

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE DE LA
SANTE ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE

SOUS-DIRECTION DE LA SANTE
DE LA REPRODUCTION



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Procédures en Santé de la Reproduction

**POLITIQUE, NORMES ET
PROCEDURES EN SANTE DE LA
REPRODUCTION**

RESUME

∞ *Jun 2019* ∞

Table des matières

ABREVIATIONS	VI
I. COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION	1
1. Causerie éducative	2
2. Counseling	3
3. Visite à domicile	3
4. La négociation.....	4
5. Le plaidoyer	5
II. QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.....	6
A. DESCRIPTION DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE.....	7
B. RESOLUTION DES PROBLEMES.....	7
1. Analyse de la situation	7
2. Identification et formulation des problèmes.....	8
3. Analyse des problèmes.....	8
4. Détermination des stratégies et des activités.....	9
5. Elaboration d'un plan de résolution des problèmes.....	9
6. Mécanisme de résolution des problèmes en équipe	9
C. SUPERVISION.....	9
D. SUIVI & EVALUATION	10
FICHE TECHNIQUE N° 1 : DROITS DU CLIENT	11
III. SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR)	13
1. Identification et notification des cas de décès maternels et périnataux	14
2. Revue/Audit des cas de décès maternels et périnataux.....	14
IV. PREVENTION DES INFECTIONS	15
A. TECHNIQUES DE LA PREVENTION DE L'INFECTION.....	16
1. Etapes du Lavage des mains à l'eau et au savon	17
2. Traitement du matériel	18
FICHE TECHNIQUE N° 2 : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES	19
3. La gestion des déchets biomédicaux (DBM) - Elimination des déchets	20
V. PLANIFICATION FAMILIALE.....	21
A. CONTRACEPTION	22
1. Counseling REDI.....	22
FICHE TECHNIQUE N° 3 : REDI (RAPPORT, EXPLORATION, DECISION ET IMPLEMENTATION).....	22
2. Offrir la méthode selon les critères d'éligibilité	23

2.1. Les contraceptifs oraux combinés (COC)	23
2.2. Les contraceptifs oraux progestatifs (COP)	26
2.3. Les contraceptifs injectables.....	27
FICHE TECHNIQUE N° 4 : ADMINISTRATION DE DEPO-PROVERA (IM ET SC) ET NORISTERAT	29
AIDE-MEMOIRE POUR L'INJECTION DE SAYANA PRESS.....	30
2.4. Les implants.....	32
FICHE TECHNIQUE N° 5 : INSERTION DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS.....	34
FICHE TECHNIQUE N° 5 : INSERTION DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS (SUITE).....	36
FICHE TECHNIQUE N° 6 : RETRAIT DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS. AUTRES METHODES ET TECHNIQUES DE RETRAIT	37
FICHE TECHNIQUE N° 6 : RETRAIT DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS. AUTRES METHODES ET TECHNIQUES DE RETRAIT (SUITE)	38
FICHE TECHNIQUE N° 6 : RETRAIT DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS. AUTRES METHODES ET TECHNIQUES DE RETRAIT (SUITE)	39
FICHE TECHNIQUE N° 6 : RETRAIT DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS. AUTRES METHODES ET TECHNIQUES DE RETRAIT (SUITE)	40
2.5. Le dispositif intra-utérin (DIU)	42
FICHE TECHNIQUE N° 7 : INSERTION/RETRAIT DU DIU.....	44
FICHE TECHNIQUE N° 8 : INSERTION POST-PLACENTAIRE DU DIU DU POST PARTUM	46
2.6. Contraception chirurgicale volontaire (CCV).....	54
FICHE TECHNIQUE CCV N° 9 : LA LIGATURE DES TROMPES	55
FICHE TECHNIQUE CCV N° 10 : LA VASECTOMIE OU LIGATURE/SECTION DES CANAUX DEFERENTS	57
2.7. Méthodes naturelles (MAMA et collier)	59
2.8. Le condom ou préservatif masculin	62
FICHE TECHNIQUE N° 11 : PORT ET RETRAIT DU CONDOM MASCULIN.....	62
2.9. Le préservatif féminin ou condom féminin	63
FICHE TECHNIQUE N° 12 : PORT ET RETRAIT DU CONDOM FEMININ.....	64
2.10. Double protection en Santé de la Reproduction	66
2.11. La contraception d'urgence.....	66
ANNEXE 1: LISTE DE CONTROLE POUR ECARTER UNE GROSSESSE	68
ANNEXE 2 : CRITERES DE RECEVABILITE POUR L'ADOPTION ET L'UTILISATION CONTINUE DES METHODES CONTRACEPTIVES (CRM)	69
ANNEXE 3 : OPTION CONTRACEPTIVE POUR LES FEMMES EN POSTPARTUM QUI ALLAIENT ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
ANNEXE 4 : OPTION CONTRACEPTIVE POUR LES FEMMES EN POSTPARTUM QUI N'ALLAIENT PAS ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
ANNEXE 5 : OPTIONS CONTRACEPTIVES DANS LE POST ABORTUM ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
VI. IST/VIH/SIDA ET PTME.....	74
A. IST/VIH ET LE SIDA	75

1. Généralités sur le counseling	75
2. Tests VIH	77
B. DIAGNOSTIC	79
C. PRISE EN CHARGE	80
1. Infections sexuellement transmissibles (IST)	80
ALGORITHME 1 : ECOULEMENT URETRAL ET/OU DYSURIE	81
ALGORITHME 2 : BUBON INGUINAL	82
ALGORITHME 3 : DOULEUR ABDOMINALE BASSE	83
ALGORITHME 4 : ULCERATIONS GENITALES	84
ALGORITHME 5 : TUMEFACTION DU SCROTUM	85
ALGORITHME 6 : ECOULEMENT VAGINAL (AVEC OU SANS UTILISATION DU SPECULUM) RENDRE L'ALGORITHME PLUS EXPLICITE	86
ALGORITHME 7 : CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE	87
2. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et le sida	88
VII. GENRE ET SANTE	96
A. DEFINITION “ CONCEPT GENRE ”	97
B. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PRATIQUES NEFASTES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION	97
1. Prise en charge des complications et séquelles liées à l'excision	97
2. Autres Violences basées sur le genre	103
VIII. PATHOLOGIES GENITALES ET DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME	104
A. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES GENITALES CHEZ LA FEMME	105
1. Les anomalies des règles et du cycle menstruel	105
B. DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME	108
1. La ménopause	108
2. Tumeurs	109
IX. SOINS PRENATALS	111
A. EVALUATION INITIALE RAPIDE DE QUELQUES PATHOLOGIES	112
B. LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE	114
1. Eléments de la CPN recentrée	114
2. Etapes de la CPN recentrée	114
3. Ecole des Mères	116
FICHE TECHNIQUE N° 13 : SEANCE D'ANIMATION A L'ECOLE DES MERES	118
4. Prise en charge des pathologies et des complications	119
4.1. Vomissements gravidiques	119
4.2. Fièvre et grossesse	120
4.3. HTA et grossesse	125

FICHE TECHNIQUE N° 14 : MODALITES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM POUR LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET L'ECLAMPSIE	130
FICHE TECHNIQUE N° 15 : MATURATION ET DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL PAR LE MISOPROSTOL.....	133
4.4. Hémorragies au cours de la grossesse.....	135
FICHE TECHNIQUE N° 16 : TEST DE COAGULATION AU LIT DE LA PATIENTE	138
FICHE TECHNIQUE N° 17 : ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE (AMIU).....	138
4.5. Choc chez la femme enceinte.....	141
4.6. Anémie et grossesse	143
FICHE TECHNIQUE N° 18 : TRANSFUSION SANGUINE	144
FICHE TECHNIQUE N° 19 : TEST DE COMPATIBILITÉ SANGUINE AU LIT DE LA MALADE (AVANT TRANSFUSION).....	146
X. SOINS PERNATALS	155
A. SOINS PERNATALS	156
1. Etapes.....	156
FICHE TECHNIQUE N° 20 : INTERROGATOIRE/ENREGISTREMENT DE LA PARTURIENTE.....	157
FICHE TECHNIQUE N° 21 : EXAMEN DE LA FEMME EN TRAVAIL	158
FICHE TECHNIQUE N° 22 : SOINS MATERNELS RESPECTUEUX.....	159
FICHE TECHNIQUE N° 23 : UTILISATION DU PARTOGRAPHE	162
CHECK LIST DE L'OMS	168
FICHE TECHNIQUE N° 24 : ACCOUCHEMENT DE LA PRESENTATION CEPHALIQUE - SOMMET	170
FICHE TECHNIQUE N° 25 : ACCOUCHEMENT DU SIEGE	171
FICHE TECHNIQUE N° 26 : LA PRATIQUE DE L'EPISIOTOMIE	172
FICHE TECHNIQUE N° 27 : GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)	174
FICHE TECHNIQUE N° 28 : DELIVRANCE ARTIFICIELLE	177
FICHE TECHNIQUE N° 29 : REVISION UTERINE	180
2. Prise en charge des pathologies et des complications au cours de l'accouchement	181
FICHE TECHNIQUE N° 30 : UTILISATION DE L'OXYTOCINE	187
3. Soins au nouveau-né et à la mère	191
FICHE TECHNIQUE N° 31 : REANIMATION DU NOUVEAU-NE	194
FICHE TECHNIQUE N° 32 : UTILISATION DE LA CHLORHEXIDINE POUR LES SOINS DU CORDON OMBILICAL	197
FICHE TECHNIQUE N° 33 : EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE.....	199
FICHE TECHNIQUE N° 34 : EXPRESSION MANUELLE DU LAIT.....	201
FICHE TECHNIQUE N° 35 : TECHNIQUE DE LA BOUTEILLE CHAUDE.....	202
FICHE TECHNIQUE N° 36 : TECHNIQUE DE LA SERINGUE	202
FICHE TECHNIQUE N° 37 : TECHNIQUE DU TIRE-LAIT	203

XI. SOINS POSTNATALS	204
A. SOINS POSTNATALS	205
FICHE TECHNIQUE N°38 : VISITES POST-NATALES	205
1. Etapes de la consultation	206
FICHE TECHNIQUE N°39 : EXAMEN GENERAL EN PERIODE POST NATALE.....	207
2. Prise en charge des problèmes, pathologies et complications dans le post partum	208
FICHE TECHNIQUE N° 40 : COMPRESSION DE L’AORTE ABDOMINALE	215
FICHE TECHNIQUE N° 41 : COMPRESSION BIMANUELLE DE L’UTERUS.....	217
FICHE TECHNIQUE N° 42 : TAMPONNEMENT INTRA-UTERIN.....	219
FICHE TECHNIQUE N° 43 : PREVENTION DE LA FISTULE OBSTETRICALE	221
3. Problèmes et pathologies chez le nouveau-né dans le post-partum immédiat.....	222
4. Soutien psychosocial	223
XII. SURVIE DE L’ENFANT DE 0 A 5 ANS	224
A. SOINS AUX NOUVEAU-NÉS	225
1. Soins essentiels aux nouveau-nés dans les structures de santé	225
2. Soins simples aux nouveau-nés dans les ménages et communautés	226
3. Les pathologies du nouveau-né	229
FICHE TECHNIQUE N° 44 : SOINS MERE KANGOUROU (SMK)	232
B. SURVEILLANCE PREVENTIVE.....	242
1. Etapes de la surveillance préventive.....	242
2. Faire la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).....	250
3. Faire la vaccination	250
C. CONSULTATION CURATIVE.....	251
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).....	251
1. Nourrisson de la naissance à 2 mois	251
FICHE TECHNIQUE N° 45 : SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE	259
2. Enfant de 2 mois à 5 ans	260
XIII. SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET DES JEUNES (SAJ).....	280
A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT.....	281
B. SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET DES JEUNES.....	281
FICHE TECHNIQUE N° 46 : COUNSELING SPECIFIQUE AUX CONDOMS.....	282
ANNEXE 6 : CERTIFICAT DE VISITE PRENUPTIALE VOLONTAIRE.....	290
XIV. SANTE SEXUELLE DES HOMMES.....	297
DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ L’HOMME ET PATHOLOGIES DE LA PROSTATE	298
1. Etapes de l'examen.....	298
2. Prise en charge des dysfonctionnements sexuels chez l'homme et des pathologies de la prostate	298

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 301

ABREVIATIONS

AgHbs	Antigène de surface de l'hépatite B
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
ARV	Anti retro viraux
ASC	Agent de santé communautaire
ATCD	Antécédent
ATPE	Alimentation thérapeutique près à l'emploi
BCF	Bruit du cœur fœtal
CAT	Conduite à tenir
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
COC	Contraceptifs oraux combinés
COP	Contraceptifs oraux progestatifs
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation post natale
CRM	Critères de recevabilité médicale
CRP	Proteine C Reactive
CSCom	Centre de santé communautaire
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
CV	Charge Virale
DIU	Dispositif intra-utérin
DIUPP	Dispositif intra-utérin en post-partum
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone dépôt
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
ECG	Electrocardiogramme
EPH	Etablissement public hospitalier
FSH, LH,	Dosage de l'antigène CA15-3.
GATPA	Gestion active du 3 ^{ème} temps de l'accouchement
GE	Goutte épaisse
GEU	Grossesse extra utérine
Gr/RH	Groupe/Rhésus
HBS	Sérologie de l'Hépatite B
HRP	Hématome retro placentaire
HTA	Hypertension artérielle
HVC	Hépatite virale C
IEC	Information, éducation et communication
IST/VIH	Infections sexuellement transmissibles/Virus immuno-humaine
IVA	Inspection visuelle après application d'acide acétique
IVD	Intraveineuse directe
IVL	Intraveineuse lente
LAM	Méthode de l'aménorrhée et de la lactation
LCR	Liquide céphalo-rachidien

MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MAP	Menace d'accouchement prématuré
NFS	Numération formule sanguine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	Diagnostic précoce du VIH
PCR	Produit de conception retenue
PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale
PFPP	Planification familiale en post partum
POK	Parasite œuf kyste
PP	Placenta praevia
PPN	Petits poids de naissance
PSA	Antigène spécifique de la prostate
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
RDV	Rendez-vous
REDI	Rapport, Exploitation, Décision et Implémentation
SA	Semaine d'aménorrhée
SAA	Soins après avortement
SAJ	Santé des adolescents et des jeunes
SAT	Sérum anti venimeux et/ou le VAT
SDMPR	Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte
SMK	Soins Mère Kangourou
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
SRO	Solution de réhydratation orale
TA	Tension artérielle
TCA	Temps de céphaline activée
TDR	Test de diagnostic rapide
TP	Taux de prothrombine
TS	Temps de saignement
TV	Toucher vaginal
URENI	Unité de récupération nutritionnelle intense
VAA	Vaccin anti amaril
VAD	Visite à domicile
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VDRL-TPHA	Venereal Disease Research Laboratory-Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
VIH 1	Virus immuno-humaine 1
VPI	Vaccin polio injectable

I. COMMUNICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

1. Causerie éducative

1.1. Etapes

a. Phase préparatoire :

- Prendre rendez-vous en accord avec la population cible ;
- Informer les autorités locales ;
- Repérer un lieu disponible : espace suffisant, bien aéré calme, loin des distractions ;
- Planifier des heures convenables ;
- Choisir un thème simple et unique en fonction des besoins du groupe cible et des priorités sanitaires du moment ;
- Formuler les objectifs de la causerie ;
- Se documenter sur le thème choisi ;
- Ecrire le contenu de la causerie en choisissant des mots simples (fiches techniques) ;
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale ;
- Préparer tout le matériel nécessaire à l'avance (fiches techniques, affiches, dépliants, échantillons, appareils...) ;
- Vérifier la fonctionnalité de tous les matériels ;
- Préparer le lieu pour la séance de causerie.

b. Phase d'exécution :

- Accueillir et installer l'auditoire ;
- Saluer l'assistance ;
- Se présenter et demander à l'auditoire de se présenter ;
- Mettre l'auditoire à l'aise ;
- Annoncer le thème du jour ;
- Annoncer les objectifs de la causerie ;
- Evaluer les connaissances de l'auditoire sur le sujet, en posant des questions simples ;
- Développer le thème à voix assez haute sans parler de trop de choses à la fois selon la méthodologie choisie ;
- Dissiper les rumeurs ;
- Soutenir les informations par les supports audio-visuels ;
- Inviter le groupe à poser des questions sur le sujet ;
- Evaluer la causerie à partir des objectifs fixés ;
- Faire le résumé de la causerie.



c. Phase de clôture :

- Remercier l'auditoire ;
- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Négocier ou annoncer le prochain thème et le lieu ;
- Compter le nombre de participants en précisant le sexe ;
- Remplir les supports de causerie ;
- Ranger le matériel.

N.B :

- **Les mêmes étapes sont valables pour toutes les composantes de la santé de la reproduction.**
- **Une séance de causerie ne doit pas dépasser 20 minutes.**
- **Ne pas s'engager à traiter plusieurs thèmes à la fois.**
- **Le nombre de participants ne devrait pas dépasser 20 personnes.**

2. Counseling

➤ Etapes

a. Souhaiter la bienvenue :

Accueillir chaleureusement le ou la client(e) :

- Saluer le ou la client(e) ;
- Offrir un siège au ou à la client(e) ;
- Se présenter et demander le nom du ou de la client(e) ;
- Mettre le (la) client(e) en confiance et à l'aise ;
- Demander ce que vous pouvez faire pour lui (elle) ;
- Assurer la confidentialité ;
- Rassurer le (la) client(e) que l'entretien sera privé et confidentiel.

b. S'entretenir avec le (la) client(e) :

- Montrer sa disponibilité par une écoute attentive ;
- Laisser le ou la cliente exprimer entièrement son problème ;
- Demander des informations si nécessaires ;
- Poser des questions pouvant aider le (la) client(e) à se rappeler de certaines informations qu'il (elle) avait oubliées ;
- Faire un résumé de l'ensemble des informations données.

c. Présenter les alternatives de solutions possibles (les solutions sont en rapport avec le problème posé) :

- Proposer les solutions possibles ;
- Discuter avec le (la) client(e) des avantages et des limites des solutions possibles.

d. Aider le (la) client(e) à prendre une décision :

- Explorer avec le (la) client(e) les conséquences de sa décision.

e. Donner un rendez-vous :

- Donner le rendez-vous au (à la) client(e) selon son cas.

N.B : Les étapes du counseling sont identiques pour les autres composantes de la santé de la reproduction sauf pour la planification familiale et les IST/VIH/sida/PTME.

3. Visite à domicile

➤ Etapes de la visite à domicile

a. Préparer la visite à domicile :

- Identifier la personne ou la famille ;
- Etablir le but ;
- Réfléchir à la question ;
- Revoir ses connaissances en fonction du but de la visite à domicile (se documenter) ;

- Choisir et préparer le matériel qui pourrait être utilisé lors de la visite à domicile (cahiers, affiches, brochures, dépliants, contraceptifs, etc.) ;
- Consulter si possible le dossier familial des clients pour aider à fixer avec plus de précision les buts de la visite à domicile et aborder les problèmes par ordre de priorité ;
- Informer la famille ou la personne.

b. Exécuter la visite à domicile :

- Procéder aux salutations d'usage ;
- Se présenter si nécessaire ;
- Echanger des propos sur un sujet autre que celui qui motive la visite pour mettre l'interlocuteur en confiance ;
- Introduire le sujet de la visite ;
- Poser le problème avec calme ;
- Ecouter attentivement l'interlocuteur sans répondre lors de son intervention ;
- Eviter d'écrire si possible ;
- Poser des questions de clarification ;
- Prodiguer des conseils sans se substituer aux clients ;
- Montrer les aides visuelles si nécessaire ;
- Référer au centre de santé les cas qui le nécessitent.

c. Clôturer la visite à domicile :

- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Remercier et prendre congé ;
- Au retour, tenir à jour les supports et faire une auto-évaluation.

4. La négociation

Comment conduire une négociation

a. Avant la négociation :

- Identifier les leaders à qui l'on souhaite s'adresser ;
- Chercher à connaître la personnalité du leader ;
- Avertir l'intéressé(e) et convenir d'un rendez-vous à son domicile ou à un lieu de son choix ;
- Rassembler les supports de communication et revoir les arguments par rapport au sujet à discuter ou au problème à gérer.

b. Pendant la négociation :

- Faire les salutations d'usage ;
- Ecouter attentivement son/ses interlocuteurs et interlocutrices ;
- Féliciter les leaders des efforts fournis jusque-là pour leur communauté ;
- Donner les arguments en faveur de la communauté (sur le sujet ou sur le problème) ;
- Echanger et convenir d'une solution appropriée pour la famille et/ou la collectivité (si problème) ;
- Rassurer le/les interlocuteurs de sa disponibilité (il faudra revenir voir le leader) ;

- Remercier ;
- Remplir les supports.

c. Après la négociation :

- Suivre l'évolution du sujet discuté ou du problème avec le/les leaders ;
- Retourner le/les voir après avoir pris rendez-vous.

N.B :

- Tous les conseils donnés pour la technique de communication interpersonnelle, conseils à domicile s'appliquent à la négociation.
- Connaître/respecter les coutumes en ce qui concerne la prise de parole.
- Montrer du respect aux autorités coutumières et administratives.

5. Le plaidoyer

Étapes clés d'une intervention de plaidoyer

Étape 1 : Identifier clairement les aspects du problème qui nécessitent des interventions de type plaidoyer et les appuyer par des données de recherche.

Étape 2 : Identifier les solutions possibles du point de vue plaidoyer et les étayer par des données fiables.

Étape 3 : Identifier les décideurs qui peuvent contribuer à résoudre le problème.

Étape 4 : Identifier les actions concrètes que ces décideurs doivent faire.

Étape 5 : Choisir les stratégies et interventions, les canaux les plus appropriés, les mécanismes de suivi et d'évaluation à mettre en place.

Étape 6 : Elaborer vos messages et former vos champions.

Étape 7 : Identifier les réseaux, partenariats ou des groupes professionnels qui pourront appuyer votre intervention de plaidoyer.

Étape 8 : Mettre en œuvre (exécuter).

Étape 9 : Suivre et évaluer.

II. QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

A. DESCRIPTION DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE

Le processus d'amélioration de la qualité des soins et services du Mali comprend neuf (9) étapes clés à savoir :

- Étape 1 : Identification des standards, politiques, normes et procédures et élaboration/mise à jour des outils.
- Étape 2 : Plaidoyer à l'endroit des acteurs.
- Étape 3 : Analyse de la situation.
- Étape 4 : Formation des prestataires de santé et sélection des superviseurs/coaches.
- Étape 5 : Mise en place et formation des équipes qualité.
- Étape 6 : Élaboration des plans d'amélioration de la qualité.
- Étape 7 : Suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.
- Étape 8 : Évaluation.
- Étape 9 : Mécanisme de motivation.

B. RESOLUTION DES PROBLEMES

1. Analyse de la situation

1.1. Les étapes

- Choisir les indicateurs qui permettent de décrire le mieux l'état de santé d'une population donnée.
- Recueillir les données.
- Compiler les données.
- Analyser les données.
- Présenter les résultats sous forme tabulaire et graphique.
- Interpréter les données analysées.
- Comparer les résultats obtenus par rapport aux normes préétablies ou aux objectifs déjà fixés.
- Identifier les problèmes.
- Classer les problèmes par ordre de priorité en utilisant les principaux critères de sélection et aussi en fonction des contraintes politiques, institutionnelles, organisationnelles, économiques, sociales ou comportementales.

1.2. Acteurs de l'analyse de la situation

Dans le domaine sanitaire, l'analyse de la situation doit être réalisée de préférence avec les populations concernées par le problème, le responsable de la formation sanitaire, les membres du comité de gestion.

D'autres partenaires tels que les professionnels de santé du secteur privé, les responsables administratifs, la société civile et les partenaires pour le développement doivent être impliqués dans l'analyse de situation.

Ils doivent être **informés tout le long du processus** de planification, **prendre part aux étapes clés du processus**, se sentir plus tard comme partie prenante au processus.

2. Identification et formulation des problèmes

- Identification des problèmes
- Formulation des problèmes

Pauvre formulation de problème	Faiblesse dans la formulation du problème	Amélioration de la formulation du problème
PROBLEME n°1 : Nous n'avons pas de laboratoire.	L'énoncé du problème ne comprend qu'une cause.	Pour tous les cas d'anémie, il faudrait faire un groupage, rhésus et le taux d'hémoglobine et d'hématocrite (pour le moment l'examen n'est fait que pour 25% des cas).
PROBLEME n°2 : Nous avons besoin de plus de personnel.	L'énoncé du problème contient une solution prématurée.	Trente pour cent des patients qui arrivent au centre sont renvoyés chez eux sans avoir été examinés (30% des patients n'ont pas accès à la consultation).
PROBLEME n°3 : Nous ne travaillons pas en équipe	L'énoncé du problème est trop vague pour une action concrète.	L'équipe de vaccination ne sort qu'avec celle de la maternité pour mener la stratégie avancée.

3. Analyse des problèmes

Sélection des problèmes prioritaires

Elle se fait sur la base d'un certain nombre de critères dont par exemple :

- Ampleur : l'étendue du problème ;
- Gravité : une inaction à cet égard entraînera d'autres problèmes ;
- Vulnérabilité : existence de techniques ou de méthodes pour résoudre le problème ;
- Population cible touchée : les groupes cibles touchés ;
- Perception du problème par la population ;
- Perception par l'ensemble du personnel et par la hiérarchie.

4. Détermination des stratégies et des activités

5. Elaboration d'un plan de résolution des problèmes

6. Mécanisme de résolution des problèmes en équipe

- Mise en place de l'équipe de résolution des problèmes,
- Fonctionnement de l'équipe autour d'un problème.

C. SUPERVISION

a. Types de supervision :

Il existe deux types de supervision :

- La supervision interne qui est réalisée en équipe par le personnel travaillant dans le site sur la base de l'auto évaluation ;
- La supervision externe qui fait appel à un ou des superviseurs ne travaillant pas dans le site.

b. Niveau, périodicité et durée de la supervision :

- Le niveau central supervise le niveau régional de façon semestrielle et intégrée
- Le niveau régional supervise le niveau district tous les trimestres ;
- Le niveau district supervise les CSCom tous les deux mois et les structures privées ;
- Le niveau CSCom supervise les agents de santé communautaires une fois par mois.

c. Objets de la supervision :

Les supervisions devront porter sur :

- Les compétences techniques à offrir des services ;
- Les équipements et infrastructures ;
- L'environnement organisationnel ;
- Le circuit des clients ;
- Les pratiques de prévention des infections ;
- Les dossiers des clients ;
- Les supports de gestion et de données ;
- La motivation du personnel ;
- Ou tout autre domaine spécifique en fonction des problèmes existants.

d. Les outils de supervision :

Le superviseur utilisera une fiche de supervision qui comportera :

- Une grille d'observation de la compétence et de la performance du personnel ;
- Un guide d'analyse de l'environnement de travail ;
- Des outils plus spécifiques sur des aspects précis :
 - guide d'auto-évaluation ;
 - fiche d'interview des client(e)s ;
 - fiches de vérification des dossiers des clients ;
 - fiches d'inventaires du matériel et équipement.

e. Les techniques de supervision :

Les principales techniques utilisées lors de la supervision sont :

- L'observation (regarder, toucher et sentir) sur cas réel ou modèle anatomique ou simulation ;
- L'entretien (écouter et parler avec le personnel ou avec les utilisateurs des services) ;

- L'analyse documentaire (consulter et étudier les documents et les supports de données) ;
- L'auto-évaluation (faire une autocritique constructive de son propre travail dans le site).

Caractéristiques de l'approche facilitante :

- Participative et décentralisée, elle met à contribution le personnel et se fait le plus proche possible du site ;
- Dirigée sur le site et l'équipe et non sur un individu ou au groupe d'individus ;
- Dynamique et encourage l'auto-évaluation ;
- Formative et permet de corriger sur le site les lacunes décelées.

N.B : La supervision concerne également les structures privées de santé, parapubliques, confessionnelles et les ONG œuvrant dans le domaine de la SR.

D. SUIVI & EVALUATION

Le suivi évaluation sera fait sur la base des outils de collecte des données.

FICHE TECHNIQUE N° 1 : DROITS DU CLIENT

- Un élément essentiel de la qualité des services de SR est le comportement du personnel qui détermine l'augmentation ou la baisse de la fréquentation d'un service de santé.
- Un point important est mis sur l'accueil dans toutes les composantes de la SR.
- Tout membre de la communauté ayant besoin des services doit pouvoir le trouver au niveau des structures de santé.
- Le respect des droits des clients doit constituer un objectif pour les directeurs de programmes et les personnes chargées des prestations de services dans les structures sanitaires.

Les prestataires doivent respecter les droits suivants :

1. Droit à l'information :

- Donner aux clients toutes les informations complémentaires ou souhaitées au cours des séances de causerie ou de counseling.
- Tous les membres de la communauté ont le droit d'être informés de manière objective et exacte en matière de SR. Ils ont également le droit de savoir où et comment obtenir plus d'informations et de services de SR.

2. Droit d'accès aux services

Mettre les services à la portée des bénéficiaires c'est à dire faciliter l'accès aux services quels que soient le rang social, l'appartenance ethnique, politique ou religieuse.

3. Droit de choisir

- Laisser les clients décider librement d'avoir recours ou non à la PF, d'adopter ou d'abandonner une méthode, de choisir leur prestataire pour obtenir les services dont ils ont besoin.
- Laisser les clients décider librement d'avoir recours ou non aux services de la SR, de choisir leur prestataire pour obtenir les services dont ils ont besoin.

4. Droit à la sécurité

Protéger les clients contre les risques liés à l'utilisation d'instruments septiques d'où le respect des mesures de prévention de l'infection.

5. Droit à préserver son intimité

Examiner les clients et s'entretenir avec eux dans un lieu où l'intimité (physique et auditive) est respectée. Si d'autres personnes (stagiaires, superviseurs, chercheurs) sont présentes, informer les client(e)s du rôle joué par chacune d'elle.

6. Droit à la Confidentialité

- savoir que toute information personnelle demeure confidentielle
- garantir la confidentialité.

7. Droit au secret professionnel

Ne divulguer aucune information concernant un client sans son consentement. Les dossiers des clients doivent être classés et fermés et leur accès doit être soumis à un contrôle rigoureux.

8. Droit à la dignité

- Traiter les client(e)s avec courtoisie, considération et respect quel que soit leur situation sociale.
- Eviter toute forme de discrimination dans les rapports avec les clients.

9. Droit au confort

- Assurer un bon accueil aux client(e)s : sièges, salle aérée, éclairée.
- Disposer de toilettes séparées et adaptées aux personnes handicapées.
- Se sentir à l'aise en recevant des informations et des services.

10. Droit à la continuité des services et soins

Recevoir des services et des soins sans rupture selon le besoin.

11. Droit d'opinion personnelle

Exprimer son point de vue sur les services offerts.

III. SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR)

1. Identification et notification des cas de décès maternels et périnataux

2. Revue/Audit des cas de décès maternels et périnataux

a. Préparer l'audit des décès maternels et périnataux :

N.B : Pour les décès périnataux, en raison de leur nombre encore très important, l'audit sera fait pour un échantillon de 5 cas par séance au maximum en raison de 30 à 45 minutes par cas.

b. L'audit proprement dit :

- Identifier la cause médicale du décès ;
- Déterminer les facteurs médicaux conduisant au décès ;
- Evaluer la qualité des soins cliniques ;
- Déterminer les facteurs non médicaux conduisant au décès ;
- Déterminer si les décès étaient évitables ou non ;
- Déterminer le caractère évitable ;
- Formuler les recommandations.

c. Types d'audits :

Ces approches peuvent être utilisées :

- Au niveau communautaire : autopsie verbale ;
- Au niveau des établissements de soins : audit des cas de décès maternels et périnataux ; l'audit des cas de morbidité grave (les échappées belles ou near miss) ; l'audit clinique basé sur les critères (ACBC) ;
- Au niveau régional ou national : enquête confidentielle sur les décès maternels et périnataux.

Analyse des données agrégées des cas de décès maternels et périnataux qui ont bénéficié d'un audit et perspectives au niveau district, régional et national

Les types d'analyse retenue sont :

- L'analyse descriptive de la mortalité maternelle et périnatale ;
- L'analyse des causes cliniques des décès maternels et périnataux ;
- L'analyse des facteurs sous-jacents aux décès maternels et périnataux ;
- L'analyse des tendances ;
- Les analyses plus complexes ;
- L'analyse automatisée ;
- L'interprétation des données.

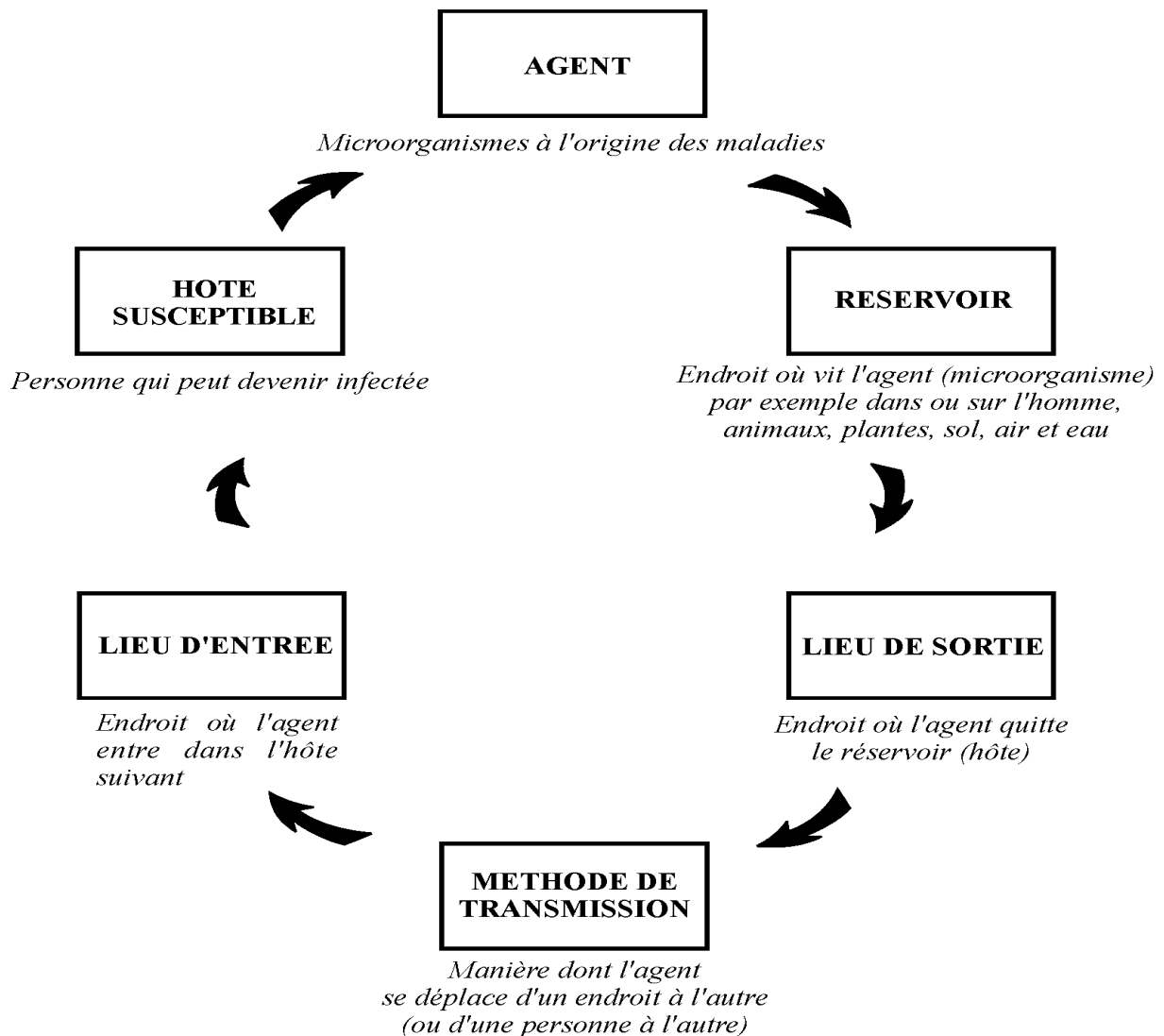
d. Riposte :

Définition : C'est un ensemble d'interventions permettant de faire face aux problèmes identifiés par la SDMPR. On distingue trois types de riposte : **immédiate, périodique et annuelle.**

Diffusion des résultats de la SDMPR : la diffusion des résultats se fait à travers les rapports annuels sur les décès maternels et périnataux et le rapport sur le suivi et l'évaluation du système lui-même auprès des acteurs concernés (décideurs, gestionnaires des programmes de santé, organisations de la société civile, prestataires de santé, PTF...).

IV. PREVENTION DES INFECTIONS

Cycle de transmission de la maladie



A. TECHNIQUES DE LA PREVENTION DE L'INFECTION

Les techniques de la prévention de l'infection (PI) sont :

- 1) Le lavage des mains ou hygiène des mains
- 2) Le lavage des zones d'intervention ;
- 3) L'utilisation de barrière physique ;
- 4) Le traitement du matériel ;
- 5) L'élimination des déchets.

1. Etapes du Lavage des mains à l'eau et au savon



0 Mouiller les mains abondamment ;



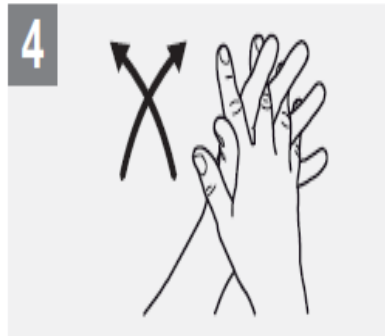
1 Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toute les surfaces des mains et frictionner ;



2 Paume contre paume par mouvement de rotation ;



3 Le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume de la main droite, et vice versa ;



4 Les espaces interdigitaux, paume contre paume et doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière ;



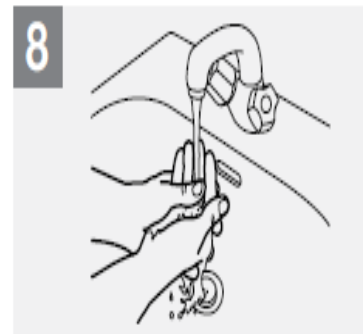
5 Le dos des doigts dans la paume de la main opposée, avec un mouvement d'aller-retour latéral ;



6 Le pouce de la main gauche par rotation dans la main droite, et vice versa ;



7 La pulpe des doigts de la main droite dans la paume de la main gauche, et vice et versa ;



8 Rincer les mains à l'eau ;

N.B : Il est recommandé actuellement de sécher les mains à l'air libre, car les serviettes même individuelles peuvent contenir des microbes.

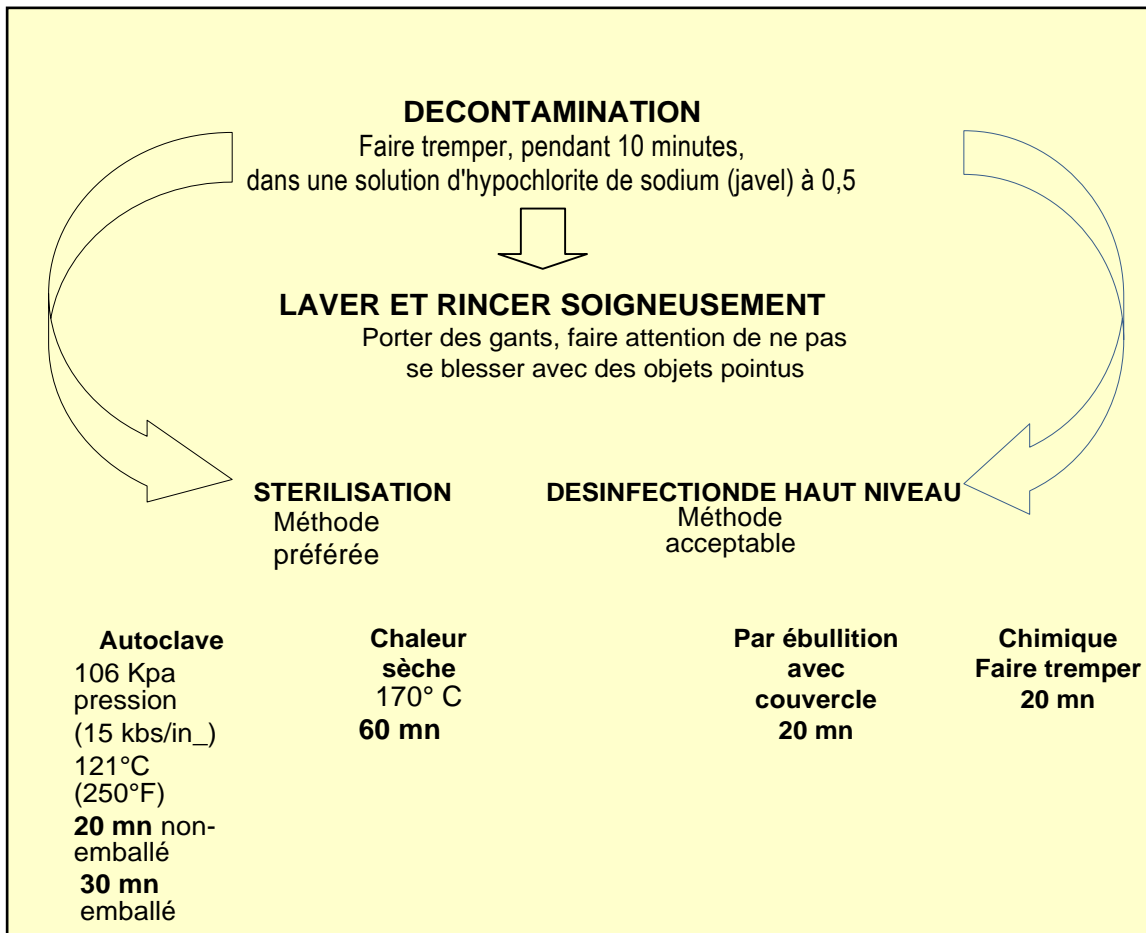
2. Traitement du matériel

Etapes traitement des instruments :

- Décontamination ;
- Nettoyage ;
- Stérilisation ;
- Stockage.

N.B : Il existe actuellement les comprimés chlorés effervescents (bio spots) comme désinfectants ([cf. Fiche technique n°17](#)).

FICHE TECHNIQUE N° 2 : TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES



3. La gestion des déchets biomédicaux (DBM) - Elimination des déchets

3.1. *Elimination des objets pointus (seringues, aiguilles et autres objets pointus)*

- Porter des gants de ménage épais,
- Eviter de recapuchonner les aiguilles après injection,
- Mettre tous les articles pointus (aiguilles, seringues) dans une boîte de sécurité pleine au $\frac{3}{4}$,
- Incinérer les boîtes de sécurité pleines au $\frac{3}{4}$ contenant les objets pointus,
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination,
- Retirer les gants,
- Décontaminer les gants,
- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec.

3.2. *Elimination des liquides contaminés (sang, liquide amniotique)*

- Décontaminer le liquide.
- Porter des gants de ménage épais.
- Verser lentement les liquides décontaminés dans une latrine.
- Eviter les éclaboussures.
- Rincer abondamment les toilettes en évitant une éclaboussure.
- Décontaminer le récipient ayant contenu le liquide contaminé.
- Plonger les mains gantées dans l'eau de contamination.
- Retirer les gants et les jeter dans la poubelle appropriée.
- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec.

3.3. *Elimination des déchets solides (placenta, coton, compresses, flacons)*

- Décontaminer le placenta.
- Porter des gants de ménage épais.
- Mettre les déchets solides dans un récipient en plastique ou en métal inoxydable avec des couvercles bien ajustés.
- Vider les récipients contenant les déchets qui peuvent être brûlés dans l'incinérateur et les brûler.
- Enterrer les déchets qui ne peuvent pas être brûlés (verres, flacons, bouteilles...).
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination.
- Enlever les gants et les jeter dans la poubelle appropriée.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec.

3.4. *Incinération*

L'incinération est une pratique courante dans les structures sanitaires.

Les incinérateurs de type Montfort étant les plus utilisés dans la plupart des structures de santé, nous présentons en annexe son mode de fonctionnement.

3.5. *Enfouissement sanitaire*

Pratiqué dans les conditions requises, l'enfouissement sanitaire constitue une solution efficace pour l'élimination des déchets biomédicaux, particulièrement les déchets anatomiques.

V. PLANIFICATION FAMILIALE

A. CONTRACEPTION

1. Counseling REDI

Le REDI est une nouvelle approche en matière de counseling PF qui décrit les différentes étapes du counseling **équilibré ou balancé**.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : REDI (Rapport, Exploration, Décision et Implémentation)

ETAPES :

- **RAPPORT : *Rapport cordial avec la cliente* :**
 - Accueillir la cliente avec respect, se présenter, et lui offrir un siège ;
 - Assurer la confidentialité et l'intimité tout au long de la séance de counseling ;
 - Expliquer à la cliente la nécessité de poser des questions personnelles et parfois sensibles ;
 - Demander le nom de la cliente, et ses coordonnées (enregistrer les renseignements et les informations ultérieures dans le dossier de la cliente, comme requis).

- **EXPLORATION : *Focalisée sur les besoins de la cliente* :**
 - Explorer l'historique et les objectifs de la cliente en matière de reproduction (ses antécédents de grossesse et résultats, âge des enfants, si elle veut ou ne veut plus d'enfants) ;
 - Présenter les méthodes éligibles dans la période du post-partum et selon les objectifs de la femme, y compris l'utilisation de la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée ;
 - Identifier la méthode choisie par la cliente.

- **DECISION : *prise de décision par la cliente***
 - Confirmer la méthode choisie par la cliente ;
 - Expliquer la méthode choisie (mécanisme d'action, efficacité, avantages, limites, effets secondaires).

- **IMPLEMENTATION : *mise en application de la décision par le prestataire***
 - Offrir la méthode : si disponible, si non référer ;
 - Dire à la cliente dans quel centre de santé elle se rendra en cas d'effets secondaires ou de complications.

N.B : Si la cliente a choisi la MAMA, lui rappeler la transition à une autre méthode si l'une des conditions n'est plus remplie.

2. Offrir la méthode selon les critères d'éligibilité

2.1. Les contraceptifs oraux combinés (COC)

a. Définition :

Les COC ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques (œstrogène et progestérone), très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme et extrêmement efficace pour empêcher les grossesses.

b. Présenter les COC :

- Montrer, faire toucher un échantillon de COC ;
- Utiliser les aides visuelles adaptées ;
- Utiliser un langage adapté au niveau de compréhension de la cliente ;
- S'assurer que la cliente a compris.

c. Décrire les principaux avantages :

- Très efficace : taux d'efficacité élevé (98 - 99%) ;
- Méthode réversible ;
- Prévient certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...) ;
- Régularise le cycle ;
- Diminue le risque d'anémie ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.

d. Expliquer les limites (inconvenients) ou précautions :

- Doit être pris tous les jours ;
- Peut entraîner des effets secondaires comme la nausée, vertiges, céphalées ;
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants) ;
- Les COC ne protègent pas contre les IST/VIH et le sida.

e. Expliquer les effets secondaires :

- Nausée ;
- Vertiges ;
- Céphalées.

f. Expliquer le mode d'utilisation des COC :

- Commencer toujours par un COC faiblement dosé en œstrogène (30 à 35 µg) ;
- Commencer la prise du 1er comprimé, entre le premier et le cinquième jour des règles ou à tout moment, si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ([Annexe 1](#)).

Si la prise débute après le 7^{ème} jour des règles, associer une méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours :

- Prendre un comprimé chaque jour en suivant le sens des flèches ou des jours, sans oublier ;
- Prendre le comprimé à la même heure (le soir au coucher par exemple) ;
- Prendre le comprimé même en l'absence du partenaire ou en l'absence de rapport sexuel.

g. Expliquer la prise des COC :

Pour les plaquettes de 28 comprimés (21 blancs + 7 marrons) :

- Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours jusqu'à la fin ;
- Commencer une nouvelle plaquette le lendemain.

Pour les plaquettes de 21 comprimés :

- Prendre 1 comprimé pendant 21 jours ;
- Arrêter (se reposer) pendant 7 jours ;
- Commencer une autre plaquette le 8^{ème} jour ;

Exemple : si la plaquette finit un lundi, commencer une nouvelle plaquette le mardi prochain (8^{ème} jour) ;

- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur les COC ;
- Encourager la cliente à en discuter avec son partenaire ;
- Ecouter la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.

N.B : En l'absence de COC faiblement dosé (30 à 35 µg Ethynil Œstradiol : pilplan, lo-femenal) : Il est possible d'utiliser aussi le 50 µg Ethynil Œstradiol (Eugynon, Ovral, Microginon-50, etc.).



- **Dans le post-partum (après accouchement) :**
 - si la cliente allaite son enfant (cf. Annexe 3) ;
 - si la cliente n'allait pas : commencer la prise à partir de la 3^{ème} semaine.
 - si la femme est en aménorrhée de lactation :
 - ✓ ne pas provoquer les règles ;
 - ✓ s'assurer qu'elle n'est pas enceinte avant de donner la méthode ([cf. Annexe 2](#)).
- **Dans le post-abortum (après avortement) :**
 - commencer la pilule dans les 7 premiers jours qui suivent l'avortement.

- **Gestion des cas d'oubli des COC :**

- ***Si oubli d'un comprimé actif :***

- prendre le comprimé oublié dès que l'on se rappelle et prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle.

- ***Si oubli de 2 comprimés actifs ou PLUS :***

- reprendre la prise dès que l'on se rappelle, un comprimé actif (comprimé blanc) par jour pendant au moins 7 jours successifs avec une méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours.

- ***S'il y a moins de 7 comprimés actifs restant sur la plaquette :***

- commencer une nouvelle plaquette toujours associée à une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours, informer la cliente que les règles surviendront à la fin de la nouvelle plaquette.

- ***Si oubli de comprimés de fer :***

- continuer la prise sans reprendre les comprimés oubliés jusqu'à démarrer une nouvelle plaquette.

- **h. Donner le rendez-vous de suivi :**

- Lors de la première visite, donner le rendez-vous selon le besoin ;
 - Demander à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que :
 - maux de tête sévères suite à la prise de COC ;
 - troubles de la vision (vision floue, sensibilité à la lumière, impression de mouches volantes) ;
 - ictère ;
 - douleurs violentes à la poitrine ou aux jambes ;
 - douleurs abdominales intenses.
 - Dire à la cliente de revenir avant la fin de sa provision ;
 - Demander si elle est satisfaite du service rendu ;
 - Dire "au revoir" ;
 - Donner le rendez-vous selon le besoin lors de la 2^{ème} visite et des autres ;
 - Préciser à la cliente de revenir à la clinique à tout moment en cas de besoin ;
 - Ecrire le jour du rendez-vous sur la carte et le dossier de la cliente ;
 - Montrer lui et l'expliquer le jour du rendez-vous.

- **i. Faire les visites de suivi :**

- Vérifier la prise correcte des COC ;
 - Prendre la TA et le poids ;
 - Faire un examen clinique si nécessaire.

- **j. Prendre en charge les effets secondaires, les complications et les pathologies rencontrées :**

- Rassurer la cliente ;
 - Appliquer les "arbres de décision" pour les effets secondaires, les complications, et les pathologies liés à la prise des COC en tenant compte des critères d'éligibilité.

2.2. Les contraceptifs oraux progestatifs (COP)

a. Définition :

La pilule aux progestatifs seuls (COP) est un contraceptif hormonal oral ne contenant qu'un progestatif, en dose plus faible que pour la pilule combinée.

b. Présenter les COP :

- Montrer et faire toucher un échantillon de COP ;
- Utiliser les aides visuelles adaptées ;
- Utiliser un langage clair, simple et des termes usuels locaux ;
- S'assurer que la cliente a compris.

c. Décrire les principaux avantages :

- Efficaces si la prise est correcte de 99 à 99,5% ;
- Le retour à la fécondité est immédiat ;
- N'affectent pas la lactation ;
- Diminuent les risques de maladie inflammatoire du pelvis ;
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre ;
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels.

d. Expliquer les limites (inconvenients) ou précautions :

- Contrainte de la prise journalière régulière (à la même heure) ;
- Ne protègent pas contre les IST/VIH et le sida.

e. Expliquer les effets secondaires :

- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Saignements irréguliers.

f. Expliquer le mode d'utilisation des COP :

- Commencer la prise des COP à partir du 1er au 5ème jour du cycle menstruel, ou immédiatement après une fausse couche, accouchement ou dans les 5 jours après avortement ;
- Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours à la même heure ;
- Expliquer que les COP peuvent être commencés à n'importe quel moment si le prestataire est sûr que la cliente n'est pas enceinte ;
- Conseiller pendant le post-partum la prise de COP chez la cliente qui a utilisé la méthode de l'aménorrhée et de la lactation (LAM) et sort des critères, et à partir de l'accouchement chez la cliente qui n'utilise pas la LAM.

N.B : Pas besoin d'attendre que les règles reprennent pour commencer une nouvelle plaquette.

➤ **Gestion des cas d'oubli :**

- En cas de retard de 3 heures par rapport à l'heure habituelle de prise, associer une méthode de barrière pendant deux jours ;
- De **1 comprimé** : prendre le comprimé oublié dès le rappel puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière pendant 7 jours ;
- De **2 comprimés ou plus** : prendre 2 comprimés dès le rappel et puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours et continuer la prise.



N.B : L'oubli est à éviter avec les COP.

g. Donner le rendez-vous :

- Donner des rendez-vous selon le besoin ;
- Demander à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que : saignements très abondants, maux de tête sévères, ictère.

h. Faire les visites de suivi :

- S'assurer de la prise correcte des comprimés ;
- Si elle a des problèmes de santé, les prendre en charge ;
- Prendre la TA et le poids.

i. Prendre en charge les effets secondaires, complications et pathologies rencontrés :

- Faire un examen clinique de la cliente ;
- Appliquer les arbres de décision en cas d'effets secondaires, de complications et de pathologies rencontrés.

2.3. Les contraceptifs injectables

Définition : le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de la grossesse.

Exemple : Dépo-Provera IM, DMPA-SC (Sayana Press), Noristérat.

a. Présenter les contraceptifs injectables :

- Montrer et faire toucher les contraceptifs injectables ;
- Utiliser les aides visuelles adaptées ;
- Utiliser un langage clair, simple et des termes usuels locaux.

b. Décrire les principaux avantages :

- Très efficace (> 99,7%) ;
- Action prolongée, longue durée d'action ;
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète ;
- N'affecte pas la lactation.

c. Expliquer les limites (inconvénients) ou précautions :

- Pas de protection contre les IST/ VIH et le sida.
- Retour parfois lent à la fertilité (6 jusqu'à 18 mois).

d. Expliquer les effets secondaires :

- Spotting ou, rarement, hémorragie génitale importante ;
- Aménorrhée ;
- Gain pondéral modéré.

e. Expliquer le mode d'utilisation :

- Le Dépo-Provera IM et SC ou Noristérat peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ;
- Faire la 1^{ère} injection du contraceptif selon les étapes.

FICHE TECHNIQUE N° 4 : Administration de Dépo-Provera (IM et SC) et Noristerat

MODE D'ADMINISTRATION

Respecter les étapes de la technique d'administration :

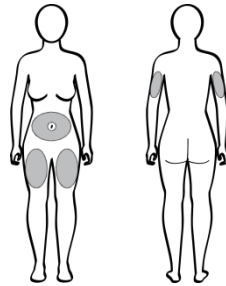
- préparer le matériel ;
 - se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec ;
 - porter des gants ;
 - respecter les règles de l'asepsie.
- Si Dépo-Provera (DMPA IM) au cas où le produit est déposé dans le flacon :
- frotter délicatement le flacon dans le creux de la main ;
 - éviter de mousser le produit ;
 - essuyer le bouchon avec un antiseptique ;
 - ne pas nettoyer ou masser le site après injection et dire à la cliente de ne pas masser.
- Si Dépo-Provera (DMPA SC) :
- tenir l'uniject par le porte-aiguille ;
 - secouer vigoureusement pendant 30 secondes de droite à gauche ;
 - assurer vous que la solution est bien mélangée ;
 - orienter l'uniject vers le haut lors de l'activation afin d'éviter des écoulements
 - enfoncer fermement le capuchon de l'aiguille dans le porte-aiguille ;
 - si l'espace n'est pas complètement fermée, reprendre le même geste ;
 - enlever le capuchon de l'aiguille ;
 - pincer doucement la peau au point d'injection (soit la partie postérieure du bras, soit l'abdomen (pas au nombril) ou à la face antérieure de la cuisse) ;
 - piquer directement dans la peau par un angle orienté vers le bas pour éviter l'injection d'air. l'aiguille ne doit jamais être pointée vers le haut lors de l'injection ;
 - presser le réservoir lentement 5 à 7 secondes ;
 - ne pas nettoyer ou masser le site après injection et dire à la cliente de ne pas masser.
- Si Noristérat (NET EN) réchauffer **délicatement** l'ampoule en frottant entre les mains :
- aspirer tout le produit ;
 - désinfecter la zone d'injection en faisant un mouvement circulaire du site de l'injection vers l'extérieur ;
 - injecter **tout le contenu** de la seringue en **IM profonde** ;
 - **Ne pas masser le site** de l'injection et dire à la cliente de ne pas masser.

Aide-mémoire pour l'injection de Sayana Press

Suspension de 104 mg/0.65 ml d'acétate de médroxyprogestérone dans le système d'injection Uniject™

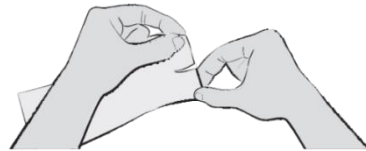
ETAPE 1 : Sélectionner le site d'injection

Sayana® Press peut être injecté dans la partie postérieure du bras, dans l'abdomen (pas au nombril) ou à l'avant de la cuisse. Nettoyer le site.

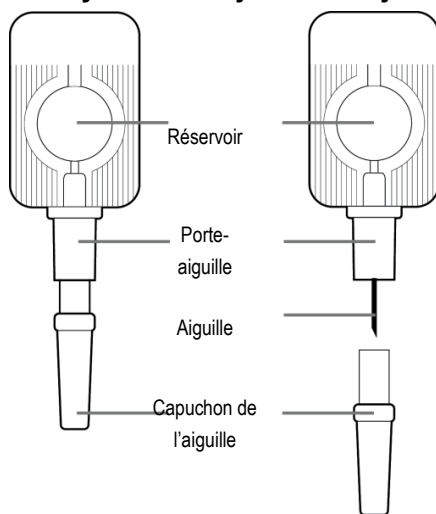


ETAPE 2 : Ouvrir le sachet en aluminium et retirer l'Uniject

Vérifiez la date d'expiration/Péremption.

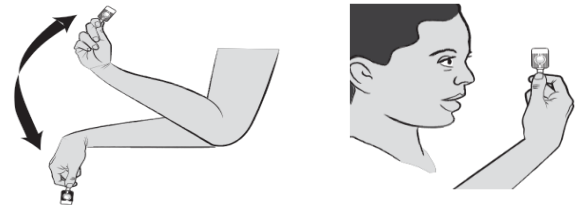


ETAPE 3 : Le système d'injection Uniject



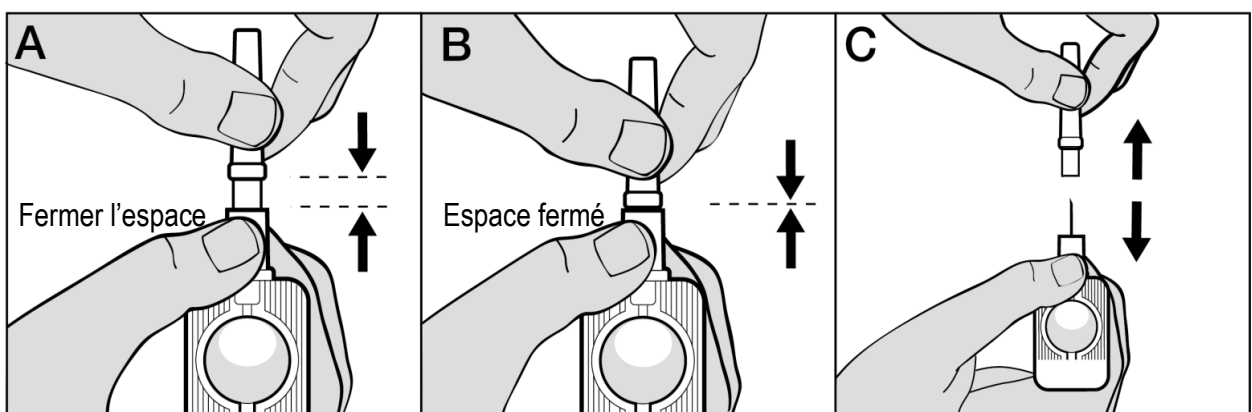
ETAPE 4 : Mélanger la solution

- Tenir l' Uniject par le porte-aiguille et agitez vigoureusement pendant environ 30 secondes.
- Ne pas plier l'Uniject.
- S'assurer que Sayana Press est homogène et qu'il n'y a pas de dommages ni de fuites.
- Mélanger à nouveau si il y a un délai avant l'injection.



x 30 secondes

ETAPE 5 : Activer l'Uniject



- Maintenir l'Uniject par le porte-aiguille.
- Orienter l'aiguille vers le haut lors de l'activation afin d'éviter des écoulements.
- Enfoncer fermement le capuchon de l'aiguille dans le porte-aiguille.
- Si l'espace n'est pas complètement fermé, vous ne pourrez pas presser le réservoir pendant l'injection.
- Enlever le capuchon de l'aiguille.

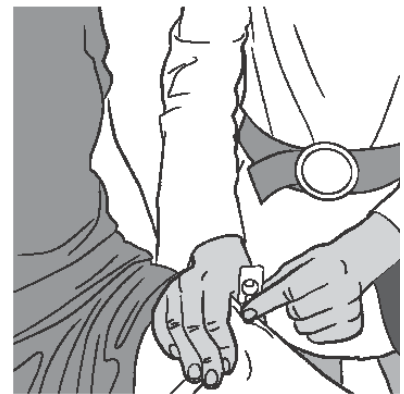
ETAPE 6 : Pincer légèrement la peau au site d'injection

Cela crée une « tente » pour insérer l'aiguille.



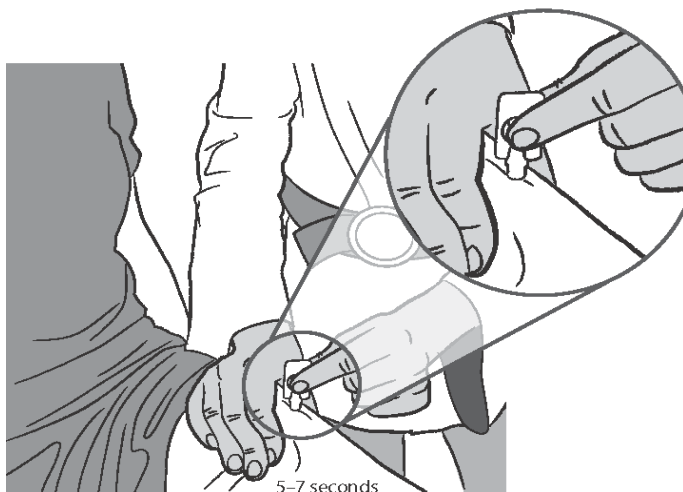
ETAPE 7 : Insérer l'aiguille par un angle droit vers le bas

- Maintenir l'Uniject par le porte-aiguille et insérer l'aiguille dans la peau avec un angle droit d'un coup sec.
- Le porte-aiguille doit être complètement en contact avec la peau pour garantir l'insertion de l'aiguille à la bonne profondeur.



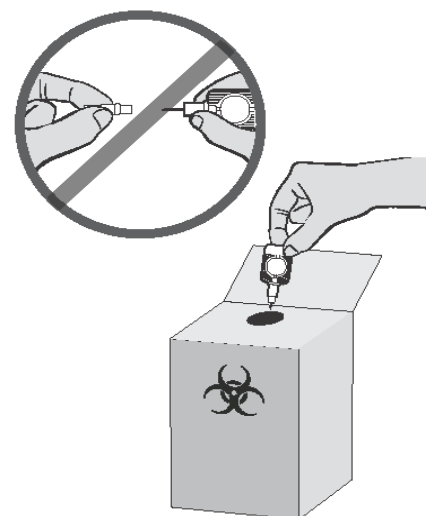
ETAPE 8 : Presser le réservoir

- Vous ne devez pas aspirer.
- Presser lentement le réservoir (pendant 5 à 7 secondes).
- Ce n'est pas grave s'il reste un peu de médicament dans le réservoir.



ETAPE 9 : Jeter l'Uniject

- Ne pas remplacer le capuchon de l'aiguille.
- Jeter immédiatement l'Uniject dans une boîte de sécurité.



f. Donner un rendez-vous de suivi :

- Donner un rendez-vous de :
 - 8 semaines (2 mois) après si Noristerat ;
 - 12 semaines (3 mois) après si Depo Provera IM ou DMPA-SC (Sayana Press).
- Demander à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que : saignements très abondants, maux de tête sévères, ictère.

g. Faire les visites de suivi :

- Prendre la TA et le poids ;
- Suivre le même rythme d'injection s'il n'y a pas de plaintes.

h. Prendre en charge les effets secondaires, complications et pathologies rencontrés :

- S'assurer que la cliente a respecté ses rendez-vous et ses rythmes d'injection ;
- Faire un examen clinique ;
- Appliquer les "arbres de décision" devant les effets secondaires rencontrés.

2.4. Les implants

a. Définition :

Ce sont de petits bâtonnets ou capsules en plastique, chacune de la taille d'une allumette, qui, insérés sous la peau libèrent un progestatif.

b. Expliquer le mode d'action :

Agissent essentiellement en :

- Épaississant la glaire cervicale (cela empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule) ;
- Interférant avec le cycle menstruel, ils empêchent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

c. Présenter les implants :

- Présenter les différents types d'implants :
 - Jadelle : 2 bâtonnets efficaces pendant 5 ans ;
 - Implanon : 1 bâtonnet efficace pendant 3 ans ;
 - Sino-Implant : 2 bâtonnets efficaces pendant 4 ans ;
- Montrer, faire toucher la ou les capsules d'un échantillon d'implant ;
- Indiquer le lieu où se fait l'insertion.

d. Expliquer les principaux avantages :

- Très efficace ;
- Action rapide (agit dès la 24ème heure) ;
- Retrait possible des capsules à tout moment ;
- Retour immédiat à la fécondité.

e. Expliquer les limites (Inconvénients ou précautions) :

- Ne protège pas contre les IST/ VIH et le sida ;
- Existence de quelques risques mineurs liés à l'acte : saignement, hématome, infection locale.

f. Expliquer les effets secondaires :

- Saignements peu fréquents ou irréguliers qui durent plus de 8 jours ;
- Aménorrhée ;
- Maux de tête ;
- Prise de poids.

g. Appliquer les critères de recevabilité d'une cliente (cf. Annexe 2) :

N.B : Les femmes qui viennent d'accoucher, d'avoir un avortement ou une fausse couche peuvent utiliser.

h. Insertion et retrait des implants :

L'insertion des implants est la même pour tous les types mais avec quelques petites spécificités ([cf. Fiche technique n° 5 : Insertion de la ou des capsules d'implants](#)).

Le retrait est le même pour tous les implants ([cf. Fiche technique retrait n° 6](#)).

i. Rendez-vous de suivi :

- Prendre la TA et le poids ;
- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance ;
- Dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que douleurs sévères au bas ventre, saignement en dehors des règles, douleurs au site d'insertion avec ou sans pus/sang, expulsion d'un ou des implants, fréquents maux de tête, migraine ou vision trouble, absence de règles.

N.B : Toujours respecter rigoureusement les techniques de prévention de l'infection (asepsie) pendant l'insertion et le retrait des implants.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : Insertion de la ou des capsules d'implants

- Vérifier que la cliente a lavé soigneusement son bras avec du savon et de l'eau ;
- choisir et placer correctement le bras de la femme ;
- marquer l'endroit où sera faite l'insertion ;
- vérifier la présence d'instruments stériles ou DHN et la disponibilité de la ou des capsules d'implants.

TACHES PREALABLES A L'INSERTION

- se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou essuyer avec un linge individuel propre et sec ;
- porter des gants stériles;
- passer une solution antiseptique à l'endroit de l'insertion selon les directives ;
- placer un linge stérile ou désinfecté à haut niveau (DHN) sur le bras (facultatif) ;
- injecter un anesthésique (Xylocaïne 2% sans Adrénaline diluer à 50%) local juste sous la peau ;
- gonfler légèrement la peau ;
- avancer l'aiguille d'environ 4 cm et injecter 1 ml d'anesthésique local dans chacun des 2-3 sillons subdermiques (Jadelle, Sino-plant) et un sillon pour l'Implanon ;
- vérifier l'effet anesthésique.

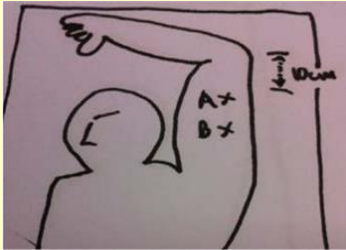
INSERER LA OU LES CAPSULES D'IMPLANTS

➤ JADELLE, SINO-IMPLANT

- insérer directement le trocart sous la peau ;
- tout en gonflant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart ;
- retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart (avec mains gantées ou pinces) ;
- réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'on sente une résistance.
- tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il arrive au manche du mandrin ;
- retirer le trocart et le mandrin ensemble jusqu'à ce que la marque (2) près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne pas retirer le trocart de la peau) ;
- en tenant avec le doigt la capsule déjà placée, guider l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque (1) ;
- ne retirer le trocart qu'après avoir inséré la dernière capsule ;
- palper les capsules pour vérifier que la ou les capsules ont été insérées en forme de v pour Jadelle et sino-implant ;
- palper l'incision pour vérifier que la ou toutes les capsules sont éloignées de l'incision.

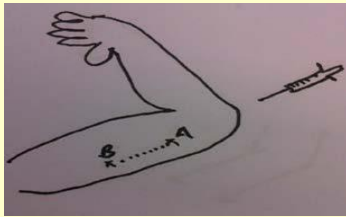
➤ **IMPLANON**

Etape 1



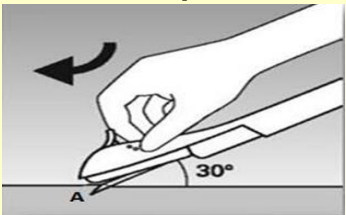
- Marquer deux points A et B centrés sur l'intérieur du bras, à 4 cm d'écart l'un de l'autre, et à 10 cm du coude.
- Nettoyer la peau à cet endroit avec le désinfectant.
- Ne pas trop se rapprocher du coude ni de l'aisselle.

Etape 2



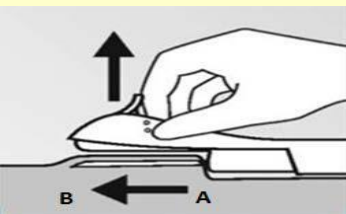
- Injecter l'anesthésique local le long de la ligne prévue pour l'implant.
- Pénétrer la peau au point A et suivre la ligne jusqu'au point B.
- Ne pas aller trop profond, rester au niveau de la peau.

Etape 3



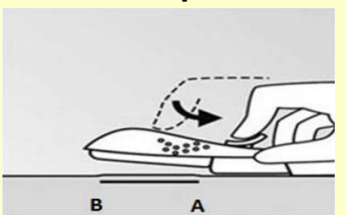
- Sortir l'applicateur de son emballage.
- Pénétrer la peau au point A.
- Ne pas toucher l'aiguille avec les doigts, elle doit rester propre.

Etape 4



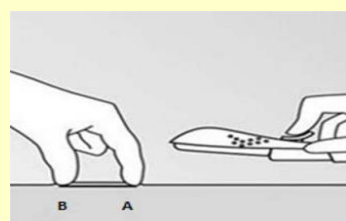
- Pousser l'applicateur sous la peau de A à B, en le gardant bien à plat.
- En poussant, soulever un peu la peau en même temps.
- Ne pas aller trop profond, rester au niveau de la peau.

Etape 5



- Pousser l'applicateur jusqu'à introduire l'aiguille sur toute sa longueur maintenir l'applicateur dans cette position, déverrouiller la glissière violette en la déplaçant jusqu'à la butée.
- Ne pas retirer l'applicateur tant que la glissière violette n'est pas complètement tirée en arrière.

Etape 6



- Vérifier qu'on sent l'implant au toucher et que la cliente le sent aussi.
- Appliquer une compresse si la zone saigne puis mettre un pansement.
- Ne pas pousser l'implant et le forcer sous la peau.
- S'il ressort le retirer et recommencer la procédure avec un nouvel applicateur et un nouvel implant.

**FICHE TECHNIQUE N° 5 : Insertion de la ou des capsules d'implants
(suite)****TACHES APRES L'INSERTION**

- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un pansement compressif et du sparadrap ou un pansement chirurgical et du sparadrap.
- Mettre l'aiguille et la seringue dans la boîte de sécurité et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour la décontamination.
- Eliminer les déchets avec les mesures de précaution qui s'imposent.
- Plonger les mains gantées dans une solution chlorée.
- Enlever les gants en les retournant et les mettre dans la poubelle.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou les essuyer avec un linge individuel, sec et propre.
- Coller l'étiquette de l'emballage sur la fiche d'admission.

COUNSELING POST-INSERTION

- Donner à la cliente les instructions sur l'entretien de la plaie (ne pas mouiller le pansement durant 5 jours, ne pas faire de gros travaux avec le bras le jour de l'insertion) et lui dire quand revenir.
- Rassurer la cliente qu'elle peut faire retirer la ou les capsules à n'importe quel moment si elle le désire.
- Observer la cliente pendant au moins cinq minutes avant de lui dire au revoir.
- Dire à la cliente qu'elle peut revenir lorsqu'elle le souhaite ou chaque fois qu'elle a des problèmes.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait

TACHES PREALABLES AU RETRAIT :

- Accueillir la cliente avec respect et amabilité ;
- Demander à la cliente les raisons de son désir de retrait et revoir ses projets en matière de procréation et ses besoins de protection contre les infections du tractus génital (ITG) et autres IST.
- Si elle veut continuer la planification familiale, lui demander si elle veut un autre jeu d'implants.
- Dire à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions ;
- Demander si elle est allergique à la solution antiseptique et au produit anesthésique local.
- Vérifier que la cliente a soigneusement lavé et rincé son bras entier.
- Aider la cliente à s'installer sur la table.
- Placer le bras de la femme en mettant un linge stérile ou désinfecté à haut niveau.
- Palper la ou les capsules et marquer leur position, la zone d'anesthésie et le site d'incision.
- Vérifier la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau.
- Ouvrir le paquet d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sans toucher aux instruments.

RETRAIT DE LA OU DES CAPSULES D'IMPLANTS :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec.
- Porter des gants stériles.
- Disposer les instruments et le matériel stérile sur un plateau désinfecté à haut niveau.
- Passer une solution antiseptique deux fois sur la zone de l'incision en mouvements circulaires sur 8 à 13 cm et laisser sécher à l'air libre.
- Placer un champ opératoire stérile ou désinfecté à haut niveau sur le bras (facultatif).
- En utilisant une aiguille et une seringue stériles, injecter une petite quantité de produit anesthésique local (Xylocaïne 2% sans adrénaline à diluer à 50%) juste sous la peau à l'endroit de l'incision pour gonfler légèrement la peau (petite boule).
- Placer l'aiguille à environ 1 cm sous les extrémités de la ou des capsules, le plus près possible du site de l'incision originale.
- Injecter 1 ml de produit anesthésique local sous les extrémités des capsules tout en retirant doucement l'aiguille.
- Retirer l'aiguille et la placer dans un endroit sûr pour éviter de se piquer accidentellement avec l'aiguille.
- Masser la peau pour répartir l'anesthésique dans les tissus.
- Tester le site de l'incision avec le bout des pinces pour vérifier qu'il y a effet anesthésique. (Si la cliente a mal, attendre 2 à 3 minutes et tester à nouveau le site de l'incision).
- Injecter plus de produit anesthésique local seulement si nécessaire.
- Une fois les capsules retirées, les compter pour s'assurer qu'on a bien enlevé **la ou les capsules entières** et les montrer à la cliente.
- Répondre aux questions de la cliente.
- Revoir l'information générale et spécifique à la méthode et sur les méthodes de planification familiale en général.

N.B : Ne jamais utiliser la Xylocaïne 2% sans la diluer.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait (suite)

TACHES POST-RETRAIT

- Comprimer l'incision avec de la compresse pour arrêter les saignements et retirer le champ opératoire, si utilisé.
- Frotter délicatement le bras de la cliente pour enlever toute trace de Polyvidone Iodée ou marque.
- Resserrer les lèvres de l'incision avec la pince (pince mosquito courbe) de retrait et la refermer avec un sparadrap ou un pansement chirurgical avec de la compresse stérile.
- Appliquer un pansement bien serré sur l'incision et entourer le bras d'un pansement compressif avec de la compresse pour assurer l'hémostase et minimiser les ecchymoses.
- Mettre l'aiguille et la seringue dans la boîte de sécurité.
- Avant de retirer les gants, placer tous les instruments dans une solution de décontamination pendant 10 minutes.
- Eliminer les déchets contaminés, y compris la ou les capsules d'implants dans un récipient étanche ou un sac en plastique.
- Tremper les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%.
- Retirer les gants en les retournant et les mettre dans une poubelle fermée.
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec.

COUNSELING POST-RETRAIT

- Donner à la cliente des instructions (ne pas mouiller le pansement durant 5 jours) pour les soins de la plaie et lui dire quand retourner à la clinique, si nécessaire.
- Discuter de ce qu'il faut faire si la cliente a des problèmes.
- Prendre un autre rendez-vous (un mois) si une des capsules n'a pas pu être enlevée.
- Demander à la cliente de répéter les instructions.
- Aider la cliente à obtenir une nouvelle méthode de contraception ou lui fournir une méthode temporaire (barrière) jusqu'à ce que la méthode de son choix puisse être commencée.

Observer la cliente pendant au moins 15 minutes et lui demander comment elle se sent avant de la laisser partir.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait (suite)

CAPSULES DIFFICILES A RETIRER :

Si la ou les capsules ne peuvent pas être facilement déplacées dans l'incision :

- Insérer la pince courbée à travers l'incision jusqu'à ce que les mâchoires de la pince se trouvent sous l'extrémité des capsules ;
- Enlever les tissus cicatriciels entourant les extrémités des capsules ;
- Pousser le bout d'une capsule aussi près que possible de l'incision ;
- Saisir le bout de la capsule avec la pince courbée (Mosquito ou Crile) et l'amener doucement vers l'incision ;

Si l'on ne peut pas amener doucement la capsule :

- Insérer la pince courbée avec les mâchoires vers le haut ; saisir la capsule par le dessous entre le bout des mâchoires de la pince ;
- Refermer la pince sur la capsule et retourner le manche de la pince à 180° vers l'épaule de la cliente ;

Après avoir retourné la pince :

- Nettoyer l'enveloppe fibreuse qui entoure le bout exposé de la capsule avec de la compresse stérile (ou un bistouri, si nécessaire) ;

Si la capsule n'est pas visible :

- Pivoter la pince à 180° sur son axe principal pour révéler l'extrémité de la capsule ;
- Avec l'enveloppe ouverte, presser doucement les tissus entourant l'extrémité de la capsule avec les deux pouces pour pouvoir voir l'extrémité et saisir avec la seconde pince ;
- Retirer lentement et doucement la capsule et la placer dans une cupule contenant une solution de décontamination pendant 10 minutes.

N.B : Au cas où on n'arrive pas à retirer la ou les capsules, refermer l'incision et demander à la cliente de revenir dans un mois.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait (suite)

RETRAIT : Technique par éjection (pop-out)

- Choisir la capsule la plus facile à retirer.
- Pousser sur le bout de la capsule la plus proche de l'épaule (bout proximal) avec un doigt.
- Lorsque le bout de la capsule le plus proche du coude (distal) se présente sous la peau, faire une petite incision (2 à 3 mm) sur le bout avec le bistouri.
- Presser le bout de la capsule entre le pouce et l'index pour la faire sortir de l'incision.
- Insérer la lame du bistouri dans l'incision jusqu'à ce qu'elle touche juste le bout des capsules, si nécessaire, couper les tissus fibreux qui entourent le bout de la capsule ;
- Une fois l'enveloppe fibreuse ouverte, presser doucement les tissus qui entourent le bout de la capsule avec les deux pouces pour que le bout soit visible ;
- Appuyer doucement sur le bout proximal de la capsule pour la faire « éjecter » de l'incision.
- Retirer la capsule lentement et doucement et la placer dans une cupule contenant une solution de décontamination pendant 10 minutes.

j. Prise en charge des effets secondaires, complications et pathologies rencontrés :

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p>AMENORRHEE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente sur : <ol style="list-style-type: none"> 1. La date des dernières règles 2. La date d'insertion des implants • Déterminer les préoccupations de la cliente 	<p>Si pas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la cliente <p>Si grossesse confirmée,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirer les implants et expliquer que le progestatif n'a pas d'effet nuisible sur le fœtus ; • Prendre en charge pour CPN <p>Si suspicion de GEU :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer
<p>PRISE DE POIDS DE PLUS DE 5 KG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre le poids et comparer avec le poids antérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la cliente de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Revoir son régime alimentaire. ○ Faire des exercices physiques, si nécessaires.
<p>INFECTIONS AU SITE D'INSERTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspecter le site • Vérifier la gravité de l'infection 	<p>Avec suppuration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder au retrait. • Faire l'antibiothérapie adéquate et les soins locaux. • Prescrire une autre méthode ou • Insérer les implants dans l'autre bras <p>Sans suppuration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer les soins locaux plus une antibiothérapie. <p>Si pas d'amélioration au bout de 7 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder au retrait. • Insérer un autre dans l'autre bras ou • Donner une autre méthode.
<p>EXPULSION D'UNE CAPSULE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à voir la capsule expulsée. • Vérifier le site d'insertion (capsules visibles ?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer les capsules et réinsérer un nouveau jet à un autre site. • Si infection : retirer les capsules restantes (voir ci-dessus).
<p>SAIGNEMENTS/SPOTTING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminer une cause organique (grossesse) • Interroger la cliente sur le début du saignement • Faire examen physique de la cliente 	<p>Si saignements peu abondants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la femme ; <p>Si saignements persistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner 1cp de COC normo dosé par jour pendant 21 jour et fer + acide folique ou Ibuprofène 400 mg 1 cp matin et soir soit toutes les 12 heures pendant 5 jours et fer + acide folique ; <p>Si saignements persistants ou abondants sous COC normo dosé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder au retrait ; • Conseiller une autre méthode.

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p>CEPHALEES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente : <ol style="list-style-type: none"> 1. Début des céphalées, leur siège 2. Signes d'accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecoulement nasal purulent avec ou sans sensibilité douloureuse dans la région des sinus, ▪ Vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, troubles de l'équilibre, troubles du langage. 3. Date de l'insertion 4. Savoir si les maux de tête sont apparus avec l'insertion ou aggravés depuis celle-ci • Faire l'examen physique. • Faire les examens paracliniques si nécessaires (Goutte Epaisse + Densité Parasitaire, Radiographie des sinus) • Conclure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminer la sinusite ; S'il y a sinusite • Traiter. Si TA inférieure à 160/100 mm Hg : <ul style="list-style-type: none"> • Traiter au méthyldopa 250 mg 1cp 3 fois par jour toutes les 8 heures (matin, midi et soir) ; Si TA supérieure à 160/100 mm Hg : <ul style="list-style-type: none"> • Traiter ou référer ; • Retirer les implants ; • Conseiller une autre méthode.

2.5. Le dispositif intra-utérin (DIU)

a. Définition :

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

b. Présenter le DIU :

- Le DIU TCu-380 A est en plastique contenant du cuivre libéré lentement en petites quantités ;
- Le DIU médicamenteux qui libère un progestatif (lévonorgestrel) : exemple : **Progestasert**.

c. Montrer, faire toucher le DIU :

- Utiliser les aides visuelles adaptées ;
- Utiliser un langage clair, que la cliente comprend ;
- S'assurer que la cliente a compris.

d. Décrire les principaux avantages du DIU :

- Efficace (99,2 à 99,4%) ;
- Son action est immédiate ;
- Peut-être insérer dans les 48 heures après l'accouchement ;
- Immédiatement réversible.

e. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Le DIU ne protège pas contre les IST/VIH et le sida ;
- La pose et le retrait nécessitent un examen clinique ;
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum).

f. Expliquer les effets secondaires :

- Règles plus longues et plus abondantes ;
- Saignements ou spotting entre les règles ;
- Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion.

g. Respecter les critères de recevabilité d'une cliente désirant le DIU :
(cf. annexe 2)

h. Expliquer le moment approprié pour l'insertion :

- **Insertion DIU intervalle :** à n'importe quel moment du cycle quand on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.
- **Insertion dans le post-partum :**
 - **Post-placentaire :** dans les 10 minutes qui suivent l'expulsion du placenta,
 - **Post-partum immédiat :** dans les 48 heures qui suivent l'accouchement,
 - **Per-césarienne :** entre l'extraction du placenta et la suture de l'utérus au cours de la césarienne,
 - **Post-abortionum :** immédiatement après un avortement à l'absence d'infection.

FICHE TECHNIQUE N° 7 : Insertion/Retrait du DIU

TACHES AVANT L'INSERTION : après l'accueil, le counseling spécifique DIU et l'examen clinique de la cliente

- se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge propre et sec ;
- dire à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions.

INSERTION DU DIU :

- mettre des gants d'examen ;
- faire un examen bi manuel ;
- retirer les gants,
- se laver les mains, les sécher à l'air libre ou avec un linge propre et sec.
- mettre des gants d'examen ;
- placer le spéculum et examiner le col ;
- désinfecter soigneusement le col (surtout l'orifice) et le vagin deux fois ou plus avec un antiseptique (polyvidone iodée dosé à 10%) ;
- saisir doucement le col avec un tenaculum entre 10h et 14h (pince pozzi ou tire col) ou pince stoppes à 12 h (là où c'est disponible) ;
- passer l'hystéromètre une seule fois dans l'ouverture du col sans toucher les parois vaginales ou le spéculum ;
- déterminer la profondeur de la cavité utérine et retirer l'hystéromètre ;
- charger le TCu-380 A dans l'emballage stérile :
 - ouvrir partiellement le paquet et replier les côtés à l'arrière ;
 - mettre le mandrin blanc (piston) à l'intérieur du tube de l'inserteur ;
 - mettre le paquet à plat et glisser la carte ID sous les bras du DIU ;
 - tout en tenant les pointes des bras du DIU, pousser le tube de l'inserteur pour commencer à plier les bras vers le bas ;
 - quand les bras sont repliés, retirer l'inserteur de dessous les bras ;
 - enlever le tube de l'inserteur, pousser et tourner pour attraper les pointes des bras dans le tube ;
- placer le curseur à la profondeur mesurée avec le DIU encore dans son emballage stérile et ouvrir ensuite complètement l'emballage ;
- retirer l'inserteur chargé (veiller à ne toucher aucune surface non stérile et ne pas pousser le mandrin blanc vers le DIU) ;
- passer doucement l'inserteur chargé à travers le col en tenant le curseur bleu jusqu'à ce que le curseur touche le col ou qu'une résistance soit sentie ;
- tenir immobile avec une main le tenaculum et le mandrin blanc ;
- libérer les bras du DIU en utilisant « la technique du retrait » (**tirer le tube de l'inserteur vers vous jusqu'à ce qu'il touche la griffe pour le pouce du mandrin**) ;
- retirer le mandrin blanc et pousser doucement (vers le haut) le tube de l'inserteur jusqu'à ce qu'une résistance soit sentie ;
- retirer partiellement le tube de l'inserteur et couper les fils du DIU en laissant 3 ou 4 cm.
- retirer le tube de l'inserteur ;
- retirer doucement le tenaculum ;
- examiner le col et en cas de saignement, placer la compresse sur l'endroit du saignement là où la pince tire col a blessé, pendant 30 à 60 secondes ;
- refouler le fil dans le cul de sac du douglas ;
- retirer doucement le spéculum.

TACHES POST-INSERTION

- placer les instruments utilisés dans une solution de décontamination pendant 10 minutes ;
- éliminer les déchets (compresse, coton, gants à jeter) selon les directives ;
- plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée ;
- retirer les gants en les retournant et les jeter dans la poubelle ;
- se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon ;
- sécher les mains à l'air libre ou les essuyer les mains avec un linge individuel sec et propre ;
- remplir la carte de rendez-vous et noter dans le dossier de la cliente ;
- aider la femme à se relever.

RETRAIT DU DIU

- indiquer à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions ;
- se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec ;
- mettre des gants d'examen neufs;
- faire un examen bi manuel :
 - déterminer s'il y a sensibilité à la mobilisation cervicale ;
 - déterminer la taille, la forme et la position de l'utérus ;
 - palper les annexes pour détecter les anomalies ;
- placer le spéculum et examiner le col ;
- passer avec soin un antiseptique sur le col (surtout l'orifice externe) et le vagin deux fois ou plus ;
- saisir les fils près du col avec une pince à hémostase ou autre pince étroite ;
- tirer doucement mais fermement sur les fils pour retirer le DIU ;
- montrer le DIU à la cliente et retirer doucement le spéculum ;
- observer la cliente sur la table d'examen ou lit pendant 15 mn avant de la laisser partir.

TACHES POST-RETRAIT

- placer les instruments utilisés et le DIU dans une solution chlorée pendant 10 minutes ;
- éliminer les déchets (compresse, coton utilisés, gants à jeter) selon les directives ;
- plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée, retirer les gants en les retournant et les jeter dans la poubelle ;
- se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon ;
- sécher les mains à l'air libre ou les essuyer les mains avec un linge individuel sec et propre ;
- noter le retrait du DIU dans le dossier de la cliente.

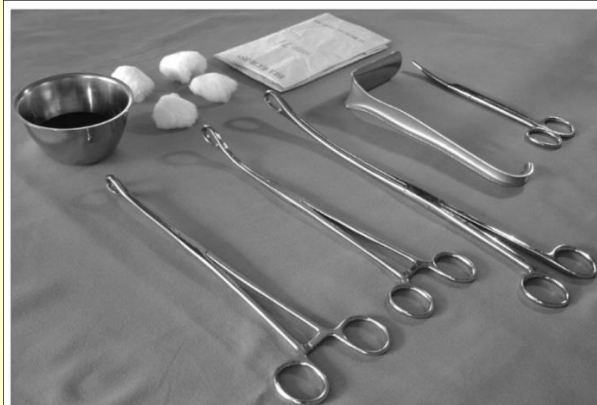
FICHE TECHNIQUE N° 8 : Insertion Post-Placentaire du DIU du Post Partum

Sélection avant insertion et évaluation médicale (réalisées avant de procéder à l'accouchement par voie basse)

- examiner le dossier de la femme afin de s'assurer que le DIU est une méthode appropriée pour elle ;
- s'assurer qu'elle a reçu un counseling approprié autour de l'insertion du DIU en utilisant le support de sélection pré-insertion,
- s'assurer de l'absence de circonstances liées à l'accouchement empêchant l'insertion du DIU maintenant :
 - Rupture des membranes pendant plus de 12 heures ;
 - Chorioamnionite ;
 - Hémorragie postpartum non maîtrisée ;
- si l'une de ces situations se présente, parler avec la femme, lui expliquer que ce n'est pas le moment approprié pour l'insertion du DIU, proposer de refaire une évaluation pour l'insertion du DIU à 6 semaines postpartum. Conseiller et lui offrir une autre méthode de PFPP ;
- confirmer la disponibilité d'instruments, de matériels bien stériles et de source de lumière pour une insertion post placentaire immédiate ;
- confirmer que des DIU sont disponibles sur la table d'accouchement ;
- saluer la femme gentiment et avec respect ;
- confirmer avec la femme si elle veut toujours qu'on lui insère le DIU ;
- expliquer que vous allez insérer le DIU après la naissance du bébé et la délivrance du placenta ;
- répondre à toutes les questions qu'elle pourrait avoir.

TACHES AVANT L'INSERTION :

- porter une nouvelle paire de gants stériles (si l'insertion est réalisée par le même prestataire qui a assisté la femme pendant l'accouchement) ou respecter l'hygiène des mains et porter des gants stériles (si l'insertion est réalisée par un autre prestataire que celui qui a assisté la femme pendant son accouchement) ;
- s'assurer que la gestion active de la troisième période d'accouchement (GATPA) a été réalisé ;
- disposer les instruments et le matériel d'insertion du DIU sur un plateau stérile ou sur une surface recouverte. Conserver le DIU dans son emballage stérile et le poser sur la surface recouverte ;
- inspecter le périnée, les lèvres et les parois vaginales à la recherche de déchirures. Si les déchirures ne saignent pas beaucoup, réparer après avoir inséré le DIU, si nécessaire.



INSERTION DU DIU

- insérer soigneusement le spéculum Simms et visualiser le col de l'utérus en appuyant sur la paroi postérieure du vagin ;
- nettoyer le col de l'utérus et le vagin à l'aide d'une solution antiseptique 2 fois en utilisant 2 tampons ;
- saisir la lèvre antérieure du col de l'utérus avec la pince en cœur. (le spéculum peut être retiré à cet instant, si nécessaire) ;
- laisser la pince en cœur de côté ;
- ouvrir l'emballage stérile du DIU à un tiers environ en commençant par le bas, en renversant le paquet plastique ;
- tenir le paquet du DIU, stabilisez le DIU dans l'emballage et retirez le tube d'insertion et la carte d'emballage ;
- saisir le DIU à l'intérieur de l'emballage stérile du DIU en vous servant de la pince Kelly placentaire ou pince à cœur ;
- soulever soigneusement la lèvre antérieure du col de l'utérus en vous servant de la pince à cœur ;
- insérez la pince Kelly placentaire ou pince à cœur en tenant le DIU dans la cavité utérine jusqu'au point de sentir une petite résistance par rapport à la paroi postérieure de l'utérus. Evitez de toucher les parois du vagin ;
- retirez soigneusement la pince à cœur du col de l'utérus et mettez-la sur un champ stérile ;
- placez la main sur la partie inférieure de l'utérus (la base de la main sur la partie inférieure du corps de l'utérus et les doigts vers le fond) et poussez soigneusement l'utérus vers le haut dans l'abdomen afin de prolonger la partie inférieure de l'utérus.
- déplacez doucement le DIU vers le haut en allant vers le fond de l'utérus, dans un angle allant vers l'ombilic. La partie inférieure de la main droite (la main tenant la pince Kelly placentaire en bas, afin de permettre à la pince de traverser facilement l'angle vagin-utérus, et suivez l'axe de la cavité utérine. Maintenez la pince Kelly placentaire fermée pour que le DIU ne se déplace pas. Faites attention de ne pas perforer l'utérus ;
- continuez à faire avancer la pince soigneusement jusqu'à atteindre le fond de l'utérus. Assurez-vous que l'extrémité de la pince a atteint le fond ;
- ouvrez la pince, inclinez légèrement la pince vers la ligne du milieu, et déposez le DIU au fond ;
- stabilisez l'utérus ;
- déplacez la pince vers la paroi latérale de l'utérus ;
- retirez lentement la pince de la cavité utérine, en glissant l'instrument le long de la paroi latérale de l'utérus, et en le gardant légèrement ouvert. Faites particulièrement attention de ne pas déloger le DIU ou de ne pas attraper le fil du DIU en retirant la pince ;
- stabilisez l'utérus jusqu'à ce que la pince soit entièrement hors de l'utérus. Posez la pince à côté sur le champ stérile ;
- examinez le col de l'utérus pour voir si une partie du DIU ou si les fils sont visibles et en saillie par rapport au col de l'utérus. Si le DIU ou les fils sont saillants par rapport au col de l'utérus, retirez le DIU, remettez dans un emballage stérile et réinsérez ;
- assurez-vous qu'il n'y a pas d'hémorragie provenant du col de l'utérus ;
- retirez tous les instruments utilisés, ouvrez-les et plongez-les dans une solution de chlore de 0,5% en veillant à ce qu'ils soient bien submergés.

TACHES POST-INSERTION

Laissez la femme se reposer pendant quelques minutes. Encouragez l'initiation des soins postpartum de routine, y compris l'allaitement au sein immédiatement.

- éliminez comme il se doit les déchets ;

- plongez les gants dans une solution de chlore de 0,5%. retirez les gants en les retournant vers l'intérieur et débarrassez-vous-en après ;
- lavez-vous les mains avec de l'eau et savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec ;
- dites à la femme que le DIU a été inséré de manière réussie. Rassurez-la et répondez à toutes les questions qu'elle peut avoir à poser. Dites-lui que vous allez lui donner des instructions détaillées avant de la libérer ;
- prévoyez une carte sur laquelle figurent des informations relatives au type de DIU utilisé et la date d'insertion ;
- assurez-vous que la femme recevra des instructions après l'insertion avant de quitter la structure sanitaire :
 - expliquez les effets secondaires du DIU et les symptômes postpartum normaux.
 - dites à la femme quand elle doit revenir pour une vérification du DIU/ une visite postnatale/ examen du nouveau-né ;
 - insistez sur le fait qu'elle doit revenir à tout moment si elle a un souci ou observe des signes d'avertissement ;
 - expliquez les signes avertisseurs concernant le DIU ;
 - échangez à propos de la manière de vérifier s'il y a une expulsion, et ce qui doit être fait en pareille situation ;
 - assurez-vous que la femme comprend les instructions post insertion ;
 - si possible, écrivez les instructions post insertions ;
- enregistrez toutes les informations sur la fiche ou dans le dossier de la femme ;
- enregistrez les informations dans le registre se trouvant dans la salle d'intervention.

RETRAIT DU DIU

- indiquer à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions ;
- se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec ;
- mettre des gants d'examen neufs ;
- faire un examen bi manuel :
 - déterminer s'il y a sensibilité à la mobilisation cervicale ;
 - déterminer la taille, la forme et la position de l'utérus ;
 - palper les annexes pour détecter les anomalies ;
- placer le spéculum et examiner le col ;
- passer avec soin un antiseptique sur le col (surtout l'orifice externe) et le vagin deux fois ou plus ;
- saisir les fils près du col avec une pince à hémostase ou autre pince étroite ;
- tirer doucement mais fermement sur les fils pour retirer le DIU ;
- montrer le DIU à la cliente et retirer doucement le spéculum ;
- observer la cliente sur la table d'examen ou lit pendant 15 mn avant de la laisser partir.

TACHES POST-RETRAIT

- placer les instruments utilisés et le DIU dans une solution chlorée pendant 10 minutes ;
- éliminer les déchets (compresse, coton utilisés, gants à jeter) selon les directives ;
- plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée, retirer les gants en les retournant et les jeter dans la poubelle ;
- se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon ;
- sécher les mains à l'air libre ou les essuyer les mains avec un linge individuel sec et propre ;
- noter le retrait du DIU dans le dossier de la cliente.

i. Donner un rendez-vous de suivi :

- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance :
 - dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a des problèmes tels que aménorrhée, douleurs sévères au bas ventre, fièvre, expulsion du DIU, saignements très abondants ;
- Donner un rendez-vous et le marquer dans le carnet :
 - 1^{ère} visite de suivi : après les premières règles pour s'assurer que le DIU est en place ;
 - Autres visites de suivi : selon le besoin
- Si DIUPP, donner un rendez-vous de 6 semaines et le marquer dans le carnet.

j. Prise en charge les effets secondaires, les complications et les pathologies rencontrés :

- Faire un examen systématique de toute cliente ayant un problème ;
- Appliquer les arbres de décision ci-après, devant les effets secondaires rencontrés.

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p>Crampes et douleurs pelviennes</p>	<p>Si la pose de DIU date de moins de trois mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire un examen gynécologique pour éliminer : <ul style="list-style-type: none"> ○ la possibilité de maladie inflammatoire du pelvis ○ les autres causes de douleurs telles que : <ul style="list-style-type: none"> ✓ une expulsion partielle du DIU ; ✓ une perforation de l'utérus ; ✓ une grossesse ectopique. • prendre en charge selon la cause ou référer ; <p>Si aucune cause n'est trouvée, si les douleurs sont tolérables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner un antalgique (Ibuprofène 400mg : 1cp toutes les 12h ou paracétamol 500mg : 2cp toutes les 8h) <p>Si les douleurs sont intenses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • retirer le DIU ; <p>Si le DIU est déformé et qu'il n'y a pas d'infection évidente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le remplacer par un nouveau DIU, • mener un counseling pour le choix d'une autre méthode si elle ne veut plus du DIU. <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la cliente de son état ; • donner le rendez-vous ; • référer au besoin.
<p>Saignement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • procéder à l'examen général de la cliente ; • procéder à l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ rechercher un cancer ; ○ rechercher une cervicite, une grossesse extra-utérine, une menace d'avortement ; • traiter ou référer selon le cas. <p>S'il n'y a pas d'anémie (saignement peu abondant : Spotting) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer la cliente ; • prescrire des comprimés de sulfate ferreux + acide folique (1 comprimé par jour pendant 3 mois) ; • donner un anti-inflammatoire non stéroïdien tel que l'ibuprofène ; • donner un rendez-vous de suivi dans un mois ; • revoir à tout moment si aggravation du saignement. <p>Si l'anémie est cliniquement modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • prescrire les comprimés de fer + acide folique 2 à 3 comprimés par jour pendant 1 mois ; • donner un rendez-vous de suivi dans un mois ; • revoir à tout moment, si aggravation du saignement. <p>Si l'anémie est cliniquement sévère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p><i>Aménorrhée</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mener l'interrogatoire. Demander : <ul style="list-style-type: none"> ○ la date de ses dernières règles ; ○ rechercher les signes de grossesse. • Faire l'examen gynécologique : Si existence d'une grossesse <ul style="list-style-type: none"> • éliminer une GEU ; • rechercher les fils : Fils visibles : <ul style="list-style-type: none"> • expliquer à la cliente qu'un avortement spontané est très possible après le retrait : • référer. Fils non visibles : <ul style="list-style-type: none"> • référer. Absence de grossesse : Fils visibles : <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • donner un rendez-vous lors des prochaines règles, dans 1 mois. • Fils non visibles (voir Algorithme n°16 pour disparition des fils sous DIU)

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p><i>Expulsion du DIU ou fils non visibles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ○ la date de ses dernières règles ? ○ est-ce que le DIU a été expulsé ? ○ est ce qu'elle a des signes de grossesse (nausées, vomissements, augmentation du volume des seins, changements de goût) ? • Rechercher les fils : <ul style="list-style-type: none"> ○ poser le spéculum pour rechercher les fils dans l'endocol ou dans un cul-de-sac ; ○ prendre une pince à crocodile ou une tige munie d'un coton stérile et examiner délicatement l'intérieur du canal cervical. <p>Fils visibles courts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer. <p>Fils non visibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher une grossesse : si absence de grossesse : • mener un counseling ; • donner une méthode de barrière ; • rendez-vous à la fin des prochaines règles pour examen gynécologique. <p>Si existence d'une grossesse et fils dans le canal cervical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mener un counseling (expliquer à la cliente les risques d'avortement spontané avec infection si le DIU est laissé en place) ; • référer. <p>Si existence d'une grossesse et fils non retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la cliente et la rassurer ; • référer

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p><i>Infections pelviennes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mener l'interrogatoire pour préciser : <ul style="list-style-type: none"> ○ le début de l'infection ; ○ les caractéristiques des pertes : couleur, abondance, odeur et aspect ; ○ les douleurs pelviennes : début, intensité, irradiation ; ○ les caractéristiques de la fièvre : intensité, type ; ○ les signes associés : vomissements, diarrhées ; céphalées et troubles urinaires ; • procéder à l'examen physique : <ul style="list-style-type: none"> ○ apprécier l'état général : Température, Pouls, TA, Faciès. • procéder à l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ examiner les seins ; ○ palper l'abdomen ; ○ placer le spéculum : couleur des pertes, aspect, abondance, provenance ; état du col et du vagin, présence des fils ; ○ procéder au toucher vaginal combiné au palper : taille de l'utérus, douleur à la mobilisation ; comblement des culs de sac latéraux et postérieur (Douglas), l'odeur des pertes à la fin du toucher vaginal. <p>Infection pelvienne modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la cliente de son état (counseling) ; • appliquer l'approche syndromique des IST si nécessaire ; • faire le counseling pour le choix d'une autre méthode ; • donner le rendez-vous de suivi. <p>Infection pelvienne grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la cliente de son état (counseling) ; • donner les premiers soins ; • commencer une antibiothérapie 3 jours avant le retrait du DIU ; • retirer le DIU et continuer les antibiotiques ; • conseiller l'abstinence ou utiliser les préservatifs pendant le traitement ; • traiter le ou les partenaire(es) ; • référer.

2.6. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

a. Définition :

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre de façon permanente la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes).

b. Présenter la CCV :

- Utiliser des mannequins si possible ou des aides visuelles adaptées ;
- Exiger la présence du couple, et le mettre à l'aise ;
- Remplir une fiche de consentement et la faire signer par le couple/client.

c. Décrire les principaux avantages :

- Très efficace;
- Méthode permanente et définitive ;
- La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention.

d. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Méthode irréversible ;
- Ne protège pas contre les IST/VIH et le sida ;
- Nécessite un personnel qualifié ;
- Efficacité non immédiate après vasectomie (3 mois ou 20 éjaculations).

e. Expliquer les effets secondaires et complications :

- Crampes et douleurs après l'intervention ;
- Hématome pariétal ;
- Hémorragie interne ;
- Infection – péritonite ;
- Abscess pelvien ;
- Septicémie ;
- Suppuration pariétale ;
- Lésions viscérales.

f. Conditions pour la consultation :

- Exiger la présence du couple, et le mettre à l'aise ;
- Assurer l'intimité et la confidentialité ;
- Assurer la disponibilité du dossier et de la fiche de consentement.

g. Conduite à tenir (CAT) avant l'intervention :

- Faire l'interrogatoire du couple séparément, puis ensemble ;
- Vérifier que la fiche de consentement a été signée par le client ou le couple.
- Faire un examen clinique complet ;
- Demander des examens "complémentaires orientés par la clinique" ;
- Insister sur l'interrogatoire orienté sur les antécédents obstétricaux et gynécologiques du couple ;
- Expliquer les procédures de la CCV.

h. Faire l'intervention.

FICHE TECHNIQUE CCV N° 9 : La ligature des trompes

PREPARATION AVANT MINI LAPAROTOMIE :

- rappeler la procédure et les conditions de réalisation :
 - anesthésie locale (le plus souvent) ;
 - ligature/section des trompes des 2 côtés par voie abdominale (le plus souvent) ;
 - réalisation à tout moment, en dehors de la grossesse (ou après avortement, ou après accouchement) ;
- vérifier la présence des instruments et les rassembler ;
- s'assurer que la cliente a lavé son abdomen et sa région périnéale ;
- s'assurer que la cliente a vidé sa vessie ;
- installer la cliente en décubitus dorsal sur la table d'opération ;
- prendre une voie veineuse et utiliser un sédatif léger, selon les protocoles (éviter les opiacés et le valium, qui peuvent déprimer les fonctions respiratoire et cardiovasculaire) ou faire la voie locale ;
- se laver les mains avec de l'eau et du savon, et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec ou à l'air libre ;
- mettre des gants stériles ou gants d'examen ;
- pratiquer un toucher vaginal pour apprécier la taille de l'utérus et l'absence d'anomalie ;
- placer un spéculum pour exposer le col, et lui appliquer une solution antiseptique, à deux reprises ;
- insérer un élévateur utérin (sans toucher les parois vaginales) ;
- enlever le spéculum et le placer dans une solution de décontamination ;
- palper le fond utérin à travers la paroi abdominale ;
- choisir le site de l'incision ;
- retirer les gants et les mettre dans une solution de décontamination ;
- procéder à un lavage chirurgical des mains ;
- revêtir une tenue chirurgicale (blouse, calot, masque), et remettre des gants stériles ;
- appliquer une solution antiseptique sur la zone d'incision ;
- disposer les champs opératoires.

APPLIQUER LA PROCEDURE DE MINI-LAPAROTOMIE :

- faire une injection locale d'anesthésique (lidocaïne 2 %) : 3 à 5 ml sous la peau, 3 à 5 ml au niveau de l'aponévrose, et 1 à 2 ml au niveau du péritoine.
- masser la peau pour bien diffuser l'anesthésique.
- attendre 2 à 3 minutes et tester effet anesthésique.
- pratiquer une incision de 3 cm au niveau du site choisi.
- disséquer les tissus sous cutanés, faire une boutonnière sur l'aponévrose, au bistouri, puis élargir l'incision aponévrotique.
- séparer les muscles droits et exposer le péritoine à l'aide des écarteurs ; contrôler l'identification du péritoine.
- soulever le péritoine avec deux pinces et faire une petite incision au bistouri, puis élargir l'incision aux ciseaux.
- exposer le champ abdominal à l'aide des écarteurs.

- localiser les trompes de fallope à partir de leur implantation utérine.
- saisir une à l'aide d'une pince de babcock et vérifier le pavillon.
- extraire la partie médiane de la trompe et sélectionner une zone avasculaire du mésosalpinx.
- placer une ligature de fil résorbable sur une boucle à 2 cm de la trompe et serrer.
- sectionner la boucle, s'assurer que les bouts de la trompe ne saignent pas et relâcher la trompe dans l'abdomen.
- appliquer la même procédure à l'autre trompe.
- refermer la paroi abdominale plan par plan.
- faire un pansement stérile.

FAIRE UN COUNSELING POST-OPERATOIRE :

- conseiller un repos d'une semaine après l'intervention et éviter de prendre les objets lourds ;
- donner des informations sur l'hygiène au niveau de la plaie (ne pas mouiller le pansement durant 5 jours) ;
- rappeler que l'efficacité est immédiate après l'intervention ;
- éviter les rapports sexuels pendant au moins une semaine ou jusqu'à la disparition totale des douleurs ;
- avoir des rapports protégés jusqu'aux prochaines règles si l'opération est réalisée au milieu du cycle ;
- demander à la cliente de se présenter à la clinique en cas de :
 - fièvre ;
 - saignement persistant ;
 - douleur abdominale ;
 - suppuration au site de l'intervention ;
 - aménorrhée.
- revenir au bout d'une semaine après l'intervention.

DONNER LE RENDEZ-VOUS DE SUIVI :

- noter et expliquer le rendez-vous à la cliente/couple :
 - 1^{ère} visite : 1 semaine après l'intervention, pour faire le pansement et vérifier la cicatrisation ;
 - 2^{ème} visite : 1 mois après la 1^{ère} visite ;
 - les autres visites : selon les besoins de la cliente/couple.
- satisfaire à toutes les questions de la cliente/couple.

FICHE TECHNIQUE CCV N° 10 : La vasectomie ou ligature/Section des canaux déférents

FAIRE LA PREPARATION AVANT LA PROCEDURE

- rappeler la procédure et les conditions de réalisation :
 - à n'importe quel moment ;
 - sous anesthésie locale ;
 - section/ligature du canal déférent des 2 côtés ;
 - durée : 10 - 15 minutes.
- vérifier la présence des instruments stériles.
- rassembler les instruments stériles.
- vérifier que le client a lavé ses organes génitaux et la région périnéale.
- installer le client en décubitus dorsal sur la table d'opération ;
- se laver les mains avec de l'eau et du savon, et les sécher à l'air libre ou avec un linge propre et individuel ou les sécher à l'air ;
- mettre des gants d'examen neufs ou stériles.
- examiner les organes génitaux y compris les canaux déférents.
- retirer les gants et les mettre dans une solution de décontamination.
- faire un lavage chirurgical des mains.
- mettre une tenue chirurgicale, puis mettre des gants stériles.
- appliquer une solution antiseptique sur la zone d'opération, puis la recouvrir d'un champ stérile troué.

APPLIQUER LA PROCEDURE DE VASECTOMIE

- Injecter l'anesthésie locale (Lidocaïne 2 % sans adrénaline) en un point de la peau, sur la ligne médiane des bourses (en dessous du pénis).
- Repérer les cordons spermatiques.
- Diffuser l'anesthésique de chaque côté autour du cordon repéré et tester la sensibilité anesthésique.
- Ramener le cordon spermatique à la ligne médiane et sous le point d'anesthésie, puis prendre le cordon avec la pince à crochet et l'isoler.
- Entrer sous la peau une pince spéciale, fermée, puis l'ouvrir pour visualiser le cordon.
- Disséquer et sortir le canal déférent.
- Ligaturer, en faisant 2 nœuds séparés et distant avec du fil résorbable.
- Sectionner la portion entre les 2 nœuds.
- Utiliser la même entrée pour repérer le cordon du côté opposé et faire la même intervention.
- Faire un point de suture sur la peau n'est en général pas nécessaire.
- Faire un pansement stérile pour recouvrir la plaie.

N.B : Après la CCV, l'antibiothérapie n'est pas systématique (sauf indication médicale). Un antalgique peut être donnée pour 3 jours.

FAIRE UN COUNSELING POST-OPERATOIRE

- Recommander un repos de 1 à 4 jours après l'intervention.
- Eviter de prendre les objets lourds pendant une semaine.
- Donner des conseils sur l'hygiène au niveau de la plaie (ne pas mouiller le pansement durant 5 jours).
- Rappeler que l'efficacité n'est pas immédiate (nécessité d'une période de 3 mois ou 20 éjaculats avant que la méthode soit effective).
- Fournir une méthode supplémentaire (le préservatif) pour les 3 mois qui suivent l'intervention.
- Faire si possible un spermogramme de contrôle après 3 mois.
- Demander de se présenter sans attendre le rendez-vous à la clinique en cas de :
 - douleurs,
 - fièvre,
 - saignements,
 - suppuration au site de l'intervention.

DONNER LE RENDEZ-VOUS DE SUIVI

- Noter et expliquer le rendez-vous au client :
 - 1^{ère} visite : 1 semaine après l'intervention pour vérifier la cicatrisation ;
 - 2^{ème} visite : 3 mois après la 1^{ère} visite, pour un spermogramme ;
 - Les autres visites : selon les besoins du client/du couple.
- Répondre à toutes les questions du client/du couple.

N.B : 3 mois après la première visite, demander un spermogramme.

i. Donner le rendez-vous de suivi :

- Noter et expliquer le rendez-vous au couple/client(e) ([cf. fiches techniques N° 9 et 10](#)) ;
- Conserver des rapports étroits avec le couple/client(e) ;
- Satisfaire à toutes les questions du couple/client(e) ;
- Conserver le dossier du couple/client(e) ;
- Demander si le couple/client(e) est satisfait(e) du service rendu.
- Dire "au revoir".

✚ Prise en charge des Infections - Douleurs et fièvre sous CCV

Prise en charge par niveau

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • donner anti-inflammatoires/analgésiques ; • traiter aux antibiotiques. En cas d'abcès : <ul style="list-style-type: none"> • drainer et traiter aux antibiotiques ; • rassurer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

N.B : Il existe une méthode non chirurgicale de ligature de trompe et de vasectomie.

2.7. Méthodes naturelles (MAMA et collier)

➤ Méthode MAMA (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)

a. Définition ;

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

b. Expliquer la MAMA :

- Méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum. Elle n'est efficace que si les conditions suivantes sont réunies :
 - absence de retour de couches (aménorrhée) ;
 - cliente dans les 6 premiers mois du post-partum ;
 - allaitement fréquent (à la demande aussi bien de jour que de nuit) : au moins 8 à 12 tétées.

➤ Méthode des jours fixes ou collier

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

C'est une méthode **naturelle et moderne** de planification familiale car elle ne nécessite pas de prise de produit, ni de port de matériel et encore moins de chirurgie. C'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente/le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de « perles ».

Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours.

Il faut que :

- la cliente ait au moins 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode ;
- la cliente soit motivée.

Expliquer le mode d'utilisation :

1. mettre l'anneau sur la perle rouge le 1^{er} jour des règles ;
2. marquer ce jour sur son calendrier ;
3. déplacer l'anneau sur la perle suivante le lendemain en suivant le sens de la flèche sur le cylindre ;
4. continuer à déplacer l'anneau chaque jour d'une perle à l'autre même pendant vos règles, toujours dans le sens de la flèche ;
5. remettre l'anneau sur la perle rouge, le 1^{er} jour de vos règles prochaines et commencez un nouveau cycle (sauter les perles marron s'il en reste) ;
6. lorsque l'anneau se trouve sur l'une des perles banches, abstenez-vous ou utilisez des préservatifs car vous pouvez tomber enceinte ;
7. lorsque l'anneau est sur l'une des perles marronnes, vous pouvez avoir des rapports sexuels non protégés sans risque de tomber enceinte (5 % d'échec) ;
8. lorsque vous voyez vos règles avant que l'anneau ne soit sur la perle marron foncé, vos règles sont venues trop tôt (cycle de moins de 26 jours), venez vite voir votre prestataire de santé ;
9. lorsque vous ne voyez pas vos règles le lendemain après avoir déplacé l'anneau sur la dernière perle marron, vos règles viendront tard (cycle long de plus de 32 jours), venez vite voir votre prestataire.

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

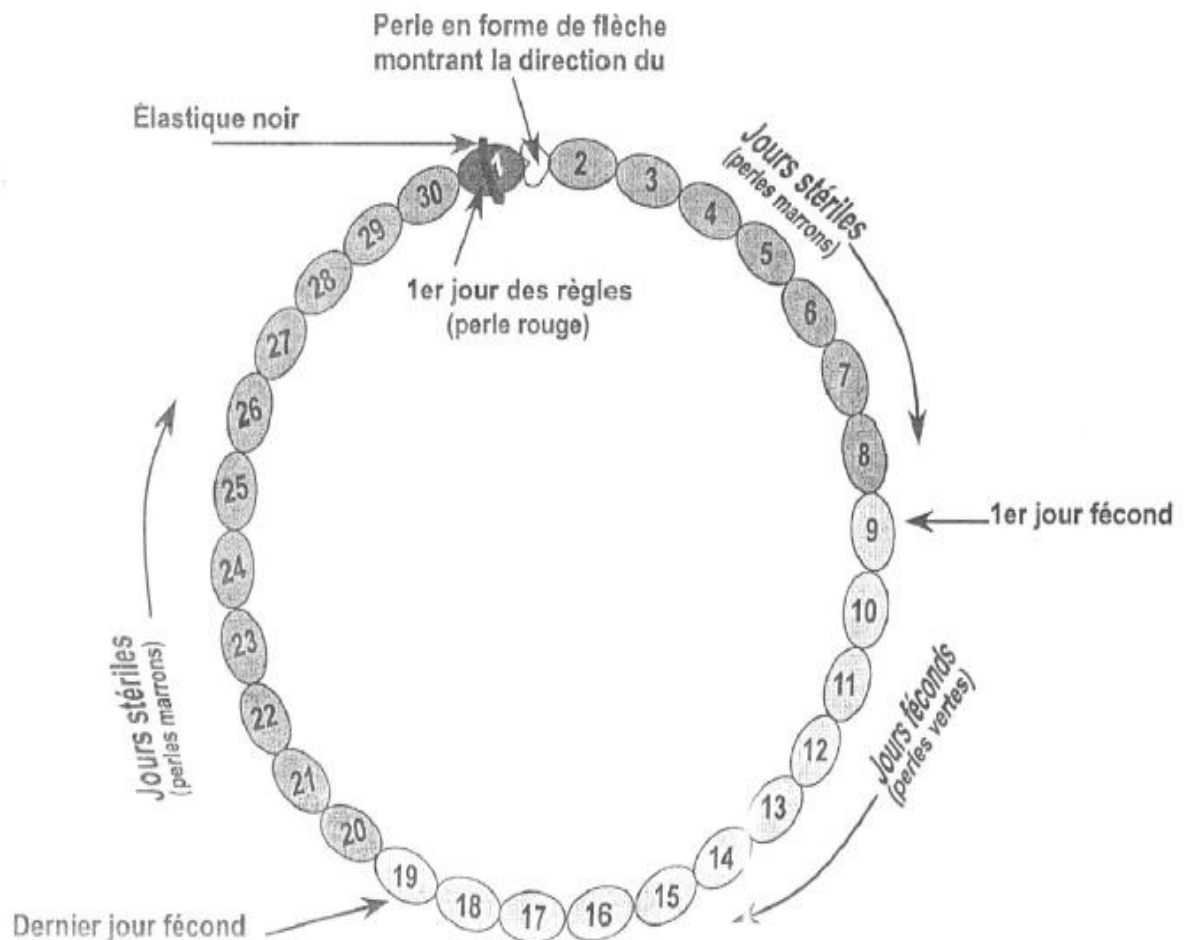
- s'assurer que la cliente/couple a compris ;
- conseiller à la cliente de revenir au centre si, après la dernière perle, les règles ne réapparaissent pas ;
- expliquer les avantages à la cliente :
 - simple, facile, sûre et efficace (95 %) si utilisée correctement ;
 - améliore la communication et la confiance mutuelle.
- expliquer les limites :
 - jours d'abstinence longs ;
 - ne protège pas contre les IST/VIH et le sida.

Donner le rendez-vous de suivi :

- dire à la cliente de revenir à la clinique si :
 - elle n'est pas sûre de suivre (ou ne peut pas suivre) les instructions reçues pour la méthode ;
 - le partenaire ne respecte pas la période d'abstinence ;
 - elle désire changer de méthode ;
 - elle constate un trouble de son cycle menstruel (spotting, aménorrhée...) ;
- donner un rendez-vous tous les 15 jours, pour les 3 premières visites :
 - s'assurer que la cliente reconnaît la période de fécondité ;
 - demander les problèmes rencontrés et donner des explications/solutions à ces problèmes ;
 - demander si la cliente/couple est satisfait de la méthode.
- donner un rendez-vous pour les autres visites à la demande ;
- demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- dire "au revoir".

Prendre en charge les problèmes rencontrés :

- noter les problèmes/affections qui affectent les signes nécessaires à déterminer la période de fécondité (fièvre, douleurs, insomnie, stress, vaginite, partenaire peu coopérant) ;
- conseiller l'utilisation d'une méthode de barrière en même temps ou changer de méthode.



2.8. Le condom ou préservatif masculin

Le préservatif masculin est une gaine protectrice en latex ou tissu animal destinée à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière au passage des spermatozoïdes et une protection contre les IST/VIH et le sida (double protection).

FICHE TECHNIQUE N° 11 : Port et retrait du condom masculin

Veillez examiner la figure ci-contre, où se trouvent illustrées certaines des principales étapes de l'usage correct du préservatif.

Il est important que vous montriez d'abord aux patients comment se servir du préservatif avant de leur demander de s'exercer et de les aider.

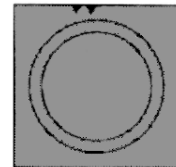
Cela signifie qu'il vous faudra une réserve de préservatifs et un modèle de pénis ou quelque chose qui en représente un, comme une banane ou un manche à balai.

Pendant la démonstration :

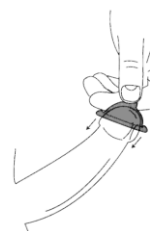
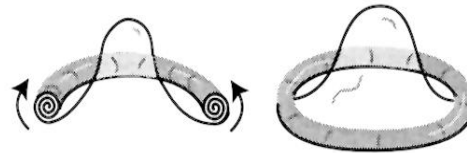
- * insister sur l'importance d'avoir des préservatifs sur soi en tout temps : les patients ne devraient jamais en manquer ;
- * montrer aux clients la date de péremption ou la date de fabrication et expliquez-leur que le préservatif ne devrait jamais être périmé, sentir mauvais, être gluant ou difficile à dérouler ;
- * expliquer aux clients comment ouvrir soigneusement l'emballage, en utilisant l'encoche prévue à cet effet (****Evitez d'utiliser les objets tranchants**) ;
- * montrer aux clients de quel côté poser le préservatif sur la verge, en leur expliquant qu'il ne se déroulera pas s'il est posé du mauvais côté ;
- * montrer aux clients comment tenir l'extrémité du préservatif afin d'en évacuer l'air, avant de le dérouler jusqu'à la base du pénis en érection ;
- * insister sur le fait qu'il faut dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis ;
- * expliquer aux clients qu'il faut se retirer juste après éjaculation en tenant le condom à la base et qu'il faut enlever le préservatif avant que le pénis ne commence à perdre son érection en le faisant glisser lentement ;
- * expliquer aux clients que, pour se débarrasser sans danger du préservatif, on doit nouer le haut avant de le jeter.

1. Vérifier la date de péremption et la date de fabrication.

2. Déchirer l'emballage avec soin.

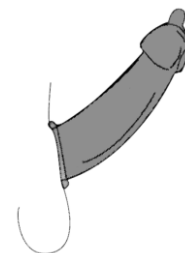


3. Tenir le préservatif ce côté-ci vers le haut, de façon à ce qu'il se déroule facilement.

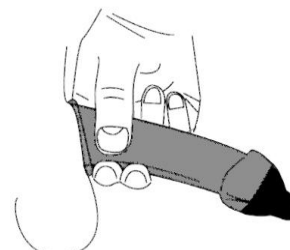


4. En tenant le haut du préservatif, évacuer l'air de l'extrémité et dérouler le préservatif. S'y prendre à deux mains.

5. Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis, en laissant de l'espace à l'extrémité du préservatif pour le sperme.



6. Après l'éjaculation, lorsque le pénis commence à perdre son érection, tenir le préservatif à la Base et l'enlever en le faisant glisser soigneusement.



2.9. *Le préservatif féminin ou condom féminin*

Le préservatif féminin (Femidon) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et des IST/VIH et le sida (double protection).

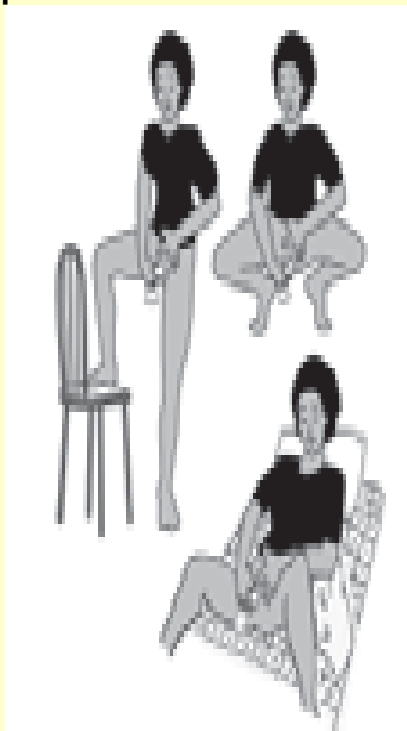
FICHE TECHNIQUE N° 12 : Port et retrait du condom féminin

1. Utiliser un nouveau préservatif pour chaque acte sexuel.

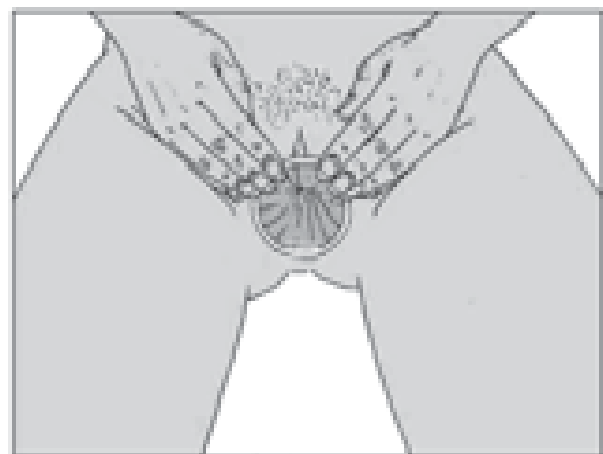
2. Avant chaque contact physique, poser le préservatif dans le vagin.



3. Vérifier que le pénis pénètre dans le préservatif et reste à l'intérieur du préservatif.

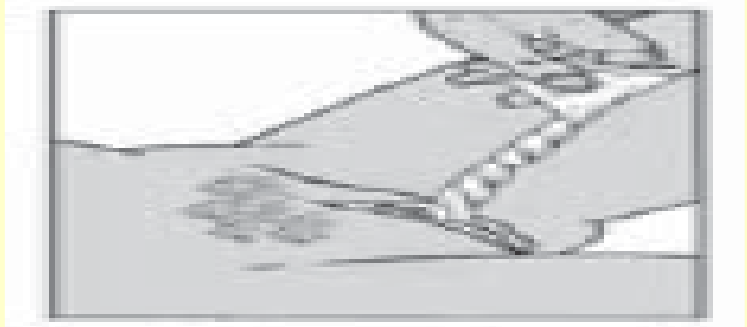


- * contrôler le sachet. ne pas utiliser s'il est endommagé.
- * éviter d'utiliser un préservatif une fois passée sa date de péremption – ne le faire que si de nouveaux préservatifs ne sont pas disponibles.
- * si possible, se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de poser le préservatif.
- * peut être posé jusqu'à 8 heures avant les relations sexuelles. pour qu'elle soit la mieux protégée, elle doit poser le préservatif avant que le pénis n'entre en contact avec le vagin.
- * choisir la position qui convient le mieux : agenouillée, couchée, une jambe en l'air ou en position assise.
- * frotter les deux côtés pour étendre et faire pénétrer le lubrifiant.
- * saisir l'anneau à l'extrémité fermée et l'aplatir en le serrant pour qu'il devienne long et étroit.
- * avec l'autre main, séparer les lèvres extérieures et localiser le vagin.
- * pousser doucement le préservatif dans le vagin aussi profondément que possible. insérer un doigt dans le préservatif pour le mettre en place. environ 2 à 3 centimètres du préservatif et l'anneau extérieur reste à l'extérieur du vagin.
- * L'homme ou la femme devra guider le pénis pour qu'il entre dans le préservatif et non pas entre le préservatif et la paroi vaginale. Si le pénis se trouve à l'extérieur du préservatif, le retirer et essayer à nouveau.
- * Si le préservatif est retiré accidentellement puis poussé à nouveau dans le vagin lors des relations sexuelles, remettre le préservatif correctement en place.



4. Une fois que l'homme retire son pénis, tenir l'anneau extérieur, le faire tourner en le tordant pour éviter que les liquides ne se répandent et tirer doucement pour faire sortir du vagin.

- * le préservatif féminin n'a pas besoin d'être retiré immédiatement après les relations sexuelles.
- * retirer le préservatif avant de se relever pour éviter de répandre le sperme.



- * Si le couple a de nouveau des relations sexuelles, elle devra utiliser un nouveau préservatif.
- * On ne recommande pas de réutiliser le préservatif.
- * Remettre le préservatif dans son sachet et le jeter dans la poubelle ou dans la latrine. Ne pas jeter le préservatif dans les toilettes avec chasse d'eau car on risque de les boucher.

5. Jeter avec les bonnes mesures de précaution qui s'imposent.



2.10. Double protection en Santé de la Reproduction

La double protection est l'utilisation correcte et constante des préservatifs seuls ou l'utilisation combinée de deux méthodes dont l'une doit être le préservatif.

➤ Utilisation d'une seule méthode (préservatif)

Dans ce cas il s'agit d'utiliser le préservatif (masculin ou féminin) lors de tout rapport sexuel.

➤ Utilisation combinée de deux méthodes

Cette approche encourage l'utilisation du préservatif en plus d'une autre méthode de contraception. L'autre méthode peut être hormonale, chirurgicale ou mécanique. Le préservatif a pour effet de protéger contre les IST/VIH et le sida et l'autre contre la grossesse.

2.11. La contraception d'urgence

a. Définition :

Ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection.

b. Indications :

- Viol/inceste ;
- Rupture/glissement/utilisation incorrecte de condoms;
- Expulsion de DIU ;
- Oubli pilule pendant 3 heures (COP), 3 jours (COC) ;
- Rapport sexuel imprévu.

c. Méthodes utilisées :

METHODES	MODE D'UTILISATION	EFFICACITE
COC : 30-35 µg Ethynil estradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 4 comprimés puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés. <i>Exemple : Lo-femenal ou Pilplan</i>	98,5 %
COC : 50 µg Ethynil estradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 2 comprimés puis 2 autres 12 h plus tard. <i>Exemple : Eugynon 50, Ovril, Microgynon-50</i>	
COP : 0,075 mg (75 µg) de norgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 20 comprimés puis 20 autres 12 h plus tard. <i>Exemple : Ovrette</i>	
COP : 0,03 mg (30 µg) de lévonorgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 25 comprimés puis 25 autres 12 h plus tard. <i>Exemple : Microlut, Norgeston</i>	
COP: 0,75 mg (750 µg) de lévonorgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 2 comprimés en prise unique. <i>Exemple: Nor-Levo, Postinor, Imediat, Plan-B</i>	
Ulipristal Acétate	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 30 mg d'Ulipristal Acétate en une seule dose par voie orale 	
DIU : TCU-380A	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les 5 jours suivant l'acte sexuel sans protection 	99 %

N.B : La contraception d'urgence est une contraception efficace, mais ne doit pas être utilisée comme une contraception permanente, régulière.

d. Prise en charge de la nausée et des vomissements :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • en cas de vomissement dans les 2 heures qui suivent la prise, répéter la prise ; • rassurer ; • donner RDV dans 3 semaines si elle n'a pas ses règles ou si elle a d'autres préoccupations.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

e. Rendez – vous de suivi :

Une cliente devrait revenir à la clinique si :

- Elle n'a pas ses règles pendant 3 semaines (contrôler pour déterminer si l'on est en présence d'une grossesse normale ou extra-utérine) ;
- Elle a toute autre préoccupation.

Annexe 1 : Liste de contrôle pour écarter une grossesse

Poser à la cliente les questions 1 à 6. Dès que la cliente répond « OUI » à l'une de ces questions, arrêter et suivre les instructions ci-après :

NON		OUI
	1 Est-ce que vous avez un bébé de moins de 6 mois ? Est-ce que vous pratiquez l'allaitement complet ou quasi-complet ? et est-ce que vous n'avez pas eu de règles depuis ?	
	2 Est-ce que vous vous êtes abstenu des rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis l'accouchement ?	
	3 Avez-vous eu un bébé ces 4 dernières semaines ?	
	4 Est-ce que vous avez eu vos règles ces 7 derniers jours (ou ces 12 derniers jours, si la cliente a l'intention de d'utiliser un DIU) ?	
	5 Est-ce que vous avez eu une fausse couche ou un avortement ces 7 derniers jours (ou ces 12 derniers jours, si la cliente a l'intention de d'utiliser un DIU) ?	
	6 Est-ce que vous utilisez correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable ?	

Si la cliente répond « **NON** » à toutes les questions, on ne peut pas éliminer la possibilité d'une grossesse. La cliente devrait attendre ses prochaines règles ou faire un test de grossesse.

Si la cliente répond « **OUI** » à l'une au moins des questions et si elle n'a pas de signe ou symptôme de grossesse vous pouvez lui remettre la méthode qu'elle a choisie.

ANNEXE 2 : Les critères d'éligibilité médicale (OMS, 2018)

Ces critères déterminent qui peut utiliser sans danger telle ou telle méthode contraceptive.

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP	DMPA	Implants	LNG-DIU	Cu-DIU	
Postpartum	Femmes allaitantes	< 48 heures				2	1	
	Femmes qui n'allaitent pas	< 48 heures				1	1	
	Toutes les femmes	≥ 48 heures à 4 semaines				3	3	
		≥ 4 semaines				1	1	
		Infection puerpérale				4	4	
	Femmes allaitantes	< 6 semaines du post-partum	4	2	3	2	Voir plus haut : « Postpartum (femmes qui allaitent ou qui n'allaitent pas) »	
		≥ 6 semaines à 6 mois du post-partum	3	1	1	1		
		6 mois ou plus du post-partum	2	1	1	1		
	Femmes qui n'allaitent pas	< 21 jours sans facteurs de risque de TVP	3	1	1	1		
		< 21 jours avec facteurs de risque de TVP	4	1	1	1		
		≥21 jours à 42 jours sans facteurs de risque de TVP	2	1	1	1		
		≥21 jours à 42 jours avec facteurs de risque de TVP	3	1	1	1		
		≥42 jours	1	1	1	1		
Post-abortum	Immédiatement après avortement sans sepsis	1	1	1	1	1		1
	Immédiatement après avortement septique	1	1	1	1	4		4
Tabagisme	<35 ans	2	1	1	1	1	1	
	≥35 ans, <15 cigarettes/jour	3	1	1	1	1	1	
	≥35, ≥15 cigarettes/jour	4	1	1	1	1	1	
Facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires		3/4	2	3	2	2	1	

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP		DMPA	Implants		LNG-DIU	Cu-DIU	
Hypertension (TA = Tension artérielle)	Antécédents (TA ne pouvant pas être mesurée)	3	2		2	2		2	1	
	TA élevée (systolique 140-159 ou diastolique 90-99)	3	1		2	1		1	1	
	TA élevée (systolique ≥160 ou diastolique ≥100)	4	2		3	2		2	1	
	Pathologie vasculaire	4	2		3	2		2	1	
Troubles veineux superficiel	Varices	1	1		1	1		1	1	
	Thrombose veineuse superficielle	2	1		1	1		1	1	
Thrombose veineuse profonde (TVP) et embolisme pulmonaire (EP)	Antécédents de TVP/EP	4	2		2	2		2	1	
	TVP/EP aigue	4	3		3	3		3	1	
	TVP/EP, et traitement par anticoagulants	4	2		2	2		2	1	
	Chirurgie majeure sans immobilisation prolongée	3	1		1	1		4	1	
	Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	4	2		2	2		2	1	
Mutations thrombopéniques avérées		4	2		2	2		2	1	
Cardiopathie ischémique (actuelle ou antécédents) ou accident vasculaire cérébral (antécédents)		4	A -2	P -3	3	A -2	P -3	A- 2	P- 3	1
Dyslipidémies connu sans autres facteurs de risque cardiovasculaires connus		2	2		2	2		2	1	
Valvulopathie cardiaque compliquée		4	1		1	1		2	2	
Lupus érythémateux disséminé	Anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	4	3		3	3		3	1	
	Thrombocytopenie sévère	3	2		A - 3	P - 2	2	2	A -3	P -2
	Traitement immunosuppresseur	3	2		2	2		2	A -2	P -1

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC		COP		DMPA		Implants		LNG-DIU		Cu-DIU	
		A	P-	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P
Céphalées	Non migraineuses (légères ou sévères)	-1	2	-1	2	1		1		1		1	
	Migraines sans aura (âge <35 ans)	-2	3	-1	2	2		1		2		1	
	Migraine sans aura (âge ≥35 ans)	-3	4	-1	2	2		1		2		1	
	Migraines avec aura (quel que soit l'âge)	4		-2	3	-2	3	-2	3	-2	3		1
Saignement vaginal	Irrégulier sans saignements abondants	1		2		2		2		1		1	
	Abondant ou prolongé, régulier et irrégulier	1		2		2		2		-1	2	1	
	Inexpliqués (avant évaluation)	2		2		3		3		-4	2	-4	2
Maladie trophoblastique gestationnelle	Taux de β-hcg en diminution ou indécélables	1		1		1		1		3		3	
	Taux de β-hcg durablement élevés ou maladie maligne	1		1		1		1		4		4	
Cancers	Col utérin (en attendant le traitement)	2		1		2		2		-4	2	-4	2
	Endomètre	1		1		1		1		-4	2	-4	2
	Ovaire	1		1		1		1		-3	2	-3	2
Maladie du sein	Grosseur non diagnostiquée	2		2		2		2		2		1	
	Cancer en cours	4		4		4		4		4		1	
	En rémission depuis 5 ans	3		3		3		3		3		1	
Déformation utérine due aux fibromes ou anomalies anatomique		1		1		1		1		4		4	

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP	DMPA	Implants	LNG-DIU		Cu-DIU	
IST / MIP	Cervicite purulente actuelle, chlamydia, gonorrhée	1	1	1	1	A -4	P -2	A -4	P -2
	Vaginite	1	1	1	1	2		2	
	Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) actuelle	1	1	1	1	A -4	P -2	A -4	P -2
	Autres IST (VIH et hépatite exclus)	1	1	1	1	2		2	
	Risque accru d'IST	1	1	1	1	2/3		2/3	
	Risque individuel d'exposition aux IST très élevé	1	1	1	1	A -3	P -2	A -3	P -2
Tuberculose pelvienne		1	1	1	1	A -4	P -3	A -4	P -2
Diabète	Sans complication vasculaire	2	2	2	2	2		1	
	Maladie vasculaire ou de diabète de > 20 ans	3	2	3/4	2	2		1	
Affection symptomatique des voies biliaires (en cours ou traitée)		2	2	2	2	2		1	
Cholestase (antécédents)	Liée à la grossesse	2	1	1	1	1		1	
	Associés aux contraceptifs oraux	3	2	2	2	2		1	
Hépatite	Aiguë ou poussée	A - 3 / 4	P- 2	1	1	1	1	1	1
	Chronique ou sujet porteur	1	1	1	1	1		1	
Cirrhose	Légère	1	1	1	1	1		1	
	Grave	4	3	3	3	3		1	
Tumeurs hépatiques (adénome ou carcinome hépatocellulaires)		4	3	4	4	4		1	
VIH / SIDA	Risque élevé de VIH	1	1	1	1	2		2	
	Maladie clinique asymptomatique ou légère (stade OMS 1 ou 2)	1	1	1	1	2		2	
	Maladie clinique sévère ou avancé (stade OMS 3 ou 4)	1	1	1	1	A -3	P -2	A -3	P -2

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP	DMPA	Implants	LNG-DIU		Cu-DIU	
Les interactions médicamenteuses, y compris l'utilisation de	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
	Inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse	1/2	1/2	1/2	1/2	2/3	2	2/3	2
	Ritonavir, inhibiteurs de la protéase boostés par le ritonavir	2	2	1	2	2/3	2	2/3	2
	Inhibiteurs d'intégrase	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
	Rifampicine ou rifabutine	3	3	1	2	1		1	
	Traitement par anticonvulsivants	3	3	1	2	1		1	

A = Adoption

P = Poursuite :

Pour certains états de santé, la classification peut varier selon que la femme *adopte* une méthode contraceptive ou *poursuit* son utilisation. En l'absence de la mention A ou P, la catégorie indiquée s'applique à l'adoption comme à la poursuite.

Catégorie 1	Aucune restriction d'emploi.
Catégorie 2	En général, emploi possible de la méthode ; suivi nécessaire dans certains cas
Catégorie 3	En général, emploi déconseillé. Emploi possible si le prestataire possède des compétences cliniques et s'il y a accès à des services cliniques
Catégorie 4	Méthode à proscrire

VI. IST/VIH/SIDA ET PTME

A. IST/VIH ET LE SIDA

1. Généralités sur le counseling

1.1. *Étapes du counseling VIH*

a. *Souhaiter la bienvenue :*

- Accueillir chaleureusement le ou la client(e) ;
- Saluer le ou la client(e) ;
- Offrir un siège au ou à la client(e) ;
- Se présenter et demander le nom du ou de la client(e) ;
- Mettre le (la) client(e) en confiance et à l'aise ;
- Demander ce que vous pouvez faire pour lui (elle) ;
- Assurer la confidentialité ;
- Rassurer le (ou la) client(e) que l'entretien sera privé et confidentiel.

b. *S'entretenir avec le (la) client(e) :*

- Montrer sa disponibilité par une écoute attentive ;
- Laisser le ou la cliente exprimer entièrement son problème ;
- Évaluer les connaissances du client sur le VIH ;
- Compléter les connaissances du client au besoin ;
- Évaluer les risques personnels d'infection à VIH ;
- Faire un résumé de l'ensemble des informations données ;
- Expliquer les deux résultats possibles du test.

c. *Faire un plan de réduction de risque :*

- Aider le (la) client(e) à prendre une décision (consentement éclairé) ;
- Explorer avec le (la) client(e) les conséquences de sa décision.

d. *Effectuer le test :*

- Rappeler les résultats possibles du test ;
- Faire l'annonce du résultat ;
- Gérer la réaction du client selon le résultat.

e. *Donner le rendez-vous selon le cas.*

1.2. Etapes du Counseling IST

ETAPES	ACTIVITES
<u>Bienvenue</u> : Accueillir le/la patient (e).	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir chaleureusement le (la) patient(e) ou le couple. • Prendre quelques minutes pour mettre le (la) patient(e) à l'aise : cela l'encourage à se détendre et à donner davantage d'informations.
<u>Entretien</u> : Avec le/la patient (e) pour recueillir les informations nécessaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander au (à la) patient(e) la raison de sa visite. • Demander l'âge, le statut matrimonial, l'orientation culturelle et la motivation de la visite du (de la) patient(e) en toute impartialité. • Recueillir les informations médicales de base pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications à ce que le (la) patient (e) reçoive un traitement quelconque. • Informer le (la) patient(e) qu'on sera amené à parler de sujets délicats sur son passé ou son présent. • Interroger le (la) patient(e) au sujet : <ul style="list-style-type: none"> ○ de son comportement sexuel ; ○ de l'utilisation de drogues ; ○ du comportement sexuel de son partenaire ; ○ des autres facteurs de risque personnel ; ○ de son mode de protection habituel. • Encourager le (la) patient(e) à discuter de ses expériences préalables avec les services de PF/IST. • Demander au (à la) patient(e) ce qu'il sait au sujet des IST et comment elles se propagent. • Demander au (à la) patient(e) s'il utilise actuellement le condom.
<u>Renseigner</u> : Le (la) patient(e) sur les IST.	<ul style="list-style-type: none"> • Etre direct, spécifique et utiliser des mots simples. • Expliquer au (à la) patient(e) les signes, les complications et les conséquences de l'IST dont il souffre. • Mettre l'accent sur les points les plus importants dont le patient doit se rappeler. • Dire au (à la) patient(e) comment prévenir l'infection de son/sa partenaire. • Expliquer le besoin d'examiner et de traiter le/la partenaire. • Informer le (la) patient(e) au sujet d'autres IST et comment les prévenir. • Discuter des options en matière de prévention des IST. • Utiliser des supports IEC tel que des dépliants, des brochures ainsi que des échantillons pour mettre l'accent sur les points importants.
<u>Aider</u> : Le (la) patient(e) à comprendre son niveau de risque et à planifier des modifications de son comportement.	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le (la) patient(e) sur le niveau de son risque, sans lui faire peur. • Discuter des changements de comportement que le (la) patient(e) peut effectuer pour prévenir une réinfection.

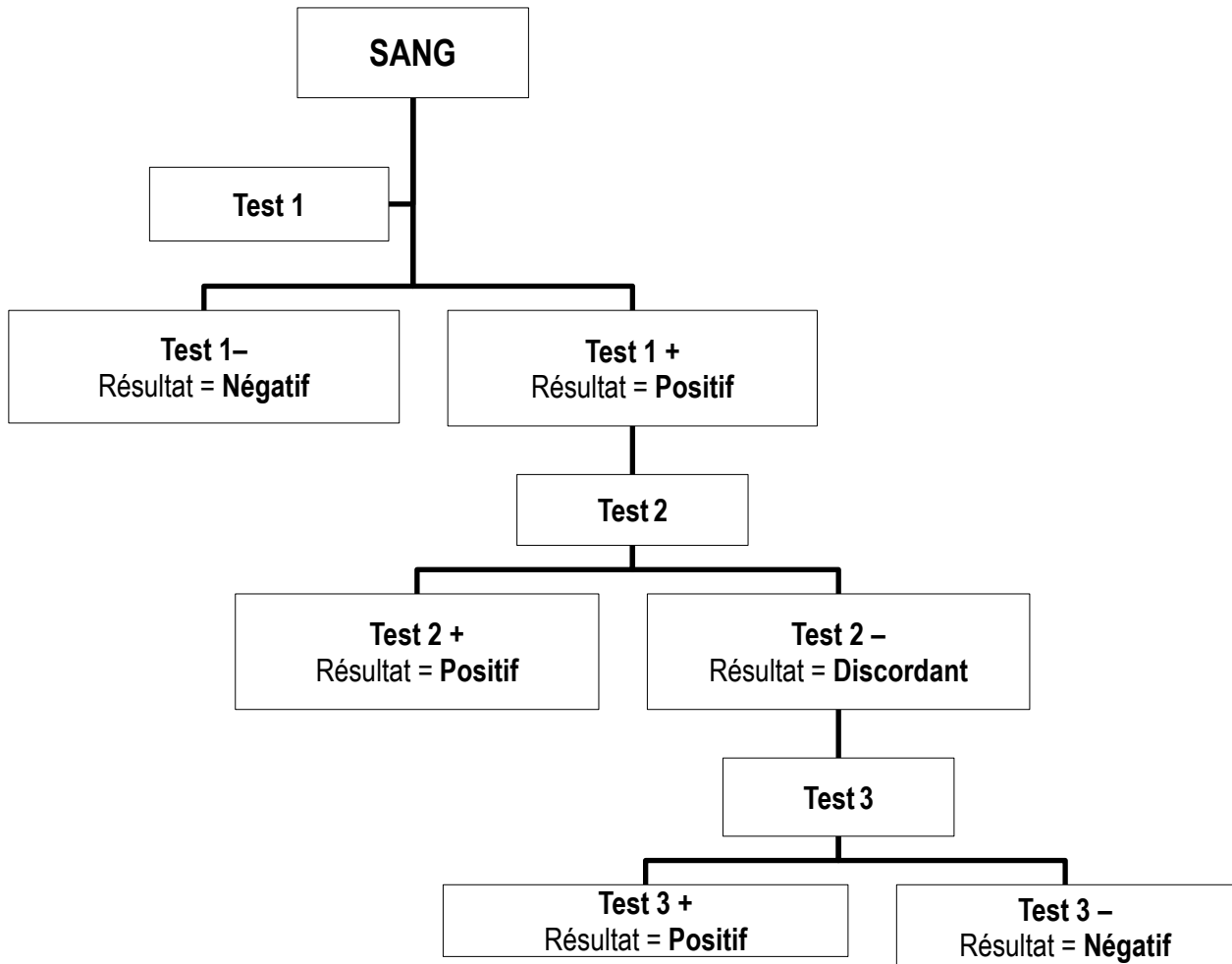
ETAPES	ACTIVITES
<p><u>Expliquer :</u> Le traitement et la prévention de la réinfection au (à la) patient (e)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le traitement et la prise des médicaments. • Demander au (à la) patient(e) de répéter toutes les instructions. • Expliquer au (à la) patient(e) comment les condoms peuvent le (la) protéger contre la réinfection. • Apprendre au (à la) patient(e) comment utiliser les condoms. • Encourager le (la) patient(e) à poser des questions ou à révéler toutes ses préoccupations non résolues. • Donner les instructions spécifiques pour la visite de suivi. • S'assurer que le (la) patient(e) sait qui contacter en cas de besoin.
<p><u>Référez.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Référez le (la) patient(e) à la structure sanitaire spécialisée pour des soins de suivi au besoin. Pour la plupart des patients, la structure sanitaire la plus proche de leur domicile est la meilleure option.

2. Tests VIH

Au Mali 3 tests d'anticorps du VIH sont retenus pour faire le dépistage :

- Determine (Alere) en première intention ;
- SD bioline pour la confirmation et le typage des cas positifs ;
- First réponse pour la confirmation des cas discordants.

Algorithme de tests sérologiques en série au Mali



B. DIAGNOSTIC

Les signes et les symptômes des principales IST et leurs étiologies

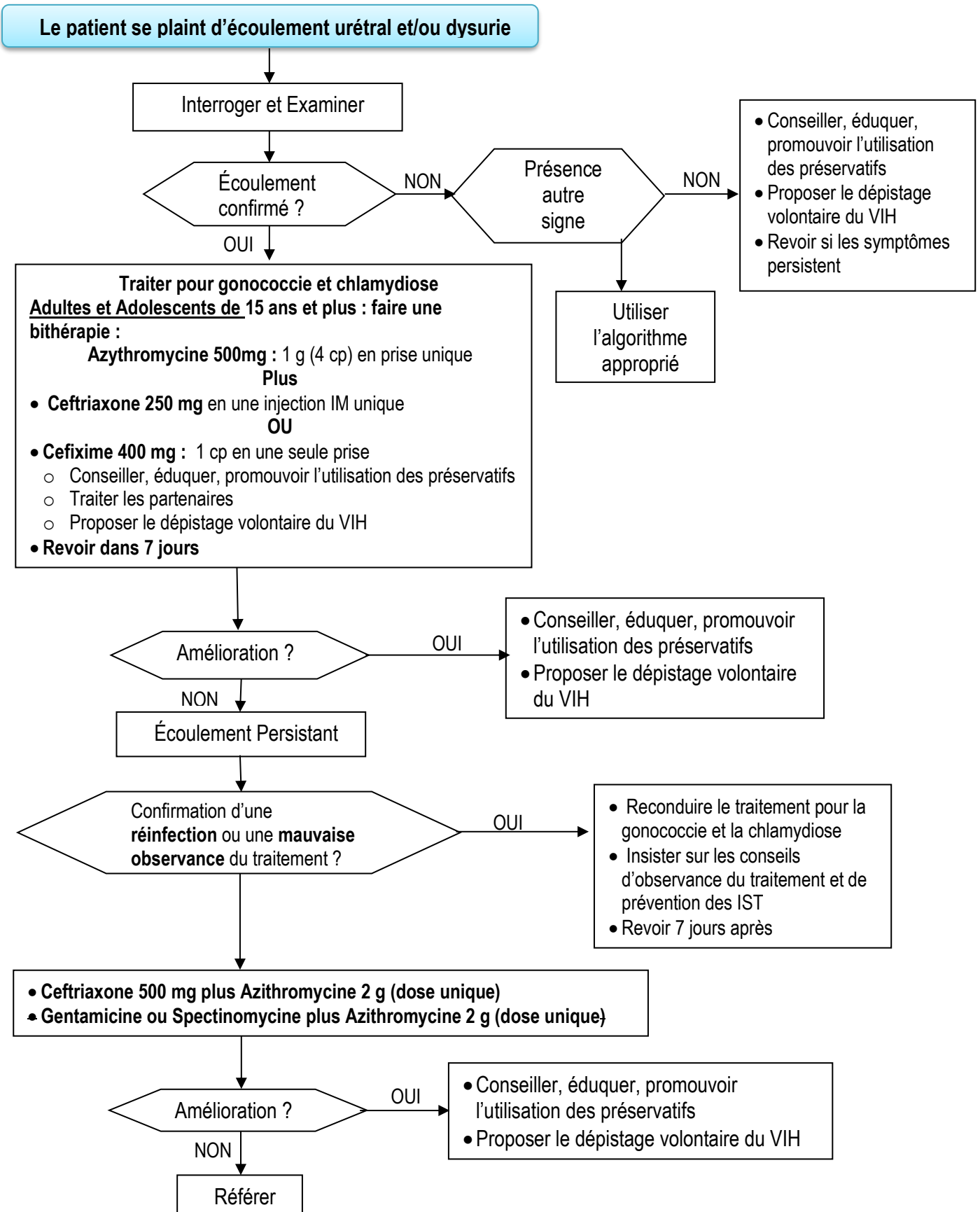
SYNDROME (Symptômes + signes)	SYMPTOMES (Ce que le patient ressent)	SIGNES (Ce que l'examineur observe)	CAUSES LES PLUS COURANTES
Écoulement vaginal	Écoulement vaginal inhabituel Démangeaison vaginale Dysurie (difficulté, douleur à la miction) Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels)	Écoulement vaginal anormal Lésions de grattage Rougeur de la vulve ou du périnée	Vaginite : <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Candida albicans</i> Cervicite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Écoulement urétral	Écoulement urétral Dysurie, (difficulté, douleur, picotement, brûlure à la miction), Mictions fréquentes	Écoulement urétral (au besoin demandez au patient traire le pénis pour provoquer l'écoulement)	Urétrite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>
Ulcération génitale	Lésion génitale	Ulcère (plaie) génital	Syphilis : <i>Treponema pallidum</i> Chancre mou : <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Herpès simplex</i>
Douleurs abdominales basses	Douleurs abdominales basses Dyspareunie	Écoulement vaginal Sensibilité abdominale basse à la palpation Température >38°C	Cervicite et salpingite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> Infections mixtes à germes anaérobiques
Tuméfaction du scrotum	Douleurs et tuméfaction (gonflement) du scrotum	Tuméfaction du scrotum	Orchite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Bubon inguinal	Ganglions inguinaux douloureux	Ganglions inguinaux hypertrophiés Fluctuation Abscesses ou fistules	Lymphogranulome vénérien (LGV) : <i>Chlamydia trachomatis</i> Chancre mou : <i>Haemophilus ducreyi</i>
Conjonctivite du nouveau-né	Paupières enflées Écoulement Le bébé ne peut pas ouvrir les yeux	Œdème des paupières Écoulement purulent	Conjonctivite purulente : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>

C. PRISE EN CHARGE

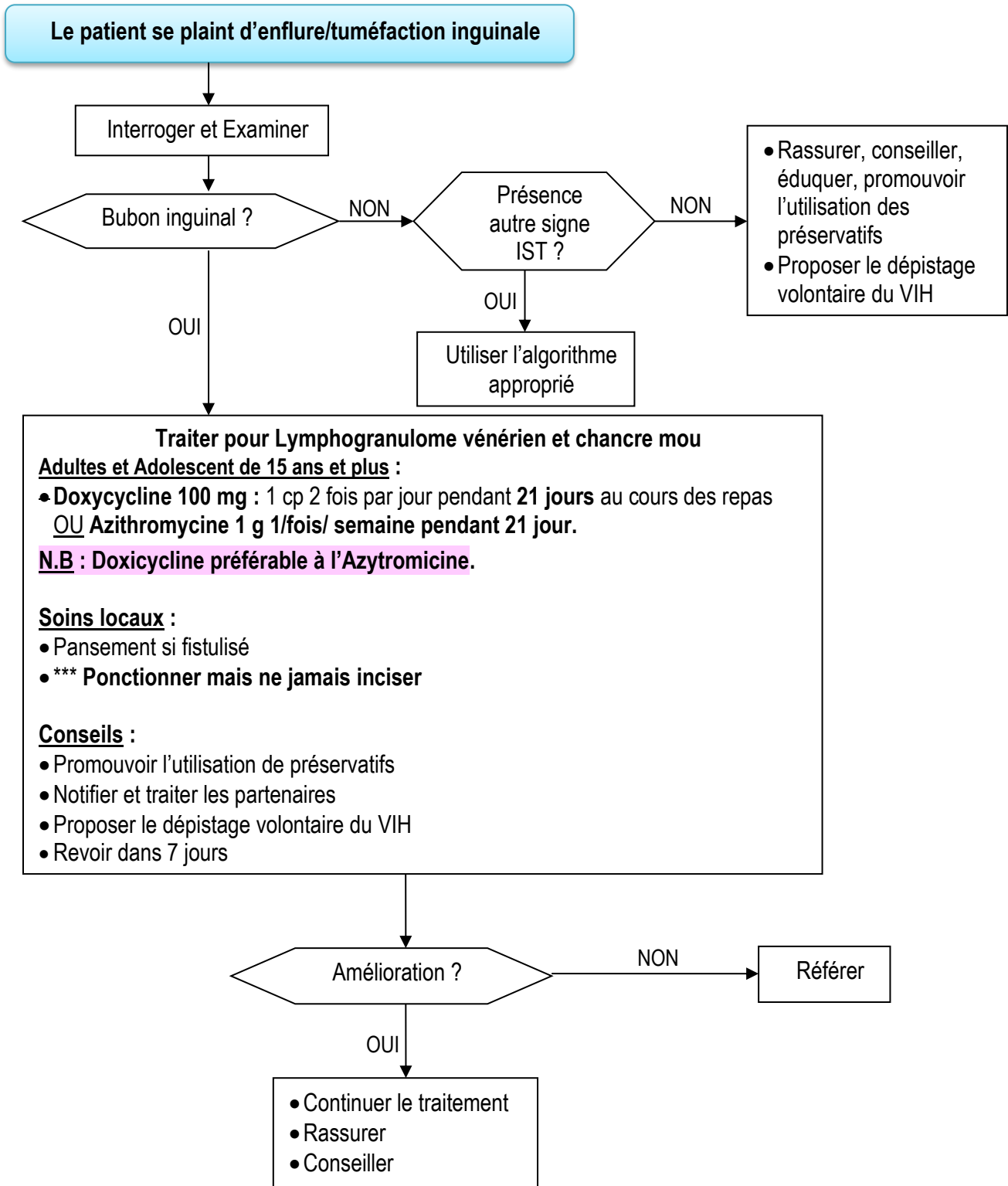
1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

1.1. Prise en charge

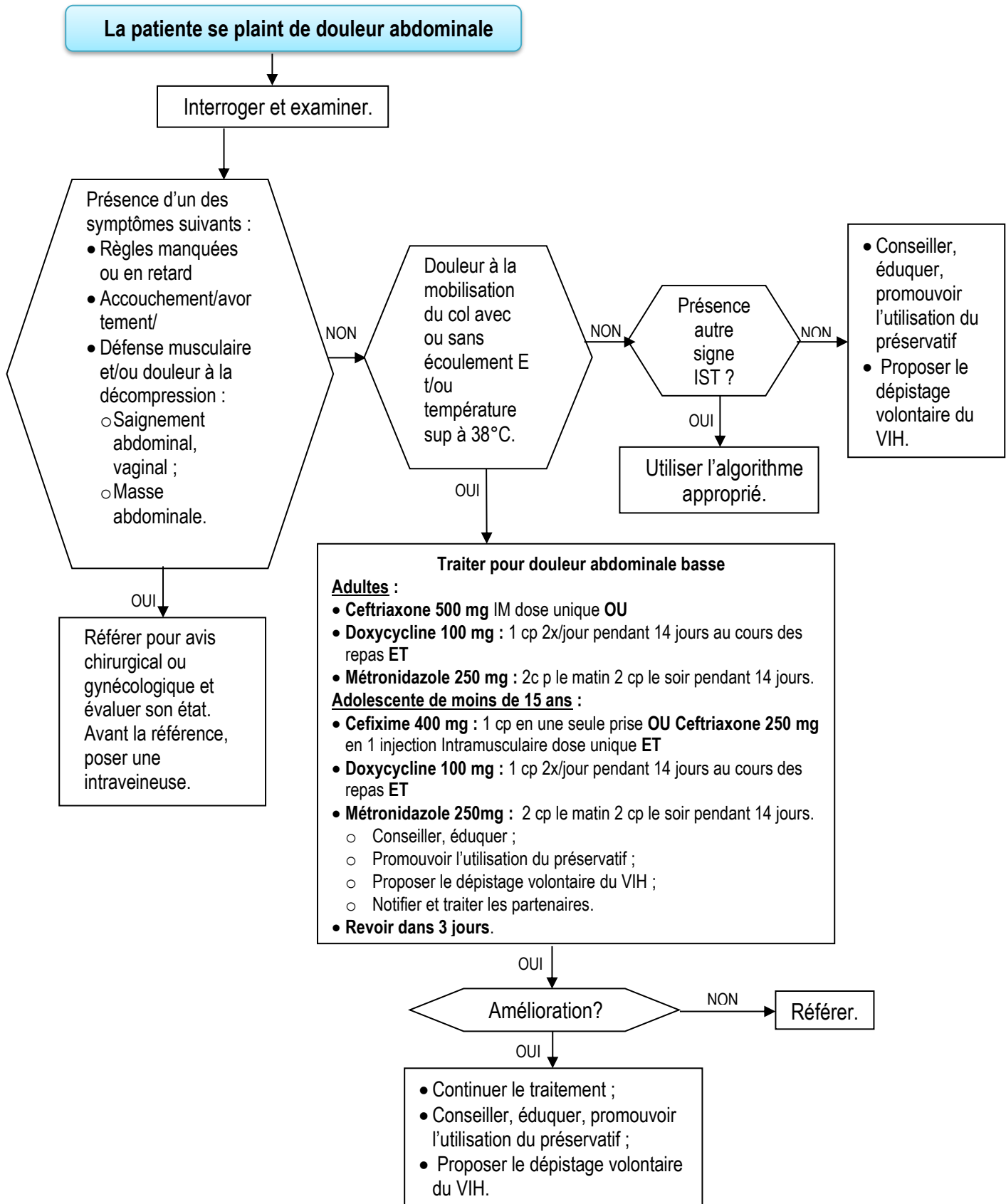
Appliquer l'algorithme approprié selon les syndromes.

ALGORITHME 1 : Écoulement urétral et/ou dysurie

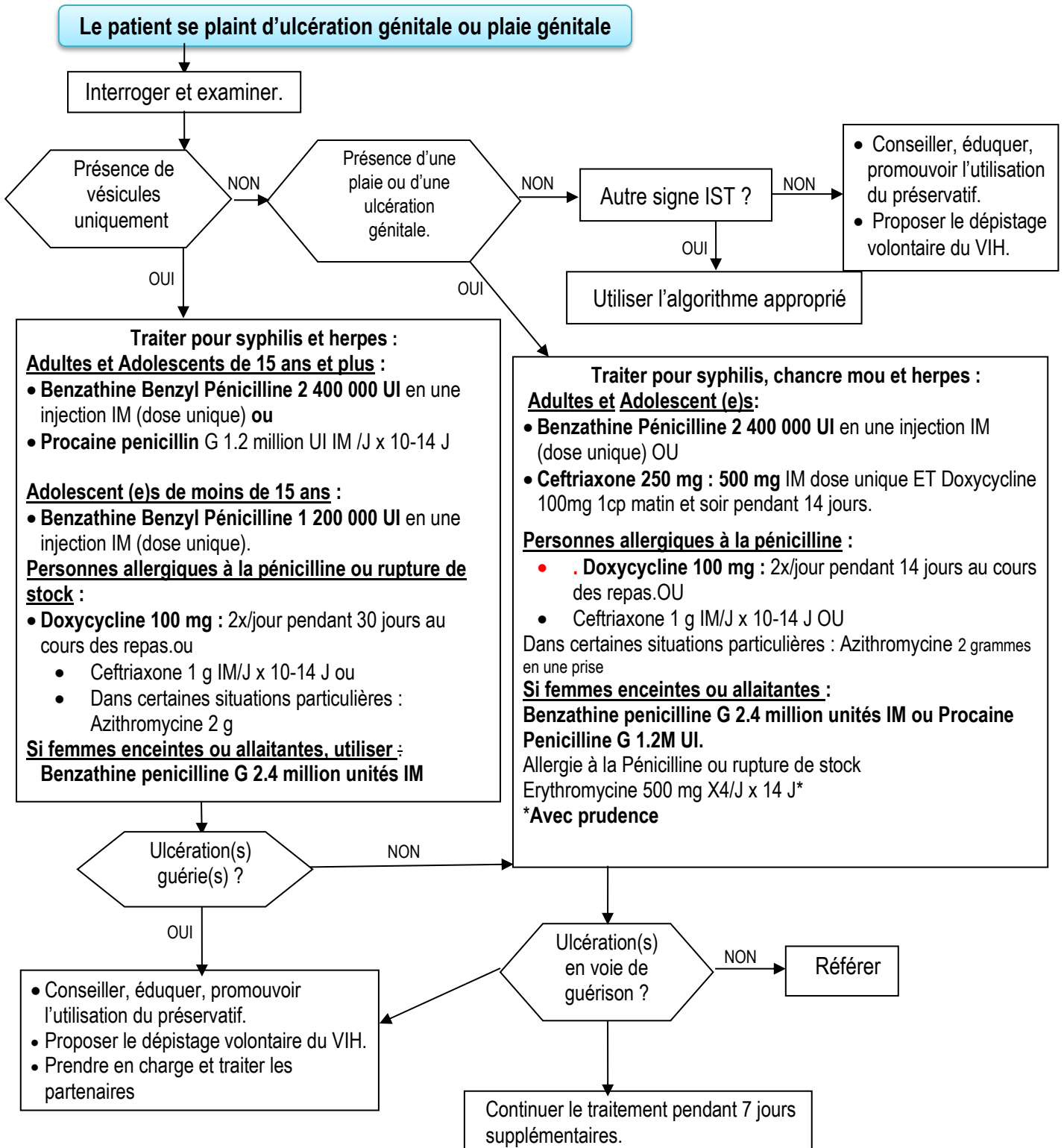
ALGORITHME 2 : Bubon inguinal



ALGORITHME 3 : Douleur abdominale basse

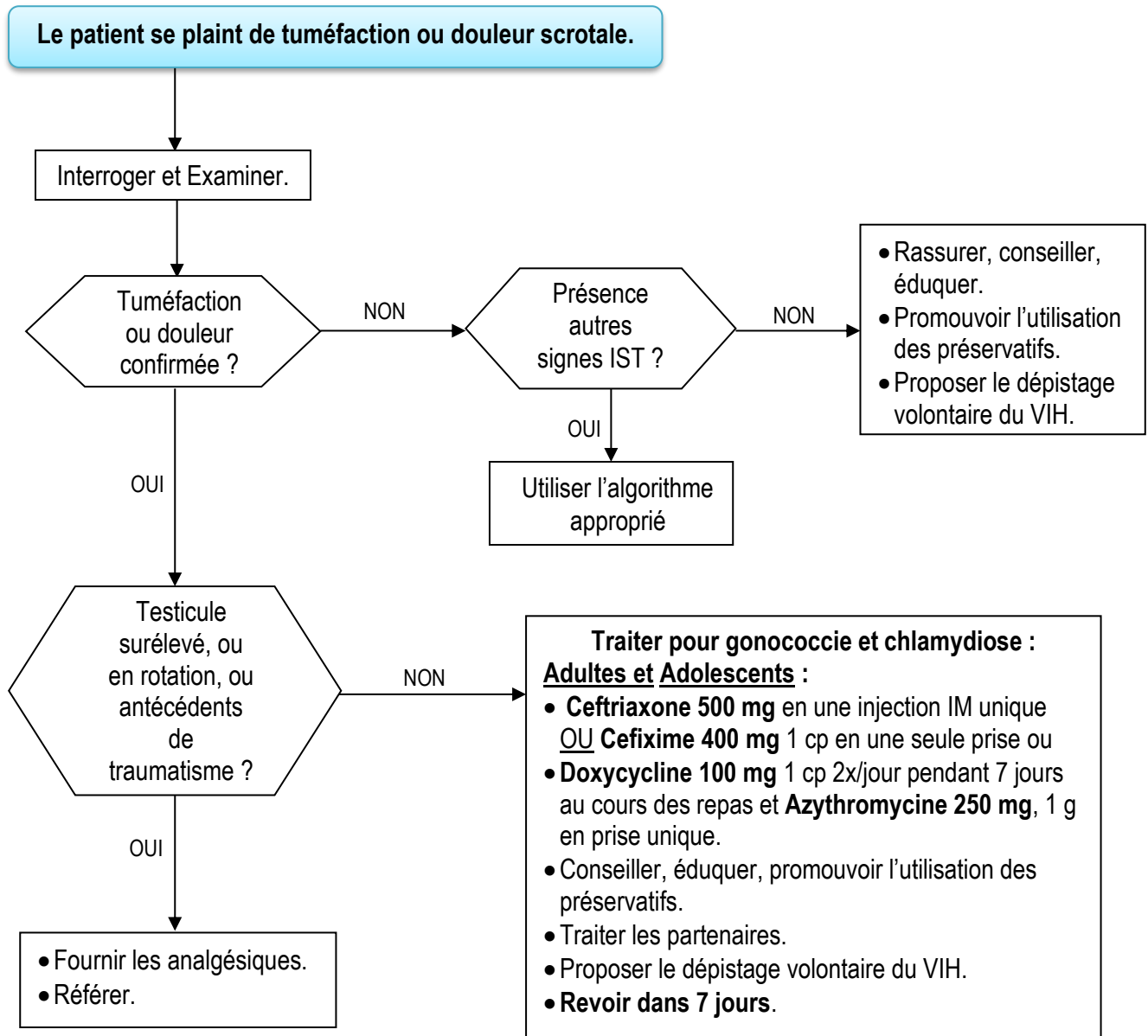


ALGORITHME 4 : Ulcérations génitales

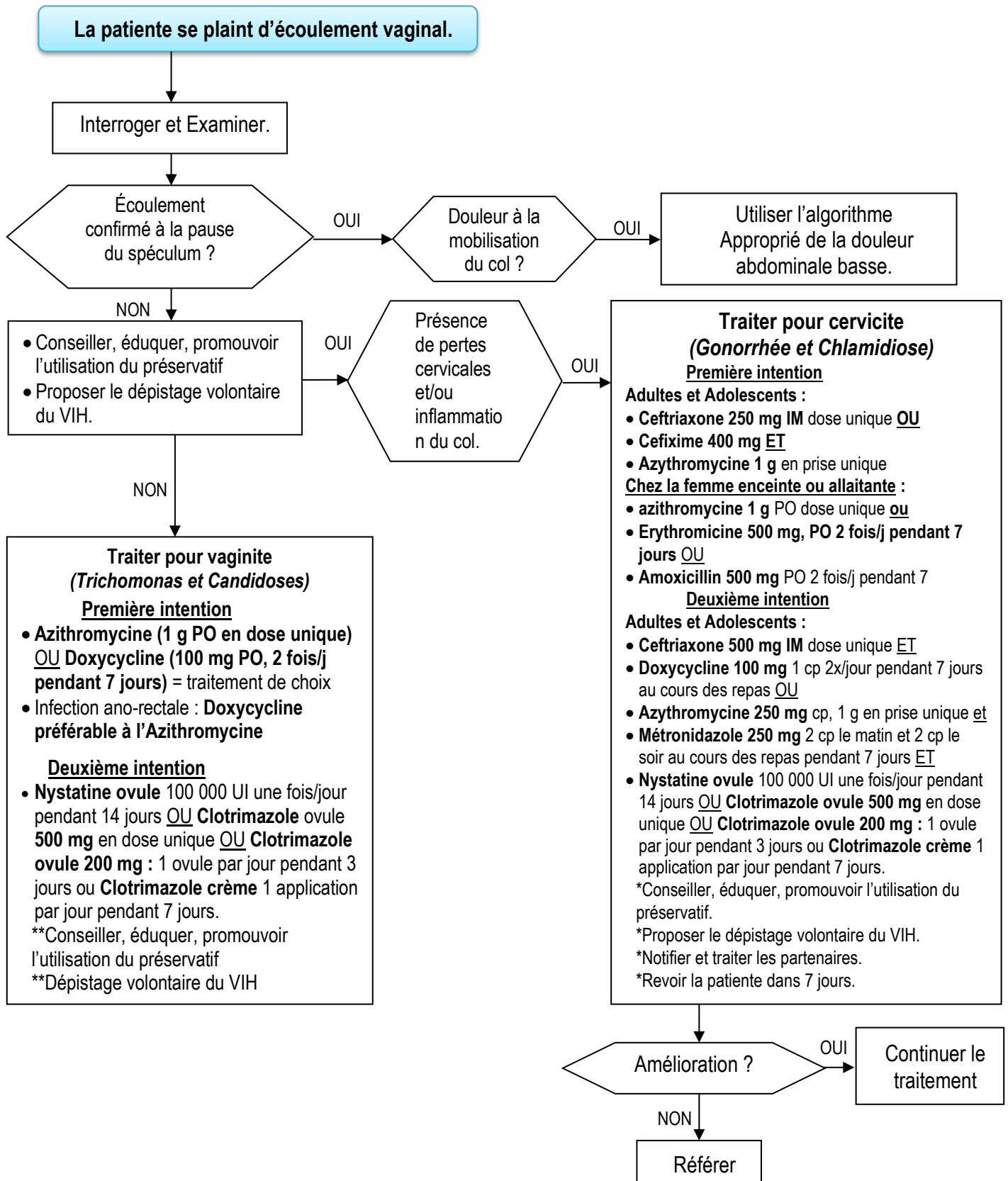


N.B : En cas de présence de vésicules uniquement, si le patient a reçu un traitement récent de la syphilis, traiter pour herpès uniquement.

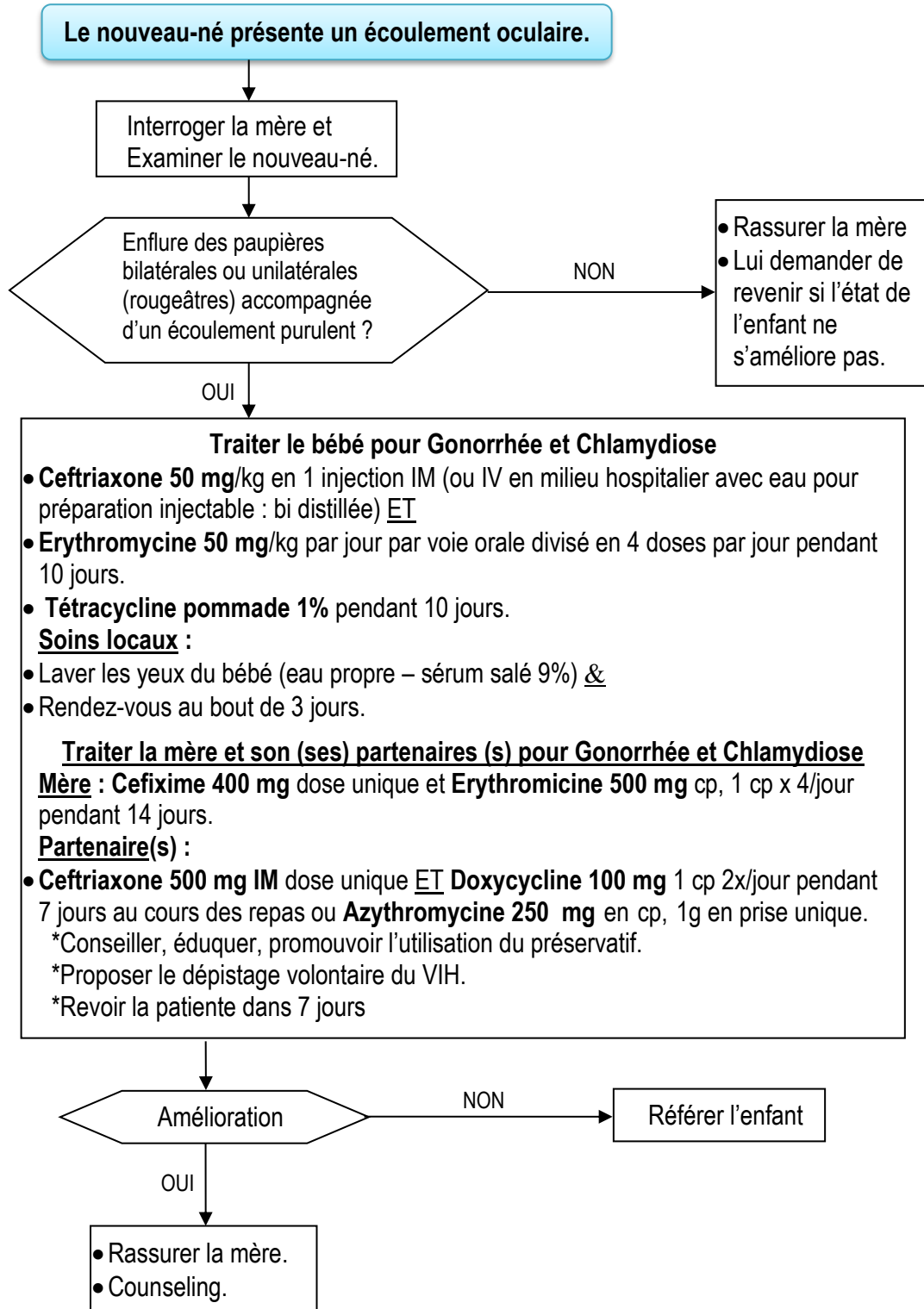
ALGORITHME 5 : Tuméfaction du scrotum



ALGORITHME 6 : Écoulement vaginal (avec ou sans utilisation du speculum) rendre l'algorithme plus explicite



ALGORITHME 7 : Conjonctivite du nouveau-né



1.2. Visite de suivi

- donner les rendez-vous de suivi au malade ;
- suivre l'évolution de la maladie ;
- s'assurer que le partenaire est traité.

2. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et le sida

2.1. Protocole de traitement ARV de la femme enceinte et la femme en travail séropositive au Mali – Option B+

2.1.1 Pendant la grossesse :

Femme enceinte infectée par le VIH 1 - Deux cas de figure :

- **Situation 1** : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :
 - Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré.
- **Situation 2** : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :
 - Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé. L'un des schémas suivants sera proposé :
 - ✓ Schéma préférentiel :
 - TDF + 3TC + EFV
 - ✓ Schémas optionnels :
 - TDF + 3TC + NVP
 - AZT + 3TC + EFV
 - AZT + 3TC + NVP

N.B : Une fois le TARV initié, il est poursuivi à vie

- Initiation d'un **TARV contenant la NVP**
 - 14 premiers jours donner **Névirapine 200 mg** une fois par jour
Par exemple en cas d'**association fixe (3TC + AZT + NVP)**, il faut donner :
 - ✓ La **combinaison fixe de (3TC + AZT + NVP)** : 1 cp le matin (**3TC + AZT**) : 1cp le soir.
 - 15^{ème} jour si **NVP** bien supportée, donner la **dose complète : 3TC + AZT + NVP** : 1 cp X 2/jour.

N.B : Les prises du matin et du soir doivent être espacées de 12h et tout arrêt non cadré de plus de 7 jours nécessite une réinitialisation de la Névirapine.

Femme enceinte infectée par le VIH 2 - Deux cas de figure :

- **Situation 1** : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :
 - Continuer le traitement antirétroviral déjà initié si efficace et bien toléré.
- **Situation 2** : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :
 - Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé selon l'un des schémas suivants :
 - ✓ Schéma préférentiel :
 - TDF + 3TC + LPV/r
 - ✓ Schéma optionnel :
 - AZT + 3TC + LPV/r
 - TDF + 3TC + AZT

N.B : les INNTI (NVP/EFV) ne sont pas efficaces contre le VIH2.

Femme enceinte infectée par le VIH 1+2 : Traiter comme un VIH2

N.B : Le suivi de la femme enceinte VIH + est mensuel. En plus des éléments de suivi habituel :

- faire AgHBS/Anticorps anti HBC ;
- faire si possible une Charge Virale (CV) à l'inclusion et vers la 34^{ème} semaine de grossesse.

2.1.2 Travail et accouchement :**TARV des femmes infectées par VIH 1 :**

- **Situation 1** : Femme séropositive sous traitement ARV :
 - continuer le traitement ARV.
- **Situation 2** : Femme séropositive non suivie et non traitée qui est en travail, initier une trithérapie selon l'un des schémas suivants :
 - Schéma préférentiel :
 - ✓ TDF + 3TC + EFV en une seule dose.
 - Schémas optionnels :
 - ✓ TDF + 3TC + NVP ;
 - ✓ AZT + 3TC + EFV ;
 - ✓ AZT + 3TC + NVP.

TARV des femmes infectées par VIH 2 ou du VIH 1+2 :

- **Situation 1** : Femme séropositive sous traitement ARV :
 - continuer le traitement ARV.

- **Situation 2** : Femme séropositive non traitée qui est en travail, initier le TARV selon l'un des schémas suivants :
 - Schéma préférentiel :
 - ✓ TDF + 3TC + LPV/r.
 - Schéma optionnel :
 - ✓ AZT + 3TC + LPV/r ;
 - ✓ TDF + 3TC + AZT.

N.B :

- Faire le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Le Traitement ARV de la femme enceinte séropositive une fois instauré est poursuivi à vie quel que soit le type de VIH (Option B+).
- Référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.
- Proposer à la femme séropositive la CV 6 mois après initiation TARV, 12 mois après la première CV et tous les 12 mois par la suite.

2.2. Protocole de prophylaxie ARV chez le nouveau-né**Cas de Nouveau-né à risque élevé :**

- Si la CV de la mère est supérieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement ;
- Si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines d'ARV avant l'accouchement ;
- Si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en postpartum.

Nouveau-né de mère VIH 1, il faut donner une BITHERAPIE.

MODE ALIMENTATION	DUREE PROPHYLAXIE	BITHERAPIE	POSOLOGIES
Avec allaitement	12 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2 mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines. A partir de la septième semaine, ajuster la posologie en fonction du poids en une prise par jour jusqu'à la douzième semaine.
		AZT sirop 10 mg/ml	4 mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines. A partir de la septième semaine, ajuster la posologie en fonction du poids en deux prises par jour jusqu'à la douzième semaine.
Sans allaitement	6 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2 mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines.
		AZT sirop 10 mg/ml	4 mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines.

Cas de Nouveau-né à risque faible :

- Si la CV de la mère est inférieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement ;
- Si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement.

Nouveau-né de mère VIH 1, il faut donner une MONOTHERAPIE.

MODE ALIMENTATION	DUREE PROPHYLAXIE	BITHERAPIE	POSOLOGIES
<i>Avec allaitement</i>	6 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2 mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines .
<i>Sans allaitement</i>	6 semaines	AZT sirop 10 mg/ml	4 mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines .

➤ **CAS DE VIH-2 OU VIH 1+2 :**

- Si mère est bien traitée donner AZT pendant 6 semaines ;
- Si dépistage tardif de la mère donner AZT + 3TC pendant 12 semaines.

Suivi et traitements associés chez le nouveau-né**Prophylaxie par le Cotrimoxazole :**

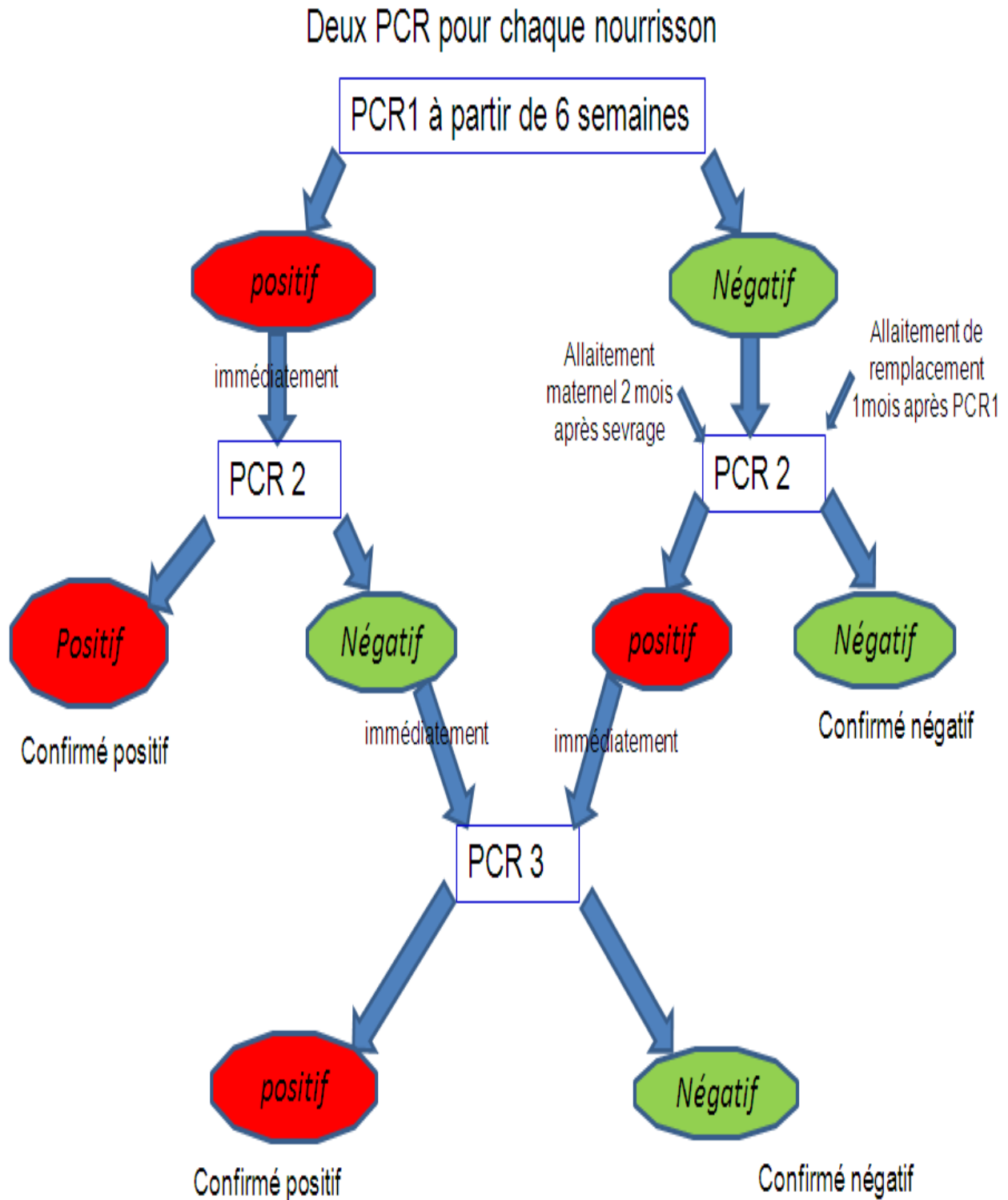
- A partir de 6 semaines et se poursuivre jusqu'à l'infirmité de l'infection ;
- La prescription du Cotrimoxazole se fera conformément au tableau suivant et la posologie déterminée en fonction du poids ou de l'âge de l'enfant.

AGE POIDS	Comp 100/20 mg	Susp 5 ml 200/40 mg	Comp 400/80 mg	Comp 800/160 mg	Comp 100/20 mg
< 6 mois < 5 kg	1 comp	2,5 ml	¼ comp	Non adapté	1 comp
6 mois – 5 ans 5 - 15 kg	2 comp	5ml	½ comp	Non adapté	2 comp

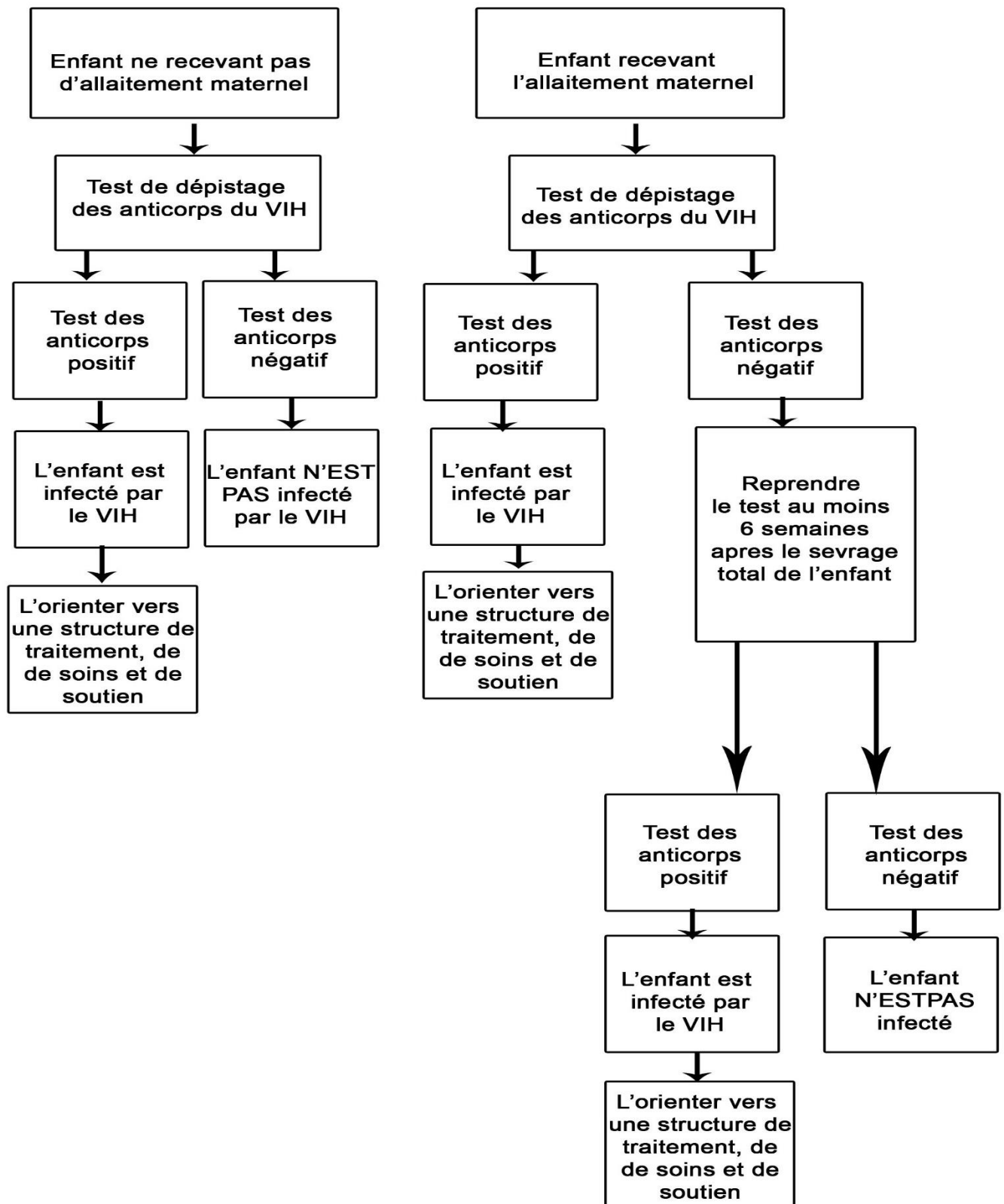
Dépistage :

- Diagnostic précoce nourrisson à partir de 6 semaines de vie ;
- Sérologie de l'enfant 9 mois de vie et confirmée à 18 mois ;

Algorithme du diagnostic précoce du VIH (PCR) chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois par des tests viraux dans les services de santé :



N.B : Si Alere Q (Point of Care) disponible, faire PCR 1 dès la naissance.

Diagnostic du VIH chez les enfants de 18 mois et plus par les tests d'anticorps :

2.3. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida

Prise en charge thérapeutique

Schémas thérapeutiques chez l'adulte et l'adolescent :

- **Schémas de première ligne pour le VIH 1 :**
 - Régime préférentiel en première intention :
 - ✓ Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400
 - Régimes alternatifs suivants sont possibles :
 - ✓ Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - ✓ Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
 - ✓ Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Schéma de première ligne pour le VIH-2 ou co-infection VIH-1+VIH-2 ou VIH-1 du groupe O

- Régime préférentiel de première ligne est le suivant :
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
- Régimes alternatifs thérapeutiques en cas de toxicité, d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse sont les suivantes :
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r)

Schémas de deuxième ligne pour le VIH 1

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté.

Le schéma de 2^{ème} ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules : Lopinavir/ritonavir (LPV/r), Atazanavir/ritonavir (ATV/r) sont préférables.

Tableau 3 : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.

Schéma 1 ^{ère} Ligne	Schéma 2 ^{ème} Ligne	
	INTI	IP
Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)	Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC)	LPV/r ou ATV/r ou DRV/r
Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)	Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC)	
Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)	Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC)	
Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)	Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC)	

Régimes thérapeutiques de première ligne VIH 1 chez l'enfant :

Enfants de moins de 3 ans :

- Régime préférentiel : 2 INTI + 1IP (INTI=inhibiteur nucléosique de la transcriptase inverse IP= inhibiteur de la protéase).
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Kaletra (LPV/r)
- Régime alternatif : 2INTI + 1INNTI
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

N.B : En cas d'indéfectabilité après une période sous IP, celui-ci pourra être remplacé par la Névirapine.

Enfants âgés de 3 ans à 10 ans et les adolescents de moins de 35 kg :

- Schéma préférentiel en première ligne :
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV).
- Régimes alternatifs suivants sont possibles :
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

2.4 Prise en charge des maladies opportunistes

Rechercher et prendre en charge les maladies opportunistes telles que : candidose buccale, dermatose digestive, tuberculose, toxoplasmose cérébrale, ...

VII. GENRE ET SANTE

A. DEFINITION “ CONCEPT GENRE ”

Au Mali, le concept de « Genre et Santé » regroupe un ensemble de mesures visant à promouvoir l'épanouissement de l'homme et de la femme en tenant compte des paramètres suivants :

- Concept d'égalité et d'équité homme/femme ;
- Prise en compte des questions de sexualité et de procréation dans les plans de développement à tous les niveaux ;
- Adoption et promotion des normes sociales intégrant des comportements et actions en faveur de la mère, de l'enfant et de la petite fille.

B. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PRATIQUES NEFASTES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION

1. Prise en charge des complications et séquelles liées à l'excision

1.1. Hémorragie :

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Faire le counseling. • Orienter d'urgence.
CSCom	<p>Sans gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'hémostase : application d'un hémostatique et faire une suture au besoin ; • Donner un antalgique (paracétamol) et un antibiotique amoxicilline) en fonction du poids et de l'âge ; • Prendre une voie veineuse avec cathéter et sécuriser ; • Vérifier l'état vaccinal ; faire le SAT et/ou le VAT au besoin ; • Contrôler la TA, le pouls. <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer le traitement et le counseling. <p>Si pas d'amélioration (apparition de signes de gravité) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem PEC hémorragie sans gravité ; • Informer les parents de la nécessité de la référence ; • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang ; • Avertir la structure de référence ; • Remplir une fiche de référence et ; • Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé).

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Administrer le Ringer lactate ; • Faire le groupage/rhésus, le taux d'hémoglobine, et l'hématocrite ; • Donner un antalgique (Paracétamol matin midi et soir) et un antibiotique (Amoxicilline) ; • Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

1.2. Choc hémorragique :

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter d'urgence ; • Faire coucher la patiente en décubitus dorsal en position déclive ; • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du sérum salé isotonique ou Ringer lactate et sécuriser ; • Assurer l'hémostase : application de pommade hémostatique ; • Faire une suture au besoin ; • Administrer le SAT et le VAT si l'intéressée n'est pas vaccinée ; • Surveiller pouls, TA ; • Informer les parents de la nécessité de la référence ; • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer la structure de référence ; • Remplir une fiche de référence ; • Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé).
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Administrer le Ringer lactate. • Faire le groupage/rhésus, le taux d'hémoglobine, et l'hématocrite ; • Donner un antalgique (paracétamol matin midi et soir) et un antibiotique (amoxicilline) ; • Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

1.3. Incontinence urinaire :

Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling ; • Orienter ; • Assurer les mesures d'hygiènes : <ul style="list-style-type: none"> ○ faire un bain de siège aux antiseptiques (permanganate ou Bétadine diluée à 1/10) ; ○ placer une sonde à demeure. • Faire le counseling ; • Référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Réexaminer la fillette pour confirmer l'incontinence urinaire ; • Eliminer une fistule. <p>S'il n'y a pas de lésions organiques visualisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenter la correction par la rééducation : demander à la fillette d'exécuter volontairement les gestes de contractions périnéales et éventuellement de stopper une miction volontaire. <p>Si les mesures ci-dessus sont inefficaces et ou s'il existe des lésions organiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district ; • Demander consultation spécialisée en urologie ; • Traiter selon l'étiologie : <ul style="list-style-type: none"> ○ plasties de l'urètre ; ○ sphinctéroplastie ; ○ rééducation, etc.

1.4. Infections

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • faire le counseling ; • orienter.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • examiner ; • appliquer un traitement local avec un antiseptique doux (Bétadine gynécologique) ; • donner antibiotique oral (Amoxicilline) suivant une posologie adaptée pendant 7 jours ; • faire la sérovaccination antitétanique selon le statut vaccinal ; • faire le counseling sur le VIH, Hépatites Virales. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer les parents de la nécessité de la référence ; • conseiller aux parents de prévoir des frais pour d'éventuelles investigations ; • informer la structure de référence ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCCom ; • traitement local au violet de gentiane/kmno4 (Permanganate de potassium), bleu de méthylène pendant 5 jours ; • examens complémentaires : antibiogramme, NFS etc. • prise en charge étiologique ; • référer si pas d'amélioration.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem niveau Hôpital de district ; • traitement spécifique

1.5. Fistule vésico-vaginale ou fistule recto vaginale ou fistule vésico-recto vaginale

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer • orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • faire bain de siège au permanganate de potassium dilué à 1/10^{ème} ; • pratiquer les mesures d'hygiène (utilisation de garnitures propres ; • faire le counseling ; • référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • demander des examens complémentaires ; • faire le traitement chirurgical.

1.6. Sténose et obstruction des voies génitales

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem niveau CSCom ; • pratiquer la désinfibulation ; • donner un antibiotique + antalgique. <p>Si difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • pratiquer la plastie vulvaire pour les formes compliquées.

TECHNIQUE DE DESINFIBULATION

a. Préparation :

Sauf en cas d'accouchement imminent, on doit prendre le temps d'expliquer en quoi consiste la désinfibulation. Des planches anatomiques d'une vulve normale et d'une vulve infibulée peuvent être montrées (Livre d'images universel de la naissance), les bénéfices de la désinfibulation expliqués ainsi que les changements que cela va entraîner en ce qui concerne la miction, les règles et les rapports sexuels.

b. Type d'anesthésie (dépend du moment où elle est réalisée) :

- **Pendant la grossesse** (au cours du deuxième trimestre) : On préférera une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour éviter le risque de causer un traumatisme psychologique dû au souvenir de l'infibulation que la femme a subie dans son enfance.
- **Pendant le travail** : Analgésie péridurale.
- **Au moment de l'expulsion** : Analgésie péridurale ou anesthésie locale.

c. Technique :

- Nettoyer la vulve avec un antiseptique.
- Introduire un doigt dans l'orifice vulvaire, et le faire glisser à l'arrière de la cicatrice jusqu'en bas. Si l'entrée est trop étroite pour même admettre un doigt, les pointes fermées d'une pince hémostatique peuvent être introduites pour élargir le passage.
- Une incision verticale est réalisée le long de la cicatrice jusqu'en haut, en étant attentif à protéger le méat urétral et éventuellement le clitoris qui peut être présent même dans les formes sévères d'infibulation.
- Des sutures hémostatiques sont réalisées pour réunir bord à bord les berges de chaque côté afin d'éviter à nouveau, une cicatrisation des tissus entre eux. Ceci peut être un surjet ou quelques points séparés avec un fil fin résorbable.

d. Soins post-opératoires :

- Conseiller à la femme de faire une toilette vulvaire deux fois par jour dans les jours qui suivent ;
- S'assurer que les deux bords ne se ressoudent pas en passant un doigt ou une compresse au milieu de la vulve ;
- Appliquer des compresses de tulle gras si des zones à vif persistent toujours après la désinfibulation ;
- Apporter un soutien psychologique.

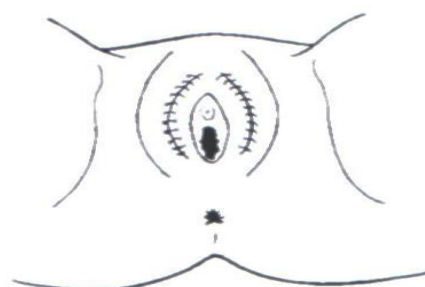
e. Complications :

Rarement, il peut survenir une incapacité réflexe à uriner qui peut être traitée par sondage de la vessie pour la nuit et des analgésiques.

Figure 3 : Désinfibulation incision antérieure désinfibulation



Figure 4 : Point d'hémostase après



2. Autres Violences basées sur le genre

+ Les agressions sexuelles chez la petite fille

- **Examen physique** : Rechercher les traces de violences.
- **Examen gynécologique** :
 - examiner les organes génitaux externes (en présence des parents) à la recherche de lésions au niveau de l'hymen et ou du douglas ;
 - au besoin faire un prélèvement vaginal pour recherche de spermatozoïdes.
- **Conduite à tenir** :
 - prescrire un traitement curatif (anti-inflammatoire, antiseptique, antibiotique) ;
 - faire un dépistage chez la jeune fille (VIH) au moment de son examen ensuite 3 mois après et un autre 6 mois après ;
 - établir un certificat médical ;
 - référer au besoin ;
 - faire un test HBS (Hépatite B et C).

N.B : En cas de viol chez le petit garçon, rechercher les lésions anales.

+ Les agressions sexuelles chez la femme

- **Examen physique** : Apprécier l'état général de la femme.
- **Examen gynécologique** :
 - rechercher des lésions au niveau du col, du vagin et particulièrement au niveau du douglas ;
 - au besoin faire un prélèvement pour recherche de spermatozoïdes.
- **Conduite à tenir** : Elle se fait selon :
 - le traumatisme présenté ;
 - l'état clinique ;
 - proposer un dépistage VIH et virus hépatite B et C chez la femme au moment de son examen, 3 mois après et un autre 6 mois après ;
 - référer au besoin.

N.B : Dans tous les cas, assurer la prise en charge psychologique : counseling, suivi et visite à domicile.

VIII. PATHOLOGIES GENITALES ET DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME

A. PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES GENITALES CHEZ LA FEMME

Les anomalies des règles et du cycle menstruel

➤ Règles douloureuses

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communauté	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<p>Si dysménorrhée primaire règles douloureuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • éliminer une malformation (imperforation de l'hymen) ; • donner anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène 200 mg un comprimé matin un comprimé le soir toutes les 12 h après le repas) ; • donner COC ; • faire le counseling ; • faire le suivi. <p>Si dysménorrhée secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST ; Donner anti-inflammatoire non stéroïdien et/ou Antispasmodique ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • échographie pelvienne ; • faire le traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

➤ Ménorragies

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • donner Etamsylate 500 mg (dicynone) 1 cp matin et 1 cp le soir par jour ; • rechercher des signes d'anémie (vertiges, pâleur conjonctivale) et prendre en charge l'anémie; • faire le counseling. <p style="text-align: right;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCCom. • éliminer une tumeur utérine ou ovarienne (fibrome, cancer du col, kyste ovarien etc.) (cf. Tumeurs pelviennes) ; • faire des examens complémentaires : échographie pelvienne, abdomen sans préparation (ASP) ; • demander la NFS, TP, TCA ; • donner un traitement approprié. <u>OU</u> • référer si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • psychothérapie si nécessaire.

➤ **Métrorragies**

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • rechercher une éventuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ grossesse ; ○ saignements sous contraception ; ○ tumeur référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCCom ; • demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ test de grossesse ; ○ échographie ; ○ hystérogaphie ; ○ bilan de coagulation (TP, TS, TCA) ; • faire le traitement étiologique si possible ; • en cas de tumeur : <ul style="list-style-type: none"> ○ faire prélèvements pour examen ; anatomopathologique ; • faire le counseling ; • référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • assurer la prise en charge spécialisée.

N.B : Devant toute métrorragie surtout si provoquée par le contact, penser au cancer du col de l'utérus.

➤ Aménorrhées

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communauté	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • faire l'interrogatoire et l'examen clinique. <p>Si caractères sexuels secondaires (pilosité, sein, etc.) absents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer. <p>Si caractères sexuels secondaires (pilosité, sein, etc.) présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire le test de grossesse. <p>Si test positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire le suivi en CPN, <p>Si pas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher une aménorrhée sous contraception. Si non référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom. <p>Si test de grossesse négatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire l'échographie pelvienne. <p>Si utérus absent ou anormal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer pour prise en charge spécialisée. <p>Si utérus normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher un blocage de l'écoulement sanguin (imperforation de l'hymen, sténose du col, diaphragme vaginale) etc. : <ul style="list-style-type: none"> ○ référer pour prise en charge. <p>Si pas de blocage à l'écoulement sanguin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher les autres causes d'aménorrhée secondaire (syndromes des ovaires polykystiques, syndrome de SHEEHAN, hyperprolactinémie, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> ○ traiter si possible ou référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district. <p>N.B : Seront pris en charge ici tous les cas d'aménorrhée avec caractères sexuels secondaires absents.</p>

B. DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/communauté</i>	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • rechercher une infection génitale haute ou basse éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST ; • rechercher une cicatrice vicieuse d'épisiotomie (chéloïde), de cicatrice d'excision, prolapsus génital, rétroversion utérine ; • rechercher une maladie générale chronique HTA, diabète, drépanocytose etc. • faire le dépistage du cancer du col à l'IVA et l'IVL ; • assurer le suivi ; • faire le counseling ; • rassurer ; • référer si nécessaire
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom • faire le traitement approprié • référer au besoin
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district • assurer la prise en charge des pathologies chirurgicales et médicales • assurer la psychothérapie si nécessaire

1. La ménopause

Prise en charge de la ménopause par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communauté</i>	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer la patiente et lui expliquer les signes de la ménopause ; • faire le dépistage du cancer du col à l'IVA et l'IVL ; • faire le dépistage du cancer du sein ; • rechercher des signes en faveur d'un cancer de l'endomètre et d'un cancer de l'ovaire ; • faire le counseling ; • rassurer ; • référer si nécessaire.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • demander : <ul style="list-style-type: none"> ○ test de grossesse ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> ○ examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> √ mammographie ; √ échographie endovaginale ; √ biopsie de l'endomètre ; √ hormonothérapie substitutive si nécessaire. ● assurer le suivi ; ● faire la psychothérapie si nécessaire ; ● référer au besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> ● Idem Hôpital de district ; ● faire le dosage de la FSH, LH, dosage de l'antigène CA15-3.

2. Tumeurs

➤ Tumeurs pelviennes

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communauté	<ul style="list-style-type: none"> ● rassurer ; ● orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> ● rassurer ; ● rechercher une masse pelvienne ; ● faire le dépistage du cancer du col à l'IVA et l'IVL ; ● assurer le suivi ; ● faire le counseling VIH ; ● référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> ● idem CSCom ; ● demander l'échographie pelvienne ; ● faire le traitement médical si possible ; ● demander le bilan préopératoire ; ● faire le traitement chirurgical si possible ; ● faire la cryothérapie si indiquée ● assurer le suivi ; ● référer si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> ● idem Hôpital de district ; ● faire la prise en charge.

➤ Tumeurs mammaires

Prise en charge par niveaux :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communauté</i>	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
<i>CSCom</i>	<ul style="list-style-type: none"> • procéder à l'examen des seins (rechercher une masse avec ou sans douleur, rétraction du mamelon, recherche de peau d'orange, ulcération, écoulement, asymétrie des seins) ; • traiter la douleur si nécessaire ; • rassurer ; • référer.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • demander : <ul style="list-style-type: none"> ○ échographie ; ○ mammographie ; ○ radiographie pulmonaire, du bassin si nécessaire ○ demander le scanner. • faire la cytologie de l'écoulement mammaire ; • faire une biopsie pour examen anatomo-pathologique ; • faire le traitement médical si possible ; • demander le bilan préopératoire ; • faire le traitement chirurgical ; • faire le counseling ; • assurer le suivi ; • rassurer ; • référer au besoin.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem hôpital de district ; • faire la radiothérapie au besoin ; • faire la chimiothérapie au besoin ; • faire l'hormonothérapie au besoin.

IX. SOINS PRENATALS

A. EVALUATION INITIALE RAPIDE DE QUELQUES PATHOLOGIES

SIGNES DE DANGER	EVALUER	PENSER A
DIFFICULTE RESPIRATOIRE	RECHERCHER : <ul style="list-style-type: none"> • Cyanose (coloration bleue) • Détresse respiratoire EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Conjonctives : pâleur • Poumons : râles 	<ul style="list-style-type: none"> • anémie sévère • insuffisance cardiaque • pneumonie • asthme • œdèmes aigus du poumon (OAP)
PERTE DE CONNAISSANCE	EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Peau : moite, extrémités froides • Pouls : rapide (110 btts/min ou plus) ou filant • Température inférieure à 36°C ou supérieure à 38,5°C • Tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg) 	Etat de choc, Hypoglycémie
SAIGNEMENT VAGINAL (en début ou en fin de grossesse ou après l'accouchement)	DEMANDER SI : <ul style="list-style-type: none"> • Enceinte : si oui, depuis combien de temps • Accouchement récent • Placenta expulsé EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Vulve : importance du saignement, rétention placentaire, déchirures apparentes • Utérus : atone NE PAS FAIRE D'EXAMEN VAGINAL À CE STADE	<ul style="list-style-type: none"> • avortement • grossesse ectopique • grossesse molaire • Hématome rétro placentaire • rupture utérine • placenta prævia • hémorragie du post partum immédiate
CONVULSIONS	DEMANDER SI : <ul style="list-style-type: none"> • Enceinte : si oui, depuis combien de temps • Accouchée récente: si oui, depuis combien de temps EXAMINER : <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle : élevée (TA diastolique supérieure ou égale à 90 mm HG) • Température : 38 °C ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> • éclampsie • paludisme • épilepsie • tétanos

SIGNES DE DANGER	EVALUER	PENSER A
<p>FIEVRE (température supérieure ou égale à 38°C)</p>	<p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse • Accouchement. Si oui, préciser contexte, lieu, <p>EXAMINER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Léthargique • Perte de connaissance • Nuque raide • Poumons : respiration superficielle, foyers de condensation massive • Abdomen : extrêmement sensible • Vulve : collection suppurée • Seins : sensibles 	<ul style="list-style-type: none"> • infection urinaire • paludisme • abcès pelvien • péritonite • endométrite • méningite • infection mammaire • complications de l'avortement • pneumonie
<p>DOULEURS ABDOMINALES</p>	<p>DEMANDER SI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enceinte : si oui, depuis combien de temps <p>EXAMINER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle : basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg) • Pouls : rapide (110 btts/min ou plus) • Température : 38 °C ou plus • Utérus : gravide 	<ul style="list-style-type: none"> • appendicite • grossesse ectopique • torsion de kyste • possibilité de travail à terme ou avant terme • amniotite • hématome rétro placentaire • rupture utérine

N.B : C'est la première étape pour dépister des complications immédiates pouvant mettre la vie de la femme en danger. Elle doit être réalisée systématiquement chez toute femme qui vient en consultation pour les soins prénatals, pernatals et postnatals.

B. LA CONSULTATION PRENATALE RECENTREE

1. Eléments de la CPN recentrée

- La promotion de la santé.
- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- La prévention des maladies et des complications.
- La préparation à l'accouchement et les éventuelles complications.



2. Etapes de la CPN recentrée

- Préparer la CPN.
- Accueillir la femme avec respect et amabilité.
- Procéder à l'interrogatoire/enregistrement.
- Procéder à l'examen.
- **Demander les examens complémentaires**

A la première consultation :

- Groupe sanguin et Rhésus, l'électrophorèse de l'Hb si possible, la NFS, la glycémie, le BW, albumine/sucre dans les urines, AgHbs, l'échographie.
- après counseling le test VIH.

Les autres examens seront demandés selon le besoin.

- **Prescrire les soins préventifs**
 - Vacciner la femme contre le tétanos et la diphtérie.
 - Vacciner la femme contre l'hépatite B.
 - Assurer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (cf. PTME).
 - Donner la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP).
 - Prescrire le fer acide folique.
 - Donner un déparasitant après le premier trimestre (Albendazole 400 mg en prise unique).
 - Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide...) et sur la planification familiale.

N.B : Les femmes seront prises par ordre d'arrivée. Les cas urgents sont prioritaires. La SP doit être administrée en prise supervisée (en présence d'un prestataire) à raison d'au moins 3 doses de 3 cp espacées d'au moins un mois, à partir de la 13^{ème} semaine de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

- Prescrire le traitement curatif, si nécessaire
- Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille
- Identifier un prestataire compétent.
- Identifier le lieu de l'accouchement.
- Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence.
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.

- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins.
- Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard).
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.
- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né).
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger :
 - **Signes du travail** :
 - ✓ contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;
 - ✓ glaire striée de sang (bouchon muqueux) ;
 - ✓ modification du col (effacement et dilatation).
 - **Signes de danger chez la femme enceinte** :
 - ✓ saignements vaginaux ;
 - ✓ respiration difficile ;
 - ✓ fièvre ;
 - ✓ douleurs abdominales graves ;
 - ✓ maux de tête prononcés/vision trouble ; vertiges, bourdonnements d'oreilles ;
 - ✓ convulsions/pertes de conscience ;
 - ✓ douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine ;
 - ✓ rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).
- **Donner le prochain rendez-vous**
- Expliquer à la femme qu'il est nécessaire de faire **4 visites** et **8 contacts** :
 - **1^{er} trimestre** : une visite et un contact (avant 12 SA) ;
 - **2^{ème} trimestre** : une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;
 - **3^{ème} trimestre** : deux visites dont une au 9^{ème} mois et cinq contacts (30 SA, 34SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA)

Les contacts peuvent être réalisés soit par un personnel de santé, soit par un agent de santé communautaire. Ils consistent à rechercher les signes de danger et ne nécessitent pas un examen clinique particulier.

N.B : A 41 SA revoir la femme si elle n'a pas accouché pour décider de l'accouchement.

- Insister sur l'importance du respect de la date de rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.
- Donner les RDV pour les *séances sur l'Ecole Des Mères*

Consultation prénatale de suivi

- Demander l'évolution de la grossesse depuis la dernière consultation.
- Rechercher les signes de danger.
- Procéder à l'examen physique.
- Demander albumine/sucre systématiquement dans les urines.
- Demander examens complémentaires au besoin.

- Demander l'échographie :
 - A 22 SA pour la morphologie fœtale ;
 - A 32 SA pour la croissance fœtale.
- Prescrire les soins préventifs.
- Prescrire les soins curatifs au besoin.
- Donner des conseils, revoir avec la femme le plan pour l'accouchement, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, les mesures préventives et discuter de la PF.
- Rappeler la date probable de l'accouchement.
- Informer la femme sur la date de la prochaine consultation prénatale.

3. Ecole des Mères

Définition : C'est un enseignement offert par un professionnel de santé à un groupe de femmes enceintes et accouchées dans une structure de soins.

Elle consiste en l'organisation de séances éducatives pour les femmes enceintes et accouchées dans le cadre de la Consultation Prénatale Recentrée (CPNR).

But :

Elle contribue à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers un meilleur suivi

Matériels :

- Salle aménagée ou un hangar au sein de la structure ;
- Guide Ecole des mères ;
- Affiche, dépliants, flyers, boîtes à image, CD ;
- Carnet santé et la carte de vaccination de la mère et de l'enfant ;
- Autres supports de travaux pratiques (ballon, téléviseur...) et les supports de collecte des données.

Préalables :

- Disposer de salle adaptée et de matériels didactiques.
- Former les prestataires sur l'approche et sur les techniques de communication.
- Fixer le jour et l'horaire du cours en concertation avec les femmes.
- Le nombre de participantes ne doit pas dépasser 10.
- La durée de séance ne doit pas dépasser 1 heure 30 minutes.
- Choisir le thème en fonction de l'âge de la grossesse et la période du partum.

Déroulement :

- Préparer le matériel didactique selon le thème du jour.
- Mettre en œuvre la séance d'animation de « l'Ecole des mères ».
- Faire visites des locaux pour permettre aux nouvelles clientes de se familiariser avec la maternité.
- Permettre et conseiller la présence d'une personne que la femme aura choisie pour l'accompagner au cours de l'accouchement.
- Faire l'enseignement selon le programme préétabli avec 4 cours prévus (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse et dans le post-partum).
- Commencer à présenter le ou les thèmes du jour (y compris travaux pratiques).

Thèmes pouvant être développés lors de l'enseignement :

- Le plan d'accouchement ;
- La grossesse et son développement ;
- L'intérêt du suivi de la grossesse ;
- L'importance du carnet de santé de la mère et de l'enfant et de la fiche personnelle de la femme ;
- L'intérêt des examens biologiques et échographiques dans le suivi de la grossesse ;
- Les signes de danger au cours du 1er, 2ème et 3ème trimestre de la grossesse et du post-partum ;
- La nutrition et l'hygiène de vie de la mère et du bébé ;
- La vaccination anti tétanique de la femme enceinte ;
- L'intérêt de l'accouchement dans un centre de santé et les risques de l'accouchement à domicile ;
- Le déroulement du travail et de l'accouchement ;
- L'allaitement maternel et la préparation du sein ;
- Les soins et toilettes du nouveau-né ;
- L'intérêt de la CPON ;
- La vaccination du bébé ;
- La planification familiale.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : SEANCE D'ANIMATION A L'ECOLE DES MERES

1. Préparation de la séance :

Préparer l'espace :

- La séance éducative doit avoir lieu dans un endroit soigneusement aménagé ;
- L'endroit doit être spacieux, propre et accueillant (salle ou hangar) ;
- Le matériel audiovisuel (si disponible) doit être vérifié, notamment le volume, au cours des projections audiovisuelles afin de s'assurer que toutes les participantes écoutent ;
- Préférer un dispositif en «U» ou en cercle fermé ;
- Disposer les aides visuelles (fiches techniques, affiches, dépliants, pliers, échantillons, appareils...) ; de telle sorte que chaque participante puisse voir sans effort.

Accueil des participants/es :

- Accueillir chaleureusement et l'installer les participantes ;
- Ramasser les carnets de santé ou les fiches personnelles des femmes pour y inscrire les thèmes à développer ;
- Détendre l'atmosphère ;

2. Déroulement de la séance :

- Commencer à l'heure ;
- Se présenter
- Demander aux participantes de se présenter ;
- Faire une brève restitution des messages : objet de la session précédente ;
- Introduire la séance du jour ;
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale ;
- Donner la durée de la séance ;
- Présenter les thèmes de la session actuelle à l'aide de supports didactiques et de visualisation de films éducatifs si possibles ;
- S'en tenir aux thèmes prévus ;
- Gérer les temps et les échanges entre les participantes ;
- Maintenir la discipline avec une bonne humeur ;
- Illustrer par des exemples (exercices de simulation de la respiration pendant le travail d'accouchement, de différents postures pendant l'accouchement, de l'allaitement maternel...);
- Discuter et répondre aux interrogations des femmes ;
- Vérifier si les participantes ont compris les messages en posant des questions simples ;
- Résumer les messages et faire ressortir les points forts ;
- Remettre des carnets de santé ou fiche personnelle de la femme ;
- Prendre en charge des femmes présentant un problème par le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme ou l'infirmier (e) et procéder à la référence si nécessaire.

3. Procéder à la clôture :

- Remercier l'auditoire ;
- Fixer le prochain rendez-vous et le mentionner dans le carnet ou la fiche personnelle CPN ;
- Négocier ou annoncer le prochain thème ;
- Compter le nombre de participants ;
- Remplir les supports ;
- Ranger le matériel.

N.B : Respecter les règles suivantes :

- Choisir un but et ne pas le perdre de vue ;
- Parler avec mesure ;
- Développer l'écoute active ;
- Exploiter le succès immédiat des participantes ;
- Ne pas dominer le groupe ;
- Ne pas provoquer le groupe.

4. Prise en charge des pathologies et des complications**4.1. Vomissements gravidiques****a. Signes et symptômes de gravité :**

- Altération de la conscience ;
- Perte de poids ;
- Tension artérielle pincée (différence entre la systolique et la diastolique ≤ 2) ;
- Tachycardie supérieure à 100 battements par minute à l'auscultation ;
- Pouls rapide.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<p><u>Vomissements simples</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la patiente. • Mettre au repos à l'abri de la lumière vive. • Demander à la femme de manger chaud et de boire chaud. • Conseiller à la femme les infusions à base de gingembre. <p><i>Si les vomissements ne s'arrêtent pas ou si vomissements graves :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter la femme vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p><u>Vomissements simples</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem village/communautaire ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire un antiémétique : Métoproclamide : 1 cp. matin, midi et soir. • <i>Si pas d'amélioration ou si vomissements graves :</i> • Prendre une voie veineuse et commencer le remplissage avec du Ringer lactate ; • Référer.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • <u>Vomissements simples :</u> • Idem au niveau CCom. • <u>Vomissements graves :</u> • Hospitaliser la femme et limiter les visites. • Perfuser du Ringer lactate 1,5 litre par jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Métoproclamide injectable : 1 ampoule dans chaque flacon de Ringer ; ○ Mettre 2 ampoules de vitamine B complexe injectable dans chaque flacon de Ringer lactate. • <i>Si ce traitement n'est pas efficace,</i> penser à une pathologie sous-jacente : <ul style="list-style-type: none"> • Référer au spécialiste.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vomissements simples :</u> • Idem au niveau Hôpital du District. • <u>Vomissements graves :</u> • Hospitaliser la femme et limiter les visites. • Demander le bilan : GE, Glycémie, acétonurie, NFS, ionogramme sanguin, azotémie, créatinémie, transaminases, phosphatases alcalines.TSH (bilan thyroïdien). • Perfuser du Ringer lactate 1,5 litre par jour. • Mettre dans chaque flacon de Ringer : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 ampoule de métoproclamide injectable ; ○ 2 ampoules de vitamine B complexe injectable ; • Demander une fibroscopie si nécessaire ; • Chercher d'autres causes et traiter.

4.2. Fièvre et grossesse

Les principales affections fébriles au cours de la grossesse sont : Paludisme, infection urinaire, chorioamniotite, grippe, fièvre typhoïde, avortement septique, infection respiratoire)

a. **Signes du paludisme grave :**

- Convulsions ;
- Fièvre supérieure ou égale à 40°C ;
- Coma ;
- Hémorragie spontanée (Coagulation intra vasculaire disséminée : CIVD) ;
- Ictère ;
- Anémie sévère ;

- Collapsus cardiovasculaire ;
- Œdème aigu du poumon (OAP) ;
- Hémoglobinurie (urines Coca-Cola).

b. Prise en charge par niveau de la fièvre chez la femme enceinte :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un TDR. <p><i>S'il s'agit d'un paludisme simple :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ TDR positif et grossesse premier trimestre : référer. ➢ TDR positif et grossesse 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre : <ul style="list-style-type: none"> • Donner CTA selon les directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali. • Donner paracétamol 500 mg 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. <p><i>S'il s'agit d'un paludisme grave :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ TDR positif et paludisme grave : Référer. ➢ TDR négatif : Référer.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Rassurer la femme et famille ; • Faire l'examen physique ; • Faire l'examen à la bandelette urinaire ; • Faire le TDR ou goutte épaisse si disponible. <p><i>Si TDR/GE positif :</i></p> <p><i>En cas de paludisme simple :</i> <i>Au cours du premier trimestre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : Quinine comprimé : 10 mg/kg de poids corporel de sels de quinine (8,3 mg base) 3 fois par jour pendant 7 jours. <p><i>N.B :</i> Prendre les comprimés de quinine avec de l'eau sucrée pour corriger l'hypoglycémie.</p> <p><i>A partir du deuxième trimestre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : Arthémeter (20 mg) – Lumefantrine (120 mg) cp : 4 cp 2 fois par jour pendant 3 jours. <p><i>Si fièvre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner Paracétamol 500 mg 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. <p><i>En cas de paludisme grave</i> <i>Si le plateau technique du CSCoM ne permet pas de prendre en charge un cas de paludisme grave :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer un traitement pré transfert (cf. Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali). • Référer la malade. <p><i>S'il s'agit de pyélonéphrite</i> (signes urinaires ou existence des nitrites à la bandelette urinaire) : <u>Référer</u>.</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p><u>S'il s'agit d'une grippe</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner du paracétamol 500 mg 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. • Conseiller le repos. • Faire le traitement symptomatique. <p><u>S'il s'agit d'une toux de plus de 15 jours</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher le BK dans les crachats. • Référer si la recherche de BK n'est pas faisable. <p><u>S'il s'agit d'une fièvre typhoïde.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander une coproculture et hémoculture <p><u>Si positive</u> : administrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Céphalosporine 3^{ème} génération (céphalosporine 4 g/jour pendant 5 jours). <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fluoroquinolones : Ofloxacine 200 mg x 2/jour pendant 3 jours. <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ciprofloxacine 500 mg x 2/jour pendant 7 jours. ○ Paracétamol 500 mg : 1 à 2 cp 3 fois/jour sans dépasser 6 cp. <p><u>Si négative</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une autre cause de la fièvre : <p><u>S'il s'agit d'un avortement septique</u></p> <p><u>Avec ou sans état de choc</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner le premier traitement ; • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique ; • Commencer l'antibiothérapie : administrer amoxicilline 1 g plus gentamycine 160 mg et métronidazole 500 mg en perfusion ; • Administrer paracétamol 1g en perfusion ou acide acétylé salicylique 1g en IVD lente si la T° est supérieure ou égale à 38,5°C ; • Evacuer.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Faire l'examen. • Faire le TDR ou la goutte épaisse, le frottis mince, NFS et la glycémie, le groupage Rhésus. • Faire l'examen à la bandelette urinaire • Faire l'ECBU. <p><u>S'il s'agit d'un cas de paludisme</u> :</p> <p>En cas de <u>paludisme simple</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem CCom. <p>En cas de <u>paludisme grave</u> :</p> <p>Il repose sur le traitement d'urgence des complications et le traitement spécifique antipaludique (<i>cf. Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali</i>).</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p><i>S'il s'agit d'une chorioamniotite (infection amniotique) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser ; • Mettre la femme sous triple antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline : 2 g toutes les 6 heures en IV ; ○ Gentamicine : 160 mg par jour en IM. (7 jours maximum) ; ○ Métronidazole : 500 mg toutes les 8 heures en perfusion. • Cesser l'antibiothérapie 48 h après l'apyrexie. En cas de septicémie, un traitement de 7 jours est au moins nécessaire. • Procéder à l'évacuation utérine quel que soit le terme de la grossesse : <p><i>Si col favorable :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diriger le travail en administrant l'ocytocine en perfusion (<i>cf. Fiche Technique N° 30 : Administration de l'oxytocine - Soins pernatals</i>). <p><i>Si col défavorable :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer prostaglandine (Misoprostol), en absence de contre-indication. • Poursuivre le traitement quel que soit la voie d'accouchement. <p><i>S'il s'agit d'un avortement septique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre voie veineuse sûre et efficace avec cathéter 16G/18G. • Commencer les antibiotiques (triple association), et l'antipyrétique le plus tôt possible avant de procéder à l'évacuation utérine. • Administrer pendant 48 heures : <ul style="list-style-type: none"> ○ Perfusion de Sérum Salé (ou du Ringer Lactate ou Macromolécules) ; ○ Paracétamol 1g en perfusion toutes les 6 heures ; ○ Amoxicilline 1 g en IV toutes les 6 heures ; ○ Gentamycine 160 mg en IM par jour ; ○ Métronidazole perfusion 500 mg toutes les 8 heures. <p><i>Si état général stable :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer le contenu de l'utérus. • Continuer le traitement antibiotique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 500 mg en gélule 1 g matin, midi et soir pendant 10 jours ; ○ Gentamycine 160 mg en IM toutes les 24 heures pendant 3 jours ; ○ Métronidazole comprimé 500 mg matin et soir pendant 7 jours. <p><i>Si existence de lésions traumatiques post-avortement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'évacuation utérine si nécessaire. • Réparer les lésions selon la voie d'abord appropriée. • Transfuser si nécessaire/Administrer le fer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer l'antibiothérapie. • Faire le counseling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF). • Faire le counseling pour le dépistage VIH. • Fournir une méthode de contraception si la femme le désire. • Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage du cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge.
<p align="center"><i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Conduite à tenir : Idem à celle de l'Hôpital du District pour la pyélonéphrite, la grippe, les infections respiratoires, la typhoïde, l'hépatite B, l'avortement, paludisme simple. • Paludisme grave : <ul style="list-style-type: none"> ○ Idem Hôpital du District ; ○ Demander l'ionogramme sanguin, la créatinémie, l'ECBU, le LCR. • Hospitaliser la patiente et faire le traitement spécifique selon les cas.

4.3. HTA et grossesse

a. Définition :

On parle d'hypertension artérielle chez la femme enceinte si la pression artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou la diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg.

b. Signes de gravités :

Selon le degré d'élévation de la TA, on distingue :

- HTA modérée : TA diastolique comprise entre 90 mm Hg et 109 mm Hg; et ou TA systolique entre 140 mm Hg et 159 mm Hg ;
- HTA sévère : TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg et ou TA systolique supérieure à 160 mm Hg.

La présence d'un des signes suivants doit faire poser le diagnostic de pré éclampsie sévère :

- Douleur épigastrique en barre ;
- Diurèse inférieure à 400 CC ;
- TA diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg et ou TA systolique supérieure à 160 mm Hg ;
- Protéinurie supérieure ou égale à 5g par 24 h (ou supérieure ou égale à 3 croix à la bandelette urinaire) ;
- Troubles visuels (scotome) ;
- HELLP syndrome (hémolyse, élévation des transaminases hépatiques, thrombopénie) ;
- Oligoamnios ;
- Retard de croissance intra utérin ;
- Ascite.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le CSCom
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la femme et sa famille. <p>Au niveau des CSCom médicalisés :</p> <p>Si HTA modérée : TA inférieure à 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nifédipine 10 mg : 1 cp matin et soir ; <li style="text-align: center;"><u>OU</u> ○ Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. ○ Donner des conseils hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Régime normosodé ; ✓ Boire abondamment. ○ Surveiller

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si HTA sévère : TA \geq160/110 mmHg :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Idem pour HTA modérée et ○ administrer traitement pré transfert et référer <p>Au niveau des CSCom non médicalisés :</p> <p>Si HTA modérée ou sévère : TA \geq140/90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administer : ○ Nifédipine 10 mg : 1 cp matin et soir ; <li style="text-align: center;"><u>OU</u> ○ Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. ○ Donner des conseils hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Régime normosodé ; ✓ Boire abondamment. <li style="text-align: center;"><u>ET</u> • Administrer traitement pré transfert et référer <p><u>N.B</u> : Traitement pré transfert Perfuser nicardipine 1 mg/h (8 gouttes/mn sans dépasser 25 gouttes/mn soit 3 mg/h pour une dilution de 20 mg dans 500 CC de sérum salé) à faire passer en 12 heures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer le sulfate de Magnésium (dose d'attaque) (cf. Fiche technique N° 14 : Modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la pré-éclampsie sévère et l'éclampsie)
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Prendre connaissance de la fiche de référence si disponible. • Examiner la patiente. <p>Si TA inférieure à 160/100 mm Hg, sans retentissement foetal sans protéinurie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la femme au repos au lit en décubitus latéral gauche. • Administrer : • Diazépam 5 mg : 1 cp matin, midi et soir ; • Nifédipine retard 10 mg : 1 cp matin et soir ; <li style="text-align: center;"><u>OU</u> • Méthyl dopa 250 mg : 2 cp matin et soir. • Donner des conseils hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Régime normodosé ; ○ Boire abondamment. • Assurer la prise en charge psychosociale (plus d'attention du conjoint et de la famille). • Donner un rendez-vous de suivi tous les 15 jours.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir un carnet de surveillance tensionnelle pour s'assurer de l'équilibre de la TA entre deux rendez-vous. • Faire le bilan : NFS plus plaquettes, uricémie, créatinémie, glycémie, transaminases, ionogramme sanguin. <p>Si le bilan n'est pas normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la patiente. • Continuer le traitement. <p>Si TA <160/100 mmHg avec retentissement fœtal et ou protéinurie.</p> <p><u>Grossesse non à terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser. • Mettre la femme au repos en décubitus latéral gauche. • Faire la prise en charge psychosociale de la patiente et de son entourage. • Administrer nifédipine 10 mg (3 à 6 comprimés/jour par voie orale) ou alphaméthyl dopa 250 mg (2 comprimés chaque 12 h sans dépasser 1,5 g/jour par voie orale) jusqu'à amélioration de la TA. • Faire échographie obstétricale, Cardiotocographie fœtale et Bilan d'HTA (Fond d'œil, Protéinurie de 24 h, créatinémie, NFS plus plaquettes, uricémie, glycémie, transaminases, ionogramme sanguin). <p>Si évolution favorable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller en ambulatoire 2 fois/semaine jusqu'à terme • Envisager un accouchement par voie basse <p>Si évolution non favorable (augmentation de la protéinurie : supérieure à 2 croix et/ou TA non maîtrisée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter comme une pré-éclampsie sévère. <p><u>Grossesse à terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser. • Mettre la femme au repos en décubitus latéral gauche. • Faire la prise en charge psychosociale de la patiente et de son entourage. <p>Si conditions obstétricales favorables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique N° 15 des soins pernatals : maturation et déclenchement du travail par le misoprostol et le protocole du déclanchement du travail d'accouchement) ou perfusion d'ocytocine si nécessaire ; • Administrer : Nifédipine 10 mg : 3 à 6 capsules par jour par voie orale ou Alphaméthyl dopa 250 mg, 2 comprimés 2 fois/jour ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher BCF ; • Echographie Doppler si possible. <p><i>Si échec du déclenchement ou si souffrance fœtale :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne. <p><i>Si pré-éclampsie sévère</i></p> <p><u>Grossesse non à terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser (repos, surveillance : TA et BCF toutes les heures, protéinurie, diurèse, poids) ; • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le Ringer lactate ou le sérum salé isotonique ; • Mettre la femme en décubitus latéral gauche avec barrières à l'obscurité ; • Mettre la canule de Guédel dans la bouche + aspiration des voies aériennes supérieures ; • Poser une sonde urinaire à demeure ; • Faire la cardiotocographie fœtale si possible ; • Administrer Nicardipine IV 10 mg (20 mg/500 ml de sérum salé à 8 gouttes/minute jusqu'à 23 gouttes par minute et par jour) et sulfate de magnésium (cf. Fiche N° 14 : Modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la prééclampsie sévère et l'éclampsie) jusqu'à amélioration de la TA ; • Faire la corticothérapie avant 34 SA si fœtus vivant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bétamétasone (Célestène) 3 ampoules soit 12 mg en IM, à renouveler 24 h plus tard à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dexaméthasone 6 mg en IM toutes les 12 heures pendant 48 heures (soit 4 doses) à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas; • Assurer la consultation spécialisée ; • Faire échographie obstétricale si possible ; • Demander les examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> Uricémie, créatinémie, Azotémie ; Glycémie ○ Transaminases sériques ; ○ NFS plaquettes ; ○ ECG ; ○ Fond d'œil. <p><u>Pas d'amélioration des signes :</u></p> <p><i>Grossesse évolutive :</i></p> <p>Si conditions favorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol (cf. Fiche Technique N° 15 : maturation et déclenchement du travail par le misoprostol) ou perfusion d'ocytocine si nécessaire ; <p>Si conditions défavorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne ; • Prendre en charge les complications.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Grossesse arrêtée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol ou perfusion d'ocytocine si nécessaire ; • Prendre en charge les complications. <p>Amélioration des signes</p> <p>Grossesse évolutive :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer traitement anti-hypertenseur durant toute la grossesse sous surveillance hebdomadaire (Nifedipine 10 mg : 1 cp. 3 fois par jour ou Méthylodopa 250 mg/2 ; • Pratiquer la césarienne si âge gestationnel \geq 34 SA. <p>Grossesse arrêtée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclencher le travail avec le misoprostol ou perfusion d'ocytocine si nécessaire ; • Prendre en charge les complications. <p>Grossesse à terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser (repos, surveillance). • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicardipine IV 10 mg (20 mg/500 ml de sérum salé à 8 gouttes/minute jusqu'à 23 gouttes /minute) ○ Sulfate de magnésium (cf. Fiche technique n° 14). • Rechercher les BCF. • Déclencher le travail avec le misoprostol ou perfusion d'ocytocine si nécessaire ; <p>Si échec du déclenchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne. <p>N.B : Prise en charge pluridisciplinaire entre Obstétricien, Pédiatre, Anesthésiste et Référer le nouveau-né en pédiatrie.</p>
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p>Si éclampsie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District. • Consultations spécialistes (Néphrologie,...).

N.B : Prescrire l'acide acétyl salicylique (Aspégic nourrisson 100 mg ou 1/4 de comprimé d'aspirine 500 mg par jour) à la gestante entre la 8^e et la 14^e semaine de grossesse

Poursuivre ce traitement jusqu'à 36 SA

Quand ce traitement à l'acide acétyl salicylique commence après 22 SA, le bénéfice escompté est minime.

Les indications de cette prescription sont :

- HTA ou Pré éclampsie ;
- Eclampsie ;
- HRP ;
- Mort-né à répétition ;
- Fausses couches à répétition ;
- Retard de croissance intra utérin à répétition.

FICHE TECHNIQUE N° 14 : MODALITES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM POUR LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE ET L'ECLAMPSIE

ADMINISTRATION INTRAVEINEUSE (IV)

Dose de charge :

Bolus de 4 g à 5 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) (20 ml d'une solution à 20% ou 40 ml d'une solution à 10 %).

Injection intraveineuse (IV) lente en 15 à 20 minutes.

NE JAMAIS INJECTER DE SOLUTION À 50 % SANS LA DILUER À 20 %.

Dose d'entretien :

Perfusion continue de 1 à 2 g/h IV :

- Prendre un flacon de 500 ml de solution physiologique saline ;
- Retirer 100 ml ;
- Rajouter au flacon 10 ampoules de 10 ml de sulfate de magnésium (MgSO₄) 10 % (100 ml) ;
- Relier cette solution préparée avec le sulfate de magnésium (MgSO₄) au Y de la tubulure ;
- Perfuser à 100 ml/heure (35 gouttes/minute) ;
- Continuer la perfusion pour une période d'au moins 24 heures après l'accouchement ou après la dernière crise en postpartum (l'évènement le plus tardif étant retenu).

Si récurrence de convulsions :

Après 15 minutes du premier bolus ;

- Administrer lentement un second bolus de 2g IV (10 ml d'une solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 20 % ou 20 ml d'une solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 10 % ou 4 ml dilué d'une solution à 50 %).

Si dépression respiratoire (< 12 respirations par minute et perte des réflexes rotuliens) :

- Cesser la perfusion de sulfate de magnésium (MgSO₄) ;
- Administrer 1g de gluconate calcique IV (10 ml d'une solution à 10 %) en 10 minutes.

ADMINISTRATION INTRAMUSCULAIRE (IM) – Solution à 50 %

Dose de charge (10 g IM) :

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) IM (10 ml d'une solution à 50 % + 1 ml de solution de lidocaïne à 2 % dans la même seringue) dans le quadrant externe supérieur de chaque fesse. Soit une dose totale de 10 g de MgSO₄.

Dose d'entretien (si l'évacuation est retardée ou si la patiente est en travail) :

- Injecter 5 g de solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 50 % en IM (10 ml + 1 ml de solution de lidocaïne à 2 %) toutes les 4 heures dans une fesse à la fois seulement et en alternance dans l'autre fesse pour la dose suivante.
- Continuer jusqu'à 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion (l'évènement le plus tardif étant retenu).

AVANT CHAQUE INJECTION : s'assurer :

- de la présence de réflexes rotuliens
- La diurèse (> 100 ml en 4 heures)
- La fréquence respiratoire (> 12/minute)

NE PAS INJECTER OU RETARDER L'INJECTION si l'une des situations cliniques est présente :

- Absence de réflexes rotuliens
- Diurèse < 100 ml en 4 heures
- Fréquence respiratoire < 12/minute.

ADMINISTRATIONS INTRAVEINEUSE ET INTRAMUSCULAIRE COMBINÉES
(IV/IM)

Dose de charge (4 g IV **ET** 10 g IM) :

Bolus de 4g de sulfate de magnésium (MgSO₄) (20 ml d'une solution à 20 % ou 40 ml d'une solution à 10 %)

Injection intraveineuse (IV) lente pendant en 15 à 20 minutes

NE JAMAIS INJECTER DE SOLUTION À 50 % SANS LA DILUER À 20 %

ET

Injecter 5 g de sulfate de magnésium (MgSO₄) (10 ml d'une solution à 50 % + 1 ml de solution de lidocaïne à 2 % dans la même seringue) IM dans le quadrant externe supérieur de chaque fesse. Soit 10 g de MgSO₄ au total en IM.

Dose d'entretien (si l'évacuation est retardée ou si la patiente est en travail) :

Injecter 5 g de solution de sulfate de magnésium (MgSO₄) à 50 % en IM (10 ml solution sulfate de magnésium (MgSO₄) à 50 % + 1 ml de solution de lidocaïne à 2 %) toutes les 4 heures, dans une fesse à la fois seulement et en alternance dans l'autre fesse pour la dose suivante jusqu'à 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion (l'évènement le plus tardif étant retenu).

AVANT CHAQUE INJECTION s'assurer de :

- la présence de réflexes rotuliens
- La diurèse (> 100 ml en 4 heures)
- La fréquence respiratoire (> 12/minute)

NE PAS INJECTER et RETARDER L'INJECTION si l'une des situations cliniques est présente :

- Absence de réflexes rotuliens
- Diurèse < 100 ml en 4 heures
- Si la fréquence respiratoire < 12/minute (mouvements respiratoires par minute).

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION AU SULFATE DE MAGNÉSIIUM

Si la fréquence respiratoire est < 12 mouvements par minute **ET** absence de réflexes rotuliens.

Ne pas donner d'injection supplémentaire, **cesser** perfusion de MgSO₄ IV si en cours.

ANTIDOTE : 1 g de gluconate calcique IV en 10 minutes (10 ml d'une solution à 10 %).

FICHE DE SURVEILLANCE DU SULFATE DE MAGNESIUM

Nom : Prénom : Age :

Indication : Pré éclampsie /_/ / Eclampsie /_/ / Autre à préciser /_/ /

☞ **Les paramètres sont appréciés pendant toute la durée du traitement****Date** :/...../ 201..... **Dose administrée** :**Heure d'administration de la 1^{ère} dose**.....

Para mètr e	V al e u r i n i t i a l e	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	1 5 m n	3 0 m n	3 0 m n	3 0 m n	3 0 m n	1 h	1 h	1 h	1 h	1 h	1 h	
Etat de Con scie nce Bon ou altér é																					
TA																					
FR																					
Poul s																					
RO T+ -																					
Diur èse /4H																					
BCF /H																					

NB : Les paramètres à surveiller (**sauf le ROT**) et leurs fréquences **sont les mêmes que** pour la surveillance du traitement de Nicardipine

FICHE TECHNIQUE N° 15 : MATURATION ET DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL PAR LE MISOPROSTOL

Objectif : Déclencher le travail par le Misoprostol selon les normes

Matériel

- Misoprostol comprimé 200 µg
- Gants d'examen
- Stéthoscope de Pinard
- Thermomètre
- Tensiomètre
- Montre ou chronomètre

Technique

- Expliquer à la patiente la méthode à utiliser,
- Apporter un soutien psychologique continu et la rassurer
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air.
- Prendre la pression artérielle, le pouls et la température
- Palper l'utérus pour s'assurer que la présentation du fœtus est normale
- Mettre les gants d'examen
- Faire le toucher vaginal pour évaluer le score de BISHOP et apprécier l'état du col utérin
- Placer le quart de comprimé de Misoprostol (50 microgramme) dans le cul de sac vaginal postérieur
- Surveillance les paramètres maternels selon le tableau ci-dessous
- Surveiller les effets secondaires du misoprostol :
 - Tremblements
 - Nausées
 - Vomissements
 - Diarrhées
- Informer la patiente sur l'évolution du déclenchement.

N.B :

- Ne jamais administrer simultanément la perfusion d'oxytocine et le misoprostol
- L'administration du misoprostol doit être faite sous surveillance stricte et dans un centre de santé disposant de personnel qualifié disponible pour la surveillance.

Protocole de déclenchement du travail d'accouchement

Heure	Dose d'administration	Pression Artérielle	Température	Etat du col après la mise de Misoprostol				Fréquence des CU	Effets secondaires
				Position	Longueur	Dilatation	Consistance		
1^{ère} dose									
Evaluation 4 heures après									
2^{ème} dose									
Evaluation 4 heures après									
3^{ème} dose									
Evaluation 4 heures après									
4^{ème} dose									
Evaluation 4 heures après									

4.4. Hémorragies au cours de la grossesse

Les principales causes d'hémorragie au cours de la grossesse sont : Grossesse extra utérine, avortement, grossesse molaire, placenta praevia, hématome retro placentaire, rupture utérine,

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/référer vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la femme et la famille. • Examiner la femme. • Mettre en observation • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le Ringer lactate ou le sérum salé isotonique. <p><u>N.B :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex). • Eviter les TV profonds en cas d'hémorragie du 3^{ème} trimestre, car on risque d'aggraver le saignement d'un placenta praevia recouvrant. <p>En cas de menace d'avortement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer un anti spasmodique par voie parentérale • Conseiller le repos • Conseiller la patiente d'éviter les efforts physiques et les rapports sexuels. <p><u>Si le saignement est persistant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer la patiente pour apprécier la vitalité embryonnaire (échographie si disponible). <p><u>Si vitalité embryonnaire positive :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer. <p><u>Si vitalité embryonnaire absente :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une évacuation utérine. <p>En cas d'avortement incomplet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les SAA ; • Surveiller la femme pendant au moins 2 heures. <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Si saignement minime :</u> • Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux. • Faire le counseling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, planification familiale). • Fournir une méthode de contraception si la femme le désire. <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Si saignement important :</u> • Prendre une voie veineuse et référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>En cas d'avortement complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observer la patiente et s'assurer que le saignement est minime. • Instaurer une antibiothérapie en cas de risques infectieux. • Faire le counseling post-avortement (informations sur son état actuel, mesures d'hygiène, fécondité ultérieure, PF). • Fournir une méthode de contraception si la femme le désire. • Identifier le besoin d'autres services de SR (VAT, IST, dépistage cancer du col, infertilité) pour en assurer la prise en charge. • Envoyer le produit de conception pour l'analyse anatomopathologique si possible. <p>En cas de grossesse extra-utérine, d'avortement compliqué, de grossesse molaire, de placenta praevia, d'HRP, de rupture utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des donneurs de sang. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le Ringer lactate ou le sérum salé isotonique. • Evacuer. <p>N.B : Continuer la réanimation au cours du transport.</p>
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou sérum salé isotonique si cela n'était pas fait. • Faire l'examen de la femme. • Mettre une sonde vésicale à demeure. • Donner de l'oxygène si besoin. • Traiter selon la cause. • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Numération formule sanguine + Plaquette ; ○ Tests de coagulation : Test de Coagulation au lit de la patiente (cf. Fiche technique n° 16), TP, TCA. • Echographie si possible. <ul style="list-style-type: none"> ❖ S'il s'agit d'une grossesse extra-utérine : • Pratiquer immédiatement la laparotomie • Faire l'examen anatomopathologique du produit de conception. <ul style="list-style-type: none"> ❖ S'il s'agit de menace d'avortement : • Idem CSCom. ❖ S'il s'agit d'avortement complet : • Idem CSCom. ❖ S'il s'agit d'avortement incomplet : • Idem CSCom. ❖ S'il s'agit d'avortement compliqué (cf. Algorithme) :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>❖ S'il s'agit de grossesse molaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer AMIU (cf. Fiche technique n° 17 des soins prénatals : AMIU) sous perfusion d'ocytocine (10 UI dans 500 ml de sérum salé physiologique ou de Ringer lactate (60 gouttes/mn). • Fournir une méthode de contraception '. • Assurer le suivi post molaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi clinique ; ○ Suivi biologique par un test urinaire de grossesse/dosage béta-HCG (si possible) toutes les 8 semaines pendant au moins un an. Si le test n'est pas négatif au bout de 8 semaines ou redevient positif moins d'un an après l'avortement : Instaurer un traitement spécifique et un suivi adéquat ou référer. <p>❖ S'il s'agit d'un placenta praevia :</p> <p>Si hémorragie minime :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser la gestante et surveiller l'évolution de la grossesse jusqu'à l'accouchement. • Corriger l'anémie si nécessaire. • S'assurer de la disponibilité du sang au cas où une transfusion serait nécessaire. • Faire la maturation pulmonaire si âge gestation inférieur à 34 SA <p>Si hémorragie minime et continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux Hb<10g/dl ou signes d'intolérance : transfusion sanguine, • Pratiquer la césarienne. <p>Si hémorragie abondante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la césarienne sans tenir compte de l'âge gestationnel. <p><u>N.B</u> : Pratiquer immédiatement la césarienne en cas de placenta praevia recouvrant.</p> <p>❖ S'il s'agit d'un hématome retro placentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre voie veineuse (cathéter 16G/18G) ; Faire passer Ringer lactate (<u>OU</u> Sérum Salé <u>OU</u> Macromolécule) 1à 2 litres en 15 mn selon l'état ; • Faire les prélèvements sanguins pour groupe sanguin et rhésus, NFS, plaquettes, fibrinogène, TCA, TP, PDF (produits de dégradation de la fibrine). • Transfuser si tx Hb<7g/dl (plasma frais congelé ou concentrés globulaires) ou signes de choc <u>OU</u> continuer la perfusion (Ringer lactate <u>OU</u> macromolécule) ; • Placer la sonde vésicale (Foley) ; • Pratiquer la Césarienne ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>N.B : Ne pas oublier de mesurer la cupule et de peser les caillots.</p> <p>❖ <i>S'il s'agit de rupture utérine (cf. Algorithme rupture utérine -Soins pernatals.</i></p>
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Idem Hôpital du District. <p>Si grossesse molaire et GEU : Idem Hôpital du District</p> <p>Si placenta praevia, HRP et rupture utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District.

FICHE TECHNIQUE N° 16 : TEST DE COAGULATION AU LIT DE LA PATIENTE

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

FICHE TECHNIQUE N° 17 : ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE (AMIU)

Evaluation initiale :

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

Si des complications sont identifiées :

- Stabiliser la patiente ;
- Référer si nécessaire.

Bilan médical :

- Faire l'anamnèse.
- Faire l'examen physique (cœur, poumons et abdomen) et gynécologique.
- Informer la patiente sur les résultats de l'examen et lui donner un plan de traitement.
- Donner à la patiente des informations sur sa condition et un plan de traitement.
- Faire les tests de laboratoire si nécessaire.
- Discuter de ses projets en matière de reproduction.

Si elle pense utiliser un DIU:

- Donner des conseils en ce qui concerne l'utilisation du DIU.
- Insérer le DIU après la procédure AMIU si sa situation clinique le permet.

Se préparer :

- Faire l'anesthésie verbale (voir fiche technique anesthésie verbale).
- Lui demander si elle est allergique aux produits anesthésiques et antiseptiques.
- Vérifier que vous disposez des instruments stériles.
- Vérifier que les canules et adaptateurs de tailles appropriées sont disponibles.
- Vérifier la seringue AMIU et la charger (établir le vide).
- Vérifier que la patiente a vidé sa vessie.
- Vérifier que la patiente a soigneusement lavé sa zone périnéale.
- Mettre un tablier propre en plastique ou caoutchouc.
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre ou les laisser sécher à l'air libre.
- Porter des gants stériles.
- Disposer les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.

a. Tâches pré AMIU :

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

Administer l'anesthésie para cervicale (si nécessaire)

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

b. Procédure AMIU :

- Exercer doucement une traction sur le col pour redresser le canal cervical et la cavité de l'utérus.
- Dilater le col tel que nécessaire, en utilisant progressivement une canule plus grande.
- En stabilisant le col, pousser la canule choisie doucement et lentement dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle arrive au fond (pas > 10 cm). Ensuite, retirer doucement la canule du fond de l'utérus.
- Adapter la seringue préparée à la canule en la tenant d'une main, la pince tire col et la seringue de l'autre. Veiller à ce que la canule n'avance pas lorsqu'on adapte la seringue.
- Libérer la ou les valve(s) à pousoir de la seringue pour transférer le vide par le biais de la canule à la cavité utérine.

- Evacuer tout contenu restant en faisant tourner la canule et la seringue entre 10 heures et 2 heures (sur le cadran d'une montre) et la faire avancer et reculer doucement et lentement à l'intérieur de l'utérus.

Si la seringue est à moitié remplie avant la fin de la procédure :

- Détacher la canule de la seringue ;
- Retirer uniquement la seringue en laissant la canule en place ;
- Pousser le piston pour vider les PCR dans la passoire ;
- Recharger la seringue, l'adapter à la canule et relâcher la ou les valve(s) à poussoir ;
- Vérifier les signes d'achèvement (mousse rouge ou rose, plus de débris dans la canule ou sensation granuleuse) ;
- Retirer doucement la canule et la seringue AMIU ;
- Retirer la canule de la seringue AMIU et pousser le piston pour vider le contenu dans la passoire ;
- Rincer la peau avec de l'eau ou une solution saline ;
- Inspecter rapidement les débris évacués de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué ;
- Si on ne voit aucun PCR, réévaluer la situation pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une grossesse extra-utérine ;
- Retirer la pince tire col du col avant d'enlever le spéculum ;
- Faire un toucher vaginal pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus ;
- Placer le spéculum et contrôler les saignements.

Si l'utérus est encore mou ou si les saignements persistent :

- Continuer l'aspiration jusqu'à l'évacuation complète.

c. Taches post-AMIU :

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

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

4.5. Choc chez la femme enceinte

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Rassurer la femme et la famille ; • Examiner la femme ; • Libérer les voies aériennes (si nécessaire) ; • Installer l'abord veineux par 2 cathéters 16G ou 18G ; • Surélever les pieds du lit (sauf en cas de choc cardiogénique) ; • Perfuser très rapidement (500CC en 15 minutes soit 33 gouttes par minute) Ringer-Lactate, ou sérum salé 9 ‰ (sauf en cas de choc cardiogénique) ; • Placer une sonde urinaire ; • Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> ○ le pouls, la TA (toutes les 15 mn) ; ○ la température (3 fois/jour) ; ○ la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn) ; ○ l'état de conscience (toutes les 15 mn) ; ○ la diurèse (toutes les heures) ; ○ les battements cardiaques fœtaux (toutes les 15 mn) ; ○ les contractions utérines. • Prévoir des donneurs de sang si choc hémorragique ; • Evacuer. <p>N.B : Continuer la réanimation au cours du transport.</p>
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. <p>Règles générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible ; • Surveiller les signes vitaux ; • Mettre la patiente en décubitus latéral gauche pour limiter les risques d'inhalation en cas de vomissement et dégager les voies respiratoires ; • Recouvrir la patiente pour éviter le refroidissement ; • Surélever les jambes de la patiente pour faciliter le retour veineux ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre deux voies veineuses en utilisant des cathéters ou des aiguilles de 16 G ou 18 G ; • Faire les prélèvements pour les examens d'urgence (Groupage sanguin, hématicrite, taux d'hémoglobine, CRP, test de compatibilité). <p><i>Si prendre deux voies veineuses est impossible, faire une dénudation veineuse :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfuser rapidement du sérum salé physiologique ou du Ringer lactate au moins deux litres au cours de la première heure, le premier litre devant être administré en 15 à 20 minutes. <p><i>N.B : En cas de choc résultant d'une hémorragie, le débit de la perfusion doit être plus rapide afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale ; • Continuer à surveiller les signes vitaux et la perte de sang toutes les 15 minutes ; • Surveiller le débit urinaire (diurèse horaire) à l'aide d'une sonde urinaire. • Poursuivre le remplissage vasculaire par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Sang et dérivés ; ○ Macromolécules ; ○ Solutions (Ringer-lactate, salé 9 ‰) ; ○ Bicarbonate 14 ‰ pour corriger l'acidose. • Administrer Adrénaline 0,5 mg en perfusion. • Administrer Paracétamol 1 g en IV lente si nécessaire (Prodafalgan) ; • Administrer antibiotique selon le cas ; • Traiter la cause ; • Surveiller comme au niveau CSCom ; • Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste < 0,5 cc/kg/heure. <p><i>Si la TA s'élève (maximale à 100 mmHg), le pouls ralentit (< 100/mn) et que la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1 cc/kg/h) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ramener le débit de la perfusion à 16 gouttes par minute ; • Surveiller l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. S'ils apparaissent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Arrêter le remplissage ; ○ Administrer du furosémide (40 mg IV).
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District.

4.6. Anémie et grossesse

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	<ul style="list-style-type: none"> Orienter vers le CSCCom.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir la patiente. Rassurer la femme et la famille. Faire l'examen physique. Rechercher la cause et traiter. <p>Si anémie légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> Donner des conseils nutritionnels. Faire la supplémentation en fer + acide folique. Donner albendazole 400 mg. Référer si pas d'amélioration au bout d'un mois de traitement. <p>Si anémie grave (taux Hb inférieur ou égal 7g/dl ou hématocrite inférieur ou égal 20%) et/ou décompensée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rassurer la femme et la famille. Prendre une voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou du sérum glucosé 10%. Référer la patiente en position demi-assise.
Hôpital du District	<p>Si anémie légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> Idem CSCCom. Faire NFS ou taux d'Hémoglobine ou d'hématocrite. Faire la recherche d'agglutinine irrégulière. <p>Si anémie grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospitaliser. Installer la patiente en position demi-assise. Faire NFS ou taux d'Hémoglobine ou d'hématocrite. Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G avec du Ringer lactate ou du sérum glucosé 10%. Oxygéner. Mettre une sonde vésicale à demeure. Transfuser du concentré de globule rouge ou à défaut du sang total après test de compatibilité (cf. Fiches techniques n°18 : transfusion sanguine, n° 19 : test de compatibilité sanguine au lit de la malade et n° 16 : test de coagulation au lit de la patiente des soins prénatals). <p>N.B : Faire le contrôle ultime au lit du malade avant la transfusion</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrer du fer/acide folique. Rechercher la cause et la traiter.
EPH 2 ^{ème} et 3 ^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> Idem Hôpital du District. Faire la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).

FICHE TECHNIQUEN° 18 : TRANSFUSION SANGUINE

Indications :

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

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

Groupage sanguin et compatibilité

Système ABO:

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

Les globules rouges portent zéro, un ou deux des antigènes possibles qui sont A et B. Le plasma contient zéro, un ou deux des anticorps possible qui sont anti-A et anti-B. Si l'individu possède sur ses globules rouges un antigène, il n'a pas dans son plasma l'anticorps qui s'y oppose. Cela détermine les 4 groupes possibles dans le système ABO, chaque groupe portant le nom du ou des antigène(s) présents à la surface de ses globules rouges.

Les 4 groupes sont :

- le groupe A (possède dans son plasma les anticorps anti-B)
- le groupe B (possède dans son plasma les anticorps anti-A)
- le groupe AB (ni anti-A, ni anti-B) est dit receveur universel
- le groupe O (n'a ni A, ni B) est dit donneur universel.

Pour étudier la compatibilité, on mélange directement le plasma du patient avec les globules rouges du donneur, pour vérifier que ne survienne pas une hémolyse due à un anticorps non détecté (voir fiches technique « test de compatibilité »).

Système Rhésus :

Les antigènes de surface Rh déterminent les groupes rhésus négatif (absence de l'antigène Rh) et rhésus positif (présence de cet antigène). Les sujets Rh- vont fabriquer des anticorps anti-Rh lorsqu'ils sont exposés à du sang Rh+. Cela ne pose pas de problème lors de la première exposition, mais une hémolyse apparaîtra lors des expositions ultérieures, provoquées par les anticorps circulants. Cela peut arriver au cours de la grossesse :

La mère Rh- peut fabriquer des anticorps anti-Rh+ si le fœtus est Rh+. Les anticorps anti-Rh traversant le placenta, lorsqu'une mère Rh- a fabriqué des anticorps anti-Rh, ceux-ci passent chez le fœtus et une hémolyse fœtale massive va survenir. elle peut être fatale pour le fœtus.

L'administration d'anticorps anti-Rh prévient la fabrication d'anticorps anti-Rh par le patient Rh-. Les anticorps anti-Rh doivent être administrés aux sujets Rh- recevant du sang Rh+, ou aux mères Rh- mettant au monde un nouveau-né Rh+ (des passages d'hématies fœtales vers la circulation maternelle surviennent en effet lors de l'accouchement). Les doses recommandées sont d'une dose (300 µg/flacon) par 15 ml de sang Rh+ transfusé.

Complications des transfusions

Hémolyse aiguë

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

Conduite à tenir :

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

Réactions transfusionnelles non hémolytiques

Signes : anxiété, prurit, dyspnée modérée

Conduite à tenir :

- Arrêter la transfusion

Si urticaire :

- Ralentir la transfusion
- Donner des antipyrétiques et des corticoïdes

Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post-transfusionnelles :

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

Complications métaboliques des transfusions sanguines

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

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

Complications infectieuses post-transfusionnelles

- Hépatite virale B ou C.
- VIH.
- Infections bactériennes.
- Paludisme post-transfusionnel.

FICHE TECHNIQUE N° 19 : TEST DE COMPATIBILITÉ SANGUINE AU LIT DE LA MALADE (AVANT TRANSFUSION)

- Se laver les mains ou porter des gants.
- apprêter une plaque (ou papier bristol) et un capuchon d'aiguille.
- Y déposer deux gouttes du sérum de la patiente, sérum issu du sang préalablement prélevé sur tube sec.
- Y ajouter une goutte de sang à transfuser.
- Mélanger l'ensemble sur le support.
- Avoir une bonne source de lumière.
- Faire balancer entre les mains pour détecter une éventuelle agglutination.
- Laisser reposer un peu (5 mn) et revoir encore.
- Noter sur le papier bristol :
 - Les noms et prénom de la patiente ;
 - Le numéro du flacon transfusé ;
 - Le groupe du flacon transfusé ;
 - Les initiales de l'agent transfuseur ;
 - La date de la transfusion.
- Laisser sécher et épingler le bristol au dossier.
- Noter dans le dossier de la patiente la date de péremption du flacon.
- Surveiller la patiente après le démarrage de la transfusion, à la recherche de prurit localisé ou non, d'urticaire, de douleurs, de frissons.

Résultats :

- Si agglutination = incompatibilité: ne pas brancher et renvoyer le flacon à la banque de sang.
- Si pas d'agglutination du tout = sang supposé compatible :
 - Le brancher sans oublier de surveiller.
- En cas de doute = refaire le test.

4.7. Menace d'accouchement prématuré (MAP)

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter au CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Rassurer la patiente et la famille ; • Faire l'examen physique ; • Mettre la patiente au repos ; • Conseiller de porter de garnitures propres si rupture prématurée des membranes ; • Donner un tocolytique ou un antispasmodique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Salbutamol suppo : 1suppo matin et soir <u>OU</u> ○ Buthyl hyocine ou phloroglucinol (Spasfon) : 2 cp - matin, midi et soir. • En cas de fièvre, donner le paracétamol 500 mg ; • Evacuer.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente ; • Idem CSCoM. • Demander les examens complémentaires : NFS, dosage de la CRP (Proteine C Reactive) pour confirmer l'infection : un examen cyto bactériologique des urines (ECBU), un prélèvement endocervical, TDR, GE, échographie par voie abdominale si possible (présentation, biométrie, vitalité, placenta). • Evaluer la sévérité : <p>Si MAP légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller le repos et les mesures hygiéno-diététiques ; • Donner un tocolytique ou un antispasmodique : <ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol suppo 1suppo matin et soir <u>OU</u> • Buthyl hyocine ou phloroglucinol (Spasfon) 2 cp matin, midi et soir. • Traiter la cause si possible. <p>Si MAP sévère dilatation du col > 3 cm :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser ; • Faire la tocolyse (dans le but d'inhiber les contractions utérines) : Nifédipine 10 mg : 1 cp toutes les 15 minutes pendant 1 heure puis Nifédipine 20 mg forme retard toutes les 12 heures ; • Faire la corticothérapie (améliorer la maturité pulmonaire fœtale) entre 26 et 34 SA : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bétaméthasone (Célestine) 3 ampoules soit 12 mg en IM, à renouveler 24 h plus tard à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas <u>OU</u>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dexaméthasone 6 mg en IM toutes les 12 heures pendant 48 heures (soit 4 doses) à renouveler 15 jours après si la femme n'accouche pas. • Traiter la cause si possible. • Si l'accouchement prématuré est inévitable
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District

4.8. Diabète et grossesse

Un diabète doit être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont satisfaits :

- Glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL) 8 à 12 heures de jeûne.
- OU
- Glycémie à deux heures après ingestion de glucose orale de 75 g (test oral de tolérance au glucose (TOTG) $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL).
- OU
- Glycémie aléatoire $> 11,1$ mmol/L (200 mg/dL).
- OU
- Hémoglobine glyquée (HbA1c) ≥ 48 mmol/l (équivalant à 6,5 %).

➤ Diabète gestationnel :

Critères diagnostiques du diabète gestationnel :

- Au premier trimestre : recherche de signe clinique (Polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, asthénie physique importante...) si présent, contrôle de la glycémie.

Chez les femmes avec 1 facteur de risque ou plus :

- Demander une glycémie à jeun :
 - Si glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l = Diabète de type 2.
 - Si glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l = Diabète gestationnel.
- Entre 24 et 28 SA : Si glycémie à jeun $< 0,92$ g/l ou non faite :
 - Réaliser hyper glycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec 75 g de glucose avec mesure de la glycémie à jeun, 1 h et à 2 h.
- Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) → diabète gestationnel (en présence ou non des facteurs de risque).

a. Gestes d'urgence devant certaines complications :

En cas d'hypoglycémie (hypersudation, palpitation, faim, vertiges, énervement, agitation) :

Si glycémie $< 0,7$ g/l :

- Donner 5g de sucre pour 15 kg.

Si hypoglycémie sévère (glycémie $< 0,5$ g/l avec possibilité de coma) :

- Prendre une voie veineuse avec le sérum glucosé 5% ou 10% ou 30% ;
- Evacuer au besoin.

En cas d'acidocétose (polyurie, polydipsie, amaigrissement, polypnée, halène de fruits pourris, troubles gastro-intestinaux).

Si glycémie $\geq 2,5\text{g/l}$, glycosurie ++, plus acétonurie ++ et plus (risque de coma) :

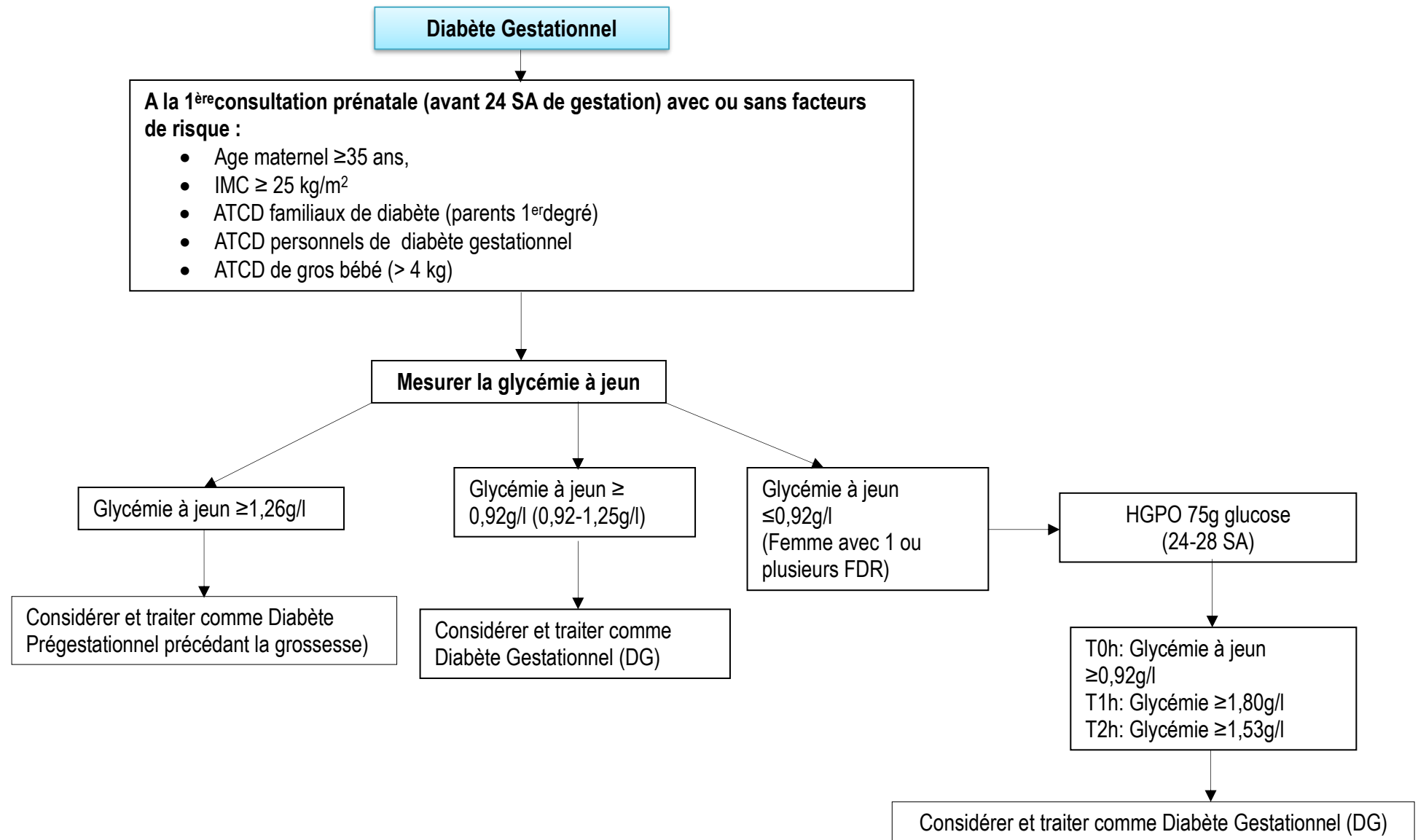
- Prendre la voie veineuse avec le sérum salé 9 ‰ et administrer de l'insuline ordinaire (10 UI en IV et 10 UI en IM) ;
- Placer une sonde urinaire à demeure ;
- Evacuer au besoin.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village	Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, notion de diabète dans la famille : <ul style="list-style-type: none"> • Orienter/réfé rer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, glycosurie significative deux croix ou plus, à deux reprises 48 heures d'intervalle en absence d'une alimentation copieuse la veille : <ul style="list-style-type: none"> • Demander la glycémie à jeun si âge supérieur à 35 ans, surpoids/obésité, antécédent de diabète dans la famille, antécédent de diabète gestationnel, macrosomie, mort-né à répétition. • Réfé rer. <p>N.B : Toute glycémie à jeun élevée (>0,92g/l) avec ou sans les facteurs de risque est référée</p>
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. Si abondance des urines, soif excessive, amaigrissement, glucosurie significative deux croix ou plus, à deux reprises 48heures d'intervalle en absence d'une alimentation copieuse la veille) : <ul style="list-style-type: none"> • Demander le test de confirmation du diabète gestationnel (HGPO). <p>Si le test est positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller le régime alimentaire équilibré et activité physique régulière. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer une insulinothérapie optimisée. • Faire surveillance glycémique stricte (au moins 4 contrôles/jour) pour adapter le traitement : glycémie $\leq 0,95\text{g/l}$ à jeun, et $<1,20\text{g/l}$ en post prandial (2 heures après le repas). <p>En cas de diabète connu (Type 1 ou Type 2) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Type 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre insuline à dose optimisée. ➤ Type 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter les antidiabétiques oraux. • Instaurer une insulinothérapie optimisée.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement. <p><u>N.B</u> :</p> <p>Après accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'alimentation normale et activité physique modérée à adapter au cas par cas. • Diminuer de moitié les doses d'insuline après délivrance. • Assurer la prise charge du nouveau-né fragile par un pédiatre ou donner du glucose 10 % par voie orale (à la petite cuillère ou à la seringue) <u>ET</u> • Référer.
<p><i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du District. • Prendre en charge les complications chez la femme et le nouveau-né.

N.B : La prise en charge du diabète et grossesse est pluridisciplinaire (diabétologue, gynécologue-obstétricien, pédiatre, néonatalogiste et réanimateur).

Prise en charge du diabète gestationnel

4.9. Drépanocytose et grossesse

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/référer au CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la patiente et la famille. • Expliquer les facteurs déclenchants des crises douloureuses (effort physique, déshydratation, fièvre, exposition au froid). • Faire l'examen physique. • Donner des conseils nutritionnels. • Donner l'acide folique : 5 mg par jour en per os. • Donner albendazole : 400 mg en une prise au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre à renouveler 6 mois après. • Référer dans une structure où on peut faire la prise en charge.
Hôpital du District	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Confirmer le diagnostic par l'électrophorèse de l'hémoglobine. • Demander un bilan de suivi de base (NFS, CRP (Proteine C Reactive), groupage-Rhésus plus phénotype érythrocytaire, RAI, Ferritine sérique). • Donner de l'acide folique : 5 mg par jour en per os pendant toute la grossesse et jusqu'à 40 jours après l'accouchement. • Donner la SP. • Référer les femmes enceintes drépanocytaires au Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose (CRLD) au CHU du Point « G » Bamako. <p>En cas de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et placer le sérum bicarbonaté 14% ou le sérum salé isotonique (pour hydratation). <ul style="list-style-type: none"> • Donner un antalgique de préférence de palier II Paracétamol + Tramadol 500 mg per os ou IV toutes les 4 heures. • Référer dans une structure où on peut faire la prise en charge.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<p align="center">EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence et CRLD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Programmer des consultations mensuelles en collaboration avec le gynécologue-obstétricien référent dès la 20^{ème} SA. • Vérifier que le bilan de suivi de base est fait, si non le faire. • Compléter le bilan de base par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultation ophtalmologique : Fond d'œil gauche et droit (FODG) avec examen aux trois miroirs (V3M) ; ○ Echographie de la vésicule biliaire ; ○ Echographie obstétricale ; ○ ECBU. • Supplémenter en acide folique : 5 mg/jour en per os. • Donner la SP. Si Hb < 7g/dl : <ul style="list-style-type: none"> • Transfuser de concentré de globules rouges phénotypé • Préparer la femme à l'accouchement par un programme transfusionnel pour maintenir le taux d'Hb ≥ 10 g/dL à partir de la 24^{ème} SA. • Définir la voie d'accouchement. • Hospitaliser la femme au moins une semaine avant la date prévue pour l'accouchement. • Mettre en réserve au moins deux (2) poches déconcentrées de globules rouges phénotypé pour une éventuelle transfusion en post-partum. • Faire le dépistage systématiquement chez le nouveau-né à partir du sang du cordon ombilical

N.B : Toute crise même non compliquée doit faire l'objet d'une hospitalisation chez la femme enceinte drépanocytaire.

4.10. Hépatites virales et grossesse

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<p align="center">Village/ communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la patiente. • Orienter/référent la patiente vers le CSCom.
<p align="center">CSCom</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la patiente. • Référent.
<p align="center">Hôpital du District</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Rassurer la patiente. Si phase aigüe : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitaliser.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Demander le bilan : sérologie, HVC, AgHbs, TP, transaminases Si antigène Hbs positif ou si phase chronique : • Prendre en charge si possible • Référer au gastro-hépto-entérologue. • Assurer le suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital du District. • Prise en charge multidisciplinaire (obstétricien, gastro-hépto-entérologue) • Suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

N.B : Chez le nouveau-né, administrer dans 24 premières heures de la naissance 200 UI d'immunoglobulines spécifiques du VHB et le vaccin de l'hépatite B en deux sites différents ; mais l'idéal est de l'administrer dans les 12 premières heures.

4.11. VIH et Grossesse (cf. PMTE)

X. SOINS PERNATALS

A. SOINS PERNATALS

1. Etapes

N.B : Faire l'évaluation initiale rapide (cf. soins prénatals : Evaluation initiale rapide). Se référer à la check-list dès l'admission de la femme jusqu'à l'accouchement (cf. check list de l'OMS).

Les éléments ci-dessous sont valables pour toutes les étapes :

- Répondre aux besoins, aux préférences et aux questions de la femme avec une attitude positive.
- S'assurer que les interventions sont expliquées à la femme, que le consentement éclairé verbal ou le cas échéant, écrit pour les examens pelviens et autres procédures est obtenu auprès de la femme.
- Appliquer les soins maternels respectueux au tout long du processus d'accouchement ([cf. Fiche technique N° 22](#)).
 - Accueillir la parturiente
 - Interroger la parturiente ([cf. Fiche technique N° 20](#))
 - Examiner la parturiente ([cf. Fiche technique N° 21](#)).

N.B : Palper toujours le pouls en même temps que l'auscultation des BCF pour faire la différence entre les BCF et les battements cardiaques de la mère. Au cours du travail, la surveillance doit être rigoureuse.

- Surveiller le travail à l'aide du partographe dont le remplissage commence à partir de 5 cm de dilatation. (cf. Fiche technique n° 23 : Utilisation du partographe). Au cours de la surveillance du travail :
- Procéder à l'expulsion.

C'est la période la plus dangereuse pour la mère et le fœtus ([cf. Fiches techniques N° 24 : Accouchement du sommet](#) et [n° 25 Accouchement du siège](#)).

FICHE TECHNIQUE N° 20 : INTERROGATOIRE/ENREGISTREMENT DE LA PARTURIENTE

- Assurer la confidentialité.
 - Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi grossesse.
Si elle a un carnet/fiche de suivi grossesse : si nécessaire la carte d'adhésion à l'association de santé communautaire ;
 - Prendre connaissance des :
 - observations des différentes visites prénatales ;
 - risques identifiés pendant la grossesse ;
 - résultats des examens complémentaires.
 Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse :
 - Demander les informations sur :
 - l'identité de la femme ;
 - les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques ;
 - le déroulement de la grossesse actuelle ([cf. Consultation prénatale](#)).
 - Demander à la femme l'heure du début des premières contractions utérines, leur caractère (fréquence ; durée et intensité des douleurs).
 - Demander si elle a perdu le bouchon muqueux, des liquides ou du sang.
 - Demander à la parturiente séropositive, si elle a reçu le traitement ;
 - Des contractions utérines, leur caractère (fréquence ; durée et intensité des douleurs). Assurer l'intimité de la femme.
- Demander le carnet de consultation prénatale ou chercher la fiche de suivi grossesse.
Si elle a un carnet/fiche de suivi grossesse : si nécessaire la carte d'adhésion à l'association de santé communautaire.
 - Prendre connaissance des :
 - Observations des différentes visites prénatales ;
 - Risques identifiés pendant la grossesse ;
 - Résultats des examens complémentaires.
 Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse :
 - Demander les informations sur :
 - L'identité de la femme ;
 - Les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux, gynécologiques ;
 - Le déroulement de la grossesse actuelle ([Cf. Consultation prénatale](#)).
 - Demander à la femme l'heure du début des premières contractions
 - Demander si elle a perdu le bouchon muqueux, des liquides ou du sang.
 - Demander à la parturiente séropositive, si elle a reçu le traitement.

FICHE TECHNIQUE N° 21 : EXAMEN DE LA FEMME EN TRAVAIL

- Expliquer le déroulement de l'examen à la femme.
- Faire l'examen général :**
- Demander à la femme d'uriner.
- Prélever un échantillon d'urines pour l'examen à la bandelette.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Aider la femme à s'installer sur la table d'accouchement.
- Procéder à un sondage vésical si la femme n'a pas pu uriner.
- Prendre les constantes (TA, température, pouls, fréquence respiratoire).
- Vérifier l'état des conjonctives.
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs.
- Procéder à une toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ou un antiseptique.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Faire l'examen obstétrical de la parturiente :**
- Faire l'inspection de l'abdomen : sa forme, la présence de cicatrice, son axe de développement.
- Mesurer la hauteur utérine (HU) en cm.
- Palper l'abdomen (position du fœtus ; localisation des pôles fœtaux).
- Apprécier la fréquence et la durée des contractions utérines (CU) en les comptant.
- Rechercher et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) après une contraction utérine douloureuse.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Porter des gants stériles.
- Faire un toucher vaginal et apprécier 5 éléments essentiels :
 - le périnée : longueur, état, présence d'une étroitesse ou d'une béance vulvaire ;
 - le col : les modifications du col utérin (sa position, sa consistance, sa longueur et son degré de dilation) ; le segment inférieur constitué ou pas ;
 - l'état de la poche des eaux : absente, présente (plate ou bombante)
 - la présentation : la hauteur (la descente) ; le nombre de cm qui séparent la présentation du niveau des épines sciatiques ; la nature, la variété et l'orientation de la présentation ;
 - le bassin son orientation ; le type de bassin : normal, limite, rétréci ou asymétrique ; l'état des parties molles : les releveurs de l'anus, les muscles du périnée.
- Plonger les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle appropriée.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Poser le diagnostic du travail.
- Etablir le pronostic de l'accouchement.
- Informer la femme des résultats de l'examen.
- Noter les informations recueillies sur le partographe.

FICHE TECHNIQUE N° 22 : SOINS MATERNELS RESPECTUEUX

Quels droits pour les clientes

Droit 1 : Toute femme a le droit de conserver son intégrité et de ne pas être soumise à de mauvais traitements.

♣ **Personne ne peut vous maltraiter physiquement.**

Droit 2 : Toute femme a le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus, libre et éclairé, et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis...) pendant qu'elle reçoit des soins de maternité.

♣ **Personne ne peut vous forcer ou vous faire quoi que ce soit sans que vous en ayez connaissance, ni sans votre consentement.**

Droit 3 : Toute femme a le droit au respect de sa vie privée, et à la confidentialité des informations la concernant.

♣ **Personne ne peut violer votre intimité, ni révéler votre identité ou les informations à caractère personnel vous concernant.**

Droit 4 : Toute femme a le droit d'être traitée avec **dignité** et **respect**.

♣ **Personne ne peut vous humilier ou vous maltraiter verbalement.**

Droit 5 : Toute femme a droit à l'**égalité**, à l'**absence** de **discrimination**, et a des **soins équitables**.

♣ **Personne ne peut exercer de discrimination à votre égard, pour quelque motif que ce soit.**

Droit 6 : Toute femme a le droit de bénéficier de **soins de santé** et de jouir du **meilleur état de santé** possible.

♣ **Personne ne peut vous empêcher d'obtenir les soins de maternité dont vous avez besoin.**

Droit 7 : Toute femme a le droit à la **liberté**, à l'**autonomie**, à l'**auto-détermination** et **elle ne peut être forcée** à quoi que ce soit.

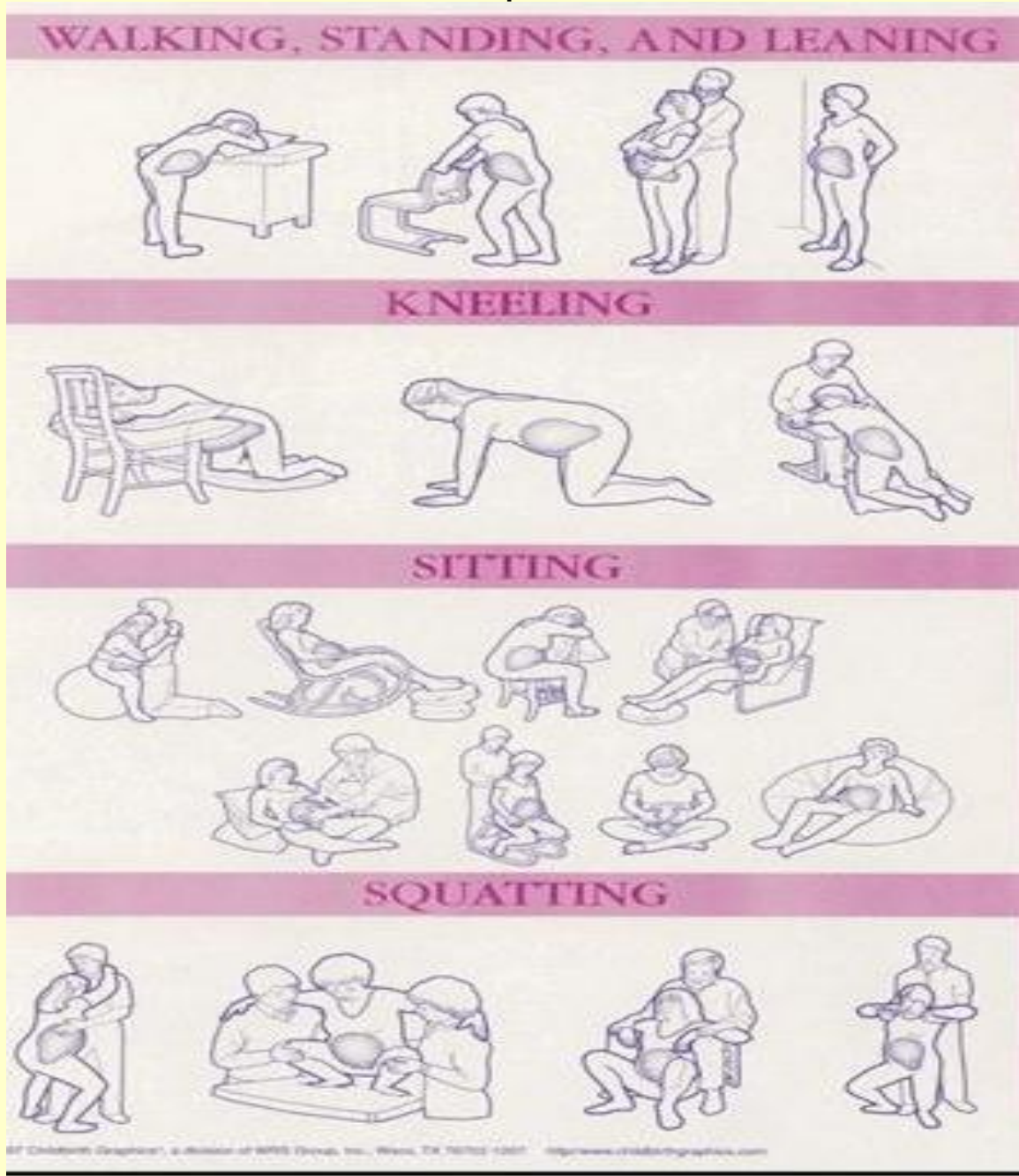
♣ **Personne ne peut vous détenir, vous ou votre bébé, sans autorisation légale.**

Quelles Pratiques pour promouvoir les soins maternels respectueux ?

- Présence du compagnon ou mari pendant le travail/femmes de la famille lors du travail
 - S'assurer que toute femme en travail ait un compagnon pendant le travail
 - De préférence lui laisser le soin de choisir le compagnon
 - Un compagnon de sexe féminin et membre de la famille semble avoir un impact plus positif sur le dénouement de l'accouchement
 - Le soutien d'une femme de la famille améliore le dénouement du travail.

- Autoriser la femme à boire et à s'alimenter pendant le travail
 - Le travail entraîne une consommation d'énergie
 - Il faut autoriser la parturiente à boire et à manger selon ses besoins
 - Aussi bien les boissons que les aliments peuvent être donnés en petites quantités.
- Déambulation
 - Il ne faut pas obliger la parturiente à rester couchée sur le dos en permanence
 - La déambulation doit être encouragée
 - En cas de besoin le compagnon peut aider la parturiente à déambuler

Adopter la position désirée pendant le travail et l'accouchement : Important !!!



Please tick if the woman used any of these positions during either labour L or birth B



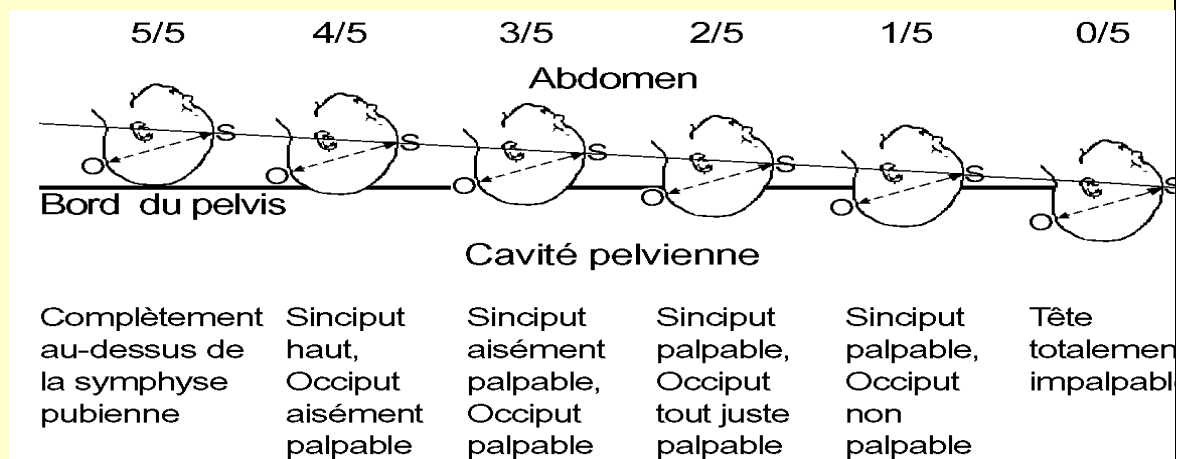
N'OUBLIONS JAMAIS DE SOULAGER DE LA DOULEUR !!!




FICHE TECHNIQUE N° 23 : UTILISATION DU PARTOGRAPHE

Le partographe OMS

Le partographe de l'OMS a été modifié afin d'en simplifier l'utilisation. Désormais, la phase de latence n'y figure plus et le tracé ne commence qu'avec la phase active, une fois que le col a atteint une dilatation de 5 cm. Les informations à consigner sur le partogramme sont les suivantes :

- Renseignements concernant la patiente : remplir les rubriques nom, gestité, parité, numéro de dossier, date et heure d'admission, heure de rupture des membranes...
- Rythme cardiaque fœtal : toutes les demi-heures.
- Liquide amniotique : couleur du liquide amniotique à chaque toucher vaginal, inscrire en outre :
 - un **I** si les membranes sont intactes ;
 - un **R** si les membranes sont rompues ;
 - un **C** si les membranes sont rompues et que le liquide amniotique est clair ;
 - un **M** si le liquide amniotique est teinté de méconium ;
 - un **S** si le liquide amniotique est teinté de sang.
- Modelage de la tête : noter :
 - 1 : si les os du crâne sont apposés ;
 - 2 : s'ils se chevauchent mais que le chevauchement est réductible ;
 - 3 : s'ils se chevauchent et que le chevauchement est irréductible.
- Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal toutes les 2 heures et marquer d'une croix (X), commencer le tracé de la courbe à 5 cm.
- Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de dilatation et se terminant au point où la dilatation doit être complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure.
- Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 heures plus à droite.
- Descente évaluée à la palpation de l'abdomen : concerne la partie de la tête (divisée en 5) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal ; à 0/5, le sinciput (B) est au niveau de la symphyse pubienne.



- Nombre d'heures : concerne le temps écoulé depuis le début de la phase active du travail (observé ou déduit). Heure : l'heure qu'il est.
- Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée (en secondes) :
 -  si elles durent moins de 20 secondes ;
 -  si elles durent entre 20 et 40 secondes ;
 -  si elles durent plus de 40 secondes.
- Ocytocine : en cas d'utilisation, noter toutes les 30 minutes la quantité d'ocytocine administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes par minute.
- Médicaments : noter tout apport médicamenteux.
- Pouls : toutes les 30 minutes et marquer d'un point (●).
- Tension artérielle : mesurer toutes les 4 h et indiquer avec des flèches.
- Température : toutes les 2 heures.
- Urine : quantité de protéines, d'acétone et volume : noter à chaque miction.

PARTOGRAMME NIVEAU CS / CSCOM

Région / District de : _____ District sanitaire de : _____
 Commune de : _____ Structure : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____

Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____
 Village / Quartier / Fraction : _____ Antécédents G: _____ P: _____ V: _____ AV: _____ IIG: _____
 Entrée à la maternité : Date : ____/____/20____ Heure : ____h ____min Motif : _____
 Début du travail Date : ____/____/20____ Heure : ____h ____min Rupture de membranes Heure : ____h ____min

RISQUE	NORMAL	REF/EVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm	Moins de 150 cm	TA		Moins 14/9	Convulsion et/ou plus de 14/9
Hémorragie	Non	Oui	Pouls		Moins 100	Plus de 100
A terme	Oui	Entre 28 et 37 semaines	Température		Moins 37°6	Sup. ou égale à 38°
CPN	Nbre : _____	Gross à risque	HU		Moins 36 cm	Plus de 36 cm
Césarienne dernier accouch	Non	Oui	BCF		Plus de 120	moins de 120 ou plus de 160
Présentation	Sommet	Non céphalique	Contraction		2 par 5 mn	Plus de 1 par 2 mn (en début de travail)
Dernier enfant mort-né	Non	Oui	PDE		Liq. Clair ou intact	Liq. teinté ou Rupture de plus de 12H

Autres facteurs de risque	

Accouchement		
Numéro l'accoucheur (se) :		
Date: ____ / ____ / 20____		
1. Heure: ____h ____mn		
2. Heure: ____h ____mn		
3. Heure: ____h ____mn		
Normal	Alerte	Référence
Expulsion		Expulsion
<45mn		>45mn
Eutocique	dystocique	
Traitement /soins		

AFGAR	1mn			5mn		
	1	2	3	1	2	3
PulsEC						
Respirato						
Tonus						
Réflex						
Coloration						
TOTAL						

DELIVRANCE TYPE Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréte Poids: _____ grs

Référence / Evacuation: Oui Non Si oui Motif: _____ Vers quelle structure: _____

DATE: _____ HEURE: _____ Longueur cordon: _____ cm, Petit côté: _____ cm

FICHE DE PARTOGRAMME NIVEAU CERCLE / DISTRICT SANITAIRE

Région / District de : _____ District sanitaire de : _____
 Commune de : _____ Structure : _____

Nom et qualification de l'agent à l'accueil : _____
 Nom de la Femme : _____ Age : _____ Nom du mari : _____
 Village / Quartier / Fraction : _____ Antécédents G: _____ P: _____ V: _____ AV: _____ IIG: _____
 Entrée à la maternité : Date : ____/____/20____ Heure : ____h ____min Motif : _____
 Début du travail Date : ____/____/20____ Heure : ____h ____min Rupture des membranes Heure : ____h ____min

RISQUE	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION	1er EXAMEN	VALEUR	NORMAL	ALERTE	REF/EVACUATION
Taille	Plus de 150 cm		< 150 cm	TA		< 14/9	entre 14/9 et 16/10	> 16/10
Hémorragie	NON		OUI	Pouls		< 100	> 100	
Alisme	OUI	28-32 SA		T°		< 37°5	38°	> 38°
CPN	Nbre : _____	NON	Gross. à risque	HU		< 36 cm	36 cm	> 36 cm
Césarienne dernier accouché	NON		OUI	BCF		120-180/mn	100-120/mn 180-180/mn	< 100/mn ou > 180/mn
Présentation	Sommet	Siège/face	Epaule/front	Contractions		1/5 mm	< 1/5 mm	= 1/2 mn (en début de travail)
Dernier enfant	Vivant	Mort-né		PDE		Inode ou Liq. clair	Liq. teinté	Rompue 12H

Autres facteurs de risque

.....

.....

.....

.....

Accouchement:

Nom de l'accoucheur (se) : _____

Date : ____/____/20____

1. Heure : ____h ____m

2. Heure : ____h ____m

3. Heure : ____h ____m

Normal	Alerte	Référence
Expulsion		Expulsion
<45mn		>45mn
Eutocique	dystocique	

Traitement /soins : _____

AFGR	1mn			5mn		
	1	2	3	1	2	3
PulsEB						
Respirator						
Tous						
Râles						
Glorion						
TOTAL						

DELIVRANCE TYPE Naturelle Active (GATPA) Artificielle Révision utérine

PLACENTA Complet Incomplet Acréta Poids: _____ grs

Référence / Evacuation: Oui Non Si oui Motif: _____

Vers quelle structure: _____

Longueur cordon: _____ cm, Petit côté: _____ cm

FICHE DE SURVEILLANCE DU POST PARTUM

Région/District de : District sanitaire :

Commune de : Centre de santé :

Prénom et Nom de la femme : Age :

Résidence :

Date et heure d'accouchement :

Mère dans les 6 premières heures du post partum														
Période / Paramètre	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	30 mn	30 mn	1 h	1 h	1 h
<i>Globe de sécurité</i>														
<i>Saignement vaginal</i>														
<i>Tension Artérielle</i>														
<i>Pouls</i>														
<i>Température</i>														

Mère après 6 heures jusqu'à 24 heures du post partum						
Période / Paramètre	3 H	3 H	3 H	3 H	3 H	3 H
<i>Globe de sécurité</i>						
<i>Saignement vaginal</i>						
<i>Tension Artérielle</i>						
<i>Pouls</i>						
<i>Température</i>						

Valeurs de surveillance			
Paramètres	Normale	Alerte	Référence
Saignement	Minime	Moyen	Abondant
Globe de sécurité	Bien formé (dur)	-	Mal formé (mou)
Pouls	Moins de 100	Entre 100 et 140	Plus de 140
TA	Moins de 14/9	14/9	> 14/9
Température	37°5	38°	Plus de 38°
Traitement et observation			

N.B : Pour chaque paramètre écrire la valeur dans les colonnes.

Nouveau-né dans les 6 premières heures du post partum														
Période / Paramètre	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	15 mn	30 mn	30 mn	1 h	1 h	1 h
Température														
Coloration														
Saignement ombilical														
Respiration														
Allaitement Maternel														

N.B : Pour chaque paramètre écrire la valeur dans les colonnes.

Nouveau-né après 6 heures jusqu'à 24 heures du post partum						
Période / Paramètre	3 H	3 H	3 H	3 H	3 H	3 H
Température						
Coloration						
Saignement ombilical						
Respiration						
Allaitement Maternel						

CHECK LIST DE L'OMS

Avant la Naissance | LISTE DE CONTROLE POUR ACCOUCHEMENT SECURISE - modifiée pour le Mali mars2015

1. A l'admission et surveillance du travail

- Demandez à la Mère son carnet de santé et vérifiez ses visites anténatales et ses taux d'hémoglobine
- Assurez-vous que les gants et les produits pour laver les mains sont disponibles pour chaque examen vaginal.
- Assurez-vous que les produits et les matériels essentiels, recommandés par les PNP/SR, sont disponibles et à portée de main pour l'accouchement

Est-ce que la parturiente doit être évacuée ?

- Non
- Oui déjà planifiée

Vérifiez les critères de référence/évacuation du partogramme

Partographe commencé?

- Non: commencera à ≥ 4 cm
- Oui :

Vérifier que le col se dilate d'au moins 1 cm/heure à la phase active, puis

- Toutes les 30 mn: notez le pouls de la Mère, la fréquence des CU et les BCF
- Toutes les 2 heures, prenez la température et toutes les 4 heures la tension artérielle
- Appréciez la couleur/odeur du liquide amniotique toutes les 2 heures si poche rompue

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Ecoulement vaginal malodorant; ou
- Rupture des membranes > 12 heures

La mère a-t-elle besoin de commencer:

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez du sulfate de magnésium si:

- Pré-éclampsie sévère:
 - Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsions ou coma

Antirétroviraux?

- Non, VIH confirmé négatif
- Oui, déjà administré
- Si statut VIH non connu, test de dépistage proposé
- Non applicable (site non PTME et personnels non formés en counseling VIH)

- Encouragez la présence d'une accompagnante à l'accouchement (choisi par la mère)
- Expliquez à la Mère qu'elle doit demander de l'aide besoin

Demandez de l'aide en cas de:

- Saignements
- Fortes douleurs abdominales
- Maux de tête sévères ou troubles visuels
- Ne peut pas uriner
- Besoin de pousser

Rempli par: _____

2. A dilatation complète/accouchement(ou avant la Césarienne)

La mère a-t-elle besoin de commencer:

Antibiotiques?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Ecoulement vaginal malodorant; ou
- Rupture des membranes > 12 heures ;ou
- Travail prolongé de plus de 12 heures ; ou
- Césarienne

Sulfate de magnésium?

- Non
- Oui, déjà administrés

Donnez du sulfate de magnésium si:

- Pré-éclampsie sévère:
 - Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie :
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsion ou coma

Assurez-vous que les produits et matériels essentiels sont disponibles et à portée de main et prêts pour l'accouchement?

Pour la Mère

- Boîte d'accouchement
- Gants stériles
- Antiseptique ou savon neutre et eau propre, solution de décontamination
- Ocytocine 10 unités dans une seringue

Préparez-vous à assister la Mère immédiatement après l'expulsion du bébé: Confirmez que c'est un accouchement mono-fœtal (pas une grossesse gémellaire)

1. Donnez l'ocytocine dans la minute qui suit l'accouchement
2. Faites sortir le placenta
3. Massez l'utérus après l'expulsion du placenta
4. Assurez-vous que l'utérus est bien contracté

Pour le Bébé

- Linges propres
- Ciseaux stériles pour couper le cordon
- Dispositif d'aspiration de mucosités
- Masque et ballon de ventilation
- Vit K 1 et pommade tetracycline 1%
- Compresses stériles

Préparez-vous à assister le Bébé immédiatement après l'accouchement:

1. Séchez le bébé, gardez-le au chaud
2. S'il ne respire pas, dégagez les voies respiratoires et stimulez (tactile)
3. S'il ne respire toujours pas:
 - Demandez de l'aide
 - clamez et coupez le cordon ombilical
 - dégagez les voies respiratoires si nécessaire
 - ventilez avec le masque et ballon de ventilation

- Identification d'un autre assistant prêt à assister l'accouchement en cas de besoin

Rempli par: _____

Après la Naissance | LISTE DE CONTROLE POUR ACCOUCHEMENT SECURISE- modifiée pour le Mali mars2015

3. Juste après la naissance (dans l'heure qui suit)

Est-ce que la Mère saigne anormalement?

- Non
 Oui: demande de l'aide

La Mère a-t-elle besoin de Antibiotiques?

- Non
 Oui, déjà administrés

Sulfate de magnésium?

- Non
 Oui, déjà administrés

Le Bébé a-t-il besoin de:

Etre transféré ?

- Non
 Oui, déjà planifié

Antibiotiques?

- Non
 Oui, déjà administrés

Soins spécifiques/suivi?

- Non
 Oui, déjà planifié

Antirétroviraux?

- Non
 Oui, déjà planifié

- Contact peau-à-peau et allaitement commencés (si la Mère et le Bébé sont en bonne santé)**
 Assurez-vous que la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut demander de l'aide si des signes de danger se présentent

En cas de saignement anormal:

- Massez l'utérus
- Envisagez de donner plus d'utérotonique
- Commencez l'intraveineuse
- Traitez la cause du saignement: atonie utérine, rétention placenta/fragments, déchirure vaginale, rupture utérine

Donnez des antibiotiques à la mère si:

- La température de la mère est $\geq 38^{\circ}\text{C}$ et TDR négatif; ou
- Pertes vaginales malodorantes

Donnez du sulfate de magnésium à la mère si:

- Pre-éclampsie sévère:
 - Tension artérielle diastolique ≥ 110 mmHg et protéinurie à 3+ OU
 - Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg, protéinurie à 2+, et accompagnées de: maux de tête sévère, ou trouble visuel, ou douleur épigastrique
- Eclampsie: Tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg avec protéinurie au moins égale à 2+, plus convulsions ou coma

Vérifiez les critères de référence du partogramme

Donnez des antibiotiques au bébé si:

- des antibiotiques ont été donnés à la Mère, ou si
- le Bébé présente l'une des conditions suivantes:
 - Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
 - Tirage sous-costal marqué, geignements expiratoires, ou convulsions
 - Faible réactivité à la stimulation
 - Température du Bébé $< 35^{\circ}\text{C}$ (et qui n'augmente pas malgré le réchauffement), ou température du Bébé $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Prévoyez les soins spécifiques à administrer ou à suivre si le Bébé présente une des conditions suivantes:

- Né avant terme
- Poids à la naissance < 2500 grammes
- Indication d'antibiotiques
- Réanimation requise

Si la Mère est séropositive, suivre les directives locales pour le Bébé (la prophylaxie doit être débutée dans les 12 heures qui suivent la naissance)

Rempli par: _____

4. Avant la sortie (après l'accouchement, la Mère et le Bébé doivent rester dans la structure de santé au moins 24 heures)

Est-ce que le saignement de la Mère est maîtrisé ?

- Non: Traitez et différez sa sortie
 Oui

Est-ce que la Mère doit commencer les antibiotiques ?

- Non
 Oui: Prescrivez-en et différez sa sortie

Est-ce que le Bébé doit commencer les antibiotiques ?

- Non
 Oui:
 - si référence, administrez la 1^{ère} dose
 - Si prise en charge locale, prescrivez-en, différez la sortie, administrez les soins spécifiques

Est-ce que le Bébé tète bien ?

- Non: Assurez-vous du respect des bonnes pratiques d'allaitement, et différez la sortie
 Oui

Si la Mère est séropositive, est-ce que la Mère et le Bébé ont suffisamment d'ARV pour 6 semaines ?

- Oui
 Parlez à la Mère et offrez-lui plusieurs options de planification familiale.
 Prescrivez du fer pour une durée de 2 mois avant la sortie
 Rappeler le calendrier de suivi postnatal et assurez-vous que la Mère/son Accompagnant comprennent qu'il faut se rendre à la structure la plus proche si des signes de danger /urgence se présentent

Rempli par: _____

SIGNES DE DANGER

Chez la Mère:

- Saignement / lochies purulentes
- Sévères maux de tête ou troubles visuels
- Crises convulsives
- Douleur abdominale sévère
- Difficultés respiratoires
- Fièvre ou frissons
- Difficulté à uriner

Chez le Bébé

- Respiration rapide/difficile
- Fièvre
- Peau anormalement froide
- Incapacité de téter
- Diminution de la réactivité
- Tout le corps devient jaune
- Crises convulsives
- Saignement ombilical

FICHE TECHNIQUE N° 24 : ACCOUCHEMENT DE LA PRESENTATION CEPHALIQUE - SOMMET

S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement est complet, stérile ou DHN :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon, les sécher à l'air libre ou les essuyer avec un linge individuel propre et sec ;
- Porter des gants stériles ;
- Faire la toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ;
- Rassurer la parturiente, la calmer ;
- Lui expliquer les étapes de l'expulsion ;
- Faire comprendre à la parturiente l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion ;
- Expliquer à l'avance comment pousser et récupérer entre les efforts expulsifs ;
- Ausculter et compter régulièrement les BCF, après chaque effort expulsif ;
- Surveiller la progression du mobile fœtal ;
- Demander à la femme de pousser pendant la contraction, quand la tête est à la vulve ;
- Surveiller le périnée et le protéger avec une compresse ou un linge propre ;
- Faire au besoin une épisiotomie ([Cf. Fiche technique n° 26 : Episiotomie](#)).

FICHE TECHNIQUE N° 25 : ACCOUCHEMENT DU SIEGE

- Rassurer la femme ;
- S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement est complet stérile ou DHN ;
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou essuyer avec un linge individuel, propre et sec ;
- Porter des gants stériles ;
- Faire la toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse;
- Rassurer la parturiente, la calmer ;
- Lui expliquer les étapes de l'expulsion ;
- Faire comprendre à la parturiente l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion ;
- Expliquer à l'avance comment pousser et récupérer entre les efforts expulsifs ;
- Ausculter et compter régulièrement les BCF, après chaque effort expulsif ;
- Demander à la femme de pousser pendant la contraction ;
- Surveiller la progression du mobile fœtal ;
- Ne pas toucher, ni tirer sur le corps du fœtus
- Faire une courte anse sur le cordon, dès l'apparition de l'ombilic fœtal ;
- Surveiller le périnée et le protéger ;
- Maintenir le plan du dos en avant, ne pas laisser le fœtus faire une rotation postérieure ;
- Avant l'apparition des épaules, diriger le travail en évitant la déflexion de la tête fœtale ;
- Faire au besoin une épisiotomie ([Cf. Fiche technique n° 26 : Episiotomie – Soins pernatals](#)) ;
- Faire une épisiotomie prophylactique, surtout chez la primipare ;
- Dégager la tête dernière, doucement par flexion.

N.B : Pour l'accouchement du siège :

- Eviter toute rupture précoce des membranes ;
- Placer une perfusion d'oxytocine à dilatation complète si cela n'avait pas été fait.

N.B : L'accouchement chez une parturiente séropositive se fera dans les mêmes conditions que chez les autres femmes.

➤ Épisiotomie

L'épisiotomie ne doit pas être pratiquée de manière systématique.

FICHE TECHNIQUE N° 26 : LA PRATIQUE DE L'ÉPISIOTOMIE

Pratiquer l'épisiotomie

S'assurer que le matériel nécessaire pour l'épisiotomie est complet, stérile

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

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

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

Réparer l'épisiotomie

La réparation de l'épisiotomie est faite après la délivrance. Il faut veiller à ce que les berges de la plaie soient adaptées bord à bord. Expliquer à l'accouchée ce que vous allez faire en la rassurant :

- Demander si elle n'est pas allergique à la xylocaïne ;
- Faire une infiltration sous épithéliale de la muqueuse vaginale, sous cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec de la xylocaïne 2% ;
- Attendre environ 2 minutes pour vérifier la disparition de la douleur ;
- Vider la vessie ;
- Badigeonner le lieu de l'épisiotomie et la région autour avec un antiseptique non alcoolisé ;
- Introduire une boule de compresse dans le vagin pour empêcher la sortie de sang et mieux mettre en relief les berges de l'incision ;

- Commencer par la suture de la muqueuse vaginale, environ 1 cm au-dessus de la partie la plus externe de l'épisiotomie et suturer par un surjet jusqu'au niveau de l'orifice vaginale ;
- Suturer le plan musculaire par des points séparés ;
- Suturer le plan cutané par des points séparés en s'assurant que la coaptation est parfaite, surtout à la jonction de la muqueuse et de la peau
- Retirer la boule de compresse du vagin
- Vérifier l'absence de saignement
- Faire un toucher rectal systématique pour vérifier l'absence de lésion du sphincter anal ;
- Changer de gants ;
- Nettoyer le périnée avec l'antiseptique ;

Faire le suivi

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

En cas d'infection donner une double antibiothérapie : ampicilline 500 mg per os par jour, pendant 5 jours + métronidazole 500 mg per os par jour, pendant 5 jours.

Si l'infection est sévère donner une triple association d'antibiotiques :

- Ampicilline 1g en IV toutes les 6 heures.
- Gentamicine 80 mg IM toutes les 8 heures.
- Métronidazole 500 mg IV toutes les 8 heures.

Dès que l'accouchée est apyrétique pendant 48 heures, donner :

- Ampicilline 500 mg per os par jour, pendant 5 jours, associée à ;
- Métronidazole 500 mg per os, 3 fois par jour, pendant 5 jours.
- Réaliser une suture secondaire dans 2 à 4 semaines si l'infection est amendée.

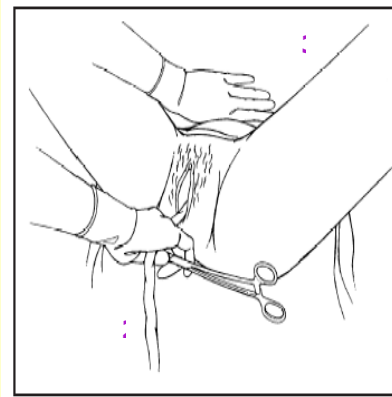
➤ **Délivrance :****Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)****FICHE TECHNIQUE N° 27 : GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PERIODE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)**

Etape 1: Administrer de l'oxytocine à la femme dans la minute qui suit l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus

Etape 2: Exercer une traction contrôlée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus :

1. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons.
2. Maintenir le cordon et la pince dans une main (voir la figure).
3. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la femme (voir la figure).
4. Attendre une contraction utérine.
5. Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (en direction de la tête de la femme)
6. Avec l'autre main, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas (suivre la direction du bassin) Tirer de façon constante et douce – éviter de tirer avec une motion saccadée ou violente.
7. Si **le placenta ne descend pas**, cesser de tirer sur le cordon, puis ne plus exercer une pression sur l'utérus. Attendre une contraction utérine et répéter les étapes 2 à 6.
8. Ne pas encourager la femme à pousser pendant la traction contrôlée du cordon.
9. Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. Tirer lentement pour parachever la délivrance.
 - Ne pas relâcher la contre traction sur l'utérus avant que le placenta ne soit visible à la vulve
 - Si **les membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte-tampons pour retirer tous les débris de membranes.

Position des mains pour la traction contrôlée



Actions à prendre dans le cas où la GATPA ne se déroule pas comme décrite ci-dessus :

- Si **le placenta ne se décolle pas** de la paroi utérine après quatre (4) essais d'une traction contrôlée, penser à un placenta accreta et **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**
- Si **le cordon a été préalablement rompu**, demander à la femme de s'accroupir et faire expulser le placenta. Si le placenta n'est pas délivré après cette intervention, **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**
- En cas d'**inversion utérine**, **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**
- Si **le cordon est arraché**, **appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.**

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

Etape 3: Masser si nécessaire le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte. Parfois du sang ou des caillots de sang sont expulsés au moment du massage utérin.

Soins après la délivrance du placenta :

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

Soins pendant le post-partum immédiat (0-24heures du post-partum)

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

Surveiller étroitement le saignement vaginal, le globe de sécurité et les signes vitaux pendant les 6 premières heures du post-partum : selon les indications suivantes :

Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis toutes les heures pendant 3 heures et chaque 3 heures pendant les 18 heures restantes :

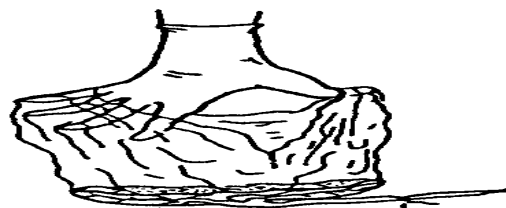
- Vérifier les signes vitaux (tension artérielle et pouls)
- Surveiller le saignement vaginal
- Vérifier le globe de sécurité

Toutes les 4 heures

- Vérifier la température et la respiration

Toutes les heures

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



Examen du placenta

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

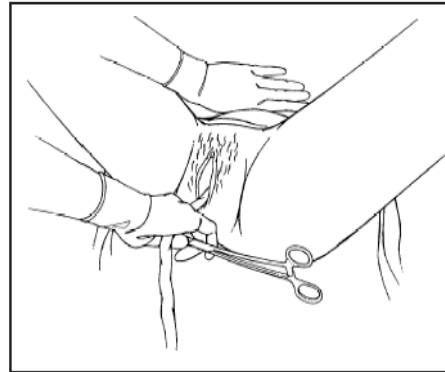
Etape 1

Administrer de l'oxytocine à la femme immédiatement après l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus



Etape 2

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



Etape 3

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



➤ Délivrance artificielle

FICHE TECHNIQUE N° 28 : DELIVRANCE ARTIFICIELLE**Préparer l'accouchée :**

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

Se préparer :

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

Principales étapes de la manœuvre :

- Badigeonner la région sous ombilicale, le périnée, la vulve, et le vagin de l'accouchée avec une solution antiseptique non alcoolisée.
- Vider la vessie.
- Installer des champs stériles (si disponibles).
- Introduire la main dans le vagin :
 - Prendre le cordon ombilical par la pince qui le clampé.
 - Tendre le cordon, de la main gauche, doucement jusqu'à ce qu'il soit horizontal.
 - Introduire la main droite en supination (main d'accoucheur) dans le vagin en suivant le cordon ombilical.
 - Empaumer le fond utérin avec la main gauche, dès que la main droite atteint l'orifice cervical.
 - Introduire la main droite dans la cavité utérine jusqu'à atteindre le site d'implantation du placenta, pendant que la main gauche maintient fermement le fond utérin.
- Décoller le placenta :
 - Retrouver le bord le plus proche du placenta.
 - Orienter la main selon l'insertion antérieure ou postérieure du placenta.
 - Décoller doucement et complètement le placenta en glissant le bord cubital entre le placenta et la paroi utérine.
 - Surveiller, tout au long de la manœuvre l'accouchée pour une conduite adéquate en cas de complication.

- Extraire le placenta :
 - Déplacer la main gauche en sus-pubienne pour déplisser le segment inférieur.
 - Faire une révision utérine pour s'assurer qu'aucun cotylédon et/ou membrane ne soit resté pendant que la main droite est encore dans l'utérus.
 - Ramener le placenta hors des voies génitales de l'accouchée.
 - Recueillir le placenta dans un plateau.
- Prodiguer des soins :
 - Vérifier la rétraction utérine et la quantité de saignement.
 - Renforcer la rétraction utérine par une injection de 5 UI d'oxytocine en IVD ou à défaut 3 cp de misoprostol en sub linguale.
 - Demander à un aide de masser l'utérus à travers la paroi abdominale pour faciliter des contractions utérines et un globe utérin de qualité.
- Examiner le placenta pour vérifier son intégrité. S'il manque un cotylédon ou un morceau de membranes, il faut remettre la main dans l'utérus pour l'enlever.
- Examiner attentivement l'accouchée et réparer toute déchirure du col, du vagin ou du périnée.
- Faire un massage utérin si nécessaire.
 - Le massage utérin est indiqué dans les cas où le saignement ne s'arrête pas et/ou la rétraction utérine est mauvaise.
 - Placer la main droite gantée dans le vagin jusqu'à atteindre le col.
 - Fermer le poing avec la main droite pour bloquer l'utérus.
 - Empaumer le fond utérin avec la main gauche gantée.
 - Masser l'utérus avec fermeté jusqu'à l'obtention du globe de sécurité.
- Faire une compression bi manuelle en cas de persistance du saignement après le massage utérin :
 - Placer une perfusion de 10 UI de syntocinon avec un bolus de 5 UI en intraveineuse.
 - Retirer les gants
 - Remettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.
 - Introduire la main droite dans le vagin.
 - Pousser l'utérus vers le bas avec la main gauche.
 - Comprimer l'utérus entre les deux mains pendant 10 à 15 minutes.
 - Contrôler l'arrêt du saignement.
 - Procéder à un nouvel examen sous valves si le saignement persiste.
 - Réintroduire la main droite dans le vagin.
 - Fermer le poing au contact du col de l'utérus.
 - Si le saignement persiste malgré tout, procéder à un examen plus attentif sous valves et, éventuellement à une laparotomie.
- Surveillance après la délivrance artificielle :
 - Surveiller activement l'accouchée jusqu'à la disparition des effets de l'anesthésie.
 - Surveiller le pouls la tension artérielle, et la respiration de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.
 - Palper l'utérus pour vérifier la persistance du globe de sécurité.
 - Rechercher un saignement anormal à la vulve.
 - Transfuser si nécessaire.

N.B :

Si la rétention placentaire est due à un anneau de constriction ou si l'accouchement a eu lieu depuis plusieurs heures ou plusieurs jours, il peut être impossible d'introduire la main en entier dans l'utérus. Il faut alors extraire le placenta fragment par fragment à l'aide de deux doigts, d'une pince kelly placentaire.

➤ **Révision utérine****FICHE TECHNIQUE N° 29 : REVISION UTERINE****Préparer l'accouchée :**

- Informer l'accouchée et ses parents de la révision utérine, en leur expliquant le but et les résultats attendus de la manœuvre.
- Prendre une bonne voie veineuse au cathéter avec du Ringer lactate ou du sérum salé.
- Prélever du sang pour :
 - groupe sanguin rhésus
 - taux d'hémoglobine.
- Installer l'accouchée en position gynécologique et en position de Trendelenburg si nécessaire.
- Profiter de cette préparation pour faire une évaluation initiale : prendre les constantes, apprécier la coloration des conjonctives et des muqueuses, apprécier la rétraction utérine.

Se préparer :

- Porter des barrières de protection : tablier, bottes en caoutchouc, bonnet, bavette, lunettes.
- Se laver chirurgicalement les mains et les sécher à l'air libre ou avec une compresse stérile ou un linge individuel, propre et sec.
- Porter des gants stériles ou des gants DHN, gants de révision si disponibles.

Principales étapes de la manœuvre :

- Faire administrer lentement 10 mg de diazépam en IV.
- Administrer une antibiothérapie préventive avec l'antibiotique :
 - Ampicilline 2 g en IV ;
 - Métronidazole 500 mg en IV.
- Badigeonner la région sous ombilicale le périnée, la vulve, et le vagin de l'accouchée avec la solution antiseptique.
- Vider la vessie.
- Installer des champs opératoires si disponibles.
- Introduire la main droite, les doigts réunis en cône (main d'accoucheur) dans le vagin, puis dans l'utérus jusqu'au fond utérin.
- Empaumer et maintenir fermement le fond utérin à travers le champ opératoire avec la main gauche dès l'introduction de la main droite.
- Ouvrir la main droite et explorer méthodiquement toutes les parois utérines.
- Vérifier la vacuité utérine et l'intégrité de l'utérus.
- Retirer la main droite en ramenant d'éventuels restes placentaires (cotylédons et/ou membranes).
- Vérifier l'obtention d'un bon globe de sécurité.
- Faire administrer 5 UI oxytocine en IV et 5 UI dans la perfusion en cours.
- Faire masser si nécessaire, le fond utérin par un aide à travers le champ opératoire.
- Examiner attentivement l'accouchée et réparer toute déchirure du col, du vagin ou du périnée.

Dans le cas où le saignement ne s'arrêterait pas et/ou la rétraction utérine est mauvaise, faire un massage utérin :

- Placer la main droite gantée dans le vagin jusqu'à atteindre le col ;
- Fermer le poing avec la main droite pour bloquer l'utérus ;
- Empaumer le fond utérin avec la main gauche gantée ;
- Masser l'utérus avec fermeté jusqu'à l'obtention du globe de sécurité.
- Faire une compression bi manuelle en cas de persistance du saignement après le massage utérin:
 - Placer une perfusion de 10 UI d'oxytocine avec un bolus de 5 UI en intraveineuse directe.
 - Retirer les gants
 - Remettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.
 - Introduire la main droite dans le vagin.
 - Pousser l'utérus vers le bas avec la main gauche.
 - Comprimer l'utérus entre les deux mains pendant 10 à 15 minutes.
 - Contrôler l'arrêt du saignement.
 - Procéder à un nouvel examen sous valves si le saignement persiste.
 - Réintroduire la main droite dans le vagin.
 - Fermer le poing au contact du col de l'utérus.
 - Si le saignement persiste malgré tout, procéder à un examen plus attentif sous valves et, éventuellement à une hystérectomie.
- Surveillance après révision utérine :
 - Surveiller activement l'accouchée jusqu'à la disparition des effets de l'anesthésie.
 - Surveiller le pouls la tension artérielle, et la respiration de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.
 - Palper l'utérus pour vérifier la persistance du globe de sécurité.
 - Rechercher un saignement anormal à la vulve.
 - Transfuser si nécessaire.

2. Prise en charge des pathologies et des complications au cours de l'accouchement

➤ Prise en charge du Placenta praevia (PP) par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> ● Accueillir la parturiente. ● Rassurer. ● Prendre une voie veineuse avec cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. ● Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin et faire le taux d'hématocrite/hémoglobine (Ht/Hb) si possible. ● Placer une sonde vésicale à demeure

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des donneurs de sang. <p>N.B :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut faire attention au TV car risque d'aggravation du saignement. • Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine). <p>Si PP non recouvrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vider la vessie. • Rompre la poche des eaux si accessible. • Surveiller l'évolution du travail. • Evacuer si l'hémorragie persiste. <p>Si PP recouvrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evacuer. <p>N.B : Eviter les TV, car risque d'aggravation du saignement.</p>
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16 ou 18 G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique. • Placer une sonde vésicale à demeure (débit urinaire). • Surveiller, contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience) et noter sur le partogramme. • Demander Groupe sanguin – Rhésus et taux Hb/Ht, TP, TCA. • Faire le test de coagulation (cf. Fiche technique n° 16 : Test de Coagulation au lit de la patiente). • Pratiquer un examen échographique si disponible mais cela ne doit pas retarder la prise en charge. • Prescrire le traitement martial (sulfate ou fumarate ferreux à raison de 120 mg/jour pendant au moins un mois). • Réanimer au besoin. (cf. Algorithme Placenta praevia - Soins pernatals).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Réanimer au besoin.

➤ **Prise en charge de l'hématome retro placentaire par niveau :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<p>Village/Communautaire</p> <p>CSCom</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé. • Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin et faire le Taux hématocrite – Hémoglobine (Ht/Hb) si possible. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Prévoir un donneur de sang. <p>N.B : Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine).</p> <p>Si la dilatation est presque complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompre les membranes. • Faire l'accouchement. • Evacuer ensuite d'urgence avec des donneurs de sang. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible <p>Si début de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rompre les membranes si possible. • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible.
<p>Hôpital de District</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Faire l'examen. • Demander Groupe sanguin – Rhésus et taux Hb/Ht ou NFS, TP, TCA. • Faire le test de coagulation (cf. Fiche technique n° 16: Test de Coagulation au lit de la patiente). • Placer une sonde vésicale à demeure. <p>N.B : Ne pas oublier de mesurer la cupule et de peser le caillot.</p>
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Faire les prélèvements sanguins pour fibrinogène, PDF (produits de dégradation de la fibrine).

➤ Prise en charge de la Rupture utérine (RU)

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<p><i>Village/Communautaire</i></p> <p>CSCCom</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé. • Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Examiner. <p>N.B : Les cristalloïdes (sérum salé, Ringer) sont mieux que les colloïdes (Dextran, Rhéomacrodex, Albumine).</p> <p>Si état choc (cf. Prise en charge par niveau de l'état de choc soins périnataux).</p> <p>Si pas de choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Prélever du sang pour le groupage sanguin rhésus, au besoin. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Prévoir des donneurs de sang. • Evacuer. • Donner de l'oxygène au cours du transport si possible.
<p>Hôpital de district</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Placer une sonde vésicale à demeure. • Examiner la femme. • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupage sanguin – Rhésus ; • Test de Coagulation au lit de la patiente (cf. Fiche technique n° 16 : Test de Coagulation au lit de la patiente). <ul style="list-style-type: none"> ○ TP TCA. <p>Si état hémodynamique stable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta. <p>Si les berges ne sont pas nécrosées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réparer la lésion utérine. <p>S'il est impossible de réparer la brèche (nécrose) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'hystérectomie. <p>Si les lésions s'étendent au col et au vagin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une hystérectomie totale ; • Faire une antibiothérapie ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV associé à 160 mg/jour de gentamycine en IM ; ○ Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 12 h. ● Surveiller : Le pouls, la TA (toutes les 15 mn), la T° (3 fois/jour), la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn), l'état de conscience (toutes les 15 mn), la diurèse toutes les heures. <p>Si état de choc (cf. Prise en charge par niveau de l'état de choc).</p>
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> ● Idem Hôpital de district.

➤ **Prise en charge par niveau de l'éclampsie :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> ● Accueillir la parturiente. ● Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. ● Examiner la parturiente. ● Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (cou en hyper extension, placer canule de Mayo ou bâillon sans étouffer, désencombrer si nécessaire). ● Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ la dose pré-transfert de sulfate de magnésium (cf. Fiche technique n° 14 : modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la prééclampsie sévère et l'éclampsie). OU à défaut ○ Diazépam 10 mg en IV et 10 mg en IM ● Placer une sonde urinaire (Foley). ● Evacuer si accouchement non imminent ou après accouchement

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique • Administrer le sulfate de magnésium (cf. Fiche technique n° 14: modalité d'administration du sulfate de magnésium pour la prééclampsie sévère et l'éclampsie) • Pratiquer la césarienne. • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures. • Référer la femme à un hôpital de 2^{ème} Référence pour une prise en charge si nécessaire. <p>Si phase active : Privilégier la voie basse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accélérer le travail par : <ul style="list-style-type: none"> ○ La rupture de la poche des eaux (PDE) si intacte ; ○ La perfusion d'ocytocine si nécessaire (cf. Fiche technique n° 30: Utilisation de l'ocytocine). • Pratiquer l'épisiotomie si nécessaire (cf. Fiche technique n° 26 : pratique de l'épisiotomie). • Procéder à l'accouchement. <p>Si souffrance fœtale ou dilatation stationnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la césarienne. • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration (cf. : fiche de surveillance du post partum : Partographe) et la diurèse de l'accouchée.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Prise en charge spécialisée.

N.B :

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

FICHE TECHNIQUE N° 30 : UTILISATION DE L'OXYTOCINE

Indications :

- Hypocinésie Hématome rétro placentaire (HRP).
- Déclenchement du travail

Contre-indications :

- Utérus cicatriciel ;
- présentation vicieuse
- obstacle praevia
- disproportion foeto- pelvienne

Technique d'administration :

- Préparer une perfusion de 5 UI d'ocytocine dans 500 ml de SG 5%.
- Administrer à la dose de 8 gouttes/mn.
- Passer à 12 gouttes/mn après 15 minutes, puis 16 gouttes/mn après une autre 15 minutes et ainsi de suite, jusqu'à obtenir des contractions de durée et de fréquence suffisantes.
- Ne pas dépasser 32 gouttes/mn.

Faire le suivi du travail sous perfusion d'ocytocine

La dilatation progresse d'au moins 1 cm par heure :

- Continuer la surveillance.

La fréquence des contractions dépasse une contraction toutes les 2 minutes en phase de latence ou en début de phase active, ou la durée des contractions dépasse 90 secondes :

- Diminuer la vitesse de la perfusion de 4 gouttes/minutes et vérifier après 15 minutes.

La dilatation reste stationnaire ou une souffrance fœtale apparaît, quelle que soit le degré de la dilatation :

- Arrêter la perfusion d'ocytocine.
- La remplacer par une perfusion de sérum glucosé à 5 % faire coucher la femme sur le côté gauche.
- Continuer la surveillance ou référer d'urgence.

N.B :

Il ne faut jamais faire de perfusion d'ocytocine chez une femme qui doit être référée.

La perfusion d'ocytocine doit être faite sous surveillance rigoureuse de la mère et du fœtus par un personnel qualifié (sage-femme, médecin ou infirmière obstétricienne)

➤ **Prise en charge par niveau de l'anémie sévère :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente ; • Rassurer la femme ; • Faire l'examen physique ; • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G ; • Prévoir 2 donneurs ; • Evacuer la patiente en décubitus latéral gauche, buste légèrement relevé. <p>Si dilatation complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'accouchement (par ventouse ou forceps si possible). • Evacuer après accouchement <p>Si dilatation non complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evacuer la patiente</i>
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Oxygéner. • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupage sanguin – Rhésus ; ○ Numération formule sanguine plus plaquettes. • Transfuser selon les standards de transfusion (cf. Fiches techniques n°18 : transfusion sanguine, n° 19 : test de compatibilité sanguine au lit de la malade et n° 16 : test de coagulation au lit de la patiente des soins prénatals). • Diriger le travail (utilisation du partographe, actions correctrices si nécessaire) ; • Procéder à l'accouchement ; • Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la diurèse de l'accouchée toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures et toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures. <p>N.B : Des saignements de moins de 500 ml peuvent entraîner une décompensation avec collapsus cardiovasculaire chez une femme anémiée.</p>
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district

➤ **Prise en charge par niveau du travail prolongé :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter vers le centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer la femme. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfuser du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Evacuer.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district

Accouchement prématuré :

Etapas : cf. **Accouchement normal.**

N.B :

- Si céphalique : épisiotomie et/ou extraction par forceps.
- Préparer le matériel de réanimation du nouveau-né.
- Prévenir le pédiatre pour le transfert du nouveau-né en néonatalogie.
- Rechercher la cause après l'accouchement et traiter.

➤ **Prise en charge par niveau de la procidence du cordon :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. <p><i>Si cordon non pulsatile (foetus mort) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence de contre-indications (utérus bicatriciel ; bassin généralement rétréci (BGR) ; position transverse ; etc.). <p><i>Si cordon pulsatile (foetus vivant) :</i></p> <p><u>Phase de latence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au-dessus du détroit supérieur. • Evacuer. <p><u>Phase active :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au-dessus du détroit supérieur.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Evacuer. <p>Si dilatation complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à l'accouchement instrumental ; • Préparer la réanimation du nouveau-né.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. <p>Si cordon non pulsatile (foetus mort) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le travail et faire l'accouchement par voie basse en l'absence d'autres anomalies. <p>Si cordon pulsatile (foetus vivant)</p> <p>Phase de latence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la femme en Trendelenbourg. • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au-dessus du détroit supérieur. • Pratiquer la césarienne. <p>Phase active :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refouler la présentation céphalique et la maintenir au-dessus du détroit supérieur. • Mettre la femme en position de Trendelenbourg. • Pratiquer une césarienne. <p>Si dilatation complète et foetus vivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxygéner à raison de 3 litres/mn. • Terminer l'accouchement par une application de forceps ou de ventouse. • Anticiper le besoin de réanimer le nouveau-né.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

Rétention de la tête dernière

Technique de l'accouchement dans la rétention de la tête au niveau du détroit moyen :

Respecter les règles de l'accouchement du siège : Ne toucher que pour éviter la rotation du dos vers l'arrière.

Si la rétention se fait au niveau du détroit moyen : Faire la manœuvre de Mauriceau :

Manœuvre de Mauriceau

- Introduire l'index et le majeur de la main droite *sur la pommette* de l'enfant ;
- Placer les doigts de la main gauche de chaque côté du cou de l'enfant ;
- Fléchir lentement la tête vers le bas pour la dégager de la vulve ;
- En même temps relever le corps de l'enfant vers le ventre de la mère.

Si la rétention se fait au niveau du détroit inférieur : Faire la manœuvre de Bracht :

Manœuvre de Bracht

- Prendre l'enfant par la taille et le mettre sur le ventre de la mère.

➤ **Prise en charge par niveau de la rétention placentaire totale ou partielle :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. <p>Si rétention partielle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire la révision utérine (cf. Fiche technique n° 29 : révision utérine). <p>Si rétention totale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire délivrance artificielle (cf. Fiche technique n° 28 des soins pernatals : délivrance artificielle). • Référer si nécessaire.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Transfuser au besoin (cf. Fiche technique n° 18: transfusion sanguine).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

3. Soins au nouveau-né et à la mère

3.1. Donner les soins immédiats au nouveau-né et à la mère

Etape 1	Sécher et stimuler : Mettre le nouveau-né sur un linge propre et sec sur le ventre de sa mère tout en l'essuyant. Ensuite changer de linge. Bien sécher le nouveau-né sauf ses mains.
Etape 2	Noter l'heure de naissance et le sexe du bébé et informer la mère d'une voix assez forte
Etape 3	Evaluer la respiration et la coloration.
Etape 4	<p>Décider si une réanimation est nécessaire (cf. fiche technique réanimation N° 31: réanimation du nouveau-né.)</p> <p>Si le bébé ne respire pas, tout en le laissant sur le ventre de sa mère, positionner-le en aspirant ses voies respiratoires et en le stimulant</p> <p>Si le bébé ne respire toujours pas, donner de l'ocytocine à la mère pour la GATPA, clamber rapidement et couper le cordon ; amener le bébé à la table de réanimation.</p>
Etape 5	Si le bébé respire, continuer avec les soins de routine. Enlever le tissu mouillé et placer le nouveau-né peau-à-peau sur la poitrine de la mère.
Etape 6	Injecter à la mère de l'ocytocine pour la GATPA

-
- Etape 7** Ligaturer et couper le cordon (quelque soit le statut sérologique VIH de la mère) après cessation des battements du cordon si le nouveau-né ne nécessite pas de réanimation et appliquer la Chlorhexidine 7.1% sur le cordon ([cf. Fiche technique N° 32: utilisation de la Chlorhexidine pour les soins du cordon](#))
- Etape 8** Extraire le placenta en utilisant la traction contrôlée du cordon (TCC)
- Etape 9** Masser l'utérus une fois le placenta enlevé si globe non formé
- Etape 10** Examiner le placenta pour s'assurer qu'il est complet
- Etape 11** Vérifier le périnée et le vagin pour voir s'il y a des déchirures. Effectuer des réparations s'il y a lieu.
- Etape 12** Nettoyer la mère et lui mettre une garniture.
- Etape 13** Initier l'Allaitement Maternel
- Etape 14** Appliquer le collyre ou la pommade ophtalmique selon les recommandations nationales.
- Etape 15** Peser l'enfant – mensurations
- Etape 16** Administrer la vitamine K1.
- Etape 17** Identifier l'enfant (sexe et noms de la mère et du père).
- Etape 18** Nettoyer ou donner au besoin le bain du nouveau-né de mère séropositive en évitant de le refroidir.

3.2. Prise en charge des problèmes du nouveau-né

➤ **Prise en charge par niveau de l'asphyxie :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Ecouter le cri. • Regarder les mouvements respiratoires. Si pas de cri ou en cas de difficultés respiratoires : • Sécher le nouveau-né sans le laver et le maintenir au chaud. • Placer le nouveau-né sur le côté, en position déclive cela permet de sortir une partie des sécrétions. • Enrouler la compresse sur le doigt pour enlever doucement les sécrétions en commençant par la bouche suivie du nez. • Pratiquer la stimulation tactile : <ul style="list-style-type: none"> ○ en frottant doucement le dos ; ○ en chatouillant/tapotant les plantes des pieds (seulement deux ou trois fois – ne pas le faire de manière répétée). Si le nouveau-né crie : • Donner les soins immédiats. • Informer la mère de la décision de référence; • Organiser le transport. • Amener le nouveau-né au CSCom pour avis.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la réanimation (cf. Fiche technique n° 31: Réanimation du nouveau-né).
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Donner les soins spécialisés si nécessaire.

N.B :

- **Ne jamais prendre le nouveau-né par les pieds, tête en bas ceci peut provoquer une hémorragie au niveau du cerveau.**
- **Tout nouveau-né réanimé doit être vu par le pédiatre/médecin avant sa sortie.**

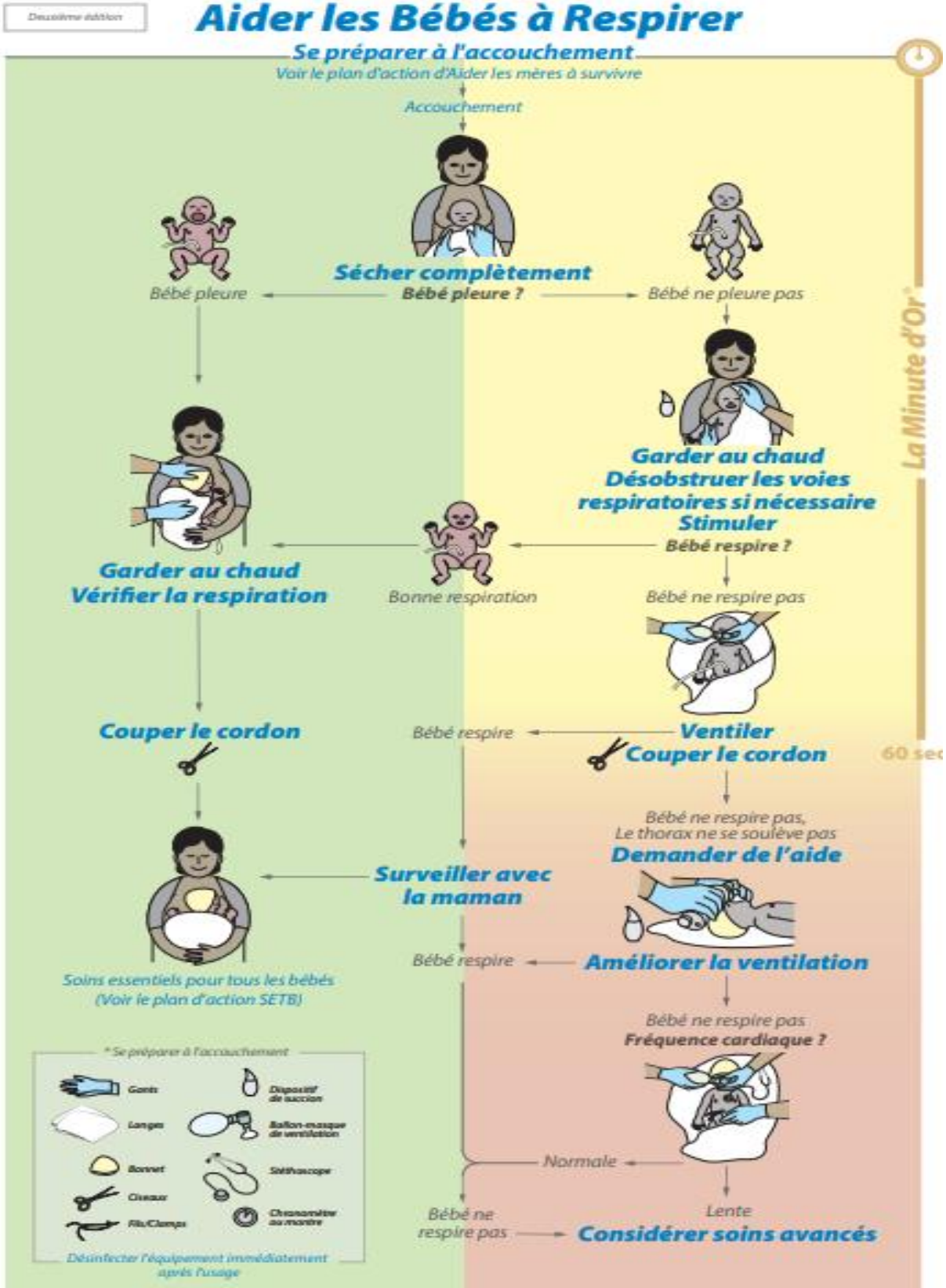
➤ Soins au nouveau-né après réanimation réussie :

- Vérifier la respiration (adéquate) et la coloration (rosée) ;
- Maintenir le nouveau-né au chaud ;
- Faire les autres soins de base du nouveau-né (cordon, yeux, vitamine K1) ;
- Observer les mesures de prévention des infections ;
- Conseiller à la mère d'allaiter dès stabilisation du nouveau-né.

FICHE TECHNIQUE N° 31 : REANIMATION DU NOUVEAU-NE

PRÉPARATION POUR LA RÉANIMATION
Vérifier la présence des matériels, sa propreté/stérilité et sa fonctionnalité
1. S'assurer que la température de la salle est chaude, qu'il n'y a pas de courant d'air, ni de fenêtres ouvertes.
2. Chauffage au besoin, si disponible.
3. Assurer la propreté de la surface de la table.
4. Préparer et rassembler : 3 à 5 draps propres pour sécher et envelopper le bébé (bonnet si possible, couvertures si nécessaires).
<ul style="list-style-type: none"> • Compresses de gaze ou morceaux de tissu propres.
<ul style="list-style-type: none"> • Gants stériles.
<ul style="list-style-type: none"> • Aspirateur ou nécessaire pour aspiration.
<ul style="list-style-type: none"> • Sonde 8F et 10 F.
<ul style="list-style-type: none"> • Ballon autogonflable de réanimation avec des masques faciaux pour bébé (n°1 pour bébés de taille normale, n°0 pour les bébés de faible poids à la naissance).
<ul style="list-style-type: none"> • Source d'oxygène s'il y en a – si cylindre(s), vérifie si pleine.
<ul style="list-style-type: none"> • Thermomètre.
<ul style="list-style-type: none"> • Horloge avec aiguille seconde.
<ul style="list-style-type: none"> • Stéthoscope.
ETAPES DE LA RÉANIMATION
5. Se laver les mains et porter des gants stériles.
6. Recevoir le nouveau-né dans un linge propre/stérile, sec et chaud.
7. Si le bébé ne respire pas, clamber et couper le cordon immédiatement et informer la mère.
8. Essuyer le visage du bébé, sécher le bébé et mettre de côté le tissu mouillé.
9. Placer le bébé sur son dos sur une surface chaude et bien éclairée, tête placée du côté du réanimateur.
10. Avec un autre tissu sec et stérile/propre, envelopper le corps et la tête du bébé, en laissant la poitrine exposée, et vérifier encore une fois si le bébé respire.
11. Si le bébé ne respire toujours pas, dégager la voie respiratoire par l'aspiration (la bouche d'abord, le nez ensuite) avec : <ul style="list-style-type: none"> • Une sonde d'aspiration reliée à un appareil d'aspiration mécanique (pression à vide ne dépassant pas 130 cm d'eau ou 100 mm Hg). S'assurer que : <ul style="list-style-type: none"> • La sonde d'aspiration est introduite suffisamment pour une aspiration efficace, mais pas plus de 5 cm dans la bouche ou 3 cm dans les narines. • L'aspiration est exécutée avec douceur et seulement lors du retrait du tube, et non lors de son introduction.
12. Commencer la ventilation si le bébé ne respire toujours pas ou s'il gaspe**.

13. Placer le cou du bébé en légère extension en tirant la tête et le cou avec les mains ou en plaçant un petit rouleau de tissu sous ses épaules.
14. S'assurer que le masque est bien appliqué de façon étanche recouvrant le menton, la bouche et le nez du bébé, mais pas les yeux.
15. S'assurer que la poitrine du bébé se soulève.
16. Ventiler 40 fois/minute environ ; revérifier la respiration du bébé après 1 minute.
17. Si le bébé respire, arrêter la ventilation et faire les soins de suivi.
18. Si le bébé ne respire pas ou respire mal, évaluer la fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> • Si >100/mn : Continuer à ventiler ; • Si <100/min : Vérifier les voies aériennes et l'extension du cou, repositionner le masque et recommencer la ventilation.
19. Si le bébé est bleu notamment au niveau des lèvres et de la langue, donner de l'oxygène s'il y en a, jusqu'à une coloration rose des lèvres.
20. Administration de l'oxygène : <ul style="list-style-type: none"> • Placer correctement le masque en cornet autour de la bouche et du nez du nouveau-né. • L'administration d'oxygène peut se faire de 2 manières : <ul style="list-style-type: none"> ○ En utilisant le ballon de ventilation : placer correctement le masque, ne pas oublier de presser le ballon ; ○ En utilisant directement le tube d'oxygène au-dessus des narines.
21. Vérifier périodiquement (toutes les 2 à 5 minutes) la respiration, la coloration et l'activité du bébé.
22. Si le bébé ne crie ni ne respire après 20 minutes, arrêter la réanimation.
SOINS DE SUIVI
23. Expliquer à la mère ce qui a été fait et l'état du bébé après la réanimation, ainsi que les soins supplémentaires requis dans le centre et à domicile par la suite.
24. Si l'état du bébé s'améliore, le garder au chaud, en contact peau à peau avec la mère.
25. Commencer l'allaitement maternel aussitôt que le bébé est stable et prêt à se nourrir.
26. Surveiller la respiration, la couleur et l'activité du bébé régulièrement, toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures, et toutes les 30 minutes pendant les 4 heures qui suivent. Continuer la vérification, y compris l'évaluation de l'alimentation toutes les 3 heures pendant les prochaines 48 à 72 heures.
27. Après la réanimation, revérifier périodiquement la respiration, la couleur, et l'activité du bébé.
28. S'il y a des signes de danger, ou si la réanimation a été difficile, référer après stabilisation.
29. Noter toutes les constatations et traitement fournis pour l'asphyxie à la naissance dans les dossiers de la mère et de l'enfant et dans le partogramme /registre d'accouchement.
30. Se débarrasser de façon appropriée des articles jetables usagés et s'assurer que tous les matériels sont décontaminés, nettoyés et stérilisés comme il se doit, et que de nouveaux articles jetables sont rassemblés et prêts pour l'accouchement suivant.



FICHE TECHNIQUE N° 32 : UTILISATION DE LA CHLORHEXIDINE POUR LES SOINS DU CORDON OMBILICAL

Application précoce très importante :

- Se laver les mains avec du savon et de l'eau avant d'assurer les soins du cordon ;
- Appliquer immédiatement après la section du cordon ombilical ;
- Appliquer à l'extrémité du cordon, sur le moignon et autour de sa base ;
- Répéter l'application une fois par jour pendant 7 jours ;
- Ne pas mettre d'autres substances au niveau du cordon.

N.B : Ne jamais mettre la Chlorhexidine dans les yeux ni dans les conduits auditifs. Pour cela le counseling de la maman et de l'accompagnante reste une obligation absolue avant de donner la Chlorhexidine.

3.3. Nouveau-né de petit poids de naissance

a. Identification des petits poids de naissance : (cf. Survie de l'enfant).

b. Prise en charge des nouveau-nés de petits poids de naissance :

➤ **Maintenir la température**

- Maintenir au chaud la chambre où l'on prend soin du nouveau-né (au moins 25°C) et à l'écart des courants d'air de jour comme de nuit.
- Habiller chaudement le nouveau-né (avec une ou deux couches d'habits), y compris un bonnet s'il fait froid.
- Placer le nouveau-né dans un lit avec sa mère pour favoriser le maintien de la température et l'allaitement.

➤ **Faire l'allaitement maternel exclusif**

Le lait produit par la mère d'un nouveau-né prématuré est différent du lait produit par la mère d'un nouveau-né à terme. Le lait « pré-terme » a plus de protéines dont le nouveau-né a besoin pour une croissance rapide.

- Donner de petites quantités de lait maternel au nouveau-né de PPN et de façon fréquente :
 - Extraire quelques gouttes de lait et mettre sur le bout de sein pour aider le PPN à commencer à téter ;
 - Donner au PPN de courtes pauses pendant l'allaitement. La tétée nécessite un effort important pour le PPN.

Si l'enfant ayant PPN tousse, semble suffoquer ou rejette du lait au début de la tétée (il se peut que le lait coule trop vite pour lui) :

- Apprendre à la mère à :
 - Retirer le sein de la bouche du nouveau-né ;
 - Tenir le nouveau-né contre sa poitrine pendant qu'il reprend son souffle ;
 - Remettre le nouveau-né au sein après qu'il ait repris son souffle.

Si le nouveau-né n'a pas assez d'énergie ou a un réflexe de succion faible :

- Apprendre à la mère à :
 - Extraire le lait du sein ([cf. Fiches techniques : n° 34, n° 35, n° 36 : expression manuelle du lait, technique de la bouteille chaude, technique de la seringue, technique du tire-lait](#)) ;
 - Donner le lait extrait au nouveau-né avec une cuillère ou une seringue.

➤ Assurer le suivi :

- Observer le nouveau-né pendant la tétée.
- Peser le nouveau-né une fois par semaine (il doit normalement gagner environ 1% de poids par jour).
- Prendre la température.
- Observer la peau : coloration, éruptions, pustules ou jaunisse (qui apparaît plus tôt et dure plus longtemps chez le PPN).
- Apprécier la respiration.
- Examiner :
 - Les yeux pour les écoulements ;
 - La bouche : langue, gencives ;
 - Le cordon ou le nombril.
- Conseiller la mère sur la nécessité de :
 - Protéger le PPN contre les infections ;
 - Allaiter exclusivement au sein et sur demande ;
 - Protéger le PPN contre les fumées domestiques ;
 - Revoir le nouveau-né chaque semaine pour évaluer la croissance et voir s'il y'a des problèmes ;
 - Continuer le suivi hebdomadaire jusqu'à ce que le PPN ait 2.500 grammes.
- Réviser avec la mère les signes de danger et ce qu'il faut faire.
- Référer la mère pour les services de PF.
- Pratiquer la méthode mère kangourou : ([cf. Fiche technique N° 44](#)).

3.4. Surveiller la mère et le nouveau-né pendant les 24 premières heures
([cf. Partographe et Check-list](#))

FICHE TECHNIQUE N° 33 : EXAMEN PHYSIQUE DU NOUVEAU-NE

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	RÉSULTATS NORMAUX
<i>Regarder la coloration</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La face, la poitrine, et les gencives roses. • Les mains et les pieds peuvent être bleus pendant les 48 premières heures
<i>Regarder la respiration</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration calme et peu profonde.
<i>Compter la respiration (compter pendant 1 mn)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 30-60 expirations en 1 minute. Peuvent être irrégulières : les respirations rapides suivies d'une période de pause (jusqu'à 20 secondes) sans respiration.
<i>Regarder la position des membres et le tonus musculaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bras et jambes fléchis.
<i>Regarder l'activité et le mouvement (l'examen neurologique)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bouge les deux jambes et les deux bras de manière égale. • Réflexe d'ouvrir la bouche et de chercher le mamelon quand on chatouille la joue. • Réflexe de succion.
<i>Regarder et palper la peau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun signe de déshydratation : pas de persistance du pli cutané. • Présence de petites éruptions blanches sur la face (milia).
<i>Regarder et palper la tête</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Forme inégale asymétrique à cause du moulage à l'accouchement qui disparaît au bout de 48 heures. • Un gonflement mou sur la partie de la tête qui est d'abord sorti (bosse serosanguine) peut être présent à la naissance, disparaît dans les 24 heures • Fontanelle antérieure plate.
<i>Regarder dans la bouche (quand le nouveau-né crie, mettre un doigt ganté dans la bouche et palper le palais pour voir s'il y a une fente)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les lèvres, les gencives et le palais sont entiers et symétriques.
<i>Palper le cou</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune excroissance ou gonflement.
<i>Regarder la poitrine</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La poitrine bouge en même temps que la respiration. • L'abdomen se soulève à chaque respiration.
<i>Compter pendant une minute le rythme cardiaque</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 100-160 battements par minute. • Courtes périodes de changement du rythme cardiaque avec des activités qui sont normales (comme le sommeil, l'allaitement).
<i>Regarder l'abdomen et le palper doucement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Souple, • Le bout du cordon ombilical est attaché, ne saigne pas et il est sec.
<i>Regarder les jambes (étendre les deux jambes en tenant les chevilles. Comparer la longueur des jambes et les plis cutanés inguinaux et des fesses)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux jambes doivent avoir la même longueur. • Les plis de la peau sont symétriques (les mêmes sur les deux côtés).

CE QU'IL FAUT VÉRIFIER	RÉSULTATS NORMAUX
<i>Regarder les pieds et les chevilles (faire bouger les articulations des chevilles dans toutes les positions)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux pieds se plient facilement de haut en bas (vers le genou). • Le devant du pied bouge facilement dans la position de la marche. • Au repos les pieds peuvent paraître mal formés à cause de la position du nouveau-né dans l'utérus.
<i>Regarder le dos et palper la colonne vertébrale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La peau du dos n'a pas de rides ou de plaies • La colonne vertébrale n'a aucun défaut.
<i>Regarder l'anus et demander si le méconium a été émis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau-né émet le méconium avant 24 heures.
<i>Regarder les parties génitales externes de la fille (écarter doucement les jambes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un écoulement vaginal, blanc ou sanguinolent est normal.
<i>Regarder les organes génitaux externes du garçon, tâter le scrotum</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'ouverture urétrale est au bout du pénis. • Les testicules sont sentis dans le scrotum. Il est aussi normal si les testicules ne sont pas descendus. On ne peut pas les sentir chez beaucoup de nouveau-nés à terme ou prématurés.
<i>Peser le nouveau-né et prendre les mensurations</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Poids : 2,5 -3,8 Kg • Taille : 50 cm • PC : 35 cm

N.B : Attendre au moins 6 heures après la naissance avant de procéder au bain pour les autres nouveau-nés.

L'examen du nouveau-né doit se faire quand le nouveau-né est stable.
 Tout nouveau-né doit être vu par le pédiatre/médecin avant sa sortie.

Nouveau-né de mère séropositive :([cf. PTME](#))

FICHE TECHNIQUE N° 34 : EXPRESSION MANUELLE DU LAIT

- Se mettre dans un endroit où elle se sent à l'aise et peut se détendre
- Avoir son nouveau-né à côté d'elle ou le cas échéant penser à lui ou sentir l'odeur de ses habits
- Se laver soigneusement les mains ;
- Mettre un récipient propre sur la table ou le tenir dans la main pour y recueillir son lait ;
- Se pencher en avant et soutenir le sein avec une main ;
- Placer le pouce sur l'aréole, au-dessus du mamelon et l'index sur l'aréole au-dessous du mamelon ;
- Presser avec le pouce et l'index vers l'extérieur, en les dirigeant légèrement vers la cage thoracique ;
- Presser l'aréole en arrière du mamelon, entre le pouce et l'index ;
- Presser puis lâcher, presser à nouveau puis lâcher ;
- le lait ne vient qu'après plusieurs pressions, d'abord goutte à goutte ; il peut couler en jet si le réflexe d'éjection est très fort ;
- Presser l'aréole de la même manière sur tous les côtés pour s'assurer que le lait a bien été extrait de tous les lobules de la glande mammaire.

N.B :

Ne presser pas le mamelon lui-même. Ne changez pas vos doigts de place. Pressez ou tirez le mamelon ne fait pas venir le lait.

FICHE TECHNIQUE N° 35 : TECHNIQUE DE LA BOUTEILLE CHAUDE

C'est une méthode utile pour traiter un engorgement surtout quand le sein est mou et le mamelon tendu :

- Prendre une grosse bouteille de 1 litre ou de 700 ml avec un goulot, si possible large ;
- Demander à quelqu'un de l'entourage familial de faire chauffer de l'eau et remplir presque la bouteille avec cette eau ;
- Envelopper la bouteille avec un linge et vider l'eau chaude de la bouteille ;
- Laisser refroidir le goulot de la bouteille et placer son orifice en regard du mamelon de façon à ce que les bords de l'orifice soient bien en contact avec la peau.

FICHE TECHNIQUE N° 36 : TECHNIQUE DE LA SERINGUE

- Utiliser une seringue stérile à usage unique ;
- Couper le bout de la seringue ;
- Enlever le piston pour l'adapter à la partie coupée de la seringue ;
- Placer la partie postérieure de la seringue sur le bout du mamelon ;
- Aspirer le lait en tirant le piston ;
- Verser le lait recueilli dans une tasse propre et bien fermée ;
- Administrer à la cuillère ;
- La seringue utilisée doit être jetée.

FICHE TECHNIQUE N° 37 : TECHNIQUE DU TIRE-LAIT

Quand les seins sont engorgés et les mamelons douloureux, la mère devrait s'aider d'un tire lait pour extraire le lait. Le tire lait est facile à manier quand les seins sont pleins, plus difficile quand les seins sont mous.

Il existe deux sortes de tire-lait : le tire-lait manuel et tire-lait électrique.

a) Tire-lait manuel :

Est un tube de verre spécial, muni d'une poire en caoutchouc à une extrémité et dont l'autre extrémité est évasée pour s'adapter au mamelon.

- Presser la poire en caoutchouc pour faire sortir l'air contenu dans le tire-lait ;
- Placer l'extrémité du tube sur le mamelon ;
- Assurer vous que le verre adhère bien à la peau tout autour du mamelon de façon à ce qu'il soit parfaitement étanche à l'air ;
- Lâcher la poire en caoutchouc. Le mamelon et l'aréole sont aspirés dans le tube ;
- Presser, puis lâcher plusieurs fois la poire en caoutchouc ;
- Nettoyer et stériliser le tire-lait soigneusement chaque fois que vous l'utilisez.

b) Tire-lait électrique :

Est plus efficace et convient mieux à l'usage hospitalier.

- Stérilisez le tire-lait chaque fois que vous l'utilisez.

N.B :

- **Il est difficile de nettoyer correctement la poire en caoutchouc. N'utiliser le tire-lait que dans les cas où les autres méthodes ne peuvent être employées.**
- **Le tire-lait est un moyen privilégié pour propager les infections, particulièrement dans les cas où plusieurs femmes utilisent le même tire-lait.**

XI. SOINS POSTNATALS

A. SOINS POSTNATALS

N.B : Poursuivre les séances d'Ecole Des Mères.

Les visites à domicile dans la semaine qui suit l'accouchement sont recommandées pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

FICHE TECHNIQUE N°38 : VISITES POST-NATALES

Pendant la période post-partum et post-natale quatre consultations focalisées sont requises pour la mère et le nouveau-né :

- Dans les 24 heures, évaluer l'état de la mère et du nouveau-né toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, toutes les 30 mn pendant 1 heure et toutes les heures pendant 3 heures et chaque 3 heures pendant les 18 heures restantes (cf. Surveillance de la mère et du nouveau-né dans les 24 heures).
 - **2^{ème}- 3^{ème} jour :**
 - √ **Pour la mère:**
 - Vérifier la TA, le pouls, la T°, la fréquence respiratoire, l'état des muqueuses, Procéder à l'auscultation cardio-pulmonaire ;
 - Voir l'état des seins et apprécier la montée laiteuse ;
 - Vérifier la rétraction utérine, l'abondance la coloration et l'odeur des lochies, la couleur et l'abondance des urines et la fréquence de la miction ;
 - Vérifier l'absence de fuite d'urine par l'urètre ou le vagin, l'absence d'émission de selles par le vagin, l'état des mollets.
 - √ **Pour le nouveau-né:**
 - Rechercher les signes de danger,
 - Maintenir la température,
 - Voir si le nouveau-né a uriné avant 48h et s'il a émis les selles avant 24h.
 - **Entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour :**
 - √ **Pour la mère:** Idem 3^{ème} jour
 - √ **Pour le nouveau-né:**
 - Rechercher les signes de danger, l'ictère,
 - Vérifier le poids (perte pondérale ne doit dépasser 10%).
 - **Avant la fin de la 6^{ème} semaine :**
 - √ **Pour la mère:**
 - Demander s'il y'a eu retour de couches,
 - Vérifier l'involution utérine, la présence de fistule obstétricale, problème d'allaitement.
 - √ **Pour le nouveau-né:**
 - Rechercher les signes de danger, les problèmes mineurs,
 - Vérifier le poids (perte pondérale ne doit dépasser 10%).
- Ces visites de suivi intégrées constituent une opportunité pour :
- Discuter de la planification familiale et de ses différentes options.

- Planifier les périodes de vaccination.
- Prodiquer des conseils sur le VIH et de faire les tests.
- Evaluer le bien-être de la mère à travers la prévention et la détection des complications (Par exemple: Infections, saignements, anémie, etc.).
- Faire les traitements préventifs (suppléments en fer et acide folique).
- Donner des conseils sur l'alimentation de la mère et de son bébé.

1. Etapes de la consultation

- Accueillir la femme
- Mener l'interrogatoire

N.B :

- **Après les premières 24 heures qui suivent la naissance contrôler les éléments suivants : miction et incontinence urinaire, fonction intestinale, cicatrisation des plaies périnéales, céphalées, fatigue, dorsalgie, douleur et hygiène périnéales, douleur au niveau des seins, sensibilité utérine et lochies.**
- **Evaluer à chaque visite postnatale : l'allaitement, le bien être émotionnel, le support familial et social, la violence domestique,**
- **Conseiller la reprise des rapports sexuels- à partir de 6 semaines du postpartum, si dyspareunie, revenir au centre de santé.**
- Procéder à l'examen ([cf. Fiche technique n° 39 : examen général en période postnatale](#)).
- Donner les soins au nouveau-né de 24 heures à 6 semaines ([cf. Survie enfant](#))
- Pratiquer l'allaitement ([cf. Survie nouveau-né](#))

N.B : Tous les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein de la naissance et jusqu'à six mois. A chaque visite postnatale, les mères devraient être conseillées et encouragées à poursuivre l'allaitement exclusif

- **Donner le rendez-vous pour les séances de l'école des mères.**

FICHE TECHNIQUE N°39 : EXAMEN GENERAL EN PERIODE POST NATALE

- Préparer le matériel d'examen ;
- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Faire uriner la femme ;
- Prendre la TA (assise), la température, le poids ;
- Demander à la femme de se déshabiller ;
- Apprécier l'état général ;
- Aider la femme à s'installer ;
- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec ;
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs ;
- Rechercher l'anémie ;
- Examiner les seins ;
- Vérifier la montée laiteuse ;
- Palper l'abdomen ;
- Examiner la cicatrice (si césarienne) ;
- Vérifier le globe de sécurité ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Porter les gants stériles ;
- Examiner la vulve, le périnée et l'anus ;
- Faire un TV pour vérifier l'état du vagin, du col et du corps de l'utérus et des annexes ;
- Apprécier la quantité et la couleur des lochies ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants ;
- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel propre et sec ;
- Aider la femme à se lever et à s'habiller ;
- Expliquer les résultats de l'examen à la femme, la rassurer ;
- Enregistrer les résultats de l'examen dans le carnet, les fiches opérationnelles et le registre ;
- Vérifier l'état vaccinal de la femme et de l'enfant et référer si nécessaire ;
- Demander à la femme de continuer à :
 - dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide et à utiliser les autres barrières de protection (rideaux, traverses...),
 - prendre les comprimés de fer/acide folique jusqu'à trois mois après accouchement.
- Faire l'examen au spéculum au 45^{ème} jour du post partum ;
- Noter la date et la durée du retour de couches ;
- Faire le counseling sur l'allaitement, l'alimentation, la planification familiale (LAM) et l'hygiène de vie ;
- Donner les résultats de l'examen et la rassurer ;
- Faire l'examen systématique de l'enfant : (cf. examen du nouveau-né en soins périnatales) ;
- Rassurer la femme ;
- Donner le rendez-vous à la femme pour la prochaine consultation ;
- Remercier la femme et lui dire au revoir.

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

2. Prise en charge des problèmes, pathologies et complications dans le post partum

2.1. Anomalies de la montée laiteuse (tout niveau)

Sécrétion lactée insuffisante :

- Vérifier la présence de lait en exprimant le sein.
- Conseiller à la mère d'allaiter l'enfant à la demande.
- Rappeler la bonne technique de l'allaitement.
- Conseiller à la mère de laisser l'enfant téter aussi longtemps que possible.
- Encourager les tétées de nuit.
- Conseiller le repos.
- Conseiller à la mère de boire et de manger suffisamment.

Engorgement mammaire :

Les tissus du sein sont enflammés et le lait s'accumule dans le sein :

- Masser le sein avec un tissu trempé dans de l'eau tiède, en partant du haut jusqu'au mamelon.

Si la succion est très douloureuse :

- Mettre alternativement les compresses ou tissus d'eau tiède avant la tétée et les compresses d'eau froide après chaque tétée pour soulager l'inflammation.
- Tirer le lait avant de mettre le nouveau-né au sein pour ramollir l'aréole et le mamelon ([cf. Soins post natal](#)).
- Allaiter fréquemment le nouveau-né.
- Donner le sein à l'enfant à la demande, en pressant le sein.
- Allaiter sans limiter la durée.
- Bien suspendre les seins.

Mamelons douloureux :

Se voit en général en cas de mamelon plat ou inversé, ou de mauvaise prise du sein, etc.

Au cours de la grossesse :

- Porter les soutiens gorge aux bouts coupés pour faire avancer le mamelon (mamelon plat ou inversé).

Après accouchement :

- Mettre le nouveau-né dans une position confortable pour la tétée.
- Mettre une grande partie de l'aréole dans la bouche de l'enfant.
- Commencer par le sein non endolori pour éviter une forte pression au sein endolori.
- Utiliser le doigt pour interrompre la succion du nouveau-né.
- Mettre de la glace dans un tissu propre et le placer sur le mamelon pour l'engourdir avant d'allaiter.
- Continuer à allaiter et assurer l'hygiène corporelle.

En cas du muguet :

- Amener l'enfant au centre de santé ;
- Éviter de mettre les pommades, crème ou savon sur le sein.
- Enduire le mamelon d'une goutte de lait en fin de tétée et laisser le sein à l'air.

Mastite ou inflammation du sein :

- Donner un traitement :
 - Antibiotique (Amoxicilline : 2g/jour pendant 10 jours) ;
 - Antalgique (Paracétamol 500 mg : 1 à 2 cp x 3 fois/jour) ne pas dépasser 8 cp par jour.
- Conseiller le repos.
- Appliquer alternativement des compresses tièdes et froides.
- Allaiter plus souvent au sein affecté.
- Tirer le lait au moins toutes les 2 heures et le donner au nouveau-né dans une petite tasse à la cuillère si la tétée est trop douloureuse.
- Référer au bout de trois jours s'il n'y a pas d'amélioration.

Abcès du sein :

- Référer la femme pour incision et traitement.
- Allaiter le nouveau-né au sein non affecté après incision.
- Masser le sein malade en partant du haut jusqu'au mamelon.
- Tirer le lait du sein malade le plus souvent et le jeter.
- Allaiter le nouveau-né dès la guérison du sein malade.

2.2. Paludisme chez une accouchée récente ([cf. prise en charge par niveau paludisme chez la femme en grossesse - soins prénatals](#))

2.3. Infections puerpérales

Les principales *infections puerpérales* : endométrite, pelvipéritonite, péritonite généralisée, septicémie ou un choc septique.

REMARQUE : les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge.

➤ **Prise en charge par niveau des infections puerpérales :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la patiente. • Orienter/référer au CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. Si endométrite : <ul style="list-style-type: none"> • Faire toilette vaginale matin et soir avec une solution antiseptique. • Conseiller à la femme de porter des garnitures propres. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol 500 mg : 2 cp x 3/jour ; ○ Amoxicilline 500 mg : 2 gelules x 3/jour pendant 10 jours ; ○ Métronidazole 250 mg : 2 cp x 3/jour pendant 10 jours ; ○ Gentamycine 160 mg par jour en IM

	<p>Si pas d'amélioration au bout de 3 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer. <p>Si autres tableaux : Pelvipéritonite, péritonite généralisée ou septicémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : Amoxicilline 2 g en IV. • Référer immédiatement.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente <p>Si endométrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Procéder à un prélèvement de lochies pour rechercher le germe. • Demander NFS, CRP (Proteine C Reactive). <p>Si pelvipéritonite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre une voie veineuse avec un cathéter 16G/18G et sécuriser pour faire passer le Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 2 g en IV toutes les 6 heures ; ○ Gentamycine 160 mg en IM par jour ; ○ Métronidazole 500 mg en perfusion toutes les 8 heures. <p>Si péritonite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem pelvipéritonite. • Laparotomie avec lavage péritonéal. <p>Si septicémie ou choc infectieux :</p> <p>Mesures générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. • Libérer les voies aériennes (si nécessaire). • Oxygéner 4 à 6 litres/mn. • Poser un abord veineux périphérique par 2 cathéters 16G ou 18G. • Surélever les jambes de la patiente. • Mettre une sonde urinaire à demeure. • Faire des prélèvements : NFS ou Hb/Ht, Groupage Rhésus, Hémocultures, CRP, Créatininémie, ECBU+ antibiogramme. <p>Mesures spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poser cathéter central si possible. • Procéder au remplissage vasculaire (1000 ml en 30 minutes) Ringer - Lactate, ou sérum salé 9 ‰. • Administrer précocement un vasoconstricteur (Adrénaline 1 à 2 amp dans 500 ml de sérum glucose avant l'évacuation). • Débuter l'antibiothérapie à large spectre (Ceftriaxone 2 g IVD + Métronidazole perfusion 500 mg). • Traiter la cause. • Transfert en soins intensifs.

	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le pouls, la TA (toutes les 15 mn) jusqu'à stabilisation hémodynamique ; ○ La température (chaque heure) ; ○ La fréquence respiratoire (toutes les 15 mn) ; ○ L'état de conscience (toutes les 15 mn) ; ○ La diurèse (toutes les heures). <p>N.B : Si évacuation, continuer la réanimation au cours du transport.</p> <p>Si amélioration (après 48 heures d'apyrexie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner : <ul style="list-style-type: none"> ○ Amoxicilline 500 mg : 2 gélules matin et soir pendant 10 jours ; ○ Métronidazole 500 mg : 1 cp matin, midi et soir pendant 10 jours ; • Revoir la patiente à la fin du traitement.
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Faire antibiogramme. • Référer pour soins spécialisés (réanimation, néphrologie,...).

2.4. Thrombophlébite

Prise en charge par niveau de la thrombophlébite:

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter/référer
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Administrer paracétamol 500 mg 2 cp 3 fois/jour. • Evacuer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Hospitaliser. • Donner : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol : 500 mg 2 cp 3 fois/jour ; <li style="text-align: center;">OU ○ Tramadol 100 mg toutes les 4 heures. • Demander : GS, NFS, VS, TP, TS, TC • Faire un bandage compressif. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Enoxaparine 6000 UI en SC toutes les 12 heures ; <li style="text-align: center;">OU ○ Acénocoumarol 4 mg 1 cp (1 dose). ○ Evacuer pour soins spécialisés.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Echographie Doppler.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer Héparinothérapie pendant 15 jours. • Référer à un spécialiste.

N.B : Conseiller le lever précoce à toute femme accouchée pour prévenir la thrombophlébite.

2.5. Suppuration périnéale

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Rassurer. • Orienter/référer.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Faire la toilette de la région périnéale avec une solution antiseptique. • Procéder à l'ablation des fils. • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol 500 mg: 2 cp x 3/jour si douleur ; ○ Amoxicilline 500 mg : 2 cp x 3/jour pendant 6 à 8 jours. • Référer après cicatrisation pour réparation.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCoM. • Prélèvement de pus pour rechercher le germe. • Procéder à la réparation après guérison.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Faire l'antibiogramme

2.6. Hémorragie du post partum

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amener la femme d'urgence au centre de santé.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Prendre une voie veineuse au cathéter 16G ou 18G et perfusion du Ringer lactate ou du sérum salé isotonique. Si rétention placentaire complète : <ul style="list-style-type: none"> • Faire une délivrance artificielle. • Administrer de l'ocytocine. • Administrer 2 g d'amoxicilline par jour pendant sept jours. Si atonie utérine : <ul style="list-style-type: none"> • Vider la vessie si pleine

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le massage de l'utérus • Révision utérine (cf. Fiche technique N° 29 : révision utérine). • Faire compression bimanuelle de l'utérus • Administrer de l'ocytocine Si l'hémorragie ne s'arrête pas : • Evacuer Si rétention cotylédons ou membranes : • Faire la révision utérine. • Administrer l'ocytocine Si placenta accréta (lors des tentatives de délivrance artificielle) : • Evacuer. Si inversion utérine : • Evacuer. Si troubles de la coagulation : • Evacuer. Si déchirures des parties molles (vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée) : • Faire un tamponnement compressif. • Evacuer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. Si rétention placentaire complète : • Idem CSCom. Si rétention de cotylédon ou de membrane : • Idem CSCom. Si atonie utérine : • Vider la vessie • Faire le massage de l'utérus. • Révision utérine (cf. Fiche technique N° 29 : révision utérine des soins pernatals). Si le saignement persiste : • Faire compression de l'aorte abdominale (cf. Fiche technique N° 40: compression de l'aorte abdominal). • Faire compression bimanuelle de l'utérus (cf. Fiche technique N°41: compression bimanuelle de l'utérus). • Tamponnement intra-utérin (cf. Fiche technique N°42 : tamponnement intrat-uterin). • Administrer de l'ocytocine <u>OU</u>, • Administrer dès le début du saignement l'acide tranexamique 1g en IVL en 10 mn (si saignement continue faire une 2^{ème} dose 30 mn après) <u>OU</u>, • Administrer 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale ou rectale. • Administrer 2 g d'amoxicilline pendant 7 jours. Si placenta acreta Procéder à la délivrance artificielle (cf. Fiche technique n° 28 : délivrance artificielle). <p>Si échec :</p>

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder : ligature artérielle, capitonnage (technique de B-Lynch) <p>Si échec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer l'hystérectomie <p>Si inversion utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remettre en place l'utérus par manœuvre de taxi (avec le point formé refouler le fond éversé pour le faire remonter à sa place). • Administrer de l'ocytocine (10 UI en IV) • Administrer 2 g d'amoxicilline/jour pendant sept jours <p>Si échec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la laparotomie. <p>Si troubles de la coagulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfuser du plasma frais congelé si disponible ou sang total (cf. Fiches techniques n° 18, n° 19 et n° 16). • Faire une hystérectomie si possible ou évacuer. <p>Si déchirures des parties molles (vagin, col, déchirure complète et compliquée du périnée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réparer. • Administrer 2 g d'amoxicilline/jour pendant sept jours • Evacuer si nécessaire.
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. <p>Si troubles de la coagulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Administrer du fibrinogène.

FICHE TECHNIQUE N° 40 : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE**Matériel :**

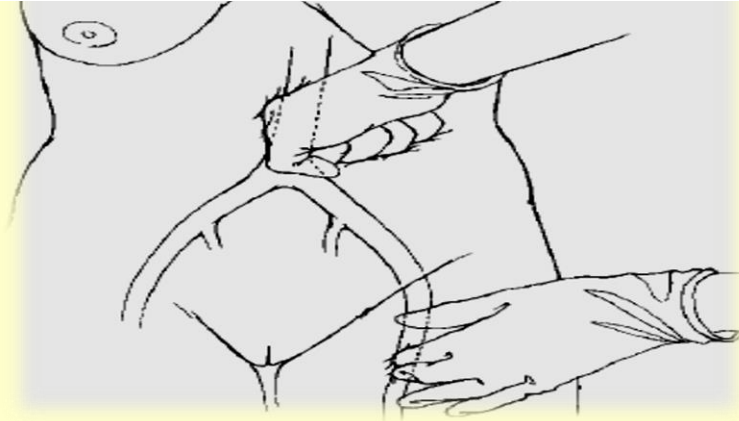
- Eau de décontamination ;
- Gants d'examen ;
- Matériel de protection (Tablier, bottes, lunettes...) ;
- Oxytocine 10 UI ;
- Seringue ;
- Antiseptique ;
- Plateau ;
- Compresses stériles ;
- Sonde vésicale ;
- Poubelle ;
- Montre ou chronomètre.

Technique :

- Demander de l'aide ;
- Expliquer à la patiente les soins qui seront effectués ;
- Apporter un soutien psychologique continu et la rassurer ;
- Mettre l'équipement de protection personnelle ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air ;
- Mettre les gants d'examen ;
- Palper le pouls fémoral ;
- Mettre le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche et appliquer une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale ;
- Continuer à palper le pouls fémoral pour noter l'efficacité de la compression :
 - Si le pouls est palpable lors de la compression, la pression est insuffisante ;
 - Si le pouls n'est pas palpable lors de la compression, la pression est suffisante.
- Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte ;
- Plonger le matériel dans l'eau de décontamination ;
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination ;
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre et sèche ou à l'air ;
- Vérifier que l'utérus est bien contracté et masser au besoin ;
- Injecter 10 UI d'ocytocine en IVD ou IM ;
- Vérifier à nouveau les saignements ;
- Surveiller les signes vitaux de la patiente :
 - Toutes les 15 minutes pendant 2 heures ;
 - Puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure ;
 - Et toutes les heures pendant 3 heures.

- Noter les soins et les résultats de la procédure dans le dossier de la patiente ;
- Informer et remercier la femme ;
- Nettoyer et ranger le matériel.

Figure n° 3 : Compression de l'aorte abdominale.



FICHE TECHNIQUE N° 41 : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

Matériel :

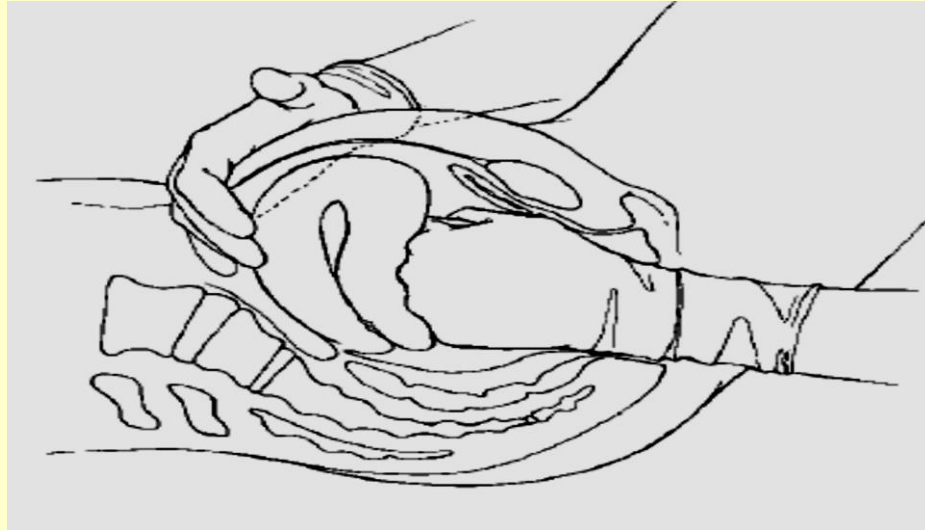
- Eau de décontamination.
- Gants chirurgicaux stériles.
- Matériel de protection (Tablier, bottes, lunettes...).
- Oxytocine.
- Seringue.
- Antiseptique.
- Plateau.
- Compresses stériles.
- Sonde vésicale.
- Poubelle.
- Montre ou chronomètre.
- Appareil à tension.
- Stéthoscope médical.
- Thermomètre.

Technique :

- Demander de l'aide ;
- Expliquer à la patiente le soin qui sera effectué ;
- Apporter un soutien affectif continu et la rassurer ;
- Mettre l'équipement de protection personnelle ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air ou avec une serviette stérile ;
- Mettre les gants chirurgicaux stériles
- Nettoyer la vulve et le périnée avec une solution antiseptique ;
- Insérer une main dans le vagin et former un poing ;
- Introduire le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur ;
- Appliquer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
- Mettre l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus ;
- Empaumer le fond utérin en appuyant fermement sur l'abdomen et appliquer une pression sur la paroi postérieure de l'utérus ;
- Maintenir la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte ;
- Retirer la main intra vaginale ;
- Plonger le matériel dans l'eau de décontamination ;
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination ;
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air ou avec une serviette propre et sèche ;
- Vérifier que l'utérus est bien contracté et masser au besoin ;
- Vérifier à nouveau les saignements ;
- Surveiller les signes vitaux de la patiente :
 - Toutes les 15 minutes pendant 2 heures ;
 - Puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure ;
 - Et toutes les heures pendant 3 heures.

- Noter les soins et les résultats dans le dossier de la patiente ;
- Informer et remercier la femme ;
- Nettoyer et ranger le matériel.

Compression bi manuelle de l'utérus



FICHE TECHNIQUE N° 42 : TAMPONNEMENT INTRA-UTERIN**Matériel :**

- Condom étanche ;
- Sonde urinaire de Foley ;
- Perfuseur ;
- Liquide de remplissage (sérum salé isotonique 500 ml) ;
- Fils de suture ;
- Seringue ;
- Pince ;
- Gants et compresses stériles ;
- Poubelle ;
- Plateau ;
- Eau de décontamination ;
- Matériel de protection ;
- Médicament (amoxicilline injectable 2 g en IV) ;
- Montre ou chronomètre.

Technique :

- Demander de l'aide ;
- Expliquer à la patiente les soins qui seront effectués ;
- Apporter un soutien psychologique continu et rassurer la femme ;
- Mettre l'équipement de protection personnelle ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette stérile ou à l'air ;
- Mettre les gants ;
- Dérouler le condom ;
- Attacher le condom avec un fil de suture sur le perfuseur qui est lui-même attaché au flacon de sérum salé isotonique.

Pour le tamponnement avec sonde :

- Remplir le ballonnet de la sonde avec 1 CC de liquide ;
- Introduire la sonde dans le condom ;
- Lier le condom avec un fil au-dessous du ballonnet ;
- Relier la sonde avec le perfuseur et le perfuseur avec le flacon de sérum salé isotonique.

Ensuite continuer avec les autres étapes de la procédure :

- Mettre le flacon sur une potence ;
- Introduire avec une main ou une pince le condom monté dans l'utérus ;
- Ouvrir le robinet du perfuseur pour remplir le condom ;
- Vérifier que le condom se maintient en place dans l'utérus ;
- Remplir jusqu'à 400 ml ;
- Fermer le robinet du perfuseur pour empêcher le liquide de sortir ;
- Mettre un rouleau de compresses dans le vagin ;
- Continuer la perfusion d'ocytocine pendant 12 - 24 heures (déjà mise en place lors d'une étape précédente) ;

- Faire une prophylaxie antibiotique (2 g d'Amoxicilline en IVD) ;
- Evaluer le saignement ou l'efficacité du tamponnement ;
- Maintenir ainsi le tamponnement pendant 24 à 48 heures ;
- Dégonfler progressivement le condom en retirant le liquide et retirer le condom si l'hémorragie est contrôlée ;
- Vérifier le saignement après le retrait ;
- Référer la patiente si l'hémorragie n'est pas contrôlée ;
- Plonger le matériel dans l'eau de décontamination ;
- Plonger les mains gantées dans l'eau de décontamination ;
- Retirer les gants et les mettre dans la poubelle ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette propre et sèche ou à l'air ;
- Vérifier que l'utérus est bien contracté et masser au besoin ;
- Vérifier à nouveau les saignements ;
- Poursuivre la surveillance jusqu'à stabilisation de l'état de la femme ;
- Noter les résultats dans le dossier de la patiente ;
- Informer et remercier la femme ;
- Nettoyer et ranger le matériel.

Dispositif de tamponnement intra utérin avec sonde



2.7. Relâchement symphysaire

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter.
<i>CSCoM</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la parturiente. • Conseiller le repos absolu. • Mettre la patiente en position du Hamac • Ceindre pour immobiliser le bassin à l'aide d'un tissu • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paracétamol 500 mg : 2 cp x 3/jour ; ○ Vitamine B complexe : 1 cp x 3/jour. • Référer.
<i>Hôpital du district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCoM. • Faire la radiographie du bassin. • Faire la rééducation fonctionnelle.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Faire consultation spécialisée.

2.8. Fistules obstétricales (FO)

FICHE TECHNIQUE N° 43 : PREVENTION DE LA FISTULE OBSTETRICALE

SIX REGLES POUR PREVENIR LA FISTULE OBSTETRICALE DANS LES STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES

- 1** Elaborer un plan d'accouchement avec chaque femme, à chaque grossesse pendant les CPN.
- 2** Promouvoir les accouchements dans les structures de santé par des prestataires de santé.
- 3** Vider régulièrement la vessie et le rectum chez toute femme en travail d'accouchement.
- 4** Surveiller systématiquement l'accouchement à l'aide d'un partographe.
- 5** Référer ou évacuer la femme à temps en cas de problèmes.
- 6** Promouvoir la planification familiale à tous les niveaux.

N.B : les mesures préventives de la fistule obstétricale se feront au cours de la CPN, l'accouchement, la CPoN et la PF.

Prise en charge par niveau de la fistule obstétricale :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer, conseiller et orienter. • Participer à la réinsertion.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Conseiller à la femme de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Porter des garnitures propres ; ○ Faire périodiquement des bains de siège au permanganate de potassium dilué ; ○ Faire régulièrement des toilettes vulvaires et vaginales à l'eau savonneuse ou antiseptique. • Mettre une sonde à demeure (adaptée à une poche) si compétence existe. • Donner des antiseptiques urinaires. • Réfé rer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la patiente. • Idem CSCoM. • Poser le diagnostic • Assurer la prise en charge chirurgicale si compétence existe dans le cas contraire. • Réfé rer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir La patiente. • Poser le diagnostic. • Assurer la prise en charge chirurgicale. • Assurer la prise en charge psycho-sociale. • Poser le problème de la réinsertion. • Réfé rer vers les services de réinsertion.

3. Problèmes et pathologies chez le nouveau-né dans le post-partum immédiat

3.1. Saignement du cordon ombilical

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents. • Faire une nouvelle ligature bien serrée. Si le saignement continue : <ul style="list-style-type: none"> • Faire un tamponnement compressif et référer
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les parents. • Rassurer les parents. • Faire une nouvelle ligature bien serrée.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller le cordon toutes les 15 minutes pendant 2 heures pour s'assurer qu'il n'y a plus de saignement. • Conseiller la mère d'observer tout autre signe de danger. • Faire le taux d'hémoglobine si possible. Si le saignement continue <ul style="list-style-type: none"> • Faire un tamponnement compressif et référer
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CScCom. • Assurer la prise en charge en cas d'anémie.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital du district. • Faire le bilan. • Traiter la cause.

3.2. Infections néonatales ([cf. Survie de l'enfant](#))

3.3. Convulsions du nouveau-né ([cf. Survie de l'enfant](#))

3.4. Tétanos néonatal ([cf. survie de l'enfant](#))

3.5. Malformations néonatales graves

La recherche des malformations néonatales doit être systématique à chaque naissance ; leur prise en charge se fera en fonction du type de malformation mise en évidence.

4. Soutien psychosocial

Les professionnels de santé devraient donner aux femmes l'occasion de parler de leur expérience de l'accouchement pendant leur séjour dans l'établissement.

Une femme qui a perdu son bébé devrait recevoir des soins de soutien supplémentaires.

XII. SURVIE DE L'ENFANT DE 0 A 5 ANS

A. SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

1. Soins essentiels aux nouveau-nés dans les structures de santé

1.1. Soins immédiats à la naissance ([cf. Soins périnataux](#))

1.2. Soins au nouveau-né au cours des six premières heures ([cf. Soins périnataux](#))

1.3. Soins au nouveau-né de six heures à 28 jours de vie

Donner un bain au nouveau-né à partir de la 6^{ème} heure de vie, si la mère n'est pas positive au VIH et/ou à l'hépatite B, en évitant de le refroidir.

Les autres soins consistent à surveiller :

- La température ;
- Le sommeil ;
- L'affection ;
- La protection contre les infections ;
- Le bain ;
- Les soins du cordon ombilical ;
- Les vaccinations ;
- L'allaitement maternel ;
- La protection et la sécurité.

Enregistrer les données dans les dossiers et registres.

1.4. Problèmes particuliers et éléments de surveillance des visites périodiques

Au moins trois visites supplémentaires sont recommandées pour tous les nouveau-nés :

- 1^{ère} visite : entre le 2^{ème} et le 3^{ème} jour.
- 2^{ème} visite : entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour.
- 3^{ème} visite : vers le 28^{ème} jour de vie.

DATE	PROBLEMES PARTICULIERS	ELEMENTS DE SURVEILLANCE
1^{ère} VISITE <i>Entre 2^{ème} et 3^{ème} jour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes d'adaptation à la vie extra utérine ✓ Malformations évidentes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes de danger ✓ Maintien de la température ✓ Urines (avant la 48^{ème} heure) ✓ Selles (avant la 24^{ème} heure) ✓ Allaitement
2^{ème} VISITE <i>Entre 7^{ème} et 14^{ème} jour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes d'infection, d'ictère et de croissance 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes de danger ✓ Ictère ✓ Poids (la perte pondérale ne doit pas dépasser 10%) ✓ Allaitement ✓ Aspect de l'ombilic

DATE	PROBLEMES PARTICULIERS	ELEMENTS DE SURVEILLANCE
3^{ème} VISITE Vers le 28 ^{ème} jour de vie	✓ Problèmes d'adaptation à l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signes de danger ✓ Problèmes mineurs ✓ Allaitement ✓ Poids (gain pondéral 25 à 30 g/jour à partir du 10^{ème} jour). ✓ Vaccinations.

1.5. Les signes de dangers chez le nouveau-né

- Incapable de téter ;
- Vomit tout ce qu'il consomme ;
- Ballonnement abdominal ;
- Convulsions ;
- Léthargie (bouge seulement quand il est stimulé) ;
- Coma (ne bouge pas même après stimulation) ;
- Poids inférieur à 2 500 g ;
- Hypothermie (refroidissement) ;
- Fièvre ;
- Tirage sous costal marqué ;
- Geignements, battement des ailes du nez ;
- Respiration rapide ;
- Ictère sévère (jaunisse au corps/plantes des pieds) ;
- Saignement.

N.B : Ils doivent être recherchés chez tout nouveau-né et lors de chaque visite.

2. Soins simples aux nouveau-nés dans les ménages et communautés

Les étapes des soins simples au nouveau-né comprennent :

- Le maintien de la température du nouveau-né : maintenir au chaud pendant les saisons froides et l'habiller léger (en privilégiant les habits en coton) pendant la période de haute chaleur ;
- Le retard du premier bain (pas avant la 6^{ème} heure) ;
- La mise au sein précoce (dans les 30 mn qui suivent l'accouchement) ;
- La promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- La préservation de l'hygiène autour du nouveau-né ;
- La visite à domicile (VAD).

Tâches à faire par l'ASC lors des visites à domicile (VAD) :

l'ASC doit :

- **Informier et donner des conseils sur :**
 - L'importance de la CPN ;
 - La vaccination de la femme enceinte et de l'enfant ;
 - La supplémentation en micronutriments (fer acide folique, iode.) et le déparasitage (Albendazole/Mébéndazole) ;
 - La promotion de la consommation des aliments locaux riches en vit A, fer, zinc et/ou fortifiés ;
 - La prévention du paludisme (dormir sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée, désherber l'entourage immédiat et assécher les eaux stagnantes...) ;
 - L'alimentation de la femme enceinte et de la mère allaitante ;
 - La prévention de la transmission mère enfant des IST/VIH et sida ;
 - Les signes de danger chez la mère et le nouveau-né ainsi que les éléments à surveiller à domicile chez ce dernier ;
 - Le recours précoce aux soins en cas de signe de danger ;
 - La consultation post natale ;
 - La planification familiale ;
 - Le développement et la stimulation psychomotrice et cognitive de l'enfant ;
 - L'enregistrement de l'enfant à la naissance ;
 - L'allaitement maternel exclusif ;
 - L'alimentation de complément à partir de 6 mois ;
 - L'alimentation de l'enfant malade ;
 - Le lavage des mains au savon aux moments critiques ;
 - La consommation de l'eau potable ;
 - L'hygiène alimentaire ;
 - Le maintien de la température ;
 - La protection et la sécurité.
- **Rechercher les signes de danger et organiser la référence.**
- **Peser les nouveaux nés et recenser ceux qui ont un faible poids de naissance.**

Périodicité de la VAD de l'ASC après l'accouchement :

- Dans les 24 heures après l'accouchement ;
- Jour 2 ;
- Jour 5 ;
- Jour 7 à jour 14, faire une visite ;
- Jour 15 à jour 28, faire une visite.

Les signes de danger chez le nouveau-né :

L'ASC lors de chaque visite de suivi doit utiliser la fiche de dépistage pour identifier chez le nouveau-né des signes de danger :

- Difficultés de téter ou ne tète pas ;
- Incapable de téter ;

- Ne peut pas être réveillé pour téter ou ne reste pas éveillé assez longtemps pour téter et vider le sein ;
- Tête mais ne semble pas satisfait ;
- Problèmes de respiration ;
- La respiration est plus rapide (plus de 60 mouvements par minute) ;
- Le bébé émet des geignements avec la respiration ;
- Il y a un tirage sous costal marqué ;
- La couleur de la peau est bleuâtre ou blanche ;
- Convulsions ou antécédent de convulsion :
 - Le bébé peut avoir des secousses au niveau des membres et/ou clignotements des yeux ; et/ ou mâchonnements ;
 - Le bébé peut devenir rigide.
- Fièvre : le corps (l'abdomen ou le dos) est chaud au toucher par rapport à une personne qui se porte bien ou la température axillaire est élevée (>37,5°C).
- Hypothermie : le corps (l'abdomen ou le dos) est froid au toucher par rapport à une personne qui se porte bien ou la température axillaire est moins de 36,5°C.
- Saignement du cordon ou par l'anus : le nouveau-né n'a pas beaucoup de sang, donc la perte d'une petite quantité est néfaste à sa santé.
- Ictère sévère :
 - La coloration jaune de la peau/des yeux qui commence avant 2 jours de vie ou qui dure plus de 10 jours ;
 - La coloration jaune de la peau qui s'étend à la paume des mains et la plante des pieds.
- Diarrhée : beaucoup de selles liquides comme de l'eau
- Vomissements persistants/ballonnement abdominal :
Le vomissement est dangereux lorsque de grandes quantités de liquides sont perdues ou quand l'abdomen est ballonné.
- Infections du cordon, des yeux, ou de la peau (gonflement, écoulement, rougeur) : ces infections peuvent affaiblir l'organisme du bébé et causer la mort.
- Le bébé dort trop et ne se réveille pas (sommolence/inconscience).
- Impossibilité d'uriner ou d'émettre des selles : cela peut entraîner de sérieux problèmes à sa santé.

En présence d'un seul de ces signes, l'enfant doit être amené immédiatement au centre de santé le plus proche.

Les signes de danger chez la mère :

- Les hémorragies du post partum (saignement après l'accouchement) ;
- Les convulsions (éclampsie) ;
- Les fortes fièvres (hyperthermie).

Devant un seul signe de danger l'ASC doit informer l'époux/les membres de la famille et organiser la référence.

3. Les pathologies du nouveau-né

3.1. Asphyxie du nouveau-né

Principe de la réanimation :

La réanimation obéit à des règles regroupées sous l'acronyme **TARciM** :

- **T** : Maintenir une température correcte du nouveau-né ;
- **A** : Assurer la libération des voies aériennes ;
- **R** : Assurer une respiration adéquate par la stimulation tactile et la ventilation au ballon et au masque ;
- **Ci** : Assurer une circulation correcte par le massage cardiaque externe ;
- **M** : Utiliser des Médicaments.

Dans la majorité des cas, les trois premières étapes suffisent ([cf. Fiche technique N° 31 : Réanimation du nouveau-né et Plan HBB](#)).

a. Soins au nouveau-né après une réanimation réussie :

- Vérifier que la respiration est adéquate : pas de polypnée (accélération) ou de bradypnée (ralentissement) ni de gémissements, ni de tirage sous costal ;
- Maintenir la température normale (36°5- 37°5);
- Reporter le premier bain à 24 h après que l'état du bébé se soit nettement stabilisé, que le bébé ait bien chaud et qu'il respire normalement ;
- Rechercher les autres signes de danger ;
- Donner les soins pour prévenir l'infection : mesures d'hygiène, antibiotiques au besoin ;
- Initier l'allaitement dès la stabilisation ;
- Effectuer les autres soins de base (cordon, yeux, vitamine K1, etc.) ;
- Enregistrer les gestes effectués durant la réanimation, la durée et les résultats de la réanimation.

3.2. Nouveau-nés de petit poids de naissance

❖ Identification des nouveau-nés de PPN (Prématuré/PAG mature) :

➤ Critères communs :

- Poids inférieur à 2 500 g, sauf dans certains cas de prématurité (notamment les enfants nés de mères diabétiques), où l'enfant né avant terme atteint le poids d'un bébé né à terme.
- Petite taille : moins de 45 cm en moyenne.
- La taille du nodule mammaire est inférieure à 5 mm.

➤ Critères de différenciation :

- **Date des dernières règles inférieure à 37 semaines (prématuré)**
 - Les réflexes archaïques sont émoussés (faibles).
 - La peau est plus mince, avec une consistance gélatineuse, chez ceux qui ont un poids < ou égal à 1 500 g.
 - La plante des pieds est plus douce au toucher, elle a moins de plis. Ceux-ci se limitent au tiers supérieur chez les bébés nés avant 34 semaines.

Il peut n'y avoir qu'un seul pli, des marques à peine visibles ou aucun pli chez les bébés les moins matures.

- **Date des dernières règles supérieure à 37 semaines (PAG mature)**
 - La peau a une apparence sèche et ridée et ressemble à un parchemin. Elle se desquame après quelques jours et devient normale à mesure que le bébé grandit.
 - Le visage semble ratatiner et présente des rides comme chez une vieille personne.
 - Les plis de la plante de pieds sont plus nombreux et plus proéminents comme chez le nourrisson né à terme.

❖ **Prise en charge des PPN :**

Référez tous les bébés dont le poids est inférieur à 2 000 g vers le centre de santé doté de services SMK le plus proche ou vers un établissement mieux équipé,

Les bébés de plus de 1 800 g, ne présentant aucun problème peuvent être pris en charge dans un centre périphérique doté de personnel formé, ou à domicile si la mère et les membres de la famille ont reçu un counseling et un appui suffisants.

❖ **Soins Mère Kangourou (SMK) :**

Il s'agit d'une méthode peau à peau, simple et économique à la portée de tous. Elle met en avant le rôle primordial de la mère, qui fournit à son bébé chaleur, immunité contre les infections par son lait, affection et sécurité.

Elle représente un bon moyen d'éviter la dépression post-natale et l'abandon des prématurés par les mères.

FICHE TECHNIQUE N° 44 : SOINS MERE KANGOUROU (SMK)

Critères d'éligibilité aux SMK :

- La volonté de la mère de pratiquer les SMK
- Le prématuré ou le bébé ayant un PPN est stable :
 - ne présenter aucune maladie grave telle que sepsis, pneumonie, méningite, détresse respiratoire ou convulsions ;
 - les bébés qui ont été mis sous antibiotiques pour une infection suspectée peuvent commencer les SMK dès qu'ils sont stables ;
 - des SMK intermittents peuvent être utilisés chez les bébés complètement stables.

N.B : Référer tous les bébés dont le poids est inférieur à 2000 grammes vers le centre de santé doté de services SMK le plus proche ou vers un établissement mieux équipé.

Pratique :

1. Habillez le bébé de chaussettes, d'une couche et d'un bonnet ;
2. Enlever le soutien-gorge et les bijoux chez la mère ;
3. Placez le bébé entre les seins de sa mère en position de grenouille ; avec les bras places contre la poitrine et les jambes en dessous des seins ; la tête sur le côté ;
4. Maintenez-le fermement contre la poitrine de sa mère à l'aide d'une écharpe (attache bébé) ;
5. Tirez doucement la tête et tournez-la sur un côté. Alternez les côtés où la tête est tournée au cours de la journée ;
6. Evitez que la tête se replie ou soit trop tendue ;
7. Recouvrez-le d'une couverture ou d'un pagne pour qu'il ait plus chaud ;
8. Dites à la mère de se vêtir d'un vêtement ample qui permet à la tête du bébé d'émerger et facilite aussi l'allaitement dans la poche.
9. Expliquez à la mère qu'il faut maintenir le bébé droit lorsqu'elle marche ou lorsqu'elle s'assoit ;
10. Conseillez-lui de maintenir le contact peau à peau avec le bébé 24 heures sur 24 (ou moins s'il s'agit des SMK intermittents) ;
11. Conseillez à la mère de dormir en position à moitié assise afin de maintenir le bébé en position verticale.

Visites de suivi :

- Demander à la mère :
 - le bébé manifeste-t-il ou non des signes d'intolérance ?
 - demander à la mère si elle a d'autres inquiétudes de cet ordre.
- Procéder à l'évaluation physique du bébé.
- Encourager la mère et la famille à continuer les SMK et conseillez-leur de solliciter immédiatement des soins au moindre signe de danger.
- Encourager les membres de la famille à apporter leur aide en matière des SMK (à domicile et dans l'unité SMK)
- Encourager la famille en prenant de temps à autre le bébé en position kangourou pour permettre à la mère de se détendre ;
- Apprenez à la mère à reconnaître les signes de danger et lui dire comment rechercher les soins

3.3. Autres problèmes du nouveau-né

3.3.1. Infections néonatales ou Sepsis néonatal :

Les maladies spécifiques telles que la septicémie, la méningite, la pneumonie et la diarrhée sévère sont difficiles à diagnostiquer chez le nouveau-né : elles sont désignées par le terme générique de « sepsis » en santé publique.

a. Définition :

Le sepsis néonatal est une infection qui affecte l'ensemble du corps du nouveau-né. Elle peut se situer dans le sang (septicémie) ou dans un ou plusieurs organes du corps.

b. Signes :

- Premiers symptômes vagues et parfois difficiles à reconnaître : simple impression visuelle que le nouveau-né ne se porte pas bien, d'une "grimace" du bébé.
- Convulsions.
- Incapable de s'alimenter.
- Respiration rapide (60 mouvements respiratoires par minute ou plus).
- Tirage sous costal marqué.
- Geignement expiratoire.
- Fièvre 38°C ou plus.
- Hypothermie (en-dessous de 35,5° C).
- Bouge seulement après avoir été stimulé ou ne bouge pas même après avoir été stimulé.

Les signes de danger constituent les signes d'appel du sepsis néonatal.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCCom.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose pré transfert d'antibiotique en IM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 100 mg/kg en une dose unique ○ Gentamicine 7,5 mg/kg en une dose unique • Référent • Maintenir le nouveau-né au chaud pendant le transport.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 100 mg/kg/jour divisée en 2 doses (50 mg/kg toutes les 12 h). ○ Gentamicine 7,5 mg/kg en une dose unique toutes les 24 h. <li style="text-align: center;"><u>OU</u> ○ Ceftriaxone 100 mg/kg/jour plus gentamycine 5mg/kg/jour en une dose unique toutes les 24 h. • Ventilation/oxygénation <ul style="list-style-type: none"> ○ Bilan.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district • Autre Bilan.

➤ INFECTION OMBILICALE LOCALE

a. Définition :

C'est une infection localisée autour du bout du cordon ombilical ou du nombril après la chute du cordon.

b. Signes :

- Bout du cordon humide.
- Ecoulement : clair ou purulent.
- Peau enflammée (rouge, enflée) autour du nombril.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Nettoyer doucement le pus et les croûtes avec de l'eau et du savon • Sécher la zone avec un linge propre • Appliquer du violet de gentiane à 0,5%, ou bleu de méthylène ou éosine aqueuse à 2% ou bétadine dermique. • Se laver les mains avec du savon et de l'eau propre et les sécher avec une serviette propre et individuelle ou à l'air libre. • Apprendre à la mère à faire ces soins 3 fois par jour pendant trois jours • Conseiller à la mère de chercher immédiatement les soins médicaux si le nouveau-né a un signe de danger, ou si la zone autour de l'ombilic devient rouge et/ou dure.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCoM. • Bilan étiologique si possible. • Traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan étiologique. • Traitement étiologique.

➤ INFECTION DES YEUX

a. Définition :

Une infection des yeux est une infection de la conjonctive des yeux.

b. Signes :

Les paupières gonflent, deviennent rouges et il y a écoulement de liquide ou de pus.

c. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référencer vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer les deux yeux, 3 fois par jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Se laver les mains. ○ Demander à l'enfant de fermer les yeux si possible. ○ Essuyer doucement le pus à l'aide d'un tissu propre et humide. • Ensuite, appliquer la pommade à la tétracycline dans les deux yeux, 3 fois par jour. <ul style="list-style-type: none"> ○ Demander à l'enfant de regarder vers le haut si possible. ○ Appliquer une petite quantité de pommade à l'intérieur de la paupière inférieure. ○ Se laver les mains à nouveau. • Traiter jusqu'à ce que la rougeur disparaisse. • Ne pas utiliser d'autre pommade ou collyre. • Ne rien mettre d'autre dans les yeux.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation ophtalmologique
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district, • traitement étiologique.

3.3.2. Ictère sévère :

a. Définition :

Lorsque le niveau de bilirubine dans le sang est trop élevé, il y a ictère sévère.

b. Signes :

Il se manifeste par une coloration jaune de la peau/des yeux, débutant avant le 2^{ème} jour, pour durer plus de 10 jours et s'étendre à tout le corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds.

N.B : La santé du nouveau-né n'est pas affectée par l'ictère simple qui apparaît le 2^{ème} jour et disparaît naturellement autour du 8^{ème} jour.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Orienter/référent vers le CSCoM.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un examen physique complet du nouveau-né. • Faire le dosage de la bilirubine libre et conjuguée. • Traiter si la bilirubine est élevée (gardéna, photothérapie) et antibiothérapie si infection. • Référent si la bilirubine est très élevée.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCoM. • Bilan à la recherche d'autres causes. • Faire le traitement des causes. • Référent au besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Exsanguino-transfusion au besoin.

3.3.3. Diarrhée :**a. Définition :**

La diarrhée est définie par l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides en 24 heures.

La consistance des selles (liquides comme de l'eau) est plus importante que le nombre de selles émises.

b. Signes :

- Consistance des selles : molle ou liquide
- Signes de déshydratation :
 - Yeux Enfoncés ;
 - Agité, irritable/léthargique, inconscient ;
 - Persistance du pli cutané (pincez la peau de l'abdomen et laissez-la, le pli formé tarde à disparaître).

c. Classification de la déshydratation :

⇒ **Pas de déshydratation :** Pas assez de signes pour classer signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.

⇒ **Signes évidents de déshydratation** (deux ou plus des signes suivants) :

- Les yeux enfoncés.
- Le nouveau-né est agité et irritable.
- Le pli cutané s'efface lentement (moins de 2 secondes).

⇒ **Déshydratation sévère** (deux ou plus des signes suivants) :

- Léthargique ou inconscient ;
- Les yeux enfoncés ;
- Le pli cutané s'efface très lentement (plus de 2 secondes).

d. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les parents ; • Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile plan A : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner davantage de liquides ; ○ Continuer l'alimentation ○ Donner des suppléments de zinc ; ○ Quand revenir. • Orienter/référez vers le CSCom si pas d'amélioration ou aggravation.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile : plan A : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner davantage de liquides ; ○ Continuer l'alimentation ; ○ Donner des suppléments de zinc ; ○ Quand revenir. • Traiter les signes évidents de déshydratation avec la SRO osmolarité réduite + du Zinc : Plan B. • Traiter rapidement la déshydratation sévère : Plan C • Référez au besoin.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau CSCom. • Bilan étiologique si possible. • Traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Bilan étiologique. • Traitement étiologique.

TRAITER LA DIARRHÉE A DOMICILE : PLAN A

Apprendre à la mère les 3 règles du traitement à domicile :

Apprendre à la mère les 4 règles du traitement à domicile :

1. **Donner davantage de liquides,**
2. **Donner des suppléments de zinc**
3. **Continuer l'alimentation,**
4. **Quand revenir.**

1. DONNER DAVANTAGE DE LIQUIDES : Autant que l'enfant veut bien prendre.

• **EXPLIQUER À LA MÈRE:**

- Qu'il faut allaiter plus fréquemment et prolonger la durée de la tétée.
- Que si l'enfant est nourri uniquement au sein, il faut lui donner une solution de SRO ou de l'eau propre en plus du lait maternel.
- Que si l'enfant n'est pas nourri uniquement au sein, il faut lui donner une ou plusieurs fois de SRO, aliments liquides (soupe de poisson ou viande + légumes, lait caillé, eau de riz), ou eau propre.

Il est crucial de donner la SRO à domicile si :

- ✓ *l'enfant était sous traitement par Plan B ou C pendant la visite.*
- ✓ *l'enfant ne peut pas être ramené au centre de santé si la diarrhée s'aggrave.*

• **APPRENDRE À LA MÈRE À MÉLANGER ET À ADMINISTRER LA SRO.**

• **DONNER À LA MÈRE 2 SACHETS DE SRO À UTILISER À DOMICILE.**

• **MONTRER À LA MÈRE QUELLE QUANTITE DE LIQUIDE ELLE DOIT DONNER EN PLUS DE LA CONSOMMATION NORMALE:**

- Jusqu'à 2 ans 50 à 100ml après chaque selle liquide (1/2 –1 louche Sada Diallo=SD)
- 2 ans et plus 100 à 200 ml après chaque selle liquide (1 – 2 louches SD)

Expliquer à la mère qu'il faut :

- ✓ *Donner fréquemment à boire dans une tasse, par petites gorgées.*
- ✓ *Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer, mais plus lentement.*
- ✓ *Continuer à donner davantage de liquides jusqu'à l'arrêt de la diarrhée.*

2. DONNER DES SUPPLÉMENTS DE ZINC

• **EXPLIQUER A LA MERE QUELLE QUANTITE DE ZINC DONNER**

- Jusqu'à 6 mois 1/2 comprimé de 20mg soit 10mg par jour pendant 14 jours
- 6 mois et plus : 1 comprimé de 20mg par jour pendant 14 jours

• **MONTRER A LA MERE COMMENT DONNER LE ZINC**

- Nourrissons : dissoudre le comprimé dans un peu de lait maternel ou substitut, de SRO ou d'eau propre ;
- Enfants plus âgés les comprimés peuvent être mâchés ou dissous dans un peu d'eau propre ;

• **RAPPELLER A LA MERE DE DONNER LE ZINC PENDANT 14 JOURS**

• **Demander à la mère de surveiller l'enfant de jour comme de nuit**

3. CONTINUER L'ALIMENTATION

4. QUAND REVENIR

} Voir tableau **CONSEILLER LA MÈRE (cf. PCIME)**

Visite de suivi dans 5 jours pour DIARRHÉE sans déshydratation et DIARRHÉE PERSISTANTE.

- **Quand revenir immédiatement :** Tout enfant malade qui est incapable de boire ou de téter, devient plus malade, développe de la fièvre.
- **Si l'enfant a la diarrhée, revenir également si :** les selles contiennent du sang, l'enfant boit difficilement.

3.3.4. Saignement du cordon ombilical (cf. Soins périnataux) :

3.3.5. Convulsions du nouveau-né :

a. Définition :

Contractions musculaires involontaires, toniques ou cloniques souvent accompagnées de troubles de la conscience ; souvent plafonnement du regard avec hypotonie.

b. Signes :

- Contractions musculaires ;
- Troubles de la conscience ;
- Plafonnement du regard.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/référer vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire du diazépam : 0,5 mg en intra rectal ou en intra musculaire. <p>Si fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire la première dose d'antibiotique (Ampicilline et gentamicine) et d'antipyrétique. • Référer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire du diazépam 0,5 mg/kg en intra rectal ou en IM. <p>Si fièvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 200 mg/kg/jour en IV pendant 5 jours puis prendre le relais avec Amoxicilline 100 mg/kg pendant 5 jours. ○ Gentamicine 3-5mg/kg/jour en IM pendant 3 jours • Faire prélèvements pour la glycémie. <p>Si hypoglycémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner à boire le sérum glucosé 5% si possible <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une perfusion de sérum glucosé 10% 60 ml/kg) après avoir fait 2 ml/kg en IVL. <p><i>Si hypocalcémie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre 2 à 3 ml/kg de gluconate de calcium dans la perfusion de sérum glucosé 10%. <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Demander les examens complémentaires (Ionogramme sanguin, examen du LCR, NFS, C Réactive Protéine (CRP), Echographie transfontanellaire). • Assurer la prise en charge spécifique.

3.3.6. Tétanos néonatal :

a. Définition :

C'est une infection due à une endospore : clostridium tétani.

b. Signes :

- Le Trismus (contracture des muscles masséters empêchant l'ouverture de la bouche).
- Contractures généralisées ;
- Spasmes toniques et cloniques (spontanés ou provoqués par les bruits, la lumière et le toucher) au niveau du visage, du cou et du tronc ;
- Dos arcqué.

c. Gestes d'urgence :

- Isoler le nouveau-né ;
- Eviter les stimulations extérieures.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter/réfé rer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Faire Diazépam : 0,5 mg en injection intra rectale ou IM. • Réfé rer.
Hôpital du district	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la mère/parents. • Isoler l'enfant. • Placer une sonde naso gastrique. • Faire Diazépam 6 mg/kg/répartis sur 24 heures : <ul style="list-style-type: none"> ○ par la sonde nasogastrique à raison de 1 mg/kg toutes les 4 heures dilué dans 3 CC de sérum glucosé isotonique OU ○ en perfusion continue dilué dans du sérum glucosé isotonique. • Administrer amoxicilline : 100 mg/kg/24 heures par la sonde nasogastrique. • Soins adéquats de la porte d'entrée. • Administrer ½ dose de SAT en sous cutané. • Réfé rer.
EPH 2^{ème} ET 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital du district. • Assurer la prise en charge spécifique.

3.3.7. Malformations néonatales graves :

AFFECTIONS	SIGNES	CONDUITE A TENIR
Syndrome de Pierre Robin	<ul style="list-style-type: none"> • Maxillaire inférieur petit, en retrait. • Défaut de fermeture du palais. • Bascule de la langue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une canule de Mayo. • Mettre en position couchée à plat ventre. • Alimenter à la cuillère si possible, sinon par gavage • Référer.
Fente labio palatine	<ul style="list-style-type: none"> • Fente uni ou bilatérale de la lèvre supérieure avec défaut de fermeture du palais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une sonde bucco- gastrique. • Alimenter à la cuillère si possible, sinon par gavage. • Référer.
Omphalocèle	<ul style="list-style-type: none"> • Tuméfaction laissant voir les viscères par transparence. • Implantation basse du cordon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter l'infection par la mise en place d'un champ stérile. • Lutter contre l'hypothermie (couveuse si possible). • Mettre en place une sonde d'aspiration. • Référer.
Laparoschisis	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de paroi latérale. • Anses intestinales extériorisées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre des compresses humides. • Référer.
Extrophie vésicale	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de paroi inférieure. • Vessie extériorisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre des compresses humides. • Référer.
Imperforation anale	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de trou anal. • Prise de la température rectale impossible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proscrire l'alimentation par voie orale. • Aspirer le contenu gastrique. • Perfuser. • Référer.
Spina bifida	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut de fermeture de la colonne vertébrale avec tumeur molle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre un pansement stérile. • Mettre en position couchée à plat ventre. • Référer.

B. SURVEILLANCE PREVENTIVE

1. Etapes de la surveillance préventive

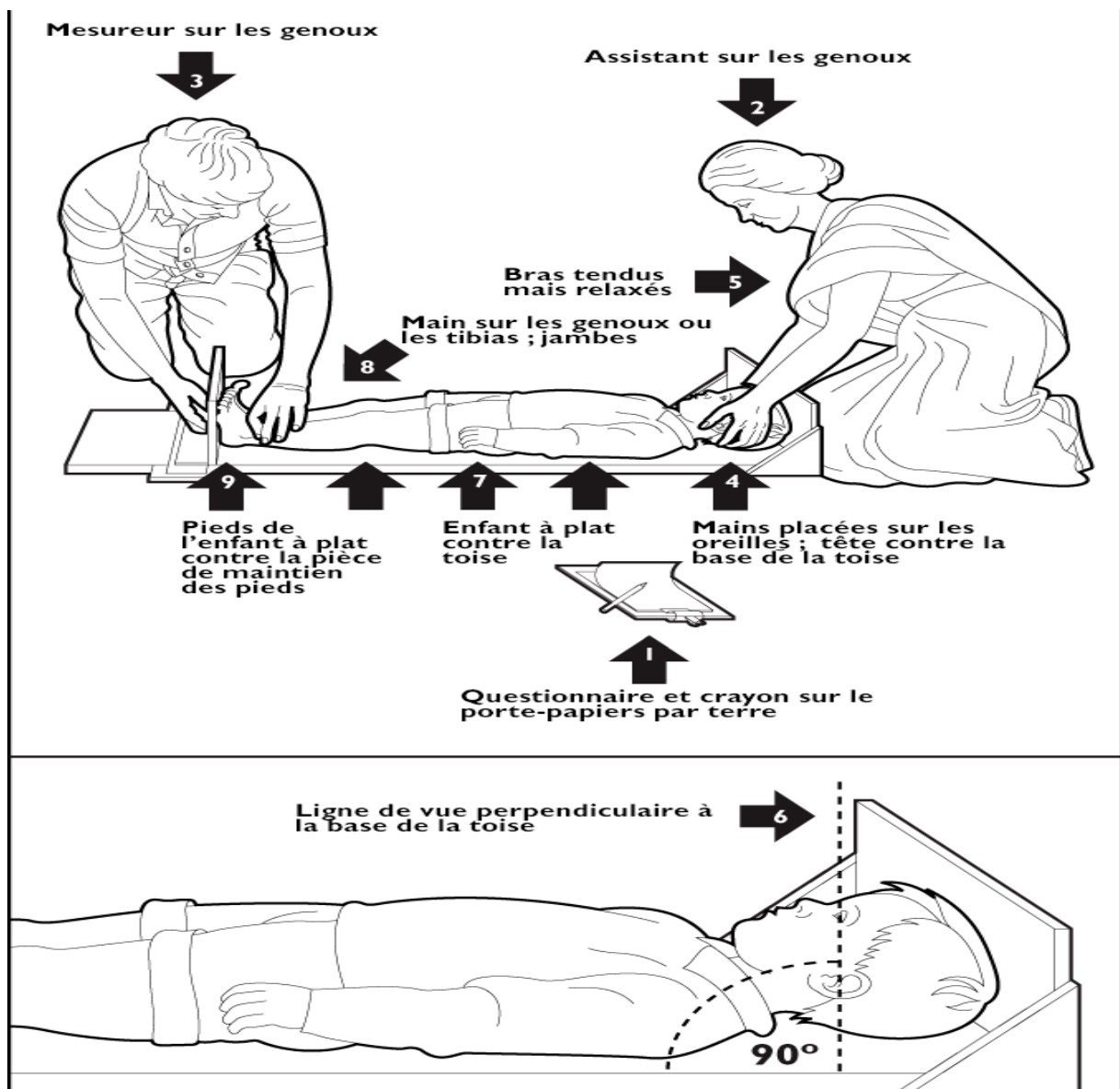
- 1.1. *Accueillir*
- 1.2. *Interroger/Enregistrer*
- 1.3. *Surveiller la croissance*

a. Peser :

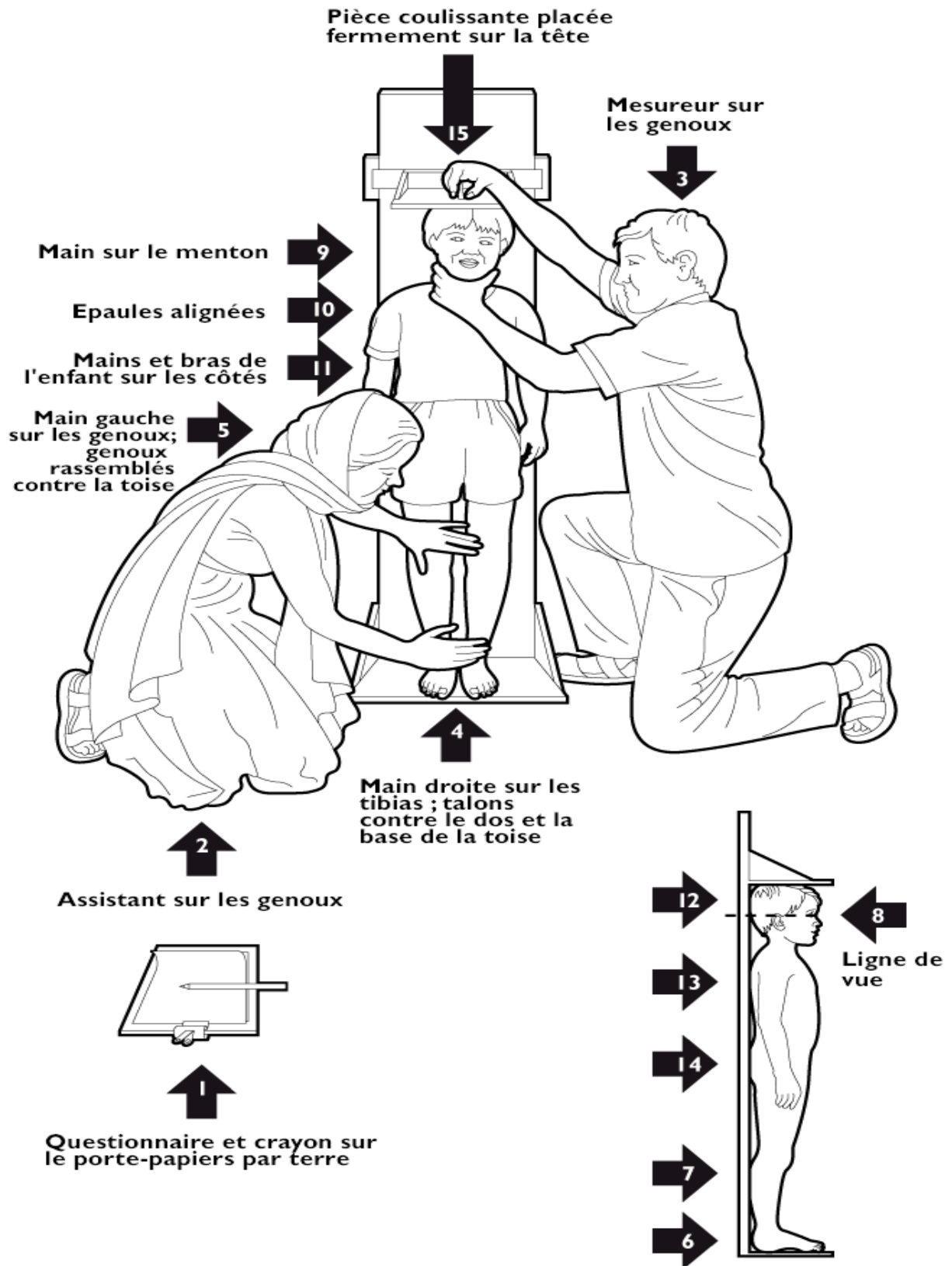
b. Mesurer :

c. Prendre la taille couchée et debout :

- Taille couchée pour les nourrissons et les enfants de 0 à 23 mois




➤ Taille debout pour les enfants de 24 mois et plus


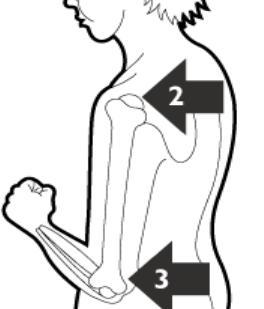
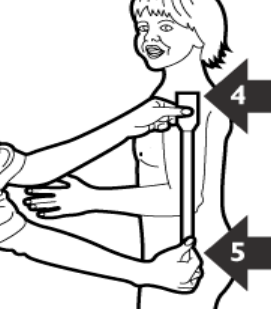


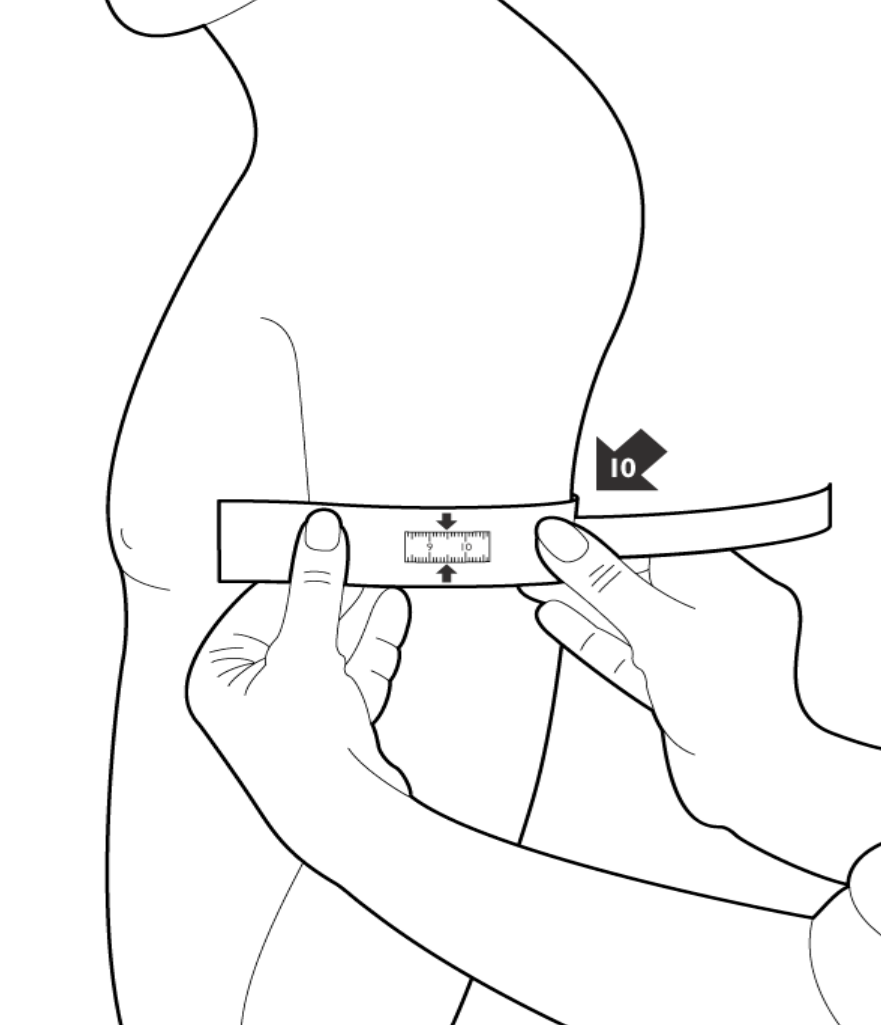




- Mesurer le périmètre crânien (PC)
- Mesurer le périmètre brachial de l'enfant (PB)

➤ Mesure du périmètre brachial de l'enfant

Ruban « d'insertion » du périmètre brachial



			
<p>1. Trouver la pointe de l'épaule</p>	<p>2. Pointe de l'épaule 3. Pointe du coude</p>	<p>4. Mettez la bande à la pointe de l'épaule 5. Tirez le ruban au-delà de la pointe du coude plié</p>	<p>6. Marquez le point du milieu</p>
			
<p>7. Ajustez la tension de la bande</p>			
			
<p>8. Ruban trop serré</p>			
	<p>9. Ruban trop lâche</p>	<p>10. Ajustez la position du ruban pour le périmètre brachial</p>	

d. Evaluer l'état nutritionnel de l'enfant :

L'évaluation de l'état nutritionnel se fait à travers les paramètres suivants :

- **La courbe de poids/âge (Insuffisance pondérale)**
- **Taille/Âge (Retard de croissance)**
- **IMC pour l'âge (Surpoids, Obésité)**
- **Poids/Taille (Malnutrition aiguë)**
- **Le périmètre brachial (Malnutrition aiguë)**

Informez la mère des résultats de l'évaluation.

Tableau : Résultats de l'évaluation de l'état nutritionnel

EVALUATION	RESULTATS
<ul style="list-style-type: none"> • Amaigrissement visible sévère OU • Œdèmes des deux pieds OU • Rapport P/T < -3 Z-score. • Couleur rouge de la bande de Shakir OU PB en dessous de 115 mm. 	MALNUTRITION AIGUE SEVERE
<ul style="list-style-type: none"> • P/A < -3 Z-score. 	<i>Insuffisance pondérale sévère</i>
<ul style="list-style-type: none"> • T/A < -3 Z-score 	<i>Retard de croissance sévère</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Poids/Taille entre -2 et -3 Z- score). • Couleur jaune de la bande de Shakir OU PB entre 115 mm et 125 mm 	MALNUTRITION AIGUE MODEREE
<ul style="list-style-type: none"> • P/A entre -2 et -3 Z- score). 	<i>Insuffisance pondérale modérée</i>
<ul style="list-style-type: none"> • T/A entre -2 et -3 Z- score). 	<i>Retard de croissance modérée</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Rapport Poids/Taille OU P/A pas faible (P/T OU T/A entre -2 Z et +2 Z). • Couleur verte de la bande de Shakir OU PB au-dessus de 125 mm • Pas d'autres signes de malnutrition 	PAS DE MALNUTRITION AIGUE Pas d'insuffisance pondérale Pas de retard de croissance

1.4. *Evaluer l'alimentation de l'enfant*










- Poser des questions sur l'alimentation habituelle de l'enfant et celle durant sa maladie :
- Demander :
 - Allaitiez-vous l'enfant ?
 - Combien de fois dans la journée ?
 - L'allaitiez-vous aussi pendant la nuit ?
 - Est-ce que l'enfant consomme d'autres aliments ou liquides ?
 - Quels aliments ou liquides ?
 - Combien de fois par jour ?
 - Comment donnez-vous à manger à l'enfant ?
 - Si le poids de l'enfant est très faible pour son âge ?
 - Pensez-vous qu'il mange suffisamment ?
 - L'enfant reçoit-il sa propre part ?
 - L'enfant est-il surveillé quand il mange ?
 - Qui nourrit l'enfant et comment ?
 - Pendant cette maladie, les habitudes alimentaires de l'enfant ont-elles changé ? Si oui, comment ? Pourquoi ?
- Comparer les réponses de la mère aux recommandations pour l'alimentation selon l'âge de l'enfant.

Conseiller la mère : En utilisant la fiche de recommandation de l'alimentation selon l'âge.

RECOMMANDATIONS POUR L'ALIMENTATION (Pour l'enfant malade et l'enfant en bonne santé)

De 0 à 6 mois	De 6 mois à 9 mois	De 9 mois à 12 mois	De 12 mois à 24 mois	24 mois et plus
	 <p>De 6 à 9 mois Type d'aliments: Aliments en purée Combien de fois: 2 à 3 fois par jour et 1 à 2 cass. Combien: 2 à 3 cuillères à soupe jusqu'à (1/2) de la tasse à chaque repas.</p>	 <p>De 9 à 12 mois Type d'aliments: Aliments finement hachés ou ainsi que les aliments que le bébé prend avec ses doigts Combien de fois: 3 à 4 fois par jour et 1 à 2 cass. Combien: Au moins la moitié (1/2) de la tasse à chaque repas.</p>	 <p>De 12 à 24 mois Type d'aliments: Nourriture familiale coupée ou au besoin Combien de fois: 3 à 4 fois par jour et 1 à 2 cass. Combien: Trois quarts (3/4) jusqu'à 1 tasse à chaque repas.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. Observer les signes qui indiquent que votre bébé a faim : il commence à s'agiter, porte les mains à sa bouche ou fait des mouvements de succion avec ses lèvres ou sa langue. • Allaiter jour et nuit chaque fois que votre bébé le réclame, au moins 8 fois par 24 heures. Un allaitement fréquent augmente la production de lait. • Si votre bébé est petit (faible poids de naissance), allaiter au moins toutes les 2 à 3 heures. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. • Lui donner aussi de la bouillie épaisse ou des aliments en purée, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Commencer en donnant 2 à 3 cuillères à café de nourriture. Augmenter progressivement à ½ tasse (1 tasse = 250 ml). • Donner 2 à 3 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters par jour entre les repas quand l'enfant semble avoir faim. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. • Lui donner aussi toute une variété d'aliments du repas familial écrasés ou finement hachés, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Donner ½ tasse à chaque repas (1 tasse = 250 ml). • Donner 3 à 4 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters entre les repas. L'enfant mangera s'il a faim. • Pour les goûters, donner de petits aliments faciles à mastiquer que l'enfant peut tenir lui-même. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaiter aussi souvent que l'enfant le réclame. • Lui donner aussi toute une variété d'aliments du repas familial écrasés ou finement hachés, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Donner ¾ tasse à chaque repas (1 tasse = 250 ml). • Donner 3 à 4 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters entre les repas. • Continuer à nourrir votre enfant lentement et patiemment. • Encourager votre enfant à manger, mais sans le forcer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner à votre enfant toute une variété d'aliments du repas familial, notamment des aliments d'origine animale et des fruits et des légumes riches en vitamine A. • Donner au moins 1 tasse entière (250 ml) à chaque repas. • Donner 3 à 4 repas par jour. • Proposer 1 ou 2 goûters entre les repas. • Si votre enfant refuse un nouvel aliment, proposer celui-ci à « goûter » plusieurs fois. • Montrer que vous aimez cet aliment. Toujours agir avec patience. • Parler avec votre enfant pendant le repas, et garder un contact visuel.

<p>Réveiller le bébé pour la tétée au bout de 3 heures, s'il ne s'est pas réveillé de lui-même.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'allaitement exclusif est particulièrement important pour les nouveau-nés de mères séropositives. L'allaitement mixte augmente le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant comparativement à l'allaitement maternel exclusif. 		<ul style="list-style-type: none"> • Laisser votre enfant essayer de les manger seul, mais l'aider si nécessaire. 		
---	--	--	--	--

<p>N.B : Une tasse correspond à 250 ml</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="496 1099 735 1330"> <p>1 Etoile</p>  </td> <td data-bbox="735 1099 975 1330"> <p>2 Etoiles</p>  </td> <td data-bbox="975 1099 1378 1330"> <p>3 Etoiles</p>  </td> </tr> </table>	<p>1 Etoile</p> 	<p>2 Etoiles</p> 	<p>3 Etoiles</p> 
<p>1 Etoile</p> 	<p>2 Etoiles</p> 	<p>3 Etoiles</p> 		
<p>* Tout bon régime alimentaire doit être composé d'aliments à 4 étoiles (bouillie épaisse de céréales enrichie, de la viande, du poisson, des œufs ou des légumes secs et des fruits et légumes) additionnés de matières grasses (végétales ou animales)</p>				

1.5. Surveiller le développement psychomoteur

Apprécier le développement psychomoteur à l'aide du tableau ci-après :

Étapes du développement psychomoteur du nourrisson de 0 à 2 ans	
1 mois	<ul style="list-style-type: none"> Suit des yeux.
1 – 2 mois	<ul style="list-style-type: none"> Sourit quand sa mère lui parle.
3 mois	<ul style="list-style-type: none"> Tient sa tête droite ; Gazouille.
6 mois	<ul style="list-style-type: none"> Se tient assis seul ; Couché sur le dos, peut se retourner sur le ventre et changer de place ; Prononce quelques syllabes.
9 mois	<ul style="list-style-type: none"> Se tient debout avec appui ; Marche à 4 pattes ; Répète des sons nouveaux.
12 – 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> Marche seul ; Dit quelques mots.
18 mois	<ul style="list-style-type: none"> Mange seul, utilise une cuillère, une tasse, demande le pot.
2 ans	<ul style="list-style-type: none"> Court ; Fait de courtes phrases.

- Informer la mère ou l'accompagnante des résultats de chaque étape de l'examen ;
- Référer en cas d'anomalie en tenant compte du tableau.

N.B :

- Chaque nourrisson a son propre rythme de développement ;
- Les dates de ce tableau peuvent servir de repères pour voir si un nourrisson se développe normalement.

1.6. Procéder à l'examen général de l'enfant

- Examiner la peau ;
- Examiner la face/les conjonctives/la paume de la main ;
- Examiner les fontanelles :
 - Fontanelle bombée ;
 - Fontanelle déprimée ;
 - Fontanelle fermée.
- Prendre le pouls de l'enfant ;
- Ausculter le cœur et les poumons ;
- Contrôler le rythme respiratoire ;
- Examiner les oreilles, le nez, la gorge et la dentition ([cf. Annexe 4 : Age d'apparition des dents](#)) ;

- Examiner l'abdomen, l'ombilic ;
- Examiner le dos ;
- Examiner les organes génitaux externes ;
- Examiner les membres supérieurs et inférieurs ;
- Rechercher les malformations ;
- Evaluer les réflexes et le développement psychomoteur ;
- Comparer les résultats avec les résultats normaux ([cf. Annexe 1 et 2 : Examen physique, résultats normaux et anormaux](#)) et conclure si l'examen est normal ou non ;
- Noter les informations dans le registre, le carnet de santé et/ou autres fiches opérationnelles ;
- Informer la maman ou l'accompagnant(e) des résultats de l'examen.

2. Faire la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

- Motivation de la mère à allaiter son enfant.
- Conseils à donner à la mère pour l'alimentation de complément en temps opportun.
- Démonstration nutritionnelle.
- Supplémentation en vitamine A.
- Prévention des troubles dus à la carence en iode (TDCI).
- Promotion de l'allaitement maternel exclusif.
- Prévention de l'anémie (fer, acide folique et déparasitage).

3. Faire la vaccination

a. Administrier le vaccin retenu aux enfants :

AGE	ANTIGENES
Dès la naissance	BCG Polio O
A 6 semaines	Penta 1 + Polio 1 + Pneumo 1 + Rota 1
A 10 semaines	Penta 2 + Polio 2 + Pneumo 2 + Rota 2
A 14 semaines	Penta 3 + Polio 3 + Pneumo 3 + Rota 3 + VPI
9 à 11 mois	VAR + VAA Men. A

N.B :

- Ne pas administrer le Polio O après la deuxième semaine de vie pour ne pas perturber le calendrier de vaccination ;
- Commencer alors le calendrier à partir du Penta 1 + Polio 1 + Pneumo 1 + Rota 1 à 6 semaines de vie ;
- Le vaccin contre le BCG peut se faire même après la deuxième semaine de vie ;

- Ne pas enregistrer la dose de vaccin polio O administrée à un enfant en cas de diarrhée ; reprendre cette dose de vaccin 4 semaines après ;
- **Ne pas administrer le vaccin Penta à un enfant qui a présenté une réaction grave (convulsion, état de choc à une dose antérieure) ;**
- Saisir toute occasion pour vacciner tout enfant non à jour dans ses vaccinations ;
- **En cas d'épidémie de rougeole, vacciner tous les enfants contacts dès l'âge de 6 mois. Dans ce cas il faudra réinjecter une deuxième dose à l'âge de 11 ou 12 mois ;**
- **Pour le Penta + Polio + Pneumo + Rota un enfant perdu de vue après 1 ou 2 administrations, ne doit pas recommencer à zéro lorsqu'on le retrouve. Il faut continuer normalement la série ;**
- **Un enfant complètement vacciné est celui qui a reçu une dose de BCG, 3 doses de Penta + Polio + Pneumo + Rota, une dose de VPI, une dose de VAR, une dose VAA et une dose de Men. A.**

C. CONSULTATION CURATIVE

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

1. Nourrisson de la naissance à 2 mois

1.1. Infection bactérienne

Un nourrisson peut tomber malade et mourir très vite d'infections bactériennes graves telles que la pneumonie, la septicémie ou la méningite.

a. Éléments de diagnostic :

Un nourrisson est classé :

- **Maladie grave :**
 - Convulsions OU ;
 - Incapable de s'alimenter OU ;
 - Respiration rapide (60 mouvements respiratoires par minute OU plus) OU ;
 - Tirage sous costal marqué OU ;
 - Geignement expiratoire OU ;
 - Fièvre plus 37,5°C OU ;
 - Hypothermie (en-dessous de 35,5°C*) OU ;
 - Bouge seulement après avoir été stimulé ou ne bouge pas même après avoir été stimulé.
- **Infection bactérienne locale :**
 - Omphalite rouge ou suintant de pus OU ;
 - Pustules cutanées.
- **Classification au niveau de la communauté :**
 - Référencer tous les nourrissons de 0 à 2 mois.

b. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	NOURRISSON MALADE DE MOINS DE DEUX (2) MOIS.	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CSCom • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant en cours de route • Couvrir l'enfant à l'aide d'un pagne pour éviter le froid (garder l'enfant sur la poitrine de la mère).
CSCom	MALADIE GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'antibiotique en intramusculaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ampicilline 100 mg/kg, en une dose unique ○ Gentamicine 7,5 mg/kg en une dose unique • Traiter pour éviter l'hypoglycémie. • Couvrir l'enfant avec un pagne pour éviter le froid (garder l'enfant sur la poitrine de la mère) • Transférer d'URGENCE
	INFECTION BACTERIENNE LOCALE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner un antibiotique approprié par voie orale. • Apprendre à la mère à traiter les infections locales à domicile. • Expliquer à la mère comment soigner le nourrisson à domicile. • Revoir après 2 jours. • Référer au besoin.
<i>Hôpital de district</i>	MALADIE GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Examens complémentaires (NFS, VS...) si nécessaire • Traiter la cause • Référer au besoin
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	MALADIE GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district • Faire un antibiogramme au besoin.

1.2. Diarrhée

La prise en charge de la diarrhée chez le nourrisson suit la même procédure que celle de l'enfant âgé de 2 mois à 5 ans selon l'état d'hydratation :

- Déshydratation sévère ;
- Signes évidents de déshydratation (tous les éléments du grand enfant sauf boit avidement et assoiffé) ;
- Pas de déshydratation comme chez le grand enfant.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	NOURRISSON ATTEINT DE DIARRHEE	<ul style="list-style-type: none"> • Référer au CSCoM • Demander à la mère de donner de la SRO et de continuer à allaiter l'enfant en cours de route • Couvrir l'enfant à l'aide d'un pagne pour éviter le froid (garder l'enfant sur la poitrine de la mère).
<i>CSCoM</i>	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Si le nourrisson n'est pas classé MALADIE GRAVE • Donner des liquides pour déshydratation sévère : Plan C • Donner du Zinc ½ cp par jour pdt 14 jours • Conseiller à la mère de continuer l'allaitement. ➢ Si le nourrisson est aussi classé MALADIE GRAVE : • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route.
	SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des liquides pour signes évidents de déshydratation : Plan B • Donner du Zinc ½ comp par jour pendant 14 jours • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir le nourrisson dans 2 jours si pas d'amélioration • Demander à la mère de continuer l'allaitement
	PAS DE DÉSHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des liquides pour traiter la diarrhée à domicile : Plan A • Donner du Zinc ½ cp par jour pdt 14 jours. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir le nourrisson dans 2 jours si pas d'amélioration.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
		<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la mère de continuer l'allaitement.
<i>Hôpital de district</i>	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom si le nourrisson n'est pas classé MALADIE GRAVE ➤ Si le nourrisson est aussi classé MALADIE GRAVE : <ul style="list-style-type: none"> • Faire le bilan • Traiter la déshydratation sévère • Traiter la cause • Transférer au besoin
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	DÉSHYDRATATION SÉVÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem <i>Hôpital de district</i> si le nourrisson n'est pas classé MALADIE GRAVE • Faire le bilan complémentaire • Traiter la cause.

1.3. Problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale

La meilleure alimentation d'un nourrisson est l'allaitement maternel exclusif au sein. L'allaitement exclusif au sein signifie que l'enfant n'est nourri que de lait maternel sans autre aliment, ni eau ou autre liquide supplémentaire (à l'exception des médicaments).

a. Éléments de diagnostic :

Un nourrisson est classé :

- **Maladie grave** :
 - Incapable de se nourrir OU ;
 - Pas de prise de sein OU ;
 - Pas de succion du tout.
- **Problème d'alimentation ou poids faible pour l'âge** :
 - Mauvaise prise de sein OU ;
 - Succion non efficace, OU ;
 - Moins de 8 tétées en 24 heures, OU ;
 - Reçoit d'autres aliments ou liquides, OU ;
 - Poids faible pour l'âge, OU ;
 - Muguet (plaques blanches dans la bouche).
- **Pas de problème d'alimentation** :
 - Pas de poids faible pour l'âge ;
 - Aucun signe d'alimentation inadéquate.

b. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	NOURRISSON QUI NE GROSSIT PAS	<ul style="list-style-type: none"> • Référer • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant en cours de route • Maintenir le nourrisson au chaud
CSCom	PROBLEME D'ALIMENTATION ET/OU POIDS FAIBLE POUR L'AGE.	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la mère d'allaiter le nourrisson au sein aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson réclame, jour et nuit. <p>Si la prise de sein est mauvaise ou si la succion n'est pas efficace :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer la bonne position et la bonne prise de sein. <p>Si la mère allaite au sein moins de 8 fois en 24 heures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la mère d'allaiter plus souvent et aussi longtemps que le nourrisson le réclame, jour et nuit. <p>Si le nourrisson reçoit d'autres aliments ou liquides :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la mère de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Allaiter davantage, ○ Réduire les autres aliments et liquides, ○ Utiliser une tasse. <p>Si l'enfant n'arrive pas à prendre le sein : Montrer à la mère comment exprimer son lait et à nourrir son enfant avec une tasse.</p> <p>Si pas d'allaitement au sein :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à la mère à préparer correctement un substitut au lait maternel et à utiliser une tasse. • Référer pour conseils sur l'allaitement au sein et éventuellement la rélactation. <p>Montrer à la mère comment nourrir et maintenir à chaud à la maison un nourrisson de faible poids.</p> <p>En cas d'ulcération ou de muguet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à la mère à traiter le nourrisson à domicile (cf. Pathologies nouveau-né) ; • Revoir tout problème d'alimentation ou de muguet après 2 jours ;

		<ul style="list-style-type: none"> • Revoir tout problème de poids faible pour l'âge au 14^{ème} jour ; • Référer pour renutrition à l'URENI à l'hôpital de district.
	PAS DE PROBLEME D'ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> • Féliciter la mère pour la bonne alimentation du nourrisson ; • Apprendre à la mère à soigner le nourrisson à domicile (cf. Pathologies nouveau-né) • Encourager la mère à poursuivre l'alimentation.
Hôpital de district	PROBLEME D'ALIMENTATION ET/OU POIDS FAIBLE POUR L'AGE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CCom • Faire le traitement nutritionnel, • Traiter les autres complications.

1.4. Infection à VIH chez le nourrisson né de mère séropositive

Pour le diagnostic et la classification du VIH et du sida chez l'enfant.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	NOUVEAU NE DE MERE SEROPOSITIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Référer l'enfant au CCom
CCom	INFECTION A VIH CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines cf. Fiche technique 25; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Initier le traitement ARV selon le protocole au besoin si disponible sinon ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile ; • Référer l'enfant dans un site de traitement ARV.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	NOURRISSON EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'algorithme de suivi de l'enfant né mère séropositive ; • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Faire la PCR si possible avant l'âge de 18 mois et se référer à la classification appropriée ; • Refaire la PCR deux mois après le sevrage (nourrisson sous allaitement maternel) ; Sinon, Référer l'enfant pour PCR.
	PAS D'INFECTION A VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Donner les conseils à la mère sur sa propre santé.
<i>Hôpital de district</i>	INFECTION A VIH CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Initier le traitement ARV selon le protocole ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile.
	NOURRISSON EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'algorithme de suivi de l'enfant né mère séropositive ; • Faire la PCR ; • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	INFECTION A VIH CONFIRMEE	• Idem au niveau hôpital de district.
	NOURRISSON EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	• Idem au niveau hôpital de district.

1.5. Vaccination, supplémentation en vitamine A et le déparasitage

Calendrier vaccinal

AGE	VACCINS
Naissance	BCG Polio-0
6 Semaines	Penta 1 + Peumo 1 + Rota 1 + Polio-1

Supplémentation en vitamine A : Donner 50 000 UI de vitamine A au nourrisson non allaité.

Déparasitage à l'Albendazole Cp : donner 400 mg en prise unique à la femme en post partum immédiat.

1.6. Suivi des soins du nourrisson malade.

FICHE TECHNIQUE N° 45 : SUIVI DES SOINS DU NOURRISSON MALADE

INFECTION BACTERIENNE LOCALE

Après 2 jours :

- Regarder l'ombilic. Est-il rouge ou suppurant ?
- La rougeur s'étend-t-elle à la peau ?
- Regarder les pustules cutanées. Sont-elles nombreuses ou sévères ?

Traitement :

- Si le pus ou la rougeur persiste ou s'aggrave, transférer le nourrisson à l'échelon supérieur
- Si le pus et la rougeur se sont améliorés, dire à la mère de continuer le traitement antibiotique de 5 jours et le traitement de l'infection locale.
- Au niveau de la communauté référer tout nouveau-né ayant une infection locale.

MUGUET

Après 2 jours :

- Rechercher les ulcérations, plaques blanches dans la bouche.
- Réévaluer l'alimentation : voir évaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale ci-dessus.
- Si le muguet s'est aggravé ou si le nourrisson a des problèmes de succion et de prise de sein, transférer à l'hôpital.
- Si le muguet est le même ou a diminué, et si le nourrisson se nourrit bien, continuer le traitement au violet de gentiane 1% (dilué de moitié) ou au bleu de méthylène ou à la Nystatine.

PROBLEME D'ALIMENTATION

Après 7 jours :

- Réévaluer l'alimentation
- Poser des questions sur des problèmes d'alimentation notés lors de la première visite

Traitement :

- Conseiller la mère sur tout problème d'alimentation nouveau ou persistant. Si vous conseillez à la mère d'apporter des changements sensibles à l'alimentation, lui conseiller de revenir pour une nouvelle visite de suivi.
- Si le poids du nourrisson est faible pour son âge, conseiller la mère de revenir 14 jours après la première visite pour une nouvelle pesée.

Exception :

Si aucune amélioration ne semble prévisible ou s'il a perdu du poids transférer à l'hôpital.

POIDS FAIBLE POUR L'AGE***Après 7 jours :***

- Peser le nourrisson et déterminer si son poids est toujours très faible pour son âge.
- Réévaluer l'alimentation : voir évaluer les problèmes d'alimentation ou d'insuffisance pondérale.
- Si le poids du nourrisson n'est plus faible pour son âge, féliciter la mère et l'encourager à continuer.
- Si le poids est encore faible pour son âge, mais le nourrisson se nourrit bien, féliciter la mère. Demander de revenir peser son enfant dans un mois ou lorsqu'elle revient pour la vaccination
- Si le poids est encore faible pour son âge, et qu'il a un problème d'alimentation, conseiller la mère sur ce problème .Lui demander de revenir dans 2 jours,
- Continuer le suivi du nourrisson toutes les 2 semaines jusqu'à ce qu'il se nourrisson bien et gagne du poids régulièrement, ou que son poids ne soit plus faible pour son âge.

Exception : Si aucune amélioration ne semble prévisible ; ou s'il a perdu du poids, transférer le nourrisson.

2. Enfant de 2 mois à 5 ans***2.1. Etapes de la prise en charge***

- **Evaluer**
- **Classer la maladie**
- **Identifier le traitement**
- **Traiter**
- **Conseiller la mère**
- **Faire le suivi des soins en fonction des maladies traitées**
- **Assurer la référence/évacuation et contre référence**

2.2. Prise en charge**2.2.1. Recherche des signes généraux de danger :**

- a. ***L'enfant est-il capable de boire ou de prendre le sein ?***
- b. ***L'enfant vomit-il tout ce qu'il consomme ?***
- c. ***L'enfant a-t-il eu des convulsions ou convulse-t-il actuellement ?***
- d. **OBSERVER : Voir si l'enfant est léthargique ou inconscient :**
- e. **OBSERVER : Voir si l'enfant convulse :**

Tout enfant présentant un signe général de danger est gravement malade, achever rapidement l'évaluation et le transférer d'urgence à l'échelon supérieur.

Au niveau de la communauté sont également retenus comme signes de danger :

Enfant à référer :

- Pâleur palmaire sévère (anémie).
- Respiration difficile avec tirage sous costal marqué ou sifflement.
- Saignement spontané.
- Urine peu abondante « couleur coca cola ».
- Incapable de s'asseoir ou de se tenir debout.
- Enfant qui devient plus malade malgré les soins à domicile.
- Toute maladie qui dure 14 jours ou plus.
- Œdèmes des membres inférieurs.
- Mauvais état nutritionnel de l'enfant : Bande de Shakir au rouge et/ ou amaigrissement visible et sévère.
- L'enfant vomit tout ce qu'il consomme.

Les classifications à référer :

2 mois à 5 ans :

- Pneumonie grave ou maladie très grave.
- Déshydratation sévère avec une autre classification grave.
- Diarrhée persistante sévère avec une autre classification grave.
- Maladie fébrile très grave.
- Rougeole grave et compliquée.
- Mastoïdite.
- Malnutrition aiguë sévère.
- Anémie grave.

N.B : Tout cas à référer doit bénéficier de traitement pré transfert.

2.2.2. Toux et difficultés respiratoires :

Le signe difficulté respiratoire est caractérisé par une façon inhabituelle de respirer.

a. Eléments de diagnostic :

Un enfant qui présente toux ou difficultés respiratoires est classé :

➤ **Pneumonie grave ou maladie très grave :**

- Tout signe général de danger OU
- Stridor chez un enfant calme.

- **Pneumonie :**
 - Tirage sous costal OU
 - Respiration rapide :
 - 2 mois à 12 mois : 50 mouvements respiratoires par minute ou plus.
 - 12 mois à 5 ans : 40 mouvements respiratoires par minutes ou plus
- **Pas de pneumonie toux ou rhume :**
 - Pas de signes de pneumonie grave ou maladie très grave et de pneumonie.
- **Classification au niveau de la communauté :**
 - Respiration n'est pas rapide : **Toux ou rhume**
 - 2 mois à 12 mois : moins de 50 mouvements respiratoires par minute.
 - 12 mois à 5 ans : moins de 40 mouvements respiratoires par minutes.
 - Respiration rapide : **Pneumonie**
 - 2 mois à 12 mois : 50 mouvements respiratoires par minute ou plus.
 - 12 mois à 5 ans : 40 mouvements respiratoires par minutes ou plus.

b. Prise en charge par niveau selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village Communautaire	RESPIRATION N'EST PAS RAPIDE : TOUX OU RHUME.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant ; • Donner un remède inoffensif pour calmer la toux (infusion de feuilles d'eucalyptus ou sirop balembo ou miel au citron) ; • Nettoyer les narines pour enlever les sécrétions ; • Transférer au centre de santé si : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas d'amélioration après 3 jours ○ <u>OU</u> apparition de signes de danger (si la respiration est rapide, difficile ou sifflante).
	RESPIRATION EST RAPIDE : PNEUMONIE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner l'amoxicilline pendant 5 jours ; • Calmer la toux avec un remède inoffensif ; • Donner du paracétamol si fièvre ; • Demander à la mère de continuer à allaiter l'enfant ; • Transférer au CSCom.
CSCom	* PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'antibiotique approprié. • Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie. • Traiter la respiration sifflante s'il y en a. • Transférer d'urgence à l'échelon supérieur.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	* PNEUMONIE.	<ul style="list-style-type: none"> Donner de l'amoxicilline pendant 5 jours Calmer la toux avec un remède inoffensif. Traiter la respiration sifflante s'il y en a. Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. Revoir dans 2 jours.
	* PAS DE PNEUMONIE TOUX OU RHUME.	<ul style="list-style-type: none"> Traiter la respiration sifflante s'il y en a. Si la toux dure depuis plus de 15 jours, référer le malade pour bilan Calmer la toux avec un remède inoffensif Expliquer à la mère quand revenir immédiatement Revoir dans 5 jours s'il n'y a pas d'amélioration.
<i>Hôpital de district</i>	* PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> Examiner Demander les examens complémentaires si nécessaire (Radiographie, NFS, VS, GE) Traiter Donner un RDV après hospitalisation Référer si nécessaire.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	PNEUMONIE GRAVE OU MALADIE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Examiner Demander les examens complémentaires si nécessaire (Radiographie, NFS, VS, GE) Traiter (antibiothérapie, oxygénothérapie et nébulisation si nécessaire) Donner un RDV après hospitalisation.

2.2.3. Diarrhée :

C'est l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides en 24 heures.

a. Eléments de diagnostic :

Un enfant qui présente de la diarrhée aiguë (moins de 14 jours) est classé :

➤ **Déshydratation sévère** :

Si l'enfant présente deux des signes suivants :

- Léthargie ou inconscience ;
- Yeux enfoncés ;
- Incapable de boire ou boit difficilement ;
- Pli cutané s'efface très lentement.

➤ **Signes évidents de déshydratation** :

Si l'enfant présente deux des signes suivants :

- Agité, irritable ;
- Yeux enfoncés ;

- Boit avidement, assoiffé ;
- Pli cutané s'efface lentement.

➤ **Pas de déshydratation :**

Si l'enfant n'a pas assez de signes pour être classé comme signes évidents de déshydratation ou déshydratation sévère.

Un enfant qui présente la diarrhée persistante (14 jours et plus) est classé :

➤ **Diarrhée persistante sévère :**

Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus avec déshydratation sévère ou signes évidents de déshydratation.

➤ **Diarrhée persistante :**

Si la diarrhée persiste depuis 14 jours ou plus sans déshydratation.

Un enfant a la dysenterie : Si l'enfant a du sang dans les selles.

➤ **Classification au niveau de la communauté :**

- Diarrhée à traiter au site : tous les problèmes sont absents ;
- Diarrhée à référer si signes de danger : déshydratation, selles trop liquides comme de l'eau, sang dans les selles.

b. Prise en charge de la diarrhée par niveau selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village Communautaire	DIARRHEE A TRAITER AU SITE.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner d'avantages de liquides (eau potable, eau de riz, soupe de poisson ou de viande, de la banane, du lait caillé, du yaourt) SRO + Zinc. • Continuer l'allaitement et l'alimentation. • Surveiller l'enfant de jour comme de nuit ; • Transférer au CSCom si : signe de danger. • Demander à la mère de donner du SRO et de continuer à allaiter l'enfant en cours de route.
CSCom	DESHYDRATATION SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'enfant n'a pas de malnutrition aiguë sévère ou toute autre classification grave : • Donner des liquides pour déshydratation sévère (Plan C). <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enfant a une autre classification grave : <ul style="list-style-type: none"> ○ Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. ○ Conseiller à la mère de continuer l'allaitement. • Si l'enfant a 2 ans ou plus et si une épidémie de choléra sévit dans la région, donner un antibiotique pour le choléra.
	SIGNES EVIDENTS DE DESHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des liquides, du zinc et des aliments pour signes évidents de déshydratation (Plan B). • Conseiller à la mère de continuer l'allaitement, de surveiller l'enfant de jour comme de nuit ; • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir dans 5 jours. • Si l'enfant a une autre classification grave : Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route.
	PAS DE DESHYDRATATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des liquides, du zinc et des aliments pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A) en absence de malnutrition aiguë sévère. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir dans 5 jours.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Traiter la déshydratation avant de transférer, à moins que l'enfant n'ait une malnutrition aiguë sévère ou une autre classification grave. Transférer à l'échelon supérieur.
	DIARRHEE PERSISTANTE	<ul style="list-style-type: none"> Expliquer à la mère comment nourrir un enfant qui a une DIARRHÉE PERSISTANTE. Donner des multivitaminés et du zinc pendant 14 jours Revoir dans 5 jours.
	DYSENTERIE	<ul style="list-style-type: none"> Traiter pendant 5 jours avec la ciprofloxacine ; Expliquer à la mère quand revenir immédiatement ; Revoir dans 2 jours.
<i>Hôpital de district</i>	DESHYDRATATION SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Examiner Hospitaliser Appliquer le PLAN C Demander des examens complémentaires si nécessaire A référer si pas d'amélioration
	DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Examiner Hospitaliser Traiter la diarrhée persistante sévère Demander examens complémentaires si nécessaire Référer si pas d'amélioration
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	DESHYDRATATION SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Examiner Hospitaliser Appliquer le PLAN C Demander des examens complémentaires si nécessaire Référer si pas d'amélioration
	DIARRHEE PERSISTANTE SEVERE	<ul style="list-style-type: none"> Examiner Hospitaliser Traiter la diarrhée persistante sévère Demander examens complémentaires si nécessaire.

2.2.4. Fièvre :

Selon l'approche PCIME, un enfant présente une fièvre s'il a des antécédents de fièvre ou s'il est chaud au toucher ou s'il a une température axillaire de plus de 37,5°C.

a. Éléments de diagnostic :**Un enfant qui présente de la fièvre est classé :**➤ **Maladie fébrile très grave :**

Tout signe général de danger (Incapable de boire ou de prendre le sein, vomit tout ce qu'il consomme, antécédents de convulsions, léthargique ou inconscient, convulse actuellement) ou raideur de la nuque, fontanelle bombée ou tout autre signe de paludisme grave avec si possible un diagnostic biologique du paludisme.

➤ **Paludisme simple :**

Fièvre (antécédent de fièvre ou de corps chaud au toucher ou température à plus de 37,5°C) et un TDR positif ou GE positive.

➤ **Pas de paludisme :**

Fièvre (antécédents de fièvre ou de corps chaud au toucher ou température à plus de 37,5°C) et TDR négatif ou GE négative.

Un enfant qui présente de la fièvre et qui a actuellement la rougeole ou l'a eu au cours des 3 derniers mois est classé :➤ **Rougeole grave et compliquée :**

Tout signe général de danger ou opacité de la cornée ou ulcérations profondes ou étendues dans la bouche.

➤ **Rougeole avec complications aux yeux et/ou à la bouche :**

Ecoulement oculaire de pus ou ulcérations dans la bouche.

➤ **Rougeole :**

Eruption généralisée associée à un des signes suivants :

- Toux ;
- Ecoulement nasal et yeux rouges.

➤ **Antécédents de rougeole :**

Rougeole au cours des 3 derniers mois.

b. Prise en charge par niveau selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village Communautaire	FIEVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner du CTA plus paracétamol. • Donner des conseils pour l'alimentation. Référez si : <ul style="list-style-type: none"> • TDR négatif et absence de pneumonie ou toux/rhume. • Fièvre avec éruption cutanée généralisée. • Enfant de moins de 6 mois avec TDR positif. • Fièvre persiste après 3 jours de traitement avec CTA bien conduit.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
CSCom	MALADIE FEBRILE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer pour paludisme grave (première dose) : Artésunate injectable ou Arthémeter ou Quinine injectable sauf si urines coca cola • Administrer la première dose d'antibiotique approprié • Administrer du diazépam si l'enfant convulse • Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie. • Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5°C ou plus) • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.
	PALUDISME SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) pendant 3 jours. • Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la température est de 38.5°C ou plus. • Expliquer à la mère comment faire baisser la température à domicile. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 2 jours si la fièvre persiste. • Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, référer pour bilan. • Donner des conseils à la mère sur la prévention du paludisme en plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
	PAS DE PALUDISME	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer, au centre de santé, une dose de paracétamol si la fièvre est élevée (38,5 °C ou plus) • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement • Revoir l'enfant dans 2 jours si la fièvre persiste • Si la fièvre a été présente tous les jours depuis plus de 7 jours, transférer pour bilan

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE***	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la Vitamine A. • Administrer la première dose d'un antibiotique approprié. • Si opacité de la cornée ou écoulement de pus au niveau des yeux, traiter avec la pommade ophtalmique à la tétracycline à 1%. • Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.
	ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS*** AUX YEUX ET/OU A LA BOUCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la Vitamine A • Administrer de l'Amoxicilline pendant 5 jours. • Si écoulement oculaire de pus, traiter avec la pommade ophtalmique à la tétracycline à 1%. • En cas d'ulcération dans la bouche, traiter au violet de gentiane dilué ou au bleu de méthylène • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 2 jours.
	ROUGEOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la vitamine A • Administrer de l'Amoxicilline pendant 5 jours • Conseiller la mère sur l'alimentation et l'hygiène • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 2 jours.
	ANTECEDENTS DE ROUGEOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer de la Vitamine A (si l'enfant n'en a pas reçu au cours des 3 derniers mois).

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Hôpital de district	MALADIE FEBRILE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner ; • Demander des examens complémentaires si nécessaire (examen du liquide céphalorachidien, GE, NFS...); • Traiter : <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrer un anticonvulsivant si l'enfant convulse ; ○ Donner de la quinine pour paludisme sévère ; ○ Donner un antibiotique approprié pour méningite purulente ou septicémie ; • Traiter l'enfant pour éviter l'hypoglycémie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrer du paracétamol/AAS si fièvre ; ○ A référer si besoin.
	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un examen ophtalmologique complet. • Traiter selon la complication. • Référer si besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	MALADIE FEBRILE TRES GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Autres examens complémentaires. • Traiter la cause.
	ROUGEOLE GRAVE ET COMPLIQUEE	<ul style="list-style-type: none"> • Idem au niveau Hôpital de district. • Autres examens complémentaires. • Traiter la cause.

2.2.5. Problèmes d'oreille :

Tout enfant ayant un problème d'oreille peut avoir une infection de l'oreille.

a. Eléments de diagnostic :

Un enfant qui présente un problème d'oreille est classé :

- **Mastoïdite** :
 - Gonflement douloureux derrière l'oreille.
- **Infection aiguë de l'oreille** :
 - Douleur à l'oreille.
 - Ecoulement de pus visible et depuis moins de 14 jours
- **Infection chronique de l'oreille** :
 - Ecoulement de pus visible et depuis 14 jours ou plus.

- **Pas d'infection de l'oreille :**
 - Pas de douleur à l'oreille et pas d'écoulement de pus visible.
- **Classification au niveau de la communauté :** Référer pour autres plaintes.

b. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	AUTRES PLAINTES	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CSCom
CSCom	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'antibiotique approprié. • Donner la première dose de paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur
	INFECTION AIGUË DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner Amoxicilline pendant 5 jours. • Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. • Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. • Apprendre à la mère comment assécher l'oreille • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement • Revoir l'enfant dans 5 jours.
	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Assécher l'oreille à l'aide d'une mèche. • Instiller des gouttes auriculaires de Quinolone pendant 2 semaines. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 5 jours.
	PAS D'INFECTION D'OREILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement supplémentaire
<i>Hôpital de district</i>	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des examens complémentaires • Traiter par l'antibiotique approprié. • Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. • Transférer à l'hôpital si nécessaire.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	MASTOÏDITE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire les autres examens complémentaires

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
		<ul style="list-style-type: none"> • Traiter par l'antibiotique approprié. • Donner du paracétamol ou de l'AAS pour calmer la douleur. • Faire un traitement chirurgical au besoin

2.2.6. Anémie :

Chez tout enfant malade, évaluer l'anémie : **Rechercher la pâleur palmaire.**

Comparer la couleur de la paume de l'enfant à la vôtre, à celle d'autres enfants. La paume de l'enfant est pâle, l'enfant a une légère pâleur palmaire. La paume est très pâle ou si pâle qu'elle semble blanche, l'enfant souffre de pâleur palmaire sévère.

a. Éléments de diagnostic :

- **Anémie grave** :
 - Pâleur palmaire sévère ;
 - Drépanocytose avec signes de gravité.
- **Anémie** :
 - Pâleur palmaire légère.
- **Pas d'anémie** :
 - Pas de pâleur palmaire.
- **Classification au niveau de la communauté** :
 - Référer tous les cas de pâleur palmaire.

b. Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village Communautaire	PALEUR PALMAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer au CSCoM
CSCoM	ANEMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la première dose d'Artésunate injectable ou Artémether ou quinine injectable pour le paludisme grave. • Donner de la vitamine A. • Traiter l'enfant pour prévenir l'hypoglycémie. • Transférer d'URGENCE à l'échelon supérieur.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	ANEMIE	<ul style="list-style-type: none"> • Donner du fer / acide folique • Donner un CTA si le TDR est positif. • Donner du Mébendazole ou Albendazole • Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER la mère (cf. PCIME) • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant après 14 jours.
	PAS D'ANÉMIE	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement
Hôpital de district	ANEMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Demander examens complémentaires si nécessaires (NFS, groupe RH, GE, Test d'Emmel, VIH selles POK, etc.). • Transfuser si nécessaire. • Traiter une drépanocytose au besoin. • Traiter les autres causes. • Conseiller un régime alimentaire approprié. • Référer si besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	ANEMIE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Demander d'autres examens complémentaires si nécessaires • Transfuser si nécessaire. • Prendre en charge la drépanocytose au besoin. • Traiter les autres causes. • Conseiller un régime alimentaire approprié.

2.2.7. Malnutrition :

Tout enfant dont le régime alimentaire ne contient pas les quantités recommandées de vitamines et éléments minéraux essentiels peut souffrir de malnutrition.

Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	MALNUTRITION A TRAITER AU SITE (MAM)	<ul style="list-style-type: none"> • Donner farine enrichie /ATPE (Plumpy sup), aliments locaux. • Donner les traitements spécifiques : Albendazole, Fer + Acide folique, Vitamine A.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	MALNUTRITION A TRAITER AU SITE (MAS sans complications)	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon le protocole de la malnutrition aiguë sévère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner de l'ATPE chez l'enfant de 6 mois ou plus ; ○ Donner systématiquement de l'Amoxicilline pendant 7 jours. • Administrer du CTA pendant 3 jours si le TDR est positif. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 7 jours : Si l'enfant a moins de 6 mois ou pèse moins de 3 kg : <ul style="list-style-type: none"> • Transférer à l'URENI.
	PAS DE MALNUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> • Féliciter la mère. • Donner les conseils à la mère.
CSCom	MALNUTRITION AIGUE SEVERE SANS COMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon le protocole de la malnutrition aiguë sévère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner de l'ATPE chez l'enfant de 6 mois ou plus ; ○ Donner systématiquement de l'Amoxicilline pendant 7 jours ; ○ Administrer du CTA pendant 3 jours si le TDR est positif. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 7 jours : Si l'enfant a moins de 6 mois ou pèse moins de 3 kg : <ul style="list-style-type: none"> • Transférer à l'URENI.

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	MALNUTRITION AIGUE MODEREE	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller à la mère de nourrir l'enfant comme décrit dans le cadre ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MERE. • Revoir dans 5 jours si problème d'alimentation. • Traiter selon le protocole la malnutrition aiguë modérée : <ul style="list-style-type: none"> ○ Donner l'ATPE approprié ; ○ Donner de la vitamine A, si l'enfant en a reçu il y a plus de deux mois ; ○ Donner du Albendazole ou Mébendazole si l'enfant a 12 mois ou plus et s'il n'en a pas reçu pendant les 6 mois précédents ; ○ Donner du fer/acide folique. • Dépister une éventuelle infection tuberculeuse. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement. • Revoir l'enfant dans 7 jours.
	PAS DE MALNUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer son alimentation et conseiller la mère de le nourrir comme décrit dans l'encadré ALIMENTS du tableau CONSEILLER LA MÈRE si l'enfant a moins de 2 ans. • Revoir l'enfant dans 5 jours si problème d'alimentation. • Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
Hôpital de district	MALNUTRITION AIGUE SEVERE AVEC COMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • cf. Protocole PCIMA • A référer si besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	MALNUTRITION AIGUE SEVERE AVEC COMPLICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • cf. protocole PCIMA ; • Traiter éventuellement les autres causes.

2.2.8. Infection à VIH chez l'enfant de 2 mois à 5 ans :Prise en charge par niveau et selon la classification :

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire		<ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile. • Référer l'enfant au CSCCom.
CSCCom	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de 6 semaines ; • Donner la vitamine A à partir de 6 mois ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile ; • Revoir l'enfant dans 15 jours ; • Faire au besoin le traitement ARV si disponible, si non ; • Référer l'enfant dans un site de traitement ARV.
	INFECTION A VIH ASYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Evaluer si possible l'éligibilité au traitement ARV si non référer ; • Faire au besoin le traitement ARV si disponible si non référer ;

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Donner la vitamine A à partir de l'âge de 6 mois ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Si possible confirmer (PCR avant l'âge de 18 mois, sérologie après 18 mois d'âge) et se référer à la classification appropriée ; • Evaluer si possible l'éligibilité au traitement ARV sinon référer.
	ENFANT EXPOSE/INFECTION A VIH POSSIBLE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Donner la vitamine A à partir de 6 mois ; • Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère ; • Confirmer Si possible (PCR avant l'âge de 18 mois, sérologie après 18 mois d'âge) et se référer à la classification appropriée ; • Si non référer.
	PAS D'INFECTION À VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Evaluer l'alimentation et donner les conseils appropriés à la mère ; • Conseiller la mère sur sa propre santé.
Hôpital de district	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Faire le traitement ARV ;

NIVEAUX	CLASSIFICATION	CONDUITE A TENIR
		<ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile.
	INFECTION A VIH ASYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Donner la vitamine A ; • Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère ; • Evaluer l'éligibilité au traitement ARV ; • Faire le traitement ARV au besoin.
EPH 2^{èe} et 3^{èe} Référence	INFECTION A VIH SYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole ; • Evaluer l'alimentation du nourrisson et donner les conseils appropriés à la mère ; • Faire le traitement ARV (Voir Fiche technique) ; • Donner des conseils à la mère sur les soins à domicile.
	INFECTION A VIH ASYMPTOMATIQUE CONFIRMEE	<ul style="list-style-type: none"> • Débuter le traitement pour les autres classifications ; • Débuter la prophylaxie au Cotrimoxazole • Donner la vitamine A ; • Evaluer l'alimentation de l'enfant et donner les conseils appropriés à la mère ; • Evaluer l'éligibilité au traitement ARV ; • Faire le traitement ARV au besoin.

2.3. Vérifier le statut vaccinal de l'enfant, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage

CALENDRIER VACCINAL		DOSE DE LA VITAMINE A	
AGE	VACCINS	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dose de 50 000 UI à un enfant de moins de 6 mois non allaité • 6 mois à 12 mois : 100 000 UI • 12 à 5 ans : Tous les 6 mois 200 000 UI 	
Naissance	BCG + Polio 0 orale	DÉPARASITAGE SYSTÉMATIQUE Donner à chaque enfant de l'Albendazole /Mébendazole tous les 6 mois dès l'âge d'un an. Noter la dose sur la fiche de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> • Albendazole : 200 mg (à l'enfant de 12 à 24 mois) ou 400 mg (à l'enfant de 24 mois ou plus). • Mébendazole : 500 mg 	
6 semaines	PENTA 1 + Polio 1 + PNEUMO 1 + ROTA 1		
10 semaines	PENTA 2 + Polio 2 + PNEUMO 2 + ROTA 2		
14 semaines	PENTA 3 + Polio 3 + PNEUMO 3 + ROTA 3 + VPI		
9 à 11 mois	VAR + VAA + Men. A		

2.4. Evaluer l'alimentation de l'enfant et conseiller la mère

Evaluer l'alimentation des enfants dont l'état ne nécessite pas un transfert et qui sont classés ANEMIE ou MALNUTRITION AIGUE MODEREE ou ont moins de deux ans et conseiller la mère en se référant sur le tableau : Recommandations pour l'alimentation (Pour l'enfant malade et l'enfant en bonne santé).

2.5. Suivi des soins de l'enfant malade de 2 mois à 5 ans

Tout enfant malade doit bénéficier d'un suivi de contrôle selon le RDV et au besoin (quand revenir immédiatement).

XIII. SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET DES JEUNES (SAJ)

A. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT

➤ **Counseling spécifique en SAJ**

L'objet du counseling est d'aider à résoudre les problèmes des adolescent(e)s et jeunes en matière de santé sexuelle et de la reproduction. Il :

- Aide l'adolescent/jeune à reconnaître les effets des comportements à haut risque sur sa santé ;
- Assiste l'adolescent/jeune à prendre des décisions en matière de santé sexuelle et de la reproduction (PF, dépistage, etc.) ;
- Aide l'adolescent/jeune à s'informer et à prendre des décisions pour résoudre des problèmes identifiés ;
- Donne les informations sur les rumeurs et les mauvaises conceptions.

➤ **Étapes du counseling : les étapes sont les mêmes que dans le volume 1.**

Cependant l'accent doit être mis sur la convivialité des services offerts aux jeunes.

B. SANTE DES ADOLESCENT(E)S ET DES JEUNES

1. Soins préventifs

1.1. *Promotion des préservatifs*

FICHE TECHNIQUE N° 46 : COUNSELING SPECIFIQUE AUX CONDOMS

- Recevoir le client/couple cordialement, et les mettre à l'aise ;
- Se présenter au client ;
- Interroger le client sur ses intentions, si besoin peut-il/elle espacer le rythme des grossesses ou éviter complètement toute grossesse ;
- Recueillir les antécédents médicaux du client et si besoin :
 - les facteurs de risque pour IST ;
 - toute contre-indication médicale à la grossesse impliquant l'emploi d'une méthode contraceptive plus efficace ;
 - Le refus d'une utilisation régulière des condoms de la part de l'homme.
- Interroger sur les connaissances du client sur les condoms et corriger d'éventuelles erreurs ;
- Donner les informations les plus importantes sur le condom :
 - leur efficacité ;
 - le mode d'action des condoms ;
 - les avantages ;
 - les inconvénients ;
 - effets secondaires : irritation locale de la verge ou du vagin, diminution du plaisir sexuel.
- Donner des condoms au client ;
- Donner des instructions au client sur le mode d'emploi des condoms ;
- Démontrer à l'aide d'un mannequin comment mettre correctement un condom ;
- Expliquer quoi faire si le condom se rompt pendant le rapport ;
- Demander au client/couple de répéter les instructions afin de s'assurer qu'il a compris ;
- Demander au client/couple s'il a des questions à poser ;
- Insister sur la possibilité de revenir à tout moment en cas de doute ou de difficulté ;
- Dire au revoir au client.

1.3. Contraception

Tenir compte des particularités relatives à chacune des méthodes suivantes et en informer les adolescent(e)s et jeunes sur :

a. L'abstinence sexuelle :

- C'est la méthode la plus efficace pour prévenir la grossesse et les IST-VIH/sida et doit être encouragée ;
- Nécessite un haut degré de motivation.

b. Les préservatifs masculins et féminins (la double protection) :

- Ce sont les seules méthodes qui protègent contre les IST-VIH/sida et les grossesses non désirées, et sont facilement disponibles ;
- Les utiliser correctement (selon la technique) pour qu'ils soient efficaces.

c. Les contraceptifs oraux combinés :

- Peuvent être utilisés sans danger chez l'adolescente une fois qu'elle a eu trois (3) cycles successifs, respecter la prise quotidienne car l'oubli augmente l'échec ;
- Informer sur les effets secondaires (prise de poids, saignements/irréguliers, acné, aménorrhée...) qui peuvent être particulièrement problématiques pour des adolescentes, un counseling attentif est nécessaire ;
- Encourager le port du préservatif comme méthode d'appoint si les pilules ne sont pas prises correctement ou en cas de risque élevé d'IST.

d. Les injectables :

- La cliente doit avoir eu ses règles depuis au moins **2 ans** ;
- Le retour à la fertilité est lent : **6 à 10 mois** en moyenne. En tenir compte en cas de projet de mariage et arrêter la méthode 6 mois avant ;
- Ne protègent pas contre les IST-VIH/sida.

N.B : Conseiller à la jeune fille qui est sous injectable de l'arrêter dès qu'elle désire (projet) avoir un enfant.

e. Les implants :

- Recommandés pour les adolescentes/jeunes qui veulent une contraception à long terme ou Si elles ont des difficultés à utiliser une autre méthode ;
- Ne protègent pas contre les IST-VIH/sida.

f. Les DIU :

- Informer les adolescentes/jeunes du risque d'infection en cas de partenaires multiples et que cette méthode ne protège pas contre les IST-VIH/sida ;
- Ne sont pas recommandés chez les personnes atteintes d'IST ou ayant des facteurs de risque.

g. La méthode de l'aménorrhée de la lactation (LAM) :

Pour que la méthode soit efficace, la femme doit :

- Pratiquer l'allaitement exclusif ;
- Être en aménorrhée ;
- Être dans les **6 premiers mois** du post partum.
- Insister sur la fréquence des tétées, l'allaitement à la demande ;
- Noter que la méthode ne protège pas contre les IST-VIH/sida.

N.B : Noter la difficulté pour l'adolescent(e)/jeune de respecter les conditions de réussite de cette méthode.

h. La contraception d'urgence (CU) :

- Ne protège pas contre les IST-VIH/sida ;
- Peut être utilisée à n'importe quel moment du cycle après un rapport sexuel non protégé ;
- Utiliser les COP ou COC ou DIU selon le cas dans les **5 jours** qui suivent les rapports sexuels non protégés ;
- Respecter les conseils inhérents à la méthode.

N.B : Ne doit pas être utilisée comme une méthode de contraception régulière et permanente.

1.4. Soins prénatals, pernatals et post-natals

Les soins prodigués sont les mêmes que ceux des adultes. Cependant l'accent doit être mis sur :

- la convivialité des services offerts aux jeunes,
- la vulnérabilité due à l'immaturation des organes génitaux.

1.5. Visite médicale de l'adolescent(e)/jeune**Etapas de la visite médicale****a. Accueillir :****b. Mener l'interrogatoire/l'enregistrement de l'adolescent(e)/jeune :**

Mettre l'accent sur la :

- Recherche des informations sur les activités sexuelles (antécédents d'IST, comportements sexuels à risque...)
- Recherche des informations sur les comportements à risque : utilisation de drogues, alcool, tabac et leurs effets sur l'organisme (perte de mémoire, agitation, somnolence, tremblement des extrémités, bronchites, ulcère de l'estomac, asthénie sexuelle, détérioration de l'état physique...)

- Recherche des informations sur le déroulement de la puberté (Ménarches : date, régularité du cycle menstruel, pollution nocturne chez le garçon), puberté précoce ou tardive ;
- Vérification de l'état vaccinal.

c. Examiner l'adolescent(e)/jeune :

- Procéder à l'examen :
 - apprécier l'état général : Rechercher une malformation, un retard staturo-pondéral, une obésité, une anémie, un goitre ;
 - apprécier la morphologie ;
 - examiner les organes génitaux à la recherche d'anomalies éventuelles ;
 - examiner l'appareil cardio-pulmonaire à la recherche d'un souffle cardiaque, d'une HTA, d'une dyspnée d'effort ;
 - examiner l'appareil bucco-dentaire à la recherche d'une carie dentaire et d'une haleine fétide ;
 - examiner l'appareil locomoteur à la recherche d'une boiterie, d'une scoliose, d'une cyphose, d'une cyphoscoliose, d'autres malformations notamment au niveau des membres ;
 - faire l'examen ophtalmologique à la recherche d'une baisse de l'acuité visuelle ;
 - faire l'examen Oto-rhino-laryngologique (ORL) à la recherche d'une baisse de l'audition et de l'odorat ;
 - examiner les autres appareils ;
 - demander des examens complémentaires selon les pathologies détectées.
 - assurer la prise en charge des cas ;
 - référer si nécessaire.

1.6. Consultation pré-nuptiale volontaire

C'est la consultation médicale d'un couple avant le mariage. Elle est volontaire.

Son but est de dépister :

- Une maladie héréditaire (drépanocytose, hémophilie, etc.) ;
- Une infection VIH et/ou une IST ;
- L'existence d'une malformation congénitale ;
- L'existence d'incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système Rhésus ;
- L'existence d'autres pathologies pouvant retentir sur la grossesse et la qualité de vie des enfants issus de cette union.

Étapes de la consultation pré-nuptiale

a. Accueillir le couple :

cf. Étapes de la visite médicale de l'adolescent(e)/jeune.

b. Mener l'interrogatoire :

En plus rechercher les informations sur :

- Les comportements à risque :
 - utilisation de drogues, alcool, tabac ;
 - les activités sexuelles (multi partenariat sexuel).
- Les antécédents médicaux (IST, VIH, Hépatite B etc.) ;
- Maladies héréditaires.

c. Examiner le couple :

- Rassurer le couple ;
- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen à chaque étape ;
- Se laver les mains, les sécher avec une serviette individuelle propre ou à l'air libre.

+ Chez la jeune femme

- demander à la cliente de se déshabiller ;
- examiner les seins ;
- faire l'examen gynécologique ;
- faire l'examen des autres appareils.

+ Chez l'homme

- faire l'examen général (morphologie, poids taille, pilosité pubienne, caractères sexuels secondaires, thyroïde) ;
- examiner les organes génitaux externes (pénis : hypospadias, épispadias, bourses : nombre de testicules, volume, sensibilité et varicocèle) kyste du cordon spermatique...Faire un toucher rectal à la recherche d'une prostatite ou d'une tumeur de la prostate.

d. Demander les examens complémentaires :

- groupe sanguin ;
- rhésus ;
- électrophorèse de l'hémoglobine ;
- sérologie VIH après counseling et sur consentement du couple ;
- VDRL-TPHA (à la recherche de syphilis) ;
- antigène HBs.

e. Communiquer les résultats d'abord individuellement, puis au couple avec leur consentement.

f. Discuter avec le couple des éventuels risques liés au mariage en fonction des résultats obtenus.

g. Etablir un certificat de visite pré-nuptiale volontaire :

Annexe 6 : Certificat de visite pré-nuptiale volontaire

1. Adresse complète du Médecin requis 2. Service où exerce le médecin requis

DIFFERENTES PARTIES

3. Résultats de l'examen physique

	Oui	Non
• Une maladie héréditaire (drépanocytose etc.).		
• Une infection VIH, Hépatite B et/ou une IST.		
• L'existence d'une malformation congénitale.		
• L'existence de facteurs d'incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système Rhésus.		
• L'existence d'autres pathologies pouvant retentir sur la grossesse et sur la qualité de vie des enfants issus de cette union.		
• Les comportements à risque :		
○ Utilisation de drogues, alcool, tabac.		
○ Les activités sexuelles (partenaire sexuel multiple).		
○ Les antécédents médicaux (IST/VIH etc.).		

4. **Conclusion** :-----

-5. **Date** (de l'établissement du certificat) :

.....

6. **Signature** (Lisible du Médecin requis) :

.....

7. **Copies** (04 Exemplaires) :

- Une copie du certificat de l'examen individuel à remettre en main propre à chaque élément du couple

8. Le Médecin requis doit toujours garder un double des certificats dans un endroit sécurisé.

2. Soins curatifs

2.1. *Prise en charge des IST-VIH/sida*
(cf. [Algorithme IST](#)).

2.2. *Soins après avortement (SAA)*
(cf. [Soins prénatals](#))

2.3. *Prise en charge des complications liées à l'excision*
(cf. [Genre et santé](#)).

2.4. *Prise en charge des troubles liés à la puberté*

➤ *Dysménorrhée*

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter.
<i>CSCom</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST. Si pas d'infection : <ul style="list-style-type: none"> • Donner un traitement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Antispasmodique, ○ Anti-inflammatoire non stéroïdien. • Faire le counseling. Si amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Faire le suivi. Si pas d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Référer.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Rechercher autres étiologies avec des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Echographie pelvienne. ○ Faire un traitement approprié. ○ Psychothérapie si nécessaire.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Faire cœlioscopie à la recherche d'une endométriose. • Faire le traitement selon l'étiologie.

➤ **Oligoménorrhée****Prise en charge par niveau :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter/référent.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une notion de prise de contraceptifs et faire la prise en charge en conséquence. • Faire le counseling. <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référent.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom. • Demander les examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Echographie. • Faire le traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district <ul style="list-style-type: none"> ○ Hystérocopie ○ Dosage hormonal • Faire le traitement étiologique

➤ **Menarches tardives****Prise en charge par niveau :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling. • Référent.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom plus : • Recherche des caractères sexuels secondaires • Demander les examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Echographie. • Donner un traitement approprié. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référent.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district • Demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Radiographie de la main à la recherche du sésamoïde du pouce. ○ Dosages hormonaux : FSH, LH, hormones thyroïdiennes. • Traiter selon l'étiologie.

➤ **Hémorragie génitale****Prise en charge par niveau de l'hémorragie génitale :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Orienter/référent.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la cause. Si hymen intact : <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer et référer. Si viol ou traumatisme : <ul style="list-style-type: none"> • Faire une compression/assurer l'hémostase. • Prescrire un antiseptique. • Délivrer un certificat de viol. • Contraception d'urgence • Faire le counseling. • Faire le conseil et dépistage volontaire du VIH et la prophylaxie ARV et de l'Hépatite • Assurer le suivi. Si grossesse (cf. soins prénatals). Si infection génitale : <ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling. • Traiter selon algorithme IST. Si pas d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom. • Demander des examens complémentaires (NFS, groupe sanguin Rhésus, taux d'hémoglobine, échographie). • Traiter selon l'étiologie. • Faire le conseil et dépistage volontaire du VIH. Si pas d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

➤ **Autres pathologies et troubles de la puberté :****Chez la fille :**

- Nodule ou tumeur mammaire ;
- Absence de pilosité pubienne ;
- Pertes vaginales anormales (sécrétion muco-purulente ou sanguinolente) ;
- Signes d'une IST.

Chez le garçon :

- Absence de pilosité pubienne ;
- Ectopie testiculaire ;
- Hermaphrodisme ;

- Signes d'IST.
- **Prise en charge :**
- Assurer le traitement des cas selon le niveau ;
- Demander des examens complémentaires si nécessaire ;
- Référer si besoin.

2.5. Autres problèmes de santé chez les adolescent(e)s et jeunes

➤ Maladies nutritionnelles

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer la famille. • Conseiller une alimentation équilibrée et variée : 3 repas et quelques collations par jour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un petit déjeuner ; ○ Un repas au milieu de la journée ; ○ Un repas plus tard dans la journée. • Déconseiller les aliments pour collations qui collent aux dents, ou qui sont trop sucrés, trop salés ou trop gras. • Déparasiter systématiquement les adolescents (es). • Conseiller les parents d'utiliser du sel iodé dans les plats familiaux. • Dépister les cas de malnutrition. • Conseiller les filles et les garçons sur les conséquences d'une grossesse non désirée. • Orienter vers le CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Idem niveau communautaire. • Prendre en charge les cas de malnutrition aiguë modérée et aiguë sévère non compliquée. • Référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem niveau CSCom. • Prendre en charge les cas de malnutritions aiguës modérée et sévère. • Référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district. • Prendre en charge les cas de malnutrition aiguë sévère avec ou sans complications. • Prendre en charge les cas référés.

➤ **Usages des substances psychoactives**

L'identification de la consommation de substances psycho active, chez les adolescents(e)s/jeunes, doit :

- Être réalisée lors de toutes les consultations de routine des adolescent(e)s et jeunes.
- Être réalisée dans le respect du principe de confidentialité.
- Intégrer des questions sur la consommation de substances psychoactives usuelles.

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter/réfé rer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier la nature du trouble ; • Prescrire un sédatif léger à dose tolérée ; • Réfé rer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Donner un traitement spécifique. <p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling ; • Faire la CPN ; • Réfé rer les cas de complications pour une prise en charge adéquate.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district ; • Réfé rer vers un centre spécialisé pour assurer une prise en charge psychosociale.

N.B : Les autres cas seront référés pour une prise en charge spécifique en milieu spécialisé.

➤ **Accidents de la voie publique (AVP)**

a. Prévention des AVP :

- Port de casque obligatoire et de ceinture de sécurité ;
- Exigence d'un permis de conduire ;
- Respect de la réglementation de la conduite des engins à l'âge de 18 ans ;
- Implication des parents, des communautés, des leaders et éducateurs communicateurs dans la sensibilisation pour la sécurité routière : avoir une " culture de la sécurité ".

b. Prise en charge :

Elle se fera en milieu médical par niveau.

XIV. SANTE SEXUELLE DES HOMMES

DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ L'HOMME ET PATHOLOGIES DE LA PROSTATE

1. Etapes de l'examen

- Accueil :
- Mener l'interrogatoire/enregistrement :
- Examiner le patient
- Examen général :
- Examen de l'appareil urogénital et du périnée :
 - Porter des gants ;
 - Rechercher une anomalie des organes génitaux externes (verge, bourses, testicules) et du périnée ;
 - Rechercher les signes d'une IST ;
 - Faire le toucher rectal : apprécier le volume, la consistance de la prostate chez l'homme.
- Demander des examens complémentaires au besoin :
 - Biologie ;
 - Anatomopathologie ;
 - Imagerie.
- Instaurer le traitement :
- Assurer le suivi ;
- Référer au besoin.

2. Prise en charge des dysfonctionnements sexuels chez l'homme et des pathologies de la prostate

➤ *Dysfonctionnements sexuels chez l'homme*

a. Éléments du diagnostic :

Formes de dysfonctionnement :

- Troubles liés au désir sexuel :
 - Baisse de la libido.
- Troubles des étapes de l'acte sexuel :
 - Dysfonctionnements Erectiles :
 - ✓ Dysfonction érectile ;
 - ✓ Priapisme.
 - Dysfonctionnements liés à l'éjaculation :
 - ✓ Éjaculation précoce ;
 - ✓ Anéjaculation (absence d'éjaculation) ;
 - ✓ Éjaculation rétrograde.
 - Dysfonctionnements liés à l'orgasme :
 - ✓ Absence d'orgasme ;
 - ✓ Orgasme sans éjaculation.

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter/référent.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une IST et la traiter selon l'algorithme IST ; • Conseiller une bonne hygiène de vie (nourriture, sommeil, abandon des excitants, sport...) ; • Rassurer ; • Référent.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Rechercher une éventuelle cause : diabète, HTA, drépanocytose, alcoolisme, troubles du psychisme ; • Faire le counseling ; • Traiter selon l'étiologie ; • Assurer le suivi ; • Référence au besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district ; • Faire une consultation spécialisée : urologie, endocrinologie, cardiologie, neurologie, chirurgie, sexologie ; • Faire le traitement spécifique ; • Faire le suivi.

➤ **Pathologies de la prostate**

a. Éléments du diagnostic :

- Pollakiurie ;
- Dysurie ;
- Rétention vésicale complète ;
- Incontinence d'urine ;
- Hématurie ;
- Ejaculation précoce, douloureuse
- Hémospémie (sang dans le sperme) ;
- Anéjaculation ;
- Troubles du spermogramme (oligospermie, azospermie, nécrospermie,..).

b. Prise en charge par niveau :






NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter/référent.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une IST la traiter selon l'algorithme IST ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Vider la vessie par sondage vésicale ou par ponction sus pubienne ; • Faire un toucher rectal (TR) ; • Evacuer en cas de tumeur prostatique.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Rechercher une infection urinaire, un diabète ; • Faire une échographie Réno-vésico-prostatique + RPM ; • Demander un bilan : ECBU, NFS-VS, glycémie, azotémie, créatinémie, PSA total, spermoculture, spermogramme, examen du liquide prostatique ; • Traiter selon l'étiologie. ; Faire le counseling ; • Faire le suivi ; • Référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district : • Faire un traitement chirurgical ; • Faire un traitement spécifique au besoin : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hormonothérapie ; ○ Radiothérapie. • Faire le counseling ; • Faire le suivi.

N.B : Dès qu'une prostatite aigue est suspectée, interdiction absolue de sondage vésical, préconiser donc la ponction sus pubienne de la vessie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 📖 Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-V), 2012 - 2013.
- 📖 Surveillance des décès maternels et périnatls et riposte (SDMPR) Directives opérationnelles, Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, *Février 2018*.
- 📖 Politiques et Normes des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé/Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
- 📖 Procédures des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé /Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
- 📖 Stratégie Nationale d'amélioration de la qualité des soins et service de santé au Mali, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, *2017*.
- 📖 Copyright© 2013. Program for Appropriate Technology in Heath (PATH).
- 📖 Directives 2018 de mise sous antirétroviraux à vie des femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA dans le cadre de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME) au Mali, *septembre 2018*.
- 📖 Nouvelles directives de l'OMS – 2018.
- 📖 Family Planning Edition 2018 : www.fphandbook.org
- 📖 Normes et protocole de prise en charge VIH – 2016.
- 📖 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ME_CguidelinePart-2.pdf
- 📖 Nouvelles recommandations de l'OMS – 2015.
- 📖 Manuel à l'intention des prestataires de service du monde entier (*Livre vert 2011*) – OMS. Ecole de Santé Publique, Johns Hopkins BLOOMBERG.
- 📖 Manuel à l'intention des prestataires du monde entier (livre vert en Anglais) - *Avril 2018*.
- 📖 Documents de formation sites JHPIEGO : www.jhpiego.org
- 📖 Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique, guide du prestataire - OMS - UNFPA - *2^{ème} Edition 2015*.
- 📖 Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement : Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né – OMS - *Mai 2017*.
- 📖 Standard pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néo nats dans les établissements de santé - OMS.
- 📖 Manuel de référence Soins Obstétricaux et Néo nataux d'Ugence (SONU) - *Mars 2016*.
- 📖 Maternal and child survival program : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, guide destiné à la sage-femme et au médecin, *2^{ème} Edition 2017* de l'OMS.
- 📖 Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive - *2016*.

-  Module de formation des prestataires de santé pour la prévention et la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes, Programme National de lutte contre le Paludisme - *Edition 2016*.
-  Plan d'action aider les bébés à respirer, *2^{ème} Edition*, American Academy of Pediatric.
-  Modules révisés Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) Mali, *Aout 2018*.
-  Politique nationale de prévention et de la prise en charge des cancers au Mali, *2009*.
-  Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocole à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leurs propres pays, édition révisée - OMS.