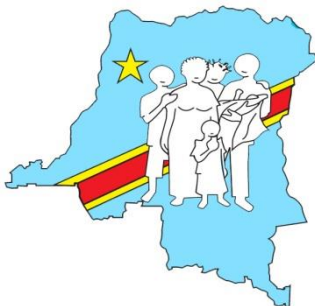


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

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



**VOLUME 1**

**SOINS OBSTETRICAUX  
ESSENTIELS**

Edition 2012



# TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	iii
REMERCIEMENTS	vii
PREFACE	x
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONSULTATION PRENATALE	5
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES .....	5
1.1. Définition .....	5
1.2. Objectifs .....	5
1.3. Cibles / Bénéficiaires .....	6
1.4. Moment / Périodicité.....	6
SECTION II : NORMES .....	7
2.1. Normes d'interventions .....	7
2.2. Normes de ressources humaines.....	9
2.3. Normes d'infrastructures.....	10
2.4. Normes des ressources matérielles .....	10
SECTION III : DIRECTIVES .....	13
3.1. Directives à suivre pour toute séance de CPN .....	13
3.2. Directives relatives à la conduite de la CPN initiale.....	15
3.3. Directives relatives à la conduite de la CPN 2.....	18
3.4. Directives relatives à la conduite de la CPN 3.....	20
3.5. Directives relatives à la conduite de la CPN 4.....	21
3.6. Directives spécifiques à la conduite de la CPN des cas particuliers.	22
3.7. Directives relatives au traitement précoce des maladies courantes au cours de la grossesse.....	24

CHAPITRE 2 : ASSISTANCE QUALIFIEE A L'ACCOUCHEMENT	35
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES .....	35
1.1. Définition .....	35
1.2. Objectifs .....	35
1.3. Cibles / Bénéficiaires .....	36
1.4. Moment / Périodicité.....	36
SECTION II : NORMES .....	37
2.1. Normes d'interventions .....	37
2.2. Normes de ressources humaines.....	38
2.3. Normes d'infrastructures.....	39
2.4. Normes de ressources matérielles.....	40
SECTION III : DIRECTIVES .....	45
3.1. Directives relatives à l'assistance de l'accouchement eutocique.....	45
3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes particuliers de l'accouchement .....	58
CHAPITRE 3 : CONSULTATION POST-NATALE	62
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES .....	62
1.1. Définition .....	62
1.2. Objectifs .....	62
1.3. Cibles / Bénéficiaires .....	63
1.4. Moment / Périodicité.....	63
SECTION II : NORMES .....	64
2.1. Normes d'interventions .....	64
2.2. Normes de ressources humaines.....	64
2.3. Normes d'infrastructures.....	65
2.4. Normes de ressources matérielles.....	65
SECTION III : DIRECTIVES .....	66
3.1. Directives relatives à la conduite de toute visite CPoN .....	66

3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes courants durant le post partum .....	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	75
ANNEXES .....	76
Annexe 1 : Liste des principaux thèmes à exploiter lors des séances d'éducation sanitaire .....	76
Annexe 2 : Technique de lavage des mains .....	78
Annexe 3 : Technique de port des gants .....	80
Annexe 4 : Technique de retrait des gants .....	82
Annexe 5 : Technique d'administration du sulfate de magnésium .....	83
Annexe 6 : Accouchement par voie basse en présentation de siège .....	84
Annexe 7 : Drainage de l'abcès du sein .....	92
Annexe 8: protocole PTME chez la femme enceinte et chez l'enfant exposé au VIH.....	93
Annexe 9: Critère AFASS.....	94

# REMERCIEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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



# PREFACE

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

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

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

La présentation du document en plusieurs volumes thématiques constitue un atout majeur pour son utilisation facile par différents



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

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

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

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

Dr VICTOR MAKWENGE KAPUT

Ministre de la Santé Publique



# LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

3-TC	Lamivudine
ACT	Traitement combiné à base d'artémisinine
ARV	Antirétroviraux
AZT	Azidothymidine (ou zidovudine)
BCF	Bruits du cœur fœtal
cé	Comprimé
CCP	Cellule de centralisation des projets
CJCI	Cellule juridique et corps des inspecteurs
CNP	Comite national de pilotage
CP	Cellule du protocole
CPN	Consultation prénatale
CPNr	Consultation prénatale recentrée
CPoN	Consultation post-natale
CPS	Consultation préscolaire
CS	Centre de santé
DCIP	Dépistage et conseil initié par les prestataires
ECBU	Examen cytbactériologique des urines
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ERPCI	Evaluation rapide et prise en charge immédiate
FC	Fréquence cardiaque
FR	Fréquence respiratoire
GATPA	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
GE	Goutte épaisse
Hb	Hémoglobine
HGR	Hôpital général de référence
IM	Intra musculaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IV	Intra veineux
J	Jour
m <sup>2</sup>	Mètre carré
MILD	Moustiquaire imprégnée à longue durée
NVP	Névirapine
OMD	Objectifs du millénaire pour le Développement
PCIGA	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement

PCIMAA	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'adulte
PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale
RPR	Rapid Plasma Reagin
RUMER	Registre d'utilisation des médicaments et des recettes
SA	Semaine d'aménorrhée
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
T°	Température
TA	Tension artérielle
TDR	Test de diagnostic rapide
TPI	Traitement présomptif intermittent
UI	Unité internationale
VAT	Vaccination anti tétanique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH+	VIH positif

# INTRODUCTION

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

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

Cependant, la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est restée alarmante. Elle est marquée par des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde, soit un ratio de 549 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2007), un taux de mortalité infanto-juvénile à 158 pour 1.000, un taux

de mortalité infantile à 97 pour 1.000 (MICS 2010) et un taux de mortalité néonatale de 42 pour 1.000 (EDS 2007). Cela correspond à deux femmes qui perdent la vie chaque heure en donnant la vie, et aussi à 232 enfants de moins de cinq ans, 29 enfants de moins d'une année et 13 nouveau-nés qui meurent chaque heure, généralement pour des causes évitables. Cette situation place ainsi la RDC parmi les six pays du monde qui contribuent à 50% au fardeau mondial de la mortalité maternelle, et parmi les cinq qui contribuent à 49% des décès d'enfants de moins de cinq ans.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce volume traite des soins obstétricaux essentiels qui sont des interventions réalisées pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-natale en vue d'assurer une issue favorable pour la mère et le nouveau-né.

Il est structuré en trois chapitres qui sont :

- 1 La consultation prénatale (CPN)
- 2 L'assistance qualifiée à l'accouchement
- 3 La consultation post-natale (CPoN)

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

# CHAPITRE 1 : CONSULTATION PRENATALE

## SECTION I: CONSIDERATIONS GENERALES

### 1.1. Définition

La consultation prénatale (CPN) est l'ensemble des soins de qualité qu'une femme reçoit au cours de la grossesse, en fonction de sa situation individuelle, en vue d'assurer une issue favorable pour elle-même et son (ses) nouveau-né(s).

Toute femme enceinte doit être considérée comme étant à risque.
---

### 1.2. Objectifs

#### 1.2.1. Objectif général

Dispenser des soins de qualité à toute femme enceinte, en fonction de sa situation individuelle, en vue d'assurer une issue favorable pour elle-même et son(ses) nouveau-né(s), et ainsi contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

#### 1.2.2. Objectifs spécifiques

- Assurer l'éducation sanitaire aux femmes enceintes
- Prévenir les maladies et les complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum
- Dépister les maladies chez la femme enceinte
- Prendre en charge les maladies survenant au cours de la grossesse
- Réduire la transmission du VIH de la femme enceinte à l'enfant qu'elle porte



- Aider la femme enceinte et sa famille à développer un plan d'accouchement et de complications
- Faciliter la référence à temps des gestantes, des parturientes et des accouchées à problème dont les besoins de prise en charge dépassent le plateau technique de la structure

### 1.3. Cibles / Bénéficiaires

Les soins prénatals sont destinés à toute femme enceinte, soit en moyenne 4% de la population totale.

### 1.4. Moment / Périodicité

- Les soins prénatals sont offerts à tout moment tout au long de la grossesse, avec des visites organisées selon le calendrier ci-après :
  - o Première consultation prénatale (CPN 1) au 1<sup>er</sup> trimestre, avant la 12<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 14<sup>ème</sup> SA, ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte ;
  - o CPN 2, entre la 24 et la 28<sup>ème</sup> SA ;
  - o CPN 3, à la 32<sup>ème</sup> SA ;
  - o CPN 4, à la 36<sup>ème</sup> SA.

Soit un total de quatre visites de consultation prénatale (CPN), dont deux visites au dernier trimestre.

- Les cas des grossesses à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles. Cela concerne notamment les femmes enceintes vivant avec le VIH, les adolescentes et jeunes enceintes, les drépanocytaires enceintes, les victimes de violences sexuelles / survivants de violences sexuelles enceintes.

## SECTION II : NORMES

### 2.1. Normes d'interventions

#### 2.1.1. Interventions opérationnelles de la CPN

Les interventions opérationnelles de la CPN sont les suivantes :

- 1° Education sanitaire et nutritionnelle
- 2° Dépistage et conseil initié par les prestataires (DCIP) : toute femme enceinte devrait connaître son statut sérologique VIH
- 3° Prophylaxie et traitement aux antirétroviraux (ARV) et prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes vivant avec le VIH
- 4° Vaccination antitétanique (VAT) suivant le calendrier ci après :
  - VAT 1 : dès le premier contact CPN
  - VAT 2 : 1 mois après VAT 1
  - VAT 3 : 6 mois après VAT 2 (ou à la grossesse suivante)
  - VAT 4 : 1 an après VAT 3 (ou à la grossesse suivante)
  - VAT 5 : 1 an après VAT 4 (ou à la grossesse suivante)
- 5° Traitement présomptif intermittent (TPI) du paludisme par l'administration de la sulfadoxine 500 mg – pyriméthamine 25 mg (SP), per os, en dose unique de 3 comprimés (cés) en prise supervisée, suivant le calendrier ci après :
  - SP 1 : à partir de la 16<sup>ème</sup> semaine, ou dès la perception des mouvements fœtaux
  - SP 2 : entre la 24<sup>ème</sup> et la 28<sup>ème</sup> semaine de grossesse
  - SP 3 : à la 32<sup>ème</sup> semaine de grossesse, uniquement aux femmes enceintes VIH+ qui ne sont pas sous cotrimoxazole

- 6° Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD)
- 7° Supplémentation en micronutriment : fer-folate (60 mg fer + 400 mcg folate), per os, 1 comprimé / jour, dès la première visite CPN jusqu'à 3 mois après l'accouchement
- 8° Traitement présomptif de l'ankylostomiase : une cure de mébendazole au moins une fois au cours de la grossesse à partir de la 16<sup>ème</sup> semaine, per os, à raison de 2 x 1 cé 100 mg / jour / 3 jours, ou 1 cé 500 mg en dose unique, à partir du deuxième trimestre de la grossesse (pas avant la 16<sup>ème</sup> SA), puis une deuxième dose 6 mois après
- 9° Dépistage et traitement de la syphilis
- 10° Diagnostic et traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST)
- 11° Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse
- 12° Dépistage des maladies qui influent sur l'évolution de la grossesse
- 13° Détection des signes de danger
- 14° Référence à temps des cas des grossesses avec complications

#### 2.1.2. Déroulement normal d'une séance de CPNr

Le déroulement normal d'une séance de CPNr suit les étapes ci-après :

- 1° Préparation de la séance de CPN
- 2° Accueil bienveillant et communication sympathique pour mettre en confiance la gestante et son accompagnant
- 3° Evaluation Rapide et Prise en Charge Immédiate (ERPCI) des anomalies

- 4° Enregistrement des gestantes
- 5° Prélèvement des signes vitaux (tension artérielle - TA, température - T°, pouls, fréquence respiratoire - FR)
- 6° Pesée de la gestante
- 7° Education sanitaire et nutritionnelle, planifiée, préparée et adaptée
- 8° Conseil individuel pour le dépistage du VIH (DCIP)
- 9° Interrogatoire basé sur les antécédents, l'état de santé actuelle de la gestante et sur l'évolution de la grossesse
- 10° Examen physique et obstétrical axé sur une évaluation de la grossesse et de l'état de santé de la mère ainsi que sur la recherche de signes de danger et d'éventuelles complications
- 11° Identification des besoins et des problèmes
- 12° Prise en charge des problèmes identifiés / Administration des mesures préventives
- 13° Référence des cas à problème dont la prise en charge dépasse le plateau technique de la structure

## 2.2 Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour les soins prénatals sont celles ci-après :

- Au niveau du Centre de Santé (CS)
  - o Au moins une accoucheuse A1 (sage-femme)
  - o Ou au moins une accoucheuse A2 ou, à défaut, un(e) infirmier(ère) de niveau minimum A2

Formé(e) et recyclé(e) en Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement (PCIGA), Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'Adulte

(PCIMAA), PTME et soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU).

- Au niveau de l'Hôpital Général de Référence (HGR)  
En plus des dispositions du CS :  
Au moins un Médecin généraliste et/ou un Gynécologue-obstétricien formés en PCIGA/PCIMAA, SONU et PTME.

## 2.3 Normes d'infrastructures

La CPN est organisée au CS. L'HGR organise la CPN des cas référés.

Au CS avec Maternité de base ou à l'HGR avec Service de Gynéco-obstétrique répondant aux normes d'infrastructures de la Zone de Santé, l'on aménagera spécifiquement des espaces permettant de réaliser les activités de CPN.

Il s'agit des espaces ci-après : une salle d'attente, une salle de réception et de causerie éducative, un local d'examen physique, un local de prélèvement, une salle de counseling VIH et planification familiale (PF) dans le respect de l'intimité et de la confidentialité, une salle des soins, un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main).

## 2.4 Normes des ressources matérielles

### 2.4.1. Equipement

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco-Obstétrique doivent être dotés d'équipement conformément à la liste de matériels et équipements de la Zone de Santé, et spécifiquement pour la CPN : table gynécologique, source de lumière, table de bureau, au moins trois chaises de bureau, bancs en nombre suffisant, armoire, échéancier, réfrigérateur, compteur CD4, avec en plus pour l'HGR un échographe.

#### 2.4.2. Matériels

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco-Obstétrique doivent être dotés du matériel de base, et spécifiquement pour la CPN : stéthoscope, tensiomètre à mercure, fœtoscope (Pinard, De Lee), mètre ruban (au moins deux), gravidomètre (réglette), pelvimètre, horloge, balance pèse-personne avec toise, thermomètre, speculums vaginaux de différentes tailles (petit, moyen et grand), poubelle avec couvercle, potences, escarbot, bassin réniforme, marmite à pression, gobelet, paravent, seau, hémoglobinomètre.

#### 2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco-Obstétrique doivent être dotés des médicaments, intrants et consommables conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, spécifiquement pour la CPN :

- Médicaments : fer-folate, mébendazole, SP, MILD, VAT, ARV, cotrimoxazole, céfixime, amoxicilline, benzatine benzylpenicilline, érythromycine, métronidazole en comprimé ou ovule, papavérine
- Kits tests : test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme, test RPR pour la syphilis, tests rapides VIH, test de groupage sanguin, avec en plus pour l'HGR des réactifs pour glycémie, glucosurie et protéinurie
- Intrants et autres consommables : désinfectant, compresses, gants, savon liquide, savon en bloc

#### 2.4.4. Outils

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco-Obstétrique doivent être dotés des outils suivants pour la CPN :

- Outils de prestation (outils techniques) : carte/fiche CPN, supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres selon les besoins), manuels de formation.
- Outils de gestion :
  - o Outils de collecte des données : carte CPN, carte de rendez-vous, registre CPN, bon de référence, registre de référence/contre-référence, carnet de vaccination, fiche de stock, registre des prélèvements RPR/VIH/CD4, fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats, registre de résultats, registre de laboratoire, registre de suivi des femmes VIH+, cahier de surveillance de la transfusion, fiche d'hémovigilance, avec en plus pour l'HGR le registre des donneurs
  - o Outils de rapportage : cahier de rapport, canevas de rapport mensuel des activités
  - o Outils de supervision : registre/cahier de supervision, canevas de supervision

## SECTION III : DIRECTIVES

### 3.1. Directives à suivre pour toute séance de CPN

#### 1° Préparer la CPN

- Déterminer le nombre de femmes enceintes attendues.
- Commander/réquisitionner les médicaments, vaccins, consommables selon les besoins.
- Planifier et préparer la séance de causerie éducative basée sur un thème ciblé et à illustrer par des images consacrées (boîte à images, recueil des messages clés sur la santé de la mère et du nouveau-né, cartes conseils sur la santé de la mère et du nouveau-né ou autres supports éducatifs) ; la séance ne devrait pas durer plus de 15 minutes.
- Prévoir un horaire adapté aux adolescentes et jeunes enceintes.
- Préparer la salle, le matériel et les outils ; s'assurer que l'on dispose de tout ce qui est nécessaire.

#### 2° Respecter les précautions universelles de prévention des infections selon les étapes de la consultation

- Se laver les mains au savon liquide, en poudre ou en bloc râpé et à l'eau courante.
- Porter des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Eliminer les déchets bio-médicaux de façon sûre.



3° Procéder à une évaluation rapide et une prise en charge immédiate

- Accueillir les femmes arrivant à la CPN.
- Observer la femme arrivant à la CPN pour une première appréciation de son état.
- Evaluer rapidement la femme enceinte 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 la femme enceinte qui ne présente aucun signe de danger ou qui n'est pas en travail.

4° Accueillir la femme enceinte

- Réserver un accueil bienveillant et une communication sympathique.
- Réserver un accueil particulièrement convivial, sans stigmatisation, à l'adolescente enceinte et à la jeune femme enceinte.
- Communiquer avec la gestante en utilisant un langage simple et clair durant toutes les étapes de la consultation.
- Communiquer avec la gestante et son conjoint, dans une approche de responsabilisation individuelle et familiale, en soulignant qu'elle est l'actrice principale de l'évolution de sa grossesse.
- Respecter l'intimité et la confidentialité.
- Recevoir les femmes pour la consultation par ordre d'arrivée, exceptée pour les cas d'urgence qui sont prioritaires.
- Ne pas recevoir deux femmes à la fois.

5° Enregistrer les femmes enceintes

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

6° Conduire la causerie éducative

- Animer une séance de causerie éducative dans un espace/salle avec toutes les femmes enceintes, sur le thème préparé (se référer à la liste des thèmes à exploiter en annexe), en se conformant aux techniques de communication en groupe.
- Mener le counseling pré test VIH de groupe.

7° Mener le counseling individuel pour le dépistage du VIH si le statut sérologique n'est pas connu en se conformant aux normes de DCIP

3.2. Directives relatives à la conduite de la CPN initiale

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 7° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

8° Réaliser un bilan approfondi

- Demander le motif de la visite, s'il y a des problèmes / des signes de danger.
- Interroger sur les antécédents médicaux (hypertension artérielle, diabète, asthme, allergie, tabagisme, alcoolisme), chirurgicaux et gynéco-obstétricaux (date des dernières règles, gestité, parité, avortement, césarienne, ou autres, notion d'utilisation de contraceptifs): et sur la grossesse actuelle.
- Procéder à l'examen physique : état général, signes vitaux (température, tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire), pesée, seins (masse suspecte), abdomen (cicatrice abdominale), organes génitaux.
- Procéder à l'examen obstétrical : estimer l'âge de la grossesse par la palpation et/ou le palper bimanuel.
- Prélever le sang et les urines pour les tests de laboratoire : taux d'hémoglobine/hématocrite, groupe sanguin et

Rhésus, statut hémoglobinique (si pas connu), RPR pour la syphilis, test VIH (si consentement après conseil), prélèvement pour le comptage CD4 si test VIH+ ; si nécessaire recherche de protéines dans les urines; test de grossesse, glucosurie, TDR du paludisme, goutte épaisse (GE), glycémie à jeun.

- Communiquer à la femme les résultats des différents examens cliniques et paracliniques réalisés.

Le bilan approfondi de la CPN 1 devra amener à : confirmer la grossesse ; détecter les signes/symptômes du paludisme ou autres complications ; identifier les maladies chroniques ; estimer la date probable de l'accouchement / l'âge gestationnel et déterminer si l'évolution de la grossesse est normale.

#### 9° Administrer les soins appropriés

- Initier les mesures préventives clés :
  - o TPI du paludisme : Donner SP1, en dose unique de 3 comprimés 500 mg/25 mg en prise supervisée, à partir de la 16<sup>ème</sup> semaine, ou après la sensation des mouvements fœtaux.
  - o MILD : Donner la moustiquaire imprégnée d'insecticide et expliquer le mode emploi.
  - o Déparasitage : Donner le mébendazole per os, à raison de 2 x 1 cé 100 mg / jour / 3 jours, ou 1 cé 500 mg en dose unique (pas avant la 16<sup>ème</sup> semaine).
  - o Supplémentation en fer-folate : Donner le fer-acide folique en cé (60 mg fer + 400 mcg folate), per os une fois par jour, à raison de 1 cé / jour pour toute femme enceinte à partir de la première visite, ou 2 cé / jour en cas d'anémie.
  - o VAT : Administrer la première dose de VAT dès le premier contact.

- PTME chez la femme enceinte dépistée VIH+ :
  - Prélever le sang pour le comptage CD4.
  - Initier la prophylaxie ARV à partir de la 14<sup>ème</sup> semaine de gestation : AZT 2 x 1 cé 300 mg / jour si la femme est non éligible au traitement ; référer pour l'initiation du traitement ARV si la femme est éligible au traitement.
  - Initier la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse, à raison de 1 cé 960 mg / jour continuellement jusqu'à nouvel ordre médical (voir Service de prise en charge du VIH).

N.B. La femme VIH+ sous cotrimoxazole ne doit pas recevoir la SP.

- Administrer les soins curatifs en fonction de la maladie dépistée lors de l'examen médical/obstétrical.
- Référer si nécessaire en fonction de la maladie dépistée lors de l'examen médical/obstétrical.

10° Aider la gestante à développer son plan d'accouchement/de naissance et de dispositions en cas de complications, comprenant :

- Connaissance de son statut sérologique
- Connaissance des signes de danger et de travail
- Lieu de l'accouchement
- Transports en cas d'urgence
- Fonds pour les urgences
- Prise de décisions avec promptitude
- Donneur de sang
- Kit d'accouchement propre
- Articles nécessaires pour un accouchement

- Les accompagnateurs et les personnes de soutien avant, pendant et après l'accouchement

11° Donner les informations et conseils individualisés

12° Fixer la date de la prochaine visite CPN

- Fixer le prochain rendez-vous en tenant compte des besoins de la gestante et des résultats de la consultation.
- Expliquer à la gestante l'importance de chaque visite CPN, l'intérêt de respecter le calendrier et la nécessité de revenir à tout moment en cas de problème, munie de sa carte CPN.
- Raccompagner la gestante jusqu'à la sortie et la remercier pour sa visite.

13° Remplir correctement les outils de collecte des données

### 3.3. Directives relatives à la conduite de la CPN 2

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 7° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

8° Réaliser un bilan ciblé

Après avoir passé en revue les éléments de la dernière consultation:

- Demander s'il y a des problèmes / des signes de danger / changements depuis la dernière visite.
- Procéder à l'examen physique : état général, TA, pesée, examen général de la tête aux pieds, en insistant sur les spécificités de l'interrogatoire.
- Procéder à l'examen obstétrical : estimer l'âge de la grossesse par la palpation abdominale.
- Prélever le sang et les urines pour les tests de laboratoire si nécessaire.

Le bilan ciblé de la CPN 2 devrait amener à détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies ; confirmer la date probable de l'accouchement ; apprécier si l'évolution de la grossesse est normale.

9° Administrer les soins appropriés

- Continuer les mesures préventives – SP 2 ; VAT 2 (suivant le calendrier vaccinal) ; fer-folate – aux mêmes doses.

N.B. La femme VIH+ sous cotrimoxazole ne doit pas recevoir la SP.

- Continuer ou réviser (si approprié) le plan des soins initiés à la CPN 1.
- Administrer les soins appropriés pour les problèmes identifiés.
- Référer si nécessaire en fonction du problème identifié.
- Aider à développer/réviser le plan d'accouchement/de naissance et de dispositions en cas de complications.
- Continuer la prophylaxie au cotrimoxazole et la prophylaxie/traitement ARV pour la femme enceinte VIH+.
- Donner des informations et conseils individualisés.

10° Fixer la date de la prochaine visite CPN

- Fixer le prochain rendez-vous en tenant compte des besoins de la gestante et des résultats de la consultation.
- Expliquer à la gestante l'importance de chaque visite CPN, l'intérêt de respecter le calendrier et la nécessité de revenir à tout moment en cas de problème, munie de sa carte CPN.
- Raccompagner la gestante jusqu'à la sortie et la remercier pour sa visite.

11° Remplir correctement les outils de collecte des données

### 3.4. Directives relatives à la conduite de la CPN 3

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 7° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

#### 8° Réaliser un bilan ciblé comme à la CPN 2

Comme à la CPN 2, le bilan ciblé de la CPN 3 devrait amener à détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies ; confirmer la date probable de l'accouchement ; apprécier si l'évolution de la grossesse est normale.

#### 9° Administrer les soins appropriés

- Continuer les mesures préventives : VAT si indiqué suivant le calendrier vaccinal et fer-folate, aux mêmes doses qu'à la CPN 1.
- Pour la femme enceinte VIH+ :
  - Continuer la prophylaxie au cotrimoxazole ou administrer SP 3 à la femme enceinte VIH+ qui n'est pas sous cotrimoxazole.
  - Continuer la prophylaxie/traitement ARV pour la femme enceinte VIH+.
- Continuer / réviser (si approprié) le plan des soins initié à la CPN antérieure.
- Administrer les soins appropriés pour les problèmes identifiés.
- Référer si nécessaire en fonction du problème identifié.
- Aider la gestante à développer/réviser le plan d'accouchement/ de naissance et de dispositions en cas de complications.
- Donner les informations et conseils individualisés.

**10° Fixer la date de la prochaine visite CPN**

- Négocier le prochain rendez-vous en tenant compte des besoins de la gestante et des résultats de la consultation.
- Expliquer à la gestante l'importance de chaque visite CPN, l'intérêt de respecter le calendrier et la nécessité de revenir à tout moment en cas de problème, munie de sa carte CPN.
- Raccompagner la gestante jusqu'à la sortie et la remercier pour sa visite.

**11° Remplir correctement les outils de collecte des données**

**3.5. Directives relatives à la conduite de la CPN 4**

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 7° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

**8° Effectuer un bilan ciblé clinique et paraclinique en fonction des besoins de la femme**

Le bilan ciblé de la CPN 4 devrait amener à : détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies, confirmer la date présumée de l'accouchement, apprécier si l'évolution de la grossesse est normale, rechercher une grossesse multiple évidente ou une présentation vicieuse à la palpation, évaluer le bassin et émettre le pronostic de l'accouchement par voie basse.

**9° Administrer les soins appropriés / référer pour les problèmes identifiés**

- Continuer les mesures préventives : fer-folate.
- Continuer la prophylaxie au cotrimoxazole et la prophylaxie/ traitement ARV pour la femme enceinte VIH+.



- Faciliter la finalisation du plan d'accouchement et de dispositions en cas de complications.
- Donner des informations et conseils individualisés.
- Référer si nécessaire pour les problèmes identifiés.

10° Discuter et fixer la date de l'éventuelle visite si elle n'a pas accouché dans les 10 jours qui suivent la date probable de l'accouchement

11° Remplir correctement les outils de collecte des données

### 3.6. Directives spécifiques à la conduite de la CPN des cas particuliers

#### 3.6.1. Cas des adolescentes enceintes

- Ne pas porter de jugement ; le prestataire doit prendre conscience de sa propre gêne par rapport à la sexualité des adolescentes et la surmonter.
- Encourager la jeune fille à poser des questions et lui dire que l'on peut aborder tous les sujets.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Lui rappeler que l'entretien est confidentiel.
- Faire preuve de compréhension quant aux difficultés que les adolescents éprouvent à parler de sujets touchant à la sexualité (peur que les parents le découvrent, réprobation des adultes et de la société, etc...).
- Se montrer réconfortant lorsque l'on aborde sa situation et lui demander si elle a des préoccupations particulières.
- Lui demander si elle vit avec ses parents, si elle se confie à eux, si elle a subi des violences ou si on a abusé d'elle ; auxquels cas l'orienter vers les structures appropriées pour une prise en charge holistique.
- Lui demander qui est au courant de sa grossesse.
- Lui expliquer les changements liés à la puberté et à sa grossesse.

- La préparer au fait que la société peut accepter ou non sa grossesse, aux pressions éventuelles qu'elle peut subir.
- La rassurer qu'elle pourra nouer de nouvelles amitiés et reprendre une vie normale.
- L'amener à accepter son état actuel et son futur bébé ; l'exhorter à ne pas récidiver et, le cas échéant, recourir aux méthodes contraceptives.

### 3.6.2. Cas des femmes enceintes des suites de violence sexuelle

- Trouver un endroit où la femme peut se confier sans être dérangée.
- Lui rappeler que l'entretien est confidentiel.
- Encourager la femme à vous dire ce qui lui est arrivée.
- L'écouter et lui parler avec compassion.
- Ne pas la blâmer ou plaisanter de sa situation.
- La tranquilliser en lui disant qu'elle ne mérite pas d'être maltraitée.
- L'aider à évaluer la situation dans laquelle elle se trouve.
- L'encourager à accoucher dans une formation sanitaire auprès d'un personnel qualifié.
- La conseiller sur l'utilisation de la contraception d'urgence en cas de récurrence après l'accouchement de la grossesse actuelle.
- L'orienter vers les structures appropriées pour une prise en charge holistique.

### 3.6.3. Cas de la femme drépanocytaire enceinte

- Rapprocher les visites de suivi selon les besoins.
- Transfuser systématiquement à la 22<sup>ème</sup> semaine.

### 3.6.4. Cas de la femme vivant avec handicap enceinte

- Ne pas porter de jugement ni sur le handicap ni sur le port de grossesse.

- Comprendre la situation du handicap dans lequel se trouve la gestante et l'aider en fonction des besoins spécifiques en rapport avec son handicap.
- Recourir à la collaboration de la famille si nécessaire pour gagner la confiance de la cliente.
- Fournir des explications à la gestante si des dispositions spécifiques doivent être prises compte tenu de son handicap.
- Laisser la cliente adopter la position qui la met à l'aise lors de l'examen ou de l'administration des soins.

### 3.7. Directives relatives au traitement précoce des maladies courantes au cours de la grossesse

#### 3.7.1. Anémie au cours de la grossesse

##### 1° Identifier l'anémie chez la femme enceinte

Si la gestante dit se fatiguer vite, avoir du mal à respirer lorsqu'elle accomplit les tâches ménagères courantes et qu'à l'examen physique on note une pâleur des conjonctives, des paumes des mains et du lit des ongles : Penser à l'anémie sur grossesse.

##### 2° Déterminer le degré de l'anémie

- Si signes d'anémie cités ci-dessus avec tachycardie et éventuels œdèmes des membres inférieurs, et taux d'Hb < 7 g/dl ou hématoците < 20%, l'anémie est sévère.
- Si signes d'anémie cités ci-dessus sans tachycardie et avec taux d'Hb entre 7 et 11 g/dl, l'anémie est modérée.

La tachycardie et les œdèmes sont des signes de gravité.

##### 3° Rechercher la(les) cause(s) de l'anémie

Ce, en fonction de l'anamnèse, et des examens complémentaires (saignements récents ou actuels,

paludisme, parasitose intestinale : ankylostosomiase, drépanocytose ou autres).

4° Prendre en charge l'anémie pendant la grossesse selon le degré et la cause

- Cas d'anémie modérée au niveau du CS
  - Traiter selon la cause.
  - Donner le fer-folate (cé 60 mg de fer + 400 mcg de folate) deux fois 1 cé / jour ; remettre à la gestante une quantité suffisante de comprimés de façon à couvrir les besoins jusqu'à la prochaine visite.
  - Conseiller sur l'importance de prendre le fer-folate tous les jours et informer sur les effets secondaires possibles : selles noirâtres, constipation, nausées.
  - Renforcer les messages de soutien nutritionnels :
    - Manger des aliments qui contiennent du fer (viande rouge, feuilles, lentilles) avec des aliments riches en vitamine C (agrumes, tomates).
    - Eviter la consommation concomitante des aliments qui inhibent l'absorption de fer tels que le thé, le café, le son de blé.
  - Fixer rendez-vous dans un mois pour contrôler le taux d'hémoglobine et vérifier la réponse au traitement.
  - Poursuivre le calendrier CPN et la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.
- Cas d'anémie sévère
  - Au niveau du CS/Maternité de base :
    - Transfuser si possible.
    - Référer immédiatement à l'HGR.
  - Au niveau de l'HGR :

Se référer aux directives relatives à la prise en charge de l'anémie sévère durant la grossesse décrites dans

le Volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence.

### 3.7.2. Paludisme au cours de la grossesse

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

Gestante avec fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, asthénie : Penser au paludisme simple.

Toute femme enceinte fébrile doit être considérée comme une urgence et un cas particulier à prendre nécessairement en charge au CS ou à l'HGR.

Tout cas de paludisme chez une gestante est une situation urgente du fait des possibilités de complications materno-fœtales.

#### 2° Rechercher les signes de gravité du paludisme chez la femme enceinte

Gestante avec fièvre et signes de complications telles que coma, convulsions, anémie sévère, œdème pulmonaire, hypoglycémie, collapsus cardio-vasculaire, hémorragie diffuse, hémoglobinurie massive : Penser au paludisme grave.

#### 3° Confirmer le diagnostic de paludisme : par le TDR ou la GE ou le frottis sanguin

#### 4° Prendre en charge la gestante souffrant de paludisme

Ne pas attendre la confirmation diagnostique pour démarrer le traitement du paludisme chez la femme enceinte.

Cas de paludisme simple

- Au niveau du CS :

- Administrer les antipaludiques :
    - Au 1<sup>er</sup> trimestre et au dernier mois de la grossesse : quinine comprimé 3 × 10 mg/kg de poids / jour / 7 jours, sans dépasser 1500 mg par jour.
    - De la 16<sup>ème</sup> à la 28<sup>ème</sup> semaine de la grossesse : traitement combiné à base d'artémisinine (ACT) (200 mg d'artésunate + 540 mg d'amodiaquine) 2 comprimés en prise unique / jour / 3 jours.
  - Administrer les antipyrétiques : paracétamol 1 gr toutes les 6 heures jusqu'à la tombée de la fièvre.
  - Administrer un antiémétique en cas de vomissement : métoclopramide 10 mg × 3 / jour.
  - Poursuivre le TPI selon les normes.
  - Conseiller la gestante de :
    - terminer la cure de médicaments ;
    - revenir si son état ne s'est pas amélioré dans les 48 heures ;
    - dormir sous la MILD et autres mesures préventives.
  - Référer immédiatement à l'HGR si l'état de la femme ne s'améliore pas ou s'empire dans les 48 heures après le début du traitement et/ou si d'autres symptômes apparaissent.
  - Référer immédiatement à l'HGR tout cas de paludisme grave chez la femme enceinte.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Au niveau de l'HGR :
- Administrer un tocolytique en cas des contractions utérines : salbutamol (HGR) : 4 ampoules 0,5 mg dans 1 litre de sérum glucosé à 5% pour 24 heures ; et associer un anti spasmodique : papavérine 3 × 1 ampoule 40 mg IM / jour / 3 jours, ou N-butylscopolamine.

- Prendre en charge les cas de paludisme grave (se référer aux directives relatives à la prise en charge du paludisme grave décrite dans le Volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence).

### 3.7.3. Hypertension artérielle au cours de la grossesse

#### 1° Identifier l'hypertension artérielle chez la gestante

Gestante avec TA supérieure ou égale à 140/90 mm Hg prélevée après 10 minutes de repos, à deux reprises à intervalle de quatre heures, en décubitus latéral gauche et en position assise, ou avec tension diastolique supérieure à 110 mm Hg en une seule prise : Penser à l'hypertension artérielle sur grossesse.

- Si hypertension préexistant à la grossesse ou découverte avant 20 SA : Penser à l'hypertension chronique.
- Si hypertension survenant au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, pendant le travail et/ou dans les 48 heures qui suivent l'accouchement : Penser à l'hypertension gravidique.
- Si hypertension gravidique sans protéinurie ni œdème : Penser à l'hypertension gestationnelle.
- Si hypertension gravidique avec protéinurie : Penser à la pré éclampsie.
- Si pré éclampsie avec TA diastolique  $\geq 90$  et  $< 110$  mm Hg à deux reprises à quatre heures d'intervalle et protéinurie allant jusqu'à 2+ ( $\geq 0,30$  g/24h) : Penser à la pré éclampsie modérée.
- Si pré éclampsie avec TA diastolique  $\geq 110$  mm Hg avec ou sans TA systolique  $\geq 160$  mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, oligurie (diurèse  $< 400$  ml/24h) et protéinurie  $\geq 3+$  ( $> 3$  g/24h) : Penser à la pré éclampsie sévère.

#### 2° Rechercher les signes de gravité

- Notion de convulsions, de mort-né ou d'hématome rétro placentaire lors d'une grossesse précédente, ou d'hypertension existant avant la grossesse
- Présence des signes fonctionnels comme maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes devant les yeux, douleur épigastrique
- Présence des signes cliniques comme œdèmes généralisés d'installation rapide, TA systolique >140 mm Hg, TA diastolique >90 mm Hg, prise de poids exagérée
- Données de laboratoire de gravité telles : protéinurie  $\geq 2+$  sur bandelette, uricémie > 350 mmol/l, azotémie >2,5 mmol/l, plaquettes <100.000/mm<sup>3</sup>

### 3° Prendre en charge l'hypertension artérielle de la gestante

- Au niveau du CS/Maternité de base
  - Référer à l'HGR toute gestante présentant l'hypertension artérielle, quel qu'en soit le type.
  - En cas de survenue de convulsions (éclampsie) :
    - Administrer la dose initiale de sulfate de magnésium.
    - Puis référer immédiatement à l'HGR.
- Au niveau de l'HGR
  - Cas sans signe de gravité :
    - Recommander le repos en décubitus latéral gauche.
    - Encourager la femme à se reposer davantage.
    - Encourager la femme à avoir une alimentation normale.
    - Surveiller l'évolution de la grossesse (croissance et état du fœtus).
    - Revoir la patiente toutes les semaines pour un contrôle de la tension artérielle, la protéinurie, les réflexes, et l'état du bébé (hauteur utérine, poids



de maman, bruits du cœur fœtal) si la condition ne se détériore pas et que l'âge gestationnel est <37 semaines.

- Sensibiliser la femme et sa famille sur la reconnaissance des signes de danger et le recours sans délai aux soins.
- Assurer la contre-référence au CS/Maternité de base.

- Ne jamais prescrire : ni régime sans sel, ni régime hyposodé, ni furosémide (Lasix).
- Ne donner ni anticonvulsivant, ni antihypertenseur, ni sédatifs, ni tranquillisant sauf si la TA ou la protéinurie augmente.

- Suivre l'évolution :
  - La TA est normale ou l'état est stable, procéder à la consultation prénatale deux fois par mois pour surveiller la tension artérielle, la protéinurie, les réflexes, et l'état du bébé.
  - La TA est toujours élevée sans facteur de gravité, traiter : aspirine 125 mg ou ¼ de cé 500 mg par jour ; méthyldopa 250 mg un cé matin et soir. Surveiller une fois/semaine.
  - La TA est toujours élevée avec facteur de gravité, référer au niveau supérieur.
- Cas avec signes de gravité
  - Se référer aux directives relatives à la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie traitées dans le volume 2 sur les Soins Obstétricaux d'Urgence.

### 3.7.4. Infections urinaires au cours de la grossesse

#### 1° Identifier l'infection urinaire au cours de la grossesse

Gestante avec dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, douleurs lombaires à prédilection droite, vomissements, nausées, fièvre supérieure ou égale à 38°C et sensibilité des points urétéraux à l'examen physique : Penser à l'infection urinaire chez la femme enceinte.

- Si dysurie, mictions plus fréquentes et impérieuses, douleurs sus pubiennes et abdominales : Penser à une cystite.
- Si dysurie, fièvre oscillante/frissons, fréquence et urgence accrue de la miction, douleurs abdominales et lombaires, douleurs sus pubiennes, douleurs et sensibilité au flanc avec anorexie, nausées et vomissement : Penser à une pyélonéphrite aigue.

#### 2° Confirmer l'infection urinaire : augmentation des globules blancs et cellules épithéliales à l'examen cytobactériologique des urines (ECBU), germes spécifiques identifiés à l'uroculture si possible, avec antibiogramme.

#### 3° Prendre en charge l'infection urinaire chez la femme enceinte

- Cas de cystite ou de bactériurie asymptomatique
  - o Au niveau du CS :
    - Administrer l'amoxicilline per os, 3 fois 500 mg par jour pendant 7 jours puis adapter selon résultats de l'antibiogramme ou cotrimoxazole : 80 mg de triméthoprime/400 mg de sulfaméthoxazole 2 cés deux fois par jour pendant 7 jours( pas au premier trimestre).
    - Administrer paracétamol per os, 500 mg, chaque fois que nécessaire pour soulager la douleur ou baisser la fièvre

- Respecter la durée du traitement : 7 jours.
  - Prodiguier des conseils : boire beaucoup d'eau, repos, respecter la cure.
  - Remplir correctement les outils de collecte des données.
  - Assurer les visites de suivi.
  - Référer si échec de traitement ou en cas de récurrence.
- Au niveau de l'HGR :
    - Prendre en charge les cas référés :
      - Procéder à l'uroculture avec l'antibiogramme en cas de récurrence.
      - Traiter avec un antibiotique adapté.
      - Doser la glycémie et si possible et/ou procéder au test d'hyperglycémie provoquée.
      - Référer si nécessaire dans un centre spécialisé ou à l'hôpital général provincial de référence.
- Cas de pyélonéphrite aiguë
    - Au niveau du CS :
      - Administrer les premières doses d'antibiotiques : Ampicilline en IV 2 g associée à la gentamicine en IM, 5 mg/kg.
      - Administrer le paracétamol per os 500 mg.
      - Référer à l'HGR.
    - Au niveau de l'HGR :
      - Administrer l'ampicilline en IV, 2 g toutes les 6 heures pendant 48 heures associée à la gentamicine en IM, 5 mg/kg/j en deux doses/jour pendant 7 jours :

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

### 3.7.5. IST au cours de la grossesse

#### 1° Identifier l'IST

Gestante avec écoulement vaginal sans notion de rupture des membranes, et/ou brûlure vaginale, et/ou prurit vaginal et/ou douleurs pelviennes et/ou ulcération génitale et/ou bubon inguinal et fémoral et/ou crêtes de coq et/ou rougeur des muqueuses vaginales : Penser à une IST sur grossesse.

2° Prendre en charge selon l'approche syndromique (se référer aux algorithmes de prise en charge des IST selon l'approche syndromique)

# CHAPITRE 2 : ASSISTANCE QUALIFIEE A L'ACCOUCHEMENT

## SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES

### 1.1. Définition

L'assistance qualifiée à l'accouchement est l'ensemble des soins de santé assurés, par un personnel de santé qualifié, aux femmes enceintes au cours du travail et de l'accouchement, ainsi qu'aux accouchées et aux nouveau-nés en période post-natale.

### 1.2. Objectifs

#### 1.2.1. Objectif général

Dispenser des soins de qualité aux femmes enceintes durant le travail et l'accouchement, aux accouchées et aux nouveau-nés pendant la période post natale immédiate, en vue d'assurer une issue favorable pour la femme et son(ses) nouveau-né(s), et ainsi contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

#### 1.2.2. Objectifs spécifiques

- 1° Apporter un soutien affectif et psychologique à la parturiente ainsi qu'à sa famille.
- 2° Surveiller les paramètres maternels et fœtaux au cours du travail, de l'accouchement et de la période post-natale.
- 3° Assurer les soins appropriés à la femme et au nouveau-né aux différentes périodes de l'accouchement, y compris les mesures de PTME.

- 4° Identifier précocement les anomalies du travail, de l'accouchement et de la période post-natale.
- 5° Prendre en charge à temps et correctement les anomalies dépistées.
- 6° Référer à temps les cas dont la prise en charge dépasse le plateau technique de la structure.

### 1.3. Cibles / Bénéficiaires

L'assistance qualifiée à l'accouchement est assurée à toute femme enceinte pendant le travail et l'accouchement, à toute accouchée et à tout nouveau-né durant la période post-natale.

### 1.4. Moment / Périodicité

L'assistance qualifiée à l'accouchement est assurée au cours de travail, de l'accouchement, et en période post-natale.

## SECTION II : NORMES

### 2.1. Normes d'interventions

Les interventions de l'assistance qualifiée à l'accouchement sont :

- 1° Soutien psychoaffectif à la parturiente et à sa famille
- 2° Surveillance du travail à l'aide du partogramme
- 3° Conduite de l'accouchement
- 4° Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)
- 5° Soins essentiels au nouveau-né
- 6° Surveillance de la période post natale
- 7° Application des précautions universelles de prévention des infections
- 8° Conseil et dépistage VIH (DCIP)
- 9° Administration des ARV à la femme enceinte VIH+ en travail et à son(ses) nouveau-né(s)
- 10° Prise en charge des anomalies identifiées
- 11° Conseils à la mère
- 12° Référence à temps des cas compliqués



## 2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour l'assistance qualifiée à l'accouchement sont :

### 2.2.1. Au niveau du CS/Maternité de base

Au moins deux accoucheurs qualifiés de service<sup>1</sup> qui peuvent être deux accoucheuses A1 ou, deux accoucheuses A2 ou à défaut deux infirmiers (ères) de niveau minimum A2, formé(e)s et recyclé(e)s en PCIGA/PCIMAA, y compris la GATPA, en SONU et PTME.

L'accoucheur qualifié est défini comme un professionnel de santé accrédité, accoucheuse, médecin ou infirmier(ère) diplômés, formés et qui a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse normale, de l'accouchement et du post partum sans complication, y compris la PTME, et qui sait identifier, traiter ou, au besoin, référer à temps les femmes et/ou les nouveau-nés présentant des complications. Ajouter la référence

### 2.2.2. Au niveau de l'HGR

En plus des dispositions au CS :

- Au moins un Médecin généraliste et/ou un Gynécologue-obstétricien formés et recyclés en PCIGA/PCIMAA, y compris la GATPA, en SONU et PTME.
- Un pédiatre, si possible néonatalogue, un anesthésiste-réanimateur formés et recyclés en Soins essentiels et d'urgence du nouveau-né, y compris la réanimation.

---

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

## 2.3. Normes d'infrastructures

### 2.3.1. Au CS/maternité de base

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

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

### 2.3.2. A l'HGR

Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR d'au moins 600 m<sup>2</sup> organisé pour abriter les activités de santé de la reproduction, où l'on devra trouver spécifiquement :

- 1 salle d'attente de 20 m<sup>2</sup>, 2 salles de consultation de 2x20 m<sup>2</sup>, 2 salles de travail 2x18 m<sup>2</sup>, 2 salles d'accouchement de 2x20 m<sup>2</sup>, 1 salle de soins de 12 m<sup>2</sup>, 1 salle post partum immédiat de 18 m<sup>2</sup>, 2 salles pour post partum tardif et hospitalisation de 2x150 m<sup>2</sup>, 1 local de service et réserve de 20 m<sup>2</sup>, 1 magasin de 10 m<sup>2</sup>, 2 salles de bain/douches 2x6 m<sup>2</sup>, 4 toilettes/WC de 4x6 m<sup>2</sup>, 2 bureaux pour accoucheuses et infirmières de gynéco de 2x15 m<sup>2</sup>, 1 vestiaire, 2 salles de garde avec toilette/WC et douche de 2x12 m<sup>2</sup>
- 1 bloc opératoire avec 1 salle d'opération de gynécologie-obstétrique de 30 m<sup>2</sup>, 1 salle d'anesthésie de 15 m<sup>2</sup>, 1 salle de réveil de 20 m<sup>2</sup>
- 1 salle de stérilisation de 15 m<sup>2</sup>
- 1 salle de réanimation, 1 salle des soins intensifs
- 1 banque de sang

## 2.4. Normes de ressources matérielles

### 2.4.1. Equipement

#### - Au CS/Maternité de base

Equipement d'un CS/Maternité de base répondant aux normes, et spécifiquement :

- Table ou lit d'examen
- Table d'accouchement avec étriers
- Source de lumière : lampe d'examen gynécologique flexible ou de poche
- Thermomètre mural
- Horloge murale
- Coin du nouveau-né, à proximité de la table d'accouchement, avec :
  - Table chauffante/irradiante ou table avec source de chaleur
  - Pèse-bébé
  - Aspirateur à pression négative ne dépassant pas 100 mm Hg ou 130 cm d'eau, doté d'une sonde d'aspiration
- Stérilisateur

#### - A l'HGR

Equipement de Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR, où l'on devra trouver spécifiquement, en plus de l'équipement requis pour le CS/Maternité de base :

- Bonbonne d'oxygène (avec son chariot et sa clé) / concentrateur d'oxygène
- Couveuses ordinaires
- Couveuses ou tables à photothérapie (dans l'unité de néonatalogie)
- Evier avec robinets à commandes cubitales
- Ambulance fonctionnelle
- Saturomètre
- Glucomètre
- Laryngoscope

- Tubes d'intubation
- Echographe
- Appareil de monitoring fœtal

#### 2.4.2. Matériel

- Au CS/Maternité de base

Matériel de base d'un CS/Maternité de base, et spécifiquement :

- Sphygmomanomètre (ou tensiomètre) et stéthoscope
- Thermomètre médical
- Stéthoscope obstétrical (fœtoscope)
- Poire démontable et stérilisable (de type Pingouin)
- Ballon de ventilation autogonflable 250-500 ml et masque facial N°0 et N°1
- Matériel de protection : tablier en plastique, bottes, bonnets, masques, lunettes
- Champs en plastique (toile cirée)
- Draps et champs
- Au moins 2 boîtes d'accouchement contenant chacune : 2 paires de ciseaux, une pince porte-aiguille, 4 pinces hémostatiques, une pince anatomique avec dents, une pince anatomique sans dents, une pince porte-tampons
- Une pince intermédiaire
- Au moins une boîte à spéculum vaginal de taille différente (petite, moyenne et grande)
- Ventouse ou forceps

- A l'HGR

Matériel du Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR, où l'on devra trouver spécifiquement, en plus du matériel requis pour le CS/Maternité de base :

sonde vésicale, canule de Guedel, canule de Mayo, sonde d'aspiration, marteau percuteur, au moins 10 spéculums de tailles différentes, pince de Pozzi (pince à col), au moins 2 boîtes de curetage, au moins 4 boîtes d'accouchement, au

moins 2 boîtes de suture pour réparation d'épisiotomie ou de lésions des parties molles, au moins 4 boîtes de césarienne, au moins 4 boîtes de laparotomie, au moins 2 boîtes d'hystérectomie, valve à poids, au moins 2 boîtes pour réparation des fistules, au moins 4 boîtes de pansement, au moins deux boîtes pour l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) contenant chacune : 1 seringue d'aspiration, canules de différents calibres

#### 2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco-Obstétrique doivent être dotés des médicaments, intrants et consommables conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, spécifiquement pour l'assistance qualifiée à l'accouchement :

- Médicaments
  - o Médicaments pour les soins du nouveau-né : antimicrobien ophtalmique (tétracycline pommade ophtalmique à 1%, nitrate d'argent à 1% ou Argyrol à 0,5%), vitamine K1 ampoule de 1 mg/ml
  - o ARV : névirapine (adulte, pédiatrique), zidovudine (AZT), lamivudine (3TC)
  - o Anticonvulsivants : diazépam, sulfate de magnésium, gluconate calcique
  - o Antihypertenseurs : hydralazine
  - o Utérotoniques : ocytocine, ergométrine
  - o Anesthésiques : lidocaïne ou autres
  - o Solutés : sérum physiologique à 0,9%, Ringer lactate, solution de glucose à 50%
  - o Anti paludéens : ACT, quinine
  - o Triméthoprim + sulfaméthoxazole
  - o Autres : paracétamol, vitamine A, sel ferreux + acide folique

- Tests : Bandelettes pour test de protéinurie, tests VIH
- Consommables
  - o Gants obstétricaux stériles
  - o Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc + aiguilles
  - o Poches de transfusion
  - o Matériel de suture pour la réparation des déchirures ou de l'épisiotomie (fils et aiguilles)
  - o Solution antiseptique
  - o Désinfectant à base de chlore
  - o Compresses
  - o Serviettes hygiéniques
  - o Linges à stériliser pour sécher et envelopper l'enfant
  - o Fils pour le cordon (stériles)
  - o MILD
  - o Désinfectant pour se nettoyer les mains
  - o Lame de bistouri

#### 2.4.5. Outils

- Au CS/Maternité de base

Le CS/Maternité de base doit être dotés des outils suivants pour l'assistance qualifiée à l'accouchement :

- o Outils de prestation (outils techniques) :  
Fiches de consultation, partogrammes, fiches CPoN et CPN, fiche de surveillance de la transfusion, bons de référence et contre référence, bon d'analyse, bon de demande de sang, bon de livraison de sang, tableaux muraux contenant les directives sur les SONU, manuels de formation.
- o Outils de gestion :
  - Outils de collecte des données : registre d'accouchement, registres CPN et CPoN, fiche de stock, registre des prélèvements VIH / CD4, fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats, registre

de résultats VIH, registre de suivi des femmes VIH+, registre de suivi des enfants exposés au VIH, registres de laboratoire, cahier de surveillance de la transfusion, fiche d'hémovigilance, cahier de consommation des médicaments, RUMER, fiche de revue des décès maternels et néonataux

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

- A l'HGR

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

## SECTION III : DIRECTIVES

### 3.1. Directives relatives à l'assistance de l'accouchement eutocique

#### 1° Préparer la naissance

- Avoir l'équipe prête (au moins deux personnes) pour les soins de la mère et du nouveau-né.
- Préparer le matériel nécessaire à l'accouchement, y compris le nécessaire pour la réanimation du nouveau-né.
- Maintenir la température de la salle entre 25°-28°C :
  - o Fermer portes et fenêtres.
  - o Eviter les courants d'air.
  - o Allumer le système de chauffage s'il existe.
  - o Placer un thermomètre mural et vérifier la température.

#### 2° Accueillir la parturiente

- Réserver à la parturiente (et la personne qui l'accompagne) un accueil bienveillant et une communication sympathique.
- Evaluer rapidement la femme qui vient en travail et prendre en charge immédiatement si accouchement imminent ou problème détecté.
- Traiter la parturiente avec respect et s'abstenir de porter un jugement.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Encourager la parturiente à poser des questions.
- Donner à la parturiente des informations concernant ses besoins.
- Demander à la femme de vider sa vessie, de se laver et de procéder à sa toilette vulvaire



- A chaque examen ou avant chaque intervention obtenir son consentement et lui expliquer ce que l'on fait et ce que l'on va faire.

### 3° Respecter les précautions universelles de prévention des infections durant toutes les étapes des soins

- Se laver les mains au savon liquide, en poudre ou en bloc rapé et à l'eau courante.
- Porter des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Eliminer les déchets bio-médicaux de façon sûre.

### 4° Evaluer la parturiente

- Interroger / Etudier le dossier (carte CPN ou autre) pour s'enquérir de :
  - o heure de début des contractions, leur fréquence et leur intensité
  - o rupture ou non de la poche des eaux
  - o présence ou non de saignement
  - o perception de mouvements fœtaux
  - o toute autre information ou préoccupation utile
  - o les antécédents médicaux (hypertension artérielle, diabète, asthme, allergie, tabagisme, alcoolisme), chirurgicaux et gynéco- obstétricaux (date des dernières règles, gestité, parité, avortement, césarienne, ou autres)
  - o la date probable de l'accouchement
  - o histoire de la grossesse actuelle
  - o statut sérologique VIH :
    - o statut positif :

- vérifier si elle est sous ARV et préciser le régime.
- Si elle est sous traitement ARV, le poursuivre ;
- Si elle est sous prophylaxie ARV (AZT), donner AZT +3-TC+Dose unique NVP en phase active du travail.
- Vérifier auprès d'elle si la personne qui l'accompagne est informée de son statut ; demander la méthode prévue pour l'alimentation du nourrisson.  
(Se référer à la fiche technique N°)

- Statut sérologique inconnu : Procéder au conseil et dépistage VIH (DCIP)

- Ne pas raser la parturiente.
- Ne pas faire de lavement évacuateur.
- Ne pas faire de sondage vésical systématique.
- Ne pas effectuer de toucher vaginal s'il y a un saignement ou s'il y en a eu un, à quelque moment que ce soit, au-delà de 7 mois de grossesse.
- Ne pas rompre la poche des eaux de manière routinière.
- Donner à boire en quantité suffisante et encourager la parturiente à uriner.
- Couvrir la femme après l'examen et lors du transfert d'une salle à une autre.

- Procéder à l'examen physique de la parturiente
  - Expliquer le déroulement de l'examen
  - Observer l'état général, la coloration des conjonctives
  - Prélever les signes vitaux : TA, température, pouls, fréquence respiratoire
  - Evaluer l'état émotionnel de la femme

- Procéder à l'examen obstétrical :
  - Inspecter l'abdomen : sa forme, la présence de cicatrice.
  - Mesurer la hauteur utérine.
  - Faire le palper abdominal : position du fœtus, présentation du fœtus, localisation des pôles fœtaux, descente de la tête.
  - Apprécier l'intensité, le rythme, et la durée des contractions utérines en les comptant pendant une période de 10 minutes.
  - Rechercher et compter les bruits du cœur fœtal pendant une minute.
  - Se laver les mains au savon et mettre des gants stériles.
  - Examiner la vulve et le périnée et faire un toucher vaginal pour
    - Apprécier la longueur et l'état du périnée.
    - Vérifier s'il y a des selles dans le rectum ; si oui, demander à la femme de les évacuer.
    - Apprécier l'effacement et la dilatation du col, ainsi que l'état des membranes.
    - Confirmer le type de présentation, la variété de position et son niveau de descente.
    - Apprécier le bassin et l'état des parties molles.
    - Faire un test d'engagement au besoin.
  - Examiner le gant après le toucher vaginal : aspect et odeur des sécrétions ou du liquide amniotique.
  - Enlever les gants après les avoir décontaminés
  - Se laver les mains.
- Noter les renseignements sur le partogramme tout au long du processus.
- Analyser les données et déterminer le degré d'avancement du travail qui peut être soit :

- Phase de latence.
- Début de la phase active du travail ;
- Fin de la phase active du travail ;
- Accouchement imminent ;

5° Surveiller le travail (1<sup>ère</sup> phase de l'accouchement) à l'aide du partogramme

La surveillance du travail et de l'accouchement doit se faire à l'aide du partogramme rempli tout au long du travail et de l'accouchement.

Le partogramme correctement rempli est l'outil fondamental de détection précoce des anomalies du travail et de prise de décision à temps.

- Parturiente en phase de latence
  - Vérifier toutes les heures :
    - Si la parturiente présente des signes de danger
    - La fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines
    - Les bruits du cœur fœtal (BCF)
    - L'humeur et le comportement de la parturiente (en détresse, anxieuse)
    - Si rupture des membranes, noter l'heure et la couleur du liquide amniotique
  - Vérifier toutes les 4 heures :
    - La dilatation du col sauf indication contraire (pas plus d'un toucher vaginal toutes les 4 heures)
    - Les signes vitaux : T°, pouls, TA
  - Lui dispenser des soins de soutien.
  - Administrer les ARV à la femme VIH+ selon le protocole.
  - Ne jamais laisser la patiente seule.

- Consigner les observations régulièrement sur le partogramme.
- S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement et la réanimation du nouveau-né est disponible, fonctionnel et stérile.
- Evaluer l'avancement du travail au bout de 8 heures:
  - Si les contractions s'intensifient et se rapprochent mais que la dilatation du col stagne, que les membranes soient rompues ou non : → Référer.
  - Si les contractions ne s'intensifient pas, les membranes ne sont pas rompues et la dilatation du col stagne : → Autoriser la parturiente à rentrer à domicile et lui demander de revenir si la douleur augmente, si saignement, ou si les membranes se rompent.
  - Si la dilatation du col est de 4 cm ou plus : → Commencer à tracer le cervicogramme et prendre la parturiente en charge comme indiqué à la phase active.
- Parturiente en phase active
  - Vérifier toutes les 30 minutes :
    - La fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines, les BCF, l'humeur et le comportement de la parturiente
    - Si la parturiente présente des signes de danger
    - Si rupture des membranes noter l'heure et la couleur du liquide amniotique
  - Vérifier toutes les 2 heures la dilatation du col sauf indication contraire.
  - Vérifier toutes les 4 heures les signes vitaux : T°, pouls, TA.
  - Consigner les observations régulièrement sur le partogramme.
  - Ne jamais laisser la parturiente seule.

- Evaluer l'avancement du travail sur le partogramme (cervicogramme) :
  - Si la courbe franchit la ligne d'alerte et passe à droite : → Référer : en prenant toutes les mesures pour amener la femme en URGENCE à l'HGR.
  - Si la dilatation du col est de 10 cm ou que le périnée bombe : → Diriger l'accouchement comme indiqué dans la directive suivante.

## 6° Diriger l'accouchement

- Avant l'expulsion
  - Installer la femme sur la table d'accouchement.
  - S'assurer que la vessie est vide.
  - Se laver les mains avec eau courante et savon.
  - Porter des gants d'examen propres et procéder à la toilette vaginale avec une solution antiseptique (Dakin ou bétadine ou chlorhexidine).
  - Rassurer la parturiente et la calmer.
  - Faire comprendre à la femme l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion.
  - Expliquer comment faire des efforts expulsifs et récupérer entre les poussées.
  - Ausculter et compter les BCF après chaque contraction ou toutes les 5 minutes.
  - Surveiller la progression du mobile fœtal.
  - Porter des gants stériles.
  - Attendre que la femme ait envie de pousser (ne pas dire à la femme de pousser avant qu'elle n'en ait envie).
- Pendant l'expulsion (2<sup>ème</sup> phase de l'accouchement)
  - Demander à la femme de pousser pendant la contraction quand la tête est à la vulve (ne pas faire d'expression abdominale pour « aider » l'expulsion).
  - Veiller à maîtriser le dégagement de la tête :

- Retenir délicatement la tête d'une main, à mesure qu'elle avance avec les contractions.
  - Soutenir le périnée avec l'autre main et couvrir l'anus à l'aide d'une compresse que l'on maintient en place avec la tranche de la main pendant l'accouchement.
  - Laisser le périnée visible (entre le pouce et l'index).
  - Faire une épisiotomie au besoin. Eviter l'épisiotomie systématique.
  - Demander à la patiente de respirer régulièrement et de ne pas pousser pendant le dégagement de la tête.
  - L'encourager à respirer rapidement, la bouche ouverte.
- Vérifier qu'il n'y a ni mucus ni membrane sur le visage de l'enfant. Si présence de mucus épais ou de sang, aspirer le nez et la bouche (pas d'aspiration systématique).
  - Attendre la rotation spontanée des épaules et leur dégagement.
  - Dégager l'épaule antérieure en exerçant une légère pression vers le bas.
  - Ensuite, soulever l'enfant vers le ventre de sa mère pour dégager l'autre épaule.
  - Le mettre sur le ventre de sa mère en s'assurant qu'il respire/crie.
  - Annoncer l'heure de la naissance et le sexe de l'enfant.
  - Sécher immédiatement l'enfant avec soin. Essuyer ses yeux. Le badigeonner avec une solution chlorée tiède (chlorhexidine) en évitant l'hypothermie et sans enlever le vernix caseosa. Le sécher et jeter le linge humide.

- Le garder sur le ventre de sa mère en contact peau à peau et le couvrir, y compris la tête, avec un autre linge sec et stérile et laisser le visage libre pour l'observer.
- Contrôler la respiration de l'enfant en le séchant et apprécier s'il a besoin de réanimation.
- Poursuivre les soins essentiels du nouveau-né (se référer au volume 3 traitant des soins essentiels et d'urgence au nouveau-né).
- Initier la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).
  - Exclure la possibilité qu'il y ait un deuxième bébé en palpant l'abdomen de la mère.
  - Administrer 10 UI d'ocytocine en IM dans la minute qui suit la naissance.
- Clamper et couper le cordon ombilical 2 à 3 minutes après la naissance ou après la cessation des battements :
  - Éviter l'auto transfusion du bébé par le cordon avant la section.
  - Clamper le cordon à l'aide de deux pinces stériles, la première pince à plus de 10 cm de l'abdomen du bébé et la deuxième à 2 cm de la première du côté maternel.
  - Sectionner le cordon avec une paire de ciseaux stériles entre les deux pinces en prenant soin de couvrir le cordon avec la main gantée ou une compresse avant de le sectionner.
  - Ligaturer le cordon ou mettre le clamp de Bar ou le nœud à 3 travers de doigts (5 cm) en s'assurant que le cordon est attaché fermement avec deux à trois nœuds.
  - S'assurer que le cordon ne saigne pas et refaire la ligature s'il saigne.



- Laisser le cordon à l'air libre (ne jamais couvrir le cordon).

- Si le bébé a besoin de réanimation ou s'il est né de mère VIH+, clamper et couper le cordon immédiatement après la naissance.
- Ne pas utiliser la même paire de ciseaux pour l'épisiotomie et pour la section du cordon.

- Laisser l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. Lui mettre une étiquette d'identification.
- Couvrir le bébé en prenant soin de couvrir la tête avec un chapeau et les pieds avec des chaussons.
- Aider la mère à initier l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance.

## 7° Continuer la GATPA

- Procéder à la traction contrôlée du cordon.
  - Clamper le cordon déjà sectionné à proximité de la vulve à l'aide d'une pince.
  - Maintenir le cordon et la pince dans une main.
  - Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de l'accouchée pour palper les contractions utérines.
  - Maintenir une légère traction sur le cordon en attendant une forte contraction utérine (2 à 3 minutes).
  - Quand une contraction utérine est palpée, stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut, exerçant ainsi une contre-traction.
  - Exercer en même temps une traction contrôlée vers le bas sur le cordon avec la main qui tient la pince.

- Tirer très doucement sur le cordon en direction du bas dès la survenue d'une contraction pour extraire le placenta (lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge) :
  - Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction contrôlée cesser de tirer sur le cordon ;
  - Attendre que l'utérus se contracte à nouveau et recommencer (en général le placenta se décolle en 3 ou 4 contractions).
- Prendre le placenta avec les deux mains au moment de l'expulsion et tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient expulsées entièrement.
- Procéder au massage de l'utérus :
  - Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte (globe utérin).
  - Apprendre à la femme comment faire le massage et lui demander de continuer le massage.
- Examiner le placenta et les membranes pour vérifier s'ils sont complets.
- Rechercher les lésions des parties molles éventuelles et les réparer.
- Nettoyer doucement le périnée avec de l'eau/antiseptique et un linge propre.
- Appliquer un linge propre sur la vulve.
- Enlever tous les draps souillés et les traiter/nettoyer dans les bonnes conditions d'hygiène.
- S'assurer que l'accouchée est à l'aise et la couvrir.

**NB** : La traction contrôlée du cordon se fait toujours simultanément avec la contre-traction au-dessus du pubis.

- Référer d'URGENCE la femme à l'HGR si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine après quatre tentatives de traction contrôlée.
- 8° Référer à l'HGR les cas présentant des complications
- Administrer les premiers soins appropriés avant la référence.
  - Informer la femme et sa famille de la nécessité de référer.
  - Organiser la référence : moyens de transport et communication, assistance médicale, bon de référence rempli.
- 9° Surveiller la mère et le nouveau-né dans le post-partum immédiat
- Pour la mère
    - Surveiller les signes vitaux, la rétraction utérine (globe utérin) et le saignement vaginal :
      - chaque 15 minutes pendant les 2 premières heures
      - chaque 30 minutes pendant la 3<sup>ème</sup> heure
      - chaque heure pendant les 3 heures suivantes
    - Faire un massage utérin chaque 15 minutes pendant les 2 premières heures.
    - Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
    - Faciliter l'allaitement maternel.
    - Encourager et aider la femme à vider sa vessie.
    - Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
    - Prodiguer des conseils à la mère sur l'alimentation, l'hygiène et le repos, le maintien de la température, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, la reconnaissance des signes de danger.
  - Pour le nouveau-né

Se référer aux directives relatives à la surveillance du nouveau-né en post natal immédiat, traitées dans le volume 3 sur les soins essentiels et d'urgence du nouveau-né.

- 10° Enregistrer les données de l'accouchement / de la naissance
- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement/naissance et le  *carnet de santé de la mère et de l'enfant*.
  - Etablir le certificat de naissance.
  - Remettre le carnet de santé de l'enfant et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.
- 11° Assurer le suivi post-natal jusqu'au 42<sup>ème</sup> jour après l'accouchement
- Evaluer la mère et le bébé deux fois par jour durant le séjour à la maternité (3 jours pour un accouchement eutocique et suites postnatales favorables).
  - Procéder au dépistage néonatal de la drépanocytose.
  - Poursuivre les soins du bébé.
  - Préparer la sortie au jour 3 post-natal :
    - o Procéder à l'examen complet de la mère et du nouveau-né.
    - o Conseiller la mère sur les signes de danger chez une accouchée et chez un nouveau-né, sur la protection thermique, l'allaitement maternel, les soins du cordon, les bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation.
    - o Vacciner l'enfant au BCG et VPO 0.
    - o Administrer à la mère tout traitement curatif ou prophylactique nécessaire.
    - o Recommander aux parents d'aller faire enregistrer le bébé à l'état civil dans le délai officiel.
    - o Fixer avec la mère le rendez-vous du 6<sup>ème</sup> jour.

- Continuer le suivi aux visites du 6<sup>ème</sup> et du 42<sup>ème</sup> jour et, à chaque visite :
  - o Rechercher les signes de danger.
  - o Procéder à l'examen physique complet de la mère et du bébé.
  - o Conseiller la mère sur les signes de danger, la protection thermique ; l'allaitement maternel, les bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation.
  - o Vacciner le bébé à la visite du 6<sup>ème</sup> jour au BCG et VPO 0 si non reçus jusque là, et à la visite du 42<sup>ème</sup> jour suivant le calendrier vaccinal.
  - o Vérifier si le bébé a été enregistré à l'état civil.

### 3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes particuliers de l'accouchement

#### 3.2.1. Présentation du siège

##### 1° Identifier la présentation du siège

Si grand axe longitudinal de l'utérus à l'inspection de l'abdomen, tête fœtale palpée dans le fond utérin, foyer des BCF haut situé dans la région péri ou sus ombilicale, jambes ou fesses du fœtus détectés par l'examen vaginal ou se présentant au périnée chez une parturiente : Penser à la présentation du siège.

##### 2° Prendre en charge l'accouchement de présentation de siège

- Au niveau du CS/Maternité de base  
Référer tout cas de présentation de siège pour accouchement à l'HGR.
- Au niveau de l'HGR
  - o Se préparer à la naissance comme pour tout accouchement.

- Placer un abord veineux.
- Apporter un soutien psychoaffectif à la patiente et l'encourager.
- Pratiquer la césarienne en cas de déflexion primitive de la tête (échographie ou radiographie), utérus cicatriciel, macrosomie, bassin rétréci, malformé ou asymétrique, périnée cicatriciel, grossesse précieuse, prématurité, souffrance fœtale chronique ou aigue, diabète, pré éclampsie, dépassement de terme, antécédent de dystocie, placenta prævia, dystocie dynamique, siège décomplété mode des pieds, tête en hyper extension ou en déflexion complète.
- Réexaminer la patiente pour s'assurer que l'accouchement par voie basse est indiqué.
- Conduire l'accouchement par voie basse en présentation de siège conformément au protocole (se référer à la fiche technique en annexe 5).
- Réaliser toutes les manœuvres avec douceur, sans forcer.
- Continuer les soins de la mère et du nouveau-né comme après tout accouchement.

### 3.2.2. Grossesse prolongée

#### 1° Identifier la grossesse prolongée

Gestante avec grossesse dépassant 42 SA, soit dépassant de 2 semaines la date probable d'accouchement : Penser à la grossesse prolongée.

#### 2° Confirmer la grossesse prolongée

- L'échographie montre des calcifications placentaires, ou un oligo amnios.
- Le monitoring fœtal en dehors du travail (NO STRESS TEST) est pathologique ou

- Le monitoring fœtal avec contractions utérines induites (Oxytocin Challenge Test, ou OCT) est positif.
- 3° Prendre en charge la gestante avec grossesse prolongée
- Placer une perfusion d'ocytocine (10 UI d'ocytocine dans 1 litre de sérum glucosé à 5%) pour induire le travail si conditions obstétricales favorables à l'accouchement par voie basse, en surveillant étroitement la femme en vue d'intervention rapide si souffrance fœtale.
  - Pratiquer la césarienne en cas de primigeste âgée, ou de conditions obstétricales défavorables à l'accouchement par voie basse et/ou signes de souffrance fœtale (liquide amniotique teinté, oligoamnios, BCF anormaux) ou en cas d'échec de l'épreuve du travail.
- 4° Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans le cas de toute assistance qualifiée à l'accouchement
- Surveiller les signes vitaux, la rétraction utérine (globe utérin) et le saignement vaginal comme suit :
    - o toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures
    - o toutes 30 minutes pendant la 3<sup>ème</sup> heure
    - o toutes les heures pendant les 3 heures suivantes
  - Faire un massage utérin chaque 15 minutes pendant les 2 premières heures sauf pour les césarisées.
  - Poursuivre l'antibiothérapie en cours.
  - Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
  - Faciliter l'allaitement maternel.
  - Encourager/aider l'accouchée à vider sa vessie.
  - Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
  - Prodiguer des conseils à la mère sur l'alimentation, l'hygiène et le repos, le maintien de la température, les

soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, la reconnaissance des signes de danger, l'importance de l'espacement des naissances et de la planification familiale, les rapports sexuels à moindre risque, l'utilisation de la MILD pour elle et pour l'enfant.

5° Enregistrer les données de l'accouchement

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

6° Fixer rendez-vous



# CHAPITRE 3 : CONSULTATION POST-NATALE

## SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES

### 1.1. Définition

La consultation post-natale (CPoN) est l'ensemble des soins offerts à l'accouchée et à son bébé dès la naissance jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine de la période post-natale.

Ce chapitre traite de la période allant de la 6<sup>ème</sup> heure à la 6<sup>ème</sup> semaine après la naissance. Les soins de la période post-natale précoce (durant les 6 premières heures) ont été traités dans le chapitre précédent.

### 1.2. Objectifs

#### 1.2.1. Objectif général

Dispenser des soins de qualité aux accouchées et leurs bébés dès la naissance jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine de la période post-natale, en vue de promouvoir la santé, prévenir les maladies et assurer la prise en charge des complications pouvant survenir chez la mère et le bébé durant cette période et ainsi contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

#### 1.2.2. Objectifs spécifiques

- Dépister et prendre en charge les complications survenant dans la période postnatale
- Prévenir et traiter les maladies
- Offrir des méthodes de planification familiale
- Promouvoir les pratiques favorables à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

### 1.3. Cibles / Bénéficiaires

Les soins post natales sont destinés à toute femme accouchée et à son bébé durant les 6 premières semaines après la naissance.

### 1.4. Moment / Périodicité

Les soins post natals sont offerts à l'accouchée et à son bébé durant la période allant de la naissance à la 6<sup>ème</sup> semaine post-natale.

Les visites (consultations) sont organisées selon le calendrier ci après :

- 1<sup>ère</sup> visite, à la 6<sup>ème</sup> heure après la naissance
- 2<sup>ème</sup> visite, au 6<sup>ème</sup> jour après la naissance
- 3<sup>ème</sup> visite, à la 6<sup>ème</sup> semaine après la naissance

Les cas à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles.

## SECTION II : NORMES

### 2.1. Normes d'interventions

- 1° Surveillance de l'état de santé de la mère et du bébé
- 2° Vaccination
- 3° Supplémentation en micronutriments (fer-folate et vitamine A)
- 4° Promotion de l'utilisation de la MILD
- 5° Conseil et services de Planification Familiale
- 6° Suivi du couple mère-enfant dans le contexte de la PTME
- 7° Prise en charge précoce des problèmes dépistés
- 8° Recrutement pour la consultation préscolaire (CPS)
- 9° Conseils à la mère

### 2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour les soins post-natales sont celles ci-après.

#### 2.2.1. Au niveau du CS

- Au moins 1 accoucheuse A1
- Ou à défaut, au moins 1 infirmier (ère) de niveau minimum A2, formé(e) et recyclé(e) en PCIGA/PCIMAA, en SONU et PTME

### 2.2.2. Au niveau de l'HGR

En plus des dispositions du CS :

Au moins un Médecin généraliste et/ou un Gynécologue-obstétricien formés et recyclés en PCIGA/PCIMAA, en SONU et PTME

### 2.3. Normes d'infrastructures

La CPoN est organisée au CS ou à l'HGR pour les cas référés dans les espaces aménagés pour les activités de santé de la reproduction (se référer aux normes d'infrastructures pour la CPN).

### 2.4. Normes de ressources matérielles

#### 2.4.1. Equipements

Se référer aux équipements des activités de CPN et assistance qualifiée à l'accouchement.

#### 2.4.2. Matériel

Se référer au matériel des activités de CPN et assistance qualifiée à l'accouchement auxquels on ajoute le matériel de service de PF.

#### 2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Se référer aux médicaments, intrants et consommables des activités de CPN et assistance qualifiée à l'accouchement auxquels on ajoute les contraceptifs.

#### 2.4.4. Outils

Se référer aux outils des activités liées à l'assistance qualifiée à l'accouchement auxquels on ajoute le carnet de santé de l'enfant et le registre de CPS.

## SECTION III : DIRECTIVES

### 3.1. Directives relatives à la conduite de toute visite CPoN

#### 1° Préparer la séance de CPoN

- Préparer le local, l'équipement, le matériel, les intrants et les outils nécessaires.
- Adapter un horaire pour adolescentes et jeunes.

#### 2° Accueillir l'accouchée et son bébé

- Réserver à la cliente et son bébé un accueil bienveillant et une communication sympathique.
- Evaluer rapidement la femme et son bébé qui arrivent à la CPoN et prendre en charge immédiatement si problème détecté.
- Recevoir les clientes dans l'ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.
- Féliciter la cliente pour le respect du rendez-vous.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Encourager la cliente à poser des questions.
- Traiter la cliente avec respect et s'abstenir de porter un jugement.
- Donner à la cliente des informations concernant ses besoins.
- A chaque examen ou avant chaque intervention obtenir son consentement et lui expliquer ce que l'on fait et ce que l'on va faire.

#### 3° Respecter les précautions universelles de prévention des infections durant toutes les étapes des soins

- Se laver les mains au savon et à l'eau courante.
- Porter des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.

- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Eliminer les déchets de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.

#### 4° Evaluer la cliente et son bébé

- Interroger la cliente et/ou étudier le dossier pour s'enquérir de : mode et conditions de l'accouchement, modalités de l'allaitement, plaintes éventuelles, choix/utilisation d'une méthode PF, connaissance du statut sérologique VIH, traitement spécifique en cours.
- Procéder à l'examen physique de la cliente et de son bébé.

#### 5° Expliquer les résultats de l'évaluation

- Expliquer les résultats de la consultation à la cliente et, si nécessaire, à sa famille.
- Si problème identifié, expliquer la situation, la conduite à tenir et éventuellement les raisons de la référence si indiquée.

#### 6° Traiter et conseiller

- Administrer à la mère tout traitement curatif ou prophylactique nécessaire :
  - o Prendre en charge les problèmes ou complications identifiés.
  - o Vacciner la mère contre le tétanos selon le calendrier vaccinal.
  - o Donner la quantité de fer nécessaire pour 3 mois et lui expliquer qu'il est important de bien suivre le traitement.
  - o Donner la supplémentation en vitamine A si pas encore reçue.

- Donner le mébendazole si nécessaire.
- Continuer tout traitement spécifique en cours (prophylaxie au cotrimoxazole, traitement ARV ou autre).
- Informer et conseiller la cliente sur les soins du post-partum et l'hygiène, la nutrition, les signes de danger, l'importance de l'espacement des naissances et de la PF, les rapports sexuels à moindre risque, l'importance de dormir sous la MILD pour elle et pour l'enfant.
- Offrir le DCIP si statut sérologique non connu.
- Offrir les services de PF.
- Noter les observations dans le dossier maternel.
- Fixer rendez-vous et la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.
- Procéder au prélèvement en vue du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant né de mère VIH+ dès la 6<sup>ème</sup> semaine

N.B. Les directives relatives aux soins post-natals du bébé sont traitées dans le volume 3.

### 3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes courants durant le post partum

#### 3.2.1. Hémorragies du post partum

Se référer au volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence, cas des hémorragies du post partum.

#### 3.2.2. Anémie chez l'accouchée

Se référer aux directives relatives à la prise en charge des problèmes courants de la grossesse traités dans le présent volume, cas de l'anémie modérée chez la femme enceinte, et à

la prise en charge de l'anémie sévère chez la femme enceinte dans le volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence.

### 3.2.3. Affections fébriles du post partum

Se référer au volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence, cas des affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum.

### 3.2.4. Problèmes d'allaitement liés à la mère

#### 1° Identifier le problème

- Femme allaitante avec fissures de la peau du mamelon, généralement peu profondes : Penser au mamelon douloureux ou avec crevasse.
- Femme allaitante avec seins tendus et douloureux, et fièvre : Penser à l'engorgement mammaire.
- Femme allaitante avec douleur et sensibilité du sein devenu rouge et tuméfié, fièvre et frisson, et présence de placard rouge en quartier sur le sein apparaissant 3 à 4 semaines après l'accouchement : Penser à la mastite.
- Femme allaitante avec sein dur et très douloureux, tuméfaction fluctuante et écoulement de pus, associés à la fièvre et frisson : Penser à l'abcès mammaire.
- Femme allaitante avec mamelons enfoncés ou rétractés.
- Femme allaitante avec plainte d'insuffisance de la sécrétion lactée.

#### 2° Prendre en charge les problèmes identifiés

- Cas de mamelons douloureux ou avec crevasse
  - o Conseiller à la mère de:
    - lubrifier le mamelon (exprimer le dernier lait riche en matière grasse et frotter les mamelons avec ce lait après chaque tétée)



- laisser les seins à l'air libre pendant de courtes périodes répétées
  - continuer à donner au bébé le sein le moins douloureux
  - interrompre l'allaitement au sein douloureux pendant un certain temps si le mamelon est très douloureux et en exprimer du lait toutes les 3 heures ; utiliser un récipient propre
  - donner au bébé le lait exprimé dans une tasse en porcelaine ou en verre
  - Observer la tétée et corriger la technique si nécessaire.
- Cas d'engorgement mammaire
- Si la mère allaite :
- Encourager la mère à exprimer son lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait si l'enfant n'arrive pas à téter.
  - Encourager la mère à augmenter le nombre des tétées et à nourrir l'enfant aux deux seins à chaque tétée ; lui montrer comment tenir l'enfant et aider ce dernier à prendre le sein correctement si l'enfant arrive à téter.
  - Apaiser la douleur avant la tétée en :
    - appliquant des compresses chaudes sur les seins juste avant la tétée, ou l'encourager à prendre une douche chaude ;
    - lui massant la nuque et le dos ;
    - l'incitant à exprimer un peu de lait manuellement avant la tétée et à humidifier la région du mamelon pour aider l'enfant à prendre le sein correctement et sans difficulté.
  - Apaiser la douleur après la tétée en :
    - assurant le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge ;

- appliquant des compresses froides sur les seins entre les tétées pour diminuer la congestion ;
  - administrant 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire.
- Assurer le suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.
- Si la mère n'allait pas :
  - Apaiser la douleur en :
    - assurant le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge ;
    - lui appliquant des compresses froides sur les seins pour diminuer la congestion et calmer la douleur ;
    - lui administrant 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire.
  - Administrer la vitamine B6 à raison de 3 × 1 cé pendant 7 jours ou la bromocryptine 2 × 1 cé pendant 15 jours pour inhiber la lactation.
  - Eviter de masser les seins, de les exposer à la chaleur et de stimuler les mamelons pour réduire la lactation.
  - Assurer le suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.
- Cas de mastite
  - Administrer un analgésique et ou antipyrétique (paracétamol 500 mg).
  - Administrer un antibiotique pendant 10 jours :
    - Amoxicilline 500 mg toutes les 8 heures ou
    - Erythromycine 500 mg toutes les 8 heures ou
    - Cloxacilline 500 mg toutes les 6 heures.
  - Associer un anti-inflammatoire : indométacine 3 × 25mg/jour.
  - Encourager la patiente à :

- Appliquer les compresses chaudes sur le sein pendant 5 à 10 minutes avant la tétée
  - Masser le sein sur la partie infectée à partir de l'extérieur vers le mamelon
  - Donner le sein fréquemment, toutes les 2 heures et laisser le bébé plus longtemps sur le sein infecté
  - Bien positionner l'enfant et le mettre au sein correctement
  - Se reposer au lit et boire beaucoup d'eau au moins 4 litres par jour
  - Utiliser un bandage ou un soutien-gorge pour assurer le maintien de ses seins
  - Appliquer des compresses froides sur les seins entre les tétées, pour diminuer la congestion et calmer la douleur
  - Assurer un suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.
  - Procéder à un bilan paraclinique, notamment le dosage de la glycémie et orienter selon le problème identifié.
  - Référer la mère à l'HGR s'il n'y a aucune amélioration au bout de deux jours de traitement.
- Cas d'abcès mammaire
- Administrer une antibiothérapie :
    - Cloxacilline 500 mg par voie orale, quatre fois par jour, pendant 10 jours ou
    - Erythromycine 500 mg par voie orale, trois fois par jour, pendant 10 jours
  - Drainer l'abcès (voir fiche technique en annexe 6).
  - Encourager la patiente à :
    - Continuer à allaiter avec le sein non malade
    - Exprimer le lait manuellement du côté malade

- Utiliser un bandage ou un soutien-gorge pour assurer le maintien de ses seins
  - Appliquer des compresses froides sur ses seins entre les tétées pour résorber la tuméfaction et apaiser la douleur
  - Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, chaque fois que c'est nécessaire sans dépasser quatre prises journalières.
  - Assurer un suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.
  - Faire un bilan paraclinique notamment le dosage de la glycémie et orienter selon le problème identifié.
- Cas de mamelons enfoncés
- 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 une seringue pour aspirer le mamelon vers l'extérieur en suivant les étapes ci-après :
    - Etape 1 : couper la seringue, à l'aide d'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 huit 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 le traitement lors des CPN.

- Cas d'insuffisance de la sécrétion lactée
  - o Assurer un appui psychologique à l'accouché.
  - o Apprendre à la mère à bien positionner l'enfant et le mettre au sein correctement.
  - o Mettre le nouveau-né au sein le plus fréquemment et le plus longtemps possible.
  - o Conseiller un régime hypercalorique, riche en liquide et boisson abondante (lait, thé, tisane, Kikalakasa, sésame : wangila).
  - o Administrer un sédatif léger : Chlorpromazine cé 25 mg 1 cé par jour le soir.

### 3.2.5. Dépression puerpérale

#### 1° Identifier la dépression puerpérale

Accouchée triste, agitée, pleurant facilement, avec sentiments de culpabilité ou sentiments négatifs envers elle-même, troubles du sommeil et perte d'appétit, survenant dans les 15 jours qui suivent l'accouchement : Penser à la dépression puerpérale.

#### 2° Prendre en charge l'accouchée déprimée

- Lui apporter un soutien psychoaffectif de la part des prestataires, de sa famille ou de son entourage.
- Référer à l'HGR ou dans un centre de santé mentale ou neuropsychiatrique.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) OMS, UNFPA, UNICEF, WB. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles. 2ème édition. OMS Genève, 2009.
- (2) OMS. Prise en charge intégrée de la santé reproductive. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles. OMS Genève, 2005.
- (3) Ministère de la Santé Publique, RDC. Formation en soins intégrés de la mère et du nouveau-né pour les prestataires des structures de base. PNSR, 2008.
- (4) Ministère de la Santé Publique, RDC. Standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) de la République démocratique du Congo. PNSA, 2009.
- (5) Ministère de la Santé Publique, RDC. Guide Technique de formation en Prévention et Prise en charge de cas de paludisme. PNLP, 2010.
- (6) Ministère de Santé Publique, RDC. Normes et Directives de lutte contre le paludisme. Manuel de Référence. PNLP, 2007.
- (7) Ministère de la Santé Publique, RDC. Protocole National : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. PNLS, juillet 2010.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Liste des principaux thèmes à exploiter lors des séances d'éducation sanitaire

- 1° Importance de respecter les quatre visites CPN et des visites post-natales
- 2° Importance d'accoucher dans une formation sanitaire
- 3° Implication de l'homme
- 4° Prévention du paludisme : TPI du paludisme chez la femme enceinte, utilisation de la MILD, assainissement péri domiciliaire
- 5° Nutrition et alimentation équilibrée
- 6° Hygiène
- 7° Vaccination de la femme enceinte et de l'enfant
- 8° Promotion des soins essentiels du nouveau-né
- 9° Signes de danger chez la femme enceinte, chez l'accouchée, chez le nouveau-né
- 10° Importance de se rendre rapidement dans une formation sanitaire en cas de détection de signe de danger
- 11° Allaitement maternel exclusif
- 12° Initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif
- 13° Planification familiale et espacement optimal des naissances
- 14° Prévention des IST/VIH
- 15° Dépistage conseil du VIH
- 16° Sexualité à moindre risque et parenté responsable
- 17° Promotion de l'utilisation et du port correct du préservatif
- 18° Conseil à la femme vivant avec le VIH en matière d'alimentation du nourrisson, de contraception efficace (utilisation régulière de préservatifs pendant la grossesse, tout au long de la période post-partum et de l'allaitement maternel, emploi de la double protection après l'accouchement)
- 19° Dangers de l'auto-médication
- 20° Promotion du plan d'accouchement

- 21° Promotion du plan préparation en cas de complications
- 22° Enregistrement du bébé à l'état civil dans les 30 jours qui suivent la naissance
- 23° Dépistage néonatal de la drépanocytose
- 24° Promotion des examens prénuptiaux, notamment le typage de l'hémoglobine pour prévenir de la drépanocytose
- 25° Violences sexuelles et pratiques néfastes



## Annexe 2 : Technique de lavage des mains

### Principes généraux

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

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

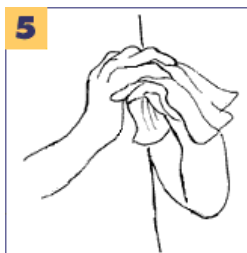
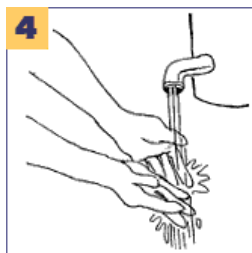
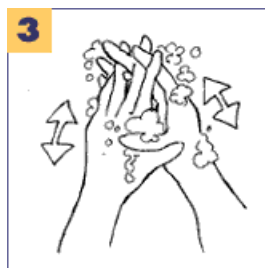
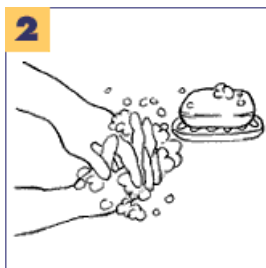
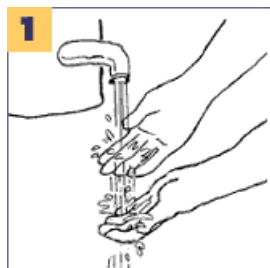
### Exécution de la technique

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

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

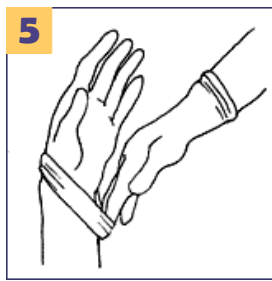
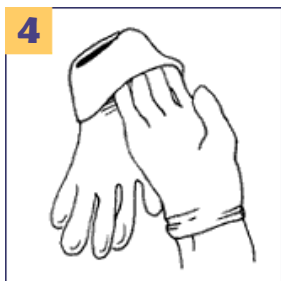
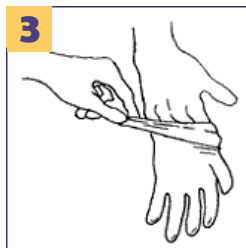
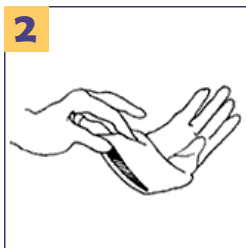
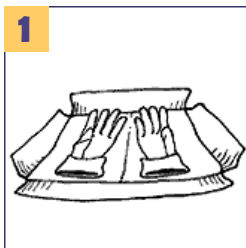
### **Avec robinet d'eau courante**

- Suivre les étapes présentées dans les figures ci-après :



### Annexe 3 : Technique de port des gants

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

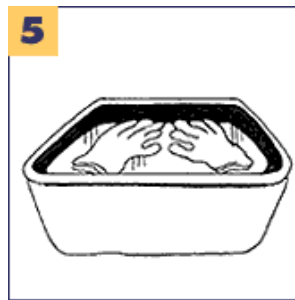
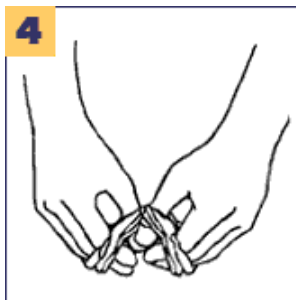
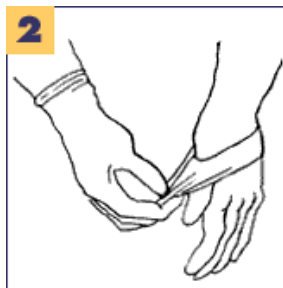


Lors de procédures chirurgicales, il faut porter des gants stériles. On recommande de se frotter les mains pendant 3 à 5 minutes avec une solution contenant de la chlorhexidine ou un iodophore. Ou alors, le personnel chirurgical peut se laver les mains avec du simple savon et, ensuite, appliquer une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

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

#### Annexe 4 : Technique de retrait des gants

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



## Annexe 5 : Technique d'administration du sulfate de magnésium

- Prévenir la femme qu'elle aura une bouffée de chaleur après l'administration
- Respecter les principes de prévention des infections
- Administrer dans chaque fesse, en IM profonde, 5 g de sulfate de magnésium, soit 10 ml d'une solution à 50%, mélangé à 1 cc de lidocaïne à 2%.

## Annexe 6 : Accouchement par voie basse en présentation de siège

### Principes généraux

- 1° Se préparer à la naissance comme pour tout accouchement.
- 2° Placer un abord veineux.
- 3° Apporter un soutien psychoaffectif à la patiente et l'encourager.
- 4° Réexaminer la patiente pour s'assurer que l'accouchement par voie basse est indiqué.
- 5° Conduire l'accouchement par voie basse en présentation de siège conformément au protocole décrit ci-dessous.
- 6° Réaliser toutes les manœuvres avec douceur, sans forcer.

### Cas de siège complet ou décompleté mode des fesses

Figure 1 : Présentations du siège



A. siège complet (en tailleur)

B. siège décompleté mode des fesses

## 1° Dégagement des fesses et des jambes

- Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dire à la patiente qu'elle peut pousser lors des contractions.
- Si le périnée est très épais, réaliser une épisiotomie.
- Laisser le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.
- Prendre délicatement les fesses dans une main, sans tirer dessus.
- Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégager l'une après l'autre :
  - Pousser sur la jambe au-delà du genou pour la plier ;
  - Saisir la cheville et dégager le pied puis le reste de la jambe ;
  - Faire de même pour l'autre jambe.

Ne pas tirer sur le bébé pendant le dégagement des jambes.

- Tenir le bébé par les hanches comme indiqué sur la figure 2.
- Ne pas le prendre par les flancs ni par l'abdomen, cela risquerait d'endommager les reins ou le foie.



Figure 2 : Tenir le bébé par les hanches (ne pas tirer)



## 2° Dégagement des bras

### ***Bras palpables sur la poitrine***

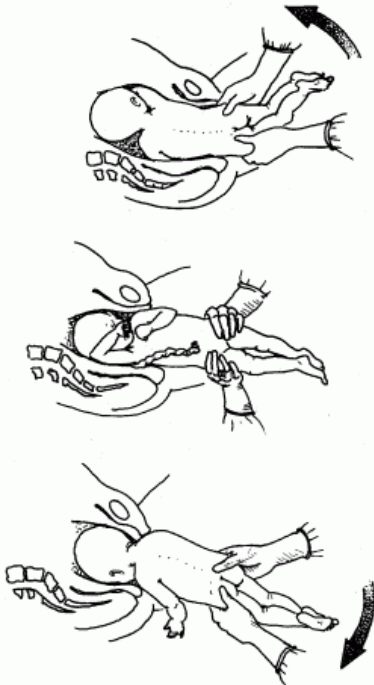
- Laisser les bras se dégager spontanément l'un après l'autre. N'intervenir que si c'est nécessaire.
- Après le dégagement spontané du premier bras, soulever les fesses du bébé en direction de l'abdomen de la mère afin de permettre au deuxième bras de se dégager spontanément.
- Si le bras ne se dégage pas spontanément, placer un ou deux doigt(s) au niveau du coude et plier le bras de façon à ramener la main de l'enfant sur son visage.

### ***Bras relevés ou enroulés autour du cou***

Utiliser la manœuvre de LOVSET (fig. 3) :

- Prendre l'enfant par les hanches et lui imprimer une rotation de 90° en lui maintenant le dos tourné en haut et en exerçant une traction vers le bas, de façon à ce que le bras postérieur devienne le bras antérieur et descende sous le promontoire.
- Faciliter le dégagement du bras en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. Amener le bras vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage.
- Pour dégager le deuxième bras, imprimer à l'enfant une rotation de 180° dans l'autre sens, en lui maintenant toujours le dos en haut et en exerçant une traction vers le bas, et faire passer le bras sous le promontoire comme pour le premier.

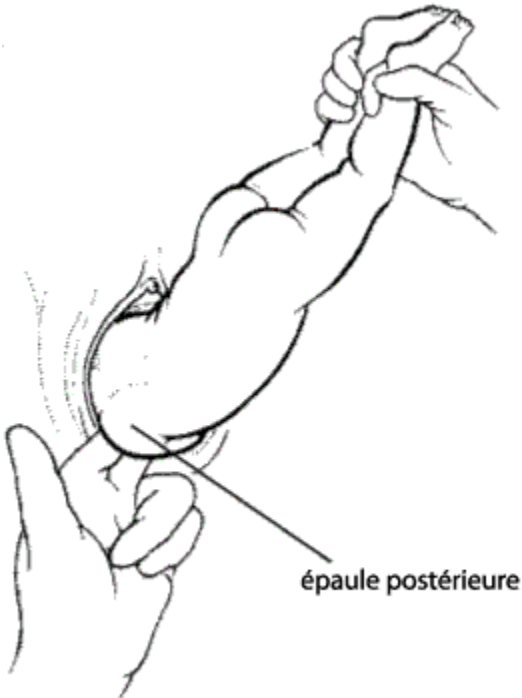
Figure 3 : Manœuvre de Lovset



S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégager l'épaule postérieure (fig. 4) :

- prendre le bébé par les chevilles et le soulever ;
- orienter le thorax vers l'intérieur de la jambe de la mère, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager ;
- dégager le bras puis la main ;
- ramener le bébé en position allongée en le tenant toujours par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager ;
- dégager le bras puis la main.

Figure 4 : Dégagement de l'épaule postérieure

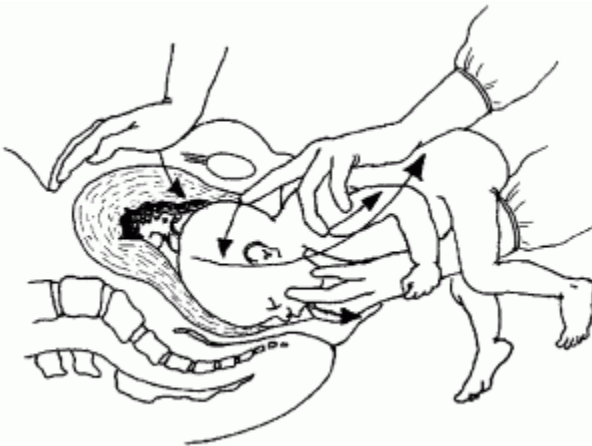


### 3° Dégagement de la tête

Dégager la tête à l'aide de la manœuvre de Mauriceau (fig. 5) qui se déroule de la façon suivante :

- Glisser la main et l'avant-bras sous le corps et le visage du bébé.
- Placer l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé et insérer le majeur dans la bouche de façon à tirer la mâchoire vers le bas et à fléchir la tête.
- De l'autre main, saisir les épaules.
- Pousser délicatement la tête avec deux doigts pour l'incliner sur la poitrine, tout en exerçant une pression vers le bas sur la mâchoire, de façon à amener la tête du bébé vers le bas jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.
- Exercer une traction délicate pour dégager la tête.
- Demander à un aide de pousser au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pendant le dégagement de la tête. Cela aide à maintenir la tête du bébé en flexion.
- En maintenant le bébé à cheval sur l'avant-bras, le soulever jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés.

Figure 5 : Manœuvre de Mauriceau



#### 4° Rétention de la tête (tête enclavée)

- Sonder la vessie.
- Se faire accompagner d'un aide qui tiendra le bébé pendant que l'on posera le forceps de Piper ou le forceps à longues branches.
- S'assurer que le col est complètement dilaté.
- Envelopper le corps du bébé dans un linge ou une serviette et le soulever.
- Poser la cuillère gauche du forceps.
- Poser la cuillère droite et solidariser les branches.
- A l'aide du forceps, fléchir la tête et la dégager.
- Pour les prestataires de soins qui ne sauraient pas utiliser un forceps, il est possible d'exercer une pression ferme au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pour fléchir la tête du bébé et la pousser dans le canal pelvien.

#### Cas de siège décomplété mode des pieds

En général, pour les présentations du siège mode des pieds (fig. 6), il convient de pratiquer une césarienne.

Figure 6 : Présentation du siège mode des pieds, avec une jambe en extension complète



- Limiter l'accouchement par le siège mode des pieds, par voie basse aux cas suivants :
  - travail avancé sur un col complètement dilaté ;
  - enfant prématuré qui a peu de chances de survivre après l'accouchement ;
  - bébé(s) suivant(s) en cas de grossesse multiple.
- Pour dégager le bébé par voie vaginale :
  - saisir les chevilles d'une main ;
  - si la présentation est unipodalique, introduire une main (après avoir enfilé des gants désinfectés) dans le vagin et tirer doucement le deuxième pied vers le bas ;
  - tirer doucement le bébé vers le bas par les chevilles ;
  - continuer jusqu'à ce que les fesses soient visibles ;
  - procéder ensuite au dégagement des bras.

#### Extraction du siège

- Après avoir enfilé des gants stériles, introduire une main dans l'utérus et saisir le pied du bébé.
- Tenir ce pied et l'amener à soi en le faisant descendre dans le vagin.
- Exercer une traction sur le pied jusqu'à ce que les fesses soient visibles.
- Procéder ensuite au dégagement des bras.
- Administrer des antibiotiques à titre prophylactique après l'extraction du siège:
  - 2 g d'ampicilline en IV associé à 500 mg de métronidazole en IV ; ou
  - 1 g de céfazoline en IV associé à 500 mg de métronidazole en IV.
  - A relayer par les formes orales jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour.

#### Soins post-partum

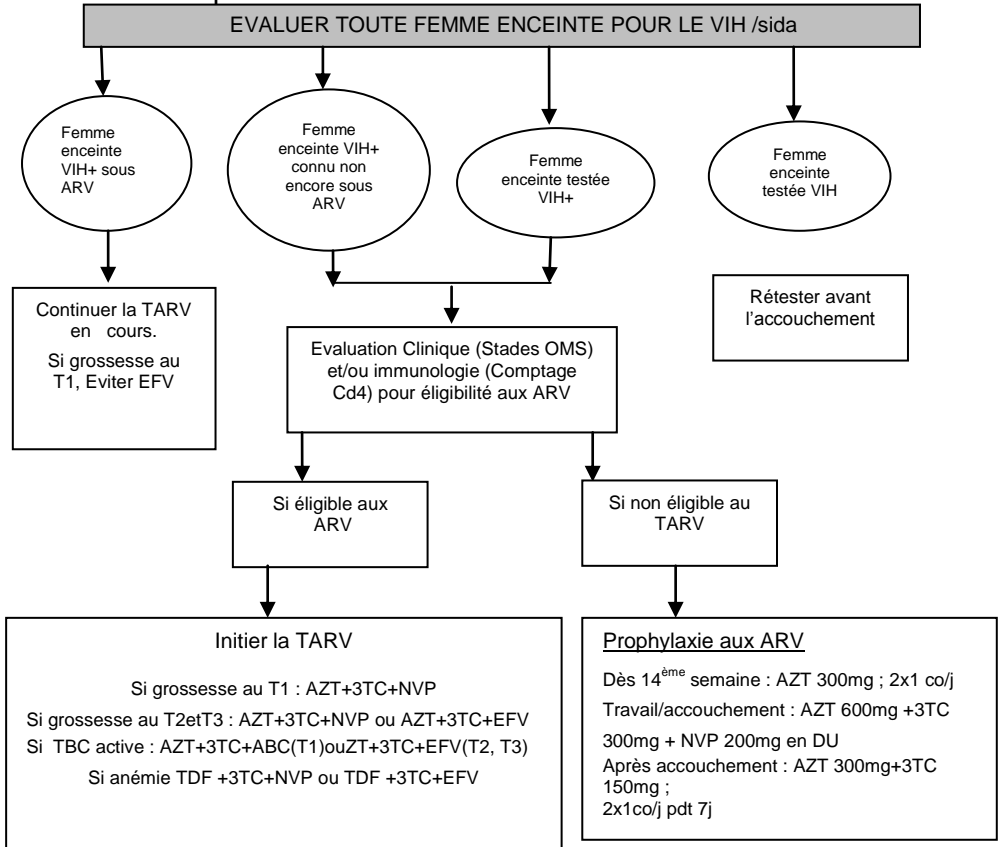
- Aspirer les mucosités de la bouche et du nez de l'enfant.
- Clamper le cordon et le sectionner.

- Administrer à la mère 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement et poursuivre la prise en charge active du troisième stade du travail.
- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.
- Poursuivre les soins du post partum comme après tout accouchement.

#### Annexe 7 : Drainage de l'abcès du sein

- Utiliser l'anesthésie générale (par exemple, à la kétamine).
- Porter des gants stériles.
- Pratiquer une incision radiaire partant du bord de l'aréole, en direction de l'extérieur du sein afin d'éviter de léser les canaux galactophores.
- Rompre les poches de pus avec le doigt ou une pince.
- Tamponner la cavité avec un tampon de gaze de faible densité.
- Retirer le tampon après 24 heures et le remplacer par un autre plus petit.
- Placer une petite mèche si la cavité contient toujours du pus et en faire sortir une extrémité par la plaie pour faciliter le drainage du pus restant.

## Annexe 8 : Protocole PTME chez la femme enceinte et chez l'enfant exposé au VIH



### POUR TOUT ENFANT NE DES MERES VIH+

Si la mère est éligible et a reçu et /ou continue le TARV : NVP susp (2mg/kg) par jour pendant 6 semaines. L'allaitement exclusif les 6 premier mois et arrêt définitif à 12 mois précédé d'un sevrage progressif pendant un mois

Si la mère n'est pas éligible pour le TARV et a reçu le schéma prophylactique : NVP susp (2mg/kg) par jour pendant toute la durée de l'allaitement jusqu'à une semaine de l'arrêt complet de l'allaitement. L'allaitement exclusif les 6 premiers mois et arrêt définitif à 12 mois précédé d'un sevrage progressif pendant un mois.



## Annexe 9 : Critères AFASS

Les critères AFASS sont des critères qu'une famille PVV ou mère VIH+ doit remplir pour procéder à l'alimentation de remplacement de son enfant :

A = Acceptable : Ceci fait allusion à ce que l'on n'oblige pas la maman à pratiquer l'alimentation de remplacement. On doit bien leur expliquer le pour et le contre de ce mode d'alimentation. Ainsi la famille ou la femme procède à un choix éclairé et décide de manière souveraine et responsable.

F = faisable : On doit s'assurer que la maman /la famille a les capacités matérielles et si son environnement social permet ce mode d'alimentation.

A= Aborder : Est-ce que les moyens financiers dont dispose la mère/la famille permettent ce mode d'alimentation ?

S= Soutenable : (c'est la traduction française du mot anglais « sustainable » : est-ce l'environnement global de la mère (culturel, social, économique...) peut permettre à la maman de maintenir l'alimentation de remplacement de façon continue ?

S= Sûr : Ici on fait allusion aux mesures d'hygiène qui doivent entourer l'alimentation de remplacement. La maman est-elle capable de maintenir l'alimentation de remplacement propre chaque fois qu'elle la prépare ? Si non , c'est exposer l'enfant à des diarrhées et autres maladies pouvant l'entraîner dans la malnutrition.

Si, en parlant avec la mère VIH+, on trouve ces critères son remplis, on peut alors lui conseiller l'alimentation de remplacement, autrement dit l'allaitement artificiel. Si ces critères ne sont pas remplis, autant laisser la mère allaiter exclusivement son enfant jusqu'à six mois. Par ailleurs, les ARV administrés actuellement à partir du premier trimestre de la grossesse et poursuivis pendant toute la durée de l'allaitement, font que le risque de contamination de la mère à l'enfant est très réduit.

Source : Programme National de Nutrition (PRONANUT) en RDC

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

**1. GOUVERNEMENT**

**1.1. CABINET DU MINISTRE**

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

**1.2. SECRETARIAT GENERAL**

**a. SECRETAIRE GENERAL**

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

**b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE**

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

**1.3 DIRECTIONS CENTRALES**

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

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

**1.4 PROGRAMMES SPECIALISES**

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

10	MBOMBO BADIBAKE Pathy	Expert PNCPS	64	Dr YODI Rachel	Expert PNSR
11	MULUMBA Alphonse	Expert PNCPS	65	Dr KITSITA Christophe	Expert PNSR
12	NDOMBELE MATUSA Pauline	Expert PNCPS	66	Dr LAMY MITHANO	Expert PNSR
13	Dr ILUNGA J. Fidèle	Expert PCIME	67	MAVINGA Albertine	Expert PNSR
14	Dr MBOMA Bibi	Expert PCIME	68	NKONGOLO Bertin	Expert PNSR
15	Dr MBWEBWE Wivine	Expert PCIME	69	YABILI MALUNGA	Expert PNSR
16	Dr IDA SUKADI	Expert PCIME	70	Dr MUTONDO Papy	Expert PNSR
17	Dr KAPONGO KANIANE	Expert PCIME	71	Dr BUNGU K.	Dir PNSS
18	MUTUALE Mireille	Expert PCIME	72	Dr KALENGA NGOIE	Expert PNSS
19	Dir FOTTO Patricia	Expert PNLCD	73	Dr BONGONGO Jules	Dir PNSSU
20	Dir KIKOO Marie Josée	Expert PNLCD	74	Dr SHEKA MALU MALU Charlotte	Expert PNSSU
21	Dr MATADI MIFUNDU	Expert PNLCD	75	Dr MUDE MANANA	Dir PNST
22	Dr NZAMBI MPUNGU	Expert PNLCD	76	Dr NKUNKU LUTUMBA	Expert PNST
23	Dr BAKUKULU Jean-Tony	Expert PCIME-C	77	Dr YUMA Sylvain	Dir PNTS
24	Dr KAZADI Charles	Expert PCIME	78	NDAKALA David	Expert PNTS
25	Dr NGOIE Bernard	Expert PCIME	79	Dr NGALULA MAMY	Expert PNTS
26	Dr NTUMBAK	Expert PCIME-C	80	VAGHENI MUBUNGA Eugène	Expert PNTS
27	Dr MPETI Emmanuel	Expert PCIME-C	81	Dr BANEA MAYAMBU	Dir PRONANUT
28	Dr NGOIE MUTAMBAY	Expert PCIME-C	82	BAMUANGA Chrispin	Expert PRONANUT
29	Dr AWACA Naomi	Expert PNLO	83	Dr LEBUKI NDA LESSAY	Expert PRONANUT
30	Dr ATUA Benjamin aï	Dir PNLP	84	KIMBONDO Narcisse	Expert PRONANUT
31	Dr MASHAKO Patience	Expert PNLP	85	KUWA	Expert PRONANUT
32	Dr MUSWAMBA Jeannine	Expert PNLP	86	MALEMBA Viviane	Expert PRONANUT
33	Dr MWEMA KIMAZA	Expert PNLP	87	Dr MASHUKANO Nicole	Expert PRONANUT
34	Dr KUTEKEMENI Albert	Expert PNLP	88	MIDI GISANGA Hélène	Expert PRONANUT
35	Dr OKENGE Augustin	Dir PNLS			
36	Dr MINGINA Constantin	Expert PNLS			
37	MAKENGO Charlotte	Expert PNLS			
38	Dr SALUMU Freddy	Expert PNLS			
39	Dr ALIMASI Elie	Expert PNLS			
40	Dr KIAMENGA Jacquie	Expert PNLS			
41	Dr OKIATA Jean Paul	Dir PNLT			
42	Dr YASSANKIA KILOLO	Expert PNLT			
43	KINES. MUSAFIRI MASUGA	Dir PNRBC			
44	Dr TSHITENGE Valentin	Expert PNRBC			
45	MBADU MUANDA	Dir PNSA			
46	Dir Phcienne MUSUMBA Jackie	Expert PNSA			
47	MATADI UTE-USENG	Expert PNSA			
48	VAKANIAKI Rose	Expert PNSA			
49	Dr KABANGA KAYEMBE Mimi	Expert PNSA			
50	Dr KAVIRA Noëlla	Expert PNSA			
51	Dr MUTEBA MUSHIDI	Dir PNSM			
52	Dr MBO Marie-Louise	Dir PNSR			
53	Dr KYUNGU BANZA	Expert PNSR			
54	Dr MUSINDO Protais	Expert PNSR			
55	AG. LISUMBU MOTANDA	Expert PNSR			
56	Dr BOKINGO MARCEL	Expert PNSR			
57	Dr BUALUTI Thierry +	Expert PNSR			
58	Dr CAMBELE MUSAMBAA	Expert PNSR			
59	Dr KABING Didier	Expert PNSR			
60	Dr LOSSO Collette	Expert PNSR			
61	Dr MASHAGIRO Isabelle	Expert PNSR			
62	Dr MILAMBU Milan	Expert PNSR			
63	Dr MUKUMPURI Guy	Expert PNSR			
				<b>1.1. UNIVERSITE DE KINSHASA</b>	
			<b>N°</b>	<b>NOMS/POST NOMS</b>	<b>INSTITUTIONS</b>
			1	Prof NSIBU Célestin	UNIKIN
			2	Dr MAMBU Thérèse	ESP/UNIKIN
			3	Dr LOKOMBA	SCOGO/UNIKIN
				<b>1.2. LES PRESTATAIRES</b>	
			1	Dr MUELA DIFUNDA	HPGRK/SCOGO
			2	Dr MUUYILA IKIE IKIE	HGPRK
			3	Dr MINZEMBA François	BDOM
			4	Dr NEMBUZU Dolores	BDOM
			5	Dr KUSONGISILA SUENGE René	BDOM
			6	Dr MASSAMBA Blaise	
			7	Dr NZUNGANI BAKEBA	
			8	NTUMU Clémentine	
			9	MADISISI Anicet	S.M KIMBANGUISTE
				<b>1.1. LAPHAKI</b>	
			<b>N°</b>	<b>NOMS/POST NOMS</b>	<b>QUALITE : Experts</b>
			1	Phcien NZENGO NVELO	

## 1. AGENCES DE L'ONU

### 1.1. OMS

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

### 1.2. UNICEF

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

### 1.3. UNFPA

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

## 2. ORGANISMES DE COOPERATION

### BI ET MULTI LATERALES

#### 2.1. UE

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

#### 2.2. USAID

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

#### 2.3. USG/USAID

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

### 2.4. GTZ

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

## 3. ONG/ SANTE

### 3.1. ABEF ND

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

### 3.2. ASF/PSI

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

### 3.3. AXxes

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

### 3.4. C-CHANGE/USAID

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

### 3.5. CRS

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

### 3.6. ESP/UNC

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

### 3.7. EGPAF

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

### 3.8. FHI 360

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

**1.1. HANDICAP INTERNATIONAL**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr NDONA Jackie

**1.2. IPS**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TONA TSALA
- 
- 2 KAPITA Dady

**1.3. IRC**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

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

**1.4. MCHIP/USAID**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr KANZA NSIMBA
- 
- 2 Dr LUNTADILA Papy

**1.5. MEMISA**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 MBIKALE Florimond
- 
- 2 MANZANZA Jules

**1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

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

**1.7. PATH/MCHIP**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Susheela ENGELBRECHT
- 
- 2 Dr NARAYANAN Indira

**1.8. SAVE THE CHILDREN**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr SAGNO Kalil

**1.9. BDOM**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin Dir

- 1 Dr Bénédicte CLAUS
- 
- (pour référence)

**1.10. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin  
Dirr

- 1 Dr N'KU IMBIE
- 
- (pour référence)

**2. PROJET****1. PARS**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr WANGATA Jacques

**3. SOCIETE CIVILE**N° NOMS/POST NOMS QUALITE :  
Expert UNAAC  
Expert UNAAC

- 1 SAMUKUNGU PATRICE
- 
- 2 MBOMBO Louise

