de la fièvre et des frissons. Elle a récemment voyagé dans le pays pour les funérailles de son conjoint décédé de la tuberculose et du VIH. Elle a séjourné dans la maison de sa belle-mère qui se situe près d'un lac et n'avait pas de moustiquaire.

Actions attendues

Facilitateur :	Quels sont les principaux problèmes de l'histoire ?
Participant :	Primiparité, deuil, les problèmes médicaux possibles liés au VIH, au paludisme, à la tuberculose, à l'anémie

Facilitateur :	Que feriez-vous ensuite ?
Participant :	Se présenter Présenter vos condoléances, offrir de l’emmener dans une salle d’examen clinique pour un examen plus approfondi
Facilitateur :	Voudriez-vous de plus amples informations ?
Participant :	Oui, conduire un examen post-natal complet : <ul style="list-style-type: none"> ■ Durée des symptômes ■ Symptômes associés : vomissements, diarrhée, raideur de la nuque, symptômes d’infection des voies urinaires ■ Perte de poids ou sueurs nocturnes ? ■ Séroposivité au VIH, si elle est positive, suit-elle un traitement ? ■ Type de la tuberculose du mari – si pulmonaire, examinez les questions relatives au contact et à l’exposition ■ Tous les autres médicaments pris jusqu’à présent
Facilitateur :	Elle ne présente aucun autre symptôme. Elle est porteuse du VIH, elle suit un traitement antirétroviral et sa dernière charge virale était indétectable. Elle suit correctement son traitement et assiste à ses visites à la clinique. Son mari avait une tuberculose pulmonaire. Elle a perdu du poids et a eu des sueurs nocturnes qu’elle attribue aux fortes chaleurs et à la grossesse. Elle a pris du paracétamol lui apportant un soulagement partiel. Que feriez-vous ensuite ?
Participant :	Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d’un chaperon Examen général et examen systémique Détecer toute pâleur, ictère, adénopathie et évaluer les signes vitaux – PA, T, FC, FR Puis pratiquer un examen clinique systématique complet. Poids et calcul de l’IMC
Facilitateur :	Elle est pâle, sans ictère, et elle a des ganglions dans le cou. Ses signes vitaux – T° 38,2, FR 22, PA 98/65mmhg, FC 92 Aucun résultat significatif à l’examen Que faire ensuite ?
Participant :	Des analyses – lesquels? NFS (ou Hb si NFS n’est pas possible), Test diagnostique rapide du paludisme, examen de la goutte épaisse, ECBU, charge virale du VIH et taux de CD4, test de la syphilis, glycémie, groupage sanguin et à conserver l’échantillon de sang. Test GeneXpert de la tuberculose, test de la fonction hépatique

Facilitateur :	NFS montre que le taux d'Hb est à 9g/dl et le test de diagnostic rapide du paludisme est positif. Le test GeneXpert de la tuberculose est positif. Comment prendriez-vous en charge cette femme ?
Participant :	La garder ou la transférer vers un hôpital de référence Commencer un traitement à base de fer, un traitement antipaludéen conformément au protocole local Traitement de la tuberculose et demander une radiographie thoracique
Facilitateur :	Quelle approche thérapeutique mettrais-tu en place pour un bébé de mère atteinte de tuberculose, de VIH et de paludisme ?
Participant :	Explorez les options d'alimentation, la prophylaxie pour le VIH et la tuberculose. Dormir sous une moustiquaire, stratégies de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson (modalités et période)

Points de discussion

1. Comment la tuberculose affecte-t-elle la mère et le bébé ?
2. Comment le VIH affecte-t-il la mère et le bébé ? Existe-t-il des moyens pour prévenir les effets listés ci-dessus ? Quelles sont les implications sur l'allaitement maternel et le mode d'accouchement.
3. Discuter des stratégies de la PTME.

10.9 : Santé mentale de la période postnatale

Ressources

■ Stylos

■ Tableaux à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Les femmes ayant des problèmes de santé mentale ont besoin d'une approche bien coordonnée pour les soins, idéalement avec des professionnels de santé et des spécialistes travaillant ensemble dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire pour offrir des soins rapides, holistiques, centrés sur la femme et sa famille.

Les professionnels de la santé occupent une position charnière car ce sont eux qui ont un contact direct avec la femme pendant et après la grossesse. Cela facilitera la reconnaissance précoce des signes et des symptômes d'une maladie mentale en développement, et permettra une référence immédiate vers des spécialistes adéquats. Afin de bien répondre aux différents besoins de la femme et de sa famille, il est essentiel que les professionnels de la santé communiquent bien entre eux.

Points clés de l'apprentissage

- Comprendre l'approche holistique de la santé : aspects physiques, mentaux et sociaux.
- Comprendre les principes de l'évaluation médicale, du diagnostic et de la prise en charge des problèmes psycho-sociaux qui surviennent après l'accouchement.
- Savoir quand et comment faire appel à un spécialiste pour la prise en charge des problèmes psychosociaux.

Scénario clinique

Une mère de 23 ans a récemment accouché à son domicile (il y a une semaine), elle arrive à son rendez-vous postnatal et vous vous rendez compte qu'elle n'a pas été vu par un professionnel de santé depuis sa première consultation prénatale. Elle vous semble maigre et renfermée et ne vous regarde pas dans les yeux. Vous lui avez demandé comment était la grossesse et l'accouchement et elle vous a dit qu'elle souffrait d'anxiété tout au long de la grossesse et qu'elle avait honte de demander de l'aide, raison pour laquelle elle n'a pas accouché à l'hôpital. Elle ne dort pas et ne se sent pas bien.

Mesures à adopter

Facilitateur :	<p>Que se passe-t-il, selon vous ?</p> <p>Comment la santé mentale est-elle systématiquement évaluée dans votre environnement ?</p> <p>Comment le prestataire de soins peut-il dépister les problèmes de santé mentale ?</p>
-----------------------	--

<p>Participant :</p>	<p>Présentez-vous en utilisant les principes des soins de maternité respectueux</p> <p>Obtenir ses antécédents obstétricaux et médicaux.</p> <p>Demander à la femme si elle a été diagnostiquée avec un problème de santé mentale ou d'abus de substances.</p> <p>Questions potentielles pour le dépistage</p> <p>Test de WHOOLEY (annexe 4)</p> <p>Lors du premier contact avec la femme à sa première consultation prénatale et après l'accouchement, les professionnels de la santé peuvent poser deux questions pour détecter une éventuelle dépression :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durant le mois dernier, avez-vous été perturbé par un découragement, une déprime, une perte d'espoir ? 2. Durant le mois dernier, avez-vous souvent été perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ? <p>Une troisième question devrait être envisagée si la femme répond « oui » à ces deux questions initiales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Est-ce que vous pensez que vous avez besoin d'aide?
<p>Facilitateur :</p>	<p>Comment une femme peut-elle subir un dépistage pour maladie mentale ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>Il est primordial de demander à toutes les femmes lors de la première visite prénatale, si elles ont ou ont eu dans le passé des problèmes de santé mentale importants, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schizophrénie ■ Troubles bipolaires (maniaco-dépression) ■ Psychose puerpérale ■ Dépression postnatale grave nécessitant une hospitalisation ■ Admission psychiatrique (volontairement, ou de force en vertu de la Loi sur la santé mentale) ■ Suivi par une équipe communautaire de santé mentale (psychiatre) ■ Automutilation (tentative de suicide) avec l'intention de se suicider récemment ou lors d'une grossesse précédente ■ Syndrome de stress post traumatique ■ Antécédents familiaux de problèmes mentaux graves après l'accouchement

Facilitateur :	Quels autres aspects peuvent être discutés avec la femme si la maladie mentale a été identifiée ou est préexistante ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rôle et soutien du partenaire/des membres de sa famille ■ Soins aux autres enfants ■ L’environnement de la prise en charge sociale ■ Croyance de la femme – religion/culture ■ Rechercher des antécédents de soutien et de traitement auprès de spécialiste en santé mentale (si disponible) ■ Y a-t-il des antécédents de violence conjugale ?
Facilitateur :	Si vous identifiez une femme atteinte d'une maladie mentale, que feriez-vous?
Participant :	<p>Si le professionnel de la santé ou la femme sont particulièrement préoccupés, la femme peut être normalement être référée un spécialiste pour une prise en charge, soit directement ou par l'intermédiaire d'un obstétricien, en fonction de la voie de référence.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Effectuer un suivi avec de plus ample informations et fournir un soutien/traitement approprié ■ Expliquer le risque de 30 à 50% d'un problème de santé mentale postnatale important. ■ Consigner toutes ces informations dans les notes et informé la femme des facteurs de risque ■ Discuter de la fréquence de suivi postnatal et assurez-vous qu'elle soit en contact avec une équipe de spécialistes. ■ Essayer de vous rassurer qu'elle soit vue par le même prestataire de soins lorsqu'elle se présente aux soins postnataux.
Facilitateur :	Quel plan spécifique serait fait pour l'accouchement d'une femme atteinte d'une maladie mentale ?
Participant :	<p>Élaborer un plan de soins intégré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Développé en collaboration avec la femme et son partenaire, sa famille, les soignants et les professionnels de la santé concernés ■ Inclure un contact accru avec des spécialistes en santé mentale (■ Le plan peut être consigné dans tous les dossiers de santé de la femme (dossier personnel et note de sa grossesse, ses notes de soins primaires et de santé mentale) et communiqué à la femme et à tous les prestataires de soins concernés.

Facilitateur :	Quelles dispositions devraient être prises pour le suivi postnatal ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'il existe un risque -identifié par le personnel soignant – que la femme se fasse du mal ou blesse son nouveau-né et que sa santé mentale se détériore, elle ne doit pas rester seule. ■ L'admission à l'hôpital est déterminée par l'évaluation des risques postnataux ■ Tenez compte de la durée du séjour hospitalier : si aucune inquiétude apparaît, la femme peut rentrer chez elle ; Les femmes qui risquent davantage d'être exacerbées par des problèmes de santé mentale peuvent rester dans le service jusqu'à cinq jours après l'accouchement. ■ Un Médecin spécialiste doit rendre visite à la femme en hospitalisation (si disponible). ■ La femme doit suivre son traitement, qui doit être géré selon le plan de soins psychiatriques ■ Toutes les femmes à risque doivent être surveillées pour l'exacerbation des problèmes de santé mentale. ■ Avant la sortie, toutes les femmes qui ont souffert d'une maladie ou d'un état de santé mentale important après l'accouchement ou à tout autre moment doivent être informées de la possibilité d'une récurrence de cette maladie au cours des accouchements ultérieurs.
Facilitateur :	Comment le prestataire de soins peut-il aider une femme atteinte d'une maladie mentale après l'accouchement?
Participant :	<p>Idéalement, les femmes ayant un problème de santé mentale existant et connu peuvent bénéficier d'un counseling avant la conception pour discuter :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De la manière dont les problèmes de santé mentale peuvent affecter les responsabilités parentales 2. Des médicaments à prendre pendant la grossesse et l'allaitement 3. D'une référence vers l'équipe de santé mentale périnatale si la femme suit un traitement anti maniaque ou est sous psychotropes ou antiépileptiques. 4. De l'utilisation d'une contraception et de ses intentions futures pour ce qui est de la maternité

Points de discussion

1. Comment la maladie mentale est-elle perçue dans votre milieu au niveau de la famille, de l'établissement de santé et de la communauté?
2. Quels soins spécifiques sont disponibles pour les femmes qui rapportent un problème de santé mentale?

10.10 : Suivi et compte-rendu après un événement indésirable grave

Liste de matériel	
■ Script pour le jeu de rôle	■ Stylos
■ Tableaux à feuilles mobiles	

Points essentiels à retenir

Cette section porte sur les services de prise en charge des femmes ayant subi un incident indésirable grave (IIG). Elle fournit aux aides-soignants les informations nécessaires pour dispenser des soins d'une manière respectueuse et soucieuse du bien-être des femmes. Pour ce scénario, un Facilitateur joue le rôle de la femme enceinte bénéficiant des soins et un participant jouant celui du professionnel de la santé (infirmière/sage-femme) note l'historique de sa période prénatale. Imaginez la situation dans le pôle de services postnatals, avec de nombreux parents présents aux côtés de la femme. Les autres membres du groupe observent la situation mais sont également invités à faire des commentaires.

Objectifs de la formation

- Comprendre ce qu'est un incident indésirable grave, et combien ces situations sont fréquentes
- Reconnaître l'impact qu'un incident néfaste peut avoir sur une mère, sa famille et son entourage
- Connaître les principes à suivre pour assister, renseigner et informer une femme ayant subi un incident indésirable pendant ou après sa grossesse et son accouchement.
- Évaluer la valeur du rôle de soutien d'un professionnel de la santé
- La santé et le bien-être ne sont pas des composantes uniquement physiques

Scénario clinique

Une femme primigeste de 24 ans est enceinte de 39 semaines et une dystocie lui est décelée dans votre établissement de santé. Malheureusement, quand la sage-femme écoute le cœur du fœtus, elle n'entend aucun battement du cœur. Cela est confirmé par une échographie. La femme accouche ensuite d'un enfant mort-né, par voie vaginale. Malheureusement, c'est un gros bébé, l'accouchement est compliqué avec dystocie des épaules et la femme subit une déchirure de degré 3, suivie d'une HPP de 1,5 litre. La femme est prête à quitter l'hôpital.

Mesures à adopter

Facilitateur :	Comment aborderiez-vous cette femme ?
Participant :	<p>Avec des soins respectueux, de la sympathie, de l'empathie et de la communication</p> <p>En lui prodiguant des soins avec douceur</p> <p>En étant préparé – en ayant lu les dossiers médicaux ou parlé au personnel qui était présent à l'accouchement</p> <p>En lui laissant le temps de parler et de formuler des questions</p> <p>En prenant en considération l'état émotionnel de la femme et de son partenaire</p>

Facilitateur :	Que voudriez-vous dire à cette femme ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser une séance d'information concernant le diagnostic de ce cas de mortinatalité et des complications durant l'accouchement ■ Présenter vos condoléances ■ Dire quelque chose d'aussi simple que « Je suis vraiment désolé de ce qui vous est arrivé » ■ Offrir une explication en des termes simples sur ce qui s'est passé et pourquoi c'est arrivé. ■ Voir avec la femme si elle souhaite garder des photos, nommer l'enfant, avoir son certificat de décès, ou faire procéder à une autopsie. ■ Discuter des services funéraires et de ce qu'elle souhaite faire avec le corps.
Facilitateur :	Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez vérifier auprès de la femme ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Administrer un traitement antidouleur ■ S'assurer que son taux d'Hb est stable ■ Fournir un traitement à base de fer et d'antibiotiques, ainsi que des laxatifs ■ Discuter des services de soutien qui pourraient répondre à ses besoins
Facilitateur :	Quels autres types d'incidents survenant pendant ou après une grossesse justifieraient qu'au niveau administratif une séance d'information spécifique avec la mère et son compagnon soit effectuée, ainsi qu'un examen au sein de l'établissement de santé ?
Participant :	Évoquez certains des sujets figurant dans le tableau ci-dessus.

Incident de maternité	Incident fœtal ou néonatal	Incidents d'organisation
Mortalité maternelle Dystocie de l'épaule Perte de sang > 1 500ml Retour à la salle d'opération Crise convulsive de la femme enceinte : éclampsie Hystérectomie/laparotomie Complications anesthésiques Admission aux soins intensifs Thromboembolie veineuse Embolie pulmonaire Déchirures au troisième/quatrième degré Échec de l'utilisation de forceps ou de la ventouse Rupture utérine Réadmission de la femme	Mort-né > 500g Décès néonatal Score d'Apgar faible < 7 à 5 minutes Traumatisme obstétrical Incision fœtale durant la césarienne Scores d'Apgar faibles Besoin de réanimation néonatale Crise convulsive néonatale Bébé à terme admis en unité néonatale Anomalie fœtale non diagnostiquée	Indisponibilité du dossier de santé Retard des réponses aux appels d'aide Manque d'orientation Équipement défectueux Conflit au sujet de la gestion des cas Erreur de médication

Points de discussion

1. Les différences culturelles peuvent avoir une influence sur la manière de réagir d'une femme suite à un événement grave et perturbateur.
2. Chaque cas est différent et chaque réaction est subjective et individuelle
3. Les questions de santé incluent les aspects physiques, psychologiques et sociaux.
4. La communication et un sentiment d'empathie sont essentiels

INFORMATIONS

Un incident indésirable grave est un incident ou une circonstance qui conduit ou qui aurait pu conduire à de graves préjudices, pertes ou dommages – involontaires ou imprévus – chez les femmes enceintes et/ou leur nouveau-né.

Chapitre 11 : Soins postnatals : visites suivantes

11.1 : Évaluation des risques et planification

Ressources	
■ Tensiomètre	■ Pèse-bébé
■ Matériel pour le prélèvement de sang et bulletin d'analyse	■ Tube pour prélèvement d'urine
■ Registre CPoN	■ Bandelettes d'analyse d'urine
■ Thermomètre et stéthoscope	■ Bandelettes urinaires
	■ Papier et stylos

Points clés de la formation

La période postnatale est une période où les femmes peuvent faire face à des risques physiques mais aussi à d'éventuelles douleurs après l'accouchement et à la vulnérabilité émotionnelle. Lors de l'évaluation des risques de la mère et du nouveau-né, les professionnels de la santé peuvent rechercher des problèmes physiques et physiologiques potentiels. Une identification précoce permettra une prise en charge rapide.

L'un des facilitateurs joue le rôle de la femme. L'autre Facilitateur indique aux participants les antécédents de la femme, puis demande à l'un d'entre eux de jouer le rôle du professionnel de santé et de procéder à une évaluation post-natale complète de la femme. Les actions attendues du participant sont exposées ci-dessous. Si les participants n'arrivent pas à réaliser un examen complet de la femme selon les lignes directrices définies ci-dessous, le Facilitateur les guidera progressivement à travers le processus.

Principaux résultats attendus

- Comprendre les fondements et les principes des Soins postnatals (SPN) de routine de la mère et les soins essentiels du nouveau-né.
- Effectuer une évaluation des risques chez la mère et le nouveau-né pour détecter les complications immédiatement après l'accouchement.
- Effectuer une évaluation des risques postnatals de la mère et du nouveau-né
- Reconnaître les complications postnatals chez la mère et le nouveau-né
- Fournir des informations/de l'éducation/des conseils pertinents aux femmes qui suivent des soins postnatals
- Planifier les intervalles appropriés entre chaque CPoN et fournir les coordonnées du professionnel de santé à contacter en cas d'urgence.

Scénario clinique

Une femme arrive à la clinique postnatale 48 heures après un accouchement à domicile de son premier bébé. Son accoucheuse traditionnelle lui dit que son travail était normal et qu'elle n'avait pas besoin d'aller à l'hôpital pour accoucher. Lorsque le nouveau-né a été délivré, la mère a souffert d'une déchirure assez importante. La déchirure a été suturée par l'accoucheuse traditionnelle à l'aide de matériaux locaux, dans un environnement non-stérile. La mère a de la fièvre et essaie d'allaiter, mais ses seins sont engorgés. Le nouveau-né a l'air d'être en bonne santé, mais il a faim.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions poseriez-vous à la mère ?
Participant :	<p>Introductions utilisant des principes de soins de maternité respectueux Saluez la mère et présentez-vous et lui donnez des informations sur la visite postnatale par rapport à elle et son nouveau-né. Demande comment elle se sent ? a-t-elle mal, est-elle pâle, saigne-t-elle ? Depuis combien de temps a-t-elle la fièvre ? a-t-elle d'autres plaintes ? Préparer la mère pour l'examen (ne pas perturber l'allaitement maternel).</p>
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous durant l'examen ?
Participant :	<p>Assurer la confidentialité, le consentement et la présence d'un chaperon Se laver les mains et procéder à un examen physique complet : Vérifier si la mère est pâle, Vérifier les signes vitaux : sa température, sa tension artérielle, son pouls, sa fréquence respiratoire</p> <p>Examen complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Examen des seins ■ Évaluation de l'efficacité de l'allaitement ■ Examen de l'abdomen – évaluer l'involution utérine, ■ Examen génital ■ Saignements post-partum normaux et lochies (vérifiez la couleur et l'odeur) ■ Examiner les jambes ■ Évaluer la fonction de la vessie et des intestins ■ Facteurs émotionnels ■ Noter tous les soins prénatals prodigués, y compris leurs résultats, dans le carnet de grossesse <p>Nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Examen clinique ■ Peser le nouveau-né ■ Vérifier la présence ou l'absence de signes de danger (y compris d'un ictère) ■ Évaluer l'allaitement
Facilitateur :	<p>Lors de l'inspection de l'abdomen de la mère, vous remarquez qu'il est distendu <i>au-dessus du</i> nombril. À la palpation de l'abdomen, vous découvrez que le fond de l'utérus est situé 2 doigts au-dessus de l'ombilic. Le fond est ferme et tendu, il y a un saignement excessif de couleur rouge foncé avec quelques caillots. Quelles analyses effectueriez-vous ?</p>
Participant :	Vérifier le taux d'Hb et effectuer un TDR du paludisme

Facilitateur :	Quelles sont vos inquiétudes et comment allez-vous traiter cette mère ? (Paludisme négatif, Hb : 8g/dl)
Participant :	<p>Attendez-vous à ce qu'ils vous disent des préoccupations (périnée infectée, produits résiduels intra-utérins, mastite, sepsis)</p> <p>Demandez à la femme si elle sait si le placenta était complet ou non.</p> <p>Prescrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une antibiothérapie (selon le protocole local) ■ Des suppléments de fer ■ Des anti-douleurs et des antipyrétiques (à prendre à intervalles réguliers) ■ Appliquer une compresse chaude pour l'engorgement du sein <p>L'orienter vers un établissement qui sera en mesure de la prendre en charge pour une suspicion de rétention placentaire.</p> <p>Apprendre à la mère comment exprimer manuellement son lait (et le donner à l'aide d'une tasse ou d'une cuillère). Les symptômes d'engorgement/mastite devraient disparaître en 2 ou 3 jours, lui conseiller de revenir plus tôt s'il n'y a aucun changement.</p> <p>Autres :</p> <p>Confirmer l'utilisation d'un moyen de contraception ou aider la mère à choisir celui qu'elle préférerait utiliser, puis l'aider à commencer à l'utiliser.</p> <p>Si elle est séropositive, lui donner des antirétroviraux (ARV)</p> <p>Nouveau-né</p> <p>Donner de la pommade ophtalmique à base tétracycline, de la vitamine K</p> <p>Rattraper le retard sur les vaccins qui n'ont pas été faits à la naissance</p>
Facilitateur :	Comment allez-vous conseiller et suivre cette femme et son nouveau-né ?
Participant :	<p>Aider la femme à planifier la référence et les soins de l'enfant</p> <p>Lui conseiller de bien se souvenir des signes de danger à détecter pour sa santé et celle de son nouveau-né</p>

Points de discussion

1. Discutez des signes de danger et de la planification d'urgence dans votre établissement.
2. Comment peut-on prodiguer des soins aux femmes qui ne peuvent pas accéder à un établissement de santé dans leur période postnatale, existe-t-il des soins postnatals au niveau communautaire ?
3. Vérifier la fréquence et les intervalles des visites postnatales, le calendrier correspond-t-il à celui pratiqué là où vous exercez ?

Au moins 3 autres visites postnatales additionnelles :

- Jour 3 (48 h à 72 h)
- Entre les jours 7 à 14
- 6 semaines après la naissance

11.2 : Évaluation clinique de la femme

Ressources	
■ Tensiomètre	■ Pèse-bébé
■ Matériel pour le prélèvement de sang et bulletin d'analyse	■ Tube pour prélèvement d'urine
■ Registre CPoN	■ Bandelettes urinaires
■ Thermomètre et stéthoscope	■ Papier et stylos

Points clés de la formation

L'un des animateurs devra jouer le rôle de la femme. L'autre animateur devra donner aux participants les antécédents puis demander à l'un d'entre eux de jouer le rôle du professionnel de santé et de procéder à une évaluation post-natale complète de la femme. Les actions attendues du participant sont exposées ci-dessous. Si les participants n'entreprennent pas une évaluation complète de la femme, comme nous l'expliquons, l'animateur devrait les guider progressivement à suivre le processus.

Principaux résultats attendus

- Réaliser une évaluation complète postnatale d'une femme et de son nouveau-né
- Donner des informations/instructions/conseils pertinents aux femmes suivies en soins postnatals
- Planifier le chronogramme des visites postnatales et fournir les coordonnées d'un professionnel de santé à contacter en cas de besoin.

Scénario clinique

La femme est arrivée à la clinique postnatale une semaine après l'accouchement de son 5ème enfant. Elle a accouché de son nouveau-né dans le centre de santé local avec l'aide d'une sage-femme. On lui a dit qu'elle avait saigné abondamment après l'accouchement et qu'elle devrait revenir après une semaine pour vérifier son taux de fer. Elle se sent fatiguée et elle s'occupe du nouveau-né et des autres enfants. Elle se plaint d'uriner fréquemment. Son allaitement son nouveau-né.

Le nouveau-né a reçu un examen clinique après l'accouchement.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions aimeriez-vous poser à la femme ?
Participant :	Se présenter à la femme en utilisant les principes des soins de maternité respectueux. Saluez la femme et présentez-vous et donnez-lui des informations sur le suivi postnatal pour elle et son nouveau-né Demandez-lui comment elle se sent ? a-t-elle mal, est-elle pâle, saigne-t-elle ? Combien de temps a-t-elle eu la fièvre, a-t-elle d'autres plaintes ? Préparer la femme pour l'examen (ne pas perturber l'allaitement maternel).

Facilitateur :	Que recherchiez-vous pendant l'examen ?
Participant :	<p>Assurer la confidentialité et demander le consentement Se laver les mains et procéder à un examen physique complet : Rechercher une pâleur chez cette femme, Vérifier les signes vitaux : sa température, sa tension artérielle, son pouls, sa fréquence respiratoire</p> <p>Examen complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Examen des seins ■ Évaluation de l'efficacité de l'allaitement ■ Examen de l'abdomen – évaluer l'involution utérine ■ Saignements postpartum normaux et lochies (vérifier la couleur et leur odeur) ■ Examiner les jambes ■ Facteurs émotionnels ■ Documenter tous les soins postnatals prodigués, y compris leurs résultats, dans le registre de soins postnatals et dans le livret mère-enfant. <p>Nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Peser le nouveau-né (vérification de la perte de poids) ■ Vérifier la présence ou l'absence de signes de danger (y compris d'ictère)
Facilitateur :	<p>Lors de l'inspection de l'abdomen de la mère, l'utérus peut seulement être vu au niveau de la symphyse. Toutes les observations sont normales. Quelles analyses effectueriez-vous ?</p>
Participant :	Vérifier le taux d'Hb et effectuer un TDR du paludisme, une analyse d'urine
Facilitateur :	<p>HB 9g/dl, paludisme négatif. Infection urinaire confirmée. Une carence en fer postpartum est courante, et l'anémie causée par une carence en fer a été liée avec quelles conséquences ?</p>
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Risque accru de dépression postnatale ■ Augmentation de la prévalence des infections urinaires ■ Fatigue et épuisement ■ Syndrome d'insuffisance de lait ■ Réduction de la qualité du lait maternel

Facilitateur :	Comment allez-vous traiter cette mère et son nouveau-né ?
Participant :	<p>Mère traitement des plaintes Dépister la dépression postnatale en utilisant les questions de Whooley Traiter l'anémie en suivant les protocoles locaux Traiter l'infection urinaire Confirmer les progrès de l'allaitement maternel</p> <p>Nouveau-né Confirmer le niveau de bien-être et adresser les plaintes Examiner l'allaitement Confirmer que les vaccinations sont à jour</p>
Facilitateur :	Quelle formation santé/conseils donneriez-vous ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hygiène personnelle et lavage des mains ■ Attachement parental et émotionnel ■ Santé mentale maternelle ■ Soins de la poitrine ■ Exercices ■ Soins du périnée ■ Conseils et dépistage/redépistage du VIH ■ Conseils en matière de planification familiale PF[^]) (planification saine/espacement des grossesses) ■ Pratiques néfastes à éviter ■ Nutrition maternelle ■ Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (MIILD) pour prévenir le paludisme ■ Date de retour pour la prochaine visite postnatale

Points de discussion

1. Lors de chaque évaluation postnatale, les femmes devraient être interrogées sur leur bien-être émotionnel, y compris leur humeur et leur comportement.
2. La dépression postnatale peut se manifester par de nombreux symptômes différents, qui comprennent l'insomnie, la perte de poids, le manque d'intérêt pour son apparence, l'incapacité à sortir du lit et des sentiments d'inutilité ou de culpabilité.
3. Lorsqu'on entreprend une évaluation des risques, elle doit inclure les antécédents de troubles psychiatriques et l'état mental actuel.

Chapitre 12 : Soins postnatals du nouveau-né

12.1 : Examen du nouveau-né

Ressources

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| ■ Gants non stériles | ■ Thermomètre nourrisson |
| ■ Stéthoscope pédiatrique | ■ Pèse-bébés (par intervalles de 10g) |
| ■ Mannequin de Bébé Natalie | ■ Mètre ruban |

Points clés de la formation

Cette section de compétence met l'accent sur l'examen systématique du nouveau-né dans la période postnatale immédiate afin de s'assurer que le bébé ne présente pas d'anomalies nécessitant une intervention immédiate ou qui auront des effets à long terme sur le bébé.

Les participants doivent s'exercer et pratiquer l'examen systématique complet du nouveau-né par paires. Veillez à ce que tous les participants pratiquent l'examen du nouveau-né. L'examen du nouveau-né doit être effectué de manière systématique afin d'éviter de passer à côté de problèmes graves chez le nouveau-né.

Principaux résultats attendus

- Permettre aux participants de suivre une approche structurée dans l'examen d'un nouveau-né après l'accouchement et avant la sortie de la formation sanitaire.
- Apprendre à reconnaître tout signe de maladie graves nécessitant une intervention immédiate ou toutes anomalies congénitales.

Avant d'effectuer l'examen :

1. Identification du bébé
2. Bonne connaissance de la situation – la mère est-elle vivante, très malade ou a-t-elle été référée ?
3. Expliquez à la mère et/ou au père et/ou au tuteur ce que vous allez faire.
4. Demandez à la mère et/ou au père et/ou au tuteur :
 - Avez-vous des préoccupations ?
 - Comment le bébé se nourrit-il ?
 - Le bébé a-t-il passé du méconium ou de l'urine ?

Examen du nouveau-né

Discuter des exigences d'un bon environnement d'examen : pièce chaude (25°C au moins et sans courant d'air) et bien éclairée. La mère ou une autre personne s'occupant du bébé doit être présente. Il est important de maintenir une bonne communication avec la mère/l'accompagnant avant, pendant et après l'examen. Les résultats doivent être discutés avec eux.

Examen clinique complet de la tête aux pieds

Examen	Résultats normaux
■ Vérifier la posture et les mouvements spontanés	■ Posture : 4 membres fléchis avec mouvements spontanés
■ Appréciation la chaleur -prendre la température	■ Température entre 36,5°C et 37,5°C
■ Recherchez toute ecchymose significative particulièrement sur la partie de la présentation (implications dans le développement de l'ictère significatif exigeant le traitement ou la possibilité d'événement intra-partum défavorable)	■ Peu ou pas d'ecchymoses
■ Les fontanelles	■ On doit aisément les sentir au-dessus du front et vers l'arrière de la tête. Vérifier les fontanelles (ouvertes, fermées, pleines, tendues, souples, déprimées). Si elles sont bombées ou sont tendues, il est impératif de demander l'aide d'un supérieur hiérarchique.
■ Yeux (vérifier s'il y a des écoulements)	■ Pas d'écoulement ■ Yeux normaux
■ Oreilles	■ Les deux oreilles sont présentes et normalement formées
■ Bouche : rechercher une fente labiale ou palatine	■ Palais intact dur et mou
■ Clavicules : rechercher une fracture	■ Pas de déformation en faveur d'une fracture de clavicule
■ Mouvement symétrique des bras, réflexes archaïques	■ Réflexe des points cardinaux ■ Réflexe de Moro ■ Réflexe de redressement
■ Compter le nombre de doigts	■ 8 doigts, 2 pouces
■ Vérifier la paume (recherche des caractéristiques de la trisomie 21 associée à un seul pli palmaire par exemple)	■ Plis palmaires normaux
■ Mesurer la fréquence respiratoire	■ 30-60 respirations/minute

<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La peau doit être intacte et non distendue (recherche d'anomalies congénitales, ex. occlusion intestinale due à l'atrésie duodénale).
<ul style="list-style-type: none"> ■ Anus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Position normale et doit être perméable
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nouveau-né mâle : Vérifier la descente des testicules, vérifier l'emplacement de l'orifice urétral au niveau du pénis. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Testicules bilatéraux palpables dans le scrotum (souples et mobiles) ■ Orifice urétral à l'extrémité du pénis
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nouveau-né femelle : vérifier l'aspect des organes génitaux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En cas d'ambiguïté sexuelle, c'est-à-dire, s'il n'est pas possible de dire si c'est un garçon ou une fille, ou d'anomalie, adresser au pédiatre.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pieds 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier et compter les orteils ■ Rechercher un pied bot
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tourner le bébé et rechercher une spina bifida (occulta) sur la colonne vertébrale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peau intacte, sans « trous » apparents sur la colonne vertébrale.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesures (taille, périmètre crânien) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détecter la croissance anormale du cerveau ou du crâne (ex. hydrocéphalie). ■ Périmètre crânien à la naissance des bébés nés à terme : Garçons : Entre 32cm et 37cm Filles : Entre 31,5cm et 36cm ■ Taille à la naissance des bébés nés à terme : Taille entre 45-55cm

Points de discussion

1. Demandez à la mère/accompagnant s'ils ont des inquiétudes.
2. Procéder à un examen systématique complet et rechercher des signes d'une maladie grave et anomalies congénitales.
3. Référez/demandez l'assistance d'un médecin expérimenté si des résultats anormaux sont observés ou des anomalies importantes détectés.

12.2 : Évaluation clinique du nouveau-né

Ressources

- | | |
|--|--|
| ■ Thermomètre | ■ Pèse-bébé |
| ■ Stéthoscope (pédiatrique) | ■ Glucomètre |
| ■ Compteur de la fréquence respiratoire ou montre avec trotteuse | ■ Horloge |
| | ■ Tasse et une cuillère pour nourrir le bébé |

Points clés de la formation

- Cette compétence couvre la manière d'effectuer et d'interpréter une évaluation clinique du nouveau-né afin de s'assurer que tous les prestataires de soins comprennent la nécessité d'une évaluation complète des nouveau-nés et de comprendre la nécessité de prendre des décisions appropriées en temps opportun particulièrement au moment des soins des nouveau-nés gravement malades.
- Mettre l'accent sur l'utilisation d'un tableau d'observation comme un outil pour guider l'évaluation des nouveau-nés ainsi que sur les actions recommandées à prendre en cas de besoin.
- L'objectif principal est de former les participants à reconnaître le nouveau-né malade, à le traiter et le référer selon les besoins en fonction des scénarios spécifiques donnés et d'organiser des discussions autour de ceux-ci. Il est important de leur rappeler que les connaissances acquises lors des sessions antérieures peuvent être utilisées autant que possible ici pour traiter les exercices de ce chapitre.
- Demander aux participants de travailler en binôme pour l'exemple du premier cas, puis ils peuvent se séparer et faire un travail individuel dans le scénario suivant.

Principaux résultats attendus

- Comprendre l'importance des observations cliniques afin de mener des observations de base ou des évaluations, de se familiariser avec les normes et identifier les observations anormales.
- Apprendre, pratiquer et comprendre l'importance de faire des observations cliniques réguliers durant l'évaluation des nouveau-nés

Instructions

- Au début de la session, choisir des endroits spécifiques pour chaque groupe.
- L'un des facilitateurs va lire le cas tandis que l'autre modère toutes les discussions autour du cas.

Actions attendues

Facilitateur :	Demandez aux participants d'énumérer certaines des raisons pour lesquelles un nouveau-né peut être hypothermique.
----------------	---

Participant :	<p>Infections (septicémie néonatale), hémorragie intracrânienne (généralement chez les prématurés). Il peut y avoir une exposition à un environnement froid, une mauvaise protection du nouveau-né contre le froid ainsi que la prématurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fréquence cardiaque: Elle se situe normalement entre 120 et 160 bpm, selon son âge. Les infections et les problèmes liés à la prématurité peuvent entraîner une bradycardie. ■ Fréquence respiratoire: Les nouveau-nés ont une fréquence respiratoire comprise entre 30 et 70 cycles par minute. Quand ils sont en bonne santé, la respiration est régulière, complète et ils semblent détendus. Il se peut parfois qu'il y ait des irrégularités. Cependant, lorsque la fréquence est de 70 cycles/min ou plus, il est trop élevé.
Facilitateur :	Qu'est-ce qui pourrait causer une respiration rapide chez le nouveau-né?
Participant :	<p>Infection en particulier pneumonie, fièvre, autres maladies, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Détresse respiratoire: les signes comme le tirage sous-costale, le geignement sont en faveur d'une difficulté respiratoires aiguë chez les nouveau-nés tels que la pneumonie néonatale.

Scénario clinique

Scénario 1

La femme s'est présentée au centre de santé ce matin avec son nouveau-né enveloppé complètement dans un tissu. Elle était inquiète sur l'état de santé de son nouveau-né. Lorsqu'on lui demande pourquoi elle pense que le nouveau-né est malade, elle avait l'air très agitée et bien qu'elle ne pût rien pointer du doigt, elle a insisté sur le fait qu'elle savait que le nouveau-né était très malade.

Actions attendues

Facilitateur :	Que feriez-vous ?
Participants :	<p>L'aspect important ici est de toute évidence, que la mère ne peut pas dire exactement ce qui ne va pas chez le nouveau-né, mais son inquiétude et sa décision de venir à la clinique devraient alerter le professionnel de soins que le nouveau-né peut être très malade.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pour apaiser ses craintes, demandez à voir le nouveau-né immédiatement plutôt que de perdre du temps sur les antécédents avant de voir le nouveau-né ■ Préparez-vous à examiner le nouveau-né et au cours de l'examen, vous pourrez chercher à obtenir plus d'informations sur les antécédents

Facilitateur :	Quelles questions poseriez-vous à la mère ?
Participants :	<p>Il s'agit d'obtenir d'autres signes que la mère aurait pu oublier de mentionner comme l'allaitement, la distension abdominale, une température élevée ou basse, des geignements, une respiration rapide, une hypotonie, de l'irritabilité, un ictère, des vomissements, des convulsions.</p> <p>Il peut être nécessaire d'obtenir plus de détails sur la grossesse et l'accouchement afin de rechercher des complications telles qu'un travail prolongé > 24h, une rupture prolongée des membranes et d'autres risques, des signes d'infection, une pré-éclampsie en fin de grossesse et un traitement médicamenteux éventuels.</p>
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous à l'examen de ce nouveau-né ?
Participants :	<p>Évaluation générale, couleur, tonus, examen complet du nouveau-né Pouls, FR, température, ictère, vérifier le cordon, glycémie Notez les observations sur une Fiche de surveillance du nouveau-né.</p>
Facilitateur :	<p>À l'examen, le nouveau-né était hypotonique et ne réagissait pas, la peau était très froide et la température de 34,5°C, la fréquence respiratoire à 20/minute, mais il n'y avait aucun tirage sous costal et le pouls à 120 pulsations par minute. Quand on a posé des questions à la mère, elle dit qu'elle a eu un accouchement très difficile et que l'avant-bras gauche du nouveau-né faisait des mouvements répétitifs rapides après la naissance, mais l'infirmier avait dit que le nouveau-né irait mieux. Elle a essayé de l'allaiter mais le nouveau-né n'a pas pris le sein. Sa belle-mère, a déclaré que le nouveau-né ne voulait pas de lait maternel et l'a donc nourri avec une solution de sucré que le nouveau-né a rejeté aussitôt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Combien de « signes de danger » avez-vous trouvé lors de l'examen ? 2. Quelles autres conclusions importantes souhaiteriez-vous que l'agent de santé fasse ressortir ou signaler ?
Participants :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il y avait 5 signes de danger y compris : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nouveau-né ne réagit pas/nouveau-né hypotonique <input type="checkbox"/> Histoire de convulsion <input type="checkbox"/> Nouveau-né ne s'alimente pas <input type="checkbox"/> Température trop basse <input type="checkbox"/> Fréquence respiration trop basse 2. Autres résultats clés à rapporter : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ictère le premier jour <input type="checkbox"/> Poids du nouveau-né

<p>Facilitateur :</p>	<p>L'histoire de la mère suggère qu'elle soupçonnait le paludisme parce que sa température était forte, mais elle souffrait également de dysurie. C'est pendant cet épisode fébrile qu'a commencé le travail et le liquide était malodorant et de couleur vert foncé. Ce fut pendant l'épisode fébrile que le travail commença. Le liquide était malodorant et vert foncé.</p> <p>Comment prendriez-vous en charge le nouveau-né ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>NFS ou Hb si impossible, Numération des globules blancs Test de Diagnostic rapide du paludisme, goutte épaisse, ECBU, tests du VIH et de la syphilis, glycémie, groupage sanguin et test de compatibilité (avant transfusion), hémoculture (si possible)</p>
<p>Facilitateur :</p>	<p>Quel sont vos diagnostics différentiels ? Discuter des différentes causes d'hypotonie du nouveau-né présentant une hypothermie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Septicémie néonatale ■ Hypoglycémie ■ Complications de la prématurité (par exemple, une encéphalopathie hypoxique-ischémique) ou asphyxie <p>Comment allez-vous traiter ce nouveau-né ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>Un traitement immédiat ou une évacuation vers une formation sanitaire de référence après avoir administré les premiers soins.</p> <p>Si disponible, administrer des antibiotiques comme de l'Ampicilline IM ou IV et de la gentamicine pendant au moins 2 jours, réévaluer et référer s'il n'y a pas d'amélioration clinique ou poursuivre le traitement. Si les familles n'acceptent pas la référence ou bien si celle-ci est impossible, ces nouveau-nés doivent être traités avec l'amoxicilline par voie orale, 50mg/kg deux fois par jour pendant sept jours. Si possible, effectuer une hémoculture avec antibiogramme et traiter en conséquence, en prenant en considération le poids du nouveau-né</p> <p>Environnement thermiquement neutre et/ou méthode « Mère Kangourou » (MMK) Vitamine K, soins du cordon avec Chlorhexidine, tétracycline pour les yeux, vaccination. Encourager l'allaitement Soins d'hygiène</p>

Scénario 2

Une infirmière examine une mère, qui a été référée d'une petite formation sanitaire communautaire à votre établissement de santé. L'infirmière a noté et les informations suivantes : Le nouveau-né est né la veille et le poids à la naissance a été enregistré à 1,9kg et le bébé s'alimente. La température est de 35.7°C. Le nouveau-né est léthargique, geint avec plusieurs périodes d'apnée suivies d'épisodes de respiration rapide. Ils ont mesuré le rythme respiratoire trois fois et ont obtenu 78, 69 et 84/minute, respectivement.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles actions additionnelles voulez-vous entreprendre ?
Participants :	Effectuer une évaluation complète du nouveau-né.
Facilitateur :	Que recherchiez-vous lors de l'examen du nouveau-né?
Participant :	Évaluation générale pour rechercher d'autres signes importants : coloration, tonus, examen complet du nouveau-né, tirage sous-costal, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, ictère, vérifier le cordon, glycémie.
Facilitateur :	Comment prendriez-vous en charge le nouveau-né en vous basant sur ces résultats ?
Participant :	NFS (ou Hb si NFS impossible), Numération des globules blancs Test de Diagnostic rapide du paludisme, goutte épaisse, ECBU, tests du VIH et de la syphilis, glycémie, groupage sanguin et test de compatibilité et hémoculture (si possible).

Points de discussion

1. Un examen complet du nouveau-né est nécessaire pour identifier les premiers signes de danger.
2. Observations régulières du nouveau-né et les résultats doivent être notés sur une fiche d'observation.
3. Référer ou instituer un traitement médical approprié.

12.3 : Prise en charge de l'infection néonatale

Ressources	
■ Stylos	■ Tableau à feuilles mobiles

Points clés de la formation

Le but de cette session est de discuter des manifestations cliniques des infections néonatales et des diagnostics différentiels. Deux facilitateurs seront nécessaires. Il est suggéré de ne pas communiquer aux participants le sujet qui sera abordé lors de la session. L'un des facilitateurs joue le rôle d'un accompagnant dont le bébé est malade. L'autre Facilitateur lira l'histoire aux participants et leur demandera de noter les détails importants qui aideront à la prise en charge du cas comme dans une situation réelle. Le Facilitateur discutera ensuite des symptômes et d'autres questions directes qui peuvent être posées comme mentionné ci-dessous et expliquera que la session porte sur les infections néonatales qui représentent plus du tiers des décès néonataux.

Les participants se répartiront ensuite en groupes et les facilitateurs les aideront tout de la prise en charge (antécédents, examen clinique, analyse et traitement) des nouveau-nés atteints d'infection. L'importance cruciale de la session est de rappeler que, contrairement aux adultes ou même aux enfants plus âgés, les infections néonatales peuvent présenter des symptômes très vagues et cachés et des signes que même les mères ne remarquent pas toujours. Les antécédents de la mère aussi sont importants dans la maladie du bébé.

Les objectifs de la prise en charge peuvent également la prévention ou la réduction des séquelles à long terme et la formation du professionnel de santé sur les moyens de prévenir de futures infections, comme par exemple l'hygiène des mains, le maintien du bébé au chaud et en contact permanent avec la mère, y compris la méthode kangourou, les soins appropriés du cordon ombilical, les soins oculaires appropriés et l'allaitement maternel exclusif.

Principaux résultats attendus

- Reconnaître un nouveau-né malade
- Comprendre les principes d'évaluation, de diagnostic, de traitement de l'infection néonatale
- Comprendre l'approche intégrée des soins de la mère et du nouveau-né (facteurs de risque d'infection)
- Comprendre quand et comment orienter vers un établissement sanitaire de référence

Scénario clinique

Une femme se présente dans un établissement de soins de niveau primaire, deux jours après son accouchement chez elle avec l'aide de sa famille. Il n'y a pas eu de complications. Son problème est que son nouveau-né n'est pas aussi actif qu'à la naissance et a refusé de téter toute la nuit dernière.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions poseriez-vous à la mère ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rechercher d'autres signes du nouveau-né que la mère aurait pu ne pas avoir remarqués, comme une température élevée ou basse, des geignements, une respiration rapide, une hypotonie, une irritabilité, un ictère, des vomissements, des convulsions ou une distension abdominale. ■ Autres détails sur la grossesse et l'accouchement ? ■ Durée du travail ? Rupture prématurée/prolongée des membranes ■ Évaluer les facteurs de risque d'infection ■ La mère a-t-elle de la fièvre ? ■ Quel est son statut ? VIH/TB/paludisme/syphilis ? ■ Quelle est la durée de ses différents symptômes, le cas échéant ? ■ A elle été traitée avec des médicaments ? ■ Du matériel stérile a-t-il été utilisé pour couper le cordon à la naissance ?
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous à l'examen du bébé ?
Participant :	<p>Évaluation générale, coloration, teint, examen complet du bébé FC, FR, température, pâleur, œdème, fontanelles Examiner le moignon du cordon à la recherche de signes d'infection Documenter les observations sur une fiche de score du système d'alerte précoce.</p>
Facilitateur :	<p>The pouls est à 155bpm, la FC à 68, la T° à 37.7. On note un érythème autour de l'ombilic. Quels examens biologiques faut-il faire ?</p>
Participant :	<p>NFS (ou taux d'hémoglobine (Hb) si NFS impossible), numération globules blancs Diagnostic rapide : Test paludisme, goutte épaisse, analyse d'urine (ECBU). Tests VIH et syphilis, glycémie, groupe sanguin de la mère et du nouveau-né Prélèvement sur la lésion, hémoculture (si disponible)</p>

<p>Facilitateur :</p>	<p>Quel sont vos diagnostics différentiels ? Discussion sur les différentes causes d'infection néonatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ RPMAT ■ Déshydratation ■ Cordon infecté ■ Pneumonie ■ Infection des voies urinaires ■ VIH <p>S'il s'agit d'un cordon infecté, à quelles complications peut-on s'attendre ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>Infection ombilicale</p>
<p>Facilitateur :</p>	<p>Comment allez-vous traiter ce nouveau-né ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>Nettoyer le cordon, administrer du paracétamol en cas de fièvre. Le cas échéant, administrer des antibiotiques comme l'ampicilline IM ou IV et de la gentamicine pendant au moins 2 jours puis réévaluer et évacuer s'il ne répond pas au traitement, ou bien poursuivre le traitement. Si les familles ne souhaitent pas cette référence ou ne peuvent pas avoir accès à des soins spécialisés, ces nouveau-nés doivent être traités avec l'amoxicilline par voie orale, 50mg/kg par dose deux fois par jour pendant sept jours. Si possible, procéder à une hémoculture. Cloxacillin/Gentamycine en IM ou Ampicilline et Gentamycine en IM selon le poids du nouveau-né Référer l'enfant vers une formation sanitaire de référence approprié Encourager l'allaitement et la méthode kangourou</p>

Points de discussion

1. Citer les causes d'infection néonatale
2. Stabilisation avant référence
3. Discuter de la stratégie de communication lors la référence d'un enfant malade

12.4 : Prise en charge de l'ictère néonatal

Ressources	
■ Stylo	■ Tableau à feuille mobile

Points clés de la formation

Plus de la moitié des nouveau-nés normaux présentent un ictère habituellement entre 3 et 5 jours après la naissance. Le but de cette session est de discuter de la façon dont les participants peuvent différencier un ictère normal (physiologique) d'un ictère anormal (pathologique) et comment prendre en charge le bébé dans les deux situations. Ils découvriront également les causes de l'ictère et comprendront que l'identification et le traitement des causes sous-jacentes est la clé du succès thérapeutique du nouveau-né.

L'un des facilitateurs jouera le rôle de la femme dont le bébé est malade. L'autre Facilitateur lira l'histoire aux participants et leur demandera de noter les détails importants qui pourront les aider dans la prise en charge du nouveau-né comme s'il s'agissait d'une situation réelle. Le Facilitateur demandera ce qui pourraient être les diagnostics différentiels. Il discutera aussi des symptômes et d'autres questions directes qui doivent être posées, comme énumérés ci-dessous. Les discussions doivent mettre en exergue le fait qu'une intervention précoce est primordiale pour le succès du traitement de l'ictère pour éviter les complications. Il est également nécessaire d'identifier la cause sous-jacente. Le traitement doit être à la fois symptomatique pour l'ictère lui-même et étiologique pour sa cause sous-jacente. En plus cette session peut mettre l'accent sur les manifestations cliniques de l'ictère chez le nouveau-né prématuré et le nouveau-né qui est né à terme.

Principaux résultats attendus

Les participants doivent connaître la :

- Comprendre la définition et les types d'ictère.
- Comprendre les causes de l'ictère et les raisons d'une prise en charge précoces.
- Comprendre le traitement de l'ictère en fonction de la bilirubinémie.

Scénario clinique

Scénario 1

Une mère est venue dans une clinique de proximité ayant remarqué que son nouveau-né de 5 jours avait développé une coloration jaune de la partie blanche des yeux. Le nouveau-né allaite normalement.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions lui poseriez-vous ?
Participant :	<p>Âge gestationnel du nouveau-né à la naissance ? Le nouveau-né va-t-il globalement bien ? Allaitement régulier ? Quand l'ictère a-t-il commencé, sa progression, les signes d'accompagnement tels que la température élevée ou basse, preuve de l'infection Autres signes tels que des selles décolorées et des urines foncées (maladie hépatique). Antécédents maternels afin d'exclure la syphilis et les infections in utero. Problèmes médicaux tels que le diabète, l'incompatibilité ABO, l'iso immunisation rhésus</p>
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous durant l'examen ?
Participant :	<p>Lorsque vous recherchez un ictère (à l'inspection) : Examinez le nouveau-né dévêtu à la lumière, de préférence la lumière du jour. L'examen de la sclérotique, des gencives et de la peau est utile pour toutes les couleurs de peau</p>
Facilitateur :	Quelles analyses biologiques faut-il demander ?
Participant :	<p>Aucune, cela est vraisemblablement un ictère physiologique normal. Défini par : une coloration jaune de la peau et des muqueuses.</p>
Facilitateur :	Quel traitement et conseils donneriez-vous ?
Participant :	<p>Éduquer/discuter avec la mère sur les signes de danger :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nouveau-né précédent avec ictère précoce (le premier jour de sa naissance) ou des antécédents familiaux d'anémie, d'hypertrophie du foie ou d'ablation de la rate. ■ Ictère hémolytique, déficience en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD), ou facteur rhésus (Rh) ou incompatibilité des groupes sanguins ABO durée > 14 jours chez les bébés nés à terme et > 21 jours chez le nouveau-né prématurés ■ Accompagné de fièvre ■ Ictère profond : paumes et plantes des pieds du nouveau-né de couleur jaune foncé (Confirmer l'absence de selles décolorées et d'urine foncée) ■ Encourager et/ou poursuivre l'allaitement

Scénario 2

La mère revient après 2 semaines, les tétées du nouveau-né ont considérablement diminué, les paumes et plantes de pieds du nourrisson sont jaune foncé, et le bébé a de la fièvre.

Facilitateur :	Quelles questions lui poseriez-vous ?
Participant :	Quand l'alimentation a-t-elle commencé à être irrégulière Le nouveau-né s'est-il réveillé pour téter ? Quand la fièvre a-t-elle commencé ?
Facilitateur :	Quelles analyses biologiques faut-il demander?
Participant :	Les analyses biologiques dépendent du diagnostic probable et des tests disponibles, mais peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> ■ Les taux de bilirubine ■ Taux d'Hémoglobine (Hb) ou hématokrite ■ Numération Formule Sanguine afin d'identifier les signes d'infection bactérienne grave (numération des neutrophiles élevée ou faible avec > 20% de neutrophiles immatures non segmentés et des signes d'hémolyse) ■ Groupe sanguin du nourrisson et de la mère, test de Coombs ■ Sérologie de la syphilis
Facilitateur :	Quels traitement et conseils faut-il donner ?
Participant :	Traiter avec la photothérapie si : <ul style="list-style-type: none"> ■ Ictère foncé impliquant les paumes et les plantes des pieds ■ Prématurité et ictère ■ Ictère dû à l'hémolyse <p>Ne pas oublier de couvrir les yeux et les parties génitales du bébé pendant la photothérapie.</p> <p>Continuer la photothérapie jusqu'à ce que le taux de bilirubine sérique soit inférieur aux taux limites ou jusqu'à ce que le nourrisson aille bien et qu'il n'y ait plus aucun ictère des paumes et des plantes de pieds. Si le taux de bilirubine est très élevé, vous pouvez sans risque effectuer une exsanguinotransfusion et vous pouvez envisager de le faire.</p> <p>S'il n'y a pas de photothérapie, référer ce bébé vers une unité néonatale spécialisée.</p>

	<p>Traiter les autres infections éventuelles :</p> <ol style="list-style-type: none">1. En cas de suspicion d'infection ou de syphilis, appliquer le protocole du traitement des infections bactériennes graves.2. En cas de fièvre et si le nourrisson vient d'une région impaludée, faire la goutte épaisse/frottis sanguin pour les parasites du paludisme et donner des antipaludiques si positifs. <p>En cas d'échec de la photothérapie, il faut faire une exsanguinotransfusion. Discuter avec un pédiatre, en particulier si une obstruction congénitale des voies biliaires est suspectée.</p>
--	--

Points de discussion

Discuter les différences entre l'ictère physiologique et pathologique.

1. Ictère physiologique
 - Le nouveau-né reste en bonne santé.
 - Apparaît au 3ème jour après la naissance.
 - Disparaît dans les 2 semaines.
 - Courant chez le nouveau-né, en particulier chez les prématurés.
2. Ictère pathologique
 - L'ictère commence au premier jour de la naissance.
 - L'ictère dure plus de 14 jours chez le nouveau-né à terme, 21 jours chez le nouveau-né prématuré.
 - L'ictère s'accompagne de fièvre ou d'autres signes de la maladie.
 - Ictère prolongé – les paumes et les plantes de pieds du nouveau-né sont jaune foncé.
3. L'ictère anormal peut être dû à :
 - Une infection bactérienne grave.
 - Une maladie hémolytique due à une incompatibilité du groupe sanguin ou une carence en glucose 6-phosphate déshydrogénase.
 - Une syphilis congénitale ou autre infection intra-utérine.
 - Une maladie hépatique comme l'hépatite ou atrésie des voies biliaires (selles décolorées et urine foncée).
 - Une hypothyroïdie.
 - S'ils sont disponibles, les tests suivants pourraient être utiles : dépistage du glucose 6-phosphate déshydrogénase, tests de la fonction thyroïdienne, échographie du foie pour exclure ou détecter d'autres causes.

12.5 : Prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance

Ressources	
■ Pèse-bébé	■ Kit test de glycémie
■ Thermomètre	■ Couvertures/draps secs
■ Stéthoscope (pédiatrique)	■ Bonnet en laine

Définition d'un nouveau-né de faible poids de naissance : tout nouveau-né à terme ayant un poids de naissance < 2,5kg ou inférieur au 10e-ème percentile sur la courbe de croissance, ou prématurés (nés avant 37 semaines de grossesse).

Points clés de la formation

Les nouveau-nés de faible poids de naissance (FPN) pèsent moins de 2,5kg à la naissance. Ils nécessitent des soins spéciaux pour survivre car ils sont sujets à de nombreuses complications, dont la détresse respiratoire, l'hypothermie, les difficultés d'alimentation, l'hypoglycémie, l'ictère et l'infection. Il est nécessaire de différencier les nouveau-nés à terme de faible poids des nouveau-nés prématurés, car les défis et les objectifs de la prise en charge qui en découlent diffèrent.

Le but de cette session est de mettre l'accent sur les complications pouvant survenir chez un nouveau-né de faible poids de naissance (FPN), et de préparer aux mieux les participants pour leur prise en charge. L'un des facilitateurs jouera le rôle de la mère du bébé et l'autre animera les débats avec les participants. Ce dernier lira l'histoire aux participants, leur demandera de noter les détails saillants et discutera d'autres questions de clarification qui pourraient être posées par le prestataire de soins ainsi que des diagnostics différentiels possibles. Les réponses attendues sont décrites en détail dans les sections suivantes.

L'objectif du module est de veiller à ce que les participants comprennent que la prise en charge des nouveau-nés de FPN commence par des soins néonataux essentiels, mais que certains de ces nouveau-nés devront être placés en couveuse ou devront recevoir des soins de type « méthode mère kangourou » (MMK), afin d'assurer une respiration régulière et le maintien de bébé au chaud. Il est important de veiller à une alimentation et une hygiène adéquates afin d'éviter les infections, qui sont particulièrement fréquentes chez le nouveau-né prématuré de faible poids de naissance. Il est également possible d'avoir un prématuré qui est petit pour l'âge gestationnel (les prématurés dont la croissance intra-utérine a été également retardée, par exemple).

Principaux résultats attendus

- Reconnaître les nouveau-nés de FPN et décrire leurs besoins de base.
- Décrire la prise en charge systématique des nouveau-nés de FPN jusqu'à la sortie et leur suivi.

Scénario clinique

Une mère se présente à la clinique deux jours après avoir accouché à la maison de jumeaux, un nouveau-né est mort peu de temps après l'accouchement et l'autre semble en bonne santé mais ne s'alimente pas bien. La mère a l'impression que le nouveau-né ne reçoit pas assez de nourriture et a ajouté au lait maternel une solution sucrée. Elle pensait que la situation allait s'améliorer mais le bébé ne suce toujours pas très bien et elle a peur d'étouffer son nouveau-né avec ses gros seins.

Actions attendues

Facilitateur :	Quelles questions poseriez-vous à la mère ?
Participant :	<p>Plus de détails sur la grossesse et l'accouchement et les complications qui en résultent et qui peuvent persister.</p> <p>Âge gestationnel à la naissance ?</p> <p>Évaluer les facteurs de risque d'infection pour la mère et le bébé.</p> <p>Quelle est la durée de ses différents symptômes, le cas échéant ?</p> <p>Le nouveau-né a-t-il reçu des médicaments ?</p> <p>Si la naissance avait eu lieu dans un établissement et par césarienne, l'indication de celle-ci serait importante.</p>
Facilitateur :	Que rechercheriez-vous à l'examen du nouveau-né ?
Participant :	<p>Avant l'examen, veillez à ce que la pièce soit chaude, à vous laver les mains avant et après l'examen du nouveau-né.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation générale, coloration, tonus, bilan complet du bébé (recherchez les anomalies congénitales : fente palatine, par exemple) ■ FC, FR, température, pâleur, œdème, fontanelles ■ Peser le bébé ■ Examiner le cordon ■ Vérifier le réflexe de succion et de déglutition ■ Inscrire les remarques sur la Fiche de surveillance <p>Après évaluation, placez le bébé en contact peau à peau avec la mère et mettez un bonnet sur la tête du nouveau-né.</p>
Facilitateur :	<p>Le bébé pèse 1850g, une rupture prématurée des membranes est survenue un jour avant l'accouchement des jumeaux. La mère et le nouveau-né n'ont pas de fièvre.</p> <p>Quelles sont les analyses que vous effectueriez ?</p>
Participant :	<p>Test de glycémie. Contrôle du taux d'hémoglobine.</p> <p>Forte suspicion d'infection néonatale.</p>
Facilitateur :	<p>Comment allez-vous traiter cette femme ?</p> <p>Le bébé ne peut pas téter mais a un réflexe de déglutition.</p> <p>Si la glycémie est inférieure à 45mg/dl (2,6mmol/l), vous devez traiter l'hypoglycémie.</p>

<p>Participant :</p>	<p>Prodiguer les soins de routine au nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ S'il n'y a pas suspicion d'infection, donner des antibiotiques prophylactiques IM ou IV, de la gentamycine et de l'ampicilline. Réévaluer 2 jours plus tard et continuer le traitement seulement en cas de signes d'infection ou d'une hémoculture positive. ■ Évaluer le positionnement et l'allaitement maternel exclusif à la demande, y compris l'expression manuelle du lait (ce qui aidera à stimuler la production laitière) et nourrir le bébé à l'aide d'une tasse ou d'une cuillère (liquide IV en volume constant en fonction de l'âge), si très malade et incapable de se nourrir. ■ Donner de la vitamine K, 0,4mg/kg/IM. ■ Administrer une pommade ophtalmique à la tétracycline (si l'on a remarqué un écoulement des yeux). ■ Administrer les vaccins programmés. ■ Établir un plan de suivi pour les soins à domicile, les nouveau-nés de FPN devant être suivis chaque semaine pour la pesée, l'évaluation de l'alimentation et la santé générale jusqu'à ce qu'ils atteignent 2,5kg.
<p>Facilitateur :</p>	<p>Quelle éducation/conseils santé donneriez-vous ?</p>
<p>Participant :</p>	<p>Conseils sur les signes de danger et retour pour consultation immédiate</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Incapacité à téter ■ Difficulté à respirer ■ Fièvre ■ Hypothermie ■ Coloration anormale ■ Écoulement du cordon ombilical <p>Prévention de l'infection</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se laver les mains avant de toucher le nouveau-né ■ Soins du cordon ■ Soins des yeux ■ Méthode Mère Kangourou (MMK) <p>Assurez-vous que le bébé dort sous une moustiquaire Tenez le bébé à distance des enfants et des adultes malades</p> <p>Attention particulière pour maintenir le nouveau-né de faible poids de naissance au chaud Pour éviter toute perte de température chez un bébé de faible poids à la naissance, la mère doit : garder la tête du bébé couverte d'un bonnet (90% de la chaleur se perd par la tête si elle est découverte) ; ne pas laisser pas le bébé dans une pièce avec les portes ou fenêtres ouvertes. Fournir une source de chaleur supplémentaire dans la pièce où se trouve le bébé. Ne pas déshabiller le bébé complètement pour changer la couche.</p>

Facilitateur :	Que surveilleriez-vous à chaque visite ?
Participant :	Lors de chaque visite postnatale, vous devez : 1. Peser le bébé (courbe de poids) 2. Surveiller la fréquence respiratoire (tachypnée) et la respiration (tirage sous-costal) 3. Vérifier que le bébé est allaité de manière optimale. 4. Prendre la température du bébé 5. Si tout est OK, rassurer la mère.
Facilitateur :	A la troisième visite hebdomadaire, le bébé tète à la demande et a pris du poids, le bébé peut-il sortir de la clinique ?
Participant :	Les nouveau-nés FPN peuvent sortir lorsque : ■ Ils ne présentent aucun signe de danger ni aucun signe d'infection. ■ Ils prennent du poids par l'allaitement seul. ■ Ils sont capables de maintenir la température du corps. Conseils à la sortie : ■ Allaitement exclusif ■ Tenir le bébé au chaud ■ Signes de danger nécessitant des soins

Points de discussion

Voici les complications que l'on observe chez les nouveau-nés FPN :

- Incapacité de maintenir la température corporelle
- Difficultés d'alimentation et de prise de poids
- Infection
- Problèmes respiratoires, tels que syndrome de détresse respiratoire du nourrisson (maladie respiratoire du prématuré, provoquée par l'immaturation des poumons/l'absence de surfactants)
- Problèmes neurologiques, tels que l'hémorragie intraventriculaire (saignement dans le cerveau)
- Problèmes gastro-intestinaux, tels que l'entérocolite nécrosante (une maladie grave de l'intestin fréquente chez les bébés prématurés)
- La mort subite du nourrisson

Avantages de la méthode Kangourou (MMK)

- Allaitement : La méthode kangourou augmente le taux d'allaitement maternel et augmente la durée de l'allaitement.
- Contrôle thermique : Le contact prolongé peau à peau entre la mère et son nouveau-né de faible poids à la naissance permet un contrôle de température efficace avec une réduction du risque d'hypothermie.
- Prise de poids précoce : les nouveau-nés prennent plus de poids en méthode kangourou qu'en soins postnatals conventionnels.
- Une morbidité moindre : Les nouveau-nés en méthode kangourou ont une respiration plus régulière et sont moins susceptibles de cesser de respirer. Elle protège également de l'infection.

INFORMATIONS

Faible poids à la naissance

Nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2500g. Ces nouveau-nés peuvent généralement être pris en charge en toute sécurité à la maison avec quelques précautions et soutien supplémentaires.

Très faible poids à la naissance

Nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 1500g. Le problème potentiellement mortel chez ces minuscules nouveau-nés est que la succion, la déglutition et la respiration ne sont pas bien coordonnées, ils nécessitent une attention particulière afin d'être nourris de manière adéquate et en toute sécurité. Ils ont également une grande difficulté à maintenir leur température corporelle, et sont ainsi exposés à un risque accru d'hypothermie. Ces nouveau-nés sont également sensibles aux infections et nécessiteront des précautions d'hygiène strictes. Ils peuvent nécessiter une réanimation intensive et seront immédiatement dirigés vers un hôpital équipé spécialement pour les très petits nouveau-nés.

Classification selon l'âge gestationnel

Un nouveau-né prématuré est né avant 37 semaines de grossesse révolue. Selon l'âge gestationnel, les nouveau-nés prématurés sont en outre classés comme suit :

Prématurés généralement entre 32 et 36 semaines de grossesse (mais pas toujours) avec un poids de naissance entre 1500 et 2500g.

Ces nouveau-nés peuvent généralement être pris en charge à la maison en toute sécurité avec quelques précautions et soutien supplémentaires.

Grands prématurés à moins de 32 semaines de gestation

- Nés avec plus de deux mois d'avance.
- Le poids à la naissance est généralement inférieur à 1500g.
- Un « très petit nouveau-né » nécessite une orientation pour des soins supplémentaires car il s'agit du « petit nouveau-né » le plus vulnérable.

Comme expliqué précédemment, un bébé prématuré peut aussi être petit par rapport à l'âge gestationnel

12.6 : Prise en charge des problèmes d'alimentation du nouveau-né

Ressources

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| ■ Gants d'examen propres | ■ Modèle de démonstration poupon bébé |
| ■ Sonde nasogastrique | ■ Tissu pour envelopper le bébé |
| ■ Ruban adhésif | ■ Papier tournesol |
| ■ Simulateur d'allaitement | |

Introduction

Le lait maternel est la seule alimentation recommandée pour les nouveau-nés. Si les nouveau-nés ne sont pas capables de se nourrir, c'est un véritable défi pour la survie du bébé et pour la famille. Le but de cette section est de discuter des nouveau-nés présentant des problèmes d'alimentation et de leur prise en charge. Les nouveau-nés présentant des problèmes d'alimentation sont nombreux et peuvent présenter plusieurs signes et symptômes qui peuvent varier d'un bébé à l'autre et selon la gravité des problèmes d'alimentation. Même chez les bébés nés dans des établissements médicaux, les mères font souvent face à des problèmes d'alimentation parce que le personnel médical ne leur montre pas les techniques correctes d'allaitement de positionnement et de fixation au sein.

Points clés de la formation

Il est suggéré que l'un des facilitateurs joue le rôle de la mère qui amène son bébé à l'hôpital/clinique. L'autre Facilitateur dirigera les débats avec les participants, notamment sur les diagnostics différentiels, tel que détaillé ci-dessous. Il y aura des sessions pour enseigner le positionnement correct et la bonne fixation du bébé au sein et de discuter des avantages.

Le point important à souligner est que, lorsque les problèmes d'alimentation dus à de mauvaises techniques d'allaitement sont évités, les professionnels de santé peuvent réduire leur charge de travail quotidienne. Rappelez-vous, l'hypoglycémie peut être la cause et l'effet d'une mauvaise alimentation.

Principaux résultats attendus

- Évaluer les différents réflexes du nouveau-né liés à l'alimentation par voie orale.
- Reconnaître et prendre en charge les problèmes courants d'alimentation.
- Développer les techniques d'insertion de la sonde nasogastrique (NG) et l'alimentation par tasse.

Instructions : Comment évaluer les réflexes du nouveau-né liés à l'alimentation par voie orale

Nouveau-nés qui ne peuvent pas s'allaiter et/ou utiliser d'autres méthodes d'alimentation

1. Donner du lait maternel tiré dans une tasse ou en utilisant une seringue, si le nouveau-né peut avaler.
2. Si le nouveau-né est trop faible pour sucer et avaler, ou si le bébé s'étouffe ou régurgite après la tétée, insérer une sonde nasogastrique.

Réflexes liés à l'alimentation orale (allaitement)

- Réflexe des points cardinaux : observé chez le nouveau-né normal, qui tourne automatiquement la tête vers le stimulus et fait des mouvements de succion (points cardinaux) avec la bouche lorsque l'on appuie sur la joue ou sur la lèvre. Ce réflexe contribue à assurer un bon allaitement
- Réflexe de succion
- Réflexe de déglutition : composés des voies réceptives et motrices du système nerveux.

Ces réflexes sont normalement totalement développés à 36 semaines de gestation.

Comment évaluer le réflexe des points cardinaux

- Le personnel de santé utilise un doigt propre pour toucher les joues ou la lèvre supérieure du bébé et vérifie si le bébé effectue des mouvements de succion ou s'il tourne le visage vers le doigt.

Comment évaluer le réflexe de succion

- Les prématurés peuvent avoir une capacité de succion faible.
- Le professionnel de santé peut insérer un doigt propre dans la bouche du bébé pour vérifier le réflexe de succion, une évaluation peut être faite sur la vitesse et la force de la succion.

Comment évaluer le réflexe de déglutition

Lorsque le réflexe de déglutition est absent ou la coordination entre la succion, la déglutition et la respiration est altérée le bébé est à risque de s'étouffer car le lait peut bloquer ses voies respiratoires.

Instructions : Nourrir le bébé à l'aide d'une tasse

Utiliser une tasse en plastique réutilisable pour donner du lait maternel aux nouveau-nés présentant des difficultés d'allaitement. C'est une solution d'alimentation simple à utiliser, facile à nettoyer et culturellement appropriée, qui permet au nourrisson de contrôler le rythme de l'allaitement.

Comment allaiter votre bébé avec une tasse

1. Lavez et séchez vos mains avant de commencer, utilisez une tasse stérile chaque fois.
2. Envelopper le bébé avec un tissu de mousseline pour éviter que ses mains frappent la tasse, le tissu peut être utile en cas pour essuyer tout liquide qui se déverse.
3. Soutenir le bébé en position verticale sur vos genoux afin que vous soyez tous les deux dans une position confortable.
4. Passez votre doigt sur la lèvre supérieure du bébé pour encourager l'ouverture de la bouche.
5. Placez la tasse vers les coins de la bouche du bébé, la coupe reposant doucement sur la lèvre inférieure.
6. Inclinez la tasse juste assez pour que le lait maternel exprimé soit juste en contact avec la lèvre inférieure.
7. Attendre que le bébé lape le lait, il peut commencer à laper après avoir senti l'odeur du lait.
8. Le lait ne doit pas être versé dans la bouche du bébé.
9. Augmenter doucement l'inclinaison de la tasse au fur et à mesure que le lait est consommé par le bébé, afin que le reste du lait soit toujours au bord de la tasse.
10. Laisser le bébé prendre de courtes pauses afin qu'il puisse réguler l'allaitement et prendre ce qui est nécessaire à chaque tétée. Tenir la tasse en place pendant les pauses. Le bébé s'arrêtera lorsqu'il aura pris suffisamment de lait, en fermant la bouche.
11. Calculer la quantité de lait prise et noter le temps de la prise.

Instructions : Insertion d'une sonde nasogastrique (sonde NG)

N'oubliez pas de vous laver les mains avant et après l'insertion de la sonde NG.

1. Tenir l'extrémité de la sonde contre le nez de l'enfant.
2. Mesurer la distance du nez au lobe de l'oreille, puis à l'épigastre. Marquer la sonde au stylo à ce point.
3. Demander à la mère ou l'aide-soignante de maintenir fermement la tête du bébé.
4. Lubrifier l'extrémité de la sonde avec de l'eau.
5. Passer l'extrémité de la sonde directement dans une narine en poussant lentement.
6. La sonde doit passer facilement vers le bas dans l'estomac sans résistance.
7. Lorsque la bonne distance a été atteinte, fixer la sonde avec du sparadrap au niveau du nez.
8. Aspirer une petite quantité de contenu de l'estomac pour vérifier que la sonde est en place (le papier tournesol bleu devient rose).
9. Si rien n'est aspiré, injecter de l'air dans la sonde à l'aide de la seringue et utiliser le stéthoscope pour écouter les bruits de gargouillements dans l'abdomen.
10. En cas de doute, retirer la sonde et la réinsérer.
11. Lorsque la sonde est en place, fixer une seringue de 20ml, sans piston jusqu'au bout de la sonde et verser le lait exprimé.

Points de discussion

Les causes principales des problèmes d'alimentation :

- Mauvaise technique d'allaitement
- Bébé de petits poids à la naissance
- Maladie (infection, anomalies structurelles : fente palatine, atrésie de l'œsophage)

Problèmes courants chez le nouveau-né :

- Pas bien nourri depuis sa naissance
- Se nourrissait bien à la naissance, mais à arrêter de s'alimenter ou se nourri mal
- Pas de prise de poids
- Difficultés d'alimentation et/ou est petit ou jumeau
- Mère ne peut pas allaiter

Prise en charge d'un bébé avec une fente labiale et palatine

Si le bébé a une fente labiale, mais le palais est intact :

- Essayer de l'allaitement maternel. En cas de succès, faire un suivi après une semaine pour vérifier la croissance et la prise de poids.
- En cas d'échec, donner du lait exprimé à l'aide d'une tasse.

Un bébé malade qui est incapable de téter ou incapable d'absorber

- Fournir à la mère l'équipement pour exprimer son lait.
- Si la mère veut mettre en place la lactation, encouragez-la à tirer le lait au moins 8 fois par jour, y compris la nuit. Lorsque la lactation est établie, cela peut être revu.
- Si la mère n'est pas en mesure de rester avec le nouveau-né pour les soins, veiller à ce qu'elle ait accès à l'utilisation d'un tire-lait.
- Rappeler à la mère que pour maintenir sa lactation, elle devra tirer régulièrement son lait jusqu'à ce que le bébé recommence à téter.

Le bébé a des difficultés pour se fixer au sein et comment prendre en charge ces difficultés

- Encourager fréquemment la mère car, dans la plupart des cas le bébé va progressivement apprendre à bien téter.
- Assurez-vous que l'environnement est calme et tranquille et que la mère et le bébé ont de l'intimité et ne sont pas dérangés durant la tétée.
- Vérifier le positionnement et corriger si nécessaire.
- S'assurer que la mère et le bébé sont confortables et n'ont ni trop chaud ni trop froid. Changer la couche du bébé si nécessaire.
- Mettre le bébé au sein avant qu'il ne devienne trop affamé et grincheux. Ne pas essayer de mettre un bébé qui crie au sein au début de l'allaitement maternel. Calmer d'abord le bébé si possible.
- Vérifier si la mère a des mamelons plats ou inversés.

En absence de lait maternel, utiliser du lait maternisé approprié préparé avec de l'eau potable ou du lait maternisé prêt à l'emploi s'il est disponible.

INFORMATIONS

Causes des problèmes d'alimentation des nourrissons

Voici quelques causes de troubles de l'alimentation et de déglutition chez le nourrisson :

- Blessures traumatiques à la naissance qui conduisent à des troubles neurologiques comme la paralysie cérébrale
- Fente labiale et/ou palatine
- Frein de la langue
- Anomalies du cou et de la tête
- Naissance prématurée
- Faible poids de naissance
- Problèmes respiratoires
- Maladies cardiaques
- Troubles gastro-intestinaux

12.7 : Prise en charge de la thermorégulation du nouveau-né et méthode « Mère Kangourou »

Ressources	
■ Mannequin de bébé prématuré Preemie Natalie (simulateur des prématurés)	■ Matériel éducatif
■ Thermomètre	■ Tableau à feuilles mobiles et markers
	■ Kit pour la méthode mère-kangourou

Points clés de la formation

Cette session se concentre sur la manière de fournir des soins thermaux à un nouveau-né de faible poids de naissance/prématuré et de développer les compétences et la technique de la méthode « mère kangourou » : contact peau à peau. Pour la première partie de la session, un Facilitateur peut agir comme la mère d'un nouveau-né prématuré, tandis que l'autre explique l'histoire aux participants et leur demande de s'occuper du nouveau-né comme s'ils sont dans une situation réelle.

La deuxième partie de cette session de compétences met l'accent sur l'enseignement de la pratique de la méthode « Mère Kangourou ». Démontrez cette compétence à tous les participants avant qu'ils ne commencent à la pratiquer.

Principaux résultats attendus

- Reconnaître et prévenir l'hypothermie chez le nouveau-né.
- Pratiquer la méthode « Mère Kangourou » (contact peau à peau).

Méthode « mère kangourou » (MMK)

Demandez aux participants quelle est la définition de la méthode mère kangourou et les avantages (utilisez le tableau à feuilles mobiles)

Définition : MMK fait référence aux soins thermiques par un contact peau à peau continue avec la mère. C'est une alternative bon marché et efficace aux soins de la couveuse et est particulièrement utile dans les milieux à faibles ressources. Elle améliore/soutient l'allaitement maternel exclusif ou toute autre alimentation appropriée et aide à la reconnaissance/réponse précoce à la maladie.

Rappelez-vous :

- Tous les nouveau-nés doivent être pesés, même ceux qui sont nés à la maison. Cela peut être fait lors de la première visite postnatale dans l'établissement de santé ou dans la communauté.
- Le poids de naissance doit être mesuré dans les premières 24 heures.

Scénario clinique

Une femme dans le service des suites de couche a récemment mis au monde un nouveau-né prématuré qui pesait 1,8kg à la naissance. Le nouveau-né semble être physiquement stable, mais a une température de 35,5°C. Comment allez-vous fournir des soins thermiques au nouveau-nés ?

Actions attendues

Partie 1 : Conduite à tenir devant une hypothermie et mise en œuvre de la méthode « Mère kangourou » (MMK)

Toujours suivre les principes généraux de soins du nouveau-né

Si le nouveau-né est un prématuré ou petit pour l'âge gestationnel et en soins continus MMK

- Mesurer la température deux fois par jour.
- Enseigner à la mère comment observer le rythme de respiration du nouveau-né et expliquer les variations normales.
- Montrer à la mère comment frotter le dos du nouveau-né pendant 10 secondes pour stimuler le bébé à respirer quand il y a une apnée.
- Enseigner à la mère comment observer le nouveau-né pour détecter les signes de danger comme l'apnée, la diminution des mouvements, la léthargie et une mauvaise alimentation.
- Discuter quand cesser la MMK chez les prématurés ou les petits poids pour l'âge gestationnel.

Si le nouveau-né est à terme et le MMK est utilisé pour gérer les basses températures

En cas d'hypothermie, contrôler la température rectale toutes les heures pendant 3 heures. Si la température augmente de 0,5°C par heure au cours des 3 dernières heures, continuer l'observation et vérifier à nouveau la température toutes les 2 heures.

- Si la température ne monte pas ou augmente plus lentement que 0,5°C par heure, chercher des signes de septicémie (mauvaise alimentation, vomissements, difficulté à respirer).
- Si la température est normale, mesurer la température du nouveau-né toutes les 2 heures pendant 12 heures.
- Si la température reste normale, des observations peuvent être prises deux fois par jour pendant la durée du séjour après l'accouchement.
- Discuter des pratiques locales/expériences des participants

Partie 2 : MMK

Les participants doivent démontrer les étapes de la méthode « mère kangourou » :

1. Assurer un environnement chaud (fermer les portes et les fenêtres).
2. Garder le nouveau-né dans des vêtements secs, couvrir la tête avec un bonnet.
3. Expliquer l'importance de la MMK à la mère (par exemple, la MMK garde le nouveau-né au chaud, privilégie l'allaitement maternel et réduit les épisodes d'apnée).
4. Pendant que la mère tient le nouveau-né, décrire chaque étape de la MMK, montrer les étapes et lui permettre ensuite de suivre la procédure d'elle-même.
5. Demander à la mère de porter des vêtements légers et amples.

Positionnement Kangourou

- Préserver l'intimité de la mère pour qu'elle puisse ouvrir ses vêtements à l'avant, et exposer ses seins.
- Demander à la mère de s'asseoir ou de s'installer confortablement.
- Déshabiller doucement le nouveau-né, à l'exception du bonnet, des couches et des chaussettes.
- Le nouveau-né doit être placé entre les seins de la mère pour un contact peau à peau, s'assurer que :
 - Le nouveau-né est en position verticale, directement sur la peau de la mère
 - La tête doit être tournée d'un côté et légèrement surélevée vers le haut. Cette position de la tête légèrement surélevée maintient les voies respiratoires ouvertes et permet le contact oculaire entre la mère et son nouveau-né.
 - Les hanches doivent être fléchies et élevées dans une position « grenouille » ; les bras doivent également être fléchies.
 - L'abdomen du nouveau-né doit être au niveau de l'épigastre de la mère.
- Couvrir le nouveau-né avec le châle ou la robe de la mère. Envelopper ensemble le nouveau-né et la mère avec une couverture supplémentaire et mettre un bonnet sur la tête du nouveau-né.
- Soutenir les fesses du nouveau-né avec une écharpe/un foulard ou utiliser l'écharpe préfabriquée pour la MMK.
- La mère et le prématuré peuvent aussi dormir ensemble pendant la MMK.

Garder le nouveau-né dans cette position pendant 24 heures, tous les jours sauf pour de brèves pauses. Rassurer la mère que son nouveau-né peut recevoir la plupart des soins quotidiens nécessaires, y compris l'allaitement, pendant la MMK. Le nouveau-né n'est retiré du contact peau à peau que pour changer la couche, l'hygiène corporelle générale et les soins du cordon et pour l'examiner au cours de la visite postnatale.

Quand arrêter la MMK

La MMK peut être interrompue lorsque l'enfant pèse plus de 2500g. De nombreux nouveau-nés en MMK vont commencer à se tortiller/bouger et c'est un signe qu'ils peuvent commencer à être traité comme un nouveau-né normal.

Points de discussion

1. Discuter des avantages de la MMK
2. Discuter des situations où la mère ne se porte pas assez bien ou n'est pas présente. Est-ce que le père ou un autre membre de la famille peut remplacer la mère ?
3. Pourquoi les nouveau-nés sont-ils prédisposés à l'hypothermie ? Comment prévenir et reconnaître l'hypothermie. Mettre l'accent sur l'importance de prévenir l'hypothermie et comment la prévenir systématiquement par :
 - Assurer un environnement chaud
 - Éviter les bains précoces
 - Après l'accouchement : mère chaude = bébé chaud – fournir des couvertures et des fluides chauds (bouillie) à la mère

INFORMATIONS

Les deux composantes de la MMK sont :

1. Le contact peau à peau : le contact peau à peau précoce, continu et prolongé entre la mère et son bébé est la composante de base de la MMK. L'enfant est placé sur la poitrine de sa mère entre les seins.
2. L'allaitement maternel exclusif : le bébé en MMK est allaité uniquement au sein. Le contact peau à peau favorise la lactation et facilite l'interaction alimentaire.

Les avantages de la MMK sont :

- **Le contact corporel continu** entre la partie antérieure du corps du bébé et la poitrine de la mère : le contact peau à peau commence à la naissance et se poursuit jour et nuit. Outre sa fonction de régulation de la température, il favorise les liens affectifs entre la mère et le bébé.
- **Allaitement exclusif** : la tête du bébé est proche des seins de la mère et il peut s'allaiter fréquemment/à la demande. L'allaitement peut commencer dans l'heure suivant la naissance et continuer toutes les 2 heures par jour. Il n'est pas nécessaire d'enlever le bébé de la poitrine de la mère pour le nourrir. Le tissu enroulé autour de la mère et du bébé peut juste être desserré pour l'allaiter.
- **Soutien à la mère** : La mère peut continuer à faire ce qu'elle fait normalement tout en prodiguant des soins par la méthode « mère kangourou ». Par exemple, la mère peut cuisiner, nettoyer et dormir sans interrompre le contact peau à peau. Le père et les autres membres de la famille peuvent participer à la prestation de soins par la méthode « mère kangourou » si la mère est malade ou doit être éloignée de son bébé.
- Maintient la température stable et le nouveau-né consomme moins d'énergie et réduit l'hypothermie (lorsque le bébé prend froid).
- Maintient la fréquence cardiaque et le rythme respiratoire du bébé stables.
- Maintient l'oxygénation, la consommation d'oxygène et la glycémie à un niveau égal ou meilleur à celui des nouveau-nés recevant un traitement classique dans une couveuse.
- Réduit le stress chez les bébés prématurés et les bébés de faible poids de naissance, ce qui réduit le risque de pleurs.
- Les habitudes de sommeil sont maintenues.
- Le bébé a facilement accès au sein et la mère est plus susceptible d'allaiter son bébé exclusivement.
- Toutes les mères qui donnent naissance à un petit bébé, que la MMK soit envisagée ou non, devraient être encouragées à commencer à exprimer leur lait maternel dès que possible après l'accouchement.

12.8 : Évaluation et prise en charge d'un nouveau-né gravement malade

Ressources	
■ Glucomètre	■ Oxymètre de pouls
■ Thermomètre	■ Oxygène
■ Stéthoscope (pédiatrique)	■ Stylos

Points clés de la formation

Expliquer que cette session concerne la prise en charge d'un nouveau-né souffrant d'hypoglycémie. Un des participants devra jouer le rôle de la mère qui vient à la clinique avec son nouveau-né malade. Le Facilitateur doit donner aux participants l'historique, leur demander de traiter le scénario, comme ils le feraient dans la vie réelle. Indiquer aux participants qu'il y a des équipements disponibles sur une table adjacente pour qu'ils puissent l'utiliser. Les actions attendues des participants et leurs résultats, qui seront commentés par le Facilitateur, sont indiqués ci-dessous. Si les participants ne parviennent pas à administrer le traitement attendu, les guider progressivement tout au long du processus. Encourager la discussion et le travail d'équipe.

Principaux résultats attendus

- Comprendre la reconnaissance précoce et la prise en charge rapide du nouveau-né malade.
- Comprendre de la prise en charge initiale du nouveau-né malade.

Scénario clinique

Une femme se présente dans un centre de santé primaire six heures après avoir donné naissance à la maison avec l'aide de la famille, sans complication obstétricale. Sa petite fille était en bonne santé tout de suite après la naissance, mais est maintenant très léthargique et ne prend plus le sein.

Facilitateur :	Quelles questions aimeriez-vous poser à la mère ? Sur sa condition physique ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introductions utilisant des principes de soins de maternité respectueux ■ Obtenir systématiquement les antécédents personnels, obstétricaux et médicaux. ■ Ressent-elle un malaise général ? ■ Présente-t-elle d'autres symptômes ? ■ Bien-être maternel – fièvre, pertes vaginales malodorantes, douleurs abdominales ■ Vérifier le diagnostic du VIH, du paludisme et de la tuberculose. ■ Quelle est la durée de ses différents symptômes ? ■ A elle été traitée avec des médicaments ?

Facilitateur :	Quelles questions aimeriez-vous poser à la mère à propos de l'état de son nouveau-né ?
Participant :	<p>Est-ce que le nouveau-né a été nourri depuis sa naissance ? Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De quelle façon a-t-il été nourri (au sein/à la tasse)/quand est-ce qu'il a été nourri pour la dernière fois ? ■ Est-ce que le nouveau-né se nourri bien/prend-il bien le sein/se réveille-t-il pour être nourri ? ■ Combien de temps dure chaque tétée et à quelle fréquence est-il nourri ? <p>Pour l'allaitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Est-ce que la mère produit déjà du lait ? ■ A-t-elle déjà allaité auparavant, si oui, est-ce que cela s'était bien passé ou non ? ■ Est-ce que la mère reçoit un soutien pour l'allaitement ? ■ Est-ce que le nouveau-né a mouillé ses couches/vomi/évacué du méconium ? ■ Si non : Explorer les raisons pour lesquelles le bébé ne se nourri pas.
Facilitateur :	Comment pourriez-vous faire une évaluation rapide du nouveau-né ?
Participant :	<p>Approche systématique</p> <p>Examen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Voies respiratoires ■ Respiration : respiration rapide, des efforts respiratoires accrus (tirage sous-costal, battement des ailes du nez, geignement) ■ Circulation : temps de remplissage capillaire central < 3 sec, couleur, pouls rapide ■ État neurologique : tonus, niveau de conscience, vérifier la glycémie <p>Consigner les observations sur la fiche de surveillance du nouveau-né</p>
Facilitateur :	<p>À l'examen, son RC est de 180 bpm, RR 70/min est, et sa T de 35,5°C, glycémie < 2,6mmol/l (45mg/dl).</p> <p>Qu'est-ce que cette information vous apprend ?</p> <p>Quel pourrait être le diagnostic différentiel et comment allez-vous prendre en charge ce bébé ?</p>

<p>Participant :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce bébé est très malade et nécessite une prise en charge urgente. ■ Septicémie néonatale ■ Faible poids à la naissance ou prématuré ■ Difficultés d’allaitement ■ Penser au diabète gestationnel chez la mère. <p>Utiliser une approche structurée pour la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Voies respiratoires : assurez-vous qu’elles sont libres, aspiration des sécrétions ■ Respiration : fournir de l’oxygène (idéalement par l’intermédiaire d’une canule nasale), vérifier la saturation de l’oxygène (viser une saturation > 92%), ■ Circulation : Considérer la prise d’une voie veineuse si possible pour l’administration de fluides (10ml/kg de chlorure de Sodium à 0,9%) ■ État neurologique : Prise en charge de l’hypoglycémie comme discuté ci-dessous ■ Infection : Pensez à donner par voie intraveineuse ou intramusculaire de l’ampicilline et de la gentamicine (se reporter au manuel de l’OMS pour la prise en charge des nouveau-nés pour les doses recommandées)
<p>Facilitateur :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quels sont les principaux symptômes de l’hypoglycémie (glycémie inférieure à 2.6mmol/l (Noter que certains pays utilisent moins de 2,6mmol/l. Il n’y a aucune preuve matérielle d’une valeur exacte à utiliser. Le point clé de l’apprentissage est de reconnaître l’hypoglycémie).
<p>Participant :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Léthargie ■ Somnolence et inconscience ■ Convulsions ■ Paupières partiellement ouvertes ou rétractées ■ Irritabilité ■ Sueur ■ Hypothermie (température inférieure à 36,5°C).
<p>Facilitateur :</p>	<p>Scénario clinique A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si la glycémie est inférieure à 2.6mmol/l (45mg/dl), mais au moins égale à 1.1mmol/l (25mg/dl) : comment est-ce que vous traiteriez ce nouveau-né ?
<p>Participant :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permettez au bébé de s’allaiter au sein s’il est conscient. ■ Si le bébé ne peut pas être nourri au sein, donner du lait maternel exprimé ■ Mesurer la glycémie dans les trois heures ou avant la prochaine tétée (peut être avant si l’état de l’enfant se dégrade) ■ Une fois que la glycémie est de 2,6mmol/l (45mg/dl) ou plus, sur deux mesures consécutives, suivre les instructions sur la fréquence de la mesure de la glycémie lorsque la glycémie revient à la normale

Facilitateur :	<p>Scénario clinique B :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si la glycémie est inférieure à 25mg/dl (1,1mmol/l) ou le bébé est inconscient, comment est-ce que vous allez traiter et gérer ce bébé ?
Participant :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traiter le bébé avec soit du lait maternel (par voie orale ou par sonde nasogastrique) si bébé est conscient ou par Dextrose à 10% en IV si le bébé est inconscient. ■ Mettre en place une perfusion intraveineuse si possible. ■ Administrer lentement un bolus de 2ml/kg de poids de glucose à 10% IV pendant cinq minutes. ■ Si la voie intraveineuse ne peut être établie rapidement, donner 2ml/kg de poids de glucose à 10% par sonde nasogastrique. ■ Perfusion quotidienne de glucose à 10% en maintien en fonction de l'âge du bébé (par sonde nasogastrique si aucun accès IV n'est possible) (se reporter au manuel de l'OMS pour les besoins quotidiens en fluide) ■ Mesurer la glycémie 30 minutes après le bolus de glucose puis toutes les trois heures : <ul style="list-style-type: none"> □ Si la glycémie est inférieure à 1,1mmol/l (25mg/dl), répétez le bolus de glucose (voir ci-dessus) et continuer la perfusion ; □ Si la glycémie est inférieure à 2,6mmol/l (45mg/dl) mais au moins égale à 1,1mmol/l (25mg/dl), continuer la perfusion et répéter la mesure de la glycémie toutes les trois heures jusqu'à ce que la glycémie soit de 2,6mmol/l (45mg/dl) ou plus sur deux mesures consécutives ; □ Lorsque la glycémie est de 2,6mmol/l (45mg/dl) ou plus pendant deux mesures consécutives, laisser le bébé commencer à s'allaiter au sein. Si le bébé ne peut pas être allaité, donner lui du lait exprimé (voir module sur la prise en charge des problèmes d'alimentation du nouveau-né). <p>Au fur et à mesure que les capacités du bébé à s'alimenter s'améliorent, diminuer lentement (sur une période de trois jours) le volume de glucose en IV tout en augmentant le volume des tétées.</p> <p>Ne pas interrompre brusquement la perfusion de glucose.</p>
Facilitateur :	<p>À quelle fréquence les observations cliniques peuvent-elles être effectuées pour un nouveau-né ?</p>

Participant :	Conditions médicales	Fréquence des observations
	Les bébés nés de mères présentant un ou plusieurs facteurs de risque d'infection bactérienne : <ul style="list-style-type: none"> ■ Mère porteur d'une infection au Streptocoque du Groupe B au cours de la grossesse <i>actuelle</i> (avec ou sans prophylaxie antibiotique pendant l'accouchement) ■ Enfant précédent présentant une infection au Streptocoque du Groupe B ■ Rupture des membranes avant travail (>24heures) ■ Travail prématuré spontané (< 37 semaines) ■ Fièvre intrapartum (> 38°C) ■ Chorioamniotite 	1 heure, 2 heures, 4 heures 6 heures, 8 heures, 10 heures et 12 heures après la naissance. Les observations seront discontinus si elles sont normales.
	Recevoir des antibiotiques pour une infection suspectée ou avérée.	Observations comme ci-dessus pour les 12 premières heures, puis toutes les 4 heures pendant le traitement.
	Nouveau-né à risque d'hypoglycémie (< 37 semaines, < 10ème centile, enfant de mère diabétique)	Observations nécessaires avant allaitement toutes les 3 heures jusqu'à ce que les mesures glycémiques soient stables.
	Liquide amniotique teinté au méconium. Méconium de grade 1	Le nouveau-né doit avoir des observations à 1 et 2 heures
	Méconium de grade 2 ou 3	Les observations doivent être effectuées à 1 et 2 heure post-partum, puis toutes les 2 heures pendant 10 heures supplémentaires.
	Nouveau-né présentant d'autres problèmes	Utiliser son jugement clinique
Ceci est une exigence minimale pour la fréquence des observations mais les sages-femmes et le personnel médical peuvent utiliser leur jugement clinique dans chaque cas individuel.		

Facilitateur :	Comment s'organiser pour que la mère et le nouveau-né soient transférés à une unité de soins de référence ?
Participant :	<p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Informer les parents/membres clés de la famille de la nécessité de ce transfert ■ Identifier et communiquer verbalement avec la formation sanitaire de référence avant le transfert si possible ■ Rédiger une lettre de référence/résumé les détails sur l'état de santé de la mère et du nouveau-né et les interventions <p>Transport :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Discuter avec les supérieurs hiérarchiques du besoin d'évacuation par ambulance ■ S'il le moyen de transport est disponible – Envisager une liste de contrôle des médicaments et du matériel nécessaire pour le transfert <p>Statut du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer-vous que le nouveau-né est en assez bon état pour le transfert. ■ Il pourrait être nécessaire d'avoir une conversation sur les soins palliatifs si les résultats risquent d'être très médiocres.

Points de discussion :

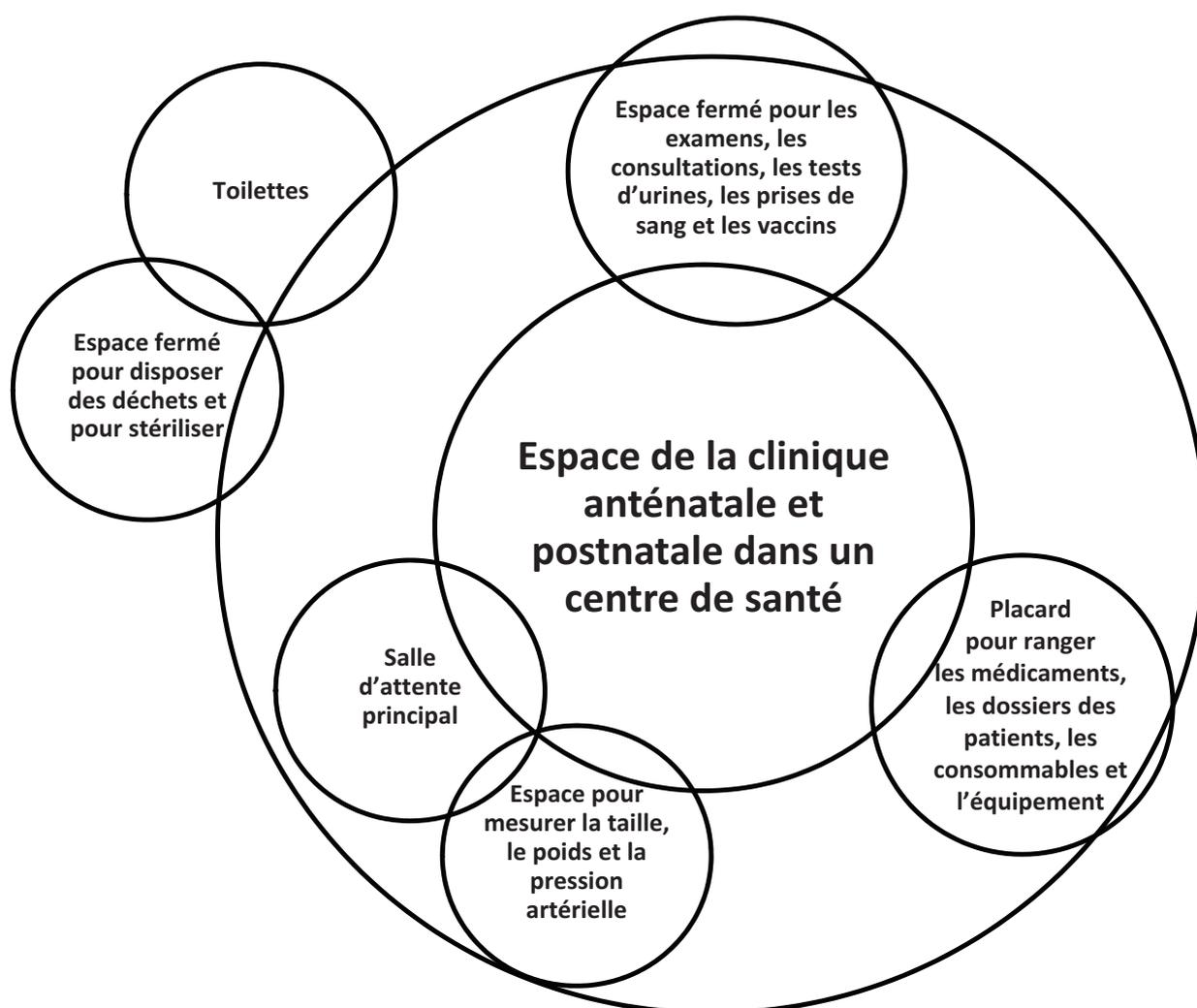
1. Il est très important de souligner l'importance de l'allaitement maternel si possible même chez la mère séropositive dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'utilisation d'aliments de substitution est associée à une survie réduite des nourrissons.
2. L'hypoglycémie devrait être systématiquement réduite par des tétées courtes et fréquentes et le traitement d'infections intercurrentes suspectées.
3. En cas de convulsions, exclure les autres causes telles que le paludisme, la méningite, la carence en thiamine, hypo/hyponatrémie.
4. Mentionner le tétanos comme cause de convulsions, surtout à la fin de la première semaine.

Annexes



Annexe 1 : Aménagement suggéré pour une clinique anténatale et postnatale

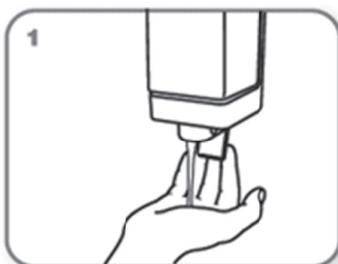
Aménagement suggéré pour une clinique anténatale et postnatale dans un petit centre de santé ou dans un plus grand hôpital :



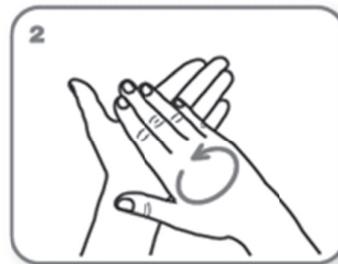
Annexe 2 : Technique de lavage des mains



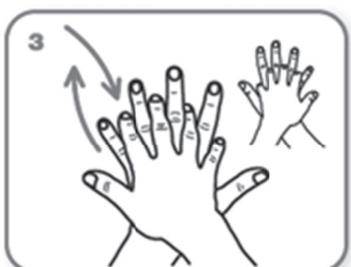
Mouiller les mains avec de l'eau



Appliquer suffisamment de savons pour recouvrir toutes les surfaces des mains



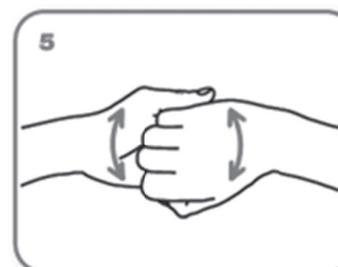
Frotter les mains, paume contre paume



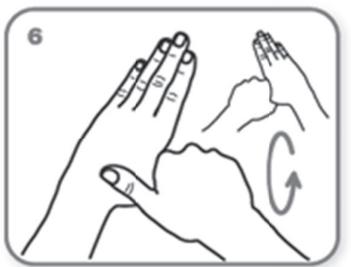
Paume droite sur le dos de la main gauche avec doigts entrelacés et vice versa



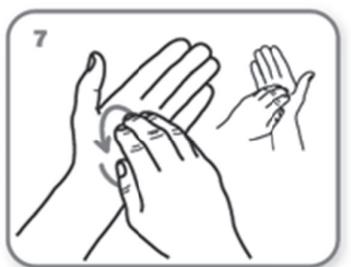
Paume contre paume avec doigts entrelacés



Dos des doigts contre la paume opposée avec les doigts entrelacés



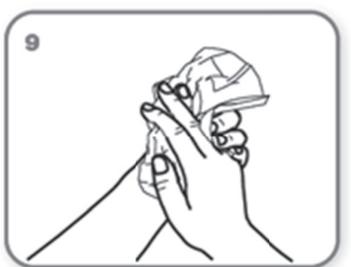
Le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite et vice versa



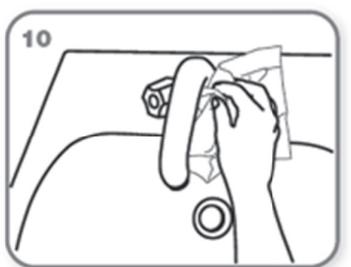
La pointe des doigts de la main droite par rotation dans la paume de la main gauche et vice versa



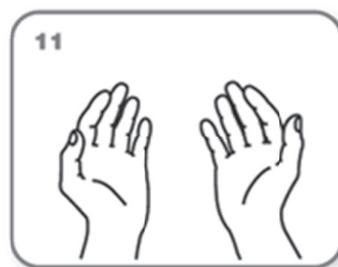
Rincer les mains à l'eau



Les sécher soigneusement avec une serviette à usage unique



Fermer le robinet à l'aide de la serviette



Vos mains sont propres

Annexe 3 : Échographie obstétricale pendant et après la grossesse

Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Intrapartum	Postnatal
<p>Datation de la grossesse/évaluation de l'âge gestationnel, qui est plus précis de 10+0 à 13+6 semaines.</p> <p>Localisation de la grossesse en cas de soupçon de grossesse extra-utérine.</p> <p>Évaluation des saignements en début de grossesse pour confirmer la viabilité en cas de fausse couche présumée.</p> <p>Chorionicité et placentation en cas de grossesse multiple.</p> <p>La mesure de la clarté nucale dans le cadre du dépistage de la trisomie 21.</p>	<p>Échographie visant à déceler d'éventuelles anomalies fœtales entre 18 et 22 semaines.</p> <p>Mesure de la longueur du col en cas d'insuffisance cervicale suspectée.</p> <p>Débit au sein de l'artère utérine pour les patientes à risque de pré-éclampsie et de retard de croissance intra-utérin.</p> <p>Localisation du placenta en cas placenta prævia et accréta.</p> <p>Confirmation de mort fœtale in-utéro.</p>	<p>Croissance fœtale et bien-être si une petite taille pour l'âge gestationnel est suspectée, s'il y a un retard de croissance intra-utérin et s'il y a eu une fausse couche antérieure.</p> <p>Évaluation des bébés de grande taille pour leur âge gestationnel.</p> <p>Évaluation du volume de fluide en cas d'oligoamnios et d'hydramnios.</p> <p>Présentation pour écarter les possibilités de positions anormales, telles que transversale, en siège ou instable.</p> <p>Version céphalique par manœuvres externes comme aide au diagnostic et à la procédure.</p> <p>Confirmation de mort fœtale in-utéro.</p>	<p>Pour confirmer la présentation pendant le travail (par exemple en cas de doute sur une présentation en siège)</p> <p>Accouchement de jumeaux pour confirmer la localisation des fœtus.</p> <p>Localisation de la fréquence cardiaque fœtale (en particulier en cas d'IMC élevé)</p> <p>Confirmation de mort fœtale intra-utérine.</p>	<p>Saignements longtemps après l'accouchement pour écarter la possibilité de rétention de tissus placentaires (la cause la plus fréquente est l'endométrite)</p>

Annexe 4 : Questionnaire de Whooley pour dépister la dépression

1. Durant le mois dernier, avez-vous été perturbé par un découragement, une déprime, une perte d'espoir?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Durant le mois dernier, avez-vous souvent été perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une troisième question devrait être envisagée si la femme répond « oui » à l'une des questions initiales, 3. Est-ce que vous pensez que vous avez besoin d'aide?		

« Oui » à une (ou aux deux) questions = test positif (une évaluation plus approfondie est nécessaire)

« Non » aux deux questions = test négatif (pas de dépression)

- Un test positif identifie les patientes qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie.
- Un test négatif exclue en principe le diagnostic de la dépression.
- Le questionnaire de Whooley ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer ou mesurer la sévérité de la dépression.
- Le jugement clinique doit toujours être utilisé lors de l'évaluation de la dépression.

Annexe 5 : Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

La dépression postpartum est très fréquente L'échelle de dépression postpartum d'Édimbourg est un questionnaire de 10 questions auxquelles la mère répond et qui a prouvé pouvoir permettre d'identifier de manière efficace et rapide les patientes à risque de dépression liée à la grossesse.

Merci de sélectionner la réponse qui décrit au mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours :

1. J'ai pu rire et apprécier le côté amusant des choses
 - Autant qu'auparavant
 - Pas vraiment autant qu'avant
 - Certainement pas autant qu'avant
 - Pas du tout

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 - Autant qu'avant
 - Plutôt moins qu'avant
 - Vraiment moins qu'avant
 - Presque pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, de temps en temps
 - Pas très souvent
 - Non, jamais

4. J'ai ressenti de l'anxiété ou de l'inquiétude, sans raison valable.
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent

5. Je me sens inquiète ou soucieuse, sans raison valable.*
 - Oui, beaucoup
 - Oui, parfois
 - Non, pas beaucoup
 - Non, pas du tout

6. J'ai tendance à me sentir dépassée par les événements.*
 - La plupart du temps je n'arrive pas du tout à gérer
 - Parfois, je ne gère pas aussi bien qu'avant
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Je m'en sors aussi bien qu'avant

Soins Prénatals et Postnatals – Manuel du Facilitateur

7. Je me sens si malheureuse que j'en ai du mal à dormir.*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me sens triste ou malheureuse.*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me sens si malheureuse que j'en pleure.*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, beaucoup
- De temps à autre
- Non, jamais

10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal.*

- Oui, beaucoup
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

L'échelle de dépression postpartum d'Édimbourg

Notation

Questions 1, 2 et 4 (sans astérisque *) sont notés, 0, 1, 2 ou 3. La case du haut étant noté 0 et la case du bas étant noté 3.

Questions 3, 5 à 10 (marquées d'un astérisque *) sont notées à l'envers, la case du haut étant notée 3 et la case du bas notée 0.

Scores:

0-9: Les scores dans cette plage peuvent indiquer la présence de certains symptômes de détresse qui peuvent être de courte durée et sont moins susceptibles d'interférer avec la capacité quotidienne de fonctionner à la maison ou au travail. Cependant, si ces symptômes ont persisté plus d'une semaine ou deux, une enquête plus approfondie est justifiée.

10-12: Les scores dans cette plage indiquent la présence de symptômes de détresse qui peuvent être gênants. Répétez l'outil dans deux semaines et continuez à suivre les progrès régulièrement. Si les scores augmentent à plus de 12, évaluez davantage et envisagez de référer la patiente au besoin.

13 +: Les scores supérieurs à 12 nécessitent une évaluation plus approfondie et une prise en charge appropriée car la probabilité de dépression est élevée. La référence à un psychiatre/psychologue peut être nécessaire.

Question 10: Toute femme qui obtient un score de 1, 2 ou 3 sur la question 10 doit subir une évaluation plus poussée avant de quitter l'établissement de santé pour assurer sa propre sécurité et celle de son bébé.

Annexe 6 : Outil de dépistage de la violence domestique

Outil de dépistage de violence domestiques (HITS) “Hurt, Insulted, Threatened with Harm and Screamed”

Lisez chacune des actions suivantes et cochez la case indiquant au mieux la fréquence à laquelle votre partenaire/mari agit de cette façon.

Date : _____

Age : _____

À quelle fréquence votre partenaire/mari ?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Fréquemment
1. vous blesse physiquement					
2. vous insulte ou vous dénigre					
3. vous menace avec agressivité					
4. Crie ou s'énerve contre vous					
	1	2	3	4	5
SCORE TOTAL :					

- Chaque réponse reçoit entre 1 et 5 points
- Le score peut aller de 4 à 20.
- Un score supérieur à 10 signifie que vous êtes en danger de violences domestiques et devez chercher conseil ou assistance auprès d'un professionnel de santé ou d'un centre de ressources sur les violences domestiques.

Annexe 7 : Principaux médicaments et vaccins pendant la grossesse, après la grossesse et pour le nouveau-né.⁷

Médicament	Dosage	Notes
1. Antibiotiques		
Amoxicilline	Gélules de 500mg	Traitement de 7 jours toutes les 8 heures = 21 gélules de 500mg/ensemble du traitement
Ampicilline	500mg en poudre (ampoules) à recomposer pour une utilisation en intraveineuse	Traitement moyen estimé à : Dose IV 1g pour commencer puis 500mg toutes les 6 heures (passage possible à la voie orale) = 22 doses de 500mg Dose néonatale : 25mg/kg d'ampicilline ou de pénicilline et de gentamycine (jusqu'à l'âge de 2 semaines : 3mg/kg toutes les 12 heures ; de 2 semaines à 12 ans : 2mg/kg toutes les 8 heures)
Azithromycine	Gélule de 250mg	1g en dose unique
Benzylpénicilline (Pénicilline G)	Flacon d'1g de poudre pour Utilisation IV ou IM	Benzathine benzylpénicilline en poudre pour injection de 1.44g de benzylpénicilline (= unités de 2,4 million) en flacon de 5ml souvent donné directement en unité de 2,4 million par IM
Céfixime	Gélule de 200mg	400mg/jour en deux doses divisées sur toutes les 12 heures
Céphalosporine (par exemple céfazoline, céfoxamine, ceftriaxone)	Le dosage sera de 500mg par voie IV ou orale	Traitement moyen par IV estimé à 500mg Toutes les 8 heures pendant 5 jours (passage ensuite possible à la voie orale) = 15 doses/cas Quantité estimée similaire pour une utilisation orale 750 doses de 500mg de céphalosporine pour une utilisation orale (gélules)
Érythromycine	Gélules de 500mg pour une utilisation orale	Traitement fréquent : 500mg toutes les 6 heures pendant 7 jours + 28 gélules/cas
Gentamicine (aminoglycoside)	IV – flacon de 2ml	Traitement fréquent de 80mg toutes les 12 heures par IV = 14 doses de 80mg/cas

⁷ Notez que ce tableau ne donne que les dosages des médicaments utilisés en routine. Le protocole national doit être suivi s'il est disponible.

Nitrofurantoïne	Gélule de 50mg	Utiliser 100mg toutes les 12 heures pendant 7 jours. Utiliser pendant la grossesse pour traiter les infections urinaires
2. Antirétroviraux		
Névirapine	Mère : comprimé de 200mg Nourrisson : suspension orale de 50mg/5ml	Comprimé unique de 200mg pendant le travail pour la mère et de 2mg/kg en dose unique pour le nourrisson pendant les premières 72 heures (bébé moyen 3,5kg = 7mg = <1ml/cas)
Efavirenz + emtricitabine + ténofovir 30mg	Comprimé 600mg + 200mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé une fois par jour
Lamivudine + névirapine + zidovudine (AZT)	Comprimé 150mg + 200mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé deux fois par jour
Comprimé de lamivudine + névirapine + stavudine	Comprimé 150mg + 200mg + 30mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé deux fois par jour
Lamivudine + stavudine	Comprimé 300mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister
Lamivudine + zidovudine	Comprimé 150mg + 300mg	Comprimés co-formulés sous blister. 1 comprimé deux fois par jour
Comprimé de ténofovir	300mg	1 comprimé une fois par jour (utilisé en conjonction avec d'autres médicaments antirétroviraux)
3. Antituberculeux		
Isoniazide	Comprimé, 100mg	5mg/kg une fois par jour – dose maximale : 300mg/jour
Pyrazinamide	Comprimé, 400mg	25mg/kg une fois par jour – dose maximale : 2g/jour
Comprimé de Rifampicine	Comprimé, 150mg et 300mg	600mg une fois par mois à jeun
Éthambutol	Comprimé de 100mg et 400mg	15mg/kg une fois par jour – dose maximale : 1200mg/jour
Kanamycine	1g en flacon	Liste complémentaire de médicaments pour le traitement des cas de tuberculose MDR
Ofloxacin	Comprimé 200mg et 400mg	Liste complémentaire de médicaments pour le traitement des cas de tuberculose MDR
4. Médicaments pour traiter les troubles respiratoires		
Prednisolone	Comprimé de 5mg	Dose initiale : 20-70mg/jour Dose de maintenance : 5-15mg/jour. Dose quotidienne unique à prendre le matin avec un repas
Inhalateur de terbutaline, 100mg	100mcg/dose mesurée	Une inhalation quand nécessaire Pas plus de 4 inhalations ne devraient être nécessaires sur une période de 24 heures. Une dose unique fait effet pendant jusque 6 heures

Inhalateur de salbutamol	100mcg/dose mesurée par aspiration	2 à 4 inhalations toutes les 10 à 30 minutes en traitement symptomatique d'une crise d'asthme
Hydrocortisone	Comprimé 10mg	60 à 80mg toutes les 4 à 6 heures pendant 24 heures puis réduire graduellement la dose sur plusieurs jours
Nébuliseur de salbutamol	2,5mg, 5mg – solution pour inhalation	5mg dans 2,5ml à administrer avec un nébuliseur en cas de crise d'asthme grave
5. Antiémétiques		
Métoclopramide	Comprimé de 10mg ou injection, 5mg/ml dans 2ml	15 à 30mg/jour en trois doses divisées toutes les 6 heures
Ondansétron	Comprimé de 4mg	4mg ou 8mg deux fois par jour
Prométhazine	Comprimé de 25mg	25 à 75mg/jour divisés en 3 doses ou une fois la nuit
Prochlorpérazine	Comprimé de 5 à 10mg ou IV/IM	Prévention 5 à 10mg deux ou trois fois par jour Traitement : 20mg immédiatement
Cyclizine	Comprimé ou injection de 50mg	50mg par voie orale, peut être répété jusqu'à trois fois par jour ou 50mg par voie intramusculaire ou intraveineuse jusqu'à trois fois par jour
6. Antipaludiques		
Quinine	Comprimés de 300mg IV de quinine dihydrochloride 300mg/ml = ampoule de 2ml	Voie orale – 600mg toutes les 8 heures pour jusqu'à 10 jours IV – 20mg/kg pour commencer (estimation de 1200mg) puis 10mg/kg toutes les 8 heures (estimation de 600mg) pendant 48 heures, et passer ensuite au traitement par voie orale
Sulfadoxine pyriméthamine	Comprimés de 500mg + 25mg	2 ou 3 doses présumées de traitement administré pendant la période prénatale si résistance à la chloroquine, ou selon les recommandations nationales
Artésunate-amodiaquine	Comprimés 100mg + 270mg	Comprimés co-formulés sous blister. 2 comprimés une fois par jour pendant 3 jours
Artéméther Luméfantrine	Comprimés 20mg + 120mg	Comprimés co-formulés sous blister. Le traitement est donné deux fois par jour pendant 3 jours
7. Antiacides		
Magnésium trisilicate	Comprimé, 500mg	1 ou 2 comprimés à mâcher quatre fois par jour
Oméprazole	Gélule, 10mg et 20mg	20mg une fois par jour le matin pendant 3 jours
Ranitidine	Comprimé, 150mg ou Injection, 25mg/ml dans 2ml	150 deux fois par jour, ou 300mg au coucher

8. Médicament pour la thyroïde		
Carbimazole	Comprimé 40mg	20 à 60mg, à prendre en deux à trois doses La dose devra être ajustée à la fonction thyroïdienne
Propylthiouracile	Comprimé 50mg	50-150mg une fois par jour
Levothyroxine	Comprimé 100mg	100-200mg une fois par jour
9. Anti-épileptiques		
Lamotrigine	Comprimé 100mg	100 ou 400mg tous les jours en fonction de la sévérité
Lévétiracétam	Comprimé 500mg	1000 et 3000mg tous les jours en fonction de la sévérité
Primidone	100-125mg doses orales ajustées	Un comprimé une fois par jour
Topiramate	Comprimé de 200mg	200-400mg à prendre en deux fois
Carbamazépine	Comprimé de 100mg et 200mg	0.8-1.2g par jour à prendre en deux fois
10. Antihypertenseurs		
Labétalol	Comprimés de Labétalol pour utilisation orale 100mg Labétalol pour injection 5mg/ml ampoules de 20ml	Voie orale : comprimés de 100-200mg toutes les 12 heures 10-20mg par IV si l'hydralazine n'est pas disponible ou pas efficace Dose de maintenance 40mg/heure par IV pendant 24 heures
Nifédipine	Comprimés à libération prolongée 5 ou 10mg	5-10mg donnés par voie orale en cas de pré-éclampsie. Répétition possible. Puis 20-100mg par jour en deux fois pour au moins 30 jours
Méthyl dopa	Comprimés de 250mg	Dose de 2 à 3 comprimés par jour en moyenne, jusqu'à un maximum de 4g/ jour
11. Médicaments antidiabétiques		
Injection d'insuline,	40iu/ml en flacon de 10ml dans 10ml ou 100iu/ml en flacon de 10ml	SC/IM/IV au cas par cas
Metformine	Comprimé, 500mg	500mg 3 fois par jour avec les repas ou 850mg deux fois par jour avec ou après les repas
12. Anti-anémiques		
Acide folique	Comprimé 1mg ou 5mg	Dosage d'un comprimé d'acide folique et d'un comprimé de sulfate ferreux par jour, à moins qu'il n'y ait un comprimé combiné
Sulfate ferreux	Comprimé de 200mg	Besoin minimum de 60mg/jour de sulfate ferreux avec 450mcg d'acide folique Les comprimés de 200mg de sulfate ferreux contiennent 65mg de fer élémentaire

13. Anti-fongiques		
Nystatine	Comprimés 100,000 unités Pessaires 100,000 unités	Candidose orale : 4 fois par jour pendant un mois Candidose vaginale : 1 pessaire par nuit pendant jusque 2 semaines
Clotrimazole	Pessaire	
Fluconazole	Comprimé 50mg, 100mg et 200mg	50 à 200mg une fois par jour pendant 7 à 14 jours
14. Antidépresseurs		
Citalopram	Comprimé de 20mg	20mg une fois par jour
Fluoxétine	Comprimé de 20mg	20mg une fois par jour
Sertraline	Comprimé 50mg	50mg une fois par jour
15. Antipsychotiques		
Halopéridol	Comprimé 5mg, 2mg/ml en solution orale	2 à 10mg/jour en deux fois La dose peut graduellement être augmentée jusqu'à 20mg/jour si nécessaire
Olanzapine	Comprimé 10-20mg	15mg une fois par jour
Risperidone	Comprimé de 1mg	2mg en deux fois Peut être augmenté jusque 6mg/jour en deux fois si nécessaire
Clozapine	Comprimé 12.5mg	
16. Urgences obstétricales		
Sulfate de magnésium	4g de magnésium Sulfate par IV (doucement, sur une période de 5 à 10 minutes)	Si convulsion en cas d'éclampsie Dans un premier temps 4g de sulfate de magnésium par IV (doucement, sur une période de 5 à 10 minutes) suivi par : 1g/heure sur un minimum de 24 heures en utilisant un pousse-seringue. Si un pousse-seringue n'est pas disponible, la dose de suivi peut aussi être administrée sous 5g IM toutes les 4 heures pendant au moins 24 heures après la dernière convulsion
Gluconate de calcium	1g IV	1g lentement par IV, suivi par 4g par jour en perfusion continue
Diazépam	Comprimé de 5mg 5mg/ml en ampoule de 2ml	10mg lentement par IV, répéter si nécessaire Diazépam peut aussi être utile en cas de convulsions du nourrisson
Hydralazine	Poudre pour reconstitution pour injection. Ampoules de 20mg, IV ou IM	Dose immédiate de 5 à 10mg par IV, répéter si nécessaire (maximum de 20mg) Dose de maintenance

17. Anti-coagulants		
Héparine de faible poids moléculaire	Injection, 1000iu/ml ou 5000iu/ml	Prophylaxie : 5000IU toutes les 12 heures Traitement : SC 15,000IU toutes les 12 heures Suivi laboratoire quotidien primordial et ajustement de la dose en fonction
Warfarine	Comprimés 1,2 and 3mg	Le temps de prothrombine/RIN de base doit être déterminé avant la dose initiale, puis vérifié régulièrement. Dose habituelle de 3 à 9mg par jour
18. Analgésiques		
Paracétamol	Comprimés 500mg	1g toutes les 4 à 6 heures. Pas plus de 4g en 24h Utiliser en analgésique pendant et après la grossesse et en cas de fièvre (par exemple en cas de sepsis ou de paludisme)
Ibuprofène	Comprimé de 200mg	1.2-1.8g par jour en 3-4 fois
Péthidine	50mg/ml. Ampoule de 1ml pour injection	50-100mg injection IM toutes les 3 heures jusqu'à 400mg/24 heures
Morphine	10mg IM/IV	IM/IV 10 à 20mg donnés toutes les 4 à 6 heures jusqu'à 150mg/24 heures
19. Corticostéroïdes		
Déxaméthasone, bétaméthasone	Déxaméthasone et bétaméthasone Ampoules de 1ml, 4mg/1ml pour injection	Bétaméthasone 12mg IM en 2 doses avec 24 heures d'écart OU dexaméthasone 6mg IM en 4 doses avec 12 heures d'écart. Une dose unique de corticostéroïdes devrait être considérée comme le traitement de routine pour les accouchements avant le terme, avant 34 semaines de gestation
20. Autres médicaments		
Vit A	Comprimés 200,000 unités	En période anténatal, jusque 10,000 unités peuvent être données quotidiennement dans les régions où il y a des carences en vitamine A. Recommandation postnatale de 200,000 unités en une dose, dans certains pays
Aciclovir	Comprimé de 200mg	400mg 3 fois par jour pendant 7 jours
Mébendazole	Comprimé 500mg	Une dose une fois pendant la grossesse ou bien sur 3 jours à raison de 100mg deux fois par jour. Pas recommandé de manière systématique
21. Néonatal		
Vitamine K	Phytoménadione (vitamin K1) (Konakion® MM pédiatrique, Roche) 10mg/ml en ampoules de 0,2ml	0.1ml IM directement ou rapidement après la naissance. 1mg peut être administré par injection intramusculaire à la naissance ; ceci prévient l'hémorragie liée à une carence en vitamine K chez presque tous les bébés
Tétracycline	Pommade pour les yeux de tétracycline hydrochloride à 1%	A la naissance, une application de pommade dans chaque œil. Quantité générique

Annexe 8 : Liste des personnes ayant revu le document

Le contenu de ce manuel a été revu par de nombreuses personnes de différentes disciplines et de différents pays.

Le contenu a d'abord été développé et discuté dans le cadre d'un atelier regroupant 46 participants provenant de 10 pays à revenus faibles et moyens. En outre, des collègues du Ghana, du Togo et de l'Afghanistan ont fourni des contributions inestimables lors des ateliers de démonstration.

Nos sincères remerciements à tous.

Le Centre pour la Santé de la Mère et du Nouveau-né aimerait également remercier les personnes suivantes d'avoir revu des sections du manuel :

Dr Helen Allott, Senior Technical Officer, Centre for Maternal and Newborn health, Liverpool School of Tropical medicine, Liverpool, UK
Ms Lucie Baylis, Midwife, Royal Cornwall Hospital, UK
Dr Luc de Bernis, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, France
Ms Beatrice Chisenga, Midwife, Royal Bolton Hospital, UK
Ms Elizabeth Ekanem, Midwife, Princess Alexandra Hospital, UK
Dr William Forson, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Dumfries and Galloway Hospital, UK
Ms Susan Ginn, Midwife, Norfolk and Norwich University Hospital Trust, UK
Dr Pamela Godia, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Kenya
Ms Ruth Holland, Midwife, Southmead Maternity Unit, North Bristol Hospital, UK
Ms Bupe Khalison, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Tanzania
Dr Eugene Kongnyuy, Deputy Representative, UNFPA, Nigeria
Dr Elizabeth Ledger, Paediatrician, Médecins Sans Frontières, The Gambia
Ms Kirsty Lowe, Midwife, St Mary's Hospital, UK
Dr Franz Majoko, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Singleton Hospital, UK
Dr Alexander Manu, Senior Clinical Research Associate, Centre for Maternal and Newborn Health, Liverpool School of Tropical Medicine, UK
Ms Judith Maua, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Kenya
Dr Paul Mensah, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Dumfries and Galloway NHS Board, UK
Dr Hauwa Mohamed, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Nigeria
Ms Joyce Mutuku, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Kenya
Dr Helen Nabwera, Senior Clinical Research Associate, Centre for Maternal and Newborn Health, Liverpool School of Tropical Medicine, UK
Ms Alison Perry, Alison Perry, Midwife, Imperial College, UK
Prof Shamsa Rizwan, Child Advocacy International, Pakistan
Ms Betty Sam, Senior Technical Officer, Liverpool School of Tropical Medicine, Sierra Leone
Dr Miss Gillian Scothern, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Derby Hospital, UK
Dr Adama Traore, Senior Technical Officer, Centre for Maternal and Newborn Health, Liverpool School of Tropical Medicine, UK
Dr Shaheen Uqaili, Obstetrician/Gynaecologist, Singleton Hospital, UK
Dr John Williams, Consultant Obstetrician/Gynaecologist, Countess of Chester Royal Hospital, UK