



République du Congo



---

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION  
DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE L'INTÉGRATION  
DE LA FEMME AU DÉVELOPPEMENT  
Direction Générale de la Population

---

# NORMES ET PROCÉDURES EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION



*Il est fondamental de renforcer les directives et protocoles, de standardiser la prise en charge des bénéficiaires pour améliorer la qualité et la disponibilité des services de la santé de la reproduction.*



Les Objectifs de Développement Durable (ODD) recommandent à tous les pays d'assurer, d'ici à 2030, l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

Le Congo a des taux élevés de mortalité maternelle et infanto-juvénile (respectivement 436 décès pour 100.000 naissances vivantes et 52 décès pour 1.000 naissances vivantes) selon l'enquête MICS 2014-2015.

En réponse aux recommandations des ODD et à cette mortalité élevée, des réformes ont été entreprises dans le secteur de la santé du Ministère de la Santé, de la Population, de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement ; parmi lesquelles la revitalisation des districts sanitaires qui s'inscrit dans le projet de société du Président de la République "La marche vers le développement, allons plus loin ensemble".

Eu égard à tout ce qui précède, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) a prévu un programme "Amélioration de l'accès équitable des populations aux paquets de services essentiels de qualité en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle" et un sous-programme "Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes".

Pour ce faire, il est fondamental de renforcer les directives et protocoles, de standardiser la prise en charge des bénéficiaires pour améliorer la qualité et la disponibilité des services de la santé de la reproduction. Ce document des normes et procédures en santé de la reproduction, constitue également une plateforme pour la réalisation des audits des décès maternels, néonataux et périnataux dans la recherche de la qualité des soins et de la performance.

Il prend en compte les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé en la matière et permet aux prestataires de santé de faire face aux différentes situations rencontrées dans leur pratique quotidienne en santé de la reproduction.

Que tous les cadres du Ministère de la Santé, de la Population, de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement, des agences du Système des Nations Unies, des ONG et les universitaires qui, de par leurs contributions, ont permis l'élaboration de ce document de référence, et ceux qui contribueront à l'application de ces normes et procédures, veuillent trouver l'expression de mes remerciements.

La Ministre de la Santé, de la Population,  
de la Promotion de la Femme et de l'Intégration  
de la Femme au Développement

Jacqueline Lydia MIKOLO



## AUTEURS & CONTRIBUTEURS\*

### Coordination nationale

Dr Paul OYERE MOKE  
Gynécologue-Obstétricien  
Directeur Général de la Population

### Direction Générale de la Population (DGPOP)

M. Juguel GANONGO OLENGOBA  
Coordonnateur des activités  
Mme Rachel ITOUA NGOUONI  
Cheffe de service programmation des activités de la PF -  
Direction de la santé de la reproduction

Mme Sandrine MBENGOU  
Cheffe de service de la santé maternelle - Direction de la  
santé de la reproduction

Dr Jean Claude MOBOUSSE  
Directeur départemental de la santé de Brazzaville

Dr Michèle Valy MOUNTOU  
Gynécologue-Obstétricienne - Directrice de la santé de  
l'enfant

M. Ghislain PANDI PANDZOU  
Directeur administratif et financier

### Établissements hospitaliers

Dr Franck Roddy Bratny BABIESSA  
Gynécologue-Obstétricien - CHU Brazzaville

Dr Gauthier BUAMBO  
Gynécologue-Obstétricien - CHU Brazzaville

Dr Benoîte DIATEWA  
Pédiatre - Médecin Chef du projet ETME

Dr Hébert Célestin LOUBOV  
Pédiatre - Chef de Service Pédiatrie, HR de Talangai

Dr Carmel MATOKO  
Directrice de l'HR de Baongo

Dr Darius MBOU ESSIE  
Gynécologue-Obstétricien - HR de Talangai

Dr Jules César MOKOKO  
Gynécologue-Obstétricien - CHU Brazzaville

Dr Pauline MPOLO  
Médecin Cheffe du district sanitaire de Mfilou

Dr Nelly NGAKEGNI  
Pédiatre - Société Congolaise de Pédiatrie

Dr Guy Roger OYERE  
Gynécologue-Obstétricien - Chef de service Maternité,  
HR de Talangai

Dr Nelly PANDZOU  
Pédiatre - Société Congolaise de Pédiatrie

### Organisations internationales & Société civile

Dr Jeannette BIBOUSSI KOUANGHA  
Point focal Santé de la reproduction - UNFPA

M. Martin INANA  
Spécialiste VIH - UNICEF

Mme Fanny LOLO  
Sage-femme - Présidente ANASAFCO

Mme Joan LYSIAS  
Coordonnatrice Internat. Programme Congo-Philips-UNFPA

Dr Steve MAMPASSY  
Administrateur Santé - Médecins d'Afrique

Dr Guy Michel MBEMBA MOUTOUNOU  
Point focal Santé mère et enfant - OMS

Dr Gertrude NOUFACK BITA  
Médecin épidémiologiste. Consultante en SDMNPR UNFPA

M. Cyr SAMBA  
Chargé d'appui Unité Santé de la femme - UNFPA

## ONT PARTICIPÉ À LA VALIDATION\*

Mme Sara BAKOUEUILA  
Gestionnaire des données - District sanitaire de Baongo

M. Georges EBATA  
Responsable de la santé de l'enfant - ACBEF

Mme Denise EBONDZO  
Collaboratrice - Direction de la santé de la reproduction

Mme Doudou Marthe ESUNGI  
Croix-Rouge Congolaise

M. Auguste Persée GATALI  
Président de l'Association humanitaire des sages-femmes et  
infirmiers du Congo

M. Guy Patrick GONDZIA  
Consultant SDSR - UNFPA

Mme Bienvenue Elodie LIELE  
Hôpital Central des Armées

Mme Pascaline LIKIBI  
Sage-femme - HR de Talangai

Mme Laeticia Nadine LOKO  
Program Associate - UNFPA

Mme Fayole Marielle MALONGA  
Assistante ETME et prise en charge pédiatrique - PNLS

M. Rufin Georges MANDANGUI  
Assistant - Médecins d'Afrique

Dr Béranger MANOUNOU MALANDA  
Médecin Chef du District sanitaire de Mougali

M. Jean Louis MAVOUNGOU  
Chef de service Gestion des malades - HR de Makélékélé

M. Prosper NGALI OYELET  
Directeur de la santé scolaire et universitaire - DGPOP

M. Beaudry NGANOU YSSALY  
Responsable de la santé de l'enfant - Projet ETME

Dr Alexandre NGOMBE  
Médecin Chef - District sanitaire de Talangai

M. Alexis NIOMBELLA  
Directeur des infrastructures, des équipements et de la  
maintenance - MSPPFIFD

Dr Héloge. S. NKOUKA  
Gynécologue-Obstétricien - HR de Talangai

M. Emery OKEMBA ONGAGNA  
Chef du personnel - Direction de l'épidémiologie  
et de la lutte contre la maladie

Dr Alphonse ONDON-MONGO  
Médecin Chef du District sanitaire de Kintélé

Mme Béatrice TSONDE  
Chargée des actions sanitaires - DS de Poto-Poto

Mme WABELOSSO LOUSSILABO  
Sage-femme principale, enseignante

Mme Christelle ZONZEKA  
Collaboratrice - HR de Baongo

### Comité éditorial 2020\*

Dr Jeannette BIBOUSSI KOUANGHA - UNFPA

M. Juguel GANONGO OLENGOBA - DGPOP

Dr Michèle Valy MOUNTOU  
Directrice de la santé de la reproduction - DGPOP

Dr Paul OYERE MOKE - DGPOP

Mme Frédérique PARLANGE  
Consultante en communication, responsable éditoriale

Dr Josiane SABAYE  
Directrice de la santé de l'enfant - DGPOP

\* *par ordre alphabétique*

# PRÉAMBULE

---

## Mode d'emploi

Les normes et procédures en santé de la reproduction ont été organisées en quatre volumes, réunis dans le même document pour plus de praticité :

- Volume 1 : Santé de la femme
- Volume 2 : Santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune
- Volume 3 : Santé de l'homme
- Volume 4 : Composantes d'appui dont la SDMNPR

Un code couleur a été attribué à chaque volume.

Les 3 premiers volumes comprennent chacun deux parties :

- une partie avec les généralités, les normes et les procédures ;
- une partie avec des fiches techniques.

64 fiches au total ont été réalisées, numérotées de 1 à 63 (la fiche 50 est déclinée en 2 fiches 50-1 et 50-2) : 53 fiches pour la Santé de la femme ; 8 fiches pour la Santé du nouveau-né ; 3 fiches pour la Santé de l'homme.

## Définition des concepts

Dans chaque chapitre, vous retrouverez des généralités, les normes à respecter et les procédures à appliquer. Rappelons quelques définitions :

### Santé de la reproduction (SR)

Selon l'OMS, la santé de la reproduction est définie comme un état de bien-être général et dynamique, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

### Normes

Les normes en santé de la reproduction précisent le niveau minimum acceptable de performance attendu pour la mise en œuvre des activités de la Santé de la reproduction.

### Procédures

Les procédures en santé de la reproduction décrivent les instructions étape par étape et les séquences nécessaires pour exécuter une tâche ou une activité, en précisant les équipements et les fournitures nécessaires, et en travaillant dans l'environnement défini par la politique et les normes.

## Bibliographie

Pratique de l'accouchement - J. Lansac, Marret, Oury - 4<sup>ème</sup> édition 2006 - Elsevier Masson

Surveillance des décès maternels et riposte, Directives techniques : prévention de décès maternels, informations au service de l'action - Bibliothèque de l'OMS - 2015

Guide de l'OMS pour les soins prénatals - 2016

Guide de l'OMS pour le traitement des infections sexuellement transmissibles - 2016

Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (RPC/SONU) en Afrique, Guide du prestataire - Organisation Mondiale de la Santé, bureau régional de l'Afrique - 3<sup>ème</sup> édition 2018

Slides Eléments essentiels PF, autres MCM - Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) – 30/05/2019

---

Conception-réalisation du document : Frédérique Parlange

Crédits photos et illustrations : UNFPA Congo et ses partenaires/prestataires

hors photo page 128, crédit Zed Lebon ; et hors photo page 131, crédit Shutterstock/Monkey Business Images

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire	IV	Intraveineuse
ATS	Agent Technique de Santé	MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel de l'Aménorrhée
ARV	Antirétroviral	MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine	MJF	Méthode des Jours Fixes
AME	Alimentation de la Mère à l'Enfant	MSPPFIFD	Ministère de la Santé, de la Population, de la Promotion de la Femme et de l'Intégration de la Femme au Développement
APGAR	Apparence Pouls Grimace Activité Respiration	ND	Naissance Désirée
AZT	Zidovudine	NVP	Nevirapine
BCG	Bacille de Calmette et Guérin	ONG	Organisation Non Gouvernementale
BDCF	Bruits Du Cœur Fœtal	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
BERCER	Bienvenue Entretien Renseignements Choix Explications Rendez-vous	PF	Planification Familiale
CI	Contraceptif Injectable	PA	Pression Artérielle
CO	Contraceptif Oral	ETME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
COSA	Comité de Santé	PADRHS	Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines de la Santé
CDV	Conseil Dépistage Volontaire	PEC	Prise en Charge
CCVF	Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine	PP	Placenta Prævia
CCVM	Contraception Chirurgicale Volontaire Masculine	PMAE	Paquet Minimum d'Activités Elargi
CP	Consultation Prénuptiale	PPN	Petit Poids de Naissance
cp	Comprimé	RC	Relais Communautaire
CCC	Conseils pour le Changement de Comportement	SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
C4D	Communication pour le Développement	SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
CSI	Centre de Santé Intégré	SR	Santé de la Reproduction
DBS	Dried Blood Spot	SAS	Salle aseptique
DDSSSa	Direction Départementale des Soins et Services de Santé	SENN	Soins Essentiels du Nouveau-Né
DGPOP	Direction Générale de la Population	SK	Soins Kangourou
DIU	Dispositif Intra-Utérin	SPN	Soins Prénataux
DMNP	Décès Maternels, Néonataux et Périnataux	SPS	Soins Pré Scolaires
DPMA-SC	Depoprovera sous-cutané	SAA	Soins Après Avortement
EFV	Efavirenz	SRO	Solution de Réhydratation Orale
ETME	Elimination de la Transmission Mère-Enfant	SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Aquis
FOSA	Formation Sanitaire	TDF	Tenofovir
FR	Fréquence Respiratoire	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
HG	Hôpital Général	VBG	Violence Basée sur le Genre
HR	Hôpital de Référence	TS	Temps de Saignement
HTA	Hyper Tension Artérielle	TC	Temps de Coagulation
HU	Hauteur Utérine	3TC	Lamivudine
IEC	Information Education Communication	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
IM	Intramusculaire	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
IO	Infection Opportuniste		
IST	Infection Sexuellement Transmissible		

# SOMMAIRE

---

Préface.....	3
Auteurs & Contributeurs.....	5
Préambule.....	6
Sigles et Abréviations.....	7
Sommaire .....	8

## VOLUME 1 - SANTÉ DE LA FEMME

### GÉNÉRALITÉS, NORMES ET PROCÉDURES

Chapitre 1 Consultation prénuptiale (CP).....	12
Chapitre 2 Planification familiale (PF) .....	14
Chapitre 3 Soins prénatals (SPN).....	20
Chapitre 4 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).....	25
Chapitre 5 Surveillance de l'accouchement.....	30
Chapitre 6 Prise en charge des pathologies et des complications.....	32
Chapitre 7 Surveillance du postpartum immédiat. Soins périnataux.....	37
Chapitre 8 Soins postnatals.....	39
Chapitre 9 Soins après avortement (SAA).....	41
Chapitre 10 Prévention et prise en charge des violences sexuelles basées sur le genre.....	43
Chapitre 11 Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus.....	46
Chapitre 12 Prévention et dépistage du cancer du sein.....	47
Chapitre 13 Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles.....	48
Chapitre 14 Prévention, dépistage et prise en charge des fistules obstétricales.....	50
Chapitre 15 Prise en charge de l'infertilité du couple.....	52

### FICHES TECHNIQUES

#### Soins et suivi prénatals

Fiche 1 Examen général de la femme.....	55
Fiche 2 Examen du sein.....	55
Fiche 3 Examen obstétrical.....	56
Fiche 4 Examen du bassin.....	56
Fiche 5 Vaccination antitétanique.....	57
Fiche 6 Prescription de sulfadoxine pyriméthamine.....	57
Fiche 7 Supplémentation en fer et acide folique.....	57
Fiche 8 Préparation du plan d'accouchement.....	58
Fiche 9 Algorithme de prise en charge des hémorragies du 1 <sup>er</sup> trimestre de grossesse.....	59
Fiche 10 Soins après avortement (SAA).....	60
Fiche 11 Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) .....	61
Fiche 12 Anesthésie verbale .....	62

#### Hypertension artérielle et grossesse

Fiche 13 Définition, classification, diagnostic positif de l'hypertension artérielle et grossesse.....	63
Fiche 14 Algorithme de diagnostic de l'hypertension artérielle.....	64
Fiche 15 Protocole d'utilisation du sulfate de magnésium, surveillance des signes de toxicité.....	65
Fiche 16 Protocole d'utilisation des médicaments antihypertenseurs.....	66
Fiche 17 Prise en charge de la prééclampsie légère .....	67
Fiche 18 Prééclampsie et éclampsie : premiers soins.....	68
Fiche 19 Prééclampsie et éclampsie : soins avancés.....	69
Fiche 20 Conduite à tenir en cas de prééclampsie.....	70
Fiche 21 Conduite à tenir en cas d'éclampsie.....	71

#### Accouchement

Fiche 22 Soins périnataux (interrogatoire et enregistrement).....	72
Fiche 23 Examen de la femme en travail.....	72
Fiche 24 Utilisation du partogramme et surveillance du travail d'accouchement.....	73
Fiche 25 Protocole d'utilisation de l'ocytocine.....	75
Fiche 26 Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).....	76
Fiche 27 Surveillance de l'accouchée.....	77

#### Pathologies et complications au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse et à l'accouchement

Fiche 28 Algorithme de conduite à tenir devant un placenta prævia.....	78
Fiche 29 Prise en charge de l'hématome rétroplacentaire .....	79
Fiche 30 Prise en charge de la rupture utérine.....	79
Fiche 31 Algorithme de prise en charge du travail prolongé.....	80
Fiche 32 Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré (MAP).....	81
Fiche 33 Accouchement du siège.....	81
Fiche 34 Pratique de l'épisiotomie.....	82

Fiche 35 Délivrance artificielle.....	83
Fiche 36 Révision utérine.....	84
Fiche 37 Hémorragie du postpartum immédiat (saignement après la naissance) .....	85
Fiche 38 Algorithme de prise en charge d'une hémorragie postpartum.....	86
Fiche 39 Transfusion sanguine.....	87
Fiche 40 Test de comptabilité sanguine au lit de la patiente (avant transfusion).....	88
Fiche 41 Test de coagulation au lit de la patiente (au moment de la transfusion).....	88
<b>Soins et suivi postnatals</b>	
Fiche 42 Visite postnatale.....	89
Fiche 43 Examen général en période postnatale.....	90
Fiche 44 Algorithme de dépistage et de confirmation de la fistule obstétricale.....	91
<b>Prise en charge des IST et du VIH</b>	
Fiche 45 Prise en charge des infections bactériennes, virales et parasitaires.....	92
Fiche 46 Algorithme de conduite à tenir devant un écoulement vaginal .....	94
Fiche 47 Algorithme de conduite à tenir devant les douleurs abdominales basses.....	95
Fiche 48 Algorithme de conduite à tenir devant une plaie ou ulcération.....	96
Fiche 49 Algorithme de conduite à tenir devant un bion inguinal.....	97
Fiche 50-1 Prise en charge du VIH chez la femme enceinte ou allaitante : niveau communautaire.....	98
Fiche 50-2 Prise en charge du VIH chez la femme enceinte ou allaitante : niveaux CSI/HR/HG.....	99
Fiche 51 Accouchement de la femme séropositive.....	100
Fiche 52 Postpartum de la femme séropositive.....	101

## VOLUME 2 - SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE

### GÉNÉRALITÉS, NORMES ET PROCÉDURES

Chapitre 1 Soins essentiels du nouveau-né (SENN).....	104
Chapitre 2 Soins d'urgence du nouveau-né .....	108
Chapitre 3 Santé de l'enfant : Soins préscolaires (SPS).....	115
Chapitre 4 Santé de l'adolescent et du jeune.....	119

### FICHES TECHNIQUES

Fiche 53 Préparation à la naissance.....	123
Fiche 54 Mensurations normales d'un nouveau-né à terme.....	124
Fiche 55 Cotation d'APGAR.....	124
Fiche 56 Protocole d'administration des ARV.....	124
Fiche 57 Soins Kangourou (SK).....	125
Fiche 58 Prise du sein.....	126
Fiche 59 Protocole d'administration de la vitamine K1.....	126
Fiche 60 Algorithme de prise en charge de la conjonctivite du nouveau-né.....	127

## VOLUME 3 - SANTÉ DE L'HOMME

### GÉNÉRALITÉS, NORMES ET PROCÉDURES

Chapitre 1 Aspects généraux.....	130
Chapitre 2 Infections sexuellement transmissibles .....	132
Chapitre 3 Dysfonctionnements érectiles et sexuels.....	134
Chapitre 4 Pathologies de la prostate.....	135
Chapitre 5 Discrimination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....	136
Chapitre 6 Viols et sévices sexuels en milieu carcéral.....	137

### FICHES TECHNIQUES

Fiche 61 Algorithme de prise en charge de l'écoulement urétral.....	139
Fiche 62 Algorithme de prise en charge du bubon inguinal.....	140
Fiche 63 Algorithme de prise en charge du gonflement et de la douleur du scrotum.....	141

## VOLUME 4 - COMPOSANTES D'APPUI

Formation.....	144
Gestion.....	144
Recherche opérationnelle.....	145
Suivi.....	145
Supervision .....	146
Évaluation.....	146
Monitoring des SONU (fiche).....	147
Surveillance des décès maternels, néonataux, périnataux et riposte (SDMNPR).....	148



Association de l'Accouchement au Congo  
LA CHARTRE DE L'ACCOUCHEMENT  
Pour plus d'informations, renseignez-vous dans le Centre des Sages-Femmes du Congo  
République du Congo

ACCOUCHEMENT  
UN ACCOUCHEMENT  
DANS LE RESPECT  
DE LA DIGNITÉ...

**VOLUME 1**  
**SANTÉ DE LA FEMME**  
**GÉNÉRALITÉS • NORMES • PROCÉDURES**

## 1.1 GÉNÉRALITÉS

*La consultation prénuptiale ou pré-conceptionnelle est une consultation que tout couple doit faire avant le mariage ou avant toute conception.*



### Quels objectifs ?

Améliorer la santé de la reproduction du couple en préparant l'individu ou le couple à une prise de décision éclairée par rapport à leur vie conjugale et leur projet de procréation.

### Objectifs spécifiques :

- Déterminer le statut médical du couple.
- Identifier les maladies génétiques pouvant influencer la santé de la reproduction du couple : drépanocytose, incompatibilité sanguine Rhésus, daltonisme, hémophilie, etc.
- Dépister certaines infections et les prendre en charge : IST, VIH/SIDA, toxoplasmose, rubéole, hépatites B et C, etc.
- Dépister certaines malformations génitales et séquelles traumatiques pouvant influencer leur vie sexuelle.
- Sensibiliser le couple sur la prévention des comportements à risque et la planification familiale.
- Permettre au couple de faire un choix éclairé quant à la conduite de leur vie sexuelle.

### Pour quels publics ?



- Agents de santé communautaires, relais communautaires
- Gynécologues-obstétriciens, médecins, sages-femmes, infirmiers d'État, ATS
- Femmes en âge de procréer (15 - 49 ans) - Hommes
- Couple ou individu désirant se marier ou désirant procréer



### Dans quels lieux de prestations ?

Les FOSA publiques, privées, confessionnelles.



### À quels moments ?

- Avant le mariage.
- Avant la conception.



## 1.2 NORMES DE LA CP

Activité intégrée aux services de prévention, dépistage et prise en charge des IST/VIH, des cancers du col de l'utérus et du sein, de la PF et de la lutte contre les VBG.

## 1.2 PROCÉDURES DE LA CP

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
<b>Service 1 : Conseils pour le changement de comportement</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener des séances de sensibilisation sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'importance de la consultation prénuptiale et des examens prénuptiaux ;</li> <li>- la nécessaire prévention des comportements à risque ;</li> <li>- la disponibilité des services dans les structures sanitaires.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mener des séances de sensibilisation sur l'importance de la consultation prénuptiale et des examens pré-conceptionnels, sur la prévention des comportements à risque.</li> <li>▪ Mener des séances de counseling sur le dépistage :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- des maladies génétiques ;</li> <li>- de certaines infections (IST, VIH/ SIDA, toxoplasmose, rubéole, hépatites B et C ;</li> <li>- des malformations visibles et des séquelles de traumatisme.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mêmes procédures qu'au niveau CSI</li> </ul>
<b>Service 2 : Consultation prénuptiale/pré-conceptionnelle</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orienter les individus et les couples vers les structures sanitaires pour la consultation prénuptiale/préconceptionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire les examens cliniques et paracliniques.</li> <li>▪ Evaluer le niveau de risque des clients.</li> <li>▪ Informer le/la client/e sur son état de santé, les complications, les conséquences possibles, et le traitement.</li> <li>▪ Informer le/la client/e que le couple est apte à procréer ou non.</li> <li>▪ Prendre en charge des pathologies rencontrées selon le niveau de compétence.</li> <li>▪ Informer le/la client/e des risques encourus et de la nécessité de changer de comportement.</li> <li>▪ Aider le/la client/e ou le couple à adopter un comportement sain.</li> <li>▪ Conseiller sur la contraception, selon le choix de la femme et de son partenaire.</li> <li>▪ Informer la cliente sur les services disponibles pour la femme enceinte.</li> <li>▪ Référer si nécessaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mêmes procédures qu'au niveau CSI.</li> <li>▪ Effectuer la prise en charge des cas référés.</li> <li>▪ Effectuer le transfert vers un autre service si nécessaire pour la prise en charge des complications ou problèmes identifiés.</li> </ul>

## 2.1 GÉNÉRALITÉS

La **planification familiale (PF)** est un ensemble de moyens et de techniques permettant d'éviter des grossesses non désirées, de décider du nombre d'enfants désirés, d'assurer un espacement convenable entre les naissances, de programmer les naissances aux meilleurs moments en tenant compte de l'âge de la mère (avant 18 ans et après 35 ans).

Le terme **Naissances désirables (ND)** fait appel à l'idée que les couples peuvent, de leur propre volonté, décider du moment des naissances et du nombre de leurs enfants ainsi que des intervalles entre ces enfants, en vue d'augmenter ou de limiter la taille de leur famille.

**Espacement des grossesses** : c'est un concept qui détermine le temps qui doit s'écouler entre un accouchement ou un avortement et une nouvelle grossesse pour une fertilité saine.

La **contraception** : c'est l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

**Besoins non satisfaits** : c'est l'écart (ou le fossé) existant entre la demande potentielle et l'offre en santé.



### Quels objectifs ?

Programmer les naissances au meilleur moment afin d'éviter les grossesses non désirées et en assurer un espacement convenable.

#### Objectifs spécifiques en terme administratif :

- Améliorer les performances des prestataires.
- Améliorer la supervision des activités.
- Faciliter l'évaluation de la qualité des services offerts.

#### Objectifs spécifiques en terme de prestation de soins :

- Sensibiliser la communauté sur l'importance et les avantages de la planification familiale.
- Fournir des méthodes de contraception en tenant compte du choix et des critères d'éligibilité.
- Donner des conseils sur l'utilisation de la méthode choisie.
- Assurer le suivi et la prise en charge des effets secondaires.
- Assurer la prise en charge des filles et femmes victimes de violences sexuelles.
- Assurer la prise en charge des IST/VIH.
- Assurer le dépistage et la prise en charge du cancer du col utérin.

### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Adolescents, filles et garçons
- Femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans)
- Hommes

### Où et à quels moments ?



A chaque opportunité, intra ou hors FOSA :

- avant le mariage
- avant la conception
- soins prénatals
- soins post abortum
- soins postpartum
- réunions communautaires, etc.

## 2.2 AVANTAGES DE LA PF



Avantages sanitaires	Avantages économiques	Avantages socio-affectifs
<b>POUR LA MÈRE</b>		
<p>Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, et pour cela...</p> <p><b>Éviter :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ les grossesses non désirées et rapprochées ;</li> <li>✓ les sollicitations multiples de l'utérus et son épuisement ;</li> <li>✓ les complications dues aux grossesses rapprochées et aux avortements provoqués.</li> </ul> <p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ le repos et la reconstitution de l'organisme de la femme ;</li> <li>✓ l'espacement des naissances.</li> </ul>	<p><b>Éviter :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ des multiples congés de maternité ;</li> <li>✓ des absences répétées au travail.</li> </ul> <p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la reprise des activités professionnelles et économiques de la femme.</li> </ul>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'épanouissement sur le plan sexuel et sur le bien-être général ;</li> <li>✓ le temps consacré à son instruction et/ou à son métier ;</li> <li>✓ le temps consacré pour se faire une beauté ;</li> <li>✓ le respect et la considération dans le milieu familial et social.</li> </ul>
<b>POUR L'ENFANT</b>		
<p>Contribuer à la réduction de la mortalité infantile, et pour cela...</p> <p><b>Éviter :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ le risque de naissance à faible poids ;</li> <li>✓ des traumatismes ;</li> <li>✓ les malformations congénitales (mongolisme).</li> </ul> <p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'allaitement maternel exclusif prolongé.</li> <li>✓ un bon suivi des soins de santé et du calendrier vaccinal.</li> </ul>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ un bon encadrement de l'enfant : soins médicaux, scolarité, alimentation...</li> </ul>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'affection maternelle portée à l'enfant.</li> </ul>
<b>POUR LE PÈRE</b>		
<p><b>Éviter :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la dépression psychique et les crises hypertensives dues à la survenue d'une grossesse non désirée.</li> </ul> <p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ une bonne santé mentale.</li> </ul>	<p><b>Diminuer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ les dépenses occasionnées par les maladies.</li> </ul> <p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la réponse aux besoins fondamentaux de la famille ;</li> <li>✓ la possibilité d'épargne ;</li> <li>✓ la réalisation de projets : construire une maison, etc.</li> </ul>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ le temps consacré par le père à sa famille.</li> </ul>
<b>POUR LA FAMILLE</b>		
<p><b>Garantir la santé familiale</b></p>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'amélioration du revenu familial, les économies ;</li> <li>✓ l'équilibre familial.</li> </ul>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l'harmonie conjugale.</li> </ul>
<b>POUR LA COMMUNAUTÉ</b>		
<p><b>Réduire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ les taux de mortalité maternelle et infantile ;</li> <li>✓ les complications dues aux grossesses à risque et à l'accouchement ;</li> <li>✓ les avortements provoqués ;</li> <li>✓ la prévalence des IST/VIH.</li> </ul>	<p><b>Favoriser :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le développement économique grâce à une main d'œuvre de qualité.</li> <li>✓ L'augmentation de la production.</li> </ul>	<p><b>Réduire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ les phénomènes sociaux : enfants en situation de rue , enfants dits sorciers, délinquance adolescents et jeunes type "bébés noirs" ;</li> <li>✓ les VBG.</li> </ul>

## 2.3 NORMES DE LA PF

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils pour le changement de comportement</li> <li>Offre des contraceptifs en fonction de la gamme du niveau de soins</li> </ul>		
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relais communautaires formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sage-femme</li> <li>Infirmier formé</li> <li>Agent social formé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sage-femme</li> <li>Infirmier formé</li> <li>Médecins</li> </ul>
Normes d'infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un bâtiment avec Sifo de sol, électrifié sous la norme NFC15-211, approvisionné en eau courante (lavabo avec robinetterie à pédale)</li> <li>Une salle d'attente (salle commune de la structure)</li> <li>Une salle de consultation de 25 m<sup>2</sup></li> <li>Une salle de soins</li> </ul> <p>Intégrer le service PF dans la conception architecturale de la structure en fonction des autres activités - SPN, SAA, consultation pré-nuptiale, consultation postnatale, prise en charge des IST/VIH, VBG.</p>		
Normes des matériels et équipements		<ul style="list-style-type: none"> <li>Armoire de rangement matériels et dossiers</li> <li>Chariot de soins</li> <li>Table d'examen gynécologique</li> <li>Lampe d'examen sur pied articulé mobile avec ampoule de rechange</li> <li>Tensiomètre</li> <li>Stéthoscope</li> <li>Toise</li> <li>Balance pèse-personne mécanique à lecture directe</li> <li>Spéculum vaginal (GM, MM, PM)</li> <li>Hystéromètres de Martin</li> <li>Pince de Kocher</li> <li>Pincés de Pozzi</li> <li>Pincés hémostatiques</li> <li>Pincés porte-coton</li> <li>Paires de ciseaux courbes mousse</li> <li>Manche et lames bistouri</li> <li>Haricots</li> <li>Crochet</li> <li>Boîte à instruments</li> <li>Récipients plastiques pour la décontamination du matériel</li> <li>Brosse à ongles</li> <li>Dispositif d'eau</li> <li>Distributeur de savon liquide ou savon liquide</li> <li>Poubelle à pédale</li> </ul>	
Normes des médicaments et produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préservatifs</li> <li>Contraceptifs d'urgence</li> <li>Spermicides</li> <li>Contraceptifs injectables (DMPA sous-cutané)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préservatifs</li> <li>Contraceptifs oraux</li> <li>Contraceptifs d'urgence</li> <li>Contraceptifs injectables</li> <li>Dispositifs intra-utérin (DIU)</li> <li>Implants</li> <li>Lidocaïne 1% sans adrénaline</li> </ul>	
Normes des consommables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compresse</li> <li>Paires de gants stérile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linge et draps</li> <li>Kits Implant</li> <li>Paires de gants d'examen</li> <li>Paires de gants stériles</li> <li>Compresse stériles 30x30</li> <li>Sparadrap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seringues 2 ml + aiguilles</li> <li>Antiseptiques gynécologiques</li> <li>Polyvidone iodée dermique (Bétadine)</li> <li>Alcool 70%</li> </ul>
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiche de suivi</li> <li>Affiches et Dépliants</li> <li>Boîte à image</li> <li>Carte de rendez-vous</li> <li>Cartes conseils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiche de suivi</li> <li>Registre</li> <li>Affiches et Dépliants</li> <li>Boîte à image</li> <li>Présentoir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carte de rendez-vous</li> <li>Cartes conseils</li> <li>Modèle anatomique</li> <li>Matériel audiovisuel</li> <li>Disque de recevabilité</li> </ul>

## 2.4 PROCÉDURES DE LA PF

### 2.4.1 Conseils pour le changement de comportement et première consultation

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
<b>Service 1 : Conseils pour le changement de comportement</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner des informations sur les avantages de la PF ;</li> <li>et sur les différentes méthodes contraceptives offertes : condoms masculins et féminins, spermicides, contraceptifs oraux, contraceptifs injectables, stérilets, implants, MAMA, MJF.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienter les clients vers le CSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienter vers l'HR si la méthode désirée n'est pas disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stérilisation tubaire</li> <li>Vasectomie</li> </ul>
<b>Service 2 : Première consultation en appliquant le BERGER</b>		
<b>BIENVENUE :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accueillir la cliente ou le couple avec bienveillance et cordialité.</li> <li>Assurer la confidentialité.</li> <li>Demander le motif de la consultation.</li> </ul>	
<b>ENTRETIEN :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interroger sur les expériences de la cliente en PF.</li> <li>Prendre tous les renseignements sur la cliente, en particulier ses antécédents.</li> </ul>	
<b>RENSEIGNEMENTS :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar sur les méthodes, en utilisant les supports IEC/CCC sur la PF : modes d'action, avantages et inconvénients, services disponibles et lieux où les trouver.</li> </ul>	
<b>CHOIX :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider la cliente à faire un choix éclairé.</li> </ul>	
<b>EXPLICATION ET RENDEZ-VOUS :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Éliminer la possibilité d'une grossesse éventuelle en se servant de la liste de contrôle.</li> <li>Remplir la fiche de l'utilisateur en respectant la liste de contrôle ONG/associations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éliminer la possibilité d'une grossesse éventuelle en se servant de la liste de contrôle.</li> <li>Se servir de la fiche individuelle de consultation PF pour l'examen des critères d'éligibilité médicale de la ou des méthodes proposées afin d'adopter une ou des méthodes appropriées.</li> <li>Examen clinique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre la PA et le poids.</li> <li>Examiner les seins.</li> <li>Effectuer l'examen gynécologique au cours de la 1<sup>ère</sup> visite et à chaque contrôle. Examen au spéculum, TV combiné au palper.</li> <li>Effectuer l'examen des organes génitaux chez l'homme si indiqué.</li> <li>Faire la synthèse des résultats et en informer le client.</li> <li>Référer en cas de besoin.</li> </ul> </li> <li>Expliquer en détail comment employer la méthode adoptée : mode d'action, mode d'emploi, signes d'alarme, effets secondaires, etc.</li> </ul>	

### 2.4.2 Offre des méthodes contraceptives naturelles

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
<b>Service 1 : Méthode d'Allaitement Maternel de l'Aménorrhée (MAMA)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar, encourager, assurer le suivi de la MAMA si les 3 conditions sont remplies.</li> </ul>		
<b>Service 2 : Méthode des Jours Fixes (MJF)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribuer le collier du cycle en utilisant la liste de contrôle, assurer le suivi de la MJF.</li> </ul>		
<b>Service 3 : Glaïres, calendrier, température, coït interrompu</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Orienter les clientes vers les FOSA</li> <li>Référer les cas à problème.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre en charge les cas référés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre en charge les cas référés.</li> </ul>

### 2.4.3 Offre des méthodes contraceptives modernes

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
<b>Service 1 : Contraceptifs oraux (CO)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner le CO en suivant la liste de contrôle.</li> <li>▪ Donner le nombre de cycles selon le besoin des clientes.</li> <li>▪ Effectuer le suivi des utilisateurs réguliers.</li> <li>▪ Effectuer la recherche active des perdues de vue.</li> <li>▪ S'approvisionner auprès de la FOSA de rattachement.</li> <li>▪ Référer en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir le CO.</li> <li>▪ Compléter les informations en se basant sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation.</li> <li>▪ <b>Commencer les CO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans les 5 premiers jours du cycle en postpartum ;</li> <li>- pour la femme qui pratique la MAMA : 6 mois après l'accouchement ;</li> <li>- pour la femme qui n'allait pas : à partir du 21<sup>ème</sup> jour après l'accouchement , en l'absence de facteur de risque.</li> <li>- Après un avortement : immédiatement.</li> <li>- À n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.</li> </ul> </li> <li>▪ Donner le nombre de cycles répondant au besoin des clientes : 1<sup>ère</sup> visite (3 à 6 cycles), visites suivantes (6 à 12 cycles).</li> <li>▪ Encourager les clientes à revenir en cas de problème ; et pour le réapprovisionnement (programmer le rendez-vous).</li> <li>▪ Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les référées.</li> </ul>
<b>Service 2 : Contraceptifs injectables (CI) progestatif seuls</b>		
<p>Fourni par les ONG et associations sélectionnées et formées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner le CI en appliquant le BERCER et en suivant la liste de contrôle.</li> <li>▪ Appliquer les mesures de prévention des infections.</li> <li>▪ Effectuer l'injection de CI toutes les 12 semaines.</li> <li>▪ Référer pour PEC des effets secondaires et problèmes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir le CI.</li> <li>▪ Compléter les informations en se basant sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation.</li> <li>▪ <b>Commencer les CI selon les mêmes procédures que pour les CO.</b></li> <li>▪ Appliquer les mesures de prévention des infections.</li> <li>▪ Administrer le CI : toutes les 12 semaines.</li> <li>▪ Programmer le suivi : tous les 3 mois.</li> <li>▪ Encourager les clientes à revenir en cas de problème et pour le réapprovisionnement.</li> <li>▪ Assurer le suivi. Prendre en charge les effets secondaires et problèmes.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les référées.</li> </ul>
<b>Service 3 : Méthodes barrières - condoms masculins et féminins, spermicides</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir les méthodes barrières selon les besoins des clients.</li> <li>▪ Effectuer le suivi des utilisateurs réguliers.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer en cas de problème.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les cas référés et les problèmes éventuels</li> </ul>	
<b>Service 4 : Méthodes à longue durée - DIU, implants</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orienter les clients potentiels vers les FOSA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compléter les informations en se basant sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation</li> <li>▪ Appliquer les mesures de prévention des Infections</li> <li>▪ <b>Effectuer l'insertion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendant le postpartum : dans les 48 heures suivant l'accouchement ; dans les 5 premiers jours du cycle.</li> <li>- À partir de la 4<sup>ème</sup> semaine après un avortement.</li> <li>- À n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.</li> </ul> </li> <li>▪ Informer les clients sur la contraception chirurgicale volontaire.</li> <li>▪ Encourager les clientes à revenir si problème.</li> <li>▪ Insister sur le respect des mesures d'hygiène.</li> <li>▪ Programmer le suivi tous les ans.</li> <li>▪ Prendre en charge les effets secondaires, les problèmes.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les cas référés.</li> </ul>

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
----------------------	------------	--------------

#### Service 4 (suite) : Méthodes à longue durée - stérilisation tubaire et vasectomie

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orienter les clients potentiels vers les FOSA.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer les clients qui désirent les méthodes de longue durée irréversibles.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pour la contraception chirurgicale volontaire, voir ci-dessous.</i></li> </ul> |
|--|--|--|

#### Contraception chirurgicale volontaire féminine (CCVF) - uniquement en HR/HG

- Compléter les informations selon les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation.
- Obtenir le consentement éclairé et approuvé.
- Appliquer les mesures de prévention des infections.
- Effectuer la CCVF :
  - Pendant le postpartum : dans les 7 jours ou à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement.
  - Après un avortement : immédiatement si les conditions le permettent.
  - À n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.
- Assurer le suivi une semaine après la CCVF.
- Encourager les clientes à revenir en cas de problème.
- Prendre en charge les complications y afférentes.

#### Contraception chirurgicale volontaire masculine (CCVM) - uniquement en HR/HG

- Obtenir le consentement éclairé et approuvé.
- Appliquer les mesures de prévention des infections.
- Effectuer la CCVM.
- Assurer le suivi une semaine après la CCVM.
- Encourager les clients à revenir en cas de problème.
- Prendre en charge les complications y afférentes.
- Conseiller des rapports sexuels protégés pendant 3 mois (préservatifs ou autres méthodes).
- Effectuer si possible un spermogramme pour confirmation de l'azoospermie.

#### Service 5 : Contraception d'urgence

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- COC (Lofemenal) 4 pilules en une seule prise puis 4 autres pilules en une seule prise 12 heures après ;</li> <li>- COP (Ovrette) 10 pilules en une seule prise puis 10 pilules en une seule prise 12 heures après.</li> </ul> </li> <li>▪ Orienter les clientes vers les FOSA si complications ou vomissements.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Norlevo 2 pilules en une seule prise ;</li> <li>- COC (Lofemenal) 4 pilules en une seule prise puis 4 autres pilules en une seule prise 12 heures après ;</li> <li>- COP (Ovrette) 10 pilules en une seule prise puis 10 pilules en une seule prise 12 heures après.</li> </ul> </li> <li>▪ Insérer le DIU dans les 5 à 7 jours qui suivent le rapport sexuel non protégé.</li> <li>▪ Prendre en charge les cas référés.</li> </ul> |
|--|---|

#### Service 6 : Consultation de suivi (en appliquant le BERCER)

- Établir des rapports cordiaux avec la cliente.
- Utiliser des compétences de communication interpersonnelle pour :
  - demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode utilisée ;
  - écarter une éventuelle grossesse ;
  - identifier les effets secondaires ou les problèmes associés à la méthode utilisée ;
  - déterminer le besoin de protection contre les IST et VIH/SIDA ;
  - rappeler à la cliente les instructions sur l'utilisation des produits contraceptifs, et les signes d'alerte ;
  - donner les instructions concernant les visites de retour.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la prévention, le dépistage et le traitement des IST/VIH.</li> </ul>
--	---	---

### 3.1 GÉNÉRALITÉS

*Les soins prénatals (SPN) constituent une plateforme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic et la prévention des maladies. Il est aussi établi que, grâce à la mise en œuvre en temps utile de pratiques appropriées fondées sur les preuves, les soins prénatals peuvent sauver des vies.*



#### Quels objectifs ?

Contribuer à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et périnatale.

#### Objectifs spécifiques promotionnels :

- Préparer l'accouchement (plan d'accouchement).

#### Objectifs spécifiques préventifs :

- Prévenir les complications et les maladies.
- Dépister et traiter les infections qui ont une influence sur la grossesse et l'accouchement.
- Prévenir la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant.
- Prévenir le tétanos néonatal par l'immunisation de la parturiente.
- Dépister les risques liés à l'accouchement et orienter vers les consultations de référence.
- Dépister et traiter les problèmes nutritionnels.

#### Objectifs spécifiques curatifs :

- Confirmer la grossesse.
- Assurer la prise en charge psychologique.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Femme enceinte
- Conjoint
- Communauté

#### À quels moments ?



Il y a au moins 8 contacts pendant la grossesse dont :

- Contact 1 : dès la 12<sup>ème</sup> semaine
- Contact 2 : 20 semaines
- Contact 3 : 26 semaines
- Contact 4 : 30 semaines
- Contact 5 : 34 semaines
- Contact 6 : 36 semaines
- Contact 7 : 38 semaines
- Contact 8 : 40 semaines

À partir de 36 SA, un contact est recommandé toutes les 2 semaines.

### 3.2 NORMES DES SPN

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement (CCC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation</li> <li>▪ Administration des soins prénatals proprement dits</li> </ul>	
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relais communautaires formés</li> <li>▪ Agents de santé communautaires formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Infirmier formé aux SPN</li> <li>▪ Médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Infirmier</li> <li>▪ Médecin</li> </ul>

Normes (suite)	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'infrastructures		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bâtiment avec Sifo de sol, électrifié à la norme NFC15-211, alimenté en eau courante (lavabo avec robinetterie à pédale)</li> <li>▪ Salle d'attente (commune à la structure)</li> <li>▪ Salle de soins</li> <li>▪ Laboratoire</li> <li>▪ Sanitaires</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salle de 25 m<sup>2</sup> avec deux box de consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Au moins deux box de consultation</li> <li>▪ Une salle d'exploration : échographe, monitoring</li> </ul>
Normes des matériels et équipements		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lampe d'examen</li> <li>▪ Gants d'examen</li> <li>▪ Table gynécologique</li> <li>▪ Toise</li> <li>▪ Mètre-ruban</li> <li>▪ Pèse-personne</li> <li>▪ Tensiomètre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stéthoscope médical</li> <li>▪ Stéthoscope obstétrical</li> <li>▪ Spéculum stériles</li> <li>▪ Pinces</li> <li>▪ Talc</li> <li>▪ Poupinel</li> <li>▪ Abaisse-langues</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echographe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echographe + Monitoring</li> </ul>
Normes des médicaments et produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vitamine A</li> <li>▪ Fer/Acide folique</li> <li>▪ Mébendazole/Pyrantel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vitamine A</li> <li>▪ Fer/Acide folique</li> <li>▪ Mébendazole / Pyrantel</li> <li>▪ Sulfadoxine Pyriméthamine</li> <li>▪ Vaccin antitétanique</li> </ul>	
Normes des consommables	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Savon</li> <li>▪ Antiseptique et gels hydroalcooliques</li> <li>▪ Doigtiers</li> <li>▪ Gants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spéculum à usage unique</li> <li>▪ Lubrifiants</li> <li>▪ Acide acétique</li> <li>▪ Lugol</li> </ul>	
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supports de CCC</li> <li>▪ Registre de suivi</li> <li>▪ Talon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supports d'IEC</li> <li>▪ Registre de suivi</li> <li>▪ Fiches de référence</li> <li>▪ Echéanciers</li> <li>▪ Registre de SPN</li> <li>▪ Carnet de maternité</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiches de référence et de contre-référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiches de contre-référence</li> </ul>

### 3.3 PROCÉDURES DES SPN

#### 3.3.1 Conseils pour le changement de comportement et informations

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
<b>Service 1 : Sensibilisation et conseils</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances de sensibilisation au niveau communautaire. Conseils aux niveaux CSI/HR/HG sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'importance de consulter dès l'absence des règles ;</li> <li>- l'importance des SPN et leur calendrier ;</li> <li>- la prévention du paludisme : assainissement de l'environnement, utilisation de MIILDA, prise des médicaments, consultation dès l'apparition d'une fièvre et/ou de céphalées ;</li> <li>- la nutrition, l'AME ;</li> <li>- l'hygiène ;</li> <li>- la puériculture ;</li> <li>- la planification familiale (PF) ;</li> <li>- la prévention des IST/VIH (ETME, CTV) ;</li> <li>- les violences faites aux femmes.</li> </ul> </li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- la supplémentation en micronutriments ;</li> <li>- le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme ;</li> <li>- la préparation du périnée et la rééducation périnéale.</li> </ul>		

## Service 2 : Informations sur les signes de danger

- Expliquer comment reconnaître les signes de danger (grossesse, accouchement, période postnatale) :
  - œdèmes du visage et/ou des membres ;
  - pâleur ; jaunisse ;
  - maux de tête intenses ; fièvre ;
  - vomissements importants ;
  - douleur pelvienne ;
  - écoulement vaginal ; saignement vaginal ;
  - vertiges ;
  - signes du paludisme : fièvre, maux de tête, frissons.

## Service 3 : Informations sur le plan d'accouchement

- Expliquer comment organiser le plan d'accouchement.  
*Cf Fiche technique 8 page 58*

### 3.3.2 Procédures des soins prénatals par trimestre de grossesse au niveau CSI

Premier trimestre Contact 1 : 12 SA	Deuxième trimestre Contacts 2 et 3 : 20 et 26 SA	Troisième trimestre Contacts 4 à 8 : 30, 34, 36, 38, 40 SA
--	---	---

#### 1. Préparation

- Préparer le kit CPN.
- Accueillir la femme, la mettre à l'aise et en confiance.
- Utiliser le carnet de maternité comme référence pour :
  - mener l'interrogatoire sur les antécédents, les signes d'alerte, de danger et de complications ;
  - effectuer l'examen clinique ;
  - dispenser les dispositions de prévention aux femmes, y compris la prescription.

#### 2. Examen clinique

- Mesure des paramètres vitaux : PA (moins de 14 mmHg pour la systole et moins de 9 mmHg pour la diastole), fréquence respiratoire, pouls, conscience.
- Poids (prise de poids : moins de 2 kg/mois).
- Examen de la coloration des conjonctives et des paumes des mains.
- Mesure de la hauteur utérine.
- Examen au spéculum : pour recherche des IST et dépistage du cancer du col.
- Toucher vaginal combiné au palper pour apprécier l'état du col et la taille de l'utérus.

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hypertension artérielle au 1<sup>er</sup> trimestre. <i>Cf Fiche technique 13 page 63</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À partir de 20 SA : auscultation des BDCF – normal 120 à 160 battements/minute.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostic de la présentation.</li> <li>▪ Auscultation des BDCF : normal 120 à 160 battements/minute.</li> <li>▪ À 36 SA : examen du bassin. <i>Cf Fiche technique 4 page 56</i></li> </ul>
---	---	--

#### 3. Examens paracliniques

- Taux d'hémoglobine ; si < 6 g/dl *cf Fiche technique 39 page 87*
- TPHA, VDRL et RPR ; si + *cf Fiche technique 45 page 92*
- Albuminurie ; glycosurie si nécessaire
- Groupage sanguin ; si Rh négatif *cf Fiche technique 39 page 87*
- Test Rapide, frottis sanguin, GERH

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demander une échographie de confirmation de la grossesse (contenu utérin) : nombre de fœtus, localisation, âge, clarté nucale.</li> <li>▪ Vérifier l'état vaccinal et compléter en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À 22 SA : demander une échographie pour évaluer la morphologie fœtale (recherche des malformations).</li> <li>▪ Prescrire la supplémentation en acide folique ou en fer/folates : 1 cp par jour pendant 6 mois.</li> <li>▪ À 24 SA : faire hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de glucose si glycémie pas faite au 1<sup>er</sup> trimestre ou si glycémie à jeun &gt; 0,92 g/l.</li> <li>▪ Si diabète gestationnel, référer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demander une échographie du pronostic d'accouchement au besoin (estimation du poids fœtal et des complications obstétricales).</li> </ul>
---	--	--

Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre
-------------------	--------------------	---------------------

#### 4. Prévention et prise en charge des maladies existantes

- Déparasiter systématiquement avec 500 mg de Mébendazole.
- Si syphilis positive, administrer de la Benzathine pénicilline suivant les protocoles en vigueur. *Cf Fiche technique 45 page 92*

#### Prévention et prise en charge du paludisme

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner la MIILDA au 1<sup>er</sup> contact, expliquer le mode d'utilisation.</li> <li>▪ Si paludisme simple : <ul style="list-style-type: none"> <li>- quinine orale 10 mg/kg toutes les 8h pendant 7 jours ;</li> <li>- paracétamol 50 mg/kg par jour pendant 3 jours.</li> </ul> </li> <li>▪ Si pas d'amélioration ou si paludisme compliqué, référer.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner le TPI à la sulfadoxine-pyriméthamine : 3 cp en prise supervisée à 20 SA et à 26 SA.</li> <li>▪ Si paludisme simple, traitement ACT : 200 mg d'Artémether 80 + Luméfantrine 240 pendant 3 jours.</li> <li>▪ Si pas d'amélioration ou si paludisme compliqué, référer.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si paludisme simple, traitement ACT : 200 mg d'Artémether 80 + Luméfantrine 240 pendant 3 jours.</li> <li>▪ Si pas d'amélioration ou si paludisme compliqué, référer.</li> </ul> |
|--|--|---|

#### Prévention et prise en charge du VIH/SIDA - Cf Fiche technique 50-2 page 99

- Effectuer le counseling pour le test volontaire du VIH, et le test en cas de consentement de la femme.
- Si la femme est séropositive au VIH :**
- Traiter les infections opportunistes si indiquées.
  - Administrer des ARV prophylactiques selon le protocole ETME en vigueur.
  - Donner des conseils à la femme sur :
    - l'utilisation du préservatif ; l'importance d'impliquer le partenaire pour l'amener à faire son dépistage ;
    - les avantages du traitement aux ARV ; la nécessité d'avoir un suivi médical ;
    - la nécessité d'accoucher dans une structure sanitaire par un personnel qualifié ;
    - le choix de l'alimentation du nouveau-né : AME pendant 6 mois ou allaitement artificiel exclusif, pas d'allaitement mixte ; l'importance d'une alimentation équilibrée pour elle ;
    - l'existence de réseaux pouvant assurer à elle et à sa famille un support psychosocial.
  - Organiser la référence pour accoucher dans un CSI à PMAE ou à l'HB.
- Si la femme est séronégative au VIH :** l'éduquer pour conserver sa séronégativité.

#### 5. Préparation du plan d'accouchement - Cf Fiche technique 8 page 58

- Préparer le plan individuel d'accouchement et de prise en charge des complications, dès la première visite.

### 3.3.3 Procédures des soins prénatals par trimestre de grossesse au niveau HR/HG

Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre
-------------------	--------------------	---------------------

#### 1. Préparation

- Préparer le kit CPN. Accueillir la femme, la mettre à l'aise et en confiance.
- Utiliser le carnet de maternité comme référence pour : mener l'interrogatoire sur les antécédents, les signes d'alerte, de danger et de complications ; effectuer l'examen clinique ; dispenser les dispositions de prévention aux femmes y compris la prescription.

#### 2. Examen clinique

- Mesure des paramètres vitaux : PA (moins de 14 mmHg pour la systole et moins de 9 mmHg pour la diastole), fréquence respiratoire, pouls, conscience.
- Poids (prise de poids : moins de 2 kg/mois).
- Examen de la coloration des conjonctives et des paumes des mains.
- Mesure de la hauteur utérine.
- Examen au spéculum pour recherche des IST et dépistage du cancer du col.
- Toucher vaginal combiné au palper pour apprécier l'état du col et la taille de l'utérus.
- Examen du bassin. *Cf Fiche technique 4 page 56*

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HTA au 1<sup>er</sup> trimestre : <i>cf Fiche technique 13 page 63</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À partir de 20 SA : auscultation des BDCF - normal 120 à 160 battements/minute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostic de la présentation.</li> </ul>
--	--	--

Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre
-------------------	--------------------	---------------------

### 3. Examens paracliniques

- Taux d'hémoglobine
- TPHA, VDRL
- Albuminurie si la tension diastolique est > 90 mmHg
- Groupage sanguin rhésus
- Glycosurie si nécessaire

■ Faire une échographie de confirmation de la grossesse : nombre de fœtus, localisation, âge, clarté nucale.

■ Vérifier l'état vaccinal et compléter en cas de besoin.

■ Faire une échographie pour évaluer la morphologie fœtale (recherche des malformations).

■ Prescrire la supplémentation en acide folique ou en fer/folates : 1 cp par jour pendant 6 mois.

■ Faire une échographie du pronostic d'accouchement au besoin (estimation du poids fœtal et des complications obstétricales).

■ Si prééclampsie/éclampsie : cf *Fiches techniques 17-21 pages 67 à 71*

■ Si anémie sévère : transfusion sanguine. Cf *Fiche technique 39 page 87*

### 4. Prévention et prise en charge des maladies existantes

- Déparasiter systématiquement avec 500 mg de Mébendazole.
- Si syphilis positive, administrer de la Benzathine pénicilline suivant les protocoles en vigueur. Cf *Fiche technique 45 page 92*

#### Prévention et prise en charge du paludisme

■ Si paludisme simple :

- Quinine orale 10 mg/kg toutes les 8 heures pendant 7 jours.

■ Si paludisme compliqué :

- Quinine perfusion : dose de charge 20 mg/kg à faire passer en 4 heures, puis 10 mg/kg toutes les 8 heures jusqu'au réveil,
- relayé par la Quinine cp,
- au total pendant 7 jours.
- Réhydratation si nécessaire.

■ Donner le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine-pyriméthamine : 3 cp en prise supervisée au-delà de 16 SA.

■ Si paludisme simple, traitement ACT : 200 mg d'Artémether 80 + Luméfantrine 240 pendant 3 jours.

■ Si paludisme compliqué :

- Quinine perfusion : dose de charge 20 mg/kg à faire passer en 4 heures, puis 10 mg/kg toutes les 8 heures pendant 7 jours. Ou ACT.
- Traiter la complication.

■ Réhydratation si nécessaire.

■ Si paludisme simple, traitement ACT : 200 mg d'Artémether 80 + Luméfantrine 240 pendant 3 jours.

■ Si paludisme compliqué :

- Quinine perfusion : dose de charge 20 mg/kg à faire passer en 4 heures, puis 10 mg/kg toutes les 8 heures pendant 7 jours. Ou ACT.
- Traiter la complication.

■ Réhydratation si nécessaire.

#### Prévention et prise en charge du VIH/SIDA - Cf *Fiche technique 50-2 page 99*

- Effectuer le counseling pour le test volontaire du VIH.
- Effectuer les tests en cas de consentement de la femme, du conjoint, de leurs enfants de 0 à 5 ans.

#### Si la femme est séropositive au VIH :

- Traiter les infections opportunistes si indiquées.
- Administrer des ARV prophylactiques selon le protocole ETME en vigueur.
- Administrer le cotrimoxazole.
- Donner des conseils à la femme :
  - l'utilisation du préservatif ; l'importance d'impliquer le partenaire pour l'amener à faire son dépistage ;
  - les avantages du traitement aux ARV ; la nécessité d'avoir un suivi médical ;
  - la nécessité d'accoucher dans une structure sanitaire par un personnel qualifié ;
  - le choix de l'alimentation du nouveau-né : AME pendant 6 mois ou allaitement artificiel exclusif, pas d'allaitement mixte ; l'importance d'une alimentation équilibrée pour elle ;
  - l'existence de réseaux pouvant assurer à elle et à sa famille un support psychosocial.

### 5. Préparation du plan d'accouchement - Cf *Fiche technique 8 page 58*

- Préparer le plan individuel d'accouchement et de prise en charge des complications dès le premier contact.

## 4.1 GÉNÉRALITÉS

*Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont un ensemble de techniques cliniques et moyens utilisés dans des situations pouvant engager le pronostic vital du couple mère-fœtus au cours de la grossesse, de l'accouchement, du postpartum ou postabortum, et/ou du nouveau-né. On distingue les SONU de base (SONUB) et les SONU complets (SONUC).*



### Quels objectifs ?

Répondre aux urgences obstétricales et néonatales, ou encore aux besoins obstétricaux non couverts, pour contribuer à la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et périnatale.

#### Objectifs spécifiques liés aux SONUB :

- Identifier les différentes situations d'urgence obstétricale et néonatale devant bénéficier des SONUB.
- Rendre disponibles les SONUB.
- Appliquer efficacement les différents SONUB selon les urgences en présence : hémorragies génitales pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum, accouchements dystociques, hypertension artérielle et ses complications, détresse respiratoire du nouveau-né, etc.
- Surveiller l'application des SONUB.
- Organiser la référence en cas de besoin.

#### Objectifs spécifiques liés aux SONUC :

- Confirmer les situations d'urgence devant bénéficier des SONUC.
- Rendre disponibles les SONUC.
- Appliquer efficacement les différents SONUC selon les urgences en présence.
- Surveiller l'application des SONUC.

### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Gestantes
- Parturientes
- Accouchées
- Nouveau-nés

### A quels moments ?



À tout moment de la période de gravido-puerpéralité en cas de survenue de complications durant :

- la grossesse
- l'accouchement
- le postpartum
- ou le post abortum

## 4.2 NORMES DES SONU PAR NIVEAU DE PRESTATIONS

### Normes d'interventions des SONU

SONUB	<p><b>7 Fonctions signalétiques pour les SONUB :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administration parentérale d'antibiotiques.</li> <li>▪ Administration d'utérotoniques par voie parentérale.</li> <li>▪ Administration parentérale d'anticonvulsivants.</li> <li>▪ Extraction manuelle du placenta.</li> <li>▪ Évacuation des débris intra utérins.</li> <li>▪ Accouchement par ventouse ou forceps.</li> <li>▪ Réanimation du nouveau-né avec ballon et masque.</li> </ul>
SONUC	<p><b>2 Fonctions signalétiques supplémentaires pour les SONUC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transfusion sanguine.</li> <li>▪ Césarienne et autres interventions chirurgicales obstétricales.</li> </ul>



**La disponibilité de l'offre de ces 9 fonctions signalétiques indique la capacité d'une FOSA à prendre en charge les complications obstétricales majeures. Ces services doivent être disponibles 24h/24 et 7j/7.**

## Normes des SONU en ressources humaines

SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 Sage-femme pour 40 accouchements</li> <li>▪ Une équipe regroupée autour de la sage-femme et composée d'un(e) infirmier(e) formé(e) en SR, d'un agent technique de santé, d'un brancardier, d'un ambulancier et d'un technicien de surface.</li> </ul>
SONUC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstétricien</li> <li>▪ Pédiatre</li> <li>▪ Médecin</li> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Infirmière formée en SR</li> <li>▪ Agent technique de santé</li> <li>▪ Anesthésiste-réanimateur</li> <li>▪ Techniciens de surface</li> <li>▪ Brancardier</li> <li>▪ Ambulancier</li> </ul>

## Normes des SONU en infrastructures

SONUB	<p><b>Maternité répondant aux normes d'infrastructures, et où l'on doit trouver spécifiquement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ une salle d'admission</li> <li>▪ une salle d'attente pour les accompagnateurs et les femmes enceintes</li> <li>▪ une salle de travail munie d'une paillasse</li> <li>▪ une salle d'accouchement avec espace d'accueil du nouveau-né doté de lavabo/baignoire</li> <li>▪ une salle de postpartum</li> <li>▪ une salle de pré-éclampsiques et éclampsiques</li> <li>▪ sanitaires personnels, parturientes, accouchées</li> <li>▪ un bureau sages-femmes/infirmiers</li> <li>▪ un bureau surveillante/coordonnatrice</li> <li>▪ vestiaires sages-femmes</li> <li>▪ un espace buanderie et de stérilisation (celui de la structure)</li> <li>▪ une armoire ou dépôt de médicaments</li> <li>▪ une salle/dépôt/magasin d'instruments</li> </ul>
SONUC	<p><b>Service Gynécologie-Obstétrique de l'HG/HR répondant aux normes d'infrastructures, et où l'on doit trouver spécifiquement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ au moins deux salles de travail</li> <li>▪ au moins deux salles d'accouchement</li> <li>▪ une salle de réanimation du nouveau-né</li> <li>▪ une salle de néonatalogie</li> <li>▪ une salle de soins</li> <li>▪ une salle de postpartum immédiat</li> <li>▪ deux salles de post opératoire</li> <li>▪ une salle d'observation des urgences</li> <li>▪ un espace avec bureau</li> <li>▪ un magasin</li> <li>▪ sanitaires personnels, parturientes, accouchées</li> <li>▪ un bureau surveillante/coordonnatrice</li> <li>▪ un bureau sages-femmes (servant de salle de garde et vestiaires)</li> <li>▪ un bureau infirmières</li> <li>▪ une salle de garde médecins</li> <li>▪ un coin pour repas (cafeteria structure)</li> <li>▪ un bloc opératoire comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- un couloir salle</li> <li>- une zone commune</li> <li>- un passage patient</li> <li>- un passage matériel</li> <li>- un bureau médecin/surveillant du bloc</li> <li>- une salle d'anesthésistes</li> <li>- vestiaires et sanitaires</li> <li>- une zone d'asepsie : lavabo pour lavage des mains avec robinetterie à pédale et Sifo de sol, salle de réveil, salle d'opération avec espace d'accueil et de réanimation néonatale, salle d'instruments sales.</li> </ul> </li> <li>▪ une salle de stérilisation</li> <li>▪ une salle des soins intensifs ou réanimation</li> <li>▪ une banque de sang (celle de la structure)</li> </ul>

## Normes des SONU en matériels et équipements

### Matériels

SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sphygmomanomètre (tensiomètre). Stéthoscope</li> <li>▪ Thermomètre médical. Mètre-ruban</li> <li>▪ Stéthoscope obstétrical (fœtoscope)</li> <li>▪ Poire démontable et stérilisable (de type Pingouin) ou à usage unique</li> <li>▪ Ballon de ventilation auto-gonflable 250-500 ml et masque facial N°0 et N°1</li> <li>▪ Au moins deux boîtes d'accouchement* contenant chacune : 2 paires de ciseaux, 1 pince porte-aiguille, 4 pinces hémostatiques, 1 pince anatomique avec dents, 1 pince anatomique sans dents, 1 pince porte-tampons</li> <li>▪ Boîtes d'urgence* (au moins 2 de chaque) pour fièvre puerpérale, hémorragie, éclampsie, disproportion céphalo-pelvienne</li> <li>▪ Sonde vésicale</li> <li>▪ Au moins une boîte de suture*</li> <li>▪ Au moins deux valves à poids*</li> <li>▪ Au moins deux pinces de Pozzi* : ténaculum, pince à col</li> <li>▪ Au moins une boîte de spéculums vaginaux* PM, MM, GM</li> <li>▪ Ventouse et/ou forceps*</li> <li>▪ Au moins deux boîtes pour l'aspiration manuelle intra-utérine* (AMIU) avec seringue d'aspiration et canules de différents calibres.</li> <li>▪ Bassine de décontamination</li> <li>▪ Bassins de lit</li> </ul>
<p>* <b>Matériels SONUB dont il faut revoir les effectifs pour les SONUC (selon la capacité d'accueil)</b></p>	

SONUC	<p><b>En plus des matériels SONUB cités ci-avant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sondes vésicales</li> <li>▪ Canules de Guedel</li> <li>▪ Canules de Mayo</li> <li>▪ Sondes d'aspiration</li> <li>▪ Ballons de ventilation et masques d'Ambu de différentes tailles</li> <li>▪ Marteau perceur</li> </ul>	<p><b>Matériels de chirurgie et de réanimation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Boîtes de curetage</li> <li>▪ Boîtes de césarienne</li> <li>▪ Boîtes de laparotomie</li> <li>▪ Boîtes d'hystérectomie</li> <li>▪ Boîtes de réparation des fistules urogénitales</li> <li>▪ Boîtes de pansements</li> <li>▪ Source d'oxygène</li> </ul>
<b>Équipements</b>		
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matériels de bureau : bureau, chaises, patère, buffet d'urgence, armoire et classeurs métalliques, tableau blanc, tableau d'affichage</li> <li>▪ Équipements de protection pour maternité (blouses lavables ou jetables, lunettes, etc.)</li> <li>▪ Chaise roulante</li> <li>▪ Couverture de survie</li> <li>▪ Table d'examen</li> <li>▪ Table d'accouchement avec étriers</li> <li>▪ Escabeau ou marche-pied</li> <li>▪ Tabouret réglable</li> <li>▪ Source de lumière : lampe d'examen gynécologique flexible ou de poche</li> <li>▪ Table de Mayo</li> <li>▪ Porte-solutés</li> <li>▪ Thermomètre mural</li> <li>▪ Horloge murale</li> <li>▪ Lits et accessoires, matelas couverts de plastique lavable, alèses moltonnées</li> <li>▪ Table chauffante/irradiante ou table avec source de chaleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pèse-bébé</li> <li>▪ Aspirateur à pression négative ne dépassant pas 100 mmHg ou 130 cm d'eau, doté d'une sonde d'aspiration</li> <li>▪ Stérilisateur</li> <li>▪ Réfrigérateur à placenta</li> <li>▪ Glacière 10 à 20 l pour vaccin et ocytocine pour le bloc</li> <li>▪ Chariot de nettoyage pour hôpital</li> <li>▪ Brosses à ongles</li> <li>▪ Poubelle à pédale</li> <li>▪ Boîte de biosécurité (poubelle pour objets piquants, tranchants..)</li> <li>▪ Poubelle en plastique avec couvercle (pour déchets biologiques, placenta, mort né) et sachets poubelle</li> <li>▪ Téléphone pour communications d'urgence</li> <li>▪ Ambulance fonctionnelle</li> <li>▪ Petite bonbonne O2 portative pour le transfert du nouveau-né avec détresse respiratoire</li> </ul>
SONUC	<p><b>En plus des équipements SONUB cités ci-dessus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bonbonne d'oxygène (avec chariot et clé) et/ou concentrateur d'oxygène</li> <li>▪ Couveuses ordinaires</li> <li>▪ Couveuses ou tables à photothérapie (dans l'unité de néonatalogie)</li> <li>▪ Évier avec robinet à commandes cubitales</li> <li>▪ Saturomètre</li> <li>▪ Glucomètre</li> <li>▪ Laryngoscope</li> <li>▪ Tubes d'intubation</li> <li>▪ Échographe</li> <li>▪ Appareil de monitoring foetal</li> <li>▪ Ambulance fonctionnelle</li> </ul>	
<b>Normes des SONU en médicaments et consommables</b>		
<b>Médicaments</b>		
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utérotoniques : ocytocine, carbétocine, ergométrine, misoprostol</li> <li>▪ Solutés de perfusion et remplissage : sérum physiologique 0,9%, Ringer lactate, Gélofusine</li> <li>▪ Antibiotiques injectables : ampicilline, amoxicilline, céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération, gentamicine, métronidazole</li> <li>▪ Antispasmodiques</li> <li>▪ Anticonvulsivants : diazépam, sulfate de magnésium + gluconate de calcium</li> <li>▪ Antalgiques : paracétamol, Tramadol</li> <li>▪ Antipyrétiques : paracétamol</li> <li>▪ Antipalustre injectable : quinine, quinimax, artémisinine</li> <li>▪ Antihypertenseurs : hydralazine, labetalol, nicardipine (Loxen), alphaméthylidopa (Aldomet)</li> <li>▪ Tocolytiques : inhibiteurs calciques</li> <li>▪ Vitamine K1 pour le nouveau-né</li> </ul>	
SONUC	<p><b>En plus des médicaments SONUB cités ci-dessus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solutés de perfusion et remplissage : sérum glucosé 5%, 10%, 50%</li> <li>▪ Antibiotiques injectables : cloxacilline, pénicilline G</li> <li>▪ Corticoïdes : bétaméthasone (1<sup>ère</sup> intention), dexaméthasone</li> <li>▪ Analgésiques (péridurale)</li> <li>▪ Sang et dérivés</li> </ul>	

Consommables	
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abaisse-langues (boîte)</li> <li>▪ Bandelettes urinaires (pour dosage niveau de protéine et glycémie)</li> <li>▪ Test de dépistage du VIH</li> <li>▪ Gants propres (7 à 8 boîtes)</li> <li>▪ Gants stériles</li> <li>▪ Gants gynécologiques manches longues (pour révision utérine ou délivrance artificielle)</li> <li>▪ Masques (boîte)</li> <li>▪ Rouleaux de papier essuie-tout</li> <li>▪ Rouleaux de papier d'examen</li> <li>▪ Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc</li> <li>▪ Aiguilles IM vertes et bleu, SC pour nouveau-né</li> <li>▪ Perfuseurs stériles (carton)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lames de bistouri</li> <li>▪ Matériel de suture (fils et aiguilles)</li> <li>▪ Solution antiseptique</li> <li>▪ Compresses</li> <li>▪ Toile de gaze</li> <li>▪ Sparadrap (boîte)</li> <li>▪ Linges à stériliser pour sécher et envelopper le nouveau-né</li> <li>▪ Bracelets d'identification du nouveau-né (boite)</li> <li>▪ Fils à cordon et clamps ombilical</li> <li>▪ Savon liquide ou en bloc</li> <li>▪ Désinfectant pour les mains</li> <li>▪ Désinfectant à base de chlore</li> </ul>
SONUC	En plus des consommables SONUB cités ci-dessus : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poches de transfusion</li> </ul>
Normes des SONU en outils et supports	
Outils de prestation	
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiches de consultation</li> <li>▪ Carnet de soins prénatals</li> <li>▪ Partogramme</li> <li>▪ Fiche de soins post-natals</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protocoles SONU (tableaux muraux)</li> <li>▪ Score d'APGAR</li> <li>▪ Score de Silvermann</li> <li>▪ Bons de référence et de contre-référence</li> </ul>
SONUC	En plus des outils SONUB cités ci-dessus : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bon de demande de sang</li> <li>▪ Bon de livraison de sang</li> <li>▪ Fiche de surveillance de la transfusion</li> <li>▪ Bon de contre-référence</li> </ul>
Outils de collecte des données	
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registre de CPN</li> <li>▪ Registre d'accouchement</li> <li>▪ Registre de résultats VIH</li> <li>▪ Registre de suivi des femmes VIH+</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche d'hémovigilance</li> <li>▪ Fiche d'audit des décès maternels et néonataux</li> </ul>
SONUC	En plus des outils SONUB cités ci-dessus : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dossier obstétrical</li> <li>▪ Cahier de surveillance de la transfusion</li> </ul>
Outils de rapportage	
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cahier de rapport</li> </ul>
SONUC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registres de soins</li> <li>▪ Canevas de rapport mensuel des DS et DDSSSa</li> </ul>
Outils de supervision	
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registre/cahier de supervision</li> </ul>
SONUC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Canevas de supervision</li> <li>▪ Fiche de monitoring (cf page 147)</li> <li>▪ Grille de supervision du Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL)</li> </ul>



## 4.3 PROCÉDURES DES SONU

### Les principes généraux des SONU

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

### Charte de l'accouchement : les deux affiches Future maman et Sage-femme

**Charte de l'accouchement**

**EN TANT QUE FUTURE MAMAN J'AI LE DROIT D'EXIGER**

1. L'accompagnement de ma communauté, en toute sécurité, jusqu'à mon arrivée à la maternité
2. Un centre de santé accessible, disposant d'un plateau technique adapté et de qualité ainsi que d'un personnel qualifié
3. Toutes les informations concernant mon état, le déroulement de l'accouchement, l'état de mon enfant et le post-partum (y compris le planning familial). Pour moi et le futur papa !
4. Un accouchement dans le respect de ma dignité, sans jugement sur ma situation sociale, culturelle ou religieuse, et celle de ma famille
5. Un accompagnement bienveillant de mon enfant, des soins adaptés en cas de naissance prématurée ou de complications à la naissance
6. Un accompagnement pour allaiter mon enfant dès ses premiers instants
7. L'accès à tous les médicaments nécessaires à une prise en charge d'urgence, et la gratuité en cas de césarienne
8. Un accès à l'eau potable et à l'électricité en continu, et des toilettes décentes respectant ma dignité et celle de la sage-femme

**VOICI VOS DROITS. PENSEZ À RESPECTER LES DROITS DE LA SAGE-FEMME QUE YA VOUS ACCOMPAGNER.**

Vous avez des questions sur vos droits ?  
Contactez l'Association Nationale des Sages-Femmes du Congo (ANASAFCCO) :  
05 508 34 44 / 04 496 53 72

**Charte de l'accouchement**

**EN TANT QUE SAGE-FEMME J'AI LE DROIT D'EXIGER**

1. Un système de référence performant garantissant la qualité de la prise en charge de la future maman
2. Un environnement de travail sain et sécurisé, des collaborateurs qualifiés et en nombre suffisant, du matériel adapté et des médicaments
3. Tous les documents nécessaires à la surveillance du travail et de l'accouchement. Et des référents désignés me permettant d'obtenir un avis médical quand j'en ai besoin
4. La reconnaissance et le respect de mon travail par tous : superviseurs, collaborateurs, futures mamans, papas, et familles
5. Un espace réservé et équipé pour la prise en charge des nouveau-nés présentant des difficultés à la naissance
6. L'accès à des formations me permettant de maintenir et développer mes compétences
7. Un soutien de mon employeur, pour la prise en charge de ma famille, si je suis affectée dans une localité éloignée
8. Un accès à l'eau potable et à l'électricité en continu, et des toilettes décentes respectant ma dignité et celle de la future maman

**VOICI VOS DROITS. PENSEZ À RESPECTER LES DROITS DE LA FUTURE MAMAN QUE VOUS ALLEZ ACCOMPAGNER.**

Vous avez des questions sur vos droits ?  
Contactez l'Association Nationale des Sages-Femmes du Congo (ANASAFCCO) :  
05 508 34 44 / 04 496 53 72

## 5.1 GÉNÉRALITÉS

*La surveillance de l'accouchement est le suivi attentif des modifications physiologiques et mécaniques qui ont pour but l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir de 22 semaines d'aménorrhée.*



### Quels objectifs ?

Assurer l'issue favorable de l'accouchement.

#### Objectifs spécifiques :

- Évaluer le bien-être maternel et fœtal.
- Diagnostiquer les anomalies dynamiques et mécaniques.
- Évaluer la tolérance et de l'efficacité des thérapeutiques mises en place.

#### Pour quels publics ?



- Parturientes en salle de naissance
- Accouchées dans le postpartum immédiat

#### À quels moments ?



- Les trois périodes de l'accouchement :
- le travail
  - l'expulsion
  - le postpartum immédiat (dans les 6 heures suivant l'accouchement)

## 5.2 NORMES DE LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Normes	Niveau CSI PMA-E	Niveau HB /HR
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer les SONE</li> <li>▪ Assurer les SONUB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer les SONE</li> <li>▪ Assurer les SONUB et SONUC</li> </ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sage-femme pour 40 accouchements</li> <li>▪ Infirmière formée en SR et/ou agent technique de santé</li> <li>▪ Techniciens de surface</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstétricien</li> <li>▪ Pédiatre</li> <li>▪ Médecin</li> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Infirmière formée en SR</li> <li>▪ Agent technique de santé</li> <li>▪ Anesthésiste-réanimateur</li> <li>▪ Techniciens de surface</li> </ul>
Normes d'infrastructures	<p><b>Voir normes SONUB pages 26 à 28</b></p>	<p><b>Voir normes SONUC pages 26 à 28</b></p>
Normes des matériels et équipements		
Normes des médicaments et consommables		
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registre des accouchements</li> <li>▪ Partogramme</li> <li>▪ Fiche d'aide à la décision et à la communication (fiche de consignes)</li> <li>▪ Dossier médical</li> <li>▪ Fiche d'information du nouveau-né</li> </ul>	

## 5.3 PROCÉDURES DE LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Niveau	Conduite à tenir
SONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire une évaluation clinique de la parturiente en début de travail.</li> <li>▪ Préciser la phase du travail d'accouchement.</li> <li>▪ Apporter un soutien psychologique à la parturiente.</li> <li>▪ Assurer la surveillance du travail par le remplissage du partographe.</li> <li>▪ Diagnostiquer les anomalies.</li> <li>▪ Pratiquer l'expulsion à dilatation complète tout en surveillant l'état maternel et fœtal (BDCF, progression du mobile).</li> <li>▪ Réaliser la délivrance (GATPA).</li> <li>▪ Assurer la surveillance du postpartum immédiat.</li> <li>▪ Stabiliser la patiente en cas d'urgence.</li> <li>▪ Organiser la référence en cas d'urgence obstétricale et/ou néonatale.</li> </ul>
SONUB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmer le diagnostic des anomalies.</li> <li>▪ Assurer une psychothérapie de soutien.</li> <li>▪ Organiser la prise en charge de l'urgence.</li> <li>▪ Évaluer la gravité.</li> <li>▪ Appliquer les SONUB appropriés en fonction du type d'urgence.</li> <li>▪ Evaluer l'efficacité des SONUB.</li> <li>▪ Informer la femme et sa famille sur l'évolution du travail.</li> <li>▪ Organiser la référence en cas d'échec SONUB ou d'indication de césarienne.</li> </ul>
SONUC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les cas, y compris les référés.</li> <li>▪ Appliquer les procédures de prévention des infections.</li> <li>▪ Apporter un soutien psychologique et émotionnel à la parturiente.</li> <li>▪ Organiser la prise en charge chirurgicale.</li> <li>▪ Administrer le cas échéant les produits sanguins.</li> <li>▪ Assurer la surveillance du post opératoire.</li> <li>▪ Pratiquer la réanimation néonatale médicalisée.</li> </ul>

## 5.4 PARTOGRAPHE ET PARTOGRAMME

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

### Éléments du partographe :

- Progression du travail d'accouchement :
  - Dilatation du col
  - Descente de la présentation
  - Fréquence et durée des contractions utérines
- Surveillance du fœtus :
  - Rythme cardiaque fœtal
  - Couleur du liquide amniotique
- Surveillance de l'état de la mère :
  - Pouls, température, tension artérielle
  - Médicaments administrés au cours du travail

### Remplissage du partographe

*Cf Fiche technique 24 page 73*

## Chapitre 6

# PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES ET DES COMPLICATIONS AU TROISIÈME TRIMESTRE ET AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

## 6.1 PLACENTA PRAEVIA (PP)

*Le placenta praevia est une insertion du placenta en partie ou en totalité au niveau du segment inférieur.*

### Éléments de diagnostic

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

*Cf Fiche technique 28 page 78*

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente. La rassurer.
- Prendre une voie veineuse avec cathéter 16 G ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou sérum salé isotonique.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus au besoin, et faire le dosage de l'hémoglobine si possible.
- Repérer des donneurs de sang.
- Référer à SONUC.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir la parturiente.
- Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16 ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique.
- Placer une sonde vésicale à demeure (débit urinaire).
- Surveiller, contrôler les signes vitaux : pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience. Noter sur le partographe.
- Faire le groupage sanguin rhésus et les taux Hb/Ht, TP, TCA.
- Faire le test de coagulation au lit de la patiente. *Cf Fiche technique 41 page 88*
- Pratiquer un examen échographique si disponible mais cela ne doit pas retarder la prise en charge.
- Prescrire le traitement martial : sulfate ou fumarate ferreux à raison de 120 mg/jour pendant au moins un mois.
- Réanimer au besoin.

- Réaliser l'accouchement par voie basse si possible (PP latéral si arrêt du saignement après rupture artificielle des membranes).
- Réaliser la césarienne en urgence si PP recouvrant ou en cas de persistance du saignement.

## 6.2 HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE (HRP)

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

### Éléments de diagnostic

- Saignements minimes faits de sang noirâtre
- Douleur abdominale violente en coup de poignard
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses
- Signes de choc
- Contracture utérine permanente (utérus de bois)
- BDCF altérés ou le plus souvent absents

*Cf Fiche technique 29 page 79*

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé du fait du saignement.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente. La rassurer.
- Prendre une voie veineuse avec cathéter 16 G ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus au besoin, et faire le dosage de l'hémoglobine si possible.
- Repérer des donneurs de sang.
- Référer à SONUC.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Faire l'examen.
- Faire le groupage sanguin rhésus et les taux Hb/Ht, TP, TCA.
- Faire le test de coagulation au lit de la patiente. *Cf Fiche technique 41 page 88*
- Placer une sonde vésicale à demeure.

## 6.3 RUPTURE UTÉRINE (RU)

*C'est une solution de continuité non chirurgicale siégeant au niveau de l'utérus, survenant généralement au cours du travail d'accouchement.*

### Éléments de diagnostic

- Saignement vaginal provenant de la cavité utérine d'abondance variable.
- Pâleur des conjonctives et des muqueuses (anémie).
- État de choc d'apparition rapide.
- Forte douleur abdominale d'apparition brutale, spontanée.
- Douleur abdominale à la palpation.
- Parties fœtales aisément palpables sous la peau de l'abdomen (fœtus hors de la cavité utérine).
- Disparition des contractions utérines.
- Absence des mouvements fœtaux et des BDCF.
- Disparition de la présentation au TV.



*La RU est toujours précédée d'un syndrome de pré-rupture (utérus non cicatriciel) caractérisé par une contracture utérine et une hypercinésie utérine.*

*Cf Fiche technique 30 page 79*

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente. La rassurer.
- Prendre une voie veineuse avec cathéter 16 G ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Placer une sonde urinaire à demeure.
- Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus au besoin, et faire le dosage de l'hémoglobine si possible.
- Repérer des donneurs de sang.
- Référer à SONUC.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir et examiner la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Placer une sonde urinaire à demeure.
- Faire le groupage sanguin rhésus et les taux Hb/Ht, TP, TCA.
- Faire le test de coagulation au lit de la patiente. *Cf Fiche technique 41 page 88*

### Si état hémodynamique stable :

- Pratiquer une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta.

### Si les berges ne sont pas nécrosées :

- Réparer la lésion utérine.

### Si impossibilité de réparer la brèche (nécrose) :

- Faire une hystérectomie totale.

- Administrer une antibiothérapie :
  - amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV associée à gentamycine 160 mg/jour en IM ;
  - métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 12 heures.
- Surveiller :
  - pouls, TA, FR : toutes les 15 minutes ;
  - état de conscience : toutes les 15 minutes
  - diurèse : chaque heure.
  - T° : 3 fois par jour

### Si état de choc :

- Pratiquer la laparotomie.
- Surveiller : comme indiqué ci-dessus.

## 6.4 ÉCLAMPSIE

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

### Éléments de diagnostic

- Convulsions
- Coma
- HTA (TA > 140/90 mmHg)
- Protéinurie
- Œdème (inconstant)

L'éclampsie est toujours précédée d'un syndrome pré-éclamptique caractérisé par une tension artérielle élevée associée à une protéinurie supérieure ou égale à 2 croix ou la présence des deux à la fois. Il se traduit par : céphalées, vision floue, bourdonnements d'oreille, douleur épigastrique en barre, exagération des réflexes ostéo-tendineux, protéinurie (au moins deux croix), oligurie (< 400 ml/24 heures).



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

*Cf Fiches techniques 17 à 21 pages 67 à 71*

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir et examiner la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Assurer la libération des voies aériennes supérieures : le cou en hyper extension, placer canule de Mayo ou baillon sans étouffer, désencombrer si nécessaire.
- Administrer Diazépam 10 mg en IV et 10 mg en IM. Ou le sulfate de magnésium : *cf Fiche technique 15 page 6.*
- Placer une sonde urinaire à demeure.
- Référer si accouchement non imminent.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir et examiner la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique.
- Administrer le sulfate de magnésium. Cf *Fiche technique 15 page 65*

#### Si phase de latence :

- Pratiquer la césarienne.
- Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures, puis toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.

#### Si phase active :

- Privilégier la voie basse. Accélérer le travail par :
  - la rupture de la PDE si intacte ;
  - la perfusion d'ocytocine si nécessaire. Cf *Fiche technique 25 page 75*
- Pratiquer l'épisiotomie si nécessaire. Cf *Fiche technique 34 page 82*
- Procéder à l'accouchement.
- Si souffrance fœtale ou dilatation stationnaire, procéder à la césarienne.
- Après l'accouchement : surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée.
- Prise en charge spécialisée : service de réanimation.

## 6.5 ANÉMIE SEVERE

Il y a *anémie sévère* lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl ou lorsque le taux d'hématocrite est  $\leq 20\%$ .

### Éléments de diagnostic

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



*L'accouchement chez une femme ayant une anémie sévère doit impérativement se dérouler dans un centre médico-chirurgical avec un service de réanimation.*

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente. La rassurer.
- Faire l'examen physique.

- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du serum salé isotonique.
- Prévoir deux donneurs de sang.
- Référer la patiente en décubitus latéral gauche, buste légèrement relevé.

#### Si dilatation complète :

- Procéder à l'accouchement avant l'évacuation si possible.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Mêmes premières procédures qu'au niveau CSI.
- Oxygéner.
- Demander des examens complémentaires : groupage sanguin rhésus, NFS plus plaquettes.
- Transfuser selon les standards de transfusion. Cf *Fiches techniques 39, 40 et 41 pages 87 et 88*
- Diriger le travail : utilisation du partographe, actions correctrices si nécessaire.
- Procéder à l'accouchement.
- Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures, puis toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.



*Faire très attention à l'hémorragie de la délivrance. Des saignements < 500 ml peuvent entraîner une décompensation avec collapsus cardiovasculaire.*

## 6.6 TRAVAIL PROLONGÉ

Un travail est dit prolongé lorsque la durée du travail dépasse les 12 heures ou la phase active est supérieure à 6 heures.

### Signes

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

### Diagnostic étiologique

- Dystocies dynamiques liées à la mère :
  - Contractions utérines inefficaces
  - Efforts expulsifs insuffisants
- Dystocies dynamiques liées au fœtus :
  - Disproportion foeto-pelvienne
  - Présentation dystocique (face, épaule, front, siège)
- Malformations fœtales (hydrocéphalie, tumeur).
- Anomalies du bassin osseux.
- Présentations en variété postérieure.
- Dégagement en occipito-sacré.
- Obstacles prævia.

Cf *Fiche technique 31 page 80*

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente. La rassurer.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.
- Évacuer.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir la parturiente.

## 6.7 ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

*C'est un accouchement qui survient entre la 22<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée révolue et la 36<sup>ème</sup> semaine plus 6 jours.*

### Classification de la prématurité :

- Très grande prématurité : né entre 22 SA (PN  $\geq$  500 g) et 27 SA plus 6 jours.
- Grande prématurité : né entre 28 SA et 31 SA plus 6 jours.
- Prématurité moyenne : né entre 32 SA et 36 SA plus 6 jours.

- *Si présentation céphalique : pratiquer épisiotomie et/ou extraction par forceps.*

- *Préparer le matériel de réanimation du nouveau-né.*



- *Prévenir le pédiatre pour le transfert du nouveau-né en néonatalogie.*

- *Rechercher la cause avant et/ou après l'accouchement.*

Cf Fiche technique 32 page 81

## 6.8 PROCIDENCE DU CORDON

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

### Procédures au niveau communautaire

- Amener d'urgence au centre de santé.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente. La rassurer.

### Si cordon non pulsatile (foetus mort) :

- Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence de contre-indications (utérus bicatriciel, BGR, position transverse, etc.).

### Si cordon pulsatile (foetus vivant), phase de latence ou phase active :

- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique.

- Mettre la femme en Trendelenbourg.
- Référer.

### Si dilatation complète :

- Procéder à l'accouchement instrumental.
- Préparer la réanimation du nouveau-né.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et perfusion du Ringer lactate ou du serum salé isotonique.

### Si cordon non pulsatile (foetus mort) :

- Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence d'autres anomalies.

### Si cordon pulsatile (foetus vivant) :

#### PHASE DE LATENCE

- Mettre la femme en Trendelenbourg.
- Pratiquer la césarienne.

#### PHASE ACTIVE

- Refouler la présentation et la maintenir au-dessus du détroit supérieur.
- Mettre la femme en position de Trendelenbourg.
- Pratiquer la césarienne.

### Si dilatation complète et foetus vivant :

- Oxygéner à raison de 3 litres/minute.
- Terminer l'accouchement par une application de forceps ou de ventouse.
- Anticiper le besoin de réanimer le nouveau-né.

## 6.9 PHASE D'EXPULSION : RÉTENTION DE LA TÊTE DERNIÈRE

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

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

### Technique de l'accouchement dans la rétention

- Respecter les règles de l'accouchement du siège : ne toucher que pour éviter la rotation du dos vers l'arrière.
- Si la rétention se fait au niveau du détroit moyen, faire la **MANŒUVRE DE MAURICEAU** :
  - introduire l'index et le majeur de la main droite dans la bouche de l'enfant ;
  - placer les doigts de la main gauche de chaque côté du cou de l'enfant ;
  - fléchir lentement la tête vers le bas pour la dégager de la vulve ;
  - en même temps, relever le corps de l'enfant vers le ventre de la mère.
- Si la rétention se fait au niveau du détroit inférieur, faire la **MANŒUVRE DE BRACHT** :
  - prendre l'enfant par la taille et le mettre sur le ventre de la mère.

## 6.10 PHASE DE DÉLIVRANCE : RÉTENTION PLACENTAIRE

*La rétention placentaire est une complication de la délivrance où tout ou partie du placenta reste en place dans l'utérus au bout de 30 minutes.*

### Éléments de diagnostic

- Saignement
- Placenta incomplet à l'examen
- Placenta entièrement retenu
- Utérus mou
- État de choc

*Cf Fiche technique 35 page 83*

*Révision utérine : cf Fiche technique 36 page 84*

### Procédures au niveau communautaire

- Référer d'urgence au CSI ou à l'hôpital.

### Procédures au niveau CSI à PMAE (SONUB)

- Accueillir la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et perfusion de Ringer lactate ou de sérum salé isotonique

#### Si rétention partielle :

- Faire la révision utérine.

#### Si rétention placentaire complète :

- Faire une délivrance artificielle.
- Administrer de l'ocytocine.
- Donner 2 g d'amoxicilline/jour pendant 7 jours.

#### Si rétention de cotylédons ou membranes :

- Faire la révision utérine.
- Administrer de l'ocytocine

#### Si atonie utérine :

- Vider la vessie si elle est pleine.
- Faire le massage de l'utérus.
- Faire la révision utérine.
- Administrer de l'ocytocine.

**Si placenta acreta. Si inversion utérine. Si l'hémorragie ne s'arrête pas. Si troubles de la coagulation :**

- Référer.

**Si déchirures des parties molles - vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée :**

- Faire un tamponnement compressif et référer.

### Procédures au niveau HR/HG (SONUC)

- Accueillir la parturiente.
- Prendre une voie veineuse au cathéter 16 G ou 18 G et perfusion de Ringer lactate ou de sérum salé isotonique

#### Si rétention partielle :

- Faire la révision utérine.

#### Si rétention placentaire complète :

- Faire une délivrance artificielle.
- Administrer de l'ocytocine.
- Donner 2 g d'amoxicilline/jour pendant 7 jours.

**Si rétention de cotylédons ou membranes :**

- Faire la révision utérine.
- Administrer de l'ocytocine.

**Si atonie utérine :**

- Vider la vessie si elle est pleine.
- Faire le massage de l'utérus.
- Faire la révision utérine.
- Administrer l'ocytocine et 1000 mcg de misoprostol par voie rectale.
- Donner 2 g d'amoxicilline/jour pendant 7 jours.

**Si placenta acreta :**

- Procéder à la délivrance artificielle.

**Si inversion utérine :**

- Remettre en place l'utérus par la **MANŒUVRE DE TAXIS** : avec le point fermé, refouler le fond inversé pour le faire remonter à sa place.
- Administrer de l'ocytocine : 10 UI en IV.
- Donner 2 g d'amoxicilline/jour pendant 7 jours.
- Si échec, procéder à la laparotomie.

**Si l'hémorragie ne s'arrête pas. Si troubles de la coagulation :**

- Transfuser du plasma frais congelé si disponible ou sang total. *Cf Fiches techniques 39, 40 et 41 pages 87 et 88*
- Faire une hystérectomie si possible, ou évacuer.
- Administrer du fibrinogène pour les troubles de la coagulation.

**Si déchirures des parties molles :**

- Réparer.
- Évacuer si nécessaire.



## 7.1 GÉNÉRALITÉS

*La surveillance du postpartum immédiat est l'ensemble des soins et des gestes effectués au cours des 6 premières heures suivant la délivrance.*



### Quels objectifs ?

Assurer la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né.

#### Objectifs spécifiques :

- Assurer les soins à l'accouchée.
- Assurer les soins du nouveau-né.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Accouchées
- Nouveau-né

#### À quel moment ?



Le postpartum immédiat : les six premières heures après l'accouchement, dont deux heures au bloc d'accouchement

## 7.2 NORMES DE LA SURVEILLANCE DU POSTPARTUM IMMÉDIAT

Normes	CSI à PMAE : SONE, SONUB	HB / HR : SONUC
Normes d'intervention	<p><b>Chez la mère :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examen du placenta</li> <li>▪ Constantes hémodynamiques</li> <li>▪ Globe de sécurité</li> <li>▪ Quantité et nature des saignements</li> <li>▪ Examen du périnée</li> <li>▪ La miction</li> <li>▪ La douleur et son origine</li> <li>▪ La médication en cours</li> </ul> <p><b>Chez le nouveau-né (Cf Volume 2, Chapitre 1 SENN page 104) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine</li> <li>▪ Absence d'anomalies congénitales et des malformations</li> <li>▪ Vérifier l'âge gestationnel (si la femme n'a pas suivi ses CPN)</li> <li>▪ Permettre d'instaurer une bonne relation mère-enfant</li> </ul>	
Normes en ressources humaines	<p><i>Voir normes SONUB pages 26 à 28</i></p>	<p><i>Voir normes SONUC pages 26 à 28</i></p>
Normes d'infrastructures		
Normes des matériels et équipements		
Normes des médicaments et consommables		
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche de surveillance de la mère</li> <li>▪ Fiche de surveillance du nouveau-né</li> <li>▪ Fiche de transfert</li> <li>▪ Registre d'accouchement</li> </ul>	

## 7.3 PROCÉDURES DE LA SURVEILLANCE DU POSTPARTUM IMMÉDIAT

### Soins essentiels au nouveau-né (SENN)

SONUB  
et SONUC

- Dans les 6 premières heures, évaluer toutes les 15 minutes :
  - la respiration (FR 30 à 60/mn) ;
  - la couleur (rose) ;
  - le moignon du cordon (ne saigne pas) ;
  - la température (vérifier à l'aide d'un thermomètre) ;
  - les mouvements et les réflexes ;
  - la posture ;
  - le sommeil et autres comportements.
- Ne baigner le nouveau-né qu'entre les 6 et 24 premières heures (après que la température soit stabilisée).
- Conseiller à la mère les pratiques pour protéger le nouveau-né contre les infections : allaitement exclusif, propreté du cordon, vaccins recommandés, utilisation de MIILDA.
- Sensibiliser sur l'intérêt, l'utilité de la vaccination et la prévention des maladies évitables.
- Administrer la vitamine K1 à 2mg/kg en per os.
- Donner les soins avant la référence :
  - réchauffer le nouveau-né en cas d'hypothermie ;
  - refaire la ligature du cordon encas de saignement.
- Aider la mère et sa famille à préparer un plan de prise en charge en cas de signes de danger.
- Pour le bébé de mère séropositive, administrer des ARV à la naissance. *Cf Fiche technique 56 Santé du nouveau-né page 124*
- Pour la conjonctivite congénitale : *cf Fiche technique 60 Santé du nouveau-né page 127*

### Soins essentiels à la mère

SONUB  
et SONUC

- Après accouchement par voie basse :
  - la mère reste en salle de naissance au moins pendant 2 heures ;
  - perfusion d'ocytocine en continu ;
  - examen toutes les 30 minutes : pouls, TA, saignement, état de l'utérus en appuyant son fond pour apprécier son globe de sécurité ;
  - encourager l'AME, le démarrer précocément. L'accouchée qui souhaite allaiter va être aidée par une auxiliaire puéricultrice ;
  - si pas d'allaitement au sein, donner le biberon auprès de la mère.
- Si la femme est séropositive au VIH, s'assurer qu'elle est sous ARV. Sinon, l'orienter vers les médecins référents. Eviter tous les gestes traumatisants : version, épisiotomie, forceps, ventouse, expression abdominale.
- Réparer les lésions vaginales ou périnéales et une éventuelle épisiotomie. Référer si nécessaire (CSI, HR).



## Chapitre 8

# SOINS POSTNATALS

### 8.1 GÉNÉRALITÉS

*Les soins postnatals englobent les conseils et les soins offerts à la femme et à l'enfant dès l'accouchement.*



#### Quels objectifs ?

Prévenir les complications des suites de couches et garantir le retour à l'état antérieur à la grossesse.

#### Objectifs spécifiques :

- Effectuer le suivi des suites de couches.
- Prendre en charge les problèmes de santé dépistés.
- Donner des conseils pour la promotion de l'AME, l'utilisation des MIILD et la prévention de l'anémie.
- Offrir des soins essentiels au nouveau-né et à la mère.
- Proposer une méthode de contraception adaptée à la femme.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Accouchées
- Nouveau-nés

#### À quels moments ?



De 24 heures à 60 jours après l'accouchement :

- De 24 à 48 heures
- Du 2<sup>ème</sup> au 3<sup>ème</sup> jour
- Du 7<sup>ème</sup> au 14<sup>ème</sup> jour
- Avant la fin de la 8<sup>ème</sup> semaine

### 8.2 NORMES DES SOINS POST-NATALS

Normes	CSI PMA-E : SONE, SONUB	HB / HR : SONUC
Normes d'interventions	<p><b>Chez la mère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Après les 24 heures qui suivent la naissance, contrôler les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- miction et incontinence urinaire ;</li> <li>- fonction intestinale ;</li> <li>- cicatrisation des plaies périnéales ;</li> <li>- céphalées, fatigue, dorsalgie ;</li> <li>- douleur et hygiène périnéales, douleur au niveau des seins ;</li> <li>- sensibilité utérine et lochies ;</li> </ul> </li> <li>▪ À chaque visite postnatale, évaluer : l'allaitement, le bien-être émotionnel, le support familial et social, les éventuelles violences domestiques.</li> <li>▪ Demander que la reprise des rapports sexuels ne se fasse pas avant 6 semaines du postpartum.</li> </ul> <p><b>Chez le nouveau-né</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la température ;</li> <li>- le sommeil ;</li> <li>- les autres comportements : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la protection contre les infections ;</li> <li>- le bain ;</li> <li>- les soins du cordon ombilical : faire une application quotidienne pendant une semaine de gel de Chrorhexidine 7,1 % ;</li> <li>- les vaccinations ;</li> <li>- l'allaitement maternel ;</li> <li>- l'affection qui lui est portée par la mère ;</li> <li>- la protection et la sécurité.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Les signes cités page suivante doivent être évalués lors de chaque visite postnatale.</li> </ul>	

	<p>Si l'un de ces signes est présent, orienter le nouveau-né pour une évaluation approfondie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il a cessé de bien s'alimenter.</li> <li>- Antécédents de convulsions.</li> <li>- Respiration trop rapide (plus de 60 respirations par minute), tirage intercostal sévère, pas de mouvements spontanés.</li> <li>- Fièvre (température <math>\geq 37,5</math> °C) ou hypothermie (température <math>&lt; 35,5</math> °C).</li> <li>- Ictère pendant les 24 premières heures de vie. Paumes et plantes des pieds jaunes, tout âge confondu.</li> </ul> <p> <b>Il convient d'encourager la famille à consulter les services de santé si l'un des signes de danger ci-dessus est identifié entre les visites postnatales.</b></p>	
Autres normes	<i>Voir normes SONUB pages 26 à 28</i>	<i>Voir normes SONUC pages 26 à 28</i>
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fiche d'information prénatale</li> <li>■ Fiche d'information de l'accouchement</li> <li>■ Fiche de visite postnatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fiche de suivi de l'enfant</li> <li>■ Dépliant pour informations et conseils</li> <li>■ Mannequins</li> </ul>

### 8.3 PROCÉDURES DES SOINS POST-NATALS

Niveau	Conduite à tenir
Niveau communautaire	<p><b>Chez la mère :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suivre l'involution utérine.</li> <li>■ Evaluer la montée laiteuse.</li> <li>■ Rechercher les signes de danger.</li> </ul> <p><b>Chez le nouveau-né :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vérifier les difficultés d'allaitement.</li> <li>■ Organiser la référence pour la vaccination du nouveau-né et pour les cas compliqués.</li> <li>■ Donner des conseils sur la vaccination suivant le calendrier vaccinal.</li> </ul>
CSI PMAE (SONUB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre en charge les cas référés.</li> <li>■ Évaluer la montée laiteuse et les difficultés d'allaitement.</li> <li>■ Suivre l'involution utérine.</li> <li>■ Rechercher les signes de danger chez la mère et chez le nouveau-né.</li> <li>■ Vacciner le nouveau-né selon le calendrier vaccinal.</li> <li>■ Faire la supplémentation en fer à la mère. Donner la vitamine A.</li> <li>■ Faire le counseling et/ou informer sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la PF, les méthodes contraceptives ;</li> <li>- l'AME ; la nutrition spécifique ;</li> <li>- l'utilisation de la MIILD ;</li> <li>- la prévention des IST/VIH ;</li> <li>- la prévention et la prise en charge des violences sexuelles et domestiques.</li> </ul> </li> <li>■ Prescrire une méthode contraceptive adaptée, en priorisant la MAMA.</li> <li>■ Distribuer les contraceptifs en utilisant la liste de contrôle.</li> <li>■ Référer si nécessaire.</li> </ul>
HR et HG (SONUC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre en charge les cas référés.</li> <li>■ Suivre l'involution utérine.</li> <li>■ Rechercher les signes de danger chez la mère et chez le nouveau-né.</li> <li>■ Vérifier l'état vaccinal de la mère ET de l'enfant, compléter la vaccination.</li> <li>■ Faire la supplémentation en fer à la mère. Donner la vitamine A.</li> <li>■ Faire le counseling sur les méthodes contraceptives.</li> <li>■ Prescrire une méthode contraceptive de longue durée : implant, DIU, CCV.</li> </ul>

## 9.1 GÉNÉRALITÉS

*Les soins après avortement (SAA) constituent un ensemble de services fournis aux femmes ayant eu une fausse couche ou un avortement provoqué.*



### Quels objectifs ?

Contribuer à la réduction du risque de morbidité et de mortalité après avortement.

#### Objectifs spécifiques :

- Assurer les soins d'urgence aux femmes ayant présenté un avortement.
- Offrir le counseling post-abortum.
- Offrir les services de planification familiale.
- Assurer les liens avec les autres services de SR et avec la communauté.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Femmes en période d'activité génitale

#### À quels moments ?



- Le traitement est dispensé en urgence.
- Le conseil, les services de PF et les autres services de santé de la reproduction peuvent être offerts immédiatement après le traitement d'urgence et/ou lors de tout contact avec la cliente.

#### Dans quels lieux de prestation ?



Les soins post-abortum peuvent être dispensés suivant les cas, au niveau :

- Communautaire.
- Formations sanitaires publiques : CS, HB, HG.
- Formations sanitaires privées à but lucratif et non lucratif.

## 9.2 NORMES DES SAA

Normes	
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Traitement d'urgence pour les complications des avortements spontanés et provoqués.</li> <li>▪ Counseling en PF et services.</li> <li>▪ Évaluation et traitement des IST.</li> <li>▪ Counseling sur le VIH et/ou référence pour les tests.</li> <li>▪ Renforcement de la communauté par le biais de la sensibilisation et de la mobilisation communautaire.</li> <li>▪ Éducation à la santé sexuelle et reproductive.</li> </ul>
Normes en ressources humaines	Suivant les cas et les compétences requises correspondantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AT, ASC, RC formés.</li> <li>▪ Paramédicaux : infirmiers et sages-femmes.</li> <li>▪ Médecins.</li> </ul>
Normes des infrastructures, matériels et équipements, médicaments et consommables	<p><i>Voir normes SONUB/SONUC pages 26 à 28</i></p>
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche de suivi</li> <li>▪ Fiche de PF</li> <li>▪ Carnet de maternité</li> <li>▪ Carnet de vaccination</li> <li>▪ Dépliants d'information</li> </ul>

### 9.3 PROCÉDURES DES SAA

Niveau	Conduite à tenir
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer sur les signes de danger :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- saignement vaginal</li> <li>- écoulement anormal</li> <li>- douleur abdomino–pelvienne</li> <li>- perte de connaissance, agitation, anxiété, confusion</li> <li>- vertige</li> <li>- refroidissement des extrémités</li> <li>- fièvre</li> <li>- abdomen distendu ou rigide ou dur ou crampé</li> </ul> </li> <li>■ Sensibiliser sur l'importance de se rendre immédiatement dans une structure sanitaire en cas de signe de danger.</li> <li>■ Donner des conseils et promouvoir la planification familiale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer sur le retour à la fécondabilité : 14 jours après un avortement.</li> <li>- Informer sur les avantages de la PF. <i>Voir Chapitre 2 page 15</i></li> <li>- Aider la femme à suivre les instructions sur la prise de contraceptifs.</li> </ul> </li> </ul>
CSI PMAE (SONUB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer sur les signes de danger :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mêmes procédures qu'au niveau communautaire ci-dessus.</li> </ul> </li> <li>■ Sensibiliser sur l'importance de l'organisation de la référence.</li> <li>■ Prise en charge médicale systématique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrer le misoprostol en sublingual.</li> <li>- Surveiller pendant 2 heures.</li> <li>- Conseiller pour le suivi.</li> <li>- Conseiller sur la PF et autres services de SR.</li> </ul> </li> <li>■ Prise en charge par AMIU - <i>Cf Fiche technique 11 page 61</i> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer les mesures de Prévention d'Infection (PI).</li> <li>- Préparer l'équipe et le matériel.</li> <li>- Effectuer le counseling pré AMIU : soutien psychologique et prise en charge de la douleur.</li> <li>- Exécuter l'AMIU tout en assurant un soutien verbal à la patiente.</li> <li>- Effectuer la surveillance post opératoire.</li> </ul> </li> <li>■ Effectuer le counseling post AMIU :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- les signes normaux de récupération ;</li> <li>- les conseils d'hygiène ;</li> <li>- le rendez-vous pour le suivi ou en cas de problème.</li> </ul> </li> <li>■ Donner des conseils et promouvoir la planification familiale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer sur retour à la fécondabilité (14 jours après un avortement).</li> <li>- Informer sur les avantages de la PF. <i>Voir Chapitre 2 page 15</i></li> <li>- Prescrire une méthode contraceptive en appliquant le BERCER.</li> </ul> </li> </ul>
HR et HG (SONUC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer sur les signes de danger :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mêmes procédures qu'au niveau CSI ci-dessus.</li> </ul> </li> <li>■ Prise en charge médicale systématique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mêmes procédures qu'au niveau CSI.</li> </ul> </li> <li>■ Prise en charge par AMIU - <i>Cf Fiche technique 11 page 61</i> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mêmes procédures qu'au niveau CSI.</li> </ul> </li> <li>■ Effectuer le counseling post AMIU :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mêmes procédures qu'au niveau CSI.</li> </ul> </li> <li>■ Prise en charge des cas référés :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si infection, faire une antibiothérapie.</li> <li>- Demander la radiographie (ASP), échographie si nécessaire.</li> <li>- Faire une laparotomie si nécessaire.</li> </ul> </li> <li>■ Donner des conseils et promouvoir la planification familiale :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mêmes procédures qu'au niveau CSI.</li> <li>- Prendre en charge les cas référés.</li> </ul> </li> </ul>

### 10.1 GÉNÉRALITÉS

L'OMS définit la **violence sexuelle** comme "Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail."



#### Quels objectifs ?

Offrir une réponse complète aux besoins des victimes survivantes.

#### Objectifs spécifiques :

- Sensibiliser la communauté sur la prévention, le dépistage et la lutte contre les VBG.
- Contribuer à l'humanisation de la prise en charge des violences basées sur le genre.
- Veiller à l'application des textes de lois sur les VBG par les fonctionnaires (police, gendarmerie et justice en particulier), les agents sociaux et le personnel de santé.
- Assurer la collecte à tous les niveaux et la remontée des données relatives aux VBG.
- Réduire l'incidence des IST et VIH/SIDA, grossesses non désirées et avortements consécutifs aux VBG.
- Assurer la prise en charge médicale et psychologique des victimes survivantes.
- Assurer leur réinsertion socio-économique, scolaire et professionnelle.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires
- Femmes et hommes
- Enfants, adolescents et jeunes
- Personnes du 3ème âge
- Populations vulnérables : personnes vivant avec un handicap, autochtones, déplacés, réfugiés, etc.
- Populations clés : professionnels du sexe, détenus, etc.

#### À quels moments ?



A toute occasion de sensibiliser la population devant un cas de violence basée sur le genre.



## 10.2 NORMES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES VSBG

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévention</li> <li>▪ Dépistage</li> <li>▪ Prise en charge psychologique</li> <li>▪ Prise en charge médico-chirurgicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en charge médico-légale</li> <li>▪ Prise en charge juridique et judiciaire</li> <li>▪ Réinsertion sociale</li> </ul>	
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agents communautaires</li> <li>▪ Assistants sociaux</li> <li>▪ Membres d'associations : femmes, jeunes, hommes</li> <li>▪ Leaders communautaires et religieux</li> <li>▪ Parajuristes</li> <li>▪ Fonctionnaires chargés de l'application de la loi (police, gendarmerie, justice)</li> <li>▪ Agents de sécurité, agents pénitenciers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmier</li> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Médecin</li> </ul>	
Normes d'infrastructures	Cadre confidentiel – comprenant une salle d'attente, une salle de consultation, un bureau – intégré aux services de PF, de consultation pré-nuptiale.		
Normes des matériels et équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appareil photo</li> <li>▪ Ordinateur</li> <li>▪ Dictaphone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appareil photo, ordinateur, dictaphone</li> <li>▪ Table d'examen gynécologique</li> <li>▪ Lampe d'examen sur pied articulé mobile avec ampoule de rechange</li> <li>▪ Tensiomètre et Stéthoscope</li> <li>▪ Toise</li> <li>▪ Balance pèse-personne mécanique – lecture directe</li> <li>▪ Protections : savon, gants, poubelle pour le traitement spécifique des matériels contaminés ou tranchants</li> <li>▪ Instruments médicaux stériles (kit) pour traitement des déchirures, et matériel de suture</li> <li>▪ Aiguilles, seringues</li> <li>▪ Récipients plastiques pour décontamination matériels</li> <li>▪ De quoi couvrir la victime lors de l'examen (blouse, tissu, drap)</li> <li>▪ Protections hygiéniques : tampons ou serviettes</li> <li>▪ Tests de grossesse</li> <li>▪ Disque gynécologique ou gestogramme pour déterminer l'âge de la grossesse</li> <li>▪ Vêtements de rechange pour remplacer ceux déchirés ou retirés à titre de preuve</li> <li>▪ Equipement de réanimation</li> </ul>	
Normes des médicaments et produits		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contraceptifs : contraception d'urgence</li> <li>▪ Antibiotiques</li> <li>▪ Antiseptiques</li> <li>▪ ARV</li> <li>▪ Anxiolytiques</li> <li>▪ Analgésiques</li> <li>▪ Anesthésique local pour les sutures</li> <li>▪ Anatoxine tétanique, immunoglobuline antitétanique</li> <li>▪ Vaccin contre l'hépatite B</li> </ul>	
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche</li> <li>▪ Registre</li> <li>▪ Certificats médicaux</li> <li>▪ Protocoles de prise en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guide de PEC</li> <li>▪ Fiche de référence</li> <li>▪ Fiche de consentement</li> </ul>	

## 10.3 PROCÉDURES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES VSBG

Niveau	Conduite à tenir
Communautaire	<p><b>Conseils pour le changement de comportement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Donner des informations et des conseils sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prévention et la lutte contre les VBG ;</li> <li>- les lieux de prise en charge ;</li> <li>- les lois en vigueur contre toutes les formes de violence ;</li> <li>- les droits de l'homme, de la femme et de l'enfant ;</li> <li>- la vision INSPIRE de l'OMS sur la prévention des violences à l'égard des enfants.</li> </ul> </li> <li>■ Rechercher les signes de VBG.</li> <li>■ Établir des mesures d'accompagnement : disponibilité, soutien moral continu, confidentialité, discrétion, sensibilité.</li> <li>■ Orienter les victimes survivantes vers les services concernés : structures de santé et de prise en charge judiciaire.</li> </ul> <p><b>Prise en charge des victimes survivantes de violences sexuelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apporter un soutien psychologique et social à la victime survivante.</li> <li>■ Référer.</li> <li>■ Accompagner.</li> </ul>
CSI (SONUB)  HR/HG (SONUC)	<p><b>Conseils pour le changement de comportement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Donner des informations et des conseils sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prévention et la lutte contre les VBG ;</li> <li>- les lieux de prise en charge ;</li> <li>- les lois en vigueur contre toutes les formes de violence ;</li> <li>- les droits de l'homme, de la femme et de l'enfant ;</li> <li>- la vision INSPIRE de l'OMS sur la prévention des violences à l'égard des enfants.</li> </ul> </li> <li>■ Rechercher les signes de VBG.</li> </ul> <p><b>Prise en charge des victimes survivantes de violences sexuelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apporter un soutien psychosocial à la victime.</li> <li>■ Traiter d'urgence toutes les lésions corporelles si possible.</li> <li>■ Prescrire une contraception d'urgence en cas de viol.</li> <li>■ Assurer la prophylaxie post exposition (PPE) au VIH :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ARV dans les 48 heures (zidovudine + lamivudine + inhibiteur de la protéase) ;</li> <li>- préservatifs ;</li> <li>- pas de don de sang pendant 3 mois ;</li> <li>- adresser au médecin référent.</li> </ul> </li> <li>■ Administrer le VAT et le VHB après contrôle de la sérologie.</li> <li>■ Dépister et traiter les IST selon l'approche syndromique. <i>Cf Fiches techniques 45 à 49 pages 92 à 97</i></li> <li>■ Dépister et prendre en charge l'infection à VIH (protocole de PEC VIH).</li> <li>■ Faire si possible le prélèvement vaginal et cervical pour rechercher des germes, des spermatozoïdes.</li> <li>■ Dépister les signes de mal-être psychologique ou de syndrome post-traumatique et référer au service spécialisé.</li> <li>■ Assurer le suivi médical.</li> <li>■ Élaborer un rapport et établir un certificat médical.</li> <li>■ Dépister et traiter les signes et les complications.</li> <li>■ Référer les cas compliqués vers les FOSA de niveau supérieur si le cas est vu au CSI.</li> <li>■ Orienter les victimes survivantes vers les services de police.</li> </ul>

### 11.1 GÉNÉRALITÉS

*Le cancer du col de l'utérus est une tumeur maligne qui se développe sur la muqueuse située à l'entrée de l'utérus. Il se manifeste sous deux formes : le carcinome malpighien (ou carcinome épidermoïde), le plus fréquent, qui se développe à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol ; l'adénocarcinome, cancer glandulaire qui se développe au niveau de l'endocol.*



#### Quels objectifs ?

Réduire la morbidité et la mortalité dues au cancer du col utérin.

#### Objectifs spécifiques :

- Amener la femme et la jeune fille à adopter des comportements sexuels sains.
- Assurer la prévention primaire : vaccination.
- Faire un dépistage et un traitement précoce des IST.
- Assurer la prévention secondaire : dépistage et traitement des lésions précancéreuses.
- Prendre en charge les cas de cancer du col dépistés.
- Assurer les soins palliatifs en cas de cancer avancé.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Adolescentes de 9 à 13 ans
- Femmes de 25 à 65 ans
- Femmes en âge de procréer, en activité sexuelle

#### À quels moments ?



- Séances de sensibilisation CCC
- Campagnes de masse
- Consultations gynécologiques
- Vaccination des 9-13 ans
- Dépistage tous les 2 ans des 25-65 ans
- Dépistage chaque année des femmes VIH+

### 11.2 NORMES

Normes	Niveau RC	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement</li> <li>▪ C4D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement.</li> <li>▪ Vaccination des filles contre le HPV.</li> <li>▪ Prévention et traitement des IST.</li> <li>▪ Dépistage des lésions cervicales par frottis cervico-utérin, IVA/IVL.</li> <li>▪ Guide Biopsie pour confirmation.</li> <li>▪ Prise en charge des lésions précancéreuses.</li> <li>▪ Prise en charge des cas de cancer du col dépistés.</li> <li>▪ Soins palliatifs en cas de cancer avancé.</li> </ul>	
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agents de santé communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sages-femmes</li> <li>▪ Infirmiers</li> <li>▪ ATS</li> <li>▪ Médecins généralistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personnels du niveau CSI</li> <li>▪ Pédiatres</li> <li>▪ Gynécologues-obstétriciens</li> <li>▪ Oncologues</li> </ul>
Infrastructures		<i>Voir normes SONUB/SONUC page 26</i>	
Matériels et équipements		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Table d'examen</li> <li>▪ Source lumineuse adéquate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matériels du niveau CSI</li> <li>▪ Colposcope</li> </ul>
Consommables		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spéculum</li> <li>▪ Gants d'examen/chirurgicaux</li> <li>▪ Coton</li> <li>▪ Acide acétique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solution chlorée</li> <li>▪ Écouvillon</li> <li>▪ Solution d'iode de Lugol</li> </ul>
Supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Boîtes à images. Dépliants. Affiches</li> </ul>		

### 11.3 PROCÉDURES

- Organisation du dépistage individuel ponctuel ou opportuniste.
- Organisation de dépistage de masse (campagnes).

## 12.1 GÉNÉRALITÉS

*Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe, soit à partir des lobules qui produisent le lait (carcinome lobulaire) ; soit, plus fréquemment, à partir des canaux qui conduisent le lait vers le mamelon : carcinome canalaire.*



### Quels objectifs ?

Réduire la morbidité et la mortalité dues au cancer du sein.

#### Objectifs spécifiques :

- Faire une mammographie si possible tous les deux ans entre 50 et 69 ans.
- Faire pratiquer l'autopalpation pour dépister à temps les nodules mammaires.
- Faire un examen systématique des seins au cours des SPN et des autres consultations.
- Prendre en charge les cas de cancer du sein dépistés.
- Assurer les soins palliatifs en cas de cancer avancés

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Toute femme adulte

#### À quels moments ?



- A tout moment propice pour la palpation ou l'auto-palpation des seins.

## 12.2 NORMES

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement/C4D .</li> <li>▪ Sensibilisation sur l'importance de la mammographie et de l'autopalpation des seins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem niveau communautaire</li> <li>▪ Dépistage de nodules et des lésions cutanées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idem niveau CSI.</li> <li>▪ Confirmation du cancer du sein.</li> <li>▪ Prise en charge des cas de cancer du sein dépistés.</li> <li>▪ Soins palliatifs en cas de cancer avancé.</li> </ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agents de santé communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sages-femmes</li> <li>▪ Infirmiers</li> <li>▪ ATS</li> <li>▪ Médecins généralistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personnels du niveau CSI</li> <li>▪ Pédiatres</li> <li>▪ Gynécologues-obstétriciens</li> <li>▪ Oncologues</li> </ul>
Normes d'infrastructures		<i>Voir normes SONUB/SONUC page 26</i>	

## 12.3 PROCÉDURES

- Organisation du dépistage individuel ponctuel ou opportuniste.
- Organisation de dépistage de masse (campagnes).

## PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

### 13.1 GÉNÉRALITÉS

*Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des maladies infectieuses causées par des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, et qui se transmettent généralement par les relations sexuelles non protégées.*



#### Quels objectifs ?

Offrir une réponse complète aux besoins des client(e)s selon l'approche syndromique.

#### Objectifs spécifiques :

- Identifier précocement les infections sexuellement transmissibles.
- Administrer les soins essentiels à la femme, le/les partenaires (s).
- Assurer le suivi.
- Donner les informations correctes sur les modes de transmission et les méthodes préventives.
- Amener la population sexuellement active, particulièrement les adolescents et les jeunes, à adopter des comportements responsables en matière de sexualité.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Adolescents et jeunes
- Femmes en âge de procréer
- Femmes enceintes
- Hommes
- Couples
- Patients atteints du VIH/SIDA
- Populations clés
- Populations vulnérables

#### À quels moments ?



- en consultation PF
- pendant la grossesse
- au postpartum
- en soins post abortum
- lors des réunions communautaires
- et à chaque fois que l'occasion se présente

### 13.2 NORMES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES IST

Normes	Niveau communautaire	Niveaux CSI et HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement</li> <li>▪ Prise en charge</li> </ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relais communautaires formés</li> <li>▪ Agents de santé communautaires formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmier</li> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Technicien de laboratoire</li> <li>▪ Médecin</li> </ul>
Normes d'infrastructures		<i>Voir normes SONUB/SONUC pages 26 et 27</i>
Normes des matériels et équipements		
Normes des médicaments et produits		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Azithromycine</li> <li>▪ Métronidazole</li> <li>▪ Ceftriaxone</li> <li>▪ Spiramycine</li> <li>▪ Doxycycline</li> <li>▪ Céfixime</li> <li>▪ Benzathine pénicilline</li> </ul>

Normes (suite)	Niveau communautaire	Niveaux CSI et HR/HG	
Normes des consommables		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gants stériles</li> <li>▪ Lunettes de protection</li> <li>▪ Garrot</li> <li>▪ Coton</li> <li>▪ Alcool à 70°</li> <li>▪ Seringue stérile à usage unique obligatoire</li> <li>▪ Safety-box</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Portoirs</li> <li>▪ Tubes. Homogénéisation des tubes par retournement 5 à 10 fois</li> <li>▪ Écouvillon du kit Genprobe</li> <li>▪ Cytobrosse</li> <li>▪ Réactifs</li> <li>▪ Test combiné (syphilis-VIH)</li> </ul>
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Affiches</li> <li>▪ Dépliants</li> <li>▪ Boîtes à images</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Affiches</li> <li>▪ Dépliants</li> <li>▪ Boîtes à image</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentoirs</li> <li>▪ Cartes conseils</li> <li>▪ Modèle anatomique</li> </ul>

### 13.3 PROCÉDURES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES IST

Niveau	Conduite à tenir
Communautaire	<p><b>Conseils pour le changement de comportement/C4D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer et conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la santé sexuelle ;</li> <li>- les dangers des rapports sexuels trop précoces et non protégés (grossesses précoces, grossesse non désirée...) ;</li> <li>- les troubles de la puberté ;</li> <li>- l'avortement, y compris la loi en vigueur ;</li> <li>- les violence sexuelles ;</li> <li>- la délinquance juvénile, la toxicomanie, le suicide ;</li> <li>- les règles de la vie en société (civisme).</li> </ul> </li> <li>▪ Informer sur les signes, modes de transmission, moyens de prévention du VIH/SIDA.</li> <li>▪ Encourager les adolescents à se faire soigner et à notifier leurs partenaires.</li> </ul> <p><b>Orienter vers un centre de santé pour la prise en charge.</b></p>
CS (SONUB)	<p><b>Conseils pour le changement de comportement/C4D :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mêmes procédures qu'au niveau communautaire.</li> </ul> <p><b>Prise en charge :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Cf Fiches techniques 45 à 49 pages 92 à 97</i></li> </ul>
HR/HG (SONUC)	<p><b>Conseils pour le changement de comportement/C4D :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mêmes procédures qu'au niveau communautaire.</li> </ul> <p><b>Prise en charge :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administrer une antibiothérapie probabiliste à large spectre.</li> <li>▪ Isoler le germe .</li> <li>▪ Donner le traitement adéquat. <i>Cf Fiches techniques 45 à 49 pages 92 à 97</i></li> </ul>

## PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES FISTULES OBSTÉTRICALES (FO)

### 14.1 GÉNÉRALITÉS

On appelle *dystocie* toute anomalie dans la progression du travail d'accouchement. Elle peut être d'origine dynamique et/ou mécanique et conduire entre autres à :

- Une souffrance fœtale aiguë pouvant entraîner la mort fœtale intrapartum.
- Une rupture utérine s'il s'agit d'une dystocie mécanique avec risque de décès maternel.
- Une fistule obstétricale.

Le *travail prolongé* est un travail d'accouchement dont la durée est supérieure à 12 heures ou la phase active est supérieure à 6 heures.

La *fistule obstétricale* est une communication anormale entre le vagin et la vessie (fistule vésico-vaginale) ou entre le vagin et l'anus (fistule recto-vaginale).



#### Quels objectifs ?

Contribuer à la réduction de la morbi-mortalité liée à la fistule obstétricale.

#### Objectifs spécifiques :

- Améliorer la prise en charge de la femme au moment de l'accouchement.
- Détecter précocement les cas de fistules pour une meilleure prise en charge.
- Améliorer la qualité de vie de la femme.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Accouchées
- Femmes ayant subi une intervention chirurgicale
- Toutes les autres femmes présentant une fistule obstétricale

#### À quels moments ?



- À l'accouchement
- Pendant le postpartum
- À chaque consultation ou à toute autre occasion

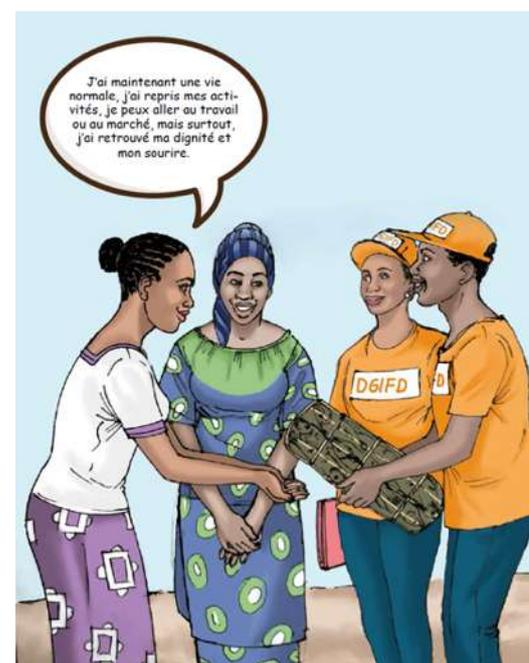
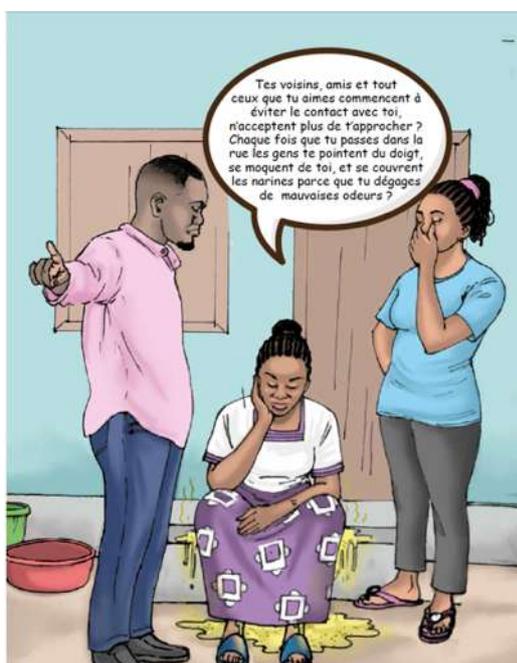
### 14.2 NORMES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES FO

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation</li> <li>▪ Soutien psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation</li> <li>▪ Soutien psychologique</li> <li>▪ Soins médicaux et infirmiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins pré-opératoires</li> <li>▪ Chirurgie</li> <li>▪ Soins post-opératoires</li> </ul>
Normes en ressources humaines		<i>Voir normes SONUB/SONUC pages 26 et 27</i>	
Normes des infrastructures			
Normes des matériels et équipements			
Normes des médicaments et produits		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Butylscopolamine</li> <li>▪ SGI</li> <li>▪ Diazépam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocytocine ciprofloxacine 500 mg</li> <li>▪ Triméthoprime sulfaméthoxazole 480 mg</li> </ul>

### 14.3 PROCÉDURES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES FO

Niveau	Conduite à tenir
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communiquer et informer la communauté sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>les signes et symptômes de la fistule obstétricale ;</li> <li>l'importance du suivi prénatal ;</li> <li>l'importance d'accoucher en milieu hospitalier.</li> </ul> </li> <li>Apporter un soutien psychologique.</li> <li>Orienter vers une structure de santé.</li> </ul>
CSI (SONUB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communiquer et informer la communauté :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Mêmes procédures qu'au niveau communautaire.</li> </ul> </li> <li>Appliquer les 6 règles pour prévenir la fistule :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer un plan d'accouchement avec chaque femme et à chaque grossesse, pendant les CPN. <i>Cf Fiche technique 8 page 58</i></li> <li>Promouvoir l'accouchement dans une structure de santé par des prestataires de santé.</li> <li>Vider régulièrement la vessie et le rectum chez toute femme en travail d'accouchement.</li> <li>Surveiller systématiquement l'accouchement à l'aide d'un partographe.</li> <li>Référer ou évacuer la femme à temps en cas de problème.</li> <li>Promouvoir la planification familiale à tous les niveaux.</li> </ul> </li> <li>Conseiller sur les mesures d'hygiène.</li> <li>Diagnostiquer la fistule obstétricale à l'aide du test au bleu de méthylène.</li> <li>Orienter vers une FOSA SONUC pour confirmation du diagnostic et prise en charge. <i>Cf Fiche technique 44 page 91</i></li> </ul>
HR/HG (SONUC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confirmer et diagnostiquer la fistule obstétricale. <i>Cf Fiche technique 44 page 91</i></li> <li>Administer les soins pré-opératoires.</li> <li>Faire la chirurgie.</li> <li>Administer les soins post-opératoires.</li> <li>Faire le contrôle.</li> </ul>
Ministère des Affaires Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à la réinsertion socio-économique des femmes guéries.</li> </ul>

Extraits de la Boîte à images de la Campagne nationale pour éliminer la fistule obstétricale



### 15.1 GÉNÉRALITÉS

*L'infertilité est l'incapacité de mettre au monde un enfant vivant chez un couple qui vit ensemble et qui a régulièrement des rapports sexuels normaux, sans précaution anti-conceptionnelle depuis au moins un an. La prise en charge de l'infertilité est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour permettre au couple d'avoir un enfant vivant.*



#### Quels objectifs ?

Aider tout couple désirant avoir un enfant.

#### Objectifs spécifiques :

- Informer sur les facteurs de risque.
- Dépister les causes de l'infertilité.
- Prendre en charge le couple infertile.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Couples mariés/en union libre vivant ensemble
- Femmes en âge de procréer et hommes infertiles

#### À quels moments ?



Chaque fois que des problèmes de procréation se posent à un couple

#### Dans quels lieux de prestations ?



- À tous les niveaux du système sanitaire public et privé :
- Niveau communautaire
  - Centre de Santé Intégré (CSI) / Hôpital de Référence (HB, HG)
  - Cabinets médicaux et autres structures d'exercice libéral.

### 15.2 NORMES EN RESSOURCES HUMAINES

- Relais communautaires (RC).
- Paramédicaux : sage-femme, infirmier formé, agent social formé.
- Médecins.

### 15.3 PROCÉDURES DE PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ DU COUPLE

Niveau	Conduite à tenir
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer sur les facteurs de risque d'infertilité : comportements sexuels à haut risque, IST, éventuelles anomalies génitales, avortements provoqués.</li> <li>■ Orienter la femme ou le couple vers la FOSA.</li> </ul>
CSI (SONUB)	<p>Effectuer des investigations pour s'assurer qu'il s'agit d'une infertilité, identifier la cause.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Interrogatoire sur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la régularité des rapports sexuels ;</li> <li>- le développement pubertaire ;</li> <li>- les habitudes toxiques ;</li> <li>- les facteurs de risques professionnels.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Antécédents médicaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez la femme : IST, infection pelvienne, dysménorrhée, dyspareunie, tuberculose, maladies générales débilitantes, etc.</li> <li>- Chez l'homme : IST, oreillons, tuberculose, pathologie endocrinienne, etc.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Antécédents chirurgicaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez la femme : intervention abdomino-pelvienne, cœlioscopie.</li> <li>- Chez l'homme : cure de hernie inguinale, cure d'ectopie testiculaire, traumatisme testiculaire, cure de varicocèle, etc.</li> </ul> </li> </ul>

Niveau (suite)	Conduite à tenir (suite)
<p>CSI (SONUB) suite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Antécédents obstétricaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestité, parité, avortement, infection en postpartum, postabortum, etc.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Symptômes éventuels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez la femme : douleurs abdominales, écoulement vaginal anormal, pertes de sang anormales, etc.</li> <li>- Chez l'homme : écoulement urétral, douleurs scrotales, etc.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Examen physique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez la femme : tuméfactions abdominales, douleur, cicatrice, goitre, hirsutisme, vulve, vagin, col, glaire, utérus, annexes, suivi de la T° basale pendant 3 à 6 cycles.</li> <li>- Chez l'homme : type de pilosité, gynécomastie, cicatrice abdominopelvienne, testicules (taille, position, consistance, sensibilité), épидидymes, canaux déférents (varicocèle), écoulement de la verge, hypospadias, etc.</li> </ul> </li> <li>■ Assurer le traitement étiologique.</li> <li>■ Référer le couple en cas de besoin.</li> </ul>
<p>HR/HG (SONUC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mêmes procédures qu'au niveau CSI.</li> <li>■ <b>Examens paracliniques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test post-coïtal</li> <li>- Spermocytogramme</li> <li>- Examen microscopique de la glaire après rapport</li> <li>- Courbe de température</li> <li>- Biopsie de l'endomètre</li> <li>- Dosage de progestérone</li> <li>- Hystérosalpingographie ou insufflation tubaire</li> </ul> </li> <li>■ Assurer le traitement étiologique.</li> </ul>



VOLUME 1  
**SANTÉ DE LA FEMME**  
FICHES TECHNIQUES

**FICHE TECHNIQUE 1****Examen général de la femme enceinte****Préparation**

- Accueillir la cliente, la mettre à l'aise.
- Lui expliquer le déroulement de l'examen.

**Examen clinique**

- Observer l'état général de la femme : amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis.
- Prendre la tension artérielle (assise) et la température.
- Peser la femme (s'assurer avant que la balance est bien tarée).
- Mesurer la taille (faire ôter avant les chaussures et les foulards).
- Demander à la cliente de se déshabiller (en privé) en cas de besoin.
- Faire uriner la femme, vider la vessie.
- Si nécessaire, garder un échantillon d'urine pour recherche d'albuminurie et de glycosurie.
- Aider la femme à s'installer sur la table d'examen.
- Se laver les mains, les sécher avec un linge propre et individuel. Examiner la peau : recherche de cicatrices et/ou de dermatoses.
- Examiner le visage : recherche d'œdèmes.
- Examiner les yeux : le blanc de l'œil pour l'ictère, les conjonctives pour l'anémie, recherche d'une exophtalmie.
- Examiner la bouche : recherche de gingivite, de langue blanchâtre, de caries dentaires.
- Palper la glande thyroïde : recherche de goitre.
- Examiner les seins : recherche de sécrétions ou de nodules. *Cf Fiche 2 ci-contre*
- Ausculter le cœur : appréciation du rythme cardiaque, recherche de souffles.
- Ausculter les poumons : recherche de râles.
- Palper la partie supérieure de l'abdomen : recherche d'une hépatosplénomégalie.
- Examiner la région de l'ombilic : recherche de hernie ou de cicatrice de laparotomie.
- Examiner les membres inférieurs : recherche de varices, d'œdèmes.

**Conclusion**

- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.
- Lui demander de se rhabiller (en privé).
- Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle.

**FICHE TECHNIQUE 2****Examen des seins et auto-palpation****Préparation**

- Demander à la cliente de se déshabiller le haut du corps jusqu'à la taille.
- Prévoir une lumière suffisante.

**Inspection**

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

**Palpation**

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

**Auto-palpation**

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

## FICHE TECHNIQUE 3

### Examen obstétrical

#### Préparation

- Accueillir la cliente, la mettre à l'aise.
- Lui expliquer le déroulement de l'examen.
- Se munir d'un mètre-ruban pour faire les différentes mesures de l'examen du bassin.

#### Examen clinique

- Faire l'examen général : poids, TA, pouls, température, coloration des muqueuses conjonctivales, recherche des œdèmes, etc. *Cf Fiche technique 1 page précédente*
- Demander à la cliente de se déshabiller (en privé) et vider la vessie.
- La mettre en position gynécologique.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis.
- Mesurer la hauteur utérine.
- Palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux.
- Ausculter les bruits du cœur fœtal (BDCF).
- Porter des gants désinfectés à haut niveau ou stériles.
- Inspecter la vulve. La nettoyer avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire.
- Placer le spéculum. Observer le col et le vagin (état, pathologies). Faire des prélèvements si nécessaire.
- Retirer le spéculum. Le tremper dans la solution de décontamination.
- **Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal pour exploration du bassin. Cf Fiche technique 4 ci-contre.**
- Examiner et sentir les pertes sur les gants.
- Nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse.
- Tremper le matériel utilisé dans la solution de décontamination.
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination. Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.

#### Conclusion

- Aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire.
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.
- Noter les résultats de l'examen sur le carnet, la fiche opérationnelle et le registre.

## FICHE TECHNIQUE 4

### Examen du bassin

#### Mesure du diamètre pré-pubien de Trillat

- Mesurer la distance entre le bord supérieur du pubis et les 2 plis inguinaux (12 à 13 cm).

#### Mesure du losange de Michaelis

- Mettre la femme debout, dos à vous.
- Repérer le losange - limité en haut par l'apophyse épineuse de L5, latéralement par 2 fossettes au niveau des épines iliaques postérieures et supérieures, et en bas par le sommet du sillon inter-fessier.
- Orienter le losange dans le sens des aiguilles d'une montre (ABCD) et mesurer :
  - la diagonale transversale BD (10 cm) ;
  - la diagonale verticale AC (11 cm) ;
  - leur intersection vers le sommet (4 cm).

#### Mesure du diamètre bi-ischiatique

- Mettre la femme en position gynécologique.
- Mesurer la distance qui sépare la face interne des ischions (11 cm) en plus des 2 cm (épaisseur des parties molles).
- Décider si le bassin est normal ou non.

#### Toucher vaginal pour exploration

- Vider la vessie et le rectum.

##### Apprécier le détroit supérieur :

- Apprécier la hauteur et l'inclinaison des lignes innommées le plus loin possible (suivies sur les 2/3 proximaux dans un bassin normal).
- Mesurer le diamètre promonto-réto-pubien (10,5 cm) à partir du promonto-sous-pubien (12,5 cm) :
  - Introduire les 2 doigts en direction du promontoire et tenter de l'atteindre.
  - Faire une marque au niveau du bord de l'index en contact de la symphyse pubienne.
  - Retirer les doigts.
  - Mesurer la distance séparant l'extrémité du majeur de la marque (12,5 cm).
  - Déduire 2 cm du promonto-sous-pubien pour obtenir le promonto-réto-pubien.

##### Apprécier le détroit moyen :

- Diriger les 2 doigts en direction du coccyx et la dernière vertèbre sacrée.
- Remonter le long de la concavité sacrée en direction du promontoire.
- Apprécier le caractère plus ou moins saillant des épines sciatiques.

##### Apprécier le détroit inférieur :

- Apprécier le diamètre antéro-postérieur, coccyx sous-pubien (11 cm), qui va du bord inférieur de la symphyse pubienne à la pointe du sacrum.
- Mesurer le diamètre transverse bi-ischiatique : appuyer les pouces sur la face interne des ischions et mesurer la distance entre les 2 ischions (11 cm).

## FICHE TECHNIQUE 5

### Vaccination antitétanique et diphtérique

Nature	Doses	Quand administrer le vaccin ?
Td1	0,5 ml	Dès le premier contact. Ou à la première consultation, de 12 à 15 SA
Td2	0,5 ml	Un mois après la première vaccination (Td1)
Premier rappel Td	0,5 ml	6 mois après la deuxième vaccination (Td2)
Deuxième rappel Td	0,5 ml	Un an après le premier rappel (TdR1)
Troisième rappel Td	0,5 ml	Un an après le deuxième rappel (TdR2)



Une fois les 5 doses faites, la femme est protégée pour toute sa vie.

## FICHE TECHNIQUE 6

### Prescription de la sulfadoxine pyriméthamine (SP) en traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme

	Conduite à tenir
Indications	Demander à la femme de prendre les trois comprimés de SP en prise unique à partir de 4 mois, l'intervalle minimum étant d'un mois entre deux prises : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>ère</sup> prise : au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse ; ou en cas de hauteur utérine à 16 cm avec sensation de mouvements fœtaux.</li> <li>- Dernière prise : à 8 mois de la grossesse.</li> <li>- Pas moins de 3 doses au total.</li> </ul>
Supervision	La prise doit être supervisée par le prestataire et faite en sa présence.
Contraintes	La femme doit dormir sous MIILDA pendant toute la grossesse et observer les mesures d'hygiène environnementales (lutte antivectorielle, assainissement du milieu).
Contre-indications	La SP est contre-indiquée au premier trimestre de la grossesse à cause de la pyriméthamine, ainsi qu'au 9 <sup>ème</sup> mois.

## FICHE TECHNIQUE 7

### Prescription de la supplémentation en fer et acide folique

Périodes	Indications
Du 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse à 3 mois après l'accouchement	Donner 60 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique par jour (1 cp).
Du 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> trimestre de la grossesse à 3 mois après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer les besoins en fer et acide folique par une NFS.</li> <li>• Si besoin, donner 120 mg de fer élément + 800 µg d'acide folique par jour (2 cp).</li> </ul>
Au moins 6 mois après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse.</li> <li>• Si la femme se présente pour la première fois au moment de l'accouchement.</li> </ul>



Espacer d'une semaine la prise de la SP de celle du fer/acide folique à cause de leur interférence.

## FICHE TECHNIQUE 8

### Préparation du plan d'accouchement

*Le plan d'accouchement est un plan d'action mis en place par la mère et sa famille pour préparer l'accouchement, la naissance du bébé et la reconnaissance des signes de danger.*

#### À quoi sert le plan d'accouchement ?

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

Son but est d'assurer un accouchement à moindre risque et propre, et une réaction rapide en cas de problème.

#### Quelle forme a-t-il ?

En plus de la discussion avec les parties concernées, il est nécessaire que le plan d'accouchement soit un document écrit, que la femme conservera sur elle (dans sa poche ou dans son sac) pour toutes les informations utiles.

La forme est standard ; le contenu peut être adapté selon les pratiques locales communautaires et le lieu d'accouchement.

#### Quand faut-il en discuter ?

**Parlez-en avec mère à sa première visite prénatale.** Expliquez lui les raisons de faire un plan d'accouchement et les choses sur lesquelles elle doit réfléchir. Encouragez-la à en parler avec sa famille et à les inclure dans l'élaboration du plan d'accouchement.

**Discutez de son évolution à chaque visite prénatale.** Si la mère a des problèmes pour préparer l'accouchement, voyez comment vous pouvez l'aider. Par exemple : s'il y a un problème à réunir les fonds pour les soins d'urgence, vous pouvez peut-être lui indiquer une source d'assistance sociale.

#### Qui doit le faire ?

Ce sont la mère et sa famille qui utiliseront le plan d'accouchement. **Ce sont donc elles qui doivent prendre les décisions et faire les préparatifs nécessaires.** Vous aiderez la mère en discutant avec elle des éléments suivants.

#### Que faut-il faire ?

- **Planifier l'accouchement :**
  - Définir un lieu pour l'accouchement.
  - S'inscrire à la maternité choisie entre 34 et 36 SA (6<sup>ème</sup> à 7<sup>ème</sup> contact).
  - Savoir comment contacter la maternité (numéro de téléphone).

- Prévoir comment s'y rendre (moyen).
- Choisir la personne qui va accompagner la femme et lui tenir compagnie.
- Nommer la personne qui va s'occuper de la famille en l'absence de la femme.
- Définir la somme d'argent qu'il faudra prévoir, y compris si complications.
- Préparer la trousse nécessaire pour l'accouchement.
- Établir un plan/système de financement de l'accouchement (mutuelle, assurance maladie universelle, épargne).
- **Préparer un plan pour les complications éventuelles :**
  - Reconnaître les signes de danger.
  - Établir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence.
  - Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence (y compris si changement d'adresse).

#### Comment le préparer ?

##### Préparation dans la famille

- Planifier le transport bien à l'avance par rapport à la date probable d'accouchement.
- Prévoir les fonds pour payer les soins. Commencer à économiser immédiatement si le budget de la famille est serré.
- Choisir une accompagnante qui restera avec la femme pendant le travail.
- **Préparer un sac à emporter. Prévoir :**
  - des pagnes et habits propres pour la mère et pour son nouveau-né ;
  - quelque chose avec lequel porter le nouveau-né (pagne/écharpe) ;
  - des habits chauds pour le nouveau-né ;
  - des tissus propres ou des garnitures périnéales pour la mère ;
  - des articles de toilette personnelle et des serviettes, brosse à cheveux, etc. ;
  - tous les documents et matériels exigés par la FOSA : carte de maternité, carte de vaccination, gants, lame de rasoir neuve.
  - tout traitement ou médicament que la femme est en train de prendre.

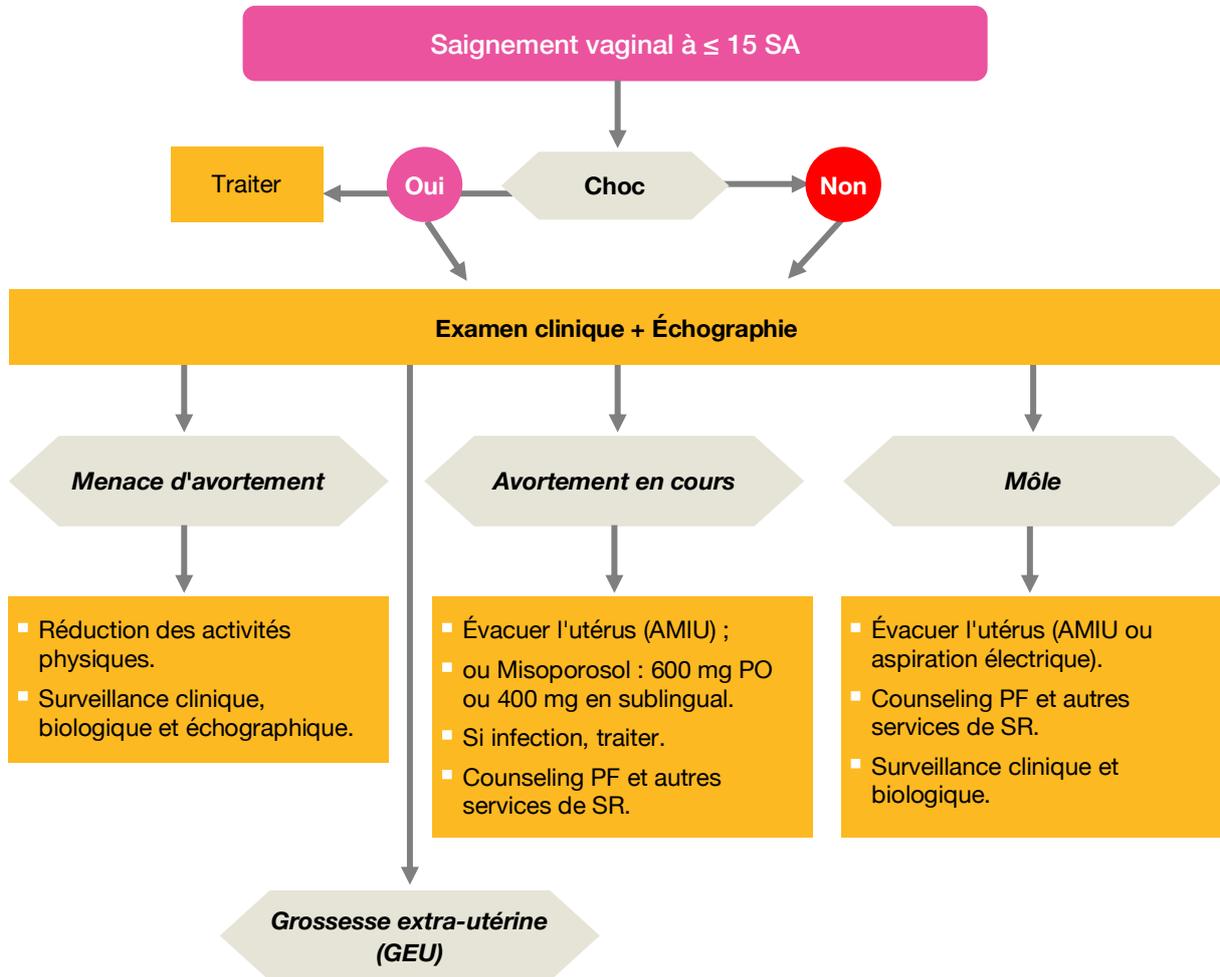
##### Préparation dans la structure SONU

- S'assurer de la disponibilité du personnel qualifié.
- S'assurer de l'effectivité de l'ensemble des fonctions signalétiques.
- S'assurer de la disponibilité du plateau technique : boîtes d'accouchement, linges, eau, électricité, lit d'accouchement, etc.

## FICHE TECHNIQUE 9

### Algorithme de prise en charge des hémorragies du premier trimestre de grossesse

Figure adaptée des Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire - OMS Afrique, 2018



**FICHE TECHNIQUE 10****Soins après avortement (SAA)**

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

**Éléments essentiels des SAA**

<b>Partenariat de la communauté et des prestataires de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévenir les grossesses non désirées et l'avortement à risque.</li> <li>• Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés et opportuns pour les complications résultant de l'avortement.</li> <li>• Veiller à ce que les services de santé reflètent et satisfassent les attentes et besoins de la communauté.</li> </ul>
<b>Counseling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et répondre aux besoins de santé psychologique et physique et autres préoccupations des femmes.</li> </ul>
<b>Traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter l'avortement incomplet et à risque ainsi que les complications constituant une menace potentiel à la vie.</li> </ul>
<b>Services contraceptifs et de planning familial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les femmes à prévenir une grossesse non désirée ou à pratiquer l'espacement des naissances.</li> </ul>
<b>Services de santé et de santé reproductive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De préférence, les fournir sur place ou à travers des références vers d'autres structures accessibles dans les réseaux des prestataires.</li> </ul>

**Services des SAA : inclure services curatifs et services préventifs**

<b>Soins d'urgence de l'avortement incomplet et complications menaçant la vie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une évaluation initiale pour établir la présence de certaines complications de l'avortement .</li> <li>■ Un entretien avec la femme à propos de sa condition et du traitement prévu.</li> <li>■ Une évaluation médicale.</li> <li>■ Une référence rapide d'une femme qui a besoin de soins dépassant la compétence du centre de santé.</li> <li>■ Une stabilisation des conditions d'urgence et un traitement des complications (avant et après les soins).</li> <li>■ Une évacuation des produits de la conception.</li> </ul>
<b>Conseils et services de PF après avortement</b>	<i>Voir Chapitre 2 Planification Familiale pages 14 à 19</i>

Lien entre les services d'urgence et le système sanitaire au niveau des soins en matière de santé de la reproduction.

## FICHE TECHNIQUE 11

### Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

#### Évaluation initiale

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

#### Si des complications sont identifiées :

- Stabiliser la patiente. Référer si nécessaire.

#### Bilan médical

- Faire l'anamnèse.
- Faire l'examen physique (cœur, poumons et abdomen) et gynécologique.
- Informer la patiente sur les résultats de l'examen et lui donner un plan de traitement.
- Faire les tests de laboratoire si nécessaire.
- Demander à la patiente si elle est allergique aux produits anesthésiques/antiseptiques.
- Faire une échographie si possible.

#### Préparation

- Pratiquer l'anesthésie verbale. *Cf Fiche technique 12 page suivante*
- Vérifier :
  - que vous disposez des instruments stériles ;
  - que les canules et adaptateurs de tailles appropriées sont disponibles ;
  - la seringue AMIU et la charger (établir le vide).
- Vérifier que la patiente a vidé sa vessie.
- Nettoyer soigneusement le périnée.
- Mettre un tablier propre en plastique ou caoutchouc.
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre et sec ou les laisser sécher à l'air libre.
- Porter des gants stériles.
- Disposer les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau, sur un plateau stérile, ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.

#### Tâches pré-AMIU

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

#### Si nécessaire, administrer une anesthésie paracervicale :

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

#### Procédure AMIU

- Exercer doucement une traction sur le col pour redresser le canal cervical et la cavité de l'utérus.
- Dilater le col tel que nécessaire, en utilisant progressivement une canule plus grande.
- En stabilisant le col, pousser la canule choisie doucement et lentement dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle arrive au fond (pas > 10 cm). Ensuite, retirer doucement la canule du fond de l'utérus.
- Adapter la seringue préparée à la canule en la tenant d'une main, la pince tire-col et la seringue de l'autre. Veiller à ce que la canule n'avance pas lorsqu'on adapte la seringue.
- Libérer la ou les valve(s) à poussoir de la seringue pour transférer le vide par le biais de la canule à la cavité utérine.
- Évacuer tout contenu restant en faisant tourner la canule et la seringue entre 10 heures et 2 heures (sur le cadran d'une montre) ; et la faire avancer et reculer doucement et lentement à l'intérieur de l'utérus.
- **Si la seringue est à moitié remplie avant la fin de la procédure :**
  - Détacher la canule de la seringue.
  - Retirer uniquement la seringue en laissant la canule en place.
  - Pousser le piston pour vider les PCR dans la passoire.
  - Recharger la seringue, l'adapter à la canule et relâcher la ou les valve(s) à poussoir.
- Vérifier les signes d'achèvement (mousse rouge ou rose, plus de débris dans la canule ou sensation granuleuse).
- Retirer doucement la canule et la seringue AMIU.
- Retirer la canule de la seringue AMIU et pousser le piston pour vider le contenu dans la passoire.

- Rincer la peau avec de l'eau ou une solution saline.
- Inspecter rapidement les débris évacués de l'utérus. Si on ne voit aucun produit de conception retenue, réévaluer la situation pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une grossesse extra-utérine.
- Retirer la pince tire-col avant d'enlever le spéculum.
- Contrôler les saignements.
- Faire un toucher vaginal pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.

**Ne retirer les dispositifs que si l'utérus est vide ou s'il ne persiste pas de saignement.**

### Tâches post AMIU

- Permettre à la patiente de se coucher sur le côté en position confortable.
- Mettre le matériel contaminé dans un récipient étanche ou dans un sac en plastique avant d'enlever les gants.
- Placer le spéculum et les instruments en métal dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes pour décontaminer.
- Mettre l'aiguille et la seringue dans une boîte de sécurité.
- Adapter la canule utilisée à la seringue AMIU et rincer avec une solution chlorée à 0,5 %.
- Détacher la canule de la seringue et les placer dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes pour décontamination.
- Vider les PCR dans un conteneur avec un couvercle pour être bien incinérés.
- Tremper brièvement les mains gantées dans la solution chlorée à 0,5 %. Retirer les gants en les retournant. Les mettre dans une poubelle ou un sac en plastique.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon, et les sécher avec un linge propre et sec ou à l'air libre.
- Laisser la patiente se reposer dans un endroit confortable pendant au moins 30 minutes, là où sa récupération peut être suivie.
- Vérifier les saignements au moins une fois avant de la laisser partir et vérifier que les crampes ont diminué.

### Instructions et conseils à la patiente

- Donner des instructions à la patiente sur les soins après avortement et les signes d'alarme.
- Lui expliquer quand revenir à la visite de suivi.
- Lui expliquer qu'elle peut revenir à chaque fois qu'elle le désire.
- Discuter de ses projets de procréation.
- Fournir la méthode de planification familiale appropriée au besoin.

## FICHE TECHNIQUE 12

### Anesthésie verbale (verbacaine)

#### Préparation

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

#### Conduite à tenir

- Expliquer à la patiente chaque étape de la procédure avant de l'exécuter.
- Attendre, après chaque étape ou tâche, que la patiente se prépare avant de passer à la suivante.
- Se déplacer lentement, sans mouvements brusques ou saccadés.
- Utiliser les instruments avec assurance.
- Éviter de dire des choses comme "CELA NE FERA PAS MAL" alors que cela fera mal, ou bien "J'AI PRESQUE FINI" lorsque ce n'est pas le cas.
- Parler à la patiente tout au long de la procédure.



## FICHE TECHNIQUE 13

### Définition, classification, diagnostic positif de l'hypertension artérielle et grossesse

#### Signes de gravité

- Tension artérielle élevée
- Céphalées
- Troubles de la vision
- Convulsions
- Coma

#### Définition

La tension artérielle (TA) élevée au cours de la grossesse est caractérisée par les valeurs tensionnelles ci-après :

TA systolique (TAS)  $\geq$  140 mm Hg  
et/ou TA diastolique (TAD)  $\geq$  90 mm Hg

#### Classification

Les troubles hypertensifs au cours de la grossesse incluent :

- L'hypertension chronique préexistante à la grossesse ou découverte avant 20 semaines d'aménorrhée et persistant au-delà de la 12<sup>ème</sup> semaine du postpartum (HTA chronique).
- L'hypertension gravidique ou gestationnelle (liée à la grossesse) : c'est celle qui survient au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, pendant le travail, et/ou dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

#### Diagnostic probable de la HTA

##### Hypertension chronique

- TAS  $\geq$  140 mmHg et/ou TAD  $\geq$  90 mmHg avant 20 SA

##### Hypertension chronique avec prééclampsie surajoutée

Avant 20 SA :

- TAS  $\geq$  140 mmHg et/ou TAD  $\geq$  90 mmHg

Après 20 SA :

- Protéinurie  $\geq$  2+ à la bandelette
- Présence d'éléments de prééclampsie

##### Hypertension gestationnelle

- Deux mesures à 4h d'intervalle après 20 SA :
  - TAS  $\geq$  140 mmHg mais inférieure à 160 mmHg
  - et/ou TAD  $\geq$  90 mmHg mais inférieure à 110 mmHg
- Absence de protéinurie
- Absence d'éléments de prééclampsie

##### Prééclampsie légère

- Deux mesures à 4h d'intervalle après 20 SA :
  - TAS  $\geq$  140 mmHg mais inférieure à 160 mmHg
  - et/ou TAD  $\geq$  90 mmHg mais  $<$  à 110 mmHg.
- Protéinurie 2+ à la bandelette

##### Prééclampsie sévère

- TAS  $\geq$  160 mmHg et/ou TAD  $\geq$  110 mmHg après 20 SA
- Protéinurie 2+ à la bandelette
- Autres symptômes et signes cliniques parfois présents :
  - Céphalées : fréquence croissante, analgésiques classiques inefficaces.
  - Vision floue.
  - Oligurie : diurèse inférieure à 400 ml en 24h.
  - Douleur abdominale haute (épigastrique ou hypocondre droit).
  - Oedème pulmonaire.
  - Nausées et vomissements.
  - Exagération des réflexes et clonus.

##### Éclampsie

- Convulsions
- TAS  $\geq$  140 mmHg ou TAD  $\geq$  90 mmHg après 20 SA
- Autres symptômes et signes cliniques parfois présents :
  - Coma (patiente inconsciente).
  - Autres symptômes et signes cliniques de prééclampsie sévère.

##### Autres complications de l'hypertension artérielle gravidique

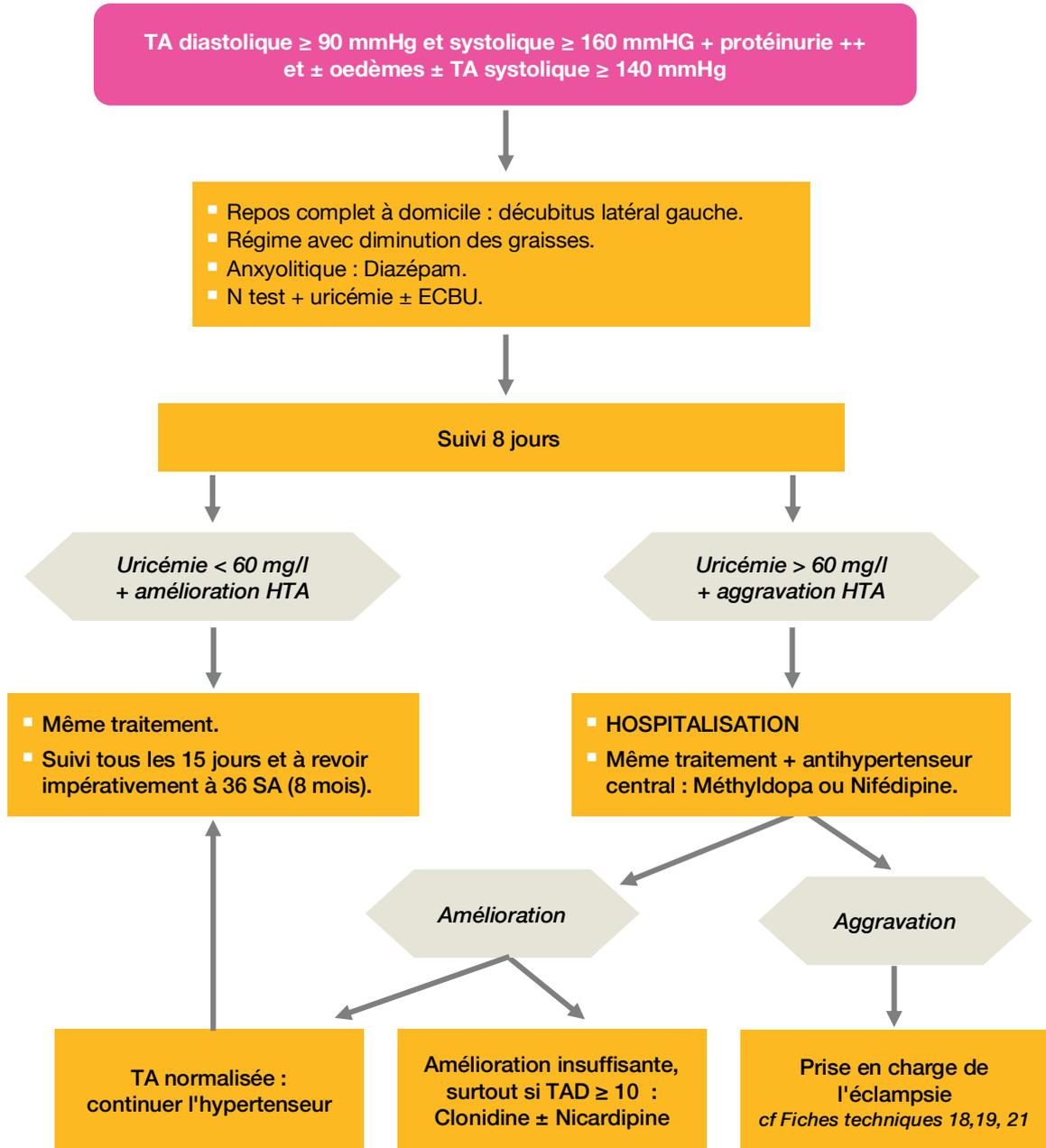
- Hématome rétroplacentaire.
- Oedème pulmonaire : difficulté respiratoire, râles crépitants à l'auscultation.
- Insuffisance rénale : diurèse  $<$  30 ml par heure.
- Hémorragie cérébrale : céphalées, déficit moteur et coma (confirmation par scanner/IRM).
- HELLP syndrome.

##### Diagnostic différentiel

- **Devant des convulsions, éliminer :**
  - Épilepsie : convulsions antérieures, tension artérielle normale.
  - Paludisme grave : fièvre, frissons, céphalées, anémie, ictère, coma.
  - Méningite : céphalées, nuque raide, fièvre, photophobie.
  - Tétanos : trismus, spasmes du visage, du cou et du tronc, dos arqué, ventre de bois.
- **Devant des céphalées et/ou des troubles de la vision, éliminer :**
  - Paludisme simple : fièvre, frissons, douleurs musculaires, douleurs articulaires, test de diagnostic rapide ou goutte épaisse positive.
  - Migraine : vomissements.
  - Méningite : raideur de la nuque.

## FICHE TECHNIQUE 14

### Algorithme de diagnostic de l'hypertension artérielle pendant la grossesse



## FICHE TECHNIQUE 15

### Protocole d'utilisation du sulfate de magnésium et surveillance de signes de toxicité

#### Dose de charge

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



**Prévoir le gluconate de calcium comme antidote**

#### Dose d'entretien

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

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

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

#### Interrompre ou différer le traitement si :

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

#### En cas d'arrêt de la respiration :

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

#### Surveillance de la mère

- Surveiller la protéinurie et la diurèse.
- Si la diurèse est inférieure à 30 ml par heure, arrêter le sulfate de magnésium et donner du Ringer lactate.
- Rechercher les signes d'un oedème pulmonaire.
- Surveiller les paramètres vitaux maternels, les réflexes rotuliens.
- Bilan biologique minimal : créatinémie, uricémie, protéinurie de 24 heures, transaminases, plaquettes, taux Hb, TS, TC.
- Surveillance du bien-être fœtal (RCF, échographie, etc.).

*Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (RPC/SONU) 35.*

#### Suivi postpartum

- Poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24 heures qui suivent la dernière convulsion ou

l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux événements).

- Poursuivre le traitement antihypertenseur tant que TAD  $\geq$  110 mmHg ou TAS  $\geq$  160 mmHg.
- Continuer le remplissage vasculaire au Ringer lactate et au sérum salé pendant au moins 48 heures.
- Surveiller la diurèse (> 30 ml/h).

#### Référer ou demander avis spécialisé

- Si oligurie persistante pendant 24 heures après l'accouchement
- Si troubles de la coagulation ou HELLP syndrome.
- Si coma prolongé (plus de 24 heures après les convulsions).

## FICHE TECHNIQUE 16

### Protocole d'utilisation des médicaments antihypertenseurs

*Si la TA systolique est  $\geq 160$  mmHg et/ou la TA diastolique  $\geq 110$  mmHg, administrer les antihypertenseurs selon l'un des protocoles suivants pour maintenir la systolique entre 140 et 150 mmHg et la diastolique entre 90 et 100 mmHg afin de prévenir les complications de l'HTA (sans descendre en dessous d'une TA diastolique de 90 mmHg).*

Schémas posologiques pour le traitement intensif de l'hypertension sévère (OMS, MCPC 2ème édition 2017) :

Antihypertenseurs	Posologie
Hydralazine	<p><b>Par voie intraveineuse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer 5 mg par IV, lentement (risque d'hypotension maternelle, surveiller attentivement la tension artérielle)</li> <li>• Répéter l'administration toutes les cinq minutes jusqu'à ce que la tension artérielle atteigne la valeur cible.</li> <li>• Répéter l'administration toutes les heures si besoin ou injecter 12,5 mg par IM toutes les deux heures si besoin.</li> </ul> <p> <b>La dose maximale est de 20 mg par 24 heures</b></p>
Labétalol	<p><b>Par voie orale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer 200 mg.</li> <li>• Répéter la dose au bout d'une heure, jusqu'à ce que la tension artérielle atteigne la valeur cible.</li> </ul> <p> <b>La dose maximale est de 1 200 mg par 24 heures</b></p> <p><b>Par voie intraveineuse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer 10 mg par IV.</li> <li>• Si la réponse n'est pas satisfaisante au bout de 10 minutes, administrer 20 mg par IV.</li> <li>• La dose peut être doublée pour atteindre 40 mg, puis 80 mg en espaçant les doses de 10 minutes jusqu'à ce que la tension artérielle soit inférieure au seuil.</li> </ul> <p> <b>La dose totale maximale est de 300 mg ; ensuite, passer au traitement par voie orale.</b></p>
Nicardipine IV	<p><b>Perfusion continue :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose initiale 1 à 5 mg/heure en fonction de la pression artérielle.</li> <li>• Après 30 minutes : 0,5 mg/heure en fonction de l'état observé.</li> <li>• En cas d'éclampsie : 4 mg/heure sans dépasser la dose maximale de 15 mg.</li> </ul>
Alpha-méthyl dopa	<p><b>Par voie orale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer 750 mg par voie orale.</li> <li>• Répéter la dose au bout de trois heures jusqu'à ce que la tension artérielle atteigne la valeur cible.</li> </ul> <p> <b>La dose maximale est de 3 g par 24 heures</b></p>

 **Éviter l'utilisation simultanée du sulfate de magnésium et de Nicardipine ou Nifédipine à cause du risque accru d'hypotension.**

## FICHE TECHNIQUE 17

### Prise en charge de la prééclampsie légère

#### Âge de la grossesse inférieur à 37 semaines

Tant que le bien-être de la mère et du fœtus restent stables, le but est d'atteindre 37 semaines de grossesse avant l'accouchement.



*Néanmoins, rester vigilant car la prééclampsie légère peut rapidement évoluer vers une prééclampsie sévère.*

Une surveillance étroite de l'état de la femme et du fœtus doit être assurée, avec une mesure régulière de la tension artérielle de la femme et une évaluation des signes de danger éventuels.

#### Soins en ambulatoire

Si la tension artérielle et les signes de prééclampsie se normalisent ou restent stables, prévoir une visite de suivi deux fois par semaine.

#### Hospitalisation

Si le suivi en ambulatoire est impossible, hospitaliser la femme pour une surveillance attentive, y compris de la tension artérielle et des signes de danger.

#### Âge de la grossesse supérieur ou égal à 37 semaines

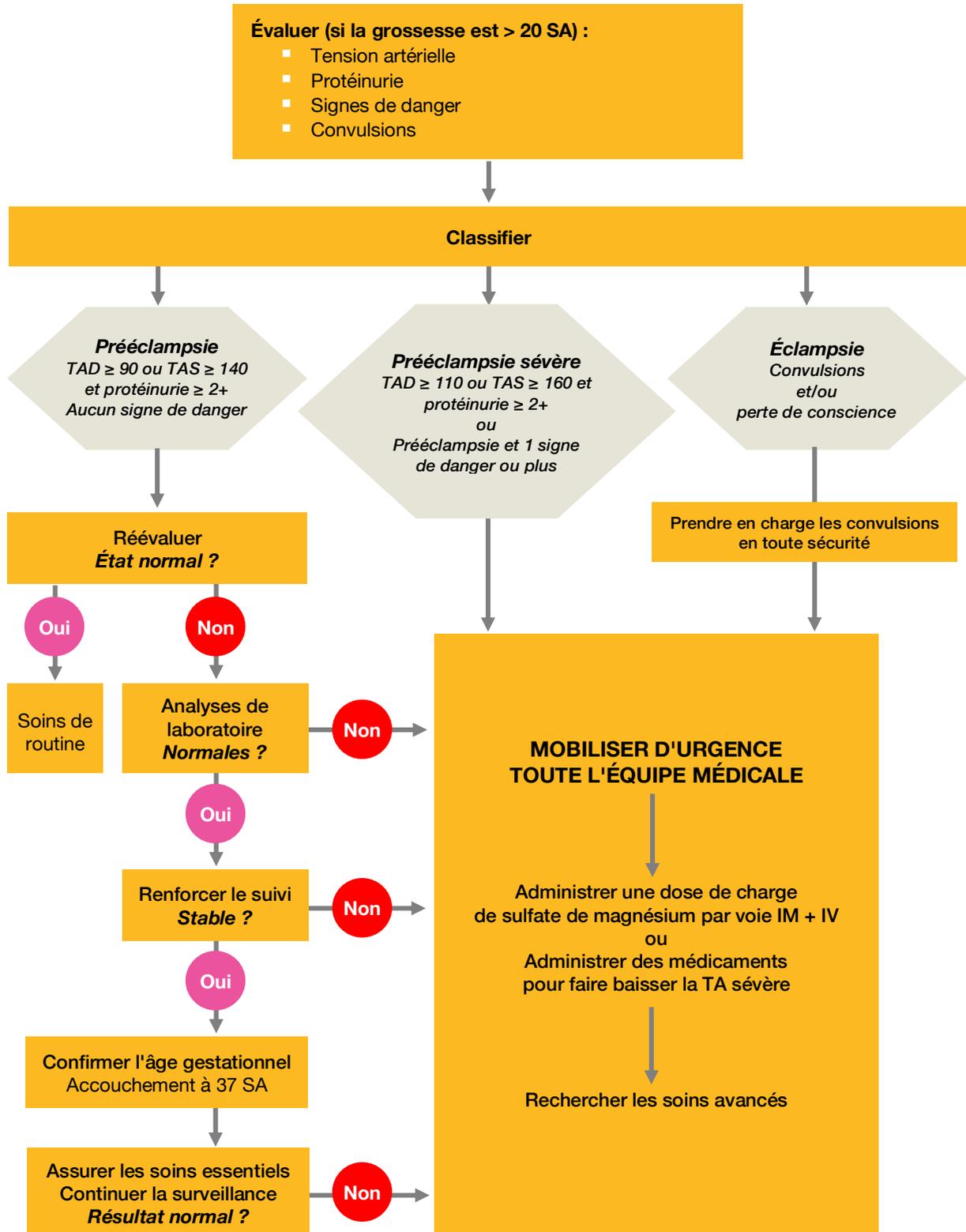


**Déclencher le travail/l'accouchement**

## FICHE TECHNIQUE 18

### Prééclampsie et éclampsie : premiers soins

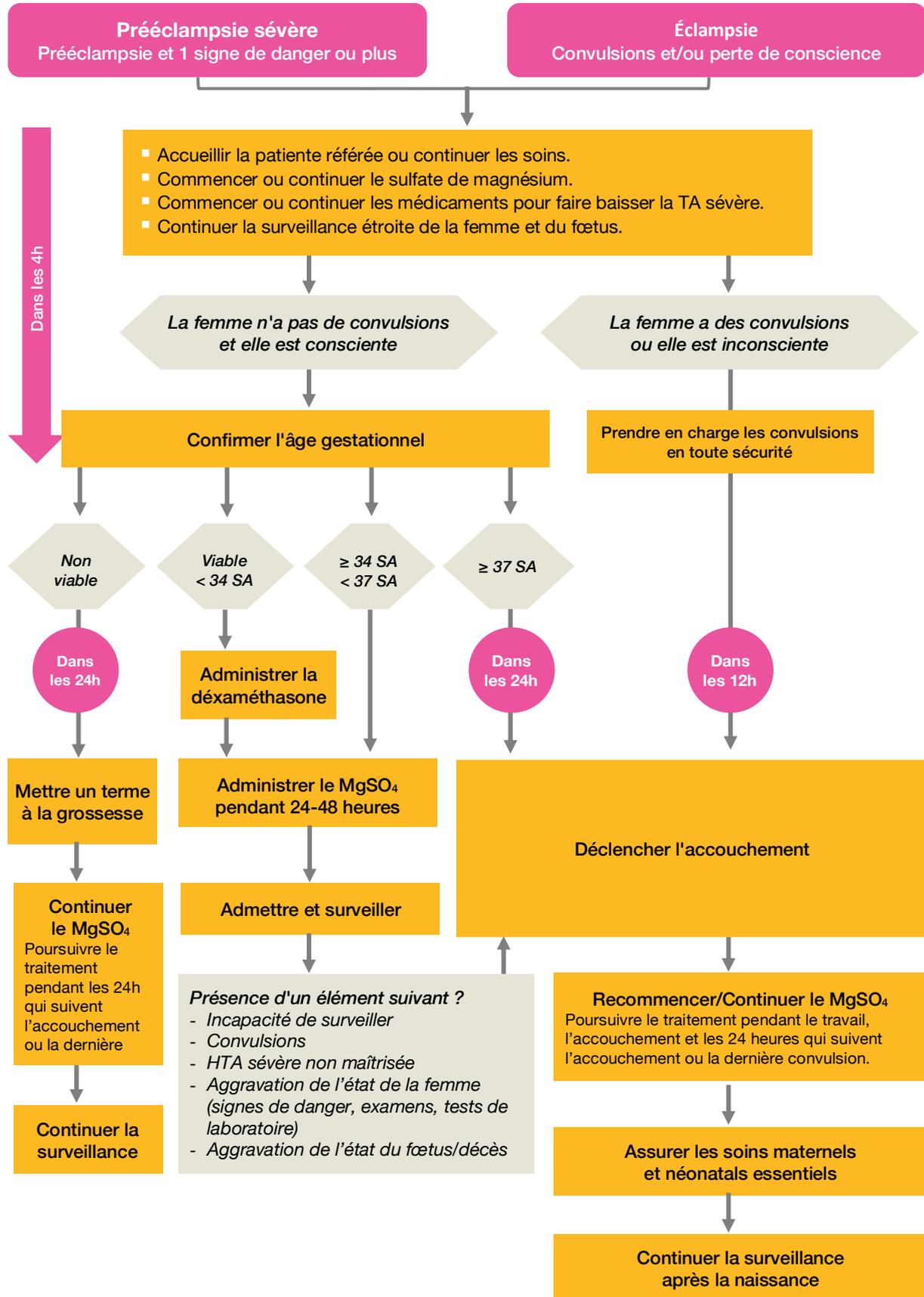
Figure adaptée des Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire - OMS Afrique, 2018



## FICHE TECHNIQUE 19

### Prééclampsie et éclampsie : soins avancés

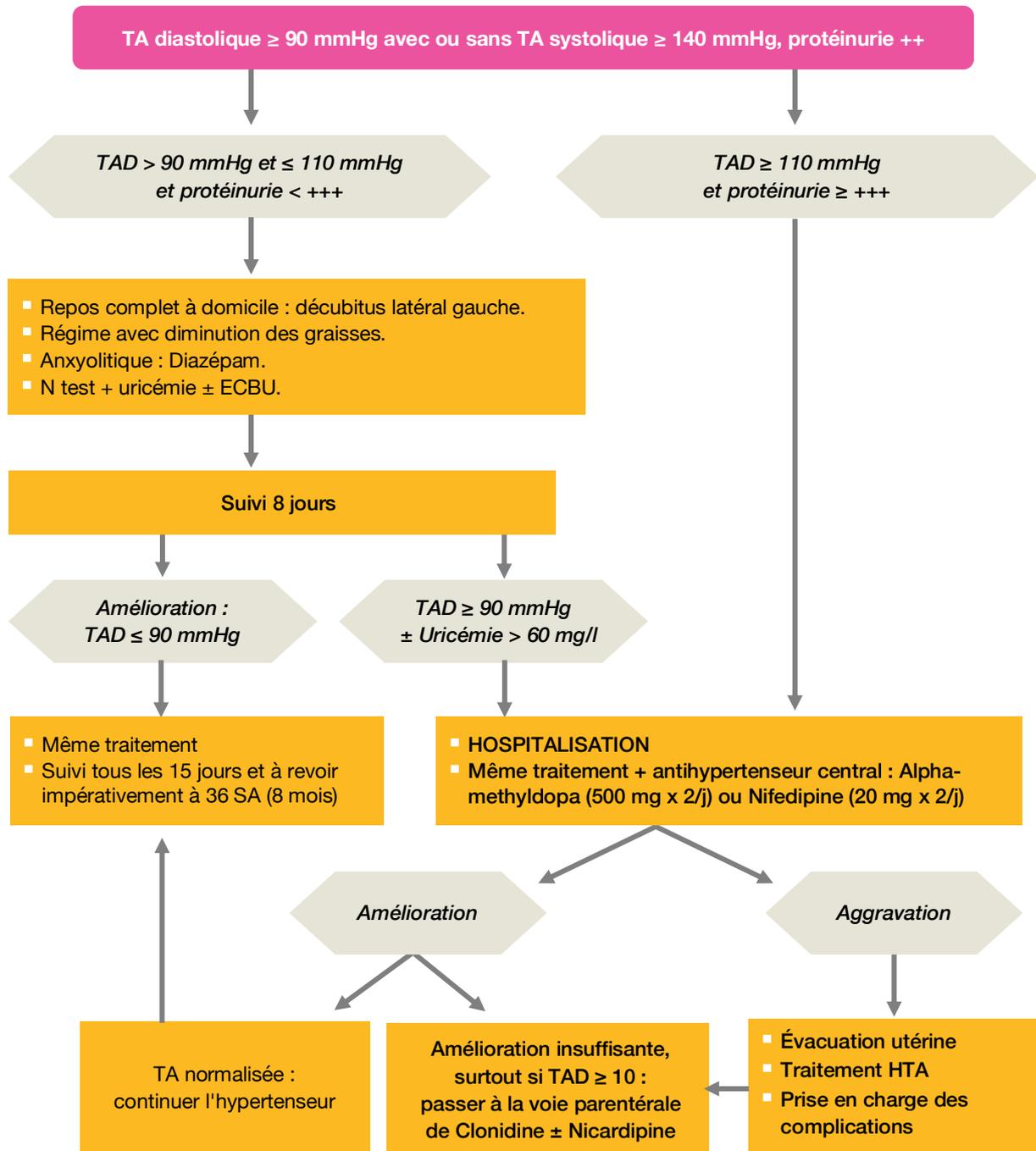
Figure adaptée des Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire - OMS Afrique, 2018



## FICHE TECHNIQUE 20

### Conduite à tenir en cas de prééclampsie

Figure adaptée des Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire - OMS Afrique, 2018



## FICHE TECHNIQUE 21

### Conduite à tenir en cas d'éclampsie

Figure adaptée des Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire - OMS Afrique, 2018

#### SOINS INFIRMIERS

- Mise en décubitus latéral avec barrières.
- Maintenir à l'obscurité.
- Canule de Guédel dans la bouche + aspiration des voies aériennes supérieures.
- Mise en place d'une voie d'abord veineuse.
- Pose d'une sonde urinaire à demeure.

- **Prélèvements :**
  - Groupe sanguin
  - NFS + Plaquettes
  - Ionogramme sanguin, uricémie, créatinine
  - Bilan de la coagulation : TCK, fibrinogène, PDF

- **Surveillance des constantes (feuille de surveillance) :**
  - Pouls, TA, diurèse
  - FR toutes les 5 min, puis toutes les 15 min.

#### TRAITEMENT MÉDICAL

- **Oxygène :** 6 l/min
- **Anticonvulsivants :**
  - Sulfate de magnésium : 4 g en IVD en 5 minutes + 5 g en IM profonde dans chaque fesse, soit 14 g au total.
  - Si sulfate de magnésium non disponible, réanimation hydro-électrolytique : 1 l par 24h de sérum glucosé à 5% ou Ringer Lactate.
- **Antihypertenseurs :**
  - Clonidine 300 mg dans 500 ml de sérum glucosé à 5% (8 à 24 gouttes par min) ;
  - ou 1 ampoule en IM toutes les 8 heures.

**Référence**

#### TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

##### Travail en cours

- **Phase de latence :** césarienne
- **Phase active sans souffrance fœtale :**
  - aide à l'expulsion (ventouse ou forceps).
- **Phase active avec souffrance fœtale :**
  - césarienne ;
  - ou accélérer le travail par perfusion d'ocytocine ;
- Réanimation du nouveau-né (cf poster)

##### Pas de travail

- **Il faut apprécier :**
  - les signes de souffrance fœtale ;
  - les conditions locales.
- **Pour la conduite à tenir, il faut discuter :**
  - d'une césarienne ;
  - d'un déclenchement ;
  - d'une expectative.

SONUB

SONUC

## FICHE TECHNIQUE 22

### Soins périnataux : interrogatoire et enregistrement de la parturiente

#### Préparation

- Accueillir la parturiente, assurer la confidentialité.
- Demander la fréquence, la durée et l'intensité des douleurs.

#### Interrogatoire et enregistrement

- Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi de grossesse.
- Si nécessaire, demander la carte d'adhésion à l'association de santé communautaire.
- Prendre connaissance :
  - des observations des différentes visites prénatales ;
  - des risques qui ont été identifiés pendant la grossesse ;
  - de l'ensemble des résultats des examens complémentaires.
- Si la parturiente n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse, lui demander les informations sur :
  - son identité ;
  - ses antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques ;
  - le déroulement de la grossesse actuelle.
- Demander à la parturiente l'heure du début des premières douleurs.
- Demander si elle a perdu le bouchon muqueux, des liquides ou du sang.
- Demander à la parturiente séropositive si elle a reçu un traitement.



## FICHE TECHNIQUE 23

### Examen de la femme en travail

#### Examen général

- Expliquer le déroulement de l'examen.
- Demander à la femme d'uriner. Prélever un échantillon d'urine pour l'examen à la bandelette.
- Se laver les mains avec du savon, les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Installer la femme sur la table d'accouchement.
- Sondage vésical si la femme n'a pas pu uriner.
- Prendre les constantes (TA, T°, pouls, FR).
- Vérifier l'état des conjonctives.
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs.
- Procéder à une toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ou un antiseptique.
- Se laver les mains à nouveau.

#### Examen obstétrical

- Faire l'inspection et la palpation de l'abdomen : forme, cicatrices, axe de développement, position du fœtus, localisation des pôles fœtaux.
- Mesurer la hauteur utérine (HU) en cm.
- Apprécier la fréquence et la durée des contractions utérines (CU) en les comptant.
- Rechercher et compter les BDCF après une contraction utérine douloureuse.
- Se laver les mains avec du savon, les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Porter des gants stériles et non des doigtiers.
- Faire un toucher vaginal pour apprécier les 5 éléments essentiels :
  - Le périnée : longueur, état, présence d'une étroitesse ou d'une béance vulvaire.
  - Le col : les modifications du col utérin (position, consistance, longueur, degré de dilation), le segment inférieur constitué ou pas.
  - L'état de la poche des eaux : absente, présente (plate ou bombante).
  - La présentation : hauteur (descente), nombre de centimètres qui séparent la présentation du niveau des épines sciatiques, nature, variété et orientation de la présentation.
  - Le bassin : orientation, type (normal, limite, rétréci ou asymétrique), état des parties molles (relevés de l'anus, muscles du périnée).
- Plonger les mains gantées dans la solution de décontamination. Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination.
- Se laver les mains à nouveau.

#### Conclusion

- Poser le diagnostic du travail et établir le pronostic de l'accouchement.
- Informer la femme des résultats de l'examen.
- Noter les informations sur le partogramme.

## FICHE TECHNIQUE 24

### Utilisation du partogramme et surveillance du travail d'accouchement

#### Renseignements sur la parturiente

- Marquer :
  - le nom,
  - la gestité, la parité,
  - le nombre d'avortements,
  - le nombre d'enfants vivants,
  - l'intervalle intergénésiq,ue,
  - la date et l'heure d'admission,
  - la date et heure de début des contractions.

#### Bruits du cœur fœtal (BDCF)

- Écouter et marquer à chaque examen après une contraction utérine.
- Ne pas oublier de palper le pouls radial au même moment que l'auscultation des BDCF.
- Le rythme cardiaque fœtal normal se situe entre 120 et 160 battements/mn.

#### Contractions utérines (CU)

- Apprécier à chaque examen.
- Palper le nombre de CU en 5 minutes et mesurer leur durée en secondes.



#### Liquide amniotique (LA)

- Marquer l'état de la poche des eaux et la couleur du LA à chaque TV :
  - **I** = membranes intactes
  - **C** = LA clair
  - **M** = LA méconial
  - **S** = LA sanguinolent

#### Dilatation du col

- Évaluer à chaque TV et marquer par une croix (X).
- Le TV doit être fait toutes les deux heures pendant la phase de latence, et chaque heure pendant la phase active.
- Lorsque l'admission dans la structure de santé a lieu pendant la phase active, la dilatation à l'admission est immédiatement notée sur la ligne d'alerte.

**La phase de latence** : dilatation de 0 à 3 cm. Elle ne devrait normalement pas durer plus de 8 heures.

**La phase active** : dilatation de 4 à 10 cm, à un rythme qui devrait être au moins de 1 cm par heure.

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

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

- Lorsque le travail passe de la phase de latence à la phase active, l'enregistrement de la dilatation est immédiatement transféré sur la ligne d'alerte à l'intersection avec la ligne correspondant à la dilatation dans la phase active.
- L'heure sera toujours marquée à gauche de la dilatation.

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

#### Engagement

- C'est l'appréciation de la descente. Si la présentation est engagée (signes de Faraboeuf).

#### Médicaments administrés

- En cas de perfusion d'ocytocine, marquer la quantité du produit par volume de perfusion. Préciser la quantité en gouttes par minute.
- Marquer tout autre médicament administré.

#### TA, température, pouls

- Prendre à chaque examen et marquer.

#### Modèle de partogramme

*Voir page suivante*

### Modèle de partogramme

Nom	Geste	Pare	Dossier No.
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heure
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <p>Rythme cardiaque foetal</p> <p>Liquide amniotique</p> <p>Modelage de la tête</p> <p>Dilatation du col (en cm) (marquer un 'X')</p> <p>Descentes de la tête (marquer un 'O')</p> <p>Nombre d'heures</p> <p>Heure réelle</p> <p>Nombre de contractions en 10 min.</p> <p>Oxytocine U/L gouttes/min.</p> <p>Médicaments et injections I.V.</p> <p>Pouls ●</p> <p>et</p> <p>T.A. ↑ ↓</p> <p>Temp. °C</p> <p>Urthe</p> <p>prot.</p> <p>acet.</p> <p>val.</p> </div> <div style="width: 80%;"> <p>The partogram grid consists of several horizontal sections:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Top section:</b> A grid for fetal heart rate (80-200 bpm) with a horizontal line at 180 bpm.</li> <li><b>Second section:</b> A grid for amniotic fluid and fetal head molding.</li> <li><b>Third section:</b> A grid for cervical dilation (0-10 cm) and fetal descent (0-10 cm). Two diagonal lines are drawn: one from (0, 4) to (6, 10) labeled 'Aloste', and another from (4, 4) to (10, 10) labeled 'Action'.</li> <li><b>Fourth section:</b> A grid for the number of contractions in 10 minutes (0-5).</li> <li><b>Fifth section:</b> A grid for oxytocin dosage (0-5 U/L).</li> <li><b>Sixth section:</b> A grid for medications and IV injections.</li> <li><b>Seventh section:</b> A grid for pulse (60-180) and blood pressure (80-180).</li> <li><b>Eighth section:</b> A grid for temperature (60-180 °C).</li> <li><b>Ninth section:</b> A grid for uric acid levels (prot., acet., val.).</li> </ul> </div> </div>			

## FICHE TECHNIQUE 25

### Protocole d'utilisation de l'ocytocine

Conduite à tenir	
Indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypocinésie en l'absence de toute contre-indication.</li> <li>- Déclenchement du travail d'accouchement sous condition (score de Bishop).</li> <li>- Délivrance dirigée.</li> <li>- Hémorragie de la délivrance par atonie utérine.</li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disproportion foeto-pelvienne.</li> <li>- Utérus cicatriciel.</li> <li>- Présentation vicieuse obstacle prævia.</li> <li>- Dilatation du col inférieure à 4 cm.</li> </ul> <p> <b>Critère de référence : il ne faut jamais faire de perfusion d'ocytocine à une femme qui doit être référée.</b></p>
Techniques d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer une perfusion de 5 UI d'ocytocine dans 500 ml de SG 5%. Si 10 UI d'ocytocine, mettre dans 1000 ml de SG 5%.</li> <li>• Administrer à la dose de 8 gouttes/minute.</li> </ul> <p> <b>Si 10 UI d'ocytocine dans 500 ml de SG 5%, administrer à la dose de 4 gouttes/minute.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter la dose de 4 gouttes/2 gouttes toutes les 15 minutes jusqu'à jusqu'à obtenir des contractions de durée et de fréquence suffisantes : 3 à 4 contractions toutes les 10 minutes, soit une contraction toutes les 3 minutes sans les dépasser.</li> </ul> <p> <b>Ne pas dépasser 32 gouttes/minute.</b></p>
Suivi du travail sous perfusion d'ocitocyne	<p><b>La dilatation progresse d'au moins 1 cm par heure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer la surveillance.</li> </ul> <p><b>Si la fréquence des contractions dépasse une contraction toutes les 2 minutes en phase de latence ou en début de phase active, ou si la durée des contractions dépasse 90 secondes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer la vitesse de la perfusion de 4 gouttes/minute et vérifier après 15 minutes.</li> </ul> <p><b>Si la dilatation reste stationnaire ou si une souffrance fœtale apparaît, quel que soit le degré de la dilatation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arrêter la perfusion d'ocytocine.</b></li> <li>• La remplacer par une perfusion de sérum glucosé à 5%.</li> <li>• Faire coucher la femme sur le côté gauche.</li> <li>• Continuer la surveillance ou référer d'urgence.</li> </ul>

## FICHE TECHNIQUE 26

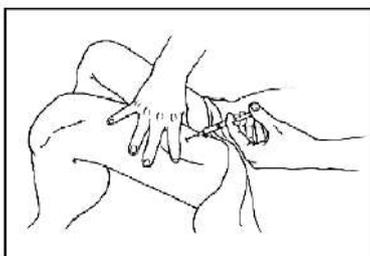
### Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)

#### Les objectifs de la GATPA

- Accélérer le décollement placentaire en augmentant la fréquence et le rythme des contractions utérines.
- Diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétroplacentaire physiologique.
- Favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement.

#### Étape 1 de la GATPA

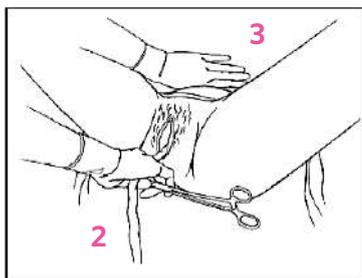
- Administrer de l'ocytocine à la femme dans la minute qui suit l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus.



#### Étape 2 de la GATPA

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

1. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons.
2. Maintenir le cordon et la pince dans une main (voir la figure ci-dessous).
3. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la femme (voir la figure).



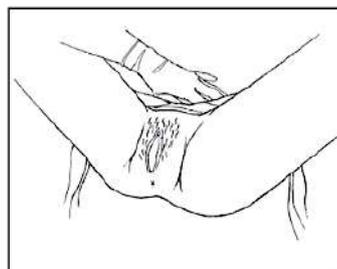
4. Attendre une contraction utérine.
5. Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (en direction de la tête de la femme).
6. Avec l'autre main, tirer de façon constante et très doucement sur le cordon, en direction du bas (suivre la direction du bassin). Éviter les mouvements saccadés ou violents.
7. Si le placenta ne descend pas, cesser de tirer sur le cordon, puis ne plus exercer une pression

sur l'utérus. Attendre une contraction utérine et répéter les étapes 2 à 6.

8. Ne pas encourager la femme à pousser pendant la traction contrôlée du cordon.
9. Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. Tirer lentement pour parachever la délivrance.
  - Ne pas relâcher la contre-traction sur l'utérus avant que le placenta ne soit visible à la vulve.
  - Si les membranes se déchirent, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.

#### Étape 3 de la GATPA

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



Parfois du sang ou des caillots de sang sont expulsés au moment du massage utérin.

#### Actions à prendre si la GATPA ne se déroule pas comme elle a été décrite

- Appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner dans les cas suivants :
  - Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine après 4 essais d'une traction contrôlée, penser à un placenta accreta.
  - Si le cordon a été préalablement rompu, demander à la femme de s'accroupir et faire expulser le placenta. Agir immédiatement si le placenta n'est pas délivré après cette intervention.
  - En cas d'inversion utérine.
  - Si le cordon est arraché.

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

.../...

### Soins après la délivrance du placenta

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

### Soins pendant le postpartum immédiat

#### Pendant les 6 premières heures du postpartum

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

- Surveiller étroitement le saignement vaginal, le globe de sécurité et les signes vitaux selon les indications suivantes :

*Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis toutes les heures pendant 3 heures :*

- Vérifier TA et pouls
- Surveiller le saignement vaginal
- Vérifier le globe de sécurité

*Toutes les 4 heures :*

- Vérifier T° et FR

*Toutes les heures :*

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

Santé de la femme • Accouchement

## FICHE TECHNIQUE 27

### Surveillance de l'accouchée

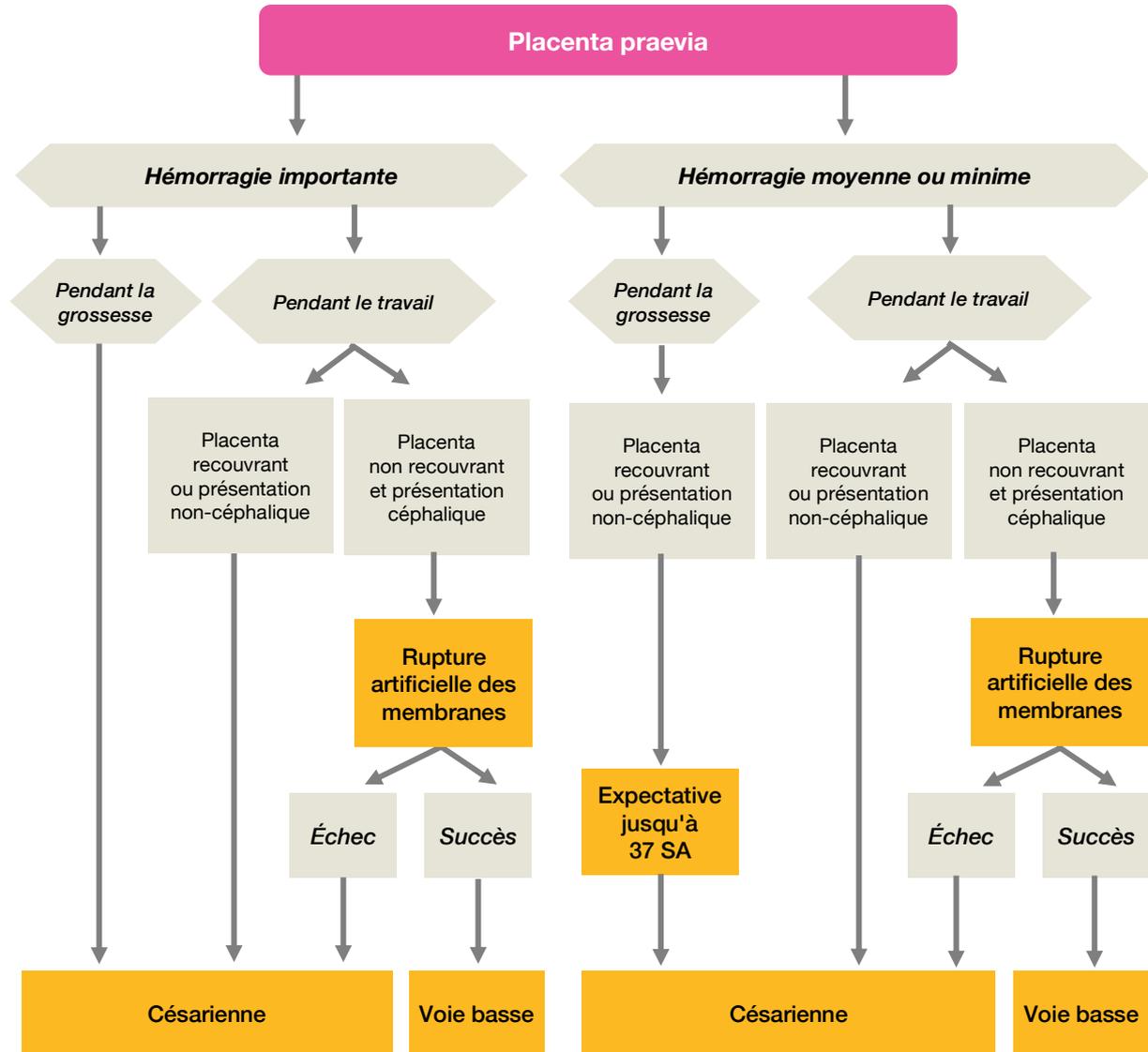
		Surveillance	Référence/ Evacuation
Paramètres	Saignement	Normal	Anormal
	Globe de sécurité	Formé	Utérus mou
	Pouls	moins de 100	entre 100 et 140
	TA	moins de 14/9	≥ 14/9
	Température	37°5	≥ 38°
	Conscience	Normale	Altérée

*La surveillance de l'accouchée se fait jusqu'à deux heures après l'accouchement, au bloc d'accouchement. Si l'un des signes ci-dessus est perturbé, il faut référer immédiatement.*

## FICHE TECHNIQUE 28

### Algorithme de conduite à tenir devant un placenta prævia (PP)

Figure adaptée des Recommandations pour la pratique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, Guide du prestataire - OMS Afrique, 2018



## FICHE TECHNIQUE 29

### Prise en charge de l'hématome rétroplacentaire (HRP)

Adaptée de : Pratique de l'accouchement - J. Lansac, Marret, Oury - 4<sup>ème</sup> éd. 2006 Elsevier Masson

Prise en charge générale	Traitement médical	Traitement obstétrical
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voie veineuse : une ou deux</li> <li>• Prélèvements sanguins :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- NFS, plaquettes, fibrinogène</li> <li>- temps de céphaline activée</li> <li>- temps de Quick</li> <li>- produits de dégradation de la fibrine</li> </ul> </li> <li>• Test de coagulation au lit de la malade</li> <li>• Sonde urinaire à demeure</li> <li>• Surveillance documentée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pouls, TA, tous les 1/4 d'heure</li> <li>- diurèse horaire</li> <li>- volume des hémorragies à peser</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutter contre l'hypovolémie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Macromolécules ou cristalloïdes en attendant volume &lt; 1 l</li> <li>- Sang frais ou conservé si nécessaire.</li> </ul> </li> <li>• Lutter contre les troubles de la coagulation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrinogène 3 à 6 g (4 g élèvent le fibrinogène de 100 mg).</li> <li>- Plasma frais, congelé.</li> <li>- Iniprol 1 000 000 UI en IV, répétées 4 heures après. □</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Évacuer l'utérus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foetus vivant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- césarienne</li> <li>- ou voie basse si accouchement imminent, forceps ou ventouse.</li> </ul> </li> <li>• Foetus mort :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- rupture artificielle des membranes</li> <li>- ocytocine 5 à 10 mUI/mn</li> <li>- révision utérine + examen du col et du vagin</li> <li>- césarienne si état maternel très sévère ou si échec de la voie basse au bout de 6 heures</li> </ul> </li> </ul>

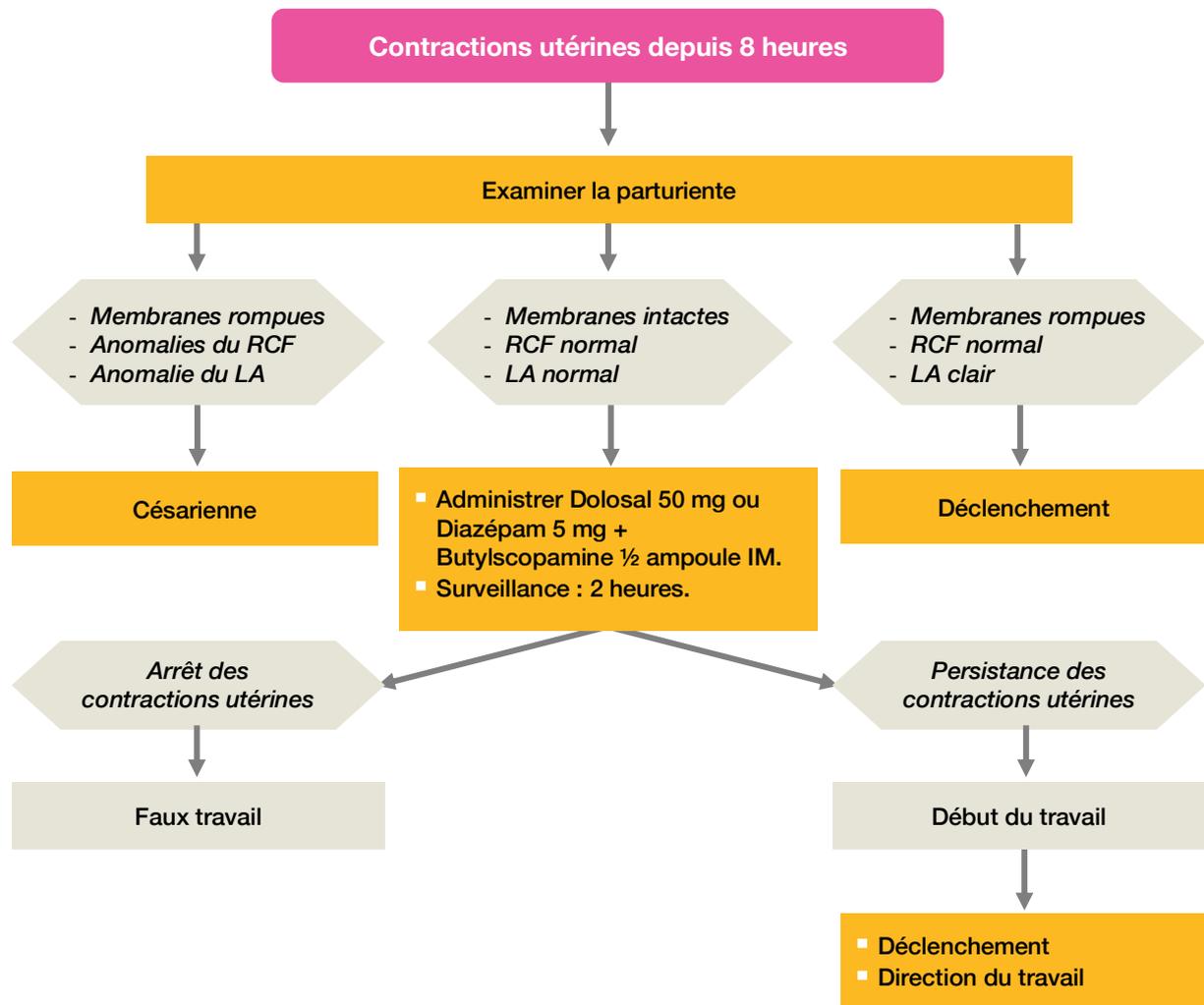
## FICHE TECHNIQUE 30

### Prise en charge de la rupture utérine (RU)

Prise en charge thérapeutique	Suivi de la patiente
<p><b>Mesures générales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voie veineuse : de préférence deux.</li> <li>• Rétablir le volume sanguin en perfusant du sérum physiologique ou du Ringer lactate avant l'intervention.</li> <li>• Transfusion sanguine si nécessaire.</li> <li>• Sonde urinaire.</li> <li>• Surveillance documentée.</li> </ul> <p><b>Prise en charge chirurgicale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiquer une laparotomie dès que la patiente est stabilisée pour extraire l'enfant et le placenta.</li> <li>• Réparer la lésion utérine si les berges ne sont pas nécrosées.</li> <li>• Procéder à l'hystérectomie subtotale s'il est impossible de réparer la brèche (nécrose).</li> <li>• Faire une hystérectomie totale si les lésions s'étendent au col et au vagin.</li> </ul> <p><b>Administer une antibiothérapie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline 1g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/jour de gentamycine en IM ;</li> <li>• Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 12 heures.</li> </ul>	<p><b>Avant d'autoriser la patiente à quitter l'hôpital :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'informer sur le pronostic de sa fécondité et lui prodiguer les conseils nécessaires, y compris sur la contraception.</li> <li>• Lui fournir une méthode de contraception si nécessaire.</li> <li>• Le risque de rupture au cours des grossesses ultérieures étant élevé, il est nécessaire d'aborder la possibilité d'une contraception définitive avec la patiente lorsqu'il s'agit d'une multipare.</li> </ul> <p><b>Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (RPC/SONU) 57</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corriger l'anémie par l'administration de fer per os : 60 mg de sulfate ou de fumarate ferreux par jour, pendant au moins 1 mois.</li> <li>• Programmer une visite de suivi, 4 semaines après la sortie.</li> </ul>

## FICHE TECHNIQUE 31

### Algorithme de prise en charge du travail prolongé



**FICHE TECHNIQUE 32****Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré (MAP)****Critères diagnostiques**

- CU entre 22 et 36 SA.
- Longueur échographique cervicale : seuil variable selon les équipes entre 20 et 30 mm.
- Dépister les facteurs de risque : sociaux, professionnels, médicaux, infectieux.

**Prise en charge**

- Hospitalisation +/- envisager transfert in utéro selon le niveau de prise en charge initiale.

**Surveillance**

- Mouvements actifs fœtaux (MAF), contractions utérines, pertes vaginales, perte de liquide amniotique, métrorragies (saignements).
- Constantes : T°, PA, pouls, HU.

**Exploration**

- ECBU, prélèvement vaginal (PV).
- ERCF, échographie de col, échographie obstétricale.
- NFS, CRP, sérologies, RAI GSRH.

**Schéma thérapeutique**

- Repos non strict.
- Tocolyse 48 heures.
- **Corticothérapie anténatale :**
  - par Célestène chronodose (bétaméthasone) 12 mg en IM, à renouveler 1 fois à 24 heures d'intervalle ;
  - à partir de 24 SA jusqu'à 34 SA si la MAP est avérée ;
  - 2 cures maximum avec un minimum de 10 jours d'intervalle.
- Si rhésus négatif : prophylaxie (après RAI) par Rophylac 300
- Antibiothérapie non systématique, à discuter selon le contexte et les résultats biologiques.
- Informations sur le risque de prématurité (pédiatre /obstétricien).

**Points importants :**

- **Contre-indications générales à la tocolyse : chorioamniotite.**
- **Pas d'association de tocolytiques.**
- **Si traitement inefficace, possibilité de changer de classe thérapeutique.**
- **Si traitement efficace, pas d'arguments à prolonger plus de 48 heures.**

**FICHE TECHNIQUE 33****Accouchement du siège**

*L'accouchement potentiellement dystocique est à référer si l'accouchement n'est pas imminent.*

**Préparation**

- S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement est complet, stérile ou DHN.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon, les essuyer avec un linge individuel, propre et sec.
- Porter des gants stériles.
- Faire la toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse.
- Rassurer la parturiente, la calmer.
- Lui expliquer les étapes de l'expulsion.
- Lui faire comprendre l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion.
- Lui expliquer à l'avance comment pousser et récupérer entre les efforts expulsifs.

**Expulsion**

- Ausculter et compter régulièrement les BDCF après chaque effort expulsif.
- Demander à la femme de pousser pendant la contraction.
- Surveiller la progression du mobile fœtal.
- Ne pas toucher, ni tirer sur le corps du fœtus.
- Faire une courte anse sur le cordon, dès l'apparition de l'ombilic fœtal.
- Surveiller le périnée et le protéger.
- Maintenir le plan du dos en avant, ne pas laisser le fœtus faire une rotation postérieure.
- Avant l'apparition des épaules, diriger le travail en évitant la déflexion de la tête fœtale.
- Faire au besoin une épisiotomie. *Cf Fiche technique 34 page suivante*
- Faire une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare.
- Dégager la tête dernière, doucement, par flexion.

*Il faut éviter toute rupture précoce des membranes.*

*Placer une perfusion d'ocytocine à dilatation complète, si cela n'avait pas été fait.*

## FICHE TECHNIQUE 34

### Pratique de l'épisiotomie

#### Indications

Il n'y a pas d'indications absolues. Les indications relatives sont :

- Extractions instrumentales.
- Souffrance Fœtale Aigue à l'expulsion.
- Antécédents de déchirure périnéale du troisième-quatrième degré.

#### Pratiquer l'épisiotomie

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

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

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

#### Réparer l'épisiotomie

**La réparation de l'épisiotomie se fait après la délivrance.**

- Veiller à ce que les berges de la plaie soient adaptées bord à bord.
- Expliquer à l'accouchée ce que vous allez faire en la rassurant.
- Demander à l'accouchée si elle n'est pas allergique à la xylocaïne.

- Faire une infiltration sous-épithéliale de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec de la xylocaïne 2%.
- Attendre environ 2 minutes pour vérifier la disparition de la douleur.
- Vider la vessie.
- Badigeonner le lieu de l'épisiotomie et la région autour avec un antiseptique non alcoolisé.
- Introduire une boule de compresse dans le vagin pour empêcher la sortie de sang et mieux mettre en relief les berges de l'incision.
- Commencer par la suture de la muqueuse vaginale, environ 1 cm au-dessus de la partie la plus externe de l'épisiotomie, et suturer par un surjet jusqu'au niveau de l'orifice vaginal.
- Suturer le plan musculaire par des points séparés.
- Suturer le plan cutané par des points séparés en s'assurant que la coaptation est parfaite, surtout à la jonction de la muqueuse et de la peau.
- Retirer la boule de compresse du vagin.
- Vérifier l'absence de saignement.
- Faire un toucher rectal systématique pour vérifier l'absence de lésion du sphincter anal.
- Changer de gants.
- Nettoyer le périnée avec l'antiseptique.

#### Faire le suivi

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

#### Traiter en cas d'infection

- Administrer une double antibiothérapie :
  - Ampicilline 500 mg per os par jour, pendant 5 jours,
  - associée à Métronidazole 500 mg per os par jour, pendant 5 jours.

#### SI L'INFECTION EST SÉVÈRE

- Administrer la triple association d'antibiotiques :
  - Ampicilline 1 g en IV toutes les 6 heures.
  - Gentamicine 80 mg en IM toutes les 8 heures.
  - Métronidazole 500 mg en IV toutes les 8 heures.
- Dès que l'accouchée est apyrétique pendant 48 heures, administrer :
  - Ampicilline 500 mg per os par jour, pendant 5 jours,
  - associée à Métronidazole 500 mg per os, 3 fois par jour pendant 5 jours.
- Réaliser une suture secondaire dans 2 à 4 semaines si l'infection est amendée.

## FICHE TECHNIQUE 35

### Délivrance artificielle

#### Définition

La délivrance artificielle est l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

#### Indications

- Hémorragie de la délivrance, le placenta étant partiellement retenu ou incarcerated dans l'utérus.
- Non décollement placentaire après 30 minutes d'attente depuis l'accouchement.
- Utérus cicatriciel.

#### Préparer l'accouchée

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

#### Se préparer

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

#### Principales étapes de la manoeuvre

- Badigeonner la région sous ombilicale, le périnée, la vulve et le vagin de l'accouchée avec une solution antiseptique non alcoolisée.
- Vider la vessie.
- Installer des champs stériles (si disponibles).
- **Introduire la main dans le vagin :**
  - Prendre le cordon ombilical par la pince qui le clampé.
  - Tendre le cordon de la main gauche, doucement, jusqu'à ce qu'il soit horizontal.
  - Introduire la main droite en supination (main d'accoucheur) dans le vagin en suivant le cordon ombilical.
  - Empaumer le fond utérin avec la main gauche, dès que la main droite atteint l'orifice cervical.

- Introduire la main droite dans la cavité utérine jusqu'à atteindre le site d'implantation du placenta, pendant que la main gauche maintient fermement le fond utérin.

- **Décoller le placenta :**

- Retrouver le bord le plus proche du placenta.
- Orienter la main selon l'insertion antérieure ou postérieure du placenta.
- Décoller doucement et complètement le placenta en glissant le bout des doigts entre le placenta et la paroi utérine.
- Surveiller l'accouchée, tout au long de la manœuvre, pour une conduite adéquate en cas de complication.

- **Extraire le placenta :**

- Déplacer la main gauche en sus-pubienne pour déplisser le segment inférieur.
- Ramener le placenta hors des voies génitales de l'accouchée.
- Recueillir le placenta dans un plateau.
- Faire une révision utérine pour s'assurer qu'aucun cotylédon et/ou membrane ne soit resté pendant que la main droite est encore dans l'utérus. Cf Fiche technique 36 page suivante

- **Prodiguer des soins :**

- Vérifier la rétraction utérine et la quantité de saignement.
- Renforcer la rétraction utérine par une injection de 5 UI d'ocytocine en IVD ou à défaut 0,5 mg d'ergométrine en IM (en l'absence d'HTA).
- Demander à un aide de masser l'utérus à travers la paroi abdominale pour faciliter des contractions utérines et un globe utérin de qualité.

- **Examiner le placenta** pour vérifier son intégrité. S'il manque un cotylédon ou un morceau de membranes, il faut remettre la main dans l'utérus pour l'enlever.

- **Examiner attentivement l'accouchée** et réparer toute déchirure du col, du vagin ou du périnée.

- **Faire un massage utérin si nécessaire :**

- Le massage utérin est indiqué dans les cas où le saignement ne s'arrête pas et/ou la rétraction utérine est mauvaise.
- Placer la main droite gantée dans le vagin jusqu'à atteindre le col.
- Fermer le poing avec la main droite pour bloquer l'utérus.
- Empaumer le fond utérin avec la main gauche gantée.
- Masser l'utérus avec fermeté jusqu'à l'obtention du globe de sécurité.

- **Faire une compression bi-manuelle en cas de persistance du saignement après le massage utérin :**

- Placer une perfusion de 10 UI d'ocytocine (syntocinon) avec un bolus de 5 UI en IV.
- Retirer les gants.
- Remettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.
- Introduire la main droite dans le vagin.

- Pousser l'utérus vers le bas avec la main gauche.
- Comprimer l'utérus entre les deux mains pendant 10 à 15 minutes.
- Contrôler l'arrêt du saignement.
- Procéder à un nouvel examen sous valves si le saignement persiste.
- Réintroduire la main droite dans le vagin.
- Fermer le poing au contact du col de l'utérus.
- Si le saignement persiste malgré tout, procéder à un examen plus attentif sous valves, et éventuellement à une laparotomie.

### Surveillance de l'accouchée après la délivrance artificielle

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

*Si la rétention placentaire est due à un anneau de constriction ou si l'accouchement a eu lieu depuis plusieurs heures ou plusieurs jours, il peut être impossible d'introduire la main en entier dans l'utérus.*

*Il faut alors extraire le placenta fragment par fragment à l'aide de deux doigts et d'une pince à forcipressure.*

## FICHE TECHNIQUE 36

### Révision utérine

#### Définition

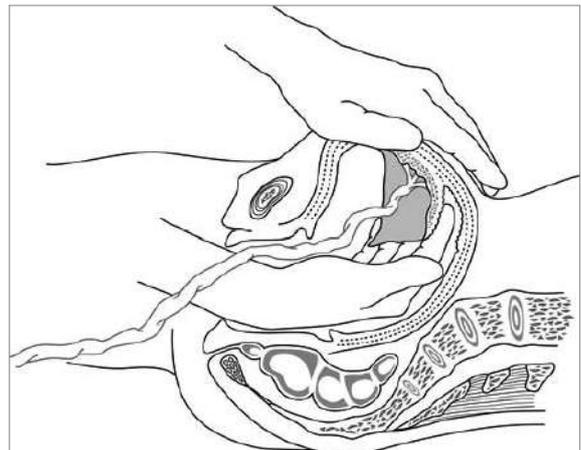
*La révision utérine est contrôle de la vacuité et de l'intégrité utérine.*

#### Indications

- Rétention placentaire partielle (délivrance incomplète).
- Doute sur l'intégrité du placenta lors de son examen systématique.
- Hémorragie de la délivrance (1<sup>er</sup> geste, même si placenta complet).

#### Principales étapes

- Faire une vidange vésicale.
- Pratiquer une anesthésie.
- Désinfecter le périnée à la polyvidone iodée (bétadine 10 %) et badigeonner la main dominante gantée à la solution antiseptique.
- Introduire la main dominante gantée in utero pour exploration de la cavité utérine, la 2<sup>ème</sup> main bloquant le fond utérin.
- En fin de geste, faire un massage utérin et une injection de 5 UI d'oxytocine (syntocinon) IV, alors que la main est encore in utero.
- Administrer une antibioprophylaxie systématique en flash IV :
  - cefazoline 2g IVL ;
  - amoxicilline + acide clavulanique 2 g IVL.



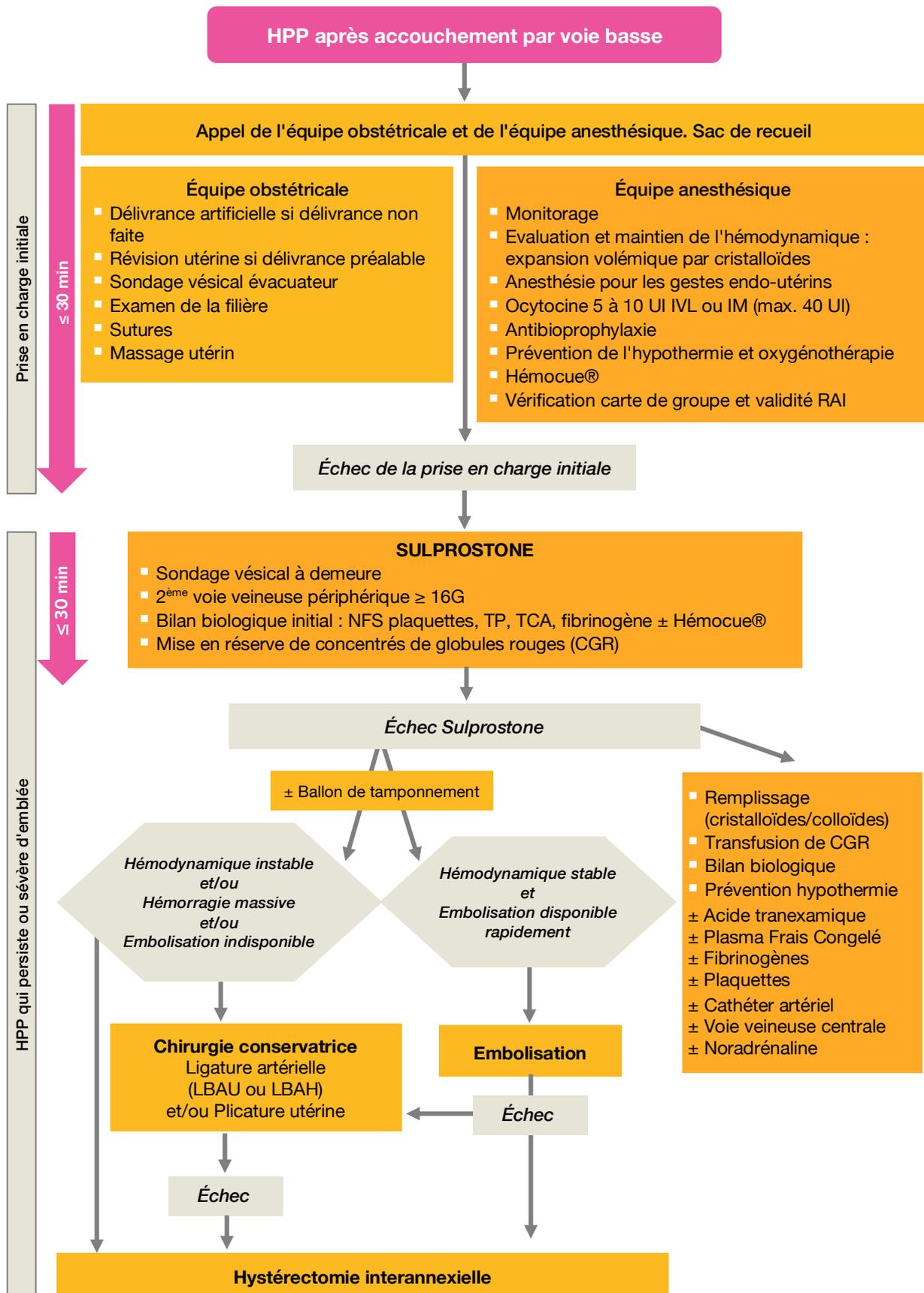
**FICHE TECHNIQUE 37****Hémorragie du postpartum immédiat (saignement après la naissance)*****C'est l'urgence des urgences !***

*Le décès peut survenir dans les 2 heures. Une femme qui accouche ne doit pas saigner. En cas d'hémorragie, les gestes salvateurs doivent être posés dans les 30 minutes suivant le début du saignement.*

Reconnaître l'hypovolémie	Prise en charge générale	Si hémorragie de la délivrance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jusqu'à 500 ml - 1 bouteille :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de symptômes, ni signes</li> </ul> </li> <li>• <b>1,5 l - 3 bouteilles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation pouls et FR</li> <li>- Refroidissement des extrémités</li> <li>- Pâleur</li> </ul> </li> <li>• <b>2 l - 4 bouteilles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation pouls et FR</li> <li>- Hypotension artérielle (chute de la tension systolique)</li> <li>- Extrémités froides, sueur froide ou peau moite</li> <li>- Agitation</li> </ul> </li> <li>• <b>Plus de 2 l - &gt; 4 bouteilles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouls et FR rapides</li> <li>- Faible TA</li> <li>- Refroidissement, sueur froide</li> <li>- Confusion, agitation, agressivité</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire l'examen clinique pour recherche de la cause :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie de la délivrance par rétention placentaire complète.</li> <li>- Rétention placentaire incomplète.</li> <li>- Atonie utérine.</li> <li>- Inversion visible de l'utérus.</li> <li>- Saignement sans cause apparente.</li> <li>- Rupture utérine.</li> <li>- Déchirures cervico-vagino-périnéales.</li> </ul> </li> <li>• <b>Administrer 10 ml d'acide tranéxamique (Exacyl) en IV lente dans tous les cas.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prévention par GATPA. Cf Fiche technique 26 page 76</b></li> <li>• <b>Si rétention placentaire complète :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire délivrance artificielle et administrer 10 UI d'ocytocine en IV.</li> </ul> </li> <li>• <b>Si placenta incomplet :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire la révision utérine ;</li> <li>- administrer 10 UI d'ocytocine en IV et 2 g d'amoxicilline en IV.</li> </ul> </li> <li>• <b>Si atonie utérine :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire le massage utérin, la compression bimanuelle de l'utérus ;</li> <li>- administrer 10 UI d'ocytocine en IV + 10 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique ;</li> <li>- administrer 2 g d'amoxicilline en IV ;</li> <li>- tamponnement intra-utérin si persistance de l'hémorragie.</li> </ul> </li> <li>• <b>Si persistance de l'hémorragie :</b> référer à la FOSA SONUC pour chirurgie.</li> </ul>

## FICHE TECHNIQUE 38

### Algorithme de prise en charge d'une hémorragie postpartum (HPP)



## FICHE TECHNIQUE 39

### Transfusion sanguine

#### Indications

La transfusion de sang ou de dérivés sanguins est généralement indiquée devant :

- Une diminution de la production du sang ou de certains de ses éléments.
- Une augmentation de l'utilisation par destruction ou perte de certains éléments du sang.
- Un dysfonctionnement d'un composant spécifique du sang : hématies, plaquettes ou facteurs de coagulation.
- Une hémorragie grave.

#### Groupage sanguin et compatibilité

##### LE SYSTÈME ABO

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

Les globules rouges portent zéro, un ou deux des antigènes possibles qui sont A et B. Le plasma contient zéro, un ou deux des anticorps possibles qui sont anti-A et anti-B.

Si l'individu possède sur ses globules rouges un antigène, il n'a pas dans son plasma l'anticorps qui s'y oppose. Cela détermine les 4 groupes possibles dans le système ABO, chaque groupe portant le nom du ou des antigène(s) présents à la surface de ses globules rouges.

Les 4 groupes sont :

- Le groupe A (qui possède dans son plasma les anticorps anti-B).
- Le groupe B (qui possède dans son plasma les anticorps anti-A).
- Le groupe AB (qui ne possède ni anti-A, ni anti-B) est dit receveur universel.
- Le groupe O (qui ne possède ni A, ni B) est dit donneur universel.
- Pour étudier la compatibilité, on mélange directement le plasma du patient avec les globules rouges du donneur, pour vérifier que ne survienne pas une hémolyse due à un anticorps non détecté.  
*Cf Fiche technique 40 page suivante*

##### LE SYSTÈME RHÉSUS

Les antigènes de surface Rh déterminent les groupes rhésus négatif (antigène absent) et rhésus positif (antigène présent).

Les sujets Rh- vont fabriquer des anticorps anti-Rh lorsqu'ils sont exposés à du sang Rh+.

Cela ne pose pas de problème lors de la première exposition, mais une hémolyse apparaîtra lors des expositions ultérieures, provoquées par les anticorps circulants.

Cela peut arriver au cours de la grossesse. La mère Rh- peut fabriquer des anticorps anti-Rh+ si le fœtus

est Rh+. Dans ce cas, les anticorps anti-Rh traversant le placenta, ceux-ci passent chez le fœtus et une hémolyse fœtale massive va survenir. Elle peut être fatale pour le fœtus.

L'administration d'anticorps anti-Rh prévient leur fabrication par le patient Rh-. Ils doivent être administrés aux sujets Rh- recevant du sang Rh+, ou aux mères Rh- mettant au monde un nouveau-né Rh+ (des passages d'hématies fœtales vers la circulation maternelle survenant à l'accouchement).

*Les doses recommandées sont d'une dose (300 µg/flacon) par 15 ml de sang Rh+ transfusé.*

#### Complications des transfusions

##### HÉMOLYSE AIGUË

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

**Conduite à tenir :**

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

##### RÉACTIONS TRANSFUSIONNELLES NON HÉMOLYTIQUES

**Signes :** anxiété, prurit, dyspnée modérée.

**Conduite à tenir :** arrêter la transfusion.

**Si urticaire :**

- Ralentir la transfusion.
- Administrer antipyrétiques et corticoïdes.

**Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post transfusionnelles :**

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

##### COMPLICATIONS MÉTABOLIQUES DES TRANSFUSIONS SANGUINES

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

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

##### COMPLICATIONS INFECTIEUSES POST TRANSFUSIONNELLES

- Infections virales : Hépatite B ou C, VIH
- Infections bactériennes.
- Paludisme post-transfusionnel.

## FICHE TECHNIQUE 40

### Test de compatibilité sanguine au lit de la patiente (avant la transfusion)

#### Effectuer le test

- Avoir une bonne source de lumière.
- Se laver les mains ou porter des gants.
- Apprêter une plaque.
- Y déposer deux gouttes du sang de la patiente, issu du sang prélevé sur tube sec.
- Y ajouter une goutte de sang du donneur.
- Mélanger l'ensemble sur le support pour détecter une éventuelle agglutination.
- Laisser reposer 5 minutes et revoir encore.
- Veiller à bien renseigner les poches prêtes à être transfusées :
  - les noms et prénoms de la patiente ;
  - le numéro du flacon transfusé ;
  - le groupe du flacon transfusé ;
  - les initiales de l'agent transfuseur ;
  - la date de la transfusion.
- Noter la date de péremption de la poche dans le dossier de la patiente.
- Surveiller la patiente après le démarrage de la transfusion, à la recherche d'éventuels signes d'intolérance (prurit, urticaire, douleurs, frissons, etc.)

#### Interpréter les résultats

- **Si agglutination** : il y a incompatibilité. Ne pas brancher la transfusion et renvoyer le flacon à la banque de sang.
- **Si aucune agglutination** : le sang est supposé compatible. Brancher la transfusion sans oublier de surveiller.
- **En cas de doute** : refaire le test.

## FICHE TECHNIQUE 41

### Test de coagulation au lit de la patiente (au moment de la transfusion)

#### Effectuer le test et interpréter les résultats

- Prélever 2 ml de sang veineux dans un tube à essai en verre, propre et sec.
- Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud.
- **Si au bout de 4 minutes**, un caillot se forme et que tout le sang se coagule permettant de retourner complètement le tube, alors il n'y a pas de trouble de coagulation.
- **Si au bout de 7 minutes**, le sang n'est toujours pas coagulé, ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

## FICHE TECHNIQUE 42

### Visites postnatales

*Pendant la période postpartum et postnatale, quatre consultations sont requises pour la mère et le nouveau-né.*

#### Après l'accouchement

- Évaluer l'état de la mère et du nouveau-né :
  - toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures ;
  - toutes les 30 minutes pendant 1 heure ;
  - et toutes les heures pendant 3 heures.

*Surveillance de la mère et du nouveau-né dans les 6 premières heures :*

- cf Fiches techniques 26 et 27 page 77
- cf Chapitre 1 du Volume 2, Soins essentiels du nouveau-né, pages 106 et 107

#### Avant la sortie

##### POUR LA MÈRE

- Vérifier la TA, le pouls, la température, la fréquence respiratoire, l'état des muqueuses.
- Procéder à l'auscultation cardio-pulmonaire.
- Voir l'état des seins et apprécier la montée laiteuse.
- Vérifier :
  - la rétraction utérine ;
  - l'abondance, coloration et odeur des lochies ;
  - la couleur et l'abondance des urines et la fréquence de la miction.
  - l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin, d'émission de selles par le vagin ;
  - l'état des mollets.

##### POUR LE NOUVEAU-NÉ

- Faire un examen clinique complet avant la sortie.
- Maintenir la température (température normale 36,5°-37,5°).
- Vérifier l'émission d'urines et du méconium à 48 heures de vie.

#### Au 8<sup>ème</sup> jour, consultation obligatoire

##### POUR LA MÈRE

- Même conduite à tenir qu'avant la sortie.

##### POUR LE NOUVEAU-NÉ

- Un médecin doit effectuer l'examen approfondi du nouveau-né et établir le certificat de santé.
- Vérifier le poids : la perte pondérale ne doit pas dépasser 10 %.

#### À un mois (28 jours)

##### POUR LA MÈRE

- Vérifier :
  - l'involution utérine ;
  - l'éventuelle présence d'une fistule obstétricale ;
  - les éventuels problèmes d'allaitement.

##### POUR LE NOUVEAU-NÉ

- Faire un examen clinique complet.
- Vérifier si la prise de poids est normale (PN + 750 g).
- Définir le rythme des prochaines consultations pédiatriques.

#### À 6 semaines (pour la mère uniquement)

- Demander s'il y a eu retour de couches.
- Faire l'examen au spéculum.
- Vérifier :
  - l'involution utérine ;
  - l'éventuelle présence d'une fistule obstétricale ;
  - les éventuels problèmes d'allaitement.

#### Ces visites de suivi intégrées sont une opportunité pour :

- Discuter de la planification familiale et de ses différentes options.
- Planifier les périodes de vaccination.
- Prodiger des conseils sur la prévention du VIH et faire les tests.
- Évaluer le bien-être de la mère à travers la prévention et la détection des complications. Par exemple : infections, saignements, anémie, etc.
- Prescrire les traitements préventifs : suppléments en fer et acide folique.
- Donner des conseils sur l'alimentation de la mère et de son bébé.

## FICHE TECHNIQUE 43

### Examen général en période postnatale

#### Préparation

- Préparer le matériel d'examen.
- Accueillir la femme, la mettre à l'aise.
- Lui expliquer le déroulement de l'examen.
- La faire uriner.

#### Examen

- Prendre la TA (assise), la température, le poids.
- Demander à la femme de se déshabiller.
- Apprécier l'état général.
- Aider la femme à s'installer sur la table.
- Se laver les mains, les sécher avec un linge individuel propre et sec.
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs.
- Rechercher l'anémie.
- Examiner les seins.
- Vérifier la montée laiteuse.
- Palper l'abdomen.
- Si césarienne, examiner la cicatrice.
- Vérifier le globe de sécurité.
- Se laver les mains, les sécher avec un linge individuel propre et sec.
- Porter les gants stériles.
- Examiner la vulve, le périnée et l'anus.
- Faire un TV pour vérifier l'état du vagin, du col et du corps de l'utérus, et des annexes.
- Apprécier la quantité et la couleur des lochies.
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Enlever les gants.
- Se laver les mains, les sécher avec un linge individuel propre et sec.
- Aider la femme à se lever et à se rhabiller.

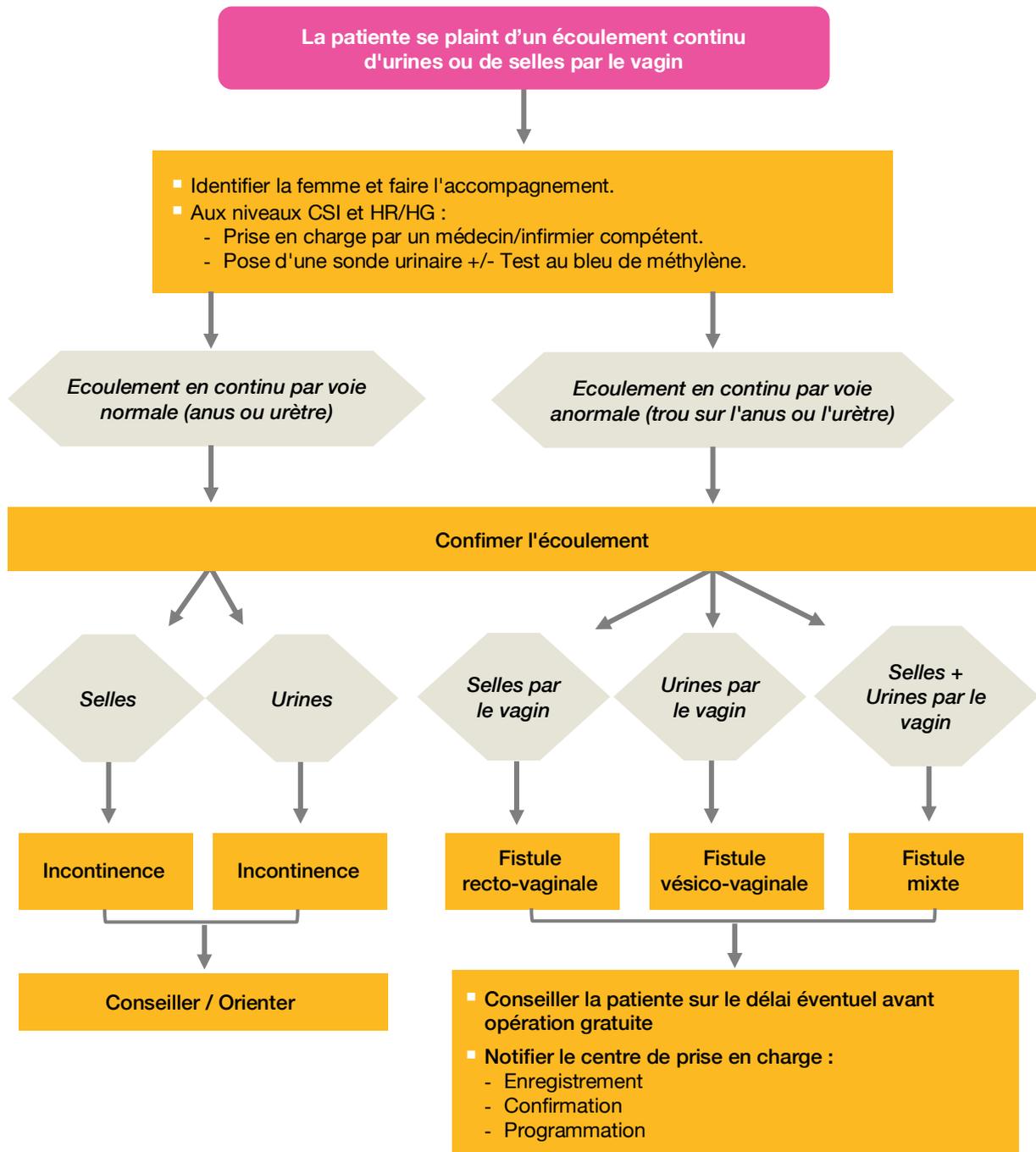
#### Conclusion

- Expliquer les résultats des examens à la femme, la rassurer.
- Enregistrer les résultats de l'examen dans le carnet, les fiches opérationnelles et le registre.
- Vérifier l'état vaccinal de la femme et de l'enfant, et référer si nécessaire.
- Demander à la femme de continuer à :
  - dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, et à utiliser les autres barrières de protection (rideaux, traverses...);
  - prendre les comprimés de fer/acide folique jusqu'à trois mois après l'accouchement.
- Prescrire la vitamine A (une capsule de 200 000 UI) dans les 40 jours qui suivent l'accouchement.
- Noter la date et la durée du retour de couches.
- Faire le counseling sur l'allaitement, l'alimentation, la planification familiale et l'hygiène de vie.
- **Donner le rendez-vous à la femme pour la prochaine consultation.**
- Remercier la femme et lui dire au revoir.

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

## FICHE TECHNIQUE 44

### Algorithme de dépistage et de confirmation de la fistule obstétricale



## FICHE TECHNIQUE 45

### Prise en charge des IST bactériennes, virales et parasitaires

#### Infections bactériennes

##### Gonococcie

###### Infection uro-génitale non compliquée - urétrite, cervicite

- Première intention : Ceftriaxon 500 mg IM, une seule fois (traitement de référence).
- Deuxième intention : Cefixime 400 mg ou Ciprofloxacine 500 mg, en une prise orale unique.

**Attention : la ciprofloxacine est contre-indiquée pendant la grossesse.**

###### Infection gonococcique généralisée

- Ceftriaxone 1 g en IM ou IV, 1 fois par jour pendant 7 à 10 jours.
- Si la ceftriaxone n'est pas disponible, il est nécessaire de la remplacer par d'autres céphalosporines de troisième génération.

##### Chlamydirose

###### Traitement des formes non compliquées

- En première intention, deux options d'efficacité égale :
  - Macrolides : azithromycine 1 g en prise orale unique.
  - **ou** Cyclines : doxycycline 200 mg par jour pendant 7 jours.
- En deuxième intention, en cas de contre-indication du traitement de première intention ou chez la femme enceinte :
  - Erythromycine 500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours.

###### Traitement à l'hôpital des formes compliquées (salpingite)

- Cyclines aux mêmes doses pendant 21 jours.

Les partenaires sexuels dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes doivent être traités.

##### Syphilis vénérienne (traitement à l'hôpital)

###### Syphilis précoce ou latente (moins d'un an)

- Benzathine pénicilline (Extencilline®) de 2 400 000 UI en IM unique par semaine, pendant 3 semaines consécutives.
- En cas d'allergie confirmée à la pénicilline : cyclines (tétracycline 2 g/j), ou doxycycline (200 mg/j) pendant 15 jours.
- L'efficacité est jugée sur la décroissance du VDRL quantitatif, qui doit être négatif à un an.

###### Syphilis pendant la grossesse

Les femmes enceintes seront considérées comme un groupe distinct qui nécessite une surveillance attentive, en particulier pour déceler une éventuelle réinfection après l'administration du traitement.

Il est en outre important de traiter le ou les partenaires sexuels.

*Quel que soit le stade de la grossesse, la patiente enceinte qui n'est pas allergique à la pénicilline sera traitée par ce médicament, selon les posologies recommandées en l'absence de grossesse.*

Chez la femme enceinte allergique à la pénicilline, administrer :

- Érythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 15 jours ;
- **ou** Ceftriaxone injectable 1 g IM par jour pendant 10 à 14 jours ;
- **ou** encore Azithromycine 2 g par voie orale en dose unique ;
- puis examiner et traiter le nouveau-né.

###### Syphilis et infection à VIH

Le protocole thérapeutique recommandé pour le traitement de la syphilis précoce n'est pas différent que le patient soit infecté par le VIH ou non.

##### Chancre mou

###### Traitement médicamenteux au choix

- Macrolides : Erythromycine 2 g par jour pendant 7 jours ; **ou** Azithromycine 1 g en une seule prise.
- **ou** Ciprofloxacine : 500 mg deux fois par jour pendant 3 jours.
- **ou** Ceftriaxone : 500 mg en une injection IM unique.

###### Les soins locaux sont accessoires :

- Nettoyage au sérum physiologique.
- Ponction des bubons, à ne pas inciser.

##### Lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas-Favre

###### Traitement médicamenteux de référence

- Doxycycline : 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours.
- **ou** Erythromycine : 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 21 jours.

Les partenaires sexuels ayant eu un contact à risque dans les 30 jours qui ont précédé l'apparition des symptômes doivent être examinés, dépistés et traités.

###### Soins locaux :

- Ponction du bubons, à ne jamais inciser.
- L'esthiomène et les rétrécissements rectaux relèvent de la chirurgie réparatrice.

##### Granulome inguinal (donovanose)

###### Traitement médicamenteux à l'hôpital

- Azithromycine : 1 g par semaine.
- Erythromycine : 2 g par jour.

- Doxycycline 200 mg par jour, ou ciprofloxacine 750 mg deux fois par jour, ou cotrimoxazole 960 mg deux fois par jour.
- Pendant une durée prolongée : au moins trois semaines, au mieux jusqu'à réépithélialisation complète de l'ulcération.

## Vaginose bactérienne

### Traitement médicamenteux

- Métronidazole 2 g en dose unique, ou 1 g par jour pendant 7 jours per os ;
- **ou** traitement local : Métronidazole ovules, 1 ovule par jour, le soir pendant 6 jours.

## Infections virales

### Herpès génital

#### Traitement de la primo-infection :

- Aciclovir 200 mg par voie orale, 5 fois par jour pendant 7 à 10 jours ; ou 400 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours
- **ou** Valaciclovir 1 g 2 fois par jour pendant 7 jours.
- Antalgique.
- Désinfection par les antiseptiques locaux.

*Le traitement de la primo-infection de l'herpès génital n'empêche pas les récurrences.*

#### Traitement à l'hôpital en cas de récurrence :

- Aciclovir 200 mg par voie orale, 5 fois par jour pendant 5 jours
- **ou** Aciclovir 400 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 5 jours
- **ou** Valaciclovir 500 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 5 jours.

#### Traitement préventif :

En cas de récurrences fréquentes (plus de 6/mois), proposer un traitement préventif au long cours.

- Aciclovir 400 mg par voie orale, 2 fois par jour en traitement continu
- **ou** Valaciclovir 500 mg par voie orale, 1 fois par jour en traitement continu.
- Durée : 6 à 12 mois avec consultation du médecin.

Le traitement par aciclovir local n'a aucun intérêt.

#### Traitement contre l'infection mixte herpès + VIH, à l'hôpital

- Soins locaux : éosine aqueuse à 1% pour assécher les lésions,

Si herpès récidivant ou chronique, administrer dès l'apparition des symptômes :

- Aciclovir 200 mg, 5 à 7 cp/jour pendant 5 jours, puis 2 à 4 cp/jour pendant un mois
- **ou** Valaciclovir 500 mg, 1 cp 2 fois par jour pendant 5 jours.

Si herpès cutanéomuqueux extensif ou nécrosant :

- Aciclovir IV, 15 mg/jour en 3 perfusions IV pendant 7 à 14 jours.
- Relais par voie orale : 4 cp/jour en 4 prises pendant 2 semaines.

### Traitement de l'herpès génital pendant la grossesse, à l'hôpital

- **Primo-infection ou infection primaire :**
  - > 34 SA : aciclovir 200 mg, 5 fois par jour jusqu'à l'accouchement.
  - < 34 SA : aciclovir 200 mg, 5 fois par jour pendant 10 jours.
- **Récurrences :**
  - Même traitement que sans grossesse.
  - Accouchement par césarienne si lésions évolutives au niveau du périnée.

## Condylomes ano-génitaux

### Traitement curatif :

- Podophyllotoxine solution à 0,5% deux fois par jour pendant 3 jours.
- Cryothérapie. Electrocoagulation.
- Excision chirurgicale.

### Traitement préventif du condylome ano-génital : vaccination des filles prépubères

Un vaccin élaboré à partir des souches 6, 11, 16 et 18 est commercialisé.

Il est recommandé chez toutes les jeunes filles à partir de 12 ans, avant toute activité sexuelle ou au cours de la première année de vie sexuelle. Il permet ainsi la prévention de plus de 90 % des condylomes ainsi que la prévention de certains cancers comme le cancer du col utérin lié au HPV 16 et 18.

## Infections parasitaires

### Infection à trichomonas vaginalis

- Le traitement de référence est le métronidazole, 2 g en prise orale unique ou 1 g par jour pendant 7 jours.
- Traiter le ou les partenaire(s) car le taux de transmission est de 80 %.

### Trichomonase pendant la grossesse

Bien que le métronidazole ne soit pas recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse, il peut être administré sous forme d'ovules, et même sous forme de comprimés en cas de stricte nécessité.

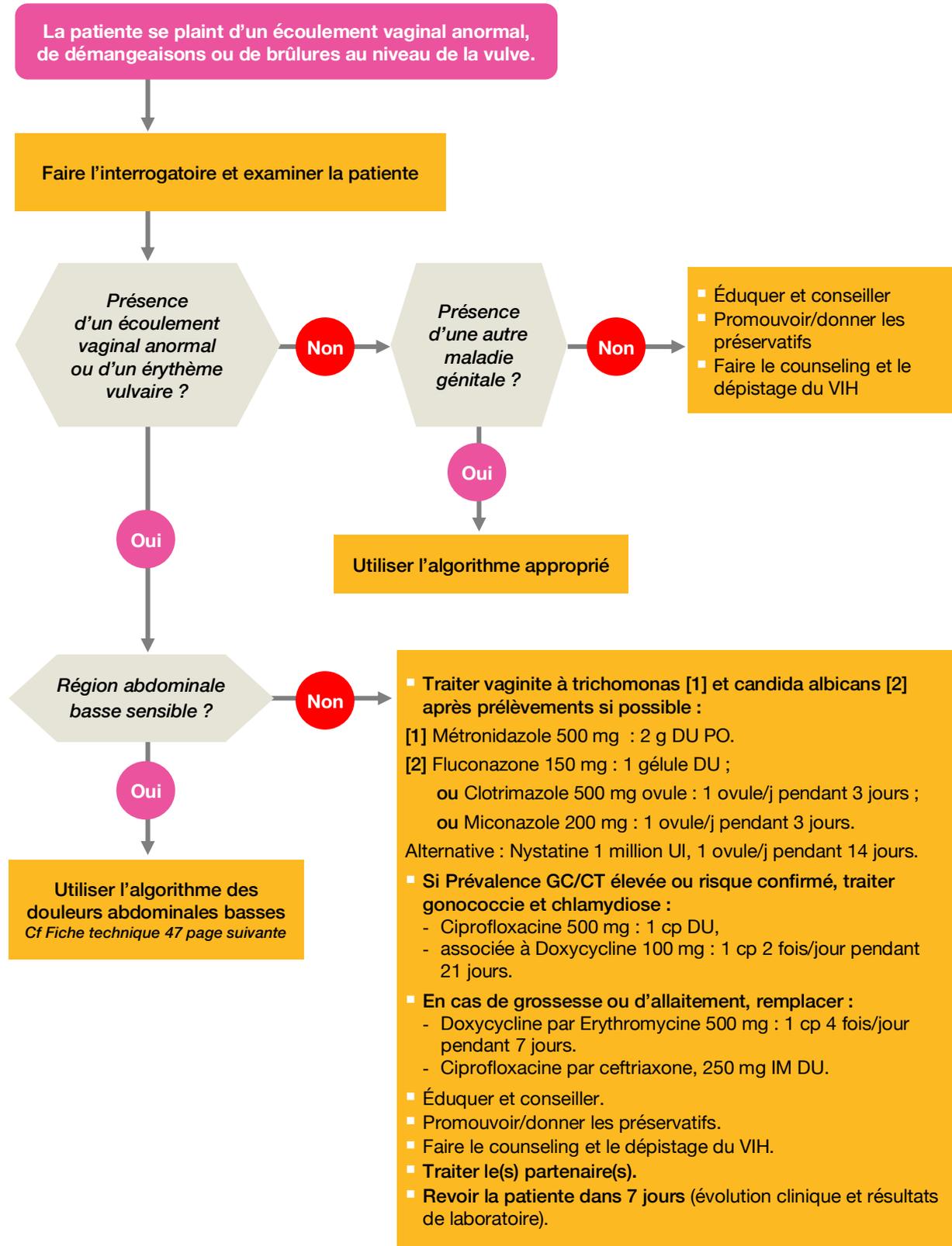
- Dans ce cas, on utilisera la dose efficace minimale : 2 g par voie orale, en dose unique.

## IST mycosiques : candidoses vaginales

- Dans les vulvovaginites, le nitrate de miconazole permet une guérison en 4 jours.
- Dans les vulvovaginites sévères, il est recommandé de prescrire du fluconazole, 200 à 400 mg par jour pendant 14 jours.
- Sur les balanites, on applique une pommade antifongique :
  - miconazole
  - nitrate d'éconazole
  - kétoconazole,
  - nitrate d'isoconazole

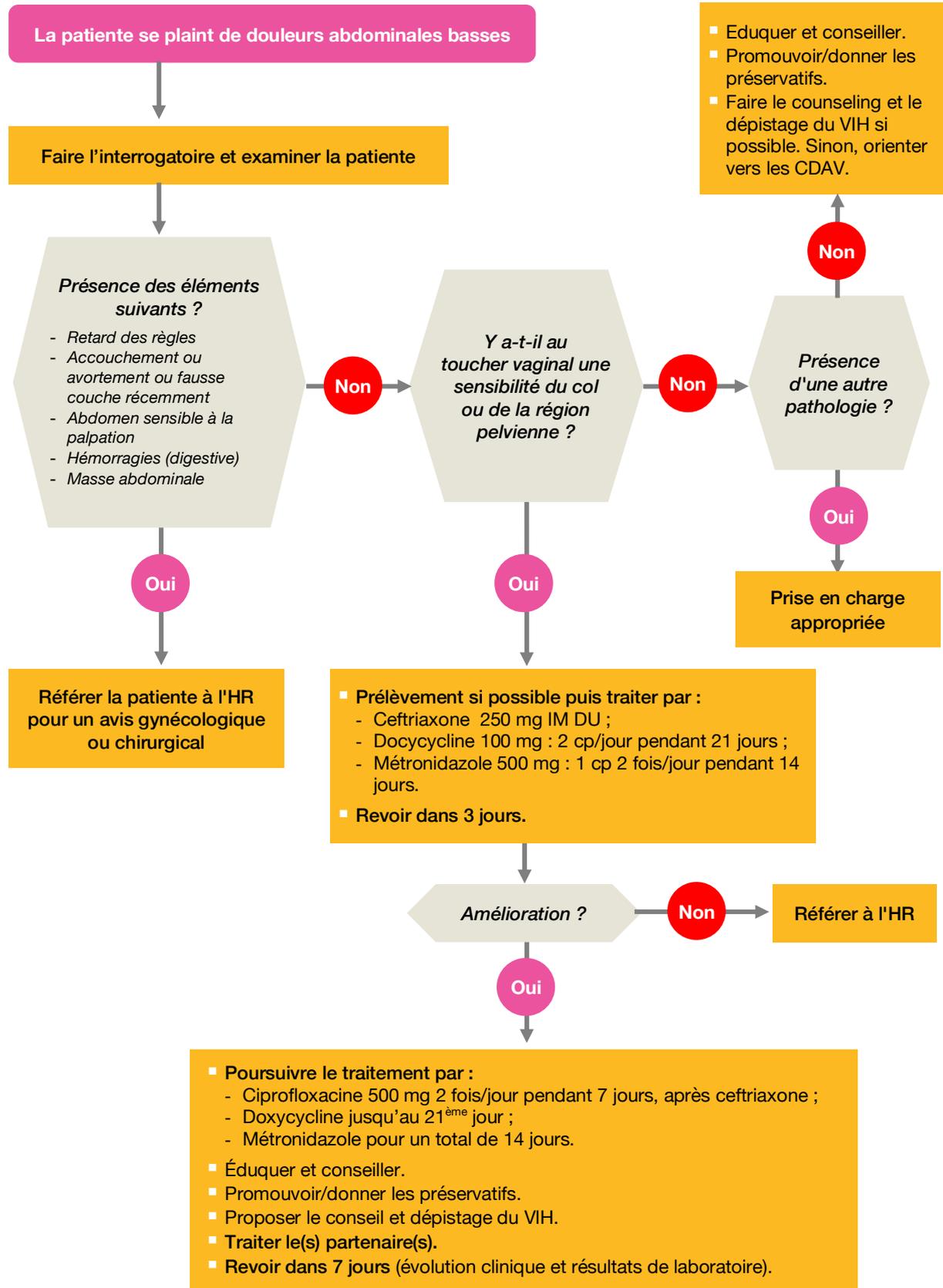
## FICHE TECHNIQUE 46

### Algorithme de conduite à tenir devant un écoulement vaginal



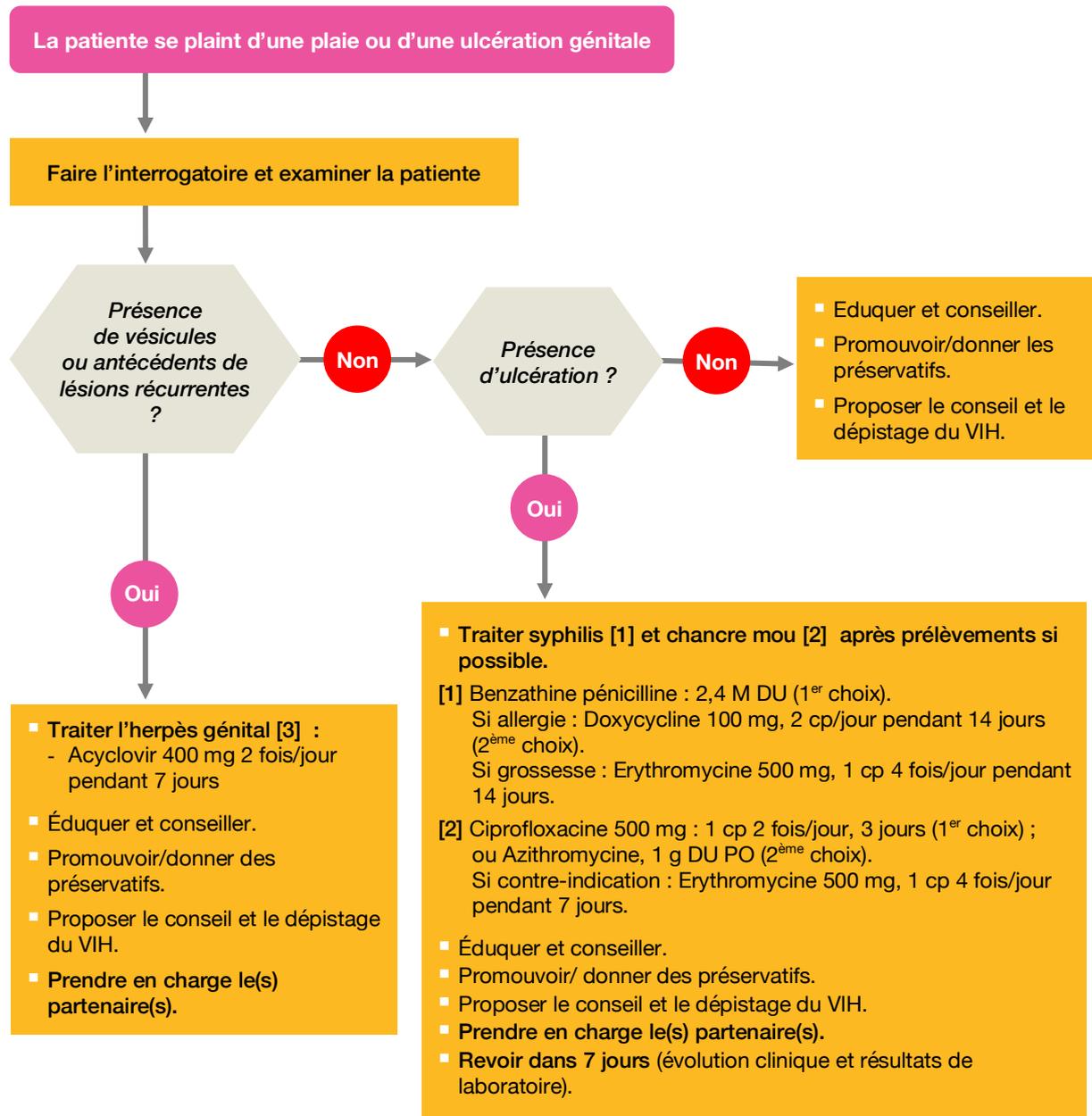
## FICHE TECHNIQUE 47

### Algorithme de conduite à tenir devant les douleurs abdominales basses



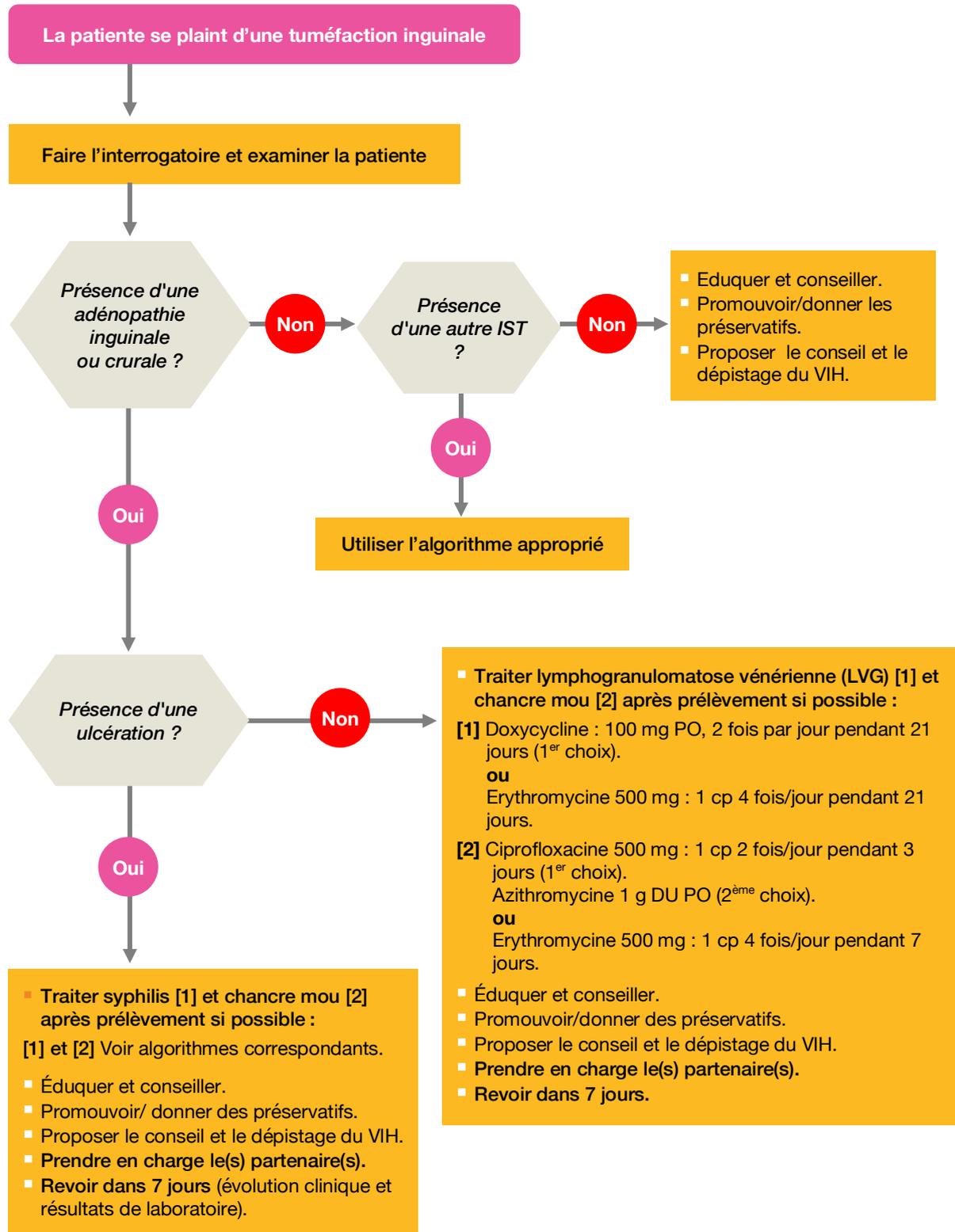
## FICHE TECHNIQUE 48

### Algorithme de conduite à tenir devant une plaie ou ulcération génitale



## FICHE TECHNIQUE 49

### Algorithme de conduite à tenir devant un bubon inguinal



## FICHE TECHNIQUE 50-1

### Prise en charge du VIH chez la femme enceinte/allaitante au niveau communautaire

#### Soins prénatals (SPN)

- Mener des séances de sensibilisation sur :
  - les SPN : rythme et avantages ;
  - l'utilisation de la MILD et le TPI ;
  - le déparasitage systématique ;
  - la nutrition et hygiène ;
  - la supplémentation en fer/acide folique ;
  - la vaccination ;
  - la planification familiale ;
  - la prévention de la syphilis et autres IST ;
  - la prévention du VIH (ETME) et le dépistage ;
  - la promotion du dépistage du conjoint et des enfants de moins de 5 ans.
- Détecter les signes de danger.
- Préparer la référence.
- Réaliser les visites à domicile
- Rechercher les perdues de vue.
- Préparer le plan d'accouchement. Mobiliser les fonds pour faire face aux éventuelles dépenses.
- Informer sur l'utilisation des gants stériles et spéculum à usage unique lors des examens.
- Référer toutes les femmes vers les CSI.
- Assurer la référence.

#### Counseling

- Promotion des activités de conseil et dépistage.
- Orientation des clients vers les structures de prévention et de soins.
- Accompagnement psychologique et social.
- Sensibilisation.

#### Pré-test

- Assurer l'accueil et la confidentialité.
- Évaluer les connaissances sur la ETME.
- Faire l'analyse du comportement antérieur.
- Donner les informations claires et précises sur le test de dépistage.
- Anticiper les résultats négatifs ou positifs.
- Recueillir le consentement.
- Encourager le dépistage du conjoint.
- Orienter vers la salle de prélèvement.

#### Post-test

- Assurer l'accueil et la confidentialité.
- Préparer à l'annonce, donner les résultats et vérifier la compréhension du résultat.

#### En cas de test négatif :

- Évaluer l'impact du résultat négatif.
- Aider la personne à concevoir son plan individualisé de réduction des risques.

#### En cas de test positif :

- Favoriser l'expression des émotions.
- Valider la personne dans ses émotions.
- Rechercher ce qui l'inquiète le plus.

- Anticiper avec elle les difficultés éventuelles et envisager les moyens de les résoudre.
- Informer sur le dispositif de soins et de soutien.

#### Dépistage

- Promotion des activités de conseil et dépistage.
- Pré-test et post-test (selon les étapes décrites pour le counseling).
- Dépistage du conjoint et des enfants de moins de 5 ans.
- Orientation des patients vers les structures de prise en charge si test positif.
- Contrôle du dépistage après 3 mois si le test est négatif.

#### Suivi et référence

- Conseiller et faire la promotion de :
  - l'éducation thérapeutique ;
  - l'observance du traitement ARV ;
  - l'accouchement assisté par un personnel qualifié ;
  - la planification familiale ;
  - les avantages du dépistage du conjoint ;
  - le changement de comportement.
- Détecter les signes de danger.
- Faire des visites à domicile.
- Préparer la référence. Référer toutes les femmes vers les CSI.
- Faire la prévention et la recherche des perdues de vue.
- S'assurer de la disponibilité des médicaments.
- S'assurer de la tolérance et de la prise des médicaments (chez la mère et l'enfant).
- S'assurer du respect du calendrier vaccinal de l'enfant et du mode d'allaitement choisi.



## FICHE TECHNIQUE 50-2

### Prise en charge du VIH chez la femme enceinte/allaitante aux niveaux CSI et HR/HG

#### Soins prénatals (SPN)

- Accueillir toutes les femmes, dont les référées.
- Mener l'interrogatoire.
- Examiner la femme avec des gants stériles et un spéculum à usage unique.
- Demander le bilan prénatal.
- Traiter les IST.
- **Conseiller sur :**
  - le rythme des SPN et leurs avantages ;
  - les effets du paludisme, la MILD et le TPI ;
  - le déparasitage systématique ;
  - la nutrition ;
  - la supplémentation en fer/acide folique ;
  - la vaccination ;
  - l'hygiène ;
  - la planification familiale ;
  - la prévention de la syphilis autres IST ;
  - la prévention du VIH (ETME).
- Assurer la référence/contre-référence.

*Toute femme enceinte doit bénéficier d'un dépistage du VIH lors de la première consultation prénatale. Le résultat du test doit être rendu le même jour.*

#### Si la femme est séropositive :

- Démarrer la trithérapie immédiatement après confirmation de l'infection à VIH, adhérence au traitement et le poursuivre à vie.
- Mettre sous Cotrimoxazole, quel que soit l'âge de la grossesse.
- Demander le bilan de suivi.
- Discuter du mode d'allaitement et du suivi de l'enfant.

#### Si la femme est séronégative :

- Refaire le test de tous les 3 mois pendant la grossesse, et si besoin en salle de travail.
- Référer en cas de signes de danger.
- Préparer le plan d'accouchement.
- L'informer sur la consultation postnatale.
- La conseiller sur la planification familiale.

#### Counseling

##### Pré-test

- Assurer l'accueil et la confidentialité.
- Évaluer les connaissances sur la ETME.
- Faire l'analyse du comportement antérieur.
- Donner les informations claires et précises sur le test de dépistage.
- Anticiper les résultats négatifs ou positifs.
- Recueillir le consentement.
- Encourager le dépistage du conjoint.
- Assurer le prélèvement.

##### Post-test

- Assurer l'accueil et la confidentialité.
- Préparer à l'annonce, donner les résultats et vérifier la compréhension du résultat.

##### En cas de test négatif :

- Évaluer l'impact du résultat négatif sur la personne.
- L'aider à concevoir son plan individualisé de réduction des risques.

##### En cas de test positif :

- Favoriser l'expression des émotions.
- Valider la personne dans ses émotions.
- Rechercher ce qui l'inquiète le plus.
- Anticiper avec elle les difficultés éventuelles et envisager les moyens de les résoudre.
- Informer sur le dispositif de soins et de soutien.
- Donner des conseils sur :
  - la planification familiale ;
  - l'utilisation des ARV ;
  - l'alimentation de la mère ;
  - l'option pour l'alimentation de l'enfant et le soutien à la mère pour la réalisation de son choix ;
  - le dépistage du conjoint et des enfants de moins de 5 ans ;
  - le suivi du nourrisson.

#### Dépistage

- Faire le pré-test avec prélèvement.
- Faire le post-test.
- Faire le dépistage du conjoint et des enfants de moins de 5 ans.
- Prise en charge en cas de séropositivité.
- Contrôle du dépistage après 3 mois si le test est négatif.

#### Traitement et suivi

- Démarrer le traitement aussitôt après le diagnostic, l'adhérence au traitement et le bilan préthérapeutique minimal.
- **Mettre sous Cotrimoxazole quel que soit l'âge de la grossesse :**
  - En cas d'allergie, la Disulone pourrait être proposée en alternative.
- **Traitement ARV de 1<sup>ère</sup> ligne :**
  - TDF+3TC (ou FTC) +EFV
  - AZT+3TC+EFV
  - TDF+3TC+NVP
  - AZT+3TC+NVP
- **En cas d'échec thérapeutique :**
  - référer à l'hôpital pour un traitement ARV de 2<sup>ème</sup> ligne : AZT+3TC+LPV/R
- **Prophylaxie ARV chez l'enfant :**
  - AZT+3TC+NVP ou NVP.

.../...

- **Suivi biologique :**
  - Une créatininémie sera demandée à M1, M6, M12 puis une fois par an.
  - La NFS et les transaminases (ALAT) sont recommandées à M1, M3, M6, M12 puis une fois par an.
  - Cholestérol, triglycérides, glycémie sont recommandés à M0, M6, M12, puis une fois par an.
  - La charge virale est recommandée une fois par an.
  - Lorsque la charge virale n'est pas disponible, une numération des CD4 doit être proposée en alternative pour identifier les patients en échec de traitement.
- **Conseils :**
  - Éducation thérapeutique, d'allaitement.
  - Observance du traitement ARV.
  - Prévention et recherche des pertues de vue.
  - Accompagnement psychologique.
  - Visites à domicile.

*Traitement et suivi à vie.  
Référer si signes de gravité*



## FICHE TECHNIQUE 51

### Accouchement de la femme VIH+

#### AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- Conseiller la femme sur :
  - l'accouchement dans une structure de santé par un personnel qualifié ;
  - l'hygiène corporelle et vestimentaire ;
  - le mode de transport au moment d'accoucher ;
  - le choix de la personne accompagnante ;
  - l'habillement du nouveau-né.
- Demander à la femme de se munir de ses médicaments ARV et de son carnet de maternité.
- Rechercher et communiquer les numéros de téléphone des personnes référentes de la FOSA.
- Apporter un appui psychologique et social.

*En cas de douleurs associées à la perte des eaux, de la fièvre, ou un saignement génital, référer le plus rapidement possible dans une FOSA ayant un personnel qualifié.*

#### AUX NIVEAUX CSI À PMAE ET HR/HG

##### Pré-travail

- Accueillir les femmes référées.
- S'assurer que la femme a son traitement ARV et demander l'heure de la prise.
- Préparer l'accouchement.
- Surveiller le travail en utilisant le partogramme.
- Surveiller les signes vitaux (TA, T°, pouls, etc.).
- Surveiller l'état général de la mère.
- Éviter les touchers vaginaux à répétition.

##### Si la femme est non dépistée au VIH :

- Faire le counseling et le dépistage.
- Administrer le traitement si test positif.

##### Pendant le travail

- Poursuivre la surveillance de la femme et de l'enfant (cf partogramme et fiche d'observation).
- Appliquer les règles d'un accouchement propre.
- Éviter le travail prolongé, les ruptures artificielles des membranes, les traumatismes inutiles tels que les épisiotomie, forceps, ventouse.
- Ne pas traire le cordon ombilical.
- Gérer activement la 3<sup>ème</sup> phase d'accouchement, examiner le placenta.
- Au niveau CSI, référer si complications.

##### Si la femme est non dépistée au VIH :

- Faire le counseling et le dépistage dans la salle d'accouchement.
- Administrer l'ARV à la femme VIH+ et au nouveau-né dans les 4h suivant l'accouchement.
- Au niveau CSI, référer si complications.

## FICHE TECHNIQUE 52

### Postpartum de la femme séropositive

#### AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- Conseiller sur :
  - le suivi post-natal ;
  - l'observance du traitement ;
  - l'importance de la planification familiale ;
  - la surveillance de l'alimentation du bébé ;
  - le diagnostic précoce et la prophylaxie ARV de l'enfant ;
  - le calendrier vaccinal de l'enfant.

#### AUX NIVEAUX CSI À PMAE ET HR/HG

##### Postpartum immédiat

###### CHEZ LA MÈRE

- Surveiller :
  - la coloration, l'état général ;
  - les signes vitaux (TA, T°, pouls, etc.) ;
  - le globe de sécurité, les saignements, les mollets.
- Apprécier la montée laiteuse.
- S'assurer de la prise des ARV.
- Donner la vitamine A.
- Apporter un appui psychologique et social.
- Établir un plan d'urgence : donner les informations sur le postpartum et les signes de danger.

###### CHEZ L'ENFANT

- Nettoyer l'enfant.
- Mise au sein précoce si la mère a choisi l'allaitement.
- Faire les soins du cordon.
- Tenir l'enfant au chaud.
- Mettre les gouttes ophtalmiques.
- Examiner l'enfant (voir fiche de surveillance du nouveau-né).
- Administrer le traitement antirétroviral (AZT+3TC+NVP ou NVP) dans les 4 heures qui suivent l'accouchement.

- Vacciner l'enfant (BCG + PO) en l'absence de signe de danger, et si le poids est supérieur ou égal à 2 kg.

##### Postpartum tardif

###### CHEZ LA MÈRE

- Traiter les infections opportunistes, le paludisme, les IST et autres complications.
- Établir un plan pour des visites de routine et de suivi (15<sup>ème</sup> et 42<sup>ème</sup> jour).
- Conseiller sur l'hygiène alimentaire et vestimentaire.
- Supplémenter en fer.
- Vérifier le statut vaccinal.
- S'assurer de la bonne observance thérapeutique.
- Informer sur les pratiques sexuelles sans risques et l'utilisation de préservatifs.
- Conseiller et fournir des services de PF.
- Faire un bilan biologique de suivi.
- Faire un dépistage 6 mois après l'accouchement si la femme était séronégative pendant la grossesse.

###### CHEZ L'ENFANT

- Apprécier la qualité de l'alimentation (allaitement exclusif si choix de l'allaitement).
- S'assurer de la bonne observance thérapeutique.
- Prélever l'enfant pour la PCR à 6 semaines de vie par papier buvard (DBS) ou par tubes EDTA.
- Administrer le Cotrimoxazole à partir de 6 semaines de vie jusqu'à confirmation de la séronégativité (18 mois de vie).
- Informer sur le calendrier vaccinal de l'enfant.

*Au niveau CSI, référer si signes de danger.*



**VOLUME 2**  
**SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT,  
DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE**

**GÉNÉRALITÉS ● NORMES ● PROCÉDURES**

## Chapitre 1

# SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NÉ (SENN)

### 1.1 GÉNÉRALITÉS

Ce sont des soins de base qui font recours à des interventions qui ne nécessitent qu'une technologie simple, dont ont besoin tous les bébés pour assurer leur survie et leur bien-être, lesquels incluent les soins avant la conception, durant la grossesse, à la naissance, et du premier jour au 28<sup>ème</sup> jour de vie.



#### Quels objectifs ?

Assurer les besoins de base au nouveau-né à la naissance pour une bonne adaptation à la vie extra-utérine et la surveillance du bébé jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour de vie afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale.

#### Objectifs spécifiques :

- Préparer la naissance.
- Assurer au nouveau-né les soins immédiats à la naissance et durant les 6 premières heures.
- Surveiller l'état du nouveau-né du premier jour au 28<sup>ème</sup> jour de vie.
- Reconnaître précocement signes de danger et malformations visibles (mère, famille, personnel de santé).
- Prendre en charge les problèmes identifiés, y compris la référence.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Parents, famille
- Nouveau-né

#### À quels moments ?



- Dès la naissance (soins de base)
- Pendant les 6 premières heures de vie
- Au 3<sup>ème</sup> jour de vie, avant la sortie de la maternité
- Au 8<sup>ème</sup> jour de vie
- À chaque consultation postnatale jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour de vie

### 1.2 NORMES DES SENN

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseils pour le changement de comportement (CCC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CCC</li> <li>▪ Soins de base</li> <li>▪ Suivi du nouveau-né</li> <li>▪ Référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administration des soins essentiels</li> </ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COSA</li> <li>▪ Relais communautaires formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin généraliste</li> <li>▪ Sages-femmes formées ou recyclées en SENN</li> <li>▪ Infirmiers polyvalents formés/recyclés en SENN</li> </ul>	<b>En plus du niveau CSI :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecins généralistes formés/recyclés en SENN</li> <li>▪ Gynécologue-obstétricien</li> <li>▪ Pédiatre</li> </ul>

Normes (suite)	Niveau CSI	Niveau Référence : HR, HG
Normes d'infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une salle de travail</li> <li>▪ Une salle d'accouchement avec un coin nouveau-né</li> <li>▪ Une salle de postpartum immédiat</li> <li>▪ Une unité pour les Soins Kangourou (SK)</li> <li>▪ Un trou à placenta</li> <li>▪ Espace buanderie. Espace stérilisation</li> <li>▪ Un bureau infirmiers</li> <li>▪ Un bureau médecin</li> <li>▪ Des toilettes et douches.</li> <li>▪ Un point d'eau (robinet avec eau courante et dispositif lave-main) dans toutes les salles de soins</li> </ul>	<p><b>Service de gynéco-obstétrique avec les salles du niveau CSI mais plus vastes.</b></p> <p><b>Service de néonatalogie dont :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une salle de soins intensifs</li> <li>▪ Salle d'observation/hospitalisation</li> <li>▪ Une salle de Soins Kangourou.</li> <li>▪ Une salle d'allaitement ; et un salle plus petite pour le travail individuel avec les mères (expression du lait maternel)</li> <li>▪ Une salle de biberonnerie.</li> <li>▪ Un bureau infirmiers</li> <li>▪ Un bureau médecins</li> <li>▪ Un espace ou salle de détente</li> </ul>

Normes (suite)	Niveau CSI	Niveau Référence : HR, HG
Normes des matériels et équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Table chauffante/irradiante ou table avec source de chaleur</li> <li>▪ Pèse-bébé</li> <li>▪ Mètre-ruban</li> <li>▪ Aspirateur à pression négative ne dépassant pas 100 mmHg ou 130 cm d'eau, doté d'une sonde d'aspiration.</li> <li>▪ Poire ouvrable/stérilisable (type Pingouin).</li> <li>▪ Au moins 2 lits et 2 chaises confortables, adaptables ou munis suffisamment de coussins, avec rideaux ou paravent.</li> <li>▪ Stérilisateur</li> <li>▪ Incinérateur</li> <li>▪ Masque facial N°0 (prématuré) et N°1 (nouveau-né à terme)</li> <li>▪ Ballon auto-gonflable 250-500 ml</li> <li>▪ Stéthoscope</li> <li>▪ Saturomètre (oxymètre)</li> <li>▪ Glucomètre</li> <li>▪ Otoscope</li> <li>▪ Bilirubinomètre transcutané</li> <li>▪ Laryngoscope</li> <li>▪ Thermomètre</li> <li>▪ Matériels SK comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dispositif (pagne, bande de Lycra, poche, écharpe ou autre),</li> <li>- tasse graduée,</li> <li>- cuillère à café,</li> <li>- sonde nasogastrique n° 5 à 6 pour le gavage</li> </ul> </li> <li>▪ Echéancier</li> <li>▪ Armoire pour médicaments</li> </ul>	<p><b>En plus du niveau CSI, prévoir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respirateur, générateur d'oxygène</li> <li>▪ Source d'oxygène</li> <li>▪ Couveuses/incubateur ordinaires</li> <li>▪ Appareil à photothérapie</li> <li>▪ Table chauffante avec dispositif de réanimation.</li> <li>▪ Aspirateurs muraux</li> <li>▪ Scope</li> <li>▪ Appareil de radiographie et d'échographie (mobiles)</li> <li>▪ Seringues à trois voies pour l'exsanguino-transfusion</li> <li>▪ Canules de Guedel et de Mayo adaptées au nouveau-né</li> </ul>
Normes des médicaments et produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vitamine K1 ampoule de 10 mg/2 ml, ampoule buvable et injectable de 2 mg/1 ml</li> <li>▪ Antirétroviraux (ARV) : névirapine (NVP) cp 50 mg, AZT+3TC (cp 60/30)</li> <li>▪ Collyre antiseptique : désoméline, vitabact</li> <li>▪ Sérum physiologique</li> <li>▪ Sérum de réhydratation orale (SRO)</li> <li>▪ Sérum et vaccin antitétaniques</li> <li>▪ Vaccins : BCG, VPO</li> <li>▪ Diazépam (voie rectale)</li> <li>▪ Fer (suspension)</li> <li>▪ Antibiotiques injectables : benzylpénicilline, ampicilline, amoxicilline, gentamicine</li> </ul>	<p><b>En plus du niveau CSI, prévoir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amikacine injectable</li> <li>▪ Cloxacilline, méticilline</li> <li>▪ Cephalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (cefotaxime et ceftazidime)</li> <li>▪ Solutés : sérum glucosé 5% et 10%, sérum salé isotonique</li> <li>▪ Produits sanguins : culot érythrocytaire, plaquettes, plasma frais congelé</li> <li>▪ Phénobarbital injectable, Phénytoïne.</li> <li>▪ Lidocaïne 0,5%</li> <li>▪ KCl 10%, NaCl 10%, gluca 10%</li> <li>▪ Méthylprednisolone</li> <li>▪ Dexaméthasone</li> <li>▪ Erythropoïtine injectable</li> <li>▪ Adrénaline. Dobutamine</li> </ul>
Normes des consommables	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epicrânienne et cathéter 23, 24, 25 G</li> <li>▪ Sonde d'aspiration n° 8 à 10</li> <li>▪ Sonde nasogastrique n° 5 à 6</li> <li>▪ Seringue 1 ml, 2 ml et 10 ml</li> <li>▪ Gants stériles</li> <li>▪ Compresses stériles</li> <li>▪ Clamps ou fil pour ligature du cordon</li> </ul>	<p><b>En plus du niveau CSI, prévoir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oxygène</li> <li>▪ Cathéter ombilical</li> <li>▪ Microburettes pour perfusion nouveau-né</li> <li>▪ Lunettes, masques simples, masques à haute concentration</li> <li>▪ Sondes d'intubation</li> </ul>

Normes (suite)	Niveau CSI	Niveau Référence : HR, HG
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partogramme</li> <li>▪ Carnet de maternité. Dossier de la mère</li> <li>▪ Carnet de santé du nouveau-né</li> <li>▪ Fiche de consultation et Registre du nouveau-né malade</li> <li>▪ Fiche de vaccination du nouveau-né</li> <li>▪ Fiche de référence</li> <li>▪ Déclaration de naissance</li> <li>▪ Cartes conseils. Boîtes à images</li> <li>▪ Recueil des messages</li> <li>▪ Fiche d'audit des décès néonataux</li> <li>▪ Carte de rendez-vous</li> <li>▪ Outils de formation/gestion/supervision</li> <li>▪ Charte de l'accouchement</li> <li>▪ Protocole thérapeutique (manuel PCIMNE)</li> </ul>	<p>En plus du niveau CSI, prévoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche de contre-référence</li> </ul>

## 1.3 PROCÉDURES DES SENN

### 1.3.1 Procédures SENN au niveau communautaire

#### 1. À la naissance

- Organiser les séances de sensibilisations sur les soins essentiels au nouveau-né.
- Donner des informations sur les signes de danger chez le nouveau-né :
  - difficulté respiratoire ;
  - cyanose (coloration bleue des lèvres, mains, pieds) ;
  - convulsion ;
  - fièvre /froideur des extrémités ;
  - saignement du cordon ombilical ;
  - jaunisse/ictère ;
  - difficulté à se nourrir ;
  - pus au niveau des yeux.
- Sensibiliser sur l'importance d'une référence dans une structure sanitaire

#### 2. Pendant les 6 premières heures

- Donner des conseils à la mère pour :
  - la prévention des infections : lavage des mains, précautions d'hygiène ;
  - l'allaitement maternel exclusif, les positions et la bonne prise du sein ;
  - le maintien de la température du bébé : couvrir avec bonnet, chaussons, gants, couverture ;
  - le contact peau contre peau ;
  - les soins du cordon : ne rien appliquer sur le moignon ombilical, le laisser à l'air libre.
  - ne donner le premier bain qu'après la 6<sup>ème</sup> heure après la naissance.
- Sensibiliser sur l'importance d'une référence dans une structure sanitaire.
- Soins à faire avant et pendant la référence :
  - réchauffer le nouveau-né en cas d'hypothermie, (extrémités froides) en le couvrant ;
  - refaire la ligature du cordon en cas de saignement du cordon.

#### 3. De la 6<sup>ème</sup> heure au 28<sup>ème</sup> jour

- Sensibiliser sur l'utilité de la vaccination et la prévention des maladies évitables.
- Référer pour les consultations postnatales, la vaccination, ou devant un ou plusieurs signes de danger.
- Donner les soins avant la référence : idem ci-dessus.
- Aider la mère et sa famille à préparer un plan de prise en charge en cas de référence.
- Effectuer 8 visites à domicile pendant le 1<sup>er</sup> mois, 12 visites si le nouveau-né est à risque.
- Recommander aux parents d'aller faire enregistrer le bébé à l'état-civil dans le délai officiel.

### 1.3.2 Procédures SENN aux niveaux CSI et HR/HG

#### 1. À la naissance

- Se laver les mains. Essuyer le visage, les yeux et la bouche dès la sortie de l'enfant.
- Clamper et couper le cordon 1 minute après, sauf pour le nouveau-né de mère présentant une infection virale active (VIH, hépatite, etc.) dont le cordon doit être coupé immédiatement. Pas de bandage.

- Aspirer doucement au pingouin ou à la poire au niveau du nez et de la bouche.
- Sécher le nouveau-né avec un linge propre et sec, vérifier sa respiration et le placer entre les seins pour le contact peau à peau.
- Aider au démarrage précoce de l'allaitement.
- Examiner et vérifier s'il y a des malformations.
- Instiller le collyre antiseptique.
- Administrer la vitamine K1 selon le protocole défini. *Cf Fiche technique 59 page 126*
- Peser et mesurer le nouveau-né. L'habiller.
- Enregistrer la naissance : date, heure, poids, sexe, état du bébé (CA) dans le dossier/registre de la mère et du bébé.
- Administrer les ARV au nouveau-né de mère positive dès la 4<sup>ème</sup> heure de vie, selon les lignes directives.
- **Au niveau CSI** : prendre en charge les nouveau-nés orientés par les agents communautaires. Référer immédiatement au niveau supérieur si nécessaire.
- **Au niveau HR** : référer les cas compliqués au niveau HG/CHU.
- **À tous les niveaux, donner les soins avant la référence** :
  - réchauffer le nouveau-né en cas d'hypothermie (en le couvrant) ;
  - refaire la ligature du cordon en cas de saignement du cordon. Abord veineux.

## 2. Pendant les 6 premières heures

- **Évaluer le bébé toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant la 3<sup>ème</sup> heure, et chaque heure pendant les 3 heures suivantes** :
  - respiration (FR 30 à 60/min) ;
  - posture ;
  - couleur (qui doit être rose) ;
  - sommeil .
  - moignon du cordon (pas de saignement) ;
  - autre comportement ;
  - température (36,5-37,5°C) ;
  - bonne position et bonne prise du sein. *Cf Fiche technique 58 page 126*
  - mouvements et réflexes ;
- Examiner le bébé de la tête au pied à la recherche des malformations congénitales ou autre problème.
- **Rechercher les signes de danger** :
  - difficulté respiratoire ;
  - saignement du cordon ;
  - cyanose ;
  - ictère ;
  - convulsion ;
  - difficulté à se nourrir ;
  - fièvre/hypothermie, froideur des extrémités ;
  - pus au niveau des yeux.
- Nettoyer le bébé.
- Donner les ARV au nouveau-né de mère séropositive si cela n'a pas été fait avant.
- Enregistrer la naissance si cela n'est pas fait avant.
- **Conseiller la mère sur** :
  - la prévention des infections ;
  - les soins du cordon : ne rien appliquer ;
  - allaitement maternel exclusif ;
  - les signes de danger ;
  - le maintien de la T° du bébé ;
  - le premier bain après la 6<sup>ème</sup> heure.
- Assurer le soutien psychologique.
- Référer si nécessaire. Donner les soins avant la référence (idem paragraphe 1).
- Prendre en charge le nouveau-né référé.

## 3. De la 6<sup>ème</sup> heure au 28<sup>ème</sup> jour

- Evaluer le bébé deux fois par jour durant le séjour à la maternité (les 3 premiers jours).
- Poursuivre les SENN : maintien au chaud, allaitement, collyre, vitamine K1 si non reçue.
- Pour le bébé de mère séropositive : administrer les ARV si non reçus.
- Rechercher les signes de danger.
- Conseiller la mère sur l'allaitement, le maintien au chaud, les soins du cordon, les mesures d'hygiène et les signes de danger.
- **Encourager la mère à se procurer un carnet de santé pour un bon suivi de l'enfant.**
- **Préparer la sortie au 3<sup>ème</sup> jour** :
  - pratiquer un examen complet du nouveau-né ;
  - le vacciner au BCG et VPO et hépatite B ;
  - recommander aux parents d'aller faire enregistrer le bébé à l'état civil avant un mois.
- **Consultation au 8<sup>ème</sup> jour obligatoire.**
- Référer les cas compliqués si nécessaire. Donner les soins avant la référence (idem paragraphe 1).
- Aider la mère et sa famille à préparer un plan de prise en charge en cas de signes de danger.
- **Revoir l'enfant en consultation au 28<sup>ème</sup> jour et définir le rythme des prochaines consultations.**

2.1 GÉNÉRALITÉS

**Petit poids de naissance (PPN) :** tout nouveau-né ayant à la naissance un poids inférieur à 2500g (prématuré et retard de croissance intra-utérin).

**Retard de croissance intra-utérin (RCIU) :** tout nouveau-né ayant un poids, périmètre crânien et taille de naissance inférieurs au 10<sup>ème</sup> percentile ou -2 DS (déviatoin standard) par rapport à la courbe de référence pour l'âge et le sexe.

**Prématuré :** toute naissance survenant entre la 22<sup>ème</sup> et la 36<sup>ème</sup> SA révolue.

Les soins d'urgence au nouveau-né sont des soins administrés au nouveau-né qui présente des complications pouvant mettre sa vie en danger.

**Décès néonatal :** tout décès survenant entre la naissance et le 28<sup>ème</sup> jour de vie de l'enfant.



**Quels objectifs ?**

Offrir les soins de qualité au cours de la prise en charge des principales causes de décès afin de réduire la morbi-mortalité néonatale.

**Objectifs spécifiques :**

- Assurer la réanimation du nouveau-né en détresse respiratoire.
- Administrer l'antibiothérapie adaptée en cas d'infection néonatale.
- Assurer correctement la prise en charge des nouveau-nés présentant un petit poids de naissance (PPN) et des problèmes d'allaitement.
- Traiter précocement tout autre problème de santé grave présenté par le nouveau-né.

**Pour quels publics ?**



- Prestataires de santé
- Parents, famille
- Tout nouveau-né présentant : détresse respiratoire, infection néonatale, problème d'allaitement, ou autre problème de santé ou maladie grave

**À quels moments ?**



- Pendant l'accouchement
- Après la naissance jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour en cas de situation d'urgence

2.2 NORMES DES SOINS D'URGENCE AU NOUVEAU-NÉ

Normes	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau Référence : HR, HG
<b>Normes d'interventions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respect des précautions universelles de prévention de l'infection.</li> <li>▪ Réanimation du nouveau-né asphyxié.</li> <li>▪ Administration d'une antibiothérapie adaptée en cas d'infection.</li> <li>▪ Maintien au chaud : table chauffante, incubateur, soins kangourou.</li> <li>▪ Allaitement, alimentation à la sonde, alimentation à la tasse.</li> <li>▪ Prise en charge adaptée des autres situations d'urgence : ictère sévère, convulsion, saignement ombilical, hyperthermie, hypothermie, anémie sévère, diarrhée, malformations.</li> </ul>		
<b>Normes en ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relais communautaires formés en SENN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin généraliste</li> <li>▪ Sages-femmes formées ou recyclées en SENN et réanimation du nouveau-né</li> <li>▪ Au moins 2 infirmiers polyvalents formés/recyclés en SENN et réanimation du nouveau-né</li> </ul>	<p><b>En plus du niveau CSI :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecins généralistes formés/recyclés en SENN et réanimation du nouveau-né</li> <li>▪ Pédiatre</li> </ul>
<b>Autres normes</b>	Voir Chapitre 1 SENN pages 104 à 106		

## 2.3 PROCÉDURES DES SOINS D'URGENCE AU NOUVEAU-NÉ, PAR PATHOLOGIE

### 2.3.1 Prise en charge de la détresse respiratoire

Niveau Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vérifier si le nouveau-né ne respire pas ou respire mal.</li> <li>▪ <b>Référer d'urgence au niveau CSI :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en assurant la prévention de l'hypothermie : méthode peau contre peau, recouvrir de linge sec et stérile, un bonnet, des chaussons, des gants ;</li> <li>- en informant la mère et les membres de la famille sur l'état de l'enfant ;</li> <li>- en leur apportant un soutien psychoaffectif.</li> </ul> </li> </ul>
Niveau CSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les cas référés/orientés par les relais communautaires.</li> <li>▪ <b>Réanimer le nouveau-né.</b> La première minute appelée Minute d'Or est capitale pour aider le bébé à respirer. Les différentes étapes et gestes sont les suivants :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sécher le bébé rapidement et le maintenir au chaud tout en vérifiant s'il respire.</li> <li>2. Libérer les voies aériennes s'il ne respire pas : aspirer en commençant par la bouche puis le nez à l'aide d'une poire type pingouin ou d'une sonde d'aspiration n° 6 ou 8 F.</li> <li>3. Stimuler la respiration si le bébé ne respire toujours pas : frotter le dos, et si nécessaire, donner des petites tapes sur les plantes des pieds deux à trois fois seulement.</li> <li>4. Ventiler au ballon auto gonflable et masque s'il ne respire pas ou présente des gaps : ventiler au moins 40 fois/minute.</li> <li>5. Revérifier la respiration du bébé après une minute.</li> </ol> </li> <li>▪ <b>Si le bébé respire après 1 minute :</b> arrêter la ventilation et faire les soins de suivi.</li> <li>▪ <b>Si le bébé ne respire pas ou respire mal, évaluer la fréquence cardiaque (FC) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si FC &gt; 100/minute, continuer à ventiler.</li> <li>- Si F &lt; 100/minute, améliorer la ventilation : vérifier les voies aériennes, repositionner le masque et recommencer la ventilation en augmentant la pression.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Si le bébé respire après plus de 5 minutes de réanimation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le référer à l'HG/HR pour des soins de suivi adéquats.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Si le bébé ne crie pas, ni ne respire après 10 minutes de réanimation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- arrêter la réanimation ;</li> <li>- informer la mère et la famille et leur apporter un soutien psychoaffectif.</li> </ul> </li> </ul>
Niveau HR/HG	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre en charge les cas référés.</li> <li>▪ <b>Accueillir le bébé :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'installer dans une salle dont la température est entre 25 et 28°C ; sur une table chauffante si nouveau-né à terme, ou dans une couveuse si prématuré ;</li> <li>- respecter les conditions d'asepsie rigoureuse ;</li> <li>- lire rapidement la note de référence.</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Évaluer l'état du bébé et le traiter (se référer à la directive relative à l'évaluation rapide et prise en charge immédiate) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il respire avec difficultés, le mettre sous oxygène : 0,5 l/minute pour le prématuré et 1 l/minute pour le nouveau-né à terme.</li> <li>- Si la respiration ne s'améliore pas, réanimer selon les directives relatives à la réanimation du nouveau-né : augmenter le débit d'oxygène sous masque, massage cardiaque et adrénaline si FC &lt; 100, voire intubation, ventilation assistée.</li> </ul> </li> <li>▪ Poser une voie IV SGH 10% : 60 ml/kg + électrolytes (Gluca 0,4 ml/kg seul avant les premières urines, puis ajouter Kcl, Nacl) pendant 24 heures. Passer progressivement à 80 ml/kg pour le prématuré et à 100 ml/kg pour le nouveau-né à terme.</li> <li>▪ Faire téter l'enfant si possible ; sinon lui donner du lait exprimé par sa mère par une sonde nasogastrique.</li> <li>▪ Faire un bilan paraclinique.</li> <li>▪ Administrer un traitement étiologique (si asphyxie → hypothermie thérapeutique).</li> <li>▪ Traiter les autres problèmes associés.</li> <li>▪ Poursuivre les soins de suivi adéquats après récupération.</li> <li>▪ <b>Assurer la contre-référence au centre de santé à la sortie du bébé.</b></li> </ul>

## 2.3.2 Prise en charge de l'infection néonatale

Niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Rechercher les facteurs de risque infectieux chez la mère :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection urinaire ou vaginale, connue ou traitée.</li> <li>- Liquide amniotique teinté et/ou fétide.</li> <li>- Rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures.</li> <li>- Fièvre maternelle.</li> <li>- Pertes vaginales malodorantes.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Rechercher les signes d'une infection bactérienne chez le nouveau-né :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pus dans les yeux. Pus ou rougeur au niveau de l'ombilic. Pustules.</li> <li>- Fièvre ou hypothermie.</li> <li>- Difficultés respiratoires.</li> <li>- Ictère (jaunisse). Teint grisâtre.</li> <li>- Léthargie. Refus de téter. Pleurs incessants.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Orienter au niveau CSI en assurant la prévention :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de l'hypothermie (peau contre peau, recouvrir de linge sec et stérile) ;</li> <li>- de l'hypoglycémie : allaiter l'enfant, donner du lait maternel exprimé si enfant incapable de téter.</li> </ul> </li> </ul>
Niveau CSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre en charge les cas référés/ orientés par les relais communautaires</li> <li>■ <b>Évaluer, classer et traiter l'infection.</b></li> </ul> <p><b>Infections bactériennes locales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Conjonctivite suppurée ou rougeur oculaire la 1<sup>ère</sup> semaine de vie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Céfotaxime IM 50 mg/kg.</li> <li>- Lavage oculaire avec du sérum physiologique ou eau bouillie.</li> <li>- Pommade ou collyre à la tétracycline.</li> <li>- Traitement du couple.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Conjonctivite non suppurée :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavage oculaire avec du sérum physiologique ou à l'eau bouillie.</li> <li>- Pommade ou collyre à la tétracycline.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Infection locale de l'ombilic (ombilic rouge, suppuré) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désinfecter avec une solution antiseptique (Chlorhexidine, Dakin).</li> <li>- Eosine si rougeur, pommade à la tétracycline si suppuré.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Infection cutanée mineure (moins de 10 pustules sans signes de danger) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désinfecter avec une solution antiseptique.</li> <li>- Pommade à la tétracycline ou violet de gentiane à 0,5%.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Muguet/candidose buccale (taches blanchâtres sur la langue, le palais, les parois internes de la joue) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appliquer solution de nystatine ou violet de gentiane dilué de moitié (0,25 %) dans la bouche et sur le mamelon.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Infections bactériennes graves</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque infectieux chez la mère.</li> <li>- Présence d'un ou de plusieurs signes d'une infection bactérienne grave chez le nouveau-né : pus dans les yeux, ombilic suppuré malodorant, plus de 10 pustules, fièvre/hypothermie, difficultés respiratoires, ictère sévère, teint grisâtre, léthargie/inactivité, refus de téter, pleurs incessants, convulsion.</li> <li>■ Administrer les premières doses d'antibiotiques appropriés : ampicilline /amoxicilline 50-100 mg/kg ou + gentamicine 5 mg/kg en IM.</li> <li>■ Référer d'urgence à l'hôpital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- contacter le centre de référence et informer le personnel ;</li> <li>- expliquer à la mère pourquoi le bébé doit être référé et lui donner une note de référence.</li> </ul> </li> <li>■ Donner les conseils à la mère pour éviter l'hypothermie et l'hypoglycémie.</li> </ul>
Niveau HR/HG	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre en charge les cas référés par les centres de santé.</li> </ul> <p><b>Infections bactériennes locales :</b> même prise en charge qu'au niveau CSI</p> <p><b>Infections bactériennes graves - Antibiothérapie à adapter en fonction des résultats de l'hémoculture</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Bactériémie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bi-antibiothérapie probabiliste associant : cefotaxime/ceftaxidime 25 mg/kg toutes les 12 heures pendant 10 jours et gentamycine 5 mg/kg en IVL pendant 3 jours.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Méningite néonatale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefotaxime/ceftaxidime 50 mg/kg toutes les 12 heures pendant 21 jours et gentamycine 5 mg/kg en IVL pendant 3 jours.</li> <li>- Ciprofloxacine 20 mg/kg/jour IVL en 2 prises pendant 10 jours en cas de complication.</li> </ul> </li> <li>■ Assurer la contre-référence au centre de santé à la sortie du bébé.</li> </ul>

### 2.3.3 Prise en charge du petit poids de naissance (PPN < 2500 g)

Niveau communautaire	<p><b>Nouveau-né &gt; 2000 g, qui tête bien et ne présente pas de signes de danger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conseiller la mère sur le maintien de la température du bébé au domicile, entre 36.5°C et 37.5°C :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- le contact peau contre peau, les soins kangourou (SK) ;</li> <li>- reporter le premier bain à une semaine après la naissance, ne nettoyer que le visage, l'aine ou les plis cutanés à l'aide d'un tissu mou ou d'une éponge, sécher rapidement le bébé ;</li> <li>- bien couvrir l'enfant avec bonnet, chaussettes/chaussons, gants, couverture.</li> </ul> </li> <li>■ Allaiter fréquemment ou donner le lait exprimé à la tasse (en porcelaine ou en verre) ou à la cuillère toutes les 2 heures.</li> <li>■ Respecter les mesures d'hygiène, se laver les mains avant et après avoir touché le bébé.</li> <li>■ Recommander les consultations postnatales dans un centre de santé une fois par semaine.</li> <li>■ Effectuer 12 visites à domicile le premier mois.</li> </ul> <p><b>Nouveau-né &lt; 2000 g, qui ne tête pas bien et présente des signes de danger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orienter vers le centre de santé en appliquant le contact peau contre peau lors du déplacement.</li> </ul>
Niveau CSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre en charge les cas référés/orientés par les relais communautaires.</li> </ul> <p><b>Nouveau-né &gt; 2000 g, qui tête bien et ne présente pas de signes de danger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soins essentiels immédiats : sécher, soins des yeux et de l'ombilic, contact peau contre peau, allaitement, Vit K.</li> <li>■ À la sortie, conseiller la mère sur :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- le maintien de la température du bébé au domicile, entre 36.5°C et 37.5°C : même conduite à tenir qu'au niveau communautaire ;</li> <li>- les soins du cordon ;</li> <li>- l'allaitement fréquent toutes les 2 heures ou donner le lait exprimé à la tasse ou à la cuillère ;</li> <li>- le respect strict des mesures d'hygiène ;</li> <li>- ramener le bébé en consultation une fois par semaine le premier mois.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nouveau-né entre 1500 g et 2000 g, qui tête bien et ne présente pas de signes de danger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soins essentiels immédiats.</li> <li>■ Soins Kangourou. <i>Cf Fiche technique 57 page 125</i></li> <li>■ Surveillance journalière du poids.</li> <li>■ Sortie autorisée de l'unité SK si les critères suivants sont réunis.</li> <li>■ Assurer le suivi en ambulatoire : le port de kangourou peut être poursuivi à domicile.</li> </ul> <p><b>Nouveau-né &lt; 1500 g, ou tout né de petit poids qui ne tête pas bien et présente des signes de danger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Référer d'urgence à l'hôpital de référence.</li> <li>■ Maintenir au chaud (contact peau contre peau, couverture, sac isothermique, couveuse).</li> </ul>
Niveau HR/HG	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre en charge les cas référés par le centre de santé.</li> <li>■ Respecter strictement les mesures d'asepsie.</li> <li>■ Accueillir et placer le nouveau-né de petit poids dans la couveuse (incubateur).</li> <li>■ Poser une voie IV/SGH 10 % ou SGI 5 % si alimentation débutée : 60 ml/kg/jour.</li> <li>■ Alimenter l'enfant par la sonde nasogastrique toutes les 2 heures avec du lait de la mère exprimé ou du substitut de lait (5-10 ml/kg/tétée) ; en augmentant progressivement de 5 ml/kg/jour jusqu'à atteindre un palier de 160 ml/kg/jour.</li> <li>■ Traiter les autres problèmes associés.</li> <li>■ Soins Kangourou si nouveau-né stable. <i>Cf Fiche technique 57 page 125</i></li> <li>■ Assurer la contre-référence au centre de santé à la sortie du bébé.</li> </ul>

### 2.3.4 Prise en charge des problèmes d'allaitement

Niveau communautaire	<p><b>Rechercher si le problème est lié à la mère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Insuffisance de production du lait :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un soutien psychologique à la mère.</li> <li>- Conseiller la mère : position, prise du sein, alimentation, fréquence des tétées.</li> <li>- Si le problème persiste, orienter/référer vers le centre de santé.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Engorgement mammaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseiller la mère : appliquer des compresses chaudes sur les seins avant la tétée, masser le dos et la nuque, augmenter le nombre de tétées, nourrir aux deux seins à chaque tétée, exprimer le lait si l'enfant n'arrive pas à téter.</li> <li>- Soulager la douleur : soutien-gorge, bandage après la tétée, paracétamol.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Mamelons douloureux ou avec crevasses :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseiller la mère : lubrifier le mamelon avec le lait ou l'huile après chaque tétée, porter un soutien-gorge en coton, laisser les seins à l'air libre.</li> <li>- Continuer à donner au bébé le sein le moins douloureux.</li> <li>- Donner au bébé le lait exprimé.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Mamelons ombiliqués (enfoncés) ou plats :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprendre à la mère à étirer et à faire ressortir le mamelon pris entre le pouce et l'index, plusieurs fois par jour ; ou à utiliser un tire-lait ou une seringue pour aspirer le mamelon vers l'extérieur. <i>Cf fiche technique 58 page 126</i></li> </ul> </li> <li>■ <b>Mastite, abcès mammaire :</b> référer /orienter au centre de santé.</li> <li>■ <b>Refus par la mère d'allaiter :</b> fournir un accompagnement psychologique.</li> </ul> <p><b>Rechercher si le problème est lié à l'enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Prématurité :</b> voir petit poids de naissance.</li> <li>■ <b>Malformation buccopalatine</b> (bec de lièvre, fente labio-palatine) : apporter un soutien psycho-affectif, référer/orienter.</li> <li>■ <b>Muguet ou candidose :</b> référer/orienter.</li> </ul>
Niveau CSI	<p><b>Rechercher si le problème est lié à la mère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Insuffisance de production du lait, engorgement mammaire :</b> idem niveau communautaire.</li> <li>■ <b>Mamelons douloureux ou avec crevasses :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Même prise en charge qu'au niveau communautaire.</li> <li>- Si persistance et aggravation (fissure), appliquer la pommade à la tétracycline.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Mamelons ombiliqués (enfoncés) ou plats :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Même prise en charge qu'au niveau communautaire.</li> <li>- Prévention : commencer ces techniques lors des contacts prénatals.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Mastite :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracétamol 500 mg. Antibiotique pendant 10 jours : amoxicilline ou érythromycine ou cloxacilline.</li> <li>- Conseiller la mère : compresses chaudes avant les tétées, massage, boisson abondante, compresses froides entre les tétées, soutien-gorge.</li> <li>- Référer s'il n'y a aucune amélioration au bout de 2 jours de traitement.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Abcès mammaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Même protocole que la mastite.</li> <li>- Drainer l'abcès.</li> <li>- Référer s'il n'y a aucune amélioration au bout de 2 jours de traitement.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Rechercher si le problème est lié à l'enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Prématurité :</b> voir petit poids de naissance.</li> <li>■ <b>Malformation buccopalatine</b> (bec de lièvre, fente labio-palatine) : soutien psycho-affectif, alimenter à la tasse ou à la cuillère, référer dans un milieu spécialisé.</li> <li>■ <b>Muguet ou candidose :</b> <i>voir traitement infection locale page 110</i></li> </ul>
Niveau HR/HG	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Pour la majeure partie des problèmes liés à la mère ou à l'enfant :</b> prise en charge idem CSI.</li> <li>■ <b>Mastite :</b> même prise en charge qu'au niveau CSI mais antibiothérapie par voie parentérale.</li> <li>■ <b>Abcès mammaire</b> (même protocole que la mastite) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si persistance, demander un bilan (pyoculture, ...) et administrer l'antibiotique adapté aux résultats.</li> <li>- Drainer l'abcès.</li> </ul> </li> <li>■ <b>Malformation buccopalatine de l'enfant :</b> chirurgie réparatrice, soutien psycho-affectif.</li> </ul>

### 2.3.5 Prise en charge des autres problèmes de santé graves du nouveau-né

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
----------------------	------------	--------------

#### Ictère sévère : coloration jaune intense qui s'étend à la peau, aux paumes des mains et aux plantes des pieds

<ul style="list-style-type: none"> <li>Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couvrir, contact peau contre peau.</li> <li>Allaiter pour éviter l'hypoglycémie.</li> <li>Référer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Photothérapie avec surveillance de la bilirubine.</li> <li>Abord veineux : SGI, augmenter les apports de 20 ml/kg.</li> <li>Allaiter ou gavage (allaitement par sonde).</li> <li>Bilan paraclinique.</li> <li>Traitement étiologique.</li> </ul>
---	--	---

#### Convulsion : mouvements anormaux (mâchonnement, clignement des yeux, pédalage) ou regard fixe, plafonné

<ul style="list-style-type: none"> <li>Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diazépam 0,5 mg/kg en IR</li> <li>Couvrir, contact peau contre peau, allaiter si nouveau-né conscient.</li> <li>Référer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Installer le nouveau-né.</li> <li>Diazépam 0,5 mg/kg en IR, à répéter 15 minutes après ;</li> <li>si persistance, phénobarbital 20 mg/kg en IVL dans du SSI.</li> <li>Aspirer si encombrement.</li> <li>Oxygène si nécessaire.</li> <li>Abord veineux : SGH 10%, SGI 5% en fonction de la glycémie.</li> <li>Allaiter ou gavage (allaitement par sonde).</li> <li>Bilan paraclinique.</li> <li>Traitement étiologique.</li> </ul>
---	--	--

#### Saignement ombilical

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ligaturer correctement le moignon avec un fil stérile.</li> <li>Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ligature du moignon avec un fil stérile.</li> <li>Vitamine K1.</li> <li>Couvrir, contact peau contre peau, allaiter si nouveau-né conscient.</li> <li>Référer si persistance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Même prise en charge qu'au niveau CSI.</li> <li>Transfusion sanguine : culot érythrocytaire si anémie sévère, ou plaquettes si thrombopénie.</li> </ul>
---	---	--

#### Hypothermie : température < 36,5°C

<ul style="list-style-type: none"> <li>Contact peau contre peau, méthode Kangourou.</li> <li>Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contact peau contre peau, méthode Kangourou, incubateur, sac isothermique.</li> <li>Surveillance de la T° toutes les 15 minutes pendant 1 heure.</li> <li>Référer si persistance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Même prise en charge qu'au niveau CSI.</li> <li>Couveuse si prématuré, table chauffante si nouveau-né à terme.</li> <li>Allaiter ou gavage (allaitement par sonde).</li> <li>Bilan paraclinique.</li> <li>Traitement étiologique.</li> </ul>
---	---	---

#### Hyperthermie : température > 38°C

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas trop couvrir le bébé.</li> <li>Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas trop couvrir le bébé.</li> <li>Surveillance de la T° toutes les 15 minutes pendant 2 heures dans une salle aérée.</li> <li>Allaiter fréquemment.</li> <li>Si T° normale au bout de 2 heures, hyperthermie exogène : conseils à la mère et surveillance à domicile.</li> <li>Référer si persistance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Même prise en charge qu'au niveau CSI.</li> <li>Paracétamol 15 mg/kg toutes les 6 heures per os ou IVL en fonction de l'état de l'enfant.</li> <li>Allaiter ou gavage (allaitement par sonde).</li> <li>Abord veineux selon l'état de l'enfant.</li> <li>Bilan infectieux.</li> <li>Traitement étiologique.</li> </ul>
---	--	---

### 2.3.5 Prise en charge des autres problèmes de santé graves du nouveau-né (suite)

Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
<b>Anémie sévère : pâleur palmo-plantaire intense</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer/orienter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Installer le nouveau-né.</li> <li>▪ Abord veineux stable : SSI 20 ml/kg en attente du produit sanguin.</li> <li>▪ Transfusion sanguine : culot érythrocytaire iso-groupe iso-rhésus 20 ml/kg.</li> <li>▪ Allaiter ou gavage (allaitement par sonde).</li> <li>▪ Bilan paraclinique.</li> <li>▪ Traitement étiologique.</li> </ul>
<b>Diarrhée : selles molles ou liquides, plus de 8 selles par jour</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allaiter fréquemment.</li> <li>▪ SRO.</li> <li>▪ Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allaiter fréquemment.</li> <li>▪ SRO.</li> <li>▪ Référer si déshydratation sévère.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Même prise en charge qu'au niveau CSI.</li> <li>▪ Réhydratation parentérale si déshydratation sévère : SSI 20 ml/kg, SGI 100 ml + électrolytes.</li> <li>▪ Bilan paraclinique.</li> <li>▪ Traitement étiologique.</li> </ul>
<b>Malformations visibles</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien psycho-affectif.</li> <li>▪ Référer/orienter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien psycho-affectif.</li> <li>▪ Référer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien psycho-affectif.</li> <li>▪ Chirurgie réparatrice si possible, sinon évacuation en milieu spécialisé.</li> </ul>



## Chapitre 3

# SANTÉ DE L'ENFANT : SOINS PRÉSCOLAIRES (SPS)

Les interventions sur la santé de l'enfant sont structurées en trois parties :

1. Les soins préscolaires (SPS) délivrés lors des consultations préscolaires (CPS).
2. La prise en charge des enfants malades au centre de santé (PCIME).
3. La prise en charge des enfants malades à l'hôpital selon le protocole TETU - Tri, Évaluation, Traitement d'Urgence.

Seuls les SPS seront développés dans ce document car la PCIME et le TETU constituent des documents à part.

## 3.1 GÉNÉRALITÉS

*Les soins préscolaires (SPS) constituent l'ensemble des soins préventifs et promotionnels offerts à l'enfant de la naissance à 59 mois d'âge, en vue de lui assurer une croissance et un développement harmonieux.*



### Quels objectifs ?

Assurer une croissance et un développement harmonieux de l'enfant de la naissance à 59 mois d'âge afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans cette tranche d'âge.

Objectifs spécifiques :

- Surveiller la croissance staturale-pondérale et psychomotrice de l'enfant.
- Prévenir les maladies cibles du PEV par la vaccination.
- Dépister précocement les problèmes de santé chez l'enfant (malnutrition, retard de croissance ...).
- Assurer la promotion de la santé et de la nutrition chez l'enfant.

### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Tout enfant de la naissance à 59 mois
- Parents
- Famille

### À quels moments ?



- Première consultation de suivi du nouveau-né (obligatoire) : au 8<sup>ème</sup> jour de vie
- Nourrissons de 1 mois (28 jours de vie) à 12 mois : 1 fois par mois
- Nourrissons de 13 mois à 23 mois : 1 fois par trimestre (tous les 3 mois)
- Enfants de 24 mois à 59 mois (2 ans à 5 ans) : 1 fois par semestre (tous les 6 mois)

## 3.2 NORMES DES SPS

Normes	Niveaux CSI et HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Evaluation de l'état de santé de l'enfant (examen).</li><li>▪ Evaluation de l'état nutritionnel de l'enfant (PCIMA).</li><li>▪ Suivi de la croissance de l'enfant.</li><li>▪ Vaccination selon le calendrier du PEV.</li><li>▪ Supplémentation en vitamine A, à partir de l'âge de 6 mois, et tous les 6 mois jusqu'à 59 mois d'âge.</li><li>▪ Déparasitage des enfants au mébendazole tous les 3 mois à partir de 6 mois jusqu'à 59 mois d'âge.</li><li>▪ Utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MIILDA).</li><li>▪ Dépistage et conseil du VIH initié par le prestataire.</li><li>▪ Prophylaxie aux antirétroviraux (ARV) et au cotrimoxazole, ainsi que le dépistage précoce du VIH pour les enfants nés de mère positive.</li><li>▪ Conseils et orientation de la mère vers le service de planification familiale (PF).</li><li>▪ Orientation des enfants malades vers les services curatifs.</li></ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Puéricultrices ou monitrices sociales formées/recyclés en CPS.</li><li>▪ Infirmier(e)s polyvalents formé(e)s/recyclé(e)s en CPS.</li><li>▪ Médecin.</li></ul>

Normes (suite)	Niveaux CSI et HR/HG	
Normes d'infrastructures	<i>Voir le document normatif concernant les infrastructures pour un CSI, HR, HG</i>	
Normes des matériels et équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Balance avec toise</li> <li>▪ Toise verticale</li> <li>▪ Pèse-bébé et culotte</li> <li>▪ Mètre ruban</li> <li>▪ Stéthoscope</li> <li>▪ Otoscope</li> <li>▪ Abaisse-langues</li> <li>▪ Bracelets MUAC (middle upper arm circumference)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réceptacle</li> <li>▪ Safety-box</li> <li>▪ Poubelle avec couvercle et pédale</li> <li>▪ Dispositif de lavage des mains</li> <li>▪ Échéancier</li> <li>▪ Chaîne de froid</li> <li>▪ Porte-vaccin</li> <li>▪ Marmite à pression</li> </ul>
Normes des médicaments et consommables	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaccins : BCG, VPO, DTC-HepB-Hib, PCV 13, VAA, RR. <i>Voir calendrier vaccinal page 118</i></li> <li>▪ Médicaments : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermifuges : mébendazole ou albendazole</li> <li>- Micronutriments : vitamine A, autres micronutriments r a</li> <li>- ATPE, lait thérapeutique (F100, F75)</li> <li>- ARV : névirapine, AZT, 3TC</li> </ul> </li> <li>▪ Tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme et du VIH/SIDA</li> <li>▪ MIILDA</li> </ul>	
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outils de prestation (outils techniques) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche CPS/carnet de santé de l'enfant</li> <li>- Fiches techniques PEV</li> <li>- Fiches de pointage</li> <li>- Boîtes à images</li> <li>- Cartes conseils et autres supports éducatifs</li> <li>- Manuels de formation</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outils de collecte des données : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre CPS</li> <li>- Fiche de stock</li> </ul> </li> <li>▪ Outils de rapportage : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre de rapport</li> <li>- Fiche synthèse de l'aire de santé</li> <li>- Formulaires de rapport mensuel</li> </ul> </li> <li>▪ Outils de supervision : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registre/cahier de supervision</li> </ul> </li> </ul>

### 3.3 PROCÉDURES DES SPS

#### 1. Préparer la séance de SPS

- Déterminer le nombre des enfants attendus à la séance et les besoins.
- Commander/Réquisionner les médicaments, vaccins, consommables selon les besoins.
- Préparer la séance de causerie éducative selon le plan de communication.
- Préparer l'espace SPS, l'équipement, le matériel, les médicaments, intrants, consommables et outils.

#### 2. Respecter les précautions universelles de prévention des infections tout au long de la séance

- Se laver les mains au savon et à l'eau courante. Les sécher avec un linge propre et sec, ou à l'air libre. *Cf Fiche technique 53 page 123*
- Porter des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Éliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre .
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Éliminer les déchets biomédicaux de façon sûre.

#### 3. Procéder à une évaluation rapide et une prise en charge immédiate

- Accueillir les enfants et leurs accompagnants arrivant à la SPS.
- Observer chaque enfant arrivant à la SPS pour une première appréciation de son état.
- Évaluer rapidement l'enfant dès que la première appréciation révèle un signe de danger.
- Prendre en charge immédiatement suivant le problème identifié.
- Organiser la référence après les premiers soins si nécessaire.
- Installer dans la salle d'attente l'enfant qui ne présente aucun signe de danger.

#### 4. Assurer un accueil bienveillant et une communication sympathique tout au long de la séance

- Recevoir les enfants par ordre d'arrivée. Ne pas recevoir deux enfants à la fois.
- Réserver un accueil particulièrement convivial et sans stigmatisation.
- Accueillir la mère/l'accompagnant et l'enfant, et les inviter à s'asseoir.
- Se présenter et demander l'identité de l'enfant.
- Communiquer avec la mère/l'accompagnant dans un langage simple et clair.
- Encourager la mère/l'accompagnant à poser des questions.

#### 5. Enregistrer l'enfant

- Remplir les formalités administratives.
- Enregistrer tous les nouveaux cas.

#### 6. Animer la séance d'éducation sanitaire

- Respecter l'heure fixée pour le début de la séance afin de ne pas décourager les parents ponctuels.
- S'entretenir avec toutes les mères/accompagnants à la fois, suivant le thème préparé, dans une salle/espace en se conformant aux techniques de la communication en groupe.
- Ne pas dépasser 15 minutes d'entretien.

#### 7. Évaluer l'état de santé de l'enfant

- Demander à la mère/aux parents/au responsable si l'enfant pose un problème de santé :
  - Si OUI, prendre en charge ou orienter selon le problème identifié et poursuivre les SPS.
  - Si NON, poursuivre les SPS.
- Prendre les signes vitaux : température (T°), pouls, fréquence cardiaque (FC), fréquence respiratoire (FR).
- Prendre le périmètre brachial (PB), le poids (Pds), la taille (T) pour tous les enfants ; et le périmètre crânien (PC) pour les moins de 6 mois.
- Marquer les valeurs de Pds, T, PB, PC, dans le registre et carnet de santé.
- Évaluer le développement psychomoteur en se référant au carnet de santé ou à la fiche de CPS.

#### 8. Procéder à l'analyse des mensurations des paramètres de croissance

- Reporter les résultats sur les courbes des rapports P/A, P/T, T/A.
- Comparer les valeurs actuelles des rapports P/A, P/T, T/A, et PB, PC aux valeurs normales pour déterminer la situation de l'enfant.

#### 9. Communiquer à la mère :

- Les conclusions de l'évaluation de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant.
- Les dispositions à prendre pour son enfant.
- Des conseils pour appliquer la conduite appropriée.

#### 10. Administrer les soins appropriés

- **Vacciner l'enfant** selon son âge et son statut vaccinal conformément au calendrier vaccinal (voir affiche page suivante) :
  - Vérifier l'âge de l'enfant sur le carnet de santé ou de vaccination.
  - Vérifier la date de la dernière vaccination.
  - Vérifier les éventuelles contre-indications à la vaccination.
  - Donner des informations à la mère sur le vaccin à administrer.
  - Administrer le vaccin.
  - Informer la mère sur le nombre de contacts restants et sur la date de la prochaine vaccination.
  - Conseiller à la mère d'administrer le paracétamol 20 mg/kg 3 fois par jour, ou acide acétylsalicylique (aspirine) 15 mg/kg 3 fois par jour, pendant 48 heures en cas de douleur ou de fièvre.
  - Enregistrer les données dans le carnet de santé/carte CPS et dans le registre.
- **Administrer un vermifuge** à chaque enfant à partir de l'âge de 6 mois et ensuite tous les 3 mois jusqu'à 59 mois d'âge, selon la posologie suivante :
  - Un cp 500 mg de mébendazole en dose unique ou 2 × 1 cp 100 mg/jour pendant 3 jours.
  - Pour les enfants vivant avec le VIH, albendazole un cp 200 mg en dose unique jusqu'à 24 mois d'âge et deux cp 200 mg en dose unique (un cp 400 mg) pour l'enfant de plus de 24 mois jusqu'à 59 mois.
- **Administrer la vitamine A** selon la posologie suivante :
  - Le contenu d'une capsule de 100 000 UI une fois à 6 mois d'âge (ou entre 6 et 11 mois d'âge) ;
  - puis deux capsules de 100 000 UI (une capsule de 200 000 UI) tous les 6 mois, de 12 à 59 mois d'âge.

- Enregistrer les informations sur le carnet de santé de l'enfant.
- Donner une dose supplémentaire à titre préventif au cours du traitement aux enfants rougeoleux, ceux présentant une diarrhée persistante, une malnutrition et ceux vivant dans la même famille qu'une personne présentant des signes oculaires de carence en vitamine A, considérés comme à risque.
- Fournir si disponible la MIILDA dès le premier contact et/ou encourager son utilisation si elle est déjà disponible dans le ménage.
- Assurer le suivi de l'enfant exposé au VIH :
  - Mettre l'enfant né de mère VIH+ sous névirapine dès la naissance jusqu'à 6 semaines d'âge si la mère est sous traitement ARV, ou jusqu'à 1 semaine après la cessation de l'allaitement maternel. *Cf Fiche technique 56 page 124*
  - Initier la prophylaxie au cotrimoxazole chez l'enfant né de mère VIH+ à partir de 6 semaines d'âge jusqu'à la confirmation du statut VIH négatif de l'enfant.
  - Prélever le sang pour le PCR (sur papier buvard) en vue du dépistage précoce dès 6 semaines d'âge ou pour le dépistage sérologique rapide du VIH en fonction de l'âge, en se conformant aux directives contenues dans le carnet de santé de l'enfant.
  - Procéder au Dépistage C Initiative du Prestataire (DCIP) si le statut sérologique des parents est non connu.
  - Orienter vers les services de prise en charge du VIH/SIDA si le test VIH est positif.

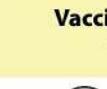
## 11. Conseiller à la mère d'utiliser les services de PF

Voir Chapitre 2 du Volume 1 Santé de la femme pages 14 à 19

## 12. Référer

Tout enfant présentant un déficit psychomoteur ou autres complications identifiées.

### Calendrier vaccinal en cours de modifications au 20/11/2020 : VAR est remplacé par RR, Rota<sub>3</sub> est ajouté à 4 mois

Calendrier de vaccination du jeune enfant			
	AGE	VACCINS	MALADIES CIBLES DU PEV
	Naissance	BCG POLIO ORAL 0 HEPB	Tuberculose Poliomyélite Hépatite B
	2 mois	POLIO ORAL 1 DTC/Hep B/Hib1 Pneumo 1 Rota 1	Poliomyélite, Diphtérie Tétanos, Coqueluche Hépatite B, Méningite Pneumonie à pneumocoque Diarrhée à rotavirus
	3 mois	POLIO ORAL 2 DTC/Hep B/Hib 2 Pneumo 2 Rota 2	Poliomyélite, Diphtérie Tétanos, Coqueluche Hépatite B, Méningite Pneumonie à pneumocoque Diarrhée à rotavirus
	4 mois	POLIO ORAL 3 VPI DTC/Hep B/Hib 3 Pneumo 3	Poliomyélite, Diphtérie Tétanos, Coqueluche Hépatite B, Méningite Pneumonie à pneumocoque Diarrhée à rotavirus
	9 mois	VAR Vaccin anti-amaril (VAA) Vitamine A Mébendazole	Rougeole Fièvre jaune
	15 à 18 Mois	VAR2/RR	Rougeole / Rubéole

**Vacciner l'enfant selon le calendrier vaccinal, c'est le protéger!**






## Chapitre 4

# SANTÉ DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE

### 4.1 GÉNÉRALITÉS

*L'adolescence englobe le groupe d'âge de 10 à 19 ans. Elle est considérée comme une période de transition critique entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle la société ne considère plus l'adolescent comme un enfant sans pour autant lui accorder ni le statut, ni le rôle, ni la fonction d'un adulte. Cette période se caractérise par un rythme important de croissance et de changements d'ordre physiologique, cognitif, psychologique, social et économique.*

*La santé de la reproduction des adolescents et jeunes est un état de bien-être général et dynamique tant physique, mental que social de l'adolescent et du jeune pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions, son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.*

*La jeunesse englobe le groupe d'âge de 15 à 24 ans. Une jeune personne appartient aux deux groupes (10-24 ans).*



#### Quels objectifs ?

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé sexuelle et reproductive de l'adolescent et du jeune pour son épanouissement.

#### Objectifs spécifiques :

- Amener les adolescents et les jeunes à adopter des comportements responsables en matière de sexualité et de procréation.
- Offrir des services de qualité adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Prendre en charge les problèmes psychosociaux et médicaux : grossesse précoce non désirée, avortement, violences sexuelles, IST, VIH/SIDA, usage de drogues et stupéfiants.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Adolescents
- Jeunes

#### À quels moments ?



- À chaque contact avec un adolescent ou un jeune
- À chaque regroupement d'adolescents ou de jeunes
- En cas de problème de santé chez l'adolescent/jeune
- En cas de problème social chez l'adolescent/jeune
- Lors de l'utilisation de TIC

### 4.1 NORMES EN SANTÉ DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE

Normes au niveau communautaire : conseils pour le changement de comportement, C4D

Normes	Niveaux CSI et HR/HG	
Normes d'interventions	<b>Prévention :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promotion de l'utilisation du préservatif</li> <li>▪ Contraception</li> <li>▪ Vaccination</li> <li>▪ Soins prénatals</li> <li>▪ Soins périnatals</li> <li>▪ Visite médicale périodique de l'adolescente</li> <li>▪ Consultation pré-nuptiale</li> </ul>	<b>Prise en charge :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prise en charge des difficultés liées à l'usage du préservatif</li> <li>▪ Prise en charge des IST/VIH</li> <li>▪ Prise en charge des troubles de la puberté</li> <li>▪ Prise en charge des troubles du cycle menstruel</li> </ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin</li> <li>▪ Sage-femme</li> <li>▪ Infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologue</li> <li>▪ Assistant social</li> <li>▪ En plus au niveau HR/HG : Médecin spécialiste</li> </ul>
Normes d'infrastructures	<i>Voir le document normatif concernant les infrastructures pour un CSI, HR, HG</i>	

Normes (suite)	Niveaux CSI et HR/HG	
Normes des matériels et équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Balance pèse-personne</li> <li>▪ Toise pour adulte</li> <li>▪ Lampe d'examen</li> <li>▪ Table d'examen gynécologique</li> <li>▪ Tensiomètre</li> <li>▪ Stéthoscope médical</li> <li>▪ Stéthoscope obstétrical de Pinard</li> <li>▪ Spéculum vaginal</li> <li>▪ Boîte de consultation gynécologique</li> <li>▪ Boîte de petite chirurgie</li> <li>▪ Paravent</li> <li>▪ Lit d'hospitalisation. Matelas médical</li> <li>▪ Potence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Négatoscope</li> <li>▪ Aspirateur (AMIU)</li> <li>▪ Incinérateur</li> <li>▪ Stérilisateur</li> <li>▪ Dispositif de décontamination du matériel</li> <li>▪ Poubelle avec pédale et couvercle</li> <li>▪ Ordinateur et imprimante</li> <li>▪ Matériel audiovisuel</li> <li>▪ Téléphone</li> <li>▪ Moyens de déplacement</li> <li>▪ Autres matériels et équipements selon la liste des besoins</li> </ul>
Normes des médicaments et consommables : selon la liste des médicaments et produits en santé de la reproduction		
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carnets de santé</li> <li>▪ Fournitures de bureau</li> <li>▪ Fiches techniques</li> <li>▪ Registres</li> <li>▪ Protocoles de prise en charge</li> <li>▪ Fiche/Grille de supervision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ordinogrammes</li> <li>▪ Boîtes à images</li> <li>▪ Affiches/Prospectus/Dépliants</li> <li>▪ Mannequins/Modèles anatomiques</li> <li>▪ Phallus</li> </ul>

### 4.3 PROCÉDURES EN SANTÉ DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE

Services	Conduite à tenir au niveau communautaire
Conseil pour le changement de comportement/C4D	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Informé et conseiller sur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la santé sexuelle ;</li> <li>- les dangers des rapports sexuels trop précoces et non protégés (grossesses précoces, grossesses non désirées...) ;</li> <li>- les troubles de la puberté ;</li> <li>- l'avortement, y compris la loi en vigueur ;</li> <li>- les violences sexuelles ;</li> <li>- la délinquance juvénile, la toxicomanie, le suicide ;</li> <li>- les règles de la vie en société (civisme).</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Organiser des séances de sensibilisation</b> pour les adolescents et jeunes, scolarisés ou non, les parents, la communauté et les éducateurs en utilisant tous les canaux de communication existants sur le comportement sexuel et social responsable.</li> </ul>
Prise en charge des grossesses précoces	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer l'adolescente sur l'importance des soins prénatals.</li> <li>▪ Encourager et référer pour les contacts prénatals.</li> </ul>
Prise en charge des complications d'avortement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Référer au centre de santé.</li> </ul>
Prévention des grossesses non désirées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseiller les adolescents et jeunes sur les méthodes contraceptives modernes et leur mode d'utilisation. <i>Cf Chapitre 2 du Volume 1 Santé de la femme</i></li> <li>▪ Distribuer des contraceptifs modernes adaptés aux adolescents et jeunes en utilisant la liste de contrôle.</li> <li>▪ Informer sur les sites d'approvisionnement en contraceptifs modernes ;</li> <li>▪ Informer les adolescents et jeunes sur les dangers et les complications de l'avortement ; les conséquences sur leur vie future ; les modes de prévention ; la loi en vigueur interdisant l'avortement.</li> <li>▪ Orienter vers le centre de santé en cas de besoin.</li> </ul>
Prévention et prise en charge de la toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseiller sur les dangers de la consommation du tabac, de l'alcool, des drogues.</li> <li>▪ Orienter vers les centres spécialisés éducatifs et de formation des adolescents et jeunes à problèmes.</li> </ul>

<p><b>Prévention et prise en charge des IST et du VIH/SIDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer sur les modes de transmission, les moyens de prévention, les signes, complications et séquelles des IST et du VIH/SIDA.</li> <li>■ Encourager à se faire dépister et à se soigner, y compris leurs partenaires.</li> <li>■ Conseiller l'usage du préservatif et expliquer son mode d'utilisation.</li> <li>■ Orienter vers le centre de santé en cas de besoin.</li> <li>■ Voir le document sur la délégation des tâches au niveau communautaire.</li> </ul>
--	--

Services	Conduite à tenir aux niveaux CSI et HR/HG
<p><b>Visite médicale périodique de l'adolescent</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accueil et interrogatoire.</li> <li>■ Examen.</li> <li>■ Prise en charge si nécessaire.</li> <li>■ Référence si nécessaire. Au niveau HR/HG, prise en charge des cas référés.</li> </ul>
<p><b>Prise en charge des troubles de la puberté</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Voir le psychologue et l'assistant social.</li> </ul>
<p><b>Vaccination</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hépatite B : 3 doses espacées d'un mois chacune.</li> <li>■ HPV : 2 doses espacées de 6 mois.</li> </ul>
<p><b>Contraception</b></p>	<p><i>Cf Volume 1 Santé de la femme, chapitre 2 page 14</i></p>
<p><b>Consultation prénuptiale volontaire</b></p>	<p><i>Cf Volume 1 Santé de la femme, chapitre 1 page 12</i></p>
<p><b>Prise en charge de la période gravidopuerpérale</b></p>	<p><i>Cf Volume 1 Santé de la femme</i></p>
<p><b>Prise en charge des cas d'IST</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utiliser l'approche syndromique. <i>Cf Fiches techniques 45 à 49 pages 92 à 97 (Santé de la femme) et 61 à 63 pages 139 à 141 (Santé de l'homme)</i></li> <li>■ Référence si nécessaire. Au niveau HR/HG, prise en charge des cas référés.</li> </ul>
<p><b>Prise en charge des difficultés signalées pendant l'usage du préservatif.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Difficulté à garder le pénis en érection : voir le psychologue.</li> <li>■ Antécédent d'allergie au latex ou au lubrifiant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- éliminer une infection du gland ;</li> <li>- si l'allergie persiste, voir le dermatologue.</li> </ul> </li> <li>■ Cliente embarrassée parce que son partenaire ne sait pas utiliser le condom : <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire un jeu de rôle avec la cliente ;</li> <li>- faire la démonstration sur un mannequin/phallus.</li> </ul> </li> <li>■ Déchirure du condom ou glissement du condom dans le vagin : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Référer pour une contraception d'urgence et une prophylaxie postexposition (PPE). <i>Cf Volume 1 Santé de la femme, Chapitre 2 page 19</i></li> </ul> </li> <li>■ Irritation du pénis : <ul style="list-style-type: none"> <li>- vérifier la présence d'une réaction allergique ;</li> <li>- vérifier la présence d'une infection ;</li> <li>- traiter selon le cas ;</li> <li>- si pas de résultats, voir un dermatologue.</li> </ul> </li> <li>■ Référence si nécessaire. Au niveau HR/HG, prise en charge des cas référés.</li> </ul>



**VOLUME 2**  
**SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT,  
DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE**

**FICHES TECHNIQUES**

## FICHE TECHNIQUE 53

### Préparation à la naissance

#### Se préparer

- Trouver un assistant et réviser le plan d'urgence. L'assistant vous aidera à :
  - s'occuper de l'enfant pendant que vous vous prenez soin de la mère ;
  - demander de l'aide ou prêter assistance si un problème survient.

#### Préparer le lieu de l'accouchement

Cet endroit doit être :

- **Chaud** : fermer les fenêtres et les portes pour bloquer les courants d'air.
- **Bien éclairé** : utiliser une lampe portative au besoin pour évaluer le bébé.
- **Propre** : aider la mère à se laver les mains et préparer un linge propre pour couvrir le bébé durant les soins peau à peau.

#### Se laver les mains

- Se laver les mains selon les règles universelles de protection contre les infections.
- S'assurer que chaque personne présente à l'accouchement se lave les mains.

Voir les techniques de lavage des mains dans la colonne ci-contre.

#### Préparer la ventilation du nouveau-né

- Prévoir un espace chaud, sec, plat et sécuritaire où le bébé pourra recevoir la ventilation au besoin.
- Préparer une trousse d'accouchement sécuritaire, un médicament utéro-tonique et le matériel pour aider le bébé à respirer.

#### Technique de lavage des mains en l'absence de robinet d'eau courante :

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

#### Technique de lavage des mains avec un robinet d'eau courante (source OMS) :



## FICHE TECHNIQUE 54

### Mensurations normales d'un nouveau-né à terme

	Moyenne	Extrêmes
Poids	3300 g	2700 g - 4000 g
Taille	50 cm	46 cm - 54 cm
Périmètre crânien	35 cm	32 cm - 36 cm

(Source : Soins aux nouveau-nés, Masson 3<sup>e</sup> édition)

## FICHE TECHNIQUE 55

### Cotation d'APGAR

Paramètres	0	1	2
Coloration	Pâle/Cyanose	Cyanose des extrémités	Rose
Réaction à la stimulation	Nul	Faible, grimace	Cri, toux, éternuements
Battements cardiaques	Absents	< 100/min	> 100 /min
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Réguliers
Tonus musculaire	Nul	Faible	Bon tonus, flexion des extrémités, mouvements actifs

**Le score est déterminé à 1, 5 et 10 minutes de vie.**

Il est obtenu par la somme des évaluations de chaque paramètre et évalue l'état du nouveau-né à la naissance (adaptation à la vie extra-utérine) et donc les besoins en réanimation.

#### Interprétation :

- Score < 3 : état de mort apparente
- Score entre 3 et 6 : état intermédiaire
- Score ≥ 7 : état normal

## FICHE TECHNIQUE 56

### Protocole d'administration des ARV

	Traitement
Trithérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT+ 3TC 2 fois/jour + NVP 1 fois/jour,</li> <li>• ou AZT 4 mg/kg/j 2 fois/j + NVP 3 mg/kg/j 1 fois par jour.</li> <li>• Traitement pendant 12 semaines.</li> <li>• Stopper la prophylaxie à 6 semaines de vie chez le nourrisson sous lait artificiel.</li> </ul>
Alternative	NVP 25 mg/jour soit 1/2 comprimé de 50 mg pendant 12 semaines. Stopper la prophylaxie à 6 semaines de vie chez le nourrisson sous lait artificiel.
Recommandations pour les prématurés ou les PPN < 3 kg durant les 15 premiers jours de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si LPV/r sirop et microgranules disponibles : AZT + 3TC + Nvp jusqu'à 2 semaines, puis ABC ou AZT + 3TC + LPV/r sirop jusqu'à 3 mois, puis ABC ou AZT + 3TC + LPV/r microgranules.</li> <li>• Si LPV/r microgranules disponible (mais pas de sirop) : AZT + 3TC + NVP jusqu'à 3 mois, puis ABC ou AZT + 3TC + LPV/r microgranules.</li> <li>• Si LPV/r sirop et microgranules non disponibles mais RAL granules disponible : AZT + 3TC + NVP jusqu'à 2 semaines, puis ABC ou AZT + 3TC + LPV/r</li> </ul>

## FICHE TECHNIQUE 57

### Soins Kangourou (SK)

#### Critères d'éligibilité

##### Critères d'éligibilité du bébé

- Peser moins de 2500 g à la naissance (PPN).
- Être capable de téter et de déglutir, c'est-à-dire avoir le réflexe de succion et de déglutition.
- Maintenir stable sa fonction cardio-respiratoire.
- N'avoir aucun autre problème en dehors de la régularisation de la température.

##### Critères d'éligibilité de la mère

- Être en bonne santé.
- Manifester le désir et la volonté de porter son bébé.
- Avoir un dispositif permettant de se couvrir avec son bébé.
- Avoir participé au moins à deux séances d'adaptation de séances kangourou.
- Avoir le soutien de sa famille et de son entourage.

#### Salle et matériel

- Maintenir la salle propre et chaude (température 25-28°C).
- Apprêter tout ce que la mère peut porter et qu'elle trouve confortable et chaud à la température ambiante.
- Apprêter un dispositif d'attache pour les soins kangourou afin de maintenir de manière sûre le bébé contre la poitrine de la mère (poche, corsage, bande Lycra, pagne).
- Apprêter le matériel et outils : un thermomètre, une balance, un équipement de réanimation, de l'oxygène si possible, des médicaments, un réfrigérateur si possible, un dossier, un registre de soins.

#### Conseils à la mère

Un membre de la famille peut la remplacer en cas de nécessité.

- Maintenir une bonne hygiène corporelle : bain deux à trois fois par jour, se laver fréquemment les mains, garder ses ongles courts et propres.
- Maintenir une bonne hygiène vestimentaire.
- Idéalement, dormir avec son bébé en position kangourou en se tenant dans une position légèrement inclinée ou surélevée à environ 15° par rapport à l'horizontale (semi-assise).
- Veiller à ce que les SK soient dispensés jusqu'au moment où le nourrisson arrive à terme (40 semaines d'âge gestationnel) ou atteint 2500 g.
- Pouvoir allaiter au sein dans la position kangourou si la poche est extensible (Lycra).
- Pouvoir se promener, se tenir debout, s'asseoir, ou mener des activités récréatives et éducatives.

#### Appliquer les SK

##### Positionner le bébé

- Placer le bébé dans une position verticale entre les seins de la mère (assise ou semi-assise), poitrine contre poitrine, pieds du bébé sous les seins, bras repliés et mains au-dessus des seins, en position de grenouille.
- Tourner doucement la tête du bébé sur le côté.
- Nouer autour du corps de la mère et du bébé le dispositif d'attache, bord supérieur juste en dessous de l'oreille du bébé, nez et bouche dégagés.
- Laisser suffisamment d'espace pour que les mouvements de l'abdomen soient possibles lorsque le bébé respire, mais pas trop pour que le bébé ne tombe pas lorsque la mère se lève ou se tient debout.
- Maintenir le linge à l'aide d'un nœud bien fermé et placer les extrémités sous une bande attachée.
- Éviter que la tête ne se replie ni ne soit trop tendue.
- Superviser et aider la mère jusqu'à ce qu'elle se sente parfaitement à l'aise avec la méthode.
- En cas de grossesse multiple, la mère fera recours à une autre porteuse.
- Sortir le bébé de la position kangourou dès qu'il en manifeste le besoin (pleurs, agitations, soulèvement des bras traduisant l'inconfort).

##### Initier l'allaitement au sein

- Stimuler le réveil de l'enfant afin de l'allaiter.
- Encourager la mère à allaiter fréquemment, toutes les 2 à 3 heures.
- Relâcher le linge enroulé autour du bébé avant que la mère ne commence à donner le sein.
- Alimenter toutes les heures si le bébé pèse moins de 1200 g ; toutes les 2 heures si plus de 1200 g.

#### Sortie du PPN de l'unité SK

- Décider de la sortie seulement si tous les critères suivants sont réunis :
  - le nouveau-né a atteint le poids de 2500 g ;
  - le gain pondéral est adéquat : 10 à 20 g/kg de poids par jour pendant 3 jours consécutifs ;
  - l'allaitement maternel est établi ;
  - le nouveau-né est en bonne santé avec une température corporelle stable sous kangourou ;
  - le personnel soignant estime que la mère est capable de s'occuper de son enfant ;
  - la famille est bien adaptée à la méthode SK.

#### Assurer le suivi en ambulatoire

Le port de kangourou peut être poursuivi à domicile.

- Tenir compte des conditions requises : le bébé doit bien s'alimenter, maintenir stable sa T° en position kangourou, prendre du poids, bénéficier de bonnes conditions de suivi à domicile.
- Organiser les visites de suivi : 1 fois par semaine pour le PPN < 2000 g et pour celui à problème ; 1 fois par mois pour le PPN ≥ 2000 g.

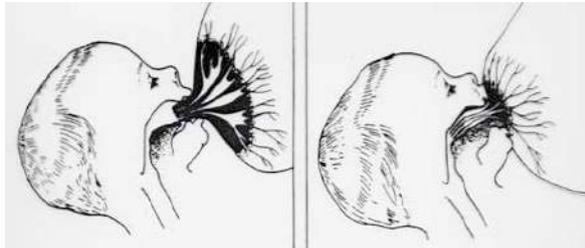
## FICHE TECHNIQUE 58

### Prise du sein

#### Principaux critères d'une bonne prise du sein



- La bouche est grande ouverte.
- La langue est en avant dans la bouche et peut être visible sur la gencive inférieure.
- La lèvre inférieure est éversée.
- Le menton touche le sein.
- L'aréole est plus visible au-dessus de la bouche de l'enfant qu'au-dessous.



Mauvaise prise

Bonne prise

#### Technique d'expression manuelle du lait maternel par la mère

- Se laver soigneusement les mains.
- S'installer confortablement.
- Tenir un récipient propre et stérile à large col sous son mamelon et l'aréole.
- Masser doucement tout le tissu du sein.
- Tenir le sein en mettant les doigts en forme de C, plaçant le pouce au-dessus du mamelon le long de la limite externe de l'aréole et les autres doigts sous le sein. Il faut faire attention à ne pas toucher le mamelon.
- Presser l'aréole entre le pouce et l'index tout en repoussant le sein contre la paroi du thorax ; presser puis relâcher plusieurs fois de suite en imitant le bébé qui tète.
- Changer la position des doigts en faisant passer le pouce et les autres doigts sur toutes les parties, respectivement au-dessus et en dessous de l'aréole de sorte à presser tous les conduits et à vider le sein.

- Exprimer le lait d'un sein jusqu'à n'obtenir plus que quelques gouttes. Faire la même chose pour l'autre sein.
- Recommencer l'opération en alternant d'un sein à l'autre pendant au moins 20 à 30 minute.
- En comprimant et relâchant le sein, appuyer légèrement vers l'arrière (cela marche bien pour certaines mères).
- Exprimer le lait 7 ou 8 fois par 24 heures.

#### Prise en charge des mamelons ombiliqués ou plats

- Enseigner à la mère à étirer et à faire ressortir le mamelon pris entre le pouce et l'index, plusieurs fois par jour,
- ou utiliser un tire-lait ou une seringue pour aspirer le mamelon vers l'extérieur en suivant les étapes suivantes :
  - Etape 1 : couper la seringue avec une lame, le long de la ligne de graduation la plus basse.
  - Etape 2 : insérer le piston à partir du bout découpé (à l'envers).
  - Etape 3 : placer le bout ouvert de la seringue contre le sein au niveau du mamelon et demandez à la mère de tirer doucement sur le piston pour sortir le mamelon.
- Reprendre plusieurs fois la procédure avant chaque tétée (au moins 8 fois par jour).
- Observer la mère pendant la pratique de l'aspiration du mamelon avec la seringue.
- Lui demander de donner le sein au bébé tout de suite après l'aspiration du mamelon.
- Prévention : commencer ces techniques lors des contacts prénatals.

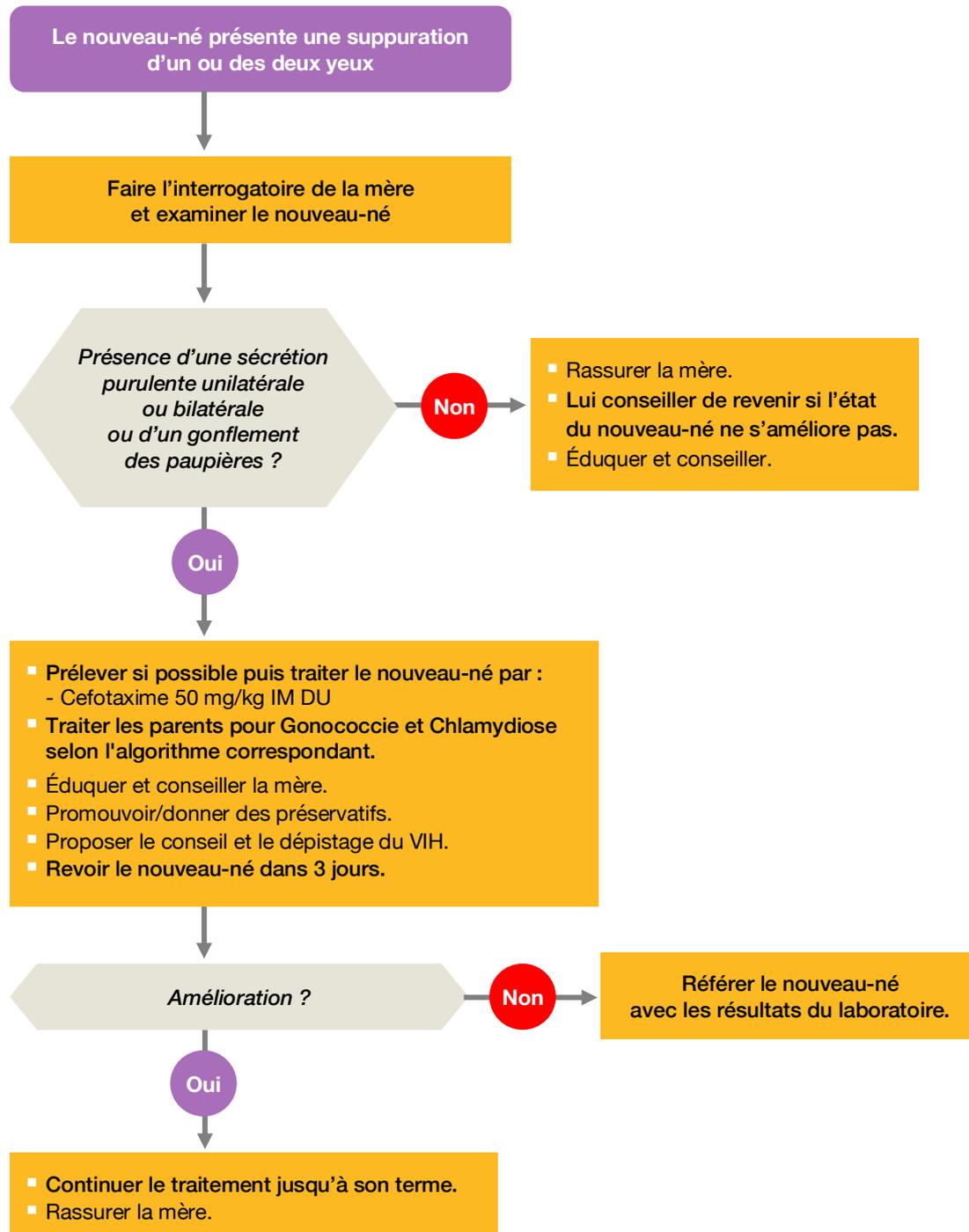
## FICHE TECHNIQUE 59

### Protocole d'administration de la vitamine K1

		Prématurité		À terme
		PN < 1500 g	PN > 1500 g	
Doses	PO	1 mg	2 mg	2 mg
	IVL/IM	0,5 mg	1 mg	1 mg
Durée du traitement		1 dose par semaine jusqu'à 40 semaines d'âge gestationnel révolu		3 doses : - 1 <sup>ère</sup> dose à la naissance - 2 <sup>ème</sup> à la sortie (3 <sup>ème</sup> jour) - 3 <sup>ème</sup> dose à 1 mois de vie

## FICHE TECHNIQUE 60

### Algorithme de prise en charge de la conjonctivite du nouveau-né





Big OXC Fashion Rights



**VOLUME 3**  
**SANTÉ DE L'HOMME**

**GÉNÉRALITÉS • NORMES • PROCÉDURES**

### 1.1 GÉNÉRALITÉS

*La santé de l'homme regroupe tous les aspects de santé reproductive chez l'homme élargis aux questions d'orientation sexuelle et de violences sexistes subies par les hommes.*



#### Quels objectifs ?

Offrir les services de santé sexuelle de qualité centrés sur l'homme afin qu'il jouisse d'un meilleur niveau de santé sexuelle.

#### Objectifs spécifiques

- Promouvoir la planification familiale dans le milieu spécifique masculin.
- Promouvoir une bonne hygiène de vie.
- Promouvoir l'épanouissement sexuel des hommes à tout âge.
- Promouvoir le respect des droits des minorités et prévenir les sévices et les discriminations sexuelles.
- Prévenir et prendre en charge précocement les IST pour éviter chronicité et contagion.
- Prévenir et traiter précocement les cancers ano-rectaux.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Hommes de tous âges

### 1.2 NORMES

Normes	Niveau communautaire	Niveau Centre de santé	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actions de promotion</li> <li>▪ Prévention</li> <li>▪ Dépistage</li> <li>▪ Orientation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuité des actions de promotion</li> <li>▪ Prévention</li> <li>▪ Traitement de 1<sup>er</sup> niveau</li> <li>▪ Référence selon les algorithmes</li> <li>▪ Supervision du niveau communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuité des actions de promotion</li> <li>▪ Prévention</li> <li>▪ Traitement des cas référés selon les algorithmes</li> <li>▪ Renforcement des capacités des CSI par la supervision</li> </ul>
Normes en ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ASC/RC formé sur :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- la promotion en SR dont santé des hommes</li> <li>- les droits humains dont les droits des minorités</li> <li>- la psychologie des patients</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmiers</li> <li>▪ Sages-femmes</li> <li>▪ Un médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Au moins un infirmier diplômé pour 5.000 habitants</li> <li>▪ Pour 10.000 habitants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Au moins un médecin</li> <li>▪ Au moins 4 types de spécialistes dont un cardiologue</li> <li>▪ Au moins un chirurgien-urologue</li> </ul> </li> </ul>
Normes en infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Espace aménagé garantissant la confidentialité distincte entre les adultes et les adolescents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salles garantissant la confidentialité (intimité sensorielle et physique)</li> <li>▪ Espaces adultes et adolescents distincts</li> <li>▪ Lieux éclairés en permanence, fournis en eau courante et fermant à clé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salles de consultations garantissant la confidentialité</li> <li>▪ Espaces ados/jeunes distincts</li> <li>▪ Laboratoires avec :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- automates de biochimie et NFS</li> <li>- culture bactérienne</li> <li>- ELISA/Western blot</li> <li>- réactifs AgHbs, HVC, chlamydiae</li> </ul> </li> <li>▪ Echographe fonctionnel</li> <li>▪ Mammographie</li> <li>▪ Radiothérapie moderne</li> <li>▪ Bloc opératoire fonctionnel</li> </ul>

Normes (suite)	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HR/HG
Normes des matériels et équipements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Table de bureau</li> <li>▪ Chaises et bancs</li> <li>▪ Moyen de déplacement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Table d'examen</li> <li>▪ Escabeau</li> <li>▪ Tabouret à hauteur réglable</li> <li>▪ Pèse-personne</li> <li>▪ Toise (y compris murale)</li> <li>▪ Lampe baladeuse</li> <li>▪ Thermomètre</li> <li>▪ Tensiomètre</li> <li>▪ Stéthoscope médical</li> <li>▪ Matériel de prélèvement urétral</li> <li>▪ Boîte de sécurité</li> <li>▪ Coton et compresses</li> <li>▪ Gants d'examen et doigtiers</li> <li>▪ Chariot</li> <li>▪ Poubelles à pédales</li> <li>▪ Récipients en plastique avec solution de décontamination</li> <li>▪ Dispositifs de lavage des mains et savon</li> </ul>	
Normes des médicaments et consommables	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préservatifs masculins et féminins</li> <li>▪ Pilule d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciprofloxacine cp</li> <li>▪ CG3 cp et injectable</li> <li>▪ Pénicilline</li> <li>▪ Azythromicine</li> <li>▪ Erythromycine</li> <li>▪ ARV et IO</li> <li>▪ TDR pour VIH, hépatite, syphilis</li> </ul>	
Normes des outils et supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registre SR</li> <li>▪ Fiche VAD</li> <li>▪ Fiche de démonstration</li> <li>▪ Fiche de supervision thématique</li> <li>▪ Boîtes à images sur toutes les thématiques de SR</li> <li>▪ Dépliants</li> <li>▪ Présentoirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liste des médicaments essentiels génériques (MEG)</li> <li>▪ Registre des violences sexuelles</li> <li>▪ Registres des IST, PF, TAR</li> <li>▪ Fiches de consultation PF, IST, référence/contre-référence</li> <li>▪ Dossier médical du patient</li> <li>▪ Ordonnancier</li> <li>▪ Algorithmes de prise en charge selon l'approche syndromique.</li> <li>▪ Fiche technique de prélèvement urétral</li> </ul>	



## Chapitre 2

# INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

## 2.1 GÉNÉRALITÉS

*Une infection sexuellement transmissible (IST) est une infection qui se transmet entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels.*



### Quels objectifs ?

Offrir des services de santé sexuelle de qualité centrés sur l'homme pour ce qui est des IST.

#### Objectifs spécifiques :

- Sensibiliser la communauté sur les IST.
- Prévenir les IST.
- Dépister les IST.
- Prendre en charge les IST.

#### Pour quels publics ?



- Prestataires de santé
- Hommes de tous âges
- Populations clés

## 2.2 NORMES

Normes	Niveau communautaire	Niveau CS	Niveau HR/HG
Normes d'interventions	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promotion</li><li>▪ Prévention</li><li>▪ Soins à base communautaire</li><li>▪ Suivi et évaluation communautaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promotion</li><li>▪ Prévention</li><li>▪ Prise en charge des cas</li><li>▪ Suivi et évaluation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prise en charge des cas référés</li><li>▪ Supervision.</li></ul>

## 2.2 PROCÉDURES

Services	Conduite à tenir au niveau communautaire
Promotion	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Faire l'IEC/CCC par la mise en place de clubs de dialogue communautaire intégrant les autochtones et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.</li><li>▪ Impliquer les tradithérapeutes et les communautés religieuses pour lutter contre le multipartenariat.</li><li>▪ Intégrer la prévention des IST dans les visites à domicile (VAD).</li><li>▪ Faire le marketing social du condom masculin et féminin avec des démonstrations du port du préservatif, et la mise en place de points de vente en impliquant les tenanciers des hôtels/motels.</li></ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Informer sur les signes des différentes IST (boîte à images).</li><li>▪ Distribuer/céder les préservatifs.</li></ul>
Soins à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identifier/repérer précocement les signes des IST : écoulement de pus ou de sang, boutons, ulcération ou plaies au niveau des parties génitales.</li><li>▪ Rassurer.</li><li>▪ Orienter vers le centre de santé.</li><li>▪ Faire le suivi communautaire des cas, encourager le dépistage des partenaires.</li></ul>
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Documenter les perceptions, les attitudes des communautés et les normes communautaires sur les IST.</li><li>▪ Elaborer les rapports sur les cas en communauté.</li></ul>

Services	Conduite à tenir au niveau CSI
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégrer l'approche genre et droit humains dans le paquet SR lors du counseling.</li> <li>▪ Planifier les séances CCC en focus groupe dans un espace réservé.</li> </ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distribuer/céder des préservatifs.</li> <li>▪ Rendre systématique le counseling, puis proposer le dépistage à tout consultant dans un espace confidentiel périodique.</li> <li>▪ Mettre en place un espace d'échanges et d'écoute.</li> <li>▪ Conseiller les patients souffrant d'IST à suivre un traitement.</li> <li>▪ Aider les patients à adopter de nouveaux comportements en matière de relation sexuelle afin d'éviter la propagation des IST et du VIH/SIDA.</li> </ul>
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Examiner le patient.</li> <li>▪ Confirmer ou rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter. <i>Cf Fiches techniques 61, 62 et 63 pages 139 à 141 ainsi que la Fiche 45 du Volume 1 Santé de la femme page 92</i></li> <li>▪ Informer le patient de ses risques et de la nécessité de changer de comportement.</li> <li>▪ Aider le patient à entreprendre un changement social et de comportement sexuel.</li> <li>▪ Notifier et traiter les partenaires sexuels.</li> <li>▪ Informer le patient sur l'avenir de sa fécondité (si infection mal ou non traitée).</li> <li>▪ Référer à l'hôpital en cas de complications.</li> </ul>
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Superviser les acteurs communautaires.</li> <li>▪ Rédiger les rapports de cas et d'activités de promotion.</li> </ul>

Services	Conduite à tenir au niveau HR/HG
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmer le diagnostic spécifique par les prélèvements biologiques.</li> <li>▪ Faire le counseling sur le dépistage et VIH/Hépatite.</li> <li>▪ Evaluer le risque du patient.</li> <li>▪ Prendre en charge le cas d'IST. Diagnostiquer et traiter le ou les partenaire(s) éventuel(s). <i>Cf Fiches techniques 61, 62 et 63 pages 139 à 141 ainsi que la Fiche 45 du Volume 1 Santé de la femme page 92</i></li> <li>▪ Revoir le patient dans trois mois pour réévaluer l'état sérologique.</li> </ul>

### 3.1 GÉNÉRALITÉS

*Le dysfonctionnement érectile se définit comme l'incapacité d'un homme à obtenir ou maintenir une érection suffisante pour permettre une relation sexuelle satisfaisante.*

#### Quels types de dysfonctionnements ?

- Dysfonctionnement érectile
  - Asthénie
  - Impuissance sexuelle
  - Priapisme

- Troubles liés au désir sexuel
  - Perte de libido
- Troubles de l'éjaculation
  - Éjaculation précoce
  - Anéjaculation
  - Éjaculation rétrograde
- Dysfonctionnements liés à l'orgasme
  - Orgasme sans éjaculation

### 3.2 PROCÉDURES

Services	Conduite à tenir au niveau communautaire
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faire la CCC sur l'automédication et le danger de la consommation des aphrodisiaques et stupéfiants.</li> <li>■ Impliquer tradithérapeutes et communautés religieuses pour lutter contre les mythes.</li> <li>■ Créer des groupes de parole sur les causes des dysfonctionnements érectiles.</li> <li>■ Faire la promotion de l'exercice physique, de la consommation modérée des boissons alcoolisées et la lutte contre le tabagisme.</li> </ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dépister systématiquement l'hyperglycémie à l'aide des bandelettes et l'HTA par la prise de la PA à domicile.</li> </ul>
Soins à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rassurer les patients. Favoriser le dialogue en couple.</li> <li>■ Orienter vers le CSI.</li> <li>■ Faire le suivi psychologique des cas en milieu communautaire et encourager à adhérer au traitement.</li> </ul>
Suivi et évaluation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documenter les perceptions, les attitudes des communautés et les normes communautaires sur les dysfonctionnements érectiles et sexuels.</li> <li>■ Elaborer les rapports sur les cas en communauté.</li> </ul>

Services	Conduite à tenir au niveau CSI
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Organiser deux fois par an des journées thématiques sur les dysfonctionnements érectiles et sexuels incluant les consultations.</li> </ul>
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Assurer la confidentialité. Rassurer.</li> <li>■ Rechercher une IST et la traiter selon l'algorithme IST.</li> <li>■ Conseiller une bonne hygiène de vie (nourriture, sommeil, abandon des excitants).</li> <li>■ Référer.</li> </ul>

Services	Conduite à tenir au niveau HR/HG
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Organiser deux fois par an des journées thématiques sur les dysfonctionnements érectiles et sexuels incluant les consultations.</li> </ul>
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Assurer la confidentialité. Rassurer .</li> <li>■ Confirmer le diagnostic par l'examen clinique.</li> <li>■ Rechercher une éventuelle cause : diabète, HTA, drépanocytose, alcoolisme, troubles du psychisme.</li> <li>■ Mettre en place un suivi pluridisciplinaire associant le psychologue, le cardiologue, l'endocrinologue, l'urologue, et si possible le sexologue. Assurer le suivi.</li> </ul>

## Chapitre 4

# PATHOLOGIES DE LA PROSTATE

### 4.1 GÉNÉRALITÉS

*Les affections de la glande prostatique - prostatite aiguë et chronique, adénome et cancers de la prostate, etc - peuvent s'accompagner de troubles de la miction, de troubles de la sexualité et de troubles de la fertilité.*

#### Signes évocateurs

- Pollakiurie
- Dysurie
- Hématurie
- Rétention aiguë d'urine
- Incontinence d'urine
- Ejaculation précoce, douloureuse
- Hémospémie (sang dans le sperme)
- Anéjaculation
- Oligospermie, azospermie (spermogramme)

### 4.2 PROCÉDURES

Services	Conduite à tenir au niveau communautaire
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire l'IEC/CCC sur les pathologies qui touchent la prostate et sur les moyens de prévention.</li> <li>▪ Impliquer tradithérapeutes et communautés religieuses pour lutter contre les mythes.</li> <li>▪ Créer des groupes de parole sur les causes des pathologies qui touchent la prostate.</li> <li>▪ Sensibiliser sur les signes des pathologies prostatiques.</li> <li>▪ Faire la promotion du dosage de la PSA à partir de 60 ans.</li> </ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dépister systématiquement la HTA et l'hyperglycémie chez les patients avec signes prostatiques.</li> </ul>
Soins à base communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rassurer les patients sur les possibilités de guérison.</li> <li>▪ Renforcer l'acceptation des patients ayant des fuites urinaires.</li> <li>▪ Accompagner les patients qui ont des dysfonctionnements érectiles post-cure.</li> <li>▪ Orienter vers le CSI.</li> </ul>

Services	Conduite à tenir au niveau CSI
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser deux fois par an des journées thématiques sur les dysfonctionnements érectiles et sexuels incluant les consultations.</li> </ul>
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la confidentialité. Rassurer.</li> <li>▪ Conseiller une bonne hygiène de vie (nourriture, sommeil, abandon des excitants).</li> <li>▪ Rechercher une IST et la traiter selon l'algorithme IST.</li> <li>▪ Encourager les patients à adhérer au traitement médico-chirurgical.</li> <li>▪ Référer.</li> </ul>

Services	Conduite à tenir au niveau HR/HG
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la confidentialité.</li> <li>▪ Doser les PSA.</li> <li>▪ Faire un ECBU.</li> <li>▪ Faire une échographie prostatique.</li> <li>▪ Mettre à disposition des spécialistes les critères échographiques et les seuils de PSA de référencement.</li> <li>▪ Référer aux spécialistes les cas d'hypertrophie prostatique ou d'élévation des PSA suspecte.</li> <li>▪ Contre-référer au CSI les cas négatifs ou simples.</li> </ul>

## Chapitre 5

# DISCRIMINATION DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

## 5.1 GÉNÉRALITÉS

*La discrimination est l'action de discerner/distinguer les hommes des uns des autres, ou encore le traitement défavorable de certains groupes humains par la réduction arbitraire de leurs droits et contraire au principe de l'égalité en droit,*

## 5.2 PROCÉDURES

Services	Conduite à tenir au niveau communautaire
Promotion	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sensibiliser la communauté au respect des droits des minorités.</li><li>▪ Sensibiliser la communauté sur le respect de l'orientation sexuelle.</li></ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Faire des démonstrations du port du préservatif.</li><li>▪ S'assurer de la disponibilité des intrants.</li><li>▪ Distribuer les gels lubrifiants, les préservatifs.</li><li>▪ Favoriser les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes dans les groupes d'échanges.</li><li>▪ Identifier les victimes de discrimination et de stigmatisation afin de les référer vers les structures de prise en charge.</li><li>▪ Proposer des groupes d'écoute.</li></ul>

Services	Conduite à tenir au niveau CSI
Promotion	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Encourager la fidélité sexuelle.</li></ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Conseiller l'utilisation du gel lubrifiant.</li><li>▪ Promouvoir le préservatif à chaque rapport sexuel.</li></ul>
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Assurer la confidentialité.</li><li>▪ Faire le dépistage des IST et du VIH/SIDA.</li><li>▪ Orienter l'examen vers la marge anale.</li><li>▪ Orienter vers un proctologue en cas de problème anal ; en cas de lésions anales, référer à l'hôpital.</li></ul>

Services	Conduite à tenir au niveau HR/HG
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Garantir la confidentialité.</li><li>▪ Offrir l'écoute.</li><li>▪ Disposer d'un local.</li><li>▪ Faire le dépistage des IST et du VIH/SIDA.</li><li>▪ Donner le traitement.</li><li>▪ Informer les patients sur leurs droits sociaux.</li><li>▪ Contre-référer au CSI.</li></ul>

## Chapitre 6

# VIOLS ET SÉVICES EN MILIEU CARCÉRAL

### 6.1 GÉNÉRALITÉS

*Le viol est l'acte par lequel une personne est contrainte à un acte sexuel, le plus souvent un rapport sexuel, par la force, la surprise, la menace, la ruse ou, plus largement, sans son consentement.*

### 6.2 PROCÉDURES

Services	Conduite à tenir au niveau communautaire
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promouvoir les droits en milieu carcéral.</li> <li>■ Avoir la formation sur la promotion des droits humains et les questions de santé.</li> </ul>
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer et éduquer les hommes sur les conséquences des relations sexuelles non protégées.</li> <li>■ Faire l'IEC/CCC sur les IST chez les hommes en milieu carcéral.</li> <li>■ Distribuer des préservatifs.</li> <li>■ Conseiller les patients souffrant d'IST/MST à suivre un traitement et à adopter de nouveaux comportements en matière de relation sexuelle afin de prévenir de nouvelles IST et d'endiguer la propagation du VIH/SIDA dans ce milieu.</li> <li>■ Expliquer les signes des différents IST (boite à images).</li> <li>■ Faire des démonstrations du port du préservatif.</li> </ul>

Services	Conduite à tenir en centre de santé carcéral
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Assurer la confidentialité.</li> <li>■ Faire le dépistage des IST et du VIH/SIDA.</li> <li>■ Proposer systématiquement le counseling puis le dépistage à tout homme incarcéré.</li> <li>■ Dans un espace confidentiel, organiser périodiquement un moment d'échanges et d'écoute.</li> </ul>

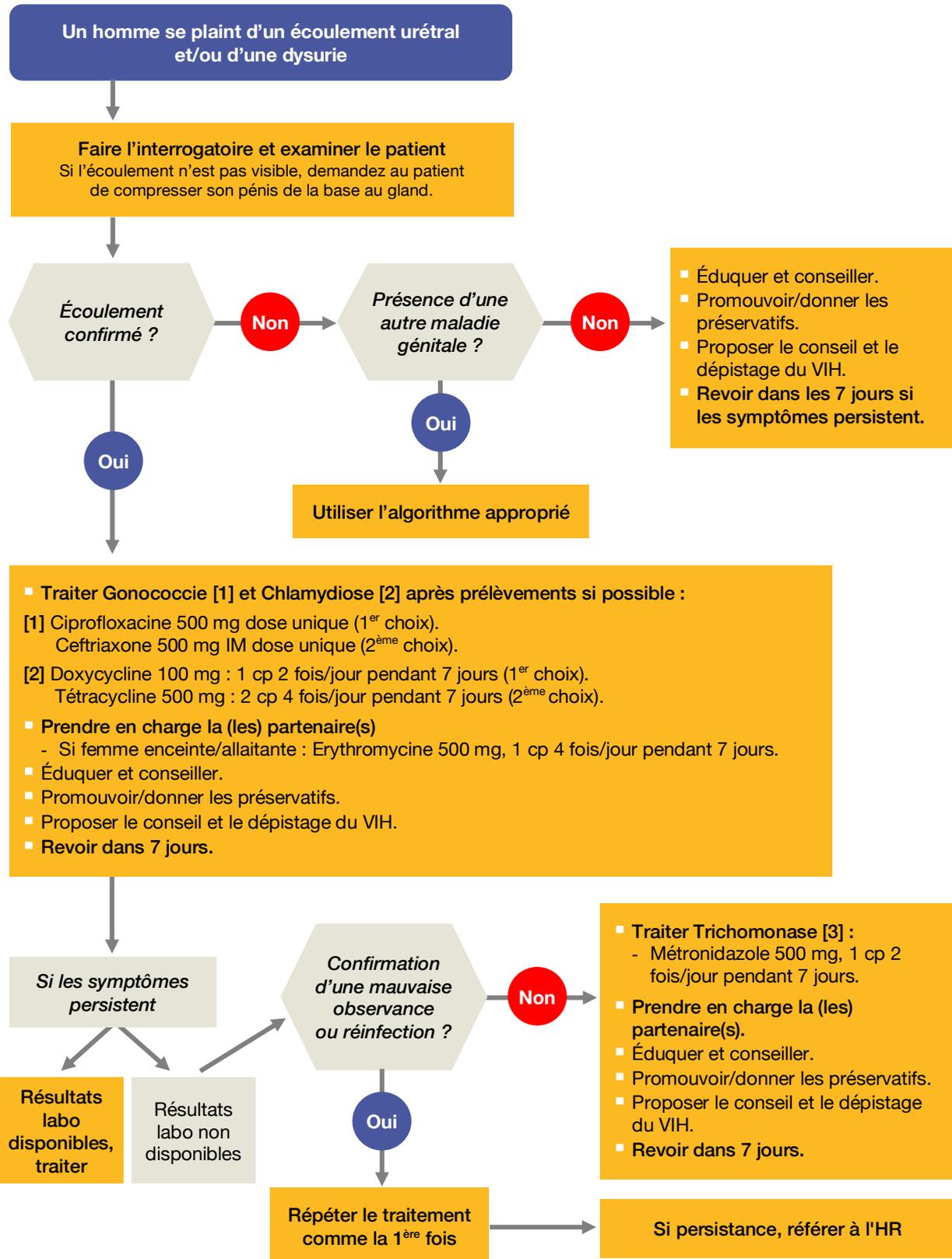
Services	Conduite à tenir au niveau HR/HG
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Garantir la confidentialité.</li> <li>■ Offrir l'écoute.</li> <li>■ Disposer d'un local.</li> <li>■ Faire le dépistage des IST et du VIH/SIDA.</li> <li>■ Donner le traitement.</li> <li>■ Informer les patients sur leurs droits sociaux.</li> <li>■ Contre-référencer au centre de santé carcéral.</li> </ul>

*Pour les aspects planification familiale, cancer mammaire, infertilité du couple, et plus d'informations sur les IST, voir le volume 1 Santé de la femme.*

**VOLUME 3**  
**SANTÉ DE L'HOMME**  
**FICHES TECHNIQUES**

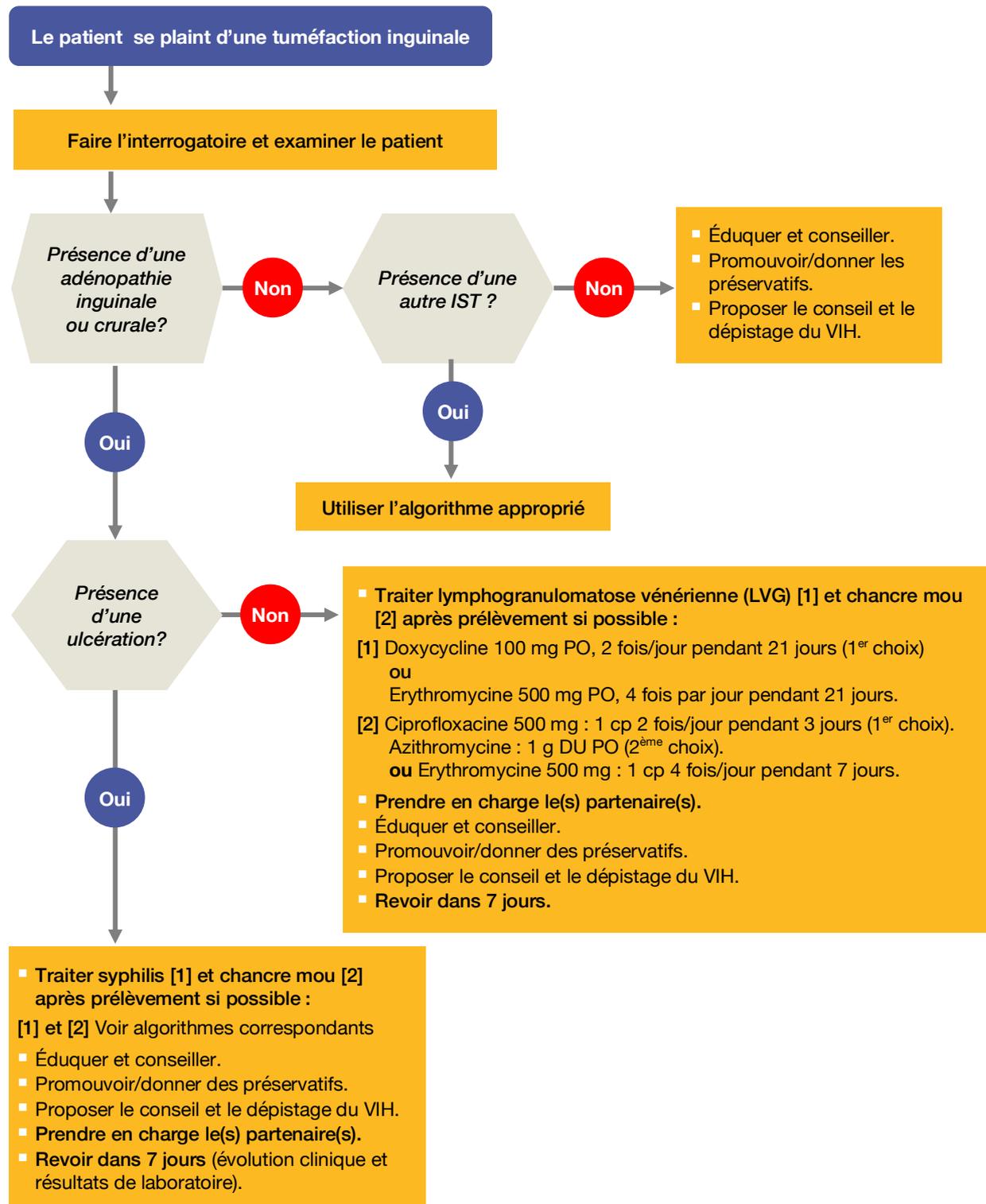
## FICHE TECHNIQUE 61

### Algorithme de prise en charge de l'écoulement urétral



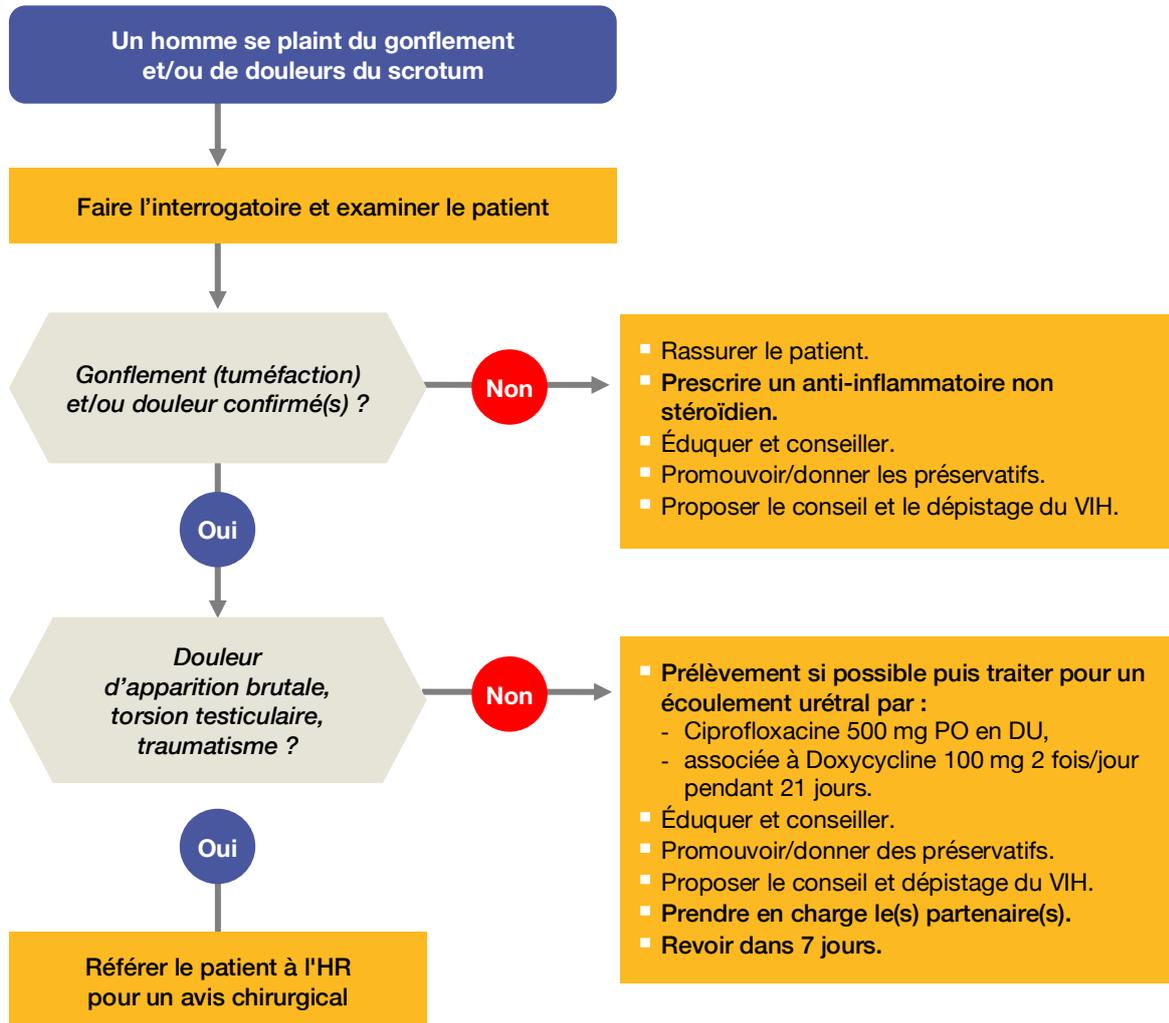
## FICHE TECHNIQUE 62

### Algorithme de prise en charge du bubon inguinal



## FICHE TECHNIQUE 63

### Algorithme de prise en charge du gonflement et des douleurs du scrotum





**VOLUME 4**  
**COMPOSANTES D'APPUI**

**FORMATION ● GESTION ● RECHERCHE OPÉRATIONNELLE ●  
SUIVI ● SUPERVISION ● ÉVALUATION ●  
MONITORING DES SONU ● SDMNPR**

## Composantes d'appui FORMATION

La **formation** est le processus d'acquisition des connaissances et des savoirs en vue de la résolution des problèmes.

### Quel objectif ?



Renforcer les compétences techniques des équipes de santé en charge de l'offre des services de planification familiale à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

### Pour quels publics ?



- Équipes de santé
- Équipes managériales
- Organes de participation communautaire
- Équipes de secteurs connexes

### À quelle périodicité ?



- Trimestriellement dans les districts
- Selon les opportunités

### Selon quelles normes ?

Normes d'intervention	Normes en ressources humaines	Normes des matériels et équipements
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besoins en formation</li> <li>▪ Plan de formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestionnaire/ Manager</li> <li>▪ Personnel médical</li> <li>▪ Personnel paramédical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modules de formation</li> <li>▪ Matériel didactique</li> </ul>

### Et avec quelles procédures ?

#### Conduite à tenir

- Analyser la situation sanitaire.
- Identifier les problèmes.
- Identifier les domaines prioritaires.
- Identifier les besoins en formation.
- Mettre en place un groupe technique.
- Elaborer les modules de formation.
- Identifier les formateurs.
- Former les formateurs.
- Planifier le processus de formation.
- Mettre en œuvre le processus pédagogique.
- Délivrer les attestations/certificats aux apprenants.
- Rédiger le rapport de formation.
- Diffuser le rapport de formation.
- Organiser la supervision après la formation.

## Composantes d'appui GESTION

Science/art qui englobe les **concepts, techniques et outils** permettant de mieux organiser une entreprise/organisation, améliorer son fonctionnement en gérant rationnellement les ressources en vue d'atteindre les objectifs.

### Quel objectif ?



Mettre en cohérence et en convergence, de manière coordonnée, les activités et les ressources pour atteindre les résultats.

### Pour quels publics ?



Équipes des différents niveaux de la pyramide sanitaire

### À quelle périodicité ?



- Continue pour les fonctions d'analyse de la situation des problèmes, prise de décision, communication.
- Séquentielle pour les fonctions de planification, mise en œuvre et évaluation.

### Selon quelles normes ?

Normes d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cycle gestionnaire : planification, mise en œuvre et évaluation</li> </ul>
Normes en ressources humaines
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Équipes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</li> </ul>
Normes des matériels et équipements
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapport d'analyse</li> <li>▪ Normes et procédures</li> <li>▪ Politique</li> </ul>

### Et avec quelles procédures ?

Niveau	Conduite à tenir
<b>Gérer les services de planification</b>	
Bureau du COSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élaborer un micro-plan</li> </ul>
CSI	
District sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élaborer un plan opérationnel :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse de la situation</li> <li>- Identification des problèmes et priorisation</li> <li>- Fixation des objectifs et des résultats attendus</li> <li>- Identification des activités</li> <li>- Élaboration du budget</li> <li>- Cadre logique de mise en œuvre</li> </ul> </li> </ul>

## Composantes d'appui RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

La recherche opérationnelle est la quête de connaissances additionnelles en vue de la prise de décisions sur des bases factuelles

### Quel objectif ?



Mettre à la disposition des décideurs l'information additionnelle pour une prise de décision sur des bases factuelles.

### Pour quels publics ?



Triade d'influence :

- Prestataire
- Utilisateur
- Services

### À quelle périodicité ?



- Semestrielle/annuelle
- Selon les opportunités

### Selon quelles normes ?

#### Normes d'intervention

- Problèmes prioritaires
- Besoins de recherche

#### Normes en ressources humaines

- Personnel médical
- Personnel paramédical
- Gestionnaire/Manager
- Agent du secteur connexe

#### Normes des matériels et équipements

- Protocole de recherche
- Outil de collecte des données
- Outil de traitement des données

### Et avec quelles procédures ?

#### Conduite à tenir

- Choisir le thème de recherche.
- Élaborer le protocole d'étude.
- Recueillir les données.
- Analyser et interpréter les données.
- Rédiger le rapport.
- Publier les résultats.

## Composantes d'appui SUIVI

Le suivi est une activité de gestion destinée à s'assurer que :

- les ressources planifiées ont été mobilisées ;
- les ressources mobilisées ont servi à réaliser les activités planifiées ;
- les activités ont été réalisées comme prévu.

### Quels objectifs ?



- Renforcer les capacités locales.
- Apprendre à réajuster et agir.
- Assurer une responsabilité partagée.

### Pour quels publics ?



- Prestataires
- Utilisateurs
- Services

### À quelle périodicité ?



Continue

### Selon quelles normes ?

#### Normes d'intervention

- Planification
- Mise en œuvre

#### Normes en ressources humaines

- Équipe de santé
- Sous-Préfet
- Secrétaire Général
- Chef de quartier
- Chef de village
- Relais communautaires
- Responsables sectoriels

#### Normes des matériels et équipements

- Rapport d'activités
- Rapport de mission
- Visite de terrain
- Réunion de suivi (monitorage)

### Et avec quelles procédures ?

#### Conduite à tenir

- Identifier les goulots d'étranglement.
- Analyser ces goulots d'étranglement.
- Élaborer un plan d'action.
- Mettre en œuvre le plan d'action.
- Procéder au coaching.
- Réaliser le monitoring

## Composantes d'appui SUPERVISION

*La supervision est un processus permettant d'aider les équipes à améliorer leurs prestations grâce à un transfert de compétences, de connaissances, d'attitudes et de gestes entre le superviseur et les membres de l'équipe supervisée. Elle garantit des prestations de qualité.*

### Quels objectifs ?

-  • Renforcer les compétences des membres des différentes équipes aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Améliorer la qualité du processus de résolution des problèmes par les équipes supervisées.
- Offrir des services de qualité en matière de planning familial.

### Pour les équipes de quelles structures ?

-  • CSI (équipe technique, unité fonctionnelle)
- HB, HG, CHU (staff, service technique)
- Districts sanitaires (équipes cadres)
- Directions départementales des soins et services de santé
- Directions générale et centrale
- Organes de participation communautaire (COSA, COGES, CODIR)

### À quelle périodicité ?

-  • Mensuelle pour les équipes CSI et COSA
- Trimestrielle pour les équipes cadres des DS, DDSSSa, HB, HG, COGES, CODIR
- Semestrielle pour les équipes des directions centrale et générale

### Selon quelles normes ?

#### Normes d'intervention

- Préparation de la supervision.
- Mise en œuvre de la supervision.
- Rédaction du rapport, diffusion aux différents partenaires.
- Suivi de la mise en œuvre des recommandations.

#### Normes en ressources humaines

- Gestionnaire/Manager
- Personnel médical
- Personnel paramédical
- Personnel du secteur connexe

#### Normes des matériels et équipements

- Protocole de supervision
- Grille(s) de supervision
- Rapports et documents normatifs

## Et avec quelles procédures ?

### Conduite à tenir

#### Supervision des équipes qui offrent les services de PF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

- Préparer la supervision.
- Analyser les rapports.
- Faire la revue documentaire.
- Identifier les écarts.
- Identifier le domaine à superviser.
- Élaborer le protocole de supervision.
- Élaborer la grille ou les grilles de supervision.
- Définir l'itinéraire ou les itinéraires.
- Informer l'équipe à superviser.
- Mettre en œuvre la supervision.
- Rendre les civilités aux autorités.
- Faire la revue documentaire.
- Administrer la grille de supervision.
- Organiser la réunion de restitution.
- Convenir des approches de solutions et recommandations.
- Donner des instructions.
- Rédiger et diffuser le rapport de supervision.
- Suivre la mise en œuvre des recommandations et instructions.

## Composantes d'appui ÉVALUATION

*L'évaluation est l'examen périodique de l'état de service sur les plans de la performance, de l'efficacité et de l'efficience.*

### Quels objectifs ?

-  • Recueillir et analyser les données sur les activités et les résultats de service.
- Utiliser conclusions et recommandations pour améliorer l'offre des services.

### Pour quels publics ?

-  Triade d'influence :
  - Service
  - Client
  - Prestataire

### À quelle périodicité ?

-  • Annuelle à l'issue de la mise en œuvre du plan.
- Trimestrielle ou semestrielle en cas de revue à mi-parcours.
- 3 à 5 ans dans le cadre d'une évaluation externe.

.../...

## Selon quelles normes ?

### Normes d'intervention

- Mesure de la performance réalisée, des résultats.
- Comparaison avec les indicateurs.
- Analyse pour un jugement de valeur fondé sur le seuil de satisfaction.
- Décision.

### Normes en ressources humaines

- Acteurs
- Partenaires
- Expertise externe

### Normes des matériels et équipements

- Termes de référence
- Outils de collecte des données

## Et avec quelles procédures ?

### Conduite à tenir

- Recueillir les données de base :
  - démographiques ;
  - normatives ;
  - plan d'action ;
  - budget et financement ;
  - rapports : études, évaluation.
- Préparer et pré-tester les outils de collecte des données de 3 types :
  - interviews ;
  - grille d'observation ;
  - grille de documentation.
- Recueillir les informations venant de la communauté : entretiens.

## Composantes d'appui MONITORAGE DES SONU

La fiche de monitoring des SONU a pour rôle la collecte des données. Ces données analysées permettront d'améliorer de façon proactive le plateau technique de la structure sanitaire.

Fiche de monitoring trimestriel des services de santé maternelle et néonatale  
au niveau des formations sanitaires SONU

Nom Formation Sanitaire (FS) :		code FS :		Population (aire d'influence) :				
Département :		District sanitaire :		Date de collecte :				
				Trimestre : Année : .....				
<b>1</b>	<b>Les fonctions SONU ont-elles été réalisées au cours des 3 mois précédents ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non*</b>	<b>2</b>	<b>Disponibilité d'autres services SMN au cours des 3 mois précédents</b>	<b>Oui</b>	<b>Non *</b>	
1.1	Administration d'antibiotique par voie parentérale			2.1	Prise en charge obstétricale 24h/24h et 7j/7			
1.2	Administration d'ocytocine par voie parentérale			2.2	Accouchement avec partogramme			
1.3	Administration d'anticonvulsivant par voie parentérale			2.3	GATPA			
1.4	Extraction manuelle du placenta			2.4	Service PTME/Syphilis/VIH selon le protocole			
1.5	Evacuation de débris intra utérin (AMIU, curage)			2.5	Prise en charge des VBG selon le protocole			
1.6	Accouchement assisté par ventouse			2.6	Vaccination BCG, Polio 0 pour le nouveau-né			
1.7	Réanimation néonatale de base (avec ballon et masque)			2.7	Voie veineuse pour chaque accouchement			
1.8	Réalisation de césarienne			2.8	Nombre nouveau-né avec examen dans 48h			
1.9	Réalisation de transfusion sanguine			2.9	Nombre de réanimations néonatales			
<p><b>* Si Non</b>, préciser la ou les causes parmi les raisons ci-après (1 à 7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problème de disponibilité des ressources humaines : Insuffisance (ou absence totale) des professionnels de santé;</li> <li>2. Problème de formation : Personnel non formé pour exécuter cette fonction ;</li> <li>3. Problème d'équipements / matériel / médicaments : non disponibles, ou non utilisables,</li> <li>4. Problème de politique/procédures : La politique sanitaire ou le niveau de l'établissement n'en permet pas la pratique ;</li> <li>5. Problèmes de gestion : manque de supervision, chaîne de froid, autres....</li> <li>6. Pas d'indication : aucun cas ne s'est présenté au cours de cette période nécessitant l'exécution de cette fonction.</li> <li>7. Autres (préciser, au dos de la feuille si besoin)</li> </ol>								
<b>3</b>	<b>Disponibilité de médicaments traceurs durant le trimestre enquêté pour les SONU (mettre oui ou non dans la case)</b>							
	Ocytocine	Misoprostol	Sulphate Magnésium	Métronidazole injectable	Kit césarienne	Produits sang		
<b>4</b>	<b>Nombre personnel clés travaillant dans maternité (mettre le nombre disponible ou ND)</b>		Obstétricien	Chirurgien	Anesthésiste	Médecin/MC	Sage-femme	Infirmier.e
<b>5</b>	<b>Au moment de la visite, la FS dispose de (entourer la réponse)</b>		Eau	Electricité	Laboratoire adapté	Ambulance en marche		
		Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non		
<b>6</b>	<b>Autres services santé de la reproduction</b>			<b>Nbre de cas</b>		<b>Nbre de cas</b>		
6.1	Nombre femmes quittant la maternité avec une contraception			6.3	Nombre implants posés			
6.2	Nombre DIU posé			6.4	Nombre soins post abortum			
<b>7</b>	<b>Nombre d'accouchements dans la FS au cours du trimestre :</b>		<b># Total</b>		<b>Voie vaginale</b>		<b>césarienne</b>	<b>Cas référés</b>
					sans ventouse	avec ventouse		
<b>8</b>	<b>Complications obstétricales directes</b>		<b>Nombre de cas Pris en charge / référé</b>		<b>Nombre de décès</b>	<b>Nombre décès notifiés</b>		<b>Nombre décès revus</b>
8.1	Hémorragie ante partum							
8.2	Hémorragie post partum							
8.3	Rupture utérine							
8.4	Pré éclampsie sévère / éclampsie							
8.5	Infection sévère du post-partum							
8.6	Travail prolongé / dystocies							
8.7	Complications de l'avortement							
8.9	Autres complications obstétricales directes*							
<b>9</b>	<b>Complications indirectes</b>							
<b>10</b>	<b>Décès de causes inconnues ou non-précisées</b>							
<b>11</b>	<b>Complications néonatales</b>		<b>Nombre de cas Pris en charge / référé</b>		<b>Nombre de décès</b>	<b>Nombre décès notifiés</b>		<b>Nombre décès revus</b>
11.1	Asphyxie							
11.2	Infection respiratoire							
11.3	Petit poids de naissance (≤ 2500g)							
12.1	Décès néonataux précoces (≤ 24h et ≥ 2500g)							
12.2	Morts nés frais (poids ≥ 2500g)							
13.1	Appui FS périphériques en santé reproduction (oui/non)				13.2	Activités sensibilisation communautaire en SR (oui/non)		

Rempli par : ..... Approuvé par : ..... Date approbation:.....

La **SDMNPR** est un cycle continu de mesures conçu pour fournir des données concrètes, exploitables en temps réel, sur les niveaux des mortalités maternelle, néonatale et périnatale, les causes et les facteurs contribuant aux décès.

L'accent est mis sur l'utilisation des résultats afin de planifier des mesures préventives appropriées et efficaces.

Tout décès maternel, néonatal et périnatal doit faire l'objet d'une identification, notification, revue, analyse et riposte.

### Quels objectifs



Éliminer les décès maternels, néonataux et périnataux évitables.

### Objectifs spécifiques :

- Compter chaque décès maternel, néonatal et périnatal, pour évaluer l'ampleur réelle du problème
- et fournir des informations qui orientent les actions efficaces à mettre en œuvre pour éliminer la mortalité maternelle, néonatale et périnatale évitable au niveau des FOSA et dans la communauté.

### Pour quels publics ?



- Professionnels et gestionnaires de santé
- Communautaires
- Toute personne impliquée dans la SDMNPR

### À quels moments et où ?



À tout moment et partout, aussi bien dans les structures sanitaires que dans la communauté.

## DÉFINITION DES CAS

### Décès maternel

- **Décès maternel suspect** : tout décès de femme en âge de procréer (12-49 ans).
- **Décès maternel probable** : tout décès de femme lié à la grossesse, pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la cause du décès. Étant donné que dans de nombreux contextes, la grossesse n'a pas été confirmée jusqu'au deuxième trimestre (soit avant qu'elle ne soit physiquement visible), tout décès dont on soupçonne la grossesse doit être notifié comme décès maternel probable.

Déclarer en communauté le cas suspect de décès maternel. Cette déclaration devra s'accompagner d'une confirmation de cas dans une FOSA avant transmission à la hiérarchie.

- **Décès maternel confirmé** : tout décès de femme survenu au cours de la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse quel que soit le site ou l'âge de la grossesse, pour une cause déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais qui ne résulte pas de causes accidentelles (accident, violences, suicide, catastrophe naturelle, etc) ou incidentelles.

### Décès néonatal

Tout décès de nouveau-né qui survient de la naissance au 28<sup>ème</sup> jour, y compris les décès néonataux précoces (de la naissance à 7 jours) et des décès néonataux tardifs (8<sup>ème</sup> au 28<sup>ème</sup> jour).

### Décès périnatal

Tout décès de fœtus viable ou de nouveau-né dans l'intervalle de grossesse au-delà de 22 SA jusqu'à terme, et les 7 premiers jours après l'accouchement.

### Mort-né

C'est la naissance d'un fœtus (entre 22 SA et 36 SA) ou d'un enfant à terme ( $\geq 37$  SA) qui ne présente aucun signe de vie à la naissance.

- **Mort-né frais** : le fœtus/enfant ne présente aucun signe de vie à la naissance alors que ces signes étaient présents au début ou pendant le travail.
- **Mort-né macéré** : le fœtus/enfant, qui ne présentait aucun signe de vie pendant le travail, présente des signes d'altération sur le corps : noircissement et/ou desquamation cutanée, etc.

### Échappées belles (pour les établissements hospitaliers uniquement)

C'est le cas de femmes qui ont failli mourir mais qui ont survécu à une complication qui a eu lieu pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse.

L'examen de ces cas d'échappées belles est l'occasion d'inclure la morbidité maternelle dans le système de surveillance. Avec la possibilité d'interroger la femme elle-même, il fournit des indications complémentaires utiles sur la qualité des soins.

### Les cas qui devraient être examinés comprennent :

- Hémorragies de postpartum sévères
- Complications de prééclampsie sévère
- Éclampsie et/ou état éclamptique
- HELLP Syndrome
- Insuffisance rénale
- Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
- Septicémie
- Rupture de l'utérus
- Travail obstructif compliqué de fistule obstétricale
- Complications graves d'avortement : saignement, infections, atteinte des organes de voisinage

## LES 5 COMPOSANTES DE LA SDMNPR

### 1. L'identification du cas

Il s'agit de la recherche/collecte des informations détaillées sur le cas visant principalement les caractéristiques socio-démographiques du cas, les antécédents, l'itinéraire de recours aux soins, les soins reçus, les causes probables ou confirmées du décès, et éventuellement les facteurs ayant favorisé la survenue du décès.

L'identification se fait dans les FOSA et dans les communautés selon les définitions des cas.

### 2. La notification du cas

C'est la transmission systématique et continue des données collectées au niveau supérieur.

Les délais de notification sont respectivement de 24 heures ou 48 heures selon si le décès est survenu dans la FOSA ou en communauté.

### 3. La revue

C'est l'analyse approfondie des dossiers et informations collectées pour comprendre les facteurs sous-jacents qui ont conduit à la mort pour chaque cas de décès (maternel, néonatal, ou périnatal).

On doit s'interroger sur les causes de décès évitables, tant au niveau de la prise de décision au niveau communautaire, qu'à celui de la logistique permettant la référence de la patiente vers la FOSA la plus appropriée, ainsi que les délais de prise en charge dans la FOSA de référence.

Les revues se font dans les FOSA qui ont des maternités fonctionnelles.

### 4. L'analyse

C'est l'interprétation des données collectées pour action ressortir l'information sanitaire utile à la prise d'une décision ou mesure correctrice.

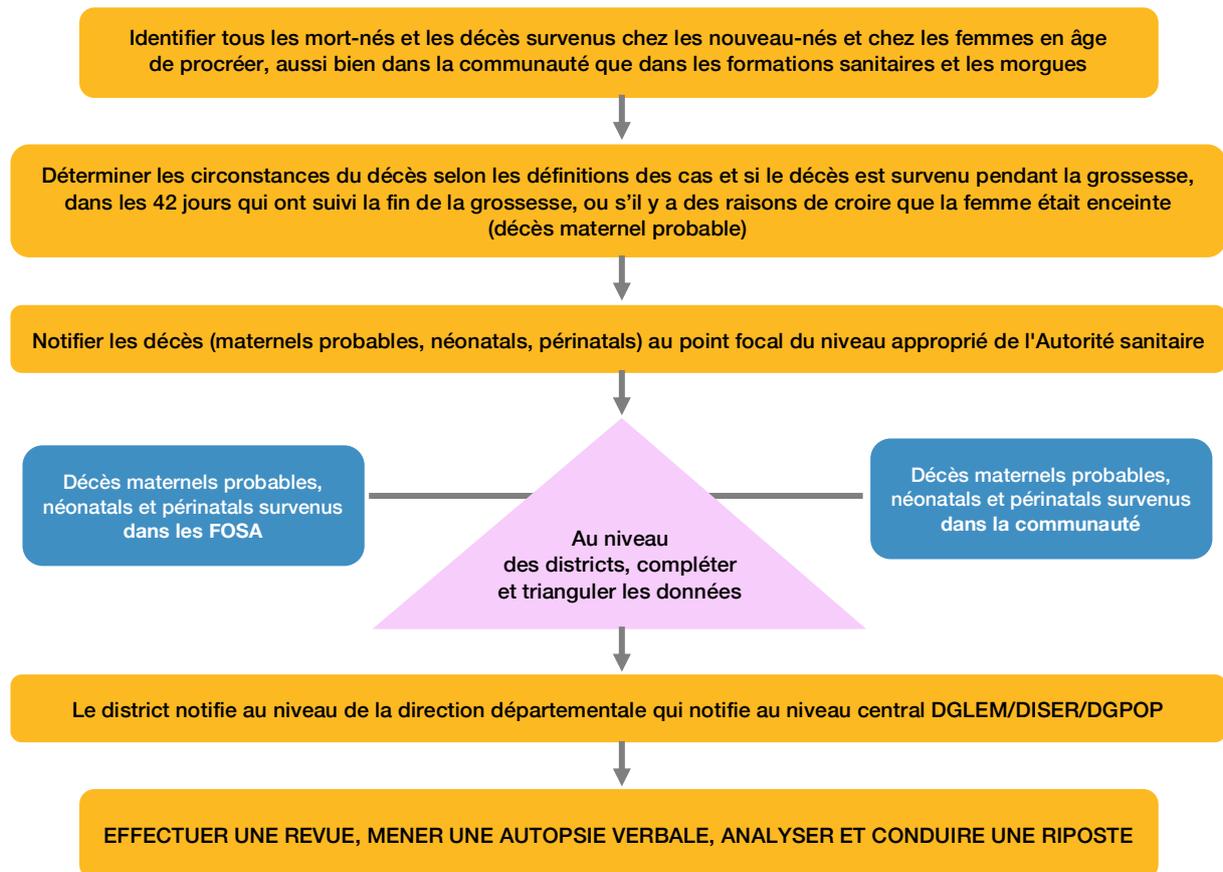
L'analyse des décès survenus en communauté se fait à travers l'autopsie verbale.

### 5. La riposte

C'est la prise d'une mesure correctrice, localement ou par la hiérarchie, en vue d'atténuer l'ampleur du phénomène surveillé. Par exemple : les recommandations directement exécutées, l'action administrative, l'action envers les prestataires, les messages envers la communauté, etc.

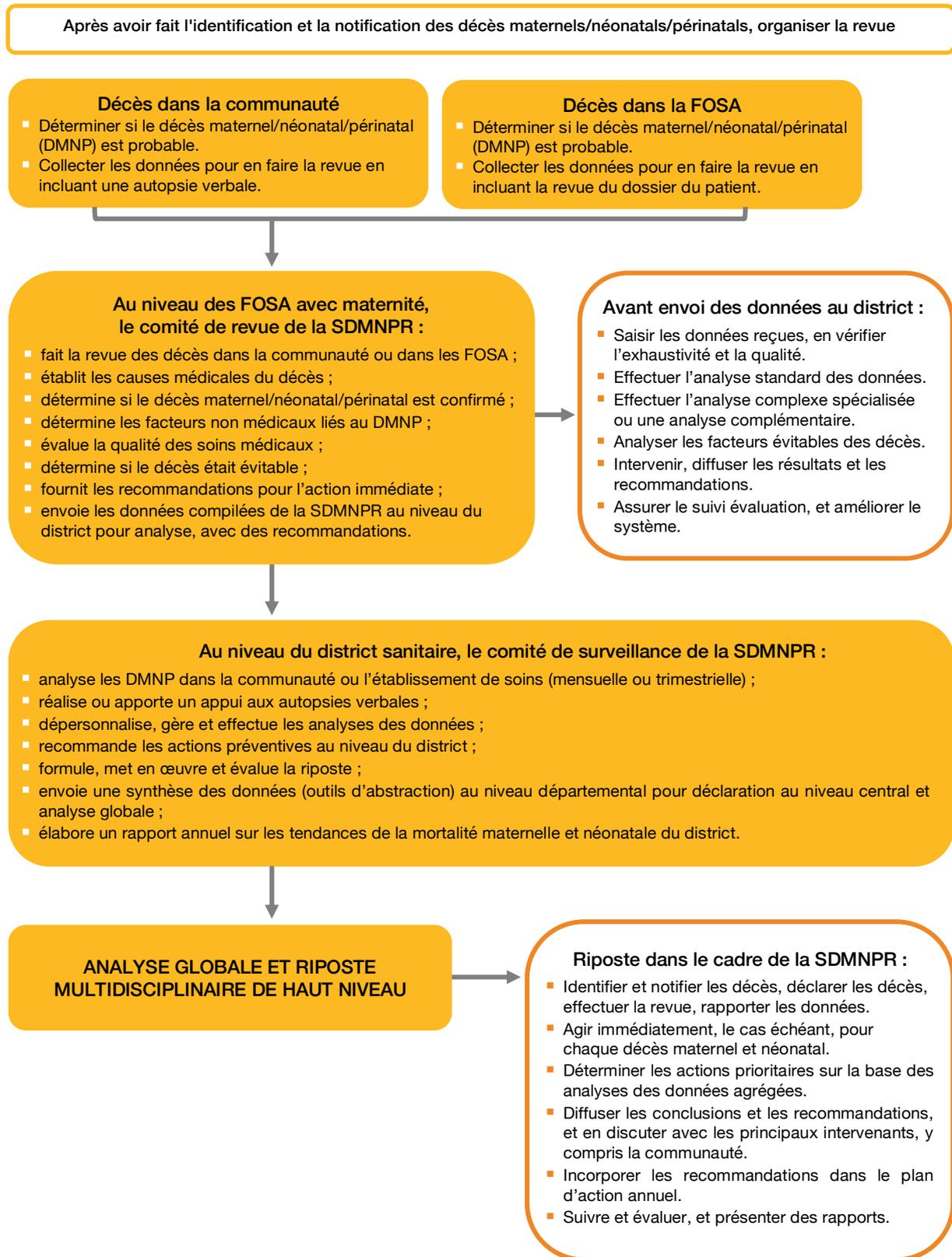
## 1 ET 2 : ALGORITHME DE L'IDENTIFICATION ET DE LA NOTIFICATION DES DÉCÈS

Figure adaptée du document Surveillance des décès maternels et riposte, Directives techniques - OMS, 2015



## 3,4 ET 5 : ALGORITHME DE LA REVUE ET DE L'ANALYSE DES DÉCÈS, ET DE LA RIPOSTE

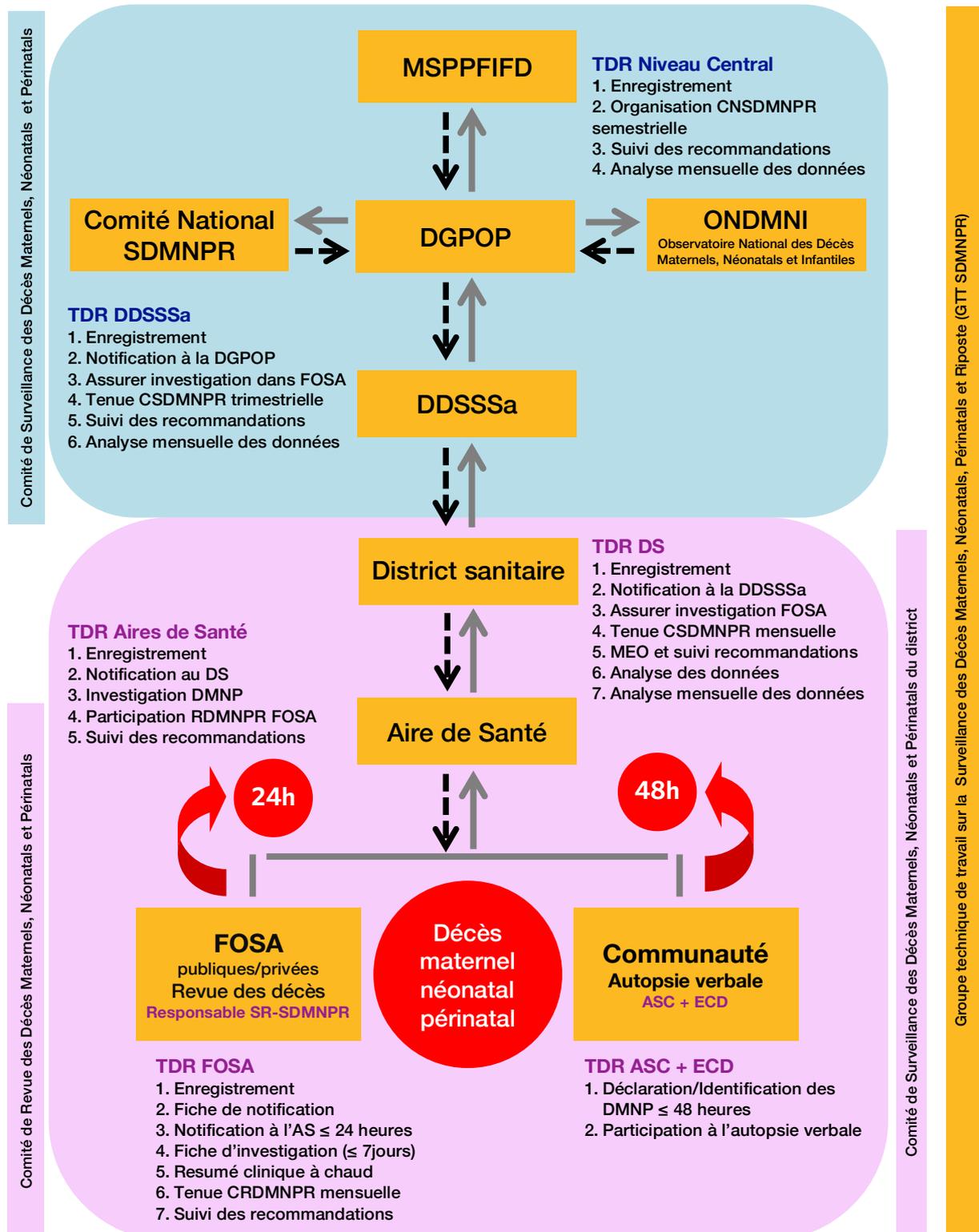
Figure adaptée du document Surveillance des décès maternels et riposte, Directives techniques - OMS, 2015



## ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA SDMNPR

Le processus de la SDMNPR, est un cycle continu qui implique la participation de tous les acteurs, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le groupe technique de travail sur la surveillance des décès maternels, néonataux, périnataux et la riposte (GTT SDMNPR) regroupe l'ensemble de ces acteurs.

### ALGORITHME DU FONCTIONNEMENT DE LA SDMNPR



## PERSONNELS DEVANT INTERVENIR DANS LE PROCESSUS SDMNPR

Répartition des catégories de personnel qualifié par activité de la SDMNPR et par niveau de FOSA

	Qualification du personnel	Niveau					
		Communautaire	CSI PMAS	CSI PMAE	HP/HS	HR/HB	HG/CHU
Identification	ASC Morguier Sage-femme Aide-soignant Infirmier Médecin généraliste	+	+	+	+	+	+
Notification	Gynécologue Pédiatre Pharmacien ...	+	+	+	+	+	+
Revue	Sage-femme Aide-soignant Infirmier	-	-	+	+	+	+
Analyse	Médecin généraliste Gynécologue Pédiatre Pharmacien ...	-	-	-	+	+	+
Riposte		+	+	+	+	+	+

### CAS PARTICULIER DE CONDUITE A TENIR DEVANT UN DÈCÈS MATERNEL AVEC FŒTUS IN UTERO

#### Au niveau communautaire

- Transférer immédiatement la femme décédée dans une formation sanitaire pour une séparation de corps post mortem.

#### Au niveau de la FOSA

- Si le fœtus est viable (moins de 10 minutes après le décès maternel), pratiquer une césarienne en urgence.
- Si le fœtus est non viable, pratiquer une césarienne post mortem.

#### Faire la différence entre séparation de corps et césarienne post-mortem

- **Séparation de corps** : elle se fait à la morgue par un personnel qualifié et nécessite la réquisition de la famille et la notification d'un officier de police judiciaire.
- **Césarienne post-mortem** : elle se fait au niveau d'une formation sanitaire :
  - Si fœtus viable (moins de 10 minutes après le décès maternel), césarienne en urgence.
  - Si fœtus non viable, séparation post-mortem.

### ASPECTS JURIDIQUES DE LA SDMNPR

Les aspects juridiques sont considérables, étant donné que :

- l'activité de surveillance, revue et riposte des décès maternels/néonataux/périnataux peut conduire à d'éventuels désagréments (exploitation à des fins judiciaires des rapports de revue, plaintes, conflits sociaux, accusations et suspicions erronées, stigmatisation des individus et du personnel soignant, etc.) ;
- et que la revue de ces décès obéit au principe cardinal de **No Name, No Blame (anonymat et pas de blâme)** et de caractère obligatoire et exigible d'application systématique dans les structures de santé des secteurs publics et privés.

### GUIDE TECHNIQUE ET OUTILS DE LA SDMNPR

Pour la mise en œuvre de la surveillance des décès maternels, néonataux et périnataux, le mécanisme dispose d'un guide technique et des outils suivants :

- Fiche de notification de décès (maternels, mortinaissance et néonataux) ;
- Fiche d'investigation des décès (maternels, mortinaissance et néonataux) ;
- Plan de séance pour la revue des décès ;
- Charte de la revue des décès ;
- Feuille de présence des séances de revue des décès ;
- Cahier de suivi des recommandations des revues des décès ;
- Grille de démarche de la revue des décès ;
- Fiche de synthèse de cas ;
- Formulaire d'autopsie verbale des décès (maternels, mortinaissance et néonataux).

Toutefois, d'autres outils peuvent être créés et adaptés en tant que de besoin.





*Que tous les cadres du Ministère de la Santé, de la Population, de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement, des agences du Système des Nations Unies, des ONG, et les universitaires qui, de par leurs contributions, ont permis l'élaboration de ce document de référence, et celles et ceux qui contribueront à l'application de ces normes et procédures en santé de la reproduction veuillent trouver l'expression de mes remerciements.*

Jacqueline Lydia MIKOLLO  
Ministre de la Santé, de la Population, de la Promotion de la femme  
et de l'Intégration de la femme au développement



Publication de la Représentation du Fonds des Nations Unies pour la Population  
en République du Congo en collaboration avec la Direction Générale de la Population

Rue Crampel - BP 19012 - Brazzaville

Tel : (+242) 05 521 67 00 • E-mail : [unfpa.cg@unfpa.org](mailto:unfpa.cg@unfpa.org)

Site internet : [congo.unfpa.org](http://congo.unfpa.org)

Facebook : [facebook.com/UnfpaRepduCongo](https://facebook.com/UnfpaRepduCongo) • Twitter @CongoUnfpa

© UNFPA • novembre 2020