



# La prévention de l'hémorragie du post- partum : La gestion active de la troisième période de l'accouchement

## Manuel de référence pour les accoucheurs qualifiés



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**POPPHI**

Prevention of Postpartum  
Hemorrhage Initiative



**SPS**   
Strengthening  
Pharmaceutical  
Systems

Copyright © 2008, Program for Appropriate Technology in Health (PATH). All rights reserved. The material in this document may be freely used for educational or noncommercial purposes, provided that the material is accompanied by an acknowledgement line.

Citation recommandée : POPPHI. La prévention de l'hémorragie du post-partum : La gestion active de la troisième période de l'accouchement - Formation d'accoucheurs qualifiés : Manuel de Référence. Seattle: PATH; 2008.



# La prévention de l'hémorragie du post-partum : La gestion active de la troisième période de l'accouchement

Manuel de référence pour les accoucheurs qualifiés

2008

Initiative pour la Prévention de  
l'Hémorragie du Post-partum (POPPHI)

Le développement de ce manuel a été possible grâce au soutien donné au projet POPPHI par le Bureau de la Santé, les Maladies Infectieuses et la Nutrition, et le Bureau de la Santé Mondiale, U.S. Agency for International Development, sous les termes du souscontrat No. 4-31-U-8954, et du contrat No. GHS-I-00-03-00028. POPPHI est un partenariat des organisations Path, RTI International et EngenderHealth.

# Table de matières

<b>Introduction</b> .....	<b>xi</b>
<b>Evidence scientifique et soutien pour la GATPA</b> .....	<b>1</b>
Définitions pour la session .....	1
Importance de la troisième période de l'accouchement .....	2
Physiologie de la troisième période de l'accouchement .....	2
Durée de la troisième période de l'accouchement .....	3
Description de la GATPA.....	3
Comparaison entre la gestion active et la gestion physiologique de la troisième période de l'accouchement .....	4
Preuves scientifiques .....	6
<b>Revue des utérotoniques</b> .....	<b>9</b>
Définitions pour la session .....	9
Qu'est ce qu'un utérotonique?.....	9
Dangers de l'abus des utérotoniques .....	9
Comparaison des utérotoniques .....	9
Sélection d'utérotonique pour la GATPA .....	11
Nouvelles recommandations de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) – Novembre 2006.....	11
<b>Gestion de stock des utérotoniques</b> .....	<b>13</b>
Définitions pour la session .....	13
Gestion de l'approvisionnement des médicaments utérotoniques.....	13
Sélection .....	15
Approvisionnement.....	15
Stockage et distribution .....	16
Utilisation.....	19
Conclusion.....	21
<b>Prévention de l'hémorragie du post-partum</b> .....	<b>23</b>
Définitions pour la session .....	23
Introduction .....	23
Définition de l'hémorragie du post-partum.....	23
Causes principales de l'HPP .....	24
Causes principales de l'atonie utérine .....	24
Prévention de l'HPP .....	25
Dépistage et prise en charge précoces de l'HPP.....	25
<b>GATPA</b> .....	<b>29</b>
Définitions pour la session .....	29
Soins routiniers pour la femme en travail .....	29
Préparation pour la GATPA .....	32
Procédure de la GATPA .....	32
Soins du nouveau-né à la naissance .....	40
Soins immédiats au nouveau-né <sup>14</sup> .....	40



Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de réanimation du nouveau-né.....	44
Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de VIH.....	45
Soins pour le nouveau-né et l'accouchée.....	45
Aide-mémoire : GATPA.....	49
Aide-mémoire: Intégration de la GATPA et les soins essentiels du nouveau-né.....	51
<b>Prévention des infections.....</b>	<b>53</b>
Définitions pour la session.....	53
Revue des principes de la prévention des infections.....	54
Lavage des mains.....	54
Port de gants.....	55
Vêtements de protection.....	57
Manipulation d'instruments piquants ou tranchants et d'aiguilles.....	58
Prévention des éclaboussures de sang ou de liquide corporel.....	61
Elimination des déchets.....	61
Traitement d'instruments.....	62
<b>Préparation d'un plan d'accouchement.....</b>	<b>67</b>
Définitions pour la session.....	67
Introduction.....	67
Le plan pour l'accouchement.....	67
Pourquoi les femmes meurent-elles?.....	68
Signes de danger.....	69
Préparer un plan pour les complications éventuelles.....	70
<b>Prise en charge initiale des complications obstétricales.....</b>	<b>73</b>
Définitions pour la session.....	73
Prise en charge initiale d'une urgence obstétricale.....	73
Choc.....	74
Aide-mémoire : Prise en charge du choc.....	77
Prise en charge immédiate de l'HPP.....	78
Aide-mémoire : Prise en charge immédiate de l'HPP.....	80
Diagnostic d'une HPP.....	82
Test de coagulation au lit de la femme.....	83
Aide-mémoire : Prise en charge spécifique de l'HPP.....	84
Atonie utérine.....	84
Atonie utérine.....	85
Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.....	87
Rétention placentaire complète.....	88
Rétention placentaire partielle.....	89
Inversion utérine.....	92
<b>Annexe 1: Informations sur la GATPA.....</b>	<b>95</b>
<b>Annexe 2 : Enoncé conjoint du FIGO / ICM.....</b>	<b>97</b>
<b>Références.....</b>	<b>101</b>

## Liste des figures

Figure 1. Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant le travail .....	30
Figure 2. Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant l'accouchement .....	31
Figure 3. Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance : contact peau à peau.....	32
Figure 4. Poser l'enfant sur le ventre de sa mère.....	33
Figure 5. Administration de l'ocytocine 10 UI en IM dans la minute qui suit la naissance du nourrisson .....	33
Figure 6. Section et clampage du cordon ombilical.....	34
Figure 7. Laisser l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau.....	34
Figure 8. Clampage du cordon à proximité du périnée.....	35
Figure 9. Palper l'utérus pour une contraction; maintenir une légère tension sur le cordon	35
Figure 10. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée .....	36
Figure 11. Prise du placenta avec les deux mains .....	36
Figure 12. Délivrance du placenta .....	37
Figure 13. Massage utérin immédiatement après la délivrance du placenta.....	37
Figure 14. Encourager l'allaitement maternel .....	38
Figure 15. Vérifier le côté maternel du placenta .....	38
Figure 16. Vérifier les membranes .....	38
Figure 17. Examen doux de la partie basse du vagin et du périnée.....	39
Figure 18. Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance : sécher .....	41
Figure 19. Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance : allaitement maternel .....	43
Figure 20. Compression bimanuelle de l'utérus .....	86
Figure 21. Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral .....	86
Figure 22. Engager une main dans le vagin, le long du cordon .....	90
Figure 23. Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta.....	90
Figure 24. Retirer la main de l'utérus.....	91
Figure 25. Réduction manuelle de l'utérus inversé (main droite soutenant l'utérus) .....	92



## Liste des tableaux

Tableau 1. Gestion de la troisième période de l'accouchement .....	5
Tableau 2. Etudes de Bristol <sup>4</sup> et Hinchingbrooke <sup>12</sup> – Résultats .....	7
Tableau 3. Utérotoniques utilisés pour la GATPA.....	10
Tableau 4. Efficacité des utérotoniques injectables après un an d'entreposage contrôlé.....	17
Tableau 5. Directives pour l'entreposage des utérotoniques .....	17
Tableau 6. Surveillance dans le post-partum immédiat.....	46
Tableau 7. Surveillance du nouveau-né.....	47
Tableau 8. Etapes clés du traitement d'instruments et d'autres articles contaminés .....	62
Tableau 9. Comment préparer la solution de décontamination (solution chlorée à 0,5%)...	64
Tableau 10. Classification des instruments en catégorie de risque .....	65
Tableau 11. Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement.....	82
Tableau 12. Utilisation des utérotoniques .....	85

# Remerciements

Le développement de ce manuel fut financé par le Bureau de la Santé, les Maladies Infectieuses et la Nutrition, et le Bureau de la Santé Mondiale, U.S. Agency for International Development, sous les termes du souscontrat No. 4-31-U-8954 et du contrat No. GHS-I-00-03-00028.

L'équipe d'écrivains, Frances Ganges, Diana Beck, et Susheela Engelbrecht, et les rédacteurs reconnaissent tous les efforts de Gloria Metcalf qui a rédigé la première version de ce Manuel de Référence et la remercie vivement pour son dévouement continu au développement des matériels d'apprentissage.

Le projet POPPHI remercie chaleureusement la contribution de l'équipe Rational Pharmaceutical Management (RPM) Plus de Management Sciences for Health (MSH) qui a fait une révision technique de la session sur la revue des utérotoniques et a écrit la session sur la gestion des utérotoniques.

Rédacteurs techniques : Deborah Armbruster, Gloria Metcalfe, Sandy Buffington, Patricia Gomez, Setara Rahman, Sara Stratton, Meghan Greeley, Noura Maalaoui, Katie Senauer

Les personnes suivantes ont fait une revue technique de la version française : Dr Binta Keïta, Mme. Haoua Diallo, Dr. Cheick Touré, Dr. Doucouré Arkia Diallo, Mme. Konaté Ramata Fomba, Mme. Touré Aminata Dagnoko

Les personnes suivantes ont fait une revue technique de la version anglaise : Sadiyah Ahsan, Rani Bang, Rachel Bishop, Martha Carlough, Annie Clark, Blami Dao, Annie Davenport, Barbara Deller, Abdelhadi Eltahir, Christina Kramer, Debra Lewis, Jim Litch, Bridget Lynch, Tekle-Ab Mekbib, Zahida Qureshi, Graciela Salvador-Davila, Marc Sklar, Claudia Vera, et Susana Veraguas

Les personnes suivantes ont participé au pré-test des matériels dans la région de Sikasso au Mali : Mme Coulibaly Fanta, Mme Cissé Aminata Bâ, Dr Doucouré Arkia Diallo, Mme Touré Aminata Dagnoko, Mme Konaté Ramata Fomba, Mme Susheela M. Engelbrecht, Mme Mariko Tata Dénon, Mme Baya Fatoumata Sagodogo, Dr Dao Abdoulaye, Dr Doumbia Magara, Mme Nana Kadia Coulibaly, Dr Kantara Sacko, Dr Kampo Mamadou I, Dr Oumou Diarra, Mme Traoré Mariam Diakité, Mme Sanogo Awa Traoré

Proofreader : Mary Lou Austin et Laura Glassman

Illustratrice : Andri Burhans

## Remerciements

Les figures suivantes ont été prises des publications de l'OMS sur ligne :

- OMS (2003) Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin
  - Figures 1, 2, 20, 21, 22, 23, 24, 25
- OMS (1997) La protection thermique du nouveau-né : Guide pratique
  - Figures 3, 18, 19

Les figures suivantes ont été prises de Chaparro, C. *Essential delivery care practices for maternal and newborn health and nutrition*. Unit on Child and Adolescent Health / Pan American Health Organization: Washington, DC, 2007. PAHO

- Figures 4, 6, 7, 14

Les figures suivants ont été prises avec permission de:

- JHPIEGO dans leur publication illustrée par Kimberly Battista avec les auteurs Gomez P, B Kinzie and G Metcalfe. 2005. "Active Management of the Third Stage of Labor: A Demonstration" [CD-ROM]. Copyright © 2005 by JHPIEGO. All rights reserved:
  - Figures 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16,17
- ACNM dans leurs publications illustrées par Andri Burhans: M Marshall and ST Buffington, Life Saving Skills Manual for Midwives, 3<sup>rd</sup> Edition, Module 4, page 4.12, 1998, et M Marshall, ST Buffington, D Beck and A Clark, Life Saving Skills Manual for Midwives, Draft, 4<sup>th</sup> Edition, Module 5: Hemorrhage - Prevent and Manage, 2007, American College of Nurse-Midwives.
  - Figures 12, 13.



## Projets USAID

**Le projet POPPHI (L'Initiative de Prévention de l'Hémorragie Post-partum)**

**POPPHI**  
Prevention of Postpartum  
Hemorrhage Initiative

POPPHI est un projet de cinq ans qu'était donné au partenariat formé par PATH, RTI, et EngenderHealth en juillet 2004. Le PATH assurera la direction technique du projet. La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) sont aussi des collaborateurs importants dans cet effort.

Ce projet fait partie de l'initiative spéciale élargie de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) pour réduire les cas d'hémorragie post-partum, la cause la plus importante de décès maternel dans le monde, en utilisant davantage la gestion active de la troisième période de l'accouchement pour prévenir l'hémorragie post-partum—une technique qui diminue considérablement l'incidence de l'hémorragie post-partum.

Pour avoir plus d'informations, veuillez contacter:  
Deborah Armbruster, Directrice ou  
Susheela M. Engelbrecht, Senior Program Officer  
POPPHI / PATH; 1800 K St. NW, Suite 800  
Washington, DC 20006  
[www.pphprevention.org](http://www.pphprevention.org) and [www.path.org](http://www.path.org)

**Le programme de Renforcement des Systèmes Pharmaceutiques (SPS)**

**SPS**  
Strengthening  
Pharmaceutical  
Systems

Le programme SPS s'efforce de renforcer les capacités des pays en voie de développement pour une gestion efficace de tous les aspects des systèmes et services pharmaceutiques. SPS centre ses efforts sur l'amélioration en gouvernance du secteur pharmaceutique, le renforcement de systèmes de gestion du secteur pharmaceutique et de ses mécanismes financiers, l'endiguement de la résistance anti-microbienne, et la promotion de l'accès aux médicaments et de leur usage approprié.

## Abréviations

btt	battements
CIVD	coagulopathie intravasculaire disséminée
CMM	consommation moyenne mensuelle
DHN	désinfection de haut niveau
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FOSA	formation sanitaire
GATPA	gestion active de la troisième période de l'accouchement
HPP	hémorragie du post-partum
ICM	Confédération Internationale des Sages-Femmes
IM	intramusculaire
IV	intraveineuse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	prise en charge
PEPS	premier-entré-premier-sorti
PHPP	prévention de l'hémorragie du post-partum
POPPHI	Initiative pour la Prévention de l'Hémorragie du Post-partum
PPPS	premier-perimé-premier-sorti
PTME	prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA
SS	stock de sécurité
TA	tension artérielle
TCC	traction contrôlée du cordon
TPA	troisième période de l'accouchement
UI	unité internationale
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
VHB	virus de l'hépatite B
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VVM	vaccin vial monitor



## Introduction

La grossesse et l'accouchement s'accompagnent de graves risques pour la santé, même pour les femmes n'ayant pas de problèmes de santé antérieurs. Des initiatives globales, telles que l'Initiative internationale de la maternité sans risque, pour une grossesse à moindre risque (OMS), et des stratégies pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement visent à mettre en marche des interventions pouvant réduire les risques pour les femmes enceintes et leurs nouveau-nés. Malgré ces efforts, des milliers de femmes et de nouveau-nés meurent ou sont handicapés par des complications liées à la grossesse et l'accouchement. Par exemple, la moitié de tous les décès maternels surviennent dans les 24 heures après l'accouchement. La plupart de ces décès sont dus à un saignement excessif et surviennent pendant ou immédiatement après la troisième période de l'accouchement. Les saignements après l'accouchement (l'hémorragie du post-partum – HPP) constituent une cause imprévisible et rapide de décès maternels à travers le monde. L'atonie utérine (absence de rétractions normales de l'utérus après l'accouchement) est la cause la plus courante de la HPP immédiate et grave (survenant dans les 24 heures après l'accouchement).

Heureusement, la recherche scientifique a montré que la plupart de ces événements tragiques pourraient être prévenus avec l'introduction de pratiques simples, à faible coût et basées sur des faits. L'évidence courante indique que la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) pourrait réduire l'incidence de l'HPP là où (1) les accoucheurs qualifiés ont une formation adéquate, (2) les ressources nécessaires sont disponibles et (3) la sécurité des injections est assurée. Conjuguée à la prévention et au traitement de l'anémie et à des soins qualifiés lors de tous les accouchements, la GATPA pourrait prévenir chaque année l'HPP chez des milliers de femmes dans le monde entier.

La recherche opérationnelle en cours aide à déterminer les meilleures approches pour prévenir et prendre en charge les saignements du post-partum et ses complications dans divers contextes. En élaborant des normes et protocoles nationaux, en formant des prestataires qui assurent les soins des femmes pendant l'accouchement, et en soutenant des efforts pour améliorer l'accès aux soins maternels, un plus grand nombre de femmes recevront les soins obstétricaux qui sauvent les vies.

## Informations sur le paquet de matériels d'apprentissage

Le projet POPPHI a développé un paquet de matériels sur la prévention de l'hémorragie du post-partum (PHPP) destiné aux formations d'infirmiers, de sages-femmes et de médecins qui fournissent des soins pendant l'accouchement et le post-partum immédiat. Le paquet consiste d'un manuel de référence, un cahier du participant et un guide du facilitateur qui sont élaborés pour être utilisés ensemble. Ces trois documents de ressources pourraient être distingués les uns des autres par une icône qui se trouve sur les pages impaires.

*Manuel de référence* 

*Guide du facilitateur* 

*Cahier du participant* 

Ces matériels d'apprentissage ont été élaborés pour la formation continue des accoucheurs qualifiés et devrait aider les prestataires à donner les soins cruciaux nécessaires pour prévenir l'hémorragie du post-partum, et appliquer ces nouvelles connaissances et compétences pour améliorer les services cliniques qu'ils offrent et pour former d'autres prestataires. Les facilitateurs aideront les participants à apprendre a :

- *Dispenser des soins empreints de sécurité, respect et convivialité aux mères et familles, encourageant ainsi les mères et familles à revenir pour des soins*
- *Suivre un protocole recommandé pour la gestion active de la troisième période de l'accouchement, et pendant le post-partum immédiat notamment des directives claires sur la référence en cas de complications, de sorte qu'une action puisse être menée à temps*
- *Conférer une plus grande protection contre l'infection à leurs clients et eux-mêmes*
- *Entreposer les utérotoniques de manière à maintenir et garantir leurs puissances*

Tous ces volets peuvent améliorer la qualité des soins dispensés qui entraînera des résultats plus sains pour les femmes qui sont des mères, des épouses, et des membres importants de la communauté.



## Evidence scientifique et soutien pour la GATPA

### Définitions pour la session

**Atonie utérine** – Défaillance de l'utérus à se contracter normalement en puissance et en durée. On parle aussi d'inertie utérine.

**Clampage tardif du cordon** – Moyen physiologique de traiter le cordon, c'est-à-dire le clampage pratiqué une fois interrompues les pulsations du cordon, d'ordinaire au bout de 3 à 4 minutes. Les bébés nés après un clampage précoce du cordon présentent un taux d'hémoglobine et un hémocrite plus faibles. De plus, les recherches récentes privilégient le clampage tardif parce qu'il peut prévenir l'anémie ferriprive dans l'enfance. Si une pression légère est exercée sur le cordon après l'administration d'ocytocine, comme c'est le cas dans la GATPA, le clampage relativement précoce (2 à 3 minutes après la naissance du bébé) du cordon est obligatoire.

**Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA)** – Un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Généralement, les composantes sont les suivantes :

1. **administrer un médicament utérotonique** (pour contracter l'utérus) dans la minute qui suit la naissance du nouveau-né, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus ;
2. **appliquer une traction contrôlée sur le cordon ombilical** tout en appliquant une contre-pression simultanée sur l'utérus à travers l'abdomen ;
3. **masser le fond utérin** à travers l'abdomen après l'expulsion du placenta, pour aider l'utérus à se contracter afin de diminuer au maximum les saignements.

**Hémorragie du post-partum (HPP)** – Perte excessive de sang après la naissance d'un bébé. La définition clinique est une perte de sang supérieure à 500 ml. Une hémorragie post-partum grave est une perte supérieure à 1000 ml.

**Massage utérin** – Massage du fond utérin fait à travers la paroi abdominale immédiatement après la délivrance du placenta jusqu'à ce que l'utérus se contracte. Ce massage utérin est renouvelé toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures après la délivrance du placenta. Lors du massage utérin, de nombreux caillots peuvent être expulsés.

**Médicament utérotonique** – Un médicament qui stimule les contractions utérines.

**Prise en charge physiologique (expectative) de la troisième période de l'accouchement** – Moyen physiologique de prendre la troisième période de l'accouchement en charge, c'est-à-dire :

- Les utérotoniques ne sont pas utilisés.
- Le placenta est expulsé par gravité et effort maternel.
- Le cordon est clampé après l'arrêt des pulsations du cordon.

**Rétraction utérine** – Diminution des dimensions de l'utérus, due à un raccourcissement des fibres qu'il contient. La phase de décollement placentaire est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare et des contractions utérines qui le provoquent. La rétraction utérine est un phénomène passif, qui résulte de la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale et aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines, sauf au niveau de l'insertion placentaire qui reste mince. Après l'accouchement, la reprise des contractions utérines entraînant le décollement du placenta et la

constitution d'un hématome rétro-placentaire physiologique. Cet hématome va s'étendre entraînant la migration du placenta vers le segment inférieur de l'utérus et l'ascension du fond utérin.

**Traction contrôlée du cordon (TCC)** – Une pression légère exercée sur le cordon après l'administration d'un utérotonique pour faciliter l'expulsion du placenta.

**Troisième période de l'accouchement (TPA)** – La période entre la sortie du bébé et l'expulsion du placenta. Au cours de ce stade, les muscles de l'utérus se contractent vers le bas et le placenta commence à se séparer de la paroi utérine. La quantité de perte de sang dépend de la rapidité avec laquelle cela se produit. Si l'utérus ne se contracte pas normalement (atonie de l'utérus), les vaisseaux sanguins se trouvant au niveau du placenta restent ouverts et un saignement grave se produit.

## **Importance de la troisième période de l'accouchement**

Le plus souvent, la troisième période de l'accouchement se passe normalement et sans complications. Cependant, c'est pendant cette période de l'accouchement que la femme peut avoir des complications qui aboutissent soit à sa mort soit à une morbidité chronique. Les saignements graves ou l'hémorragie constituent la cause unique la plus importante de décès maternels à travers le monde. L'HPP est un saignement excessif de plus de 500 ml après l'accouchement. Des pertes de sang, ne serait-ce que de petite quantité, peuvent s'avérer fatales pour les femmes anémiques.

Même si la femme survit à l'HPP, elle peut être gravement anémiée et souffrir de complications entraînant la morbidité à long terme. La chirurgie ou les transfusions sanguines pourraient sauver la vie d'une femme souffrante d'une HPP, mais ces interventions :

- sont accompagnées des risques de l'infection (par exemple, le VIH, l'hépatite B, etc.) et d'autres complications ;
- sont coûteuses ;
- et pourraient ne pas être disponibles.

L'HPP pourrait être associée à :

- un besoin accru des services d'anesthésie d'urgence ;
- la révision utérine ou l'utilisation d'instruments à l'intérieur de l'utérus (augmentant le risque de la sepsie) ;
- une hospitalisation prolongée – ceci est associée à son tour aux gênes financiers importants et à long terme pour la femme et sa famille ;
- un retard dans le commencement de l'allaitement maternel.

En plus, les femmes qui ont survécu à l'hémorragie grave du post-partum ("near misses") ont une probabilité élevée de mourir dans l'année suivante de l'HPP.<sup>1</sup>

## **Physiologie de la troisième période de l'accouchement**

### ***Phase de décollement placentaire***

Le décollement placentaire est sous la dépendance de la rétraction utérine qui le prépare et des contractions utérines qui le provoque. La rétraction utérine est un phénomène passif, correspondant à la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale. Elle aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines respectant la zone en regard de l'insertion placentaire qui reste mince. Il en résulte un enclôture physiologique du placenta, indispensable à son décollement.

Les contractions utérines s'accroissent progressivement en intensité. Le placenta enclôturé physiologiquement, dont le pourtour est cerné par un anneau musculaire plus épais, subit des pressions concentriques qui tendent à le faire bomber vers la cavité



utérine. Il se crée ainsi des décollements par endroits, qui, rapidement, vont aboutir à un hématome rétro-placentaire.

L'hématome rétro-placentaire aboutit au clivage complet entre la caduque utérine (couche superficielle de la muqueuse utérine gravide) et la couche muqueuse profonde qui, restant indemne, sera la base de la régénération ultérieure de la muqueuse utérine.

### **Phase de migration et d'expulsion du placenta**

Sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids, majoré par le sang retenu par les membranes encore adhérentes aux parois utérines, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse soulevant le corps utérin.

Puis, le placenta décollé migre alors à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve :

- le plus fréquemment, par la face fœtale du placenta (mode BAUDELOCQUE), qui survient plus souvent si le placenta est fundique ou assez haut situé ;
- plus rarement par sa face maternelle (mode DUNCAN), surtout s'il est bas inséré.

Ce mode de délivrance favoriserait des complications (rétention de membranes, hémorragie du segment inférieur), nécessitant une surveillance accrue.

### **Phase de rétraction utérine**

La phase de rétraction utérine intéresse cette fois la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase : les vaisseaux sont enserrés et obturés par la contraction des fibres musculaires ; la thrombose survenant dans ces vaisseaux est facilitée par les facteurs de coagulation, qui sont augmentés en fin de grossesse.

Les pertes sanguines sont souvent sous-estimées. Dans quelques séries plus précises et en l'absence de mesures préventives décrites plus loin, la fréquence des hémorragies supérieures à 500 cc serait de 18 à 26%.<sup>2,3,4</sup> Celle des hémorragies sévères (> 1 litre) serait de 3 à 4,5% dans les accouchements par voie basse,<sup>3,4,5</sup> voire jusqu'à 6,4% après une césarienne.<sup>6</sup>

Les pertes sanguines physiologiques seraient selon les auteurs<sup>7,8</sup> de 400 à 550 ml, dépendant largement de la réalisation d'une épisiotomie qui occasionne environ 200 ml de saignements.

## **Durée de la troisième période de l'accouchement**

Beaucoup d'études ont examiné l'effet de la gestion active sur la troisième période de l'accouchement. Ces études ont montré que 50% des délivrances se passent dans les 5 minutes qui suivent la naissance du bébé, et 90% des placentas sont délivrés dans les 15 minutes qui suivent la naissance du bébé.<sup>9</sup> D'autres études ont confirmé la délivrance rapide du placenta; une étude de l'OMS a trouvé une durée moyenne de la troisième période de l'accouchement de 8,3 minutes.<sup>10</sup> Une TPA qui dure plus de 18 minutes est associée au risque important d'une HPP.<sup>11</sup> Si la TPA dure plus de 30 minutes, le nombre d'hémorragies du post-partum est augmenté par six.<sup>11</sup>

## **Description de la GATPA**

La plupart des cas de l'HPP surviennent lors de la troisième période de l'accouchement. A ce stade, les muscles de l'utérus se contractent et le placenta commence à se détacher de la paroi utérine. La quantité de sang perdue dépend de la rapidité avec laquelle cela se fait. La troisième période de l'accouchement dure généralement entre 5 et 15 minutes. Après 30 minutes, la TPA est considérée comme prolongée, indiquant un éventuel problème. Si l'utérus est atone et ne se contracte pas normalement, les

vaisseaux sanguins sur le site placentaire ne se resserrent comme ils devraient, provoquant de graves saignements.

La GATPA est un ensemble d'interventions visant à accélérer la délivrance du placenta en augmentant les contractions utérines et à prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Généralement, les composantes en sont les suivantes :

1. **administrer un médicament utérotonique** (pour contracter l'utérus) dans la minute qui suit la naissance du nouveau-né, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus ;
2. nouer et couper le cordon ombilical de suite après la naissance et **appliquer une traction contrôlée sur le cordon ombilical** tout en appliquant une contre-pression simultanée sur l'utérus à travers l'abdomen ; et
3. **masser le fond utérin** à travers l'abdomen après l'expulsion du placenta, pour aider l'utérus à se contracter afin de diminuer au maximum les saignements.

D'après les indications actuelles et si tant est qu'on puisse garantir la présence de l'équipement nécessaire et la sécurité des injections, la GATPA pourrait être pratiquée par les accoucheurs qualifiés et formés dans toutes les structures de santé où que la femme accouche. A travers ces actions simples, les prestataires peuvent prévenir l'hémorragie du post-partum et jouent un rôle important dans les efforts de sauver les vies des femmes.

## **Comparaison entre la gestion active et la gestion physiologique de la troisième période de l'accouchement**

Si le travail et l'accouchement se passent normalement, la troisième période de l'accouchement pourrait se passer sans aucune complication. Pour cette raison, la prise en charge physiologique (PEC) expectative est souvent pratiquée. Cependant, toute femme est à risque des problèmes comme l'HPP, la rétention placentaire et le choc. Les soins routiniers de la femme devraient alors inclure des actions qui peuvent prévenir ces complications.

L'hémorragie au cours des 4 premières heures après l'accouchement est responsable à elle seule du plus grand nombre de décès maternels, mais la recherche a montré qu'elle est également la plus facile à prévenir. Les prestataires qualifiés pourraient suivre les étapes simples de la GATPA pour prévenir l'HPP et sauver la vie des femmes.

Le tableau 1 compare les composants majeurs des deux façons de gérer la troisième période de l'accouchement.



**Tableau 1. Gestion de la troisième période de l'accouchement**

<b>Prise en charge physiologique (expectative)</b>	<b>Gestion active de la troisième période de l'accouchement</b>
Les utérotoniques <b>ne sont pas utilisés</b> avant la délivrance du placenta	<b>Un utérotonique</b> est administré dans la minute qui suit la naissance du bébé
Le cordon est clampé et coupé après la naissance du bébé	Le cordon est clampé et coupé après la naissance du bébé
<p><b>Attente des signes indiquant le décollement</b> du placenta de la paroi utérine ; par exemple, le fait d'observer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un saignement à la vulve</li> <li>○ Le cordon s'allonge</li> <li>○ L'utérus s'arrondit et le placenta descend</li> </ul>	<p><b>Au lieu d'attendre les signes indiquant le décollement du placenta :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Attendre une forte contraction de l'utérus <b>puis</b></li> <li>○ Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut</li> <li>○ Exercer une traction contrôlée du cordon</li> </ul>
Le placenta est expulsé par <b>gravité et effort maternel</b>	Le placenta est expulsé par <b>une traction contrôlée du cordon</b> avec contre-traction sur le fond de l'utérus
Un massage de l'utérus pourrait ou pas être effectué	<b>Un massage du fond utérin</b> à travers l'abdomen est pratiqué après la délivrance du placenta

### ***Prise en charge physiologique (expectative)***

#### **▪ Avantages**

- N'interfère pas avec le processus normal du travail
- Ne demande pas de médicaments/fournitures spécifiques
- Si le clampage du cordon est précoce, ceci **pourrait** diminuer **théoriquement** le risque de la transmission mère-enfant du VIH
- Si le clampage du cordon est retardé, ceci pourrait augmenter l'hémoglobine du nouveau-né
- Pourrait être approprié si le nouveau-né a besoin des soins spécialisés (par exemple, la réanimation) et l'accoucheur n'a pas d'assistant

#### **▪ Inconvénients/risques**

- Rallonge la durée du troisième stade
- Accroît le risque d'hémorragie de la délivrance
- Accroît la perte moyenne du sang

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

### ▪ **Avantages**

- Diminue la durée du troisième stade
- Diminue le risque d'HPP
- Est associée à une utilisation moindre d'autres médicaments utérotoniques thérapeutiques
- Diminue la perte moyenne du sang
- Diminue le besoin des transfusions sanguines
- Est associée à une anémie moindre lors du post-partum

### ▪ **Inconvénients/risques**

- Exige des utérotoniques et fournitures nécessaires pour l'injection
- Demande la présence d'un accoucheur qualifié pour :
  - Observation
  - Administration d'un utérotonique
  - Administration d'une injection, si les utérotoniques injectables sont utilisés
  - Traction contrôlée du cordon

## **Preuves scientifiques**

Plusieurs études (voir le tableau 2) ont démontré<sup>3,4</sup> la supériorité de la GATPA, qui permet de diminuer par trois le nombre d'hémorragies de la délivrance, tant modérées (> 500 cc) que graves (> 1 litre). Les auteurs anglo-saxons ont confirmé ce bénéfice en étudiant la fréquence de déglobulisation et le nombre de femmes transfusées autour de l'accouchement, qui auraient diminué de moitié.<sup>4</sup>

Elle raccourcit d'autre part fortement le délai de la délivrance, puisque l'on ne retrouve plus que 5% des délivrances non réalisées à 20 minutes<sup>3</sup> et 3% dépassant 30 minutes.<sup>4</sup> Toutes les études prospectives réalisées sur le sujet ne retrouvent pas de différence significative quant au nombre de délivrances artificielles ou de révisions utérines réalisées. Ainsi, même s'il existe quelques rétentions placentaires supplémentaires, la majorité liée à l'utilisation de l'ergométrine, elles sont largement contrebalancées par le gain obtenu sur le délai de délivrance.

En résumé, deux grandes études – études de Bristol et Hingingbrooke – ont montré les faits suivants :

- Le taux d'hémorragie de la délivrance était significativement inférieur avec la gestion active par rapport à la prise en charge physiologique (5,9% versus 17,9% [Bristol<sup>4</sup>] et 6,8% versus 16,5% [Hingingbrooke<sup>12</sup>]).
- La durée du troisième stade a été réduite chez les femmes dont la TPA a été gérée activement.
- Le besoin de transfusion sanguine et d'utérotoniques thérapeutiques a été réduit dans le groupe de gestion active comparé au groupe de prise en charge physiologique.


**Tableau 2. Etudes de Bristol<sup>4</sup> et Hinchingbrooke<sup>12</sup> – Résultats**

Facteurs	Etude	Gestion	
		Active	Physiologique
<b>HPP</b>	Bristol	5,9%	17,9 %
	Hinchingbrooke	6,8 %	16,5%
<b>Durée du troisième stade (médiane)</b>	Bristol	5 minutes	15 minutes
	Hinchingbrooke	8 minutes	15 minutes
<b>Troisième stade &gt; 30 minutes</b>	Bristol	2,9%	26%
	Hinchingbrooke	3,3%	16,4%
<b>Transfusion sanguine</b>	Bristol	2,1%	5,6%
	Hinchingbrooke	0,5%	2,6%
<b>Utérotoniques thérapeutiques</b>	Bristol	6,4%	29,7%
	Hinchingbrooke	3,2%	21,1%





## Revue des utérotoniques

### Définitions pour la session

**Contraction utérine tonique** – Contractions utérines continues sans relâchement.

**Ocytocique / Utérotonique** – Médicament qui stimule les contractions utérines.

### Qu'est ce qu'un utérotonique?

Un utérotonique (une ocytocique) est un produit/médicament qui augmente la tonicité des muscles de l'utérus. Elle stimule la contraction des muscles utérins. Le corps de la femme produit l'hormone ocytocine naturellement pendant et après le travail d'accouchement. Cette hormone importante agit en stimulant les contractions utérines afin de déclencher le travail et assurer un déroulement satisfaisant du travail. Les médicaments/produits pharmaceutiques qui agissent de façon semblable sont appelés des « ocytociques » ou des « utérotoniques ».

Les médicaments tels que l'ocytocine et l'ergométrine ont des propriétés utérotoniques importantes et sont utilisés pour traiter l'atonie utérine, dans le cadre de la GATPA pour prévenir l'HPP et pour réduire la perte sanguine après l'accouchement.

### Dangers de l'abus des utérotoniques

Les utérotoniques sont également utilisés pour le déclenchement artificiel du travail, la stimulation de l'activité utérine, et pour mûrir le col. En règle générale :

- Les utérotoniques ne devraient être utilisés que chez la femme en travail dans les établissements où une césarienne peut être effectuée immédiatement en cas de besoin. La nécessité d'une accélération est considérée comme justifiant un transfert dans un service obstétrical disposant de moyens chirurgicaux.
- Si une décision a été prise de stimuler l'activité utérine pendant le travail ou de déclencher le travail, l'ocytocine ne devrait être administrée qu'en perfusion avec une surveillance vigilante des contractions utérines, de l'état de la femme et du fœtus.
- L'ocytocine ne devrait jamais être administrée en IM avant la naissance du bébé.

La réalité malheureuse est que l'ocytocine est trop souvent abusée dans les formations sanitaires. Au lieu de suivre les indications de référence en cas de déroulement défavorable du travail, les prestataires essaient « d'accélérer » le travail sans que toutes les conditions pour l'utilisation d'un utérotonique ne soient réunies. Dans quelques cas, il se peut que la femme et son nouveau-né s'en sortent sans aucune complication – dans trop de cas, l'utilisation abusive des utérotoniques pendant le travail provoque la mort intra-utérine, la détresse fœtale, la rupture utérine ou l'hémorragie du post-partum.

Le déroulement défavorable du travail peut se transformer en un travail prolongé. Les prestataires devraient suivre étroitement le travail en se servant du partogramme et transférer la femme dès que le diagnostic d'un déroulement défavorable du travail est posé.

### Comparaison des utérotoniques

Le tableau 3 compare les utérotoniques les plus souvent utilisées pour la GATPA.

**Tableau 3. Utérotoniques utilisés pour la GATPA**

Utérotonique / Préparation	Voie d'administration et posologie	Action et Déclenchement	Effets secondaires et précautions d'emploi
<p><b>Ocytocine</b> Extrait du pituitaire postérieur ; Nom de spécialité: <b>Syntocinon®</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IM: 10 unités <u>OU</u></li> <li>▪ IV: 5 unités en injection lente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Met 2-3 minutes pour agir</li> <li>▪ Attendre 15 minutes entre les doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucune contre-indication pour l'administration dans le post-partum*</li> <li>▪ Ne provoque généralement pas d'effets secondaires</li> <li>▪ N'est pas stable sous la chaleur</li> <li>▪ La stabilité de l'ocytocine est meilleure que celle de l'ergométrine</li> </ul>
<p><b>Ergométrine</b> Préparation d'ergot; habituellement présenté dans des ampoules brunes ; Nom de spécialité: <b>Methergin®</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IM: 0,2 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Met 6-7 minutes pour agir</li> <li>▪ L'effet dure 2 à 4 heures</li> <li>▪ Attendre 2 à 4 heures entre les doses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provoque une contraction utérine tonique qui pourrait augmenter le risque d'une rétention placentaire</li> <li>▪ Risque accru d'hypertension, vomissement, maux de tête</li> <li>▪ Contre indiqué pour les femmes souffrant d'hypertension, troubles cardiaques, rétention placentaire, pré éclampsie, éclampsie, drépanocytose et hémoglobinopathies**</li> <li>▪ N'est pas stable sous la chaleur ou à l'exposition à la lumière</li> <li>▪ Le produit ne devrait pas être utilisé si la couleur est différente de l'eau claire (ceci veut dire qu'il y a une perte d'élément actif)</li> </ul>
<p><b>Misoprostol</b> Analogue synthétique de la prostaglandine E1; Nom de spécialité: <b>Cytotec, Gymiso, Prostokos, Vagiprost</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 600 mcg (3 comprimés de 200 mcg) par voie orale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Met 3 à 6 minutes pour agir</li> <li>▪ L'effet dure 75 minutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effets secondaires communs : frissons, élévation de la température</li> <li>▪ Peu de contre-indications, à part une possibilité d'allergie aux prostaglandines</li> </ul>

\*Ceci est un guide pour l'utilisation de ces utérotoniques pendant la GATPA. Les protocoles différents peuvent être applicables quand les utérotoniques sont utilisés à d'autres fins.

\*\*La liste des contre-indications n'est pas exhaustive; évaluer chaque cliente pour assurer l'administration de l'utérotonique le plus approprié et le plus efficace. Seules les contre-indications majeures pour les trois produits analysés sont mentionnées ci-haut.



## Sélection d'utérotonique pour la GATPA

On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes. Elle est également plus stable que l'ergométrine, certainement lorsque exposé à la lumière et probablement aussi lorsque conservé à l'ombre avec ou sans réfrigération.

**D'après l'OMS, l'ocytocine  
est l'utérotonique  
de choix pour la GATPA**

## Nouvelles recommandations de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) – Novembre 2006

Dans la déclaration conjointe de la FIGO et l'ICM en novembre 2006 « Prévention et traitement de l'hémorragie post-partum : Nouvelles approches visant les milieux aux ressources restreintes », les recommandations suivantes ont été données pour les femmes accouchant dans les conditions où soit l'ocytocine n'est pas disponible, soit un accoucheur qualifié formé à pratiquer la GATPA n'est pas disponible :

1. Si **l'établissement n'a pas d'ocytocine**, utiliser l'ergométrine 0,2 mg en IM ou la syntométrine 1 mL en IM (si la femme n'a pas de contre-indications pour leur utilisation).
2. Lorsqu'on **ne dispose pas d'utérotoniques injectables** ou que les compétences des soignants sont limitées, l'administration de misoprostol peu après la naissance du bébé réduit le risque d'hémorragie. Les effets secondaires les plus courants sont une élévation de la température et des tremblements transitoires. La formation des femmes et des soignants qualifiés au bon usage du misoprostol est essentielle.

L'administration du misoprostol comprend généralement les éléments suivants :

- administration de 600 microgrammes de misoprostol par voie orale après la naissance du bébé ;
  - traction contrôlée du cordon ombilical, **UNIQUEMENT** en présence d'un accoucheur qualifié ;
  - massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.
3. Il arrive qu'on **ne dispose pas de médicaments utérotoniques** en raison d'une rupture d'approvisionnement ou des circonstances de l'accouchement. En l'absence de données probantes, la prise en charge du troisième stade du travail recommandée par l'ICM et la FIGO lorsque les accoucheurs qualifiés ou autres soignants ne disposent pas de médicaments utérotoniques comprend les éléments suivants :
    - Attendre les signes de séparation du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic).

- Encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale.

**N.B.** La traction contrôlée du cordon ombilical n'est pas recommandée en l'absence de médicaments utérotoniques ou avant les signes de séparation du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive et une inversion utérine.

- Faire un massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.



## Gestion de stock des utérotoniques

### Définitions pour la session

**Consommation moyenne mensuelle (CMM)** : la quantité d'un produit que la structure sanitaire utilise en moyenne durant un mois.

**Délai d'approvisionnement** : l'intervalle entre la commande et sa réception. Faites remarquer que d'habitude la commande est passée avant que le niveau du stock ait atteint le niveau du stock de sécurité.

**Quantité de la commande** : la quantité de chaque commande (représentée comme QC).

**Stock de sécurité (SS)** (appelé aussi stock tampon ou stock de réserve) : le stock minimum disponible pour protéger contre les ruptures. Les ruptures peuvent être provoquées par des livraisons retardées ou par des augmentations imprévues de la demande. Le stock de sécurité est une quantité fixe.

**Stock restant** (niveau du stock) : la quantité de médicament encore présent dans le dépôt, une fois les périmés retirés.

### Gestion de l'approvisionnement des médicaments utérotoniques

Même les prestataires de soins de santé bien instruits ne peuvent pas donner les soins de bonne qualité sans la garantie de l'approvisionnement stable et efficace. La gestion efficace des médicaments utérotoniques nécessite la sélection diligente des produits, l'approvisionnement, le stockage, la distribution et l'utilisation soutenus par un cadre politique et réglementaire qui encourage la provision comprehensive des produits de haute qualité.

Les objets principaux de la gestion pharmaceutique sont les suivants :

- connaître le stock existant (combien il y a en stock) ;
- savoir quelle quantité est dispensée par jour et quelle est la consommation en médicaments de la structure pendant un mois, etc. ;
- savoir quand et comment les médicaments ont été utilisés ;
- préparer des commandes adaptées aux besoins ;
- avoir toujours un stock minimum d'utérotoniques et de matériel médical à disposition pour éviter que des produits manquent à la formation sanitaire (FOSA) ;
- connaître l'endroit où chaque produit pourrait être trouvé ;
- préparer un conditionnement correct capable de protéger et de faciliter la bonne administration du médicament ;
- pouvoir faire ultérieurement une exploitation rétrospective des données enregistrées.

Un mauvais contrôle de stock peut avoir plusieurs conséquences :

- Des commandes d'urgences deviennent fréquentes, ce qui est plus coûteux.
- La maladie du patient peut s'aggraver et le patient peut mourir si le médicament en est un d'urgence.
- Le patient peut avoir à parcourir une longue distance pour se procurer ses médicaments.

- La communauté peut perdre confiance dans le service de la structure de santé et va chercher les soins dans des plus hauts niveaux de structures, ce qui résulte en la congestion des services.
- Les traitements alternatifs de second choix peuvent être prescrits, ce qui résulte en une utilisation irrationnelle des médicaments.
- On souffre une perte de ressources budgétaires reliées aux coûts de manutentions et de péremptions, et aux vols.

La gestion des utérotoniques se fait par une organisation rigoureuse du dépôt à travers la mise en place d'outils de gestion suivants :

- Le carnet de commande/livraison ;
- La fiche de stock au niveau de la pharmacie ;
- Le registre journalier de distribution des médicaments ;
- Le registre de sortie des médicaments par malade ;
- Le registre d'accouchements ;
- Le cahier d'entrées et de sorties des utérotoniques dans la salle d'accouchement.

Les mouvements des produits doivent être enregistrés sur au moins deux outils pour assurer une meilleure gestion. Par exemple :

- Lorsqu'on retire les utérotoniques de la pharmacie pour les entreposer dans la salle d'accouchement, on doit enregistrer :
  - la **sortie** des produits sur la **fiche de stock** au niveau de la pharmacie ;
  - l'**entrée** des produits sur le **cahier d'entrées et de sorties** des utérotoniques dans la salle d'accouchement.
- Chaque fois que l'on utilise des utérotoniques soit pour la prévention soit pour le traitement du PPH, on doit enregistrer :
  - la sortie du produit sur le registre d'accouchement (sur la même ligne de la cliente) ;
  - la sortie du produit sur le cahier d'entrées et de sorties des utérotoniques dans la salle d'accouchement.

Si un produit est périmé ou une ampoule est cassée :

- Ne pas garder les médicaments périmés dans le stock.
- Les mettre dans un carton fermé sur lequel il sera marqué « **Périmés, ne pas utiliser** ».
- Placer le carton dans un coin à l'écart, loin du stock valide utilisable.
- Soustraire les médicaments périmés de la fiche de stock dès qu'ils sont mis de côté.
- Appliquer les procédures de retour ou de destruction telles que recommandées par le Ministère de santé.

**Enregistrer les mouvements des produits sur au moins DEUX outils différents pour garantir la précision de l'information et en assurer la responsabilité.**

Les responsables du programme doivent tenir compte des quatre aspects clés de la gestion pharmaceutique : la sélection, l'approvisionnement, le stockage et la distribution, et l'utilisation.



## Sélection

Les responsables du programme doivent choisir un médicament utérotonique approprié selon les conditions disponibles au programme. Par exemple, la sélection des médicaments peut être dirigée par la capacité du système d'approvisionnement de maintenir la qualité de produit ; les médicaments qui dépendent de la chaîne du froid doivent être mis dans les systèmes où il y a une garantie d'avoir une chaîne du froid afin de garder l'efficacité.

## Approvisionnement

La quantification est la première étape dans l'approvisionnement. Une analyse précise de formations sanitaires (FOSA), accouchements, et les taux de croissance du programme doit être faite afin de quantifier les besoins en utérotoniques. Puisque les médicaments utérotoniques sont utilisés pour plusieurs intentions thérapeutiques, y compris le déclenchement du travail, la prévention de l'HPP et le traitement de l'HPP, les besoins doivent être raisonnablement estimés en tenant en compte les utilisations attendues.

Une bonne quantification des besoins au niveau de la FOSA est importante non seulement pour le fonctionnement de la FOSA mais également pour la quantification nationale des utérotoniques. Si la quantification est mal faite au niveau de la FOSA, le niveau national ne pourra pas faire une quantification fiable pour couvrir les besoins du pays. La quantité à commander se calcule pour chaque produit sur base des paramètres suivants :

- **La consommation moyenne mensuelle (CMM) :** La quantité d'un produit que la structure sanitaire utilise en moyenne durant un mois.

Elle se calcule à partir des sorties du dépôt sur une période donnée, à l'aide des fiches de stock.

$$\text{CMM} = \frac{\text{Somme des sorties du produit sur la période}}{\text{Nombre de mois de la période}}$$

La CMM doit être recalculée périodiquement pour tenir compte de l'évolution des ventes avec le temps.

N.B. Si les prestataires viennent d'être formés à appliquer la GATPA, la consommation future des utérotoniques sera beaucoup plus importante que la consommation dans le passé. Dans un premier temps, on peut calculer la consommation moyenne en ajoutant le nombre moyen mensuel d'accouchements à la CMM.

Ex : calcul de la CMM de l'ocytocine 10 UI du dépôt du centre de santé de Sikasso :

Sorties fiche de stock :

08/07/07 : 12 ampoules

02/08/07 : 18 ampoules

31/08/07 : 10 ampoules

20/09/07 : 46 ampoules (\*prestataires formés en la GATPA du 1 au 6 septembre 2007)

15/10/07 : 36 ampoules

Sorties totales en 4 mois (12 + 18 + 10 + 46 + 36) = 122 ampoules

**CMM** : 122 / 4 = 30,5

Si l'on fait le calcul à partir des deux derniers mois après la formation des prestataires en la GATPA, la **CCM** = 82 / 2 = 41.

- **Le stock restant** : La quantité de médicament encore présent en salle de réserve, une fois les périmés et les cassés retirés.

Il se calcule à l'aide des fiches de stock ainsi que d'un contrôle de stock restant dans le dépôt, la salle de vente et la salle d'accouchement. Tous les produits périmés devraient être retirés avant de calculer le stock restant.

Ex : compte physique dans le centre de santé de Sikasso :  
 Dépôt de pharmacie : 10 ampoules (dont 2 périmés)  
 Salle de vente : 6 ampoules  
 Salle d'accouchement : 8 ampoules (dont 1 périmé)

**Stock restant** :  $8 + 6 + 7 = 21$  ampoules

- **Le stock de sécurité (SS)** : La réserve qui permet de toujours avoir les produits en cas de rupture de stock.

Il se calcule à l'aide des fiches de stock et correspond à la consommation entre deux commandes. Donc, **SS = CMM x délai de livraison**. Si le délai entre deux commandes est 1 mois, le SS sera égal à la CMM ; si le délai entre deux commandes est 3 mois, le SS égalera à la CMM x 3. Le stock restant ne doit jamais descendre sous cette limite.

Ex : centre de santé de Sikasso :

Si la commande se fait mensuellement, le délai entre deux commandes est 1 mois, le stock restant (21 ampoules) est inférieur à la CMM (41 ampoules).

**Si le stock restant = Le stock de sécurité => Il faut commander le produit**

- **Quantité à commander**

Elle se calcule en tenant compte de la CMM, le stock restant et le SS :

$SS + (CMM \times \text{délai entre 2 commandes}) - \text{stock restant} =$   
 $(2 \times CMM \times \text{délai entre 2 commandes}) - \text{stock restant}$

Ex : le centre de santé de Sikasso fait sa commande mensuellement :

SS = 41 ampoules ; CMM = 41 ampoules ; Stock restant = 21 ampoules

**Quantité à commander** :  $[(41 + 41) \times (1 \text{ mois})] - 21 = 61$  ampoules

Lorsque la quantification est accomplie, les normes d'approvisionnement doivent être établies.

## Stockage et distribution

Les conditions et la durée de l'entreposage des médicaments pourraient avoir un effet sur la puissance et l'efficacité des utérotoniques. Par exemple, une partie ou toute l'efficacité d'un médicament pourrait être perdue s'il est entreposé au-delà de la date de péremption. Si les directives de l'entreposage sont suivies, l'efficacité des utérotoniques est généralement bonne. Néanmoins, son efficacité pourrait être réduite si elles ne sont pas entreposées correctement.

L'efficacité des utérotoniques injectables est influencée principalement par deux facteurs : la température et la lumière. Ce fait est surtout important dans les zones tropicales où l'entreposage réfrigéré n'est souvent ni disponible ni fiable. Une étude faite par l'OMS a examiné l'efficacité des utérotoniques injectables dans des conditions de l'exposition à la lumière et aux températures différentes. Le tableau 4 montre une comparaison des utérotoniques de cette étude. Les utérotoniques injectables ne sont pas stables sous la chaleur. Toutefois la stabilité de l'ocytocine est meilleure que celle de



l'ergométrine. L'ocytocine est plus stable que l'ergométrine, certainement lorsque exposé à la lumière et probablement aussi lorsque conservé à l'ombre avec ou sans réfrigération.

**Tableau 4. Efficacité des utérotoniques injectables après un an d'entreposage contrôlé**

	Obscurité, 4-8°C	Obscurité, 30°C	Lumière, 21-25°C
<b>Ergométrine</b>	A perdu 5%	A perdu 31%	A perdu 90%
<b>Ocytocine</b>	Aucune perte	A perdu 14%	A perdu 7%

Même si l'ocytocine est plus stable que l'ergométrine, son efficacité et sa puissance pourront être réduites si l'entreposage ne respecte pas les directives. L'ergométrine est beaucoup plus sensible à la chaleur et la lumière. Si les directives de l'entreposage des utérotoniques ne sont pas respectées, leur puissance et leur efficacité seront réduites et ceci aura des effets néfastes et peut être tragiques pour la femme qui en a besoin.

**Tableau 5. Directives pour l'entreposage des utérotoniques**

Utérotonique	Transport	Entreposage
Ocytocine	<ul style="list-style-type: none"> <li>De brèves périodes de transport non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 4 semaines à 30°C)</li> <li>Protéger contre la lumière et la congélation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier les recommandations du fabricant</li> <li>Conserver entre 2°C et 8°C (36°F et 46°F)</li> <li>Retirer, de façon périodique, une quantité suffisante pour le besoin anticipé</li> <li>Conserver les ampoules retirées de la réfrigération dans une boîte fermée, à l'ombre</li> <li>Les périodes d'entreposage non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas <b>3 mois</b> à 30°C)</li> </ul>
Ergométrine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si les produits sont conservés à l'ombre, de brèves périodes de transport non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 4 semaines à 30°C)</li> <li>Protéger contre la lumière et la congélation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conserver entre 2°C et 8°C (36°F et 46°F)</li> <li>Protéger contre la lumière et la congélation</li> <li>Conserver les ampoules dans une boîte fermée, à l'ombre, hors de la lumière du soleil</li> <li>Les périodes d'entreposage non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas <b>1 mois</b> à 30°C)</li> </ul>
Misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protéger contre l'humidité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier les recommandations du fabricant</li> <li>Entreposer à la température ambiante dans une boîte fermée</li> </ul>

## Conseils pour la conservation des utérotoniques dans la pharmacie ou les dépôts

- Mettre en place une chaîne du froid pour gérer les utérotoniques de la fabrication au point d'administration.
- Assurer un système de surveillance des températures dans tous les stades de la chaîne du froid (par ex., dans les réfrigérateurs et les congélateurs).
- Assurer la disponibilité des thermomètres et contrôler l'enregistrement de la température journalière dans le réfrigérateur et dans la salle d'accouchement.
- Respecter les conseils sur le calcul des quantités suffisantes pour les besoins anticipés.
- Assurer la disponibilité des réserves adéquates d'utérotoniques et d'équipement à injection.
- Respecter la règle du premier-périmé-premier-sorti (PPPS) et maintenir un registre de suivi des dates de péremption pour diminuer le risque des pertes par péremption
- Respecter la règle du premier-entré-premier-sorti (PEPS) pour diminuer le risque d'avoir les produits périmés.
- Vérifier les recommandations de l'entreposage faites par le fabricant. De préférence, conserver les utérotoniques injectables entre 2 et 8°C dans une boîte fermée, protéger contre la lumière.
  - La durée de l'efficacité de l'ocytocine, de l'ergométrine et de la syntométrine est meilleure quand ils sont conservés entre 2 et 8°C.
  - Les utérotoniques se détériorent rapidement et perdent leur puissance sous les températures élevées.
  - Plus de 50% de la puissance des médicaments peuvent se perdre à cause d'une mauvaise conservation.
  - Si tout le stock d'utérotoniques ne peut pas être entreposé dans le frigo, considérer un système de rotation des produits dedans et dehors le frigo.
  - Enlever les fioles ou les ampoules du réfrigérateur juste avant d'utiliser, et non pas les laisser sur les plateaux pour les périodes indéfinies en attente d'utilisation.

## Conseils pour la conservation des utérotoniques dans la salle d'accouchement

Pour assurer une bonne couverture en GATPA, les utérotoniques devraient être accessibles dans les salles d'accouchements.

- Assurer la disponibilité des utérotoniques dans les salles d'accouchement et ne retirer qu'une quantité suffisante pour le besoin anticipé. **N.B.** Ne pas oublier que l'on aura besoin d'utérotoniques pour la prévention **et** le traitement de l'HPP.
- La quantité d'utérotoniques injectables à retirer pour l'utilisation dans la salle d'accouchement dépendrait de trois choses: (1) la température ambiante dans la salle d'accouchement, (2) la présence ou pas d'une chaîne du froid dans la salle d'accouchement, et (3) la consommation moyenne, le stock de sécurité et le stock restant dans la salle d'accouchement.
  - S'il n'y a pas de chaîne du froid dans la salle d'accouchement et la température ambiante est  $\leq 30^{\circ}\text{C}$  :
    - **L'ocytocine** tolère les périodes d'entreposage non réfrigérées (ne dépassant pas **3 mois** à 30°C).



- **L'ergométrine et la Syntométrine** tolèrent les périodes d'entreposage non réfrigérées (ne dépassant pas **1 mois** à 30°C). On doit toujours protéger l'ergométrine contre la lumière.
- S'il n'y a pas de chaîne de froid dans la salle d'accouchement et la température ambiante est >30°C :
  - **Retirer une quantité d'utérotoniques injectables moindre.**
  - **Considérer** l'utilisation du misoprostol pour la GATPA.
- Conserver les ampoules retirées de la réfrigération dans une boîte fermée, à l'ombre, hors de la lumière du soleil.
  - *L'ergométrine est très sensible à la lumière et perd sa puissance très vite après l'exposition à la lumière.*
- Enlever les fioles ou les ampoules de leur boîte juste avant de l'utiliser, et non pas les laisser sur les plateaux pour les périodes indéfinies en attente d'utilisation.
- Vérifier la date de péremption avant de donner un utérotonique quelconque.
- Respecter la règle du premier-sorti-premier-utilisé pour diminuer le risque d'avoir les produits avec une efficacité douteuse.

## Utilisation

Afin d'accomplir la GATPA, les médicaments utérotoniques doivent être correctement prescrite et dispensé. Afin d'assurer la bonne utilisation :

- Tous les prestataires doivent être bien formés dans l'emploi correct de tous les utérotoniques disponibles dans le programme.
- Le personnel doit être informé des effets secondaires ou des considérations spéciales en ce qui concerne l'administration du médicament.
- Le personnel doit pouvoir efficacement conseiller et instruire les patients sur les médicaments, surtout en ce qui concerne l'utilisation, le minutage d'administration et les effets secondaires éventuels.

Avant de donner un utérotonique quelconque, le prestataire devrait tenir compte des cinq aspects clés de la vérification des produits suivants :

### ■ Présentation

Chaque usine qui fabrique des produits pharmaceutiques pourrait avoir une présentation spéciale. Par exemple, les ampoules d'ocytocine pourraient contenir 5 UI ou 10 UI ; les ampoules d'ergométrine pourraient contenir 0,5 mg ou 0,2 mg.

Donc, avant d'administrer un produit quelconque, le prestataire devrait vérifier la présentation du produit telle qu'elle est écrite sur l'étiquette.

### ■ Voie

Un produit pharmaceutique pourrait avoir plusieurs voies pour l'administration. La posologie du produit pharmaceutique pourrait dépendre de la voie d'administration.

Donc, avant d'administrer un produit quelconque, le prestataire devrait vérifier la voie d'administration du produit telle qu'elle est écrite sur l'étiquette.

#### ▪ **Date de Péréemption**

Un médicament qui est périmé n'aura plus la même efficacité et pourrait avoir des effets néfastes. Donc, avant d'administrer un produit quelconque, le prestataire devrait vérifier la date de péremption.

#### ▪ **Identification des ampoules avec un bas niveau d'ergométrine**

Plus la solution d'ergométrine est sombre, plus grande est la perte d'élément actif. L'ergométrine est habituellement présentée dans des ampoules brunes. En pratique, ceci veut dire donc que la solution devrait être testée dans un flacon ou tube testeur en verre clair, en le comparant avec de l'eau dans un tube similaire sous la lumière claire contre un fond blanc.

Lorsque cette solution est tirée dans une seringue pour une injection et que la décoloration est visible à l'œil nu, le niveau d'éléments actif est probablement très bas et le produit ne devrait pas être utilisé. Cependant, avec cette manière de procéder, une décoloration modérée avec des niveaux attendus de 60-90% d'élément actif à une forte chance de passer inaperçue, puisse qu'une bonne comparaison avec de l'eau claire ne soit pas possible. Cette méthode est donc beaucoup moins sensible et ne pourrait identifier que les cas les plus graves.

Avant d'être administrée aux patients, toute injection d'ergométrine devrait être vérifiée visuellement par le prestataire, et tout produit dont la couleur est différente de l'eau claire ne devrait pas être utilisé. Par ailleurs, le staff responsable de la qualité des médicaments devrait régulièrement vérifier la couleur de l'ergométrine injectable en stock, en le comparant soigneusement à de l'eau claire dans des tubes de verre.

La pastille indicatrice temps-température est imprimée sur l'ampoule et/ou la boîte d'ocytocine. Elle se présente sous forme d'un carré entouré d'un anneau (voir ci-dessous). Les indicateurs indiquent l'exposition thermique cumulée et irréversible à laquelle les dispositifs ont été soumis. La pastille est adaptée à la stabilité thermique de l'ocytocine. Au fur et à mesure que les dispositifs sont exposés à une chaleur plus élevée, le carré devient de plus en plus sombre. Seuls les dispositifs qui ont le carré intérieur de la pastille de contrôle plus clair que l'anneau extérieur peuvent être utilisés.

#### ▪ **Exposition à la chaleur : Interprétation du « HeatMarker VVM Indicateur Temps-Température ».**

Le « *HeatMarker VVM Indicateur Temps-Température* » est une étiquette contenant une substance thermosensible pour indiquer l'exposition thermique cumulée au fil du temps. Les prestataires de santé peuvent utiliser les indicateurs pour assurer l'efficacité de l'ocytocine utilisée.



Ce que la pastille de contrôle indique.....

<p><b>A</b></p>  <p><b>UTILISER</b></p> <p>Le carré intérieur est plus clair que l'anneau extérieur. Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, utiliser.</p>	<p><b>B</b></p>  <p><b>UTILISER EN PREMIER</b></p> <p><b>A mesure que le temps passe, le carré intérieur reste plus clair que l'anneau extérieur. Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, utiliser.</b></p>
<p><b>C</b></p>  <p><b>NE PAS UTILISER</b></p> <p><u>Point limite d'utilisation!</u> Le carré intérieur a la même couleur que l'anneau extérieur. Aviser votre superviseur.</p>	<p><b>D</b></p>  <p><b>NE PAS UTILISER</b></p> <p><u>Au-delà du point limite d'utilisation!!</u> Le carré intérieur est plus sombre que l'anneau extérieur. Aviser votre superviseur.</p>

**N.B. Le contrôle des températures et le respect de la chaîne du froid garantissent la qualité et la sécurité des produits.**

En examinant les indicateurs, les prestataires de santé peuvent voir les dispositifs qui sont encore utilisables et ceux qui ont subi une exposition thermique plus élevée que les autres. Les dispositifs Uniject qui ont un indicateur dont le carré intérieur a commencé à devenir plus foncé (mais reste toujours plus clair que l'anneau extérieur) devraient être utilisés avant les dispositifs sur lesquels le carré intérieur est plus clair. Ainsi, les prestataires de santé peuvent réduire le nombre de dispositifs à jeter.

Chaque pastille de contrôle (ci-dessus) correspond à un stade différent de changement de couleur.

## Conclusion

La disponibilité des médicaments utérotoniques est une composante clé de n'importe quelle intervention GATPA. L'ocytocine est recommandée comme médicament de première intention pour la GATPA parce qu'elle devient efficace dans 2 ou 3 minutes, elle a peu des effets secondaires, elle peut être utilisée par toutes les femmes et elle conserve l'efficacité pendant presque 3 mois avec le stockage dans la température ambiante (selon les instructions du fabricant).

Avant de commencer la GATPA, il faut d'abord évaluer les possibilités pour décider quelle méthode d'employer. La méthode choisie dépendra sur les compétences des prestataires, l'équipement disponible, la politique qui dirige l'approvisionnement, l'importation des médicaments, et n'importe quelles restrictions financières.

Une méthode proactive de la gestion de l'approvisionnement peut assister le programme dans la prestation de services en prévention de l'hémorragie du post-partum.





## Prévention de l'hémorragie du post-partum<sup>13</sup>

### Définitions pour la session

**Augmentation du travail** – Une stimulation de l'activité utérine pendant le travail (stimulation de l'utérus au cours du travail ayant pour but d'accroître la fréquence, la durée et l'intensité des contractions).

**Coagulopathie** – Une maladie due à un dysfonctionnement de la coagulation sanguine.

**Déclenchement artificiel du travail** – Une stimulation de l'utérus destinée à provoquer le travail.

**Facteur de risque** – Caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture ou son mode de vie et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie ou une complication.

**Hémorragie du post-partum immédiat** – Saignement vaginal supérieur à 500 ml survenant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement.

**Hémorragie du post-partum tardif** – Saignement vaginal supérieur à la normale survenant au-delà des 24 heures qui suivent l'accouchement.

### Introduction

D'après les estimations, il existe chaque année 14 millions de cas d'hémorragie liée à la grossesse et parmi ces femmes, au moins 150 000 meurent suite à l'hémorragie. Dans les pays en voie de développement, où une bonne partie des accouchements se font à domicile ou dans les cliniques privées, les interventions nécessaires pour prendre en charge une HPP ne sont pas disponibles, nécessitant donc le transport de la femme sur une longue distance, signifiant là aussi un risque accru de décès. Les femmes qui survivent à l'HPP souffrent souvent d'anémie grave où d'autres problèmes de la santé liés aux complications de la grossesse et l'accouchement.

### Définition de l'hémorragie du post-partum

On définit tout saignement vaginal excédant 500 ml après l'accouchement comme une hémorragie du post-partum. Cette définition pose cependant quelques problèmes.

- En effet, les estimations du volume de sang perdu sont notoirement en dessous de la réalité et ne correspondent souvent qu'à la moitié de la quantité de sang effectivement perdue. Le sang est mélangé à du liquide amniotique et parfois à de l'urine. Il est répandu sur des compresses, des serviettes et des linges, dans des seaux et sur le sol.
- En outre, l'importance que peut avoir la perte d'un volume de sang donné pour une femme est fonction du taux d'hémoglobine de celle-ci. Une femme qui a un taux d'hémoglobine normal peut supporter une perte de sang qui serait fatale à une femme anémique.

---

Une perte de sang peut avoir des conséquences dramatiques même pour une femme qui est en bonne santé et ne souffre pas d'anémie.

---

- Le saignement peut avoir un débit lent et durer plusieurs heures de sorte qu'il arrive qu'on ne diagnostique pas l'affection avant que la patiente entre subitement en état de choc.

Pour ces raisons, il serait important d'être vigilant et de réagir vite en cas de « **toute perte de sang provoquant un changement dans l'état de la femme** ».

La majorité (deux-tiers) des HPP survient sans qu'aucun facteur de risque ne soit clairement retrouvé. Par conséquent, il n'est pas possible en l'état actuel des connaissances de recommander une stratégie de prévention de l'HPP qui reposerait sur l'identification de facteurs de risque. Ainsi, **toute femme doit être considérée comme « à risque » de souffrir d'une HPP** et les stratégies pour prévenir l'HPP devraient être assurées lors de chaque accouchement.

**Toute femme est « à risque » de souffrir d'une HPP**

## Causes principales de l'HPP

- **L'atonie utérine** (absence de contractions normales de l'utérus après l'accouchement) est la cause la plus courante de l'HPP immédiate et grave (survenant dans les 24 heures après l'accouchement).
- Les **déchirures** cervicales, vaginales ou périnéales constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté, le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale.
- La rétention placentaire constitue la troisième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum.
- La rupture ou l'inversion utérine sont également des causes qui contribuent à l'HPP.

## Causes principales de l'atonie utérine

L'atonie utérine cause l'hémorragie du post-partum parce que les muscles utérins ne se contractent ni ne se rétractent pas. Le muscle utérin est fatigué. Les contractions utérines aident à fermer les vaisseaux sanguins maternels. Des saignements au niveau du site placentaire pourraient continuer si les contractions utérines ne sont pas adéquates.

Les causes principales de l'atonie utérine sont les suivantes :

- **Une vessie pleine** : Si la vessie est pleine, ceci pourrait empêcher l'utérus de bien se contracter.
- **La rétention placentaire ou de cotylédons ou de membranes** : Le placenta peut être partiellement ou totalement retenu. Dans ce cas, l'utérus ne peut pas bien se contracter et continue de saigner.
- **Un travail prolongé/obstrué** : Lorsqu'une femme a un très long travail, ou de nombreux accouchements antérieurs, elle est très exposée à l'atonie utérine. Son muscle utérin a travaillé trop longtemps ou trop souvent et il est plus lent à se contracter ou se rétracter.
- **Un utérus surdistendu** : Parfois l'utérus est trop étiré en raison du polyhydramnios (excès de liquide amniotique), de grossesses multiples (jumeaux), d'un gros bébé, ou d'une grande multiparité. Le muscle utérin est trop fatigué et l'utérus continu de saigner après la délivrance du placenta.
- **Une stimulation de l'activité utérine pendant le travail** (stimulation de l'utérus au cours du travail ayant pour but d'accroître la fréquence, la durée et l'intensité des contractions) : La nécessité de stimuler l'activité utérine pendant le travail indique déjà que l'utérus ne se contracte pas bien. Si le travail a été augmenté par l'ocytocine, l'utérus peut être très fatigué après l'accouchement et, par conséquent, ne se contracte pas assez bien pour prévenir l'hémorragie.



- **Un déclenchement artificiel du travail** (stimulation de l'utérus destinée à provoquer le travail) : Comme ci-haut, si l'utérus est exposé à l'ocytocine pendant le travail, il devient trop fatigué après l'accouchement et pourrait devenir mou.

## Prévention de l'HPP

Il est **impossible** de dépister à l'avance les femmes qui sont les plus exposées au risque de l'HPP. Alors, il est recommandé de réaliser systématiquement :

- le **développement d'un plan d'action pour se préparer à l'accouchement** – elles doivent prévoir d'accoucher avec un accoucheur qualifié qui peut fournir des soins de prévention en matière de l'HPP ;
- une **surveillance régulière de la femme et le fœtus** en se servant d'un partogramme pendant le travail – ceci permettrait un diagnostic précoce d'un déroulement défavorable du travail et assurerait un transfert précoce dans un service obstétrical disposant de moyens chirurgicaux ;
- le **transfert précoce dans un service obstétrical** disposant de moyens chirurgicaux dès que le déroulement défavorable du travail est dépisté – ceci permettrait la prise en charge précoce et adéquate d'un déroulement défavorable du travail ;
- l'apport d'une aide à la femme pour assurer que la **vessie soit vide** avant le début du deuxième stade du travail et pendant le post-partum immédiat ;
- **une gestion active de la troisième période de l'accouchement** – l'administration d'un utérotonique, la première étape de la GATPA, stimule les contractions utérines, aide la séparation du placenta de la paroi utérine et la délivrance rapide du placenta, et prévient une HPP due à une atonie utérine ;
- un **examen soigneux du placenta** pour vérifier s'il est complet afin de réagir précocement dans le cas d'une rétention complète ou partielle du placenta – la rétention de cotylédons ou de membranes indique une révision utérine ;
- un **examen soigneux** de la vulve, du vagin, du périnée et de l'anus pour **détecter les déchirures et les réparer** dans les derniers délais ;
- le **massage utérin** si l'utérus n'est pas bien contracté et aussi souvent et autant que nécessaire pour maintenir le globe de sécurité.

## Dépistage et prise en charge précoces de l'HPP

La **précocité du diagnostic** est un élément essentiel du pronostic de toute HPP. Alors, il est recommandé de réaliser systématiquement :

- le **développement d'un plan d'action pour se préparer à l'accouchement** – elles doivent prévoir d'accoucher avec un accoucheur qualifié qui peut assurer la prise en charge correcte et précoce de l'HPP ;
- le **développement d'un plan d'action** en cas de complications – si la famille reconnaît tôt les signes/symptômes d'une HPP et a un plan pour chercher des soins, ceci pourrait réduire trois des quatre retards : Retards à reconnaître le problème, à l'accès au centre de soins et à l'arrivée de la structure appropriée ;
- **une surveillance régulière en salle d'observation** pendant au moins les 2 premières heures qui suivent un accouchement – ceci permettrait un diagnostic et une prise en charge précoces d'une HPP. Cette surveillance porte sur l'importance des pertes sanguines, la qualité du globe utérin, la fréquence cardiaque et la mesure de la tension artérielle.
- La consultation prénatale recentrée permettrait le dépistage, le traitement et la prévention d'une anémie chez la femme enceinte. Si la femme n'est pas anémiée au moment de son accouchement, ceci ne préviendrait pas une HPP mais va réduire considérablement le risque de la femme de mourir d'une HPP.





## GATPA

### Définitions pour la session

**Revue de la définition de la GATPA** – Trois étapes : (1) l'administration d'un médicament qui contracte l'utérus (utérotonique), (2) l'application d'une traction contrôlée du cordon avec contre-traction sur l'utérus, et (3) massage du fond utérin à travers l'abdomen.

**Placenta accreta** – Une insertion du placenta dans le myomètre. Cette situation est fréquente en cas de placenta inséré bas sur une cicatrice de césarienne. Elle arrive aussi chez les femmes ayant beaucoup d'enfants ou de multiples curetages. Le placenta accreta détruit le myomètre et empêche les mécanismes physiologiques de l'hémostase de l'accouchement. Il oblige souvent à une hystérectomie d'hémostase.

**Post-partum** – Il n'y a pas de définition officielle du « post-partum » ou des « suites de couches » (qui sont plus ou moins synonymes). Toutefois, l'OMS l'a officiellement désigné comme étant la période néonatale les 28 premiers jours suivant la naissance de l'enfant. Si elle n'est pas officiellement reconnue, la période qui définit traditionnellement le post-partum est sensée s'achever 6 semaines après la naissance. Cette période de 6 semaines correspond très bien aux traditions culturelles de nombreux pays où très souvent les 40 jours suivant la naissance sont considérés comme la durée nécessaire au rétablissement de la mère et du nouveau-né.

### Soins routiniers pour la femme en travail<sup>14</sup>

Il y a beaucoup de choses qui se passent au moment de l'accouchement et dans le post-partum immédiat. Le prestataire devrait s'occuper de la femme et de son nouveau-né. Sans se soucier de la gestion de la troisième période de l'accouchement, les soins routiniers de qualité pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat restent les mêmes. Les soins essentiels de la femme et de son nouveau-né pendant la troisième période de l'accouchement sont résumés ci-dessous.

#### Femme / Mère

##### Accompagnement pendant le travail

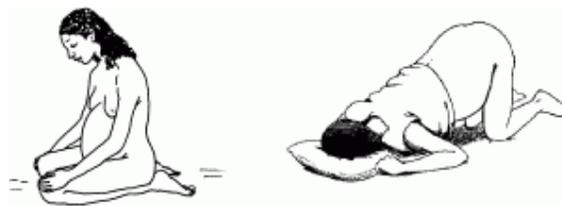
- Encourager la future mère à se faire accompagner par une personne de son choix qui lui apportera un soutien personnel tout au long du travail et de l'accouchement :
  - encourager l'accompagnant qu'elle a choisi pour son accouchement à la soutenir ;
  - faire le nécessaire pour que l'accompagnant puisse s'asseoir auprès d'elle ;
  - encourager l'accompagnant à lui apporter un soutien adapté pendant le travail et l'accouchement (à lui masser le dos, lui essuyer le front avec un gant humide, l'aider à se déplacer).
- Veiller à ce que la communication passe bien avec le personnel et à ce que celui-ci apporte un soutien satisfaisant à la femme :
  - à ce qu'il lui explique tout ce qui va être fait, sollicite son autorisation et lui fasse part des résultats ;
  - à ce qu'il crée un climat dans lequel elle se sente soutenue et encouragée pour accoucher et où elle ait le sentiment qu'on respecte sa volonté ;
  - à ce qu'il veille à son intimité et à la confidentialité des actes et entretiens.
- Veiller à l'hygiène de la femme et de son environnement :
  - l'encourager à se laver, à prendre un bain ou une douche au début du travail ;
  - laver les régions de la vulve et du périnée avant chaque examen ;
  - se laver les mains au savon avant et après chaque examen ;

- veiller à la propreté du/des lieu(x) prévu(s) pour le travail et l'accouchement ;
- nettoyer immédiatement toute projection ou tout écoulement de liquide.
- Veiller à sa mobilité :
  - l'encourager à se déplacer librement.
- L'encourager à vider sa vessie régulièrement.
 

**Note** : Ne pas sonder systématiquement les femmes en travail.

**Note** : Ne pas donner systématiquement un lavement aux femmes en travail.
- L'encourager à boire et manger à sa convenance. Si **elle est visiblement très amaigrie ou se fatigue pendant le travail**, veiller à ce qu'elle soit nourrie. Les boissons nutritives sont importantes, même à un stade avancé du travail.
- Lui enseigner les techniques respiratoires pour le travail et l'accouchement. L'encourager à expirer plus lentement qu'à l'accoutumée et à se détendre à chaque expiration.
- Si la femme est anxieuse ou effrayée ou si elle souffre pendant le travail :
  - la féliciter, l'encourager et la rassurer ;
  - lui expliquer le processus du travail et la tenir au courant du déroulement des événements ;
  - l'écouter et être attentif à ce qu'elle ressent.
- Si **la douleur est très pénible** :
  - suggérer à la femme de changer de position ;
  - l'encourager à ne pas rester immobile ;
  - encourager son accompagnant à lui masser le dos ou à lui tenir la main et à lui époungier le visage entre les contractions ;
  - l'encourager à mettre les techniques respiratoires en application ;
  - l'encourager à prendre un bain.

**Figure 1. Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant le travail**



- Si la femme est infectée par le VIH, respecter les protocoles nationaux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (PTME).



### Surveillance de la femme en travail à l'aide d'un partogramme

- Toute femme en travail devrait être suivie étroitement à l'aide d'un partogramme.
- Les éléments suivants indiquent un **déroulement favorable** du premier stade du travail :
  - contractions régulières de fréquence et de durée croissantes ;
  - progression de la dilatation de 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation sur la ligne d'alerte ou à gauche de celle-ci) ;
  - col bien appliqué sur la présentation.
- Les éléments suivants indiquent un **déroulement défavorable** du premier stade du travail :
  - contractions irrégulières et peu fréquentes après la phase de latence ; OU
  - progression de la dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure pendant la phase active du travail (dilatation à droite de la ligne d'alerte) ; OU
  - col mal appliqué sur la présentation.
- Un déroulement défavorable du travail peut se traduire par un travail prolongé – alors transférer la femme tôt si elle a des signes qui indiquent un déroulement défavorable.

### Accompagnement pendant l'accouchement

- Encourager la future mère à se faire accompagner par une personne de son choix qui lui apportera un soutien personnel pendant l'accouchement.
- Approuver la position qu'elle a choisie pour accoucher.

**Figure 2. Positions qu'une femme est susceptible d'adopter pendant l'accouchement**

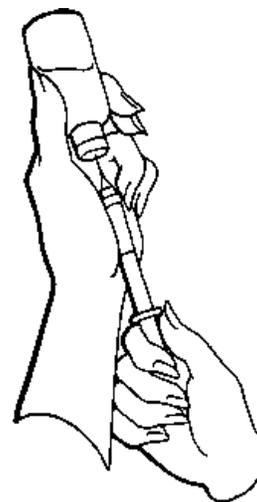


- Aider la femme à vider sa vessie quand la deuxième période de l'accouchement s'approche.
- Informer la femme du genre de son bébé et expliquer l'état et les soins que l'on pourvoit au nouveau-né.
- Veiller à ce que la femme soit à l'aise.
- Si la femme a choisi d'allaiter son enfant, encourager l'allaitement exclusif précoce au sein.

## Préparation pour la GATPA

- Avant/pendant la troisième période de l'accouchement :

- Préparer la seringue avec 10 unités d'ocytocine.
- Aider la femme à vider sa vessie quand la deuxième période de l'accouchement s'approche.
- Aider la femme à se mettre dans la position qu'elle désire pour ses efforts expulsifs et son accouchement (par exemple, accroupie, semi assise, etc.).



- Immédiatement après la naissance du bébé :

- Assurer les soins immédiats du nouveau-né (sécher, stimuler, évaluer, chauffer, positionner pour l'alimenter).



**Figure 3. Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance : contact peau à peau**

## Procédure de la GATPA

Il y a trois étapes principales de la GATPA – l'administration d'un utérotonique, la traction contrôlée du cordon et le massage utérin après la délivrance – qui doivent être pratiquées en même temps que les soins immédiats du nouveau-né.



**1. Sécher immédiatement l'enfant avec soin, évaluer ses respirations et assurer la réanimation au besoin, puis laisser l'enfant en contact peau contre peau avec sa maman**



Poser l'enfant sur le ventre de sa mère. Le sécher soigneusement et apprécier sa respiration. Mettre le bébé peau contre peau avec la maman.\* Jeter le linge humide. NE PAS le laisser mouillé – il se refroidirait.

*\*Si le nouveau-né est pale, mou, ou ne respire pas, il se peut qu'un clampage précoce soit nécessaire afin que le prestataire puisse fournir les soins appropriés.*

**Figure 4. Poser l'enfant sur le ventre de sa mère**

**2. Administrer l'utérotonique (10 UI d'ocytocine en IM est l'utérotonique de préférence)**

**Administrer l'utérotonique (10 UI d'ocytocine en IM est l'utérotonique de préférence)** à la femme dans la minute qui suit l'accouchement, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus. L'administration d'un utérotonique stimule les contractions utérines – ce qui aide la séparation du placenta de la paroi utérine et la délivrance rapide du placenta.

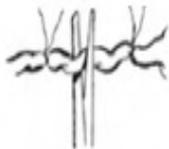
1. Avant d'administrer l'utérotonique, palper doucement l'utérus à travers l'abdomen de la femme pour se rassurer de l'absence d'un ou d'autres bébé(s) – ne pas masser l'utérus.
2. S'il n'y a pas un ou d'autres fœtus, commencer la procédure en administrant l'utérotonique. L'utérotonique de choix est ocytocine 10 UI en IM (à administrer dans la partie supérieure de la cuisse). Si **l'établissement n'a pas d'ocytocine**, injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou 1 ml de Syntométrine en IM, ou administrer 600 mcg de misoprostol par voie orale. L'injection devrait être réalisée, si possible, par un assistant qualifié (figure 5).



**Figure 5.  
Administration de  
l'ocytocine 10 UI en  
IM dans la minute  
qui suit la naissance  
du nourrisson**

### 3. Couper le cordon ombilical

Clamper le cordon ombilical et le sectionner 2 à 3 minutes après la naissance du bébé. Le cordon doit être coupé avec des instruments stériles, soit jetables comme ceux que contient la trousse d'accouchement hygiénique, soit parfaitement décontaminés par voie de stérilisation. Cela est d'une importance capitale pour la prévention des infections.



**Figure 6. Section et clampage du cordon ombilical**

### 4. Veiller à ce que le bébé soit au chaud

Laisser l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. Couvrir le bébé et lui couvrir la tête avec un chapeau pour éviter qu'il ne se refroidisse. Si la pièce est fraîche (à moins de 25°C), utiliser une couverture supplémentaire pour couvrir l'enfant.



**Figure 7. Laisser l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau**

### 5. Exercer une traction contrôlée sur le cordon, tout en stabilisant l'utérus

La traction contrôlée aide le placenta à descendre dans le vagin. La traction contrôlée consiste à tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, tout en stabilisant l'utérus avec l'autre main. Une main est placée juste au-dessus du pubis de la femme et stabilise l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que la main qui tient la pince exerce une traction contrôlée sur le cordon. La contre-traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.

**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.**

Les étapes de la traction contrôlée sont les suivantes :

1. Attendre approximativement 2 à 3 minutes après la naissance du bébé, puis clamper le cordon à approximativement 4 cm de l'abdomen du bébé. En retardant le clampage du cordon le transfert des cellules rouges du placenta au bébé est favorisé et ceci pourrait diminuer le taux d'anémie de l'enfance.



**Figure 8. Clampage du cordon à proximité du périnée**

2. Placer deux clamps sur le cordon en laissant suffisamment d'espace entre les deux pour pouvoir facilement couper le cordon.
3. Couper le cordon avec des ciseaux stériles ou soumis à la désinfection de haut niveau (DHN), placés sous un tampon de compresse pour éviter une éclaboussure de sang. Attacher le cordon après avoir achevé la GATPA.
4. Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte-tampons (figure 8).
5. Maintenir le cordon et la pince dans une main. (figure 9).
6. Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente pour palper des contractions utérines (figure 9). **Ne pas masser l'utérus avant la délivrance!!**
7. Maintenir une légère tension sur le cordon.

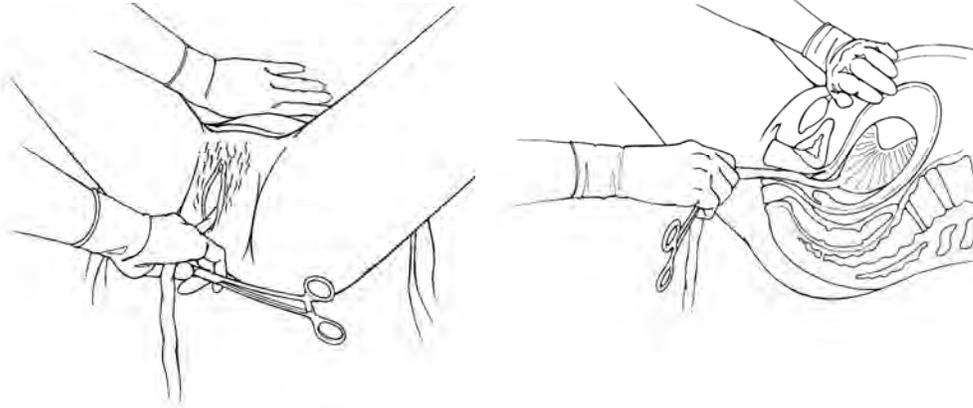


**Figure 9. Palper l'utérus pour une contraction; maintenir une légère tension sur le cordon**

8. Attendre une contraction utérine.
9. Quand une contraction utérine est palpée, stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut (en direction de la tête de la femme). La contre-traction ainsi

exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus (figure 10).

10. De façon simultanée, exercer une traction mesurée sur le cordon avec la main qui tient la pince, en direction du bas (suivre la direction du bassin). Tirer de façon constante et douce – éviter de tirer avec une motion saccadée ou violente (figure 10).

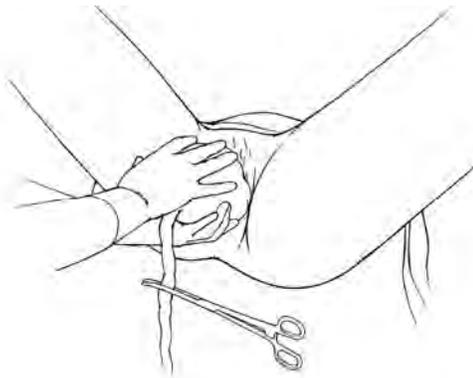


**Figure 10. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée**

11. Si **le placenta ne descend pas** dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon.
12. Tenir délicatement le cordon et attendre que l'utérus soit à nouveau bien contracté. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamper le cordon plus près du périnée à mesure qu'il s'allonge.
13. A la contraction suivante, renouveler la pression vers le haut par la main sus-pubienne et la traction contrôlée sur le cordon avec la main qui tient la pince.

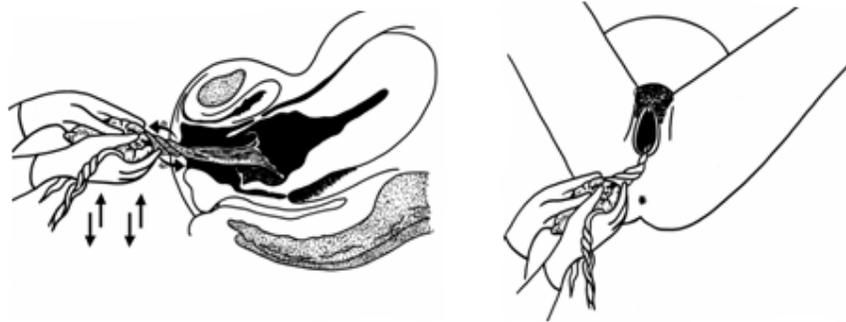
**N.B.** La traction contrôlée aide à expulser le placenta et non pas à le séparer de la paroi utérine !!

14. Ne pas relâcher la contre-traction sur l'utérus avant que le placenta ne soit visible à la vulve. Effectuer la délivrance lentement et avec les deux mains (figure 11).



**Figure 11. Prise du placenta avec les deux mains**

15. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.
16. Tirer lentement pour parachever la délivrance (figure 12).



**Figure 12. Délivrance du placenta**

17. 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.

**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**.

**6. Masser le fond utérin**

**Masser le fond utérin** à travers la paroi abdominale immédiatement après la délivrance du placenta jusqu'à ce que l'utérus se contracte (figure 13). Parfois du sang ou des caillots de sang sont expulsés pendant que l'on masse l'utérus. S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.



**Figure 13. Massage utérin immédiatement après la délivrance du placenta**

Montrer à la femme comment masser son propre utérus et comment savoir si l'utérus ne se contracte pas suffisamment.

## 7. Encourager l'allaitement maternel

Continuer à tenir le bébé au chaud, peau contre peau avec sa mère. Si la femme a choisi d'allaiter son bébé au sein, l'encourager à mettre en place l'allaitement dès que l'enfant semble prêt. Lui proposer de l'aider.

L'ocytocine produite avec l'allaitement permet à l'utérus de rester contracté. Si la femme ne peut pas allaiter ou a choisi de ne pas allaiter, recommander la stimulation manuelle des mamelons. Si tout est normal, partager les résultats avec la femme. Sinon, réagir immédiatement.

NE donner NI tétines artificielles, NI aliments de préparation à l'allaitement au nouveau-né : ni eau, ni eau sucrée, ni aliments locaux.



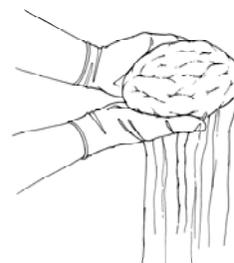
**Figure 14. Encourager l'allaitement maternel**

## 8. Examiner le placenta

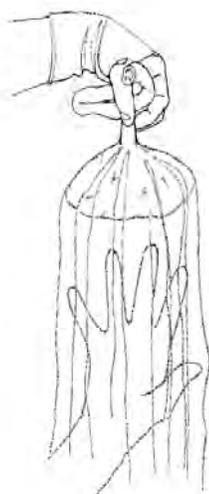
Inspecter le côté maternel et les membranes du placenta pour vérifier s'ils sont complets. Lorsqu'une portion du placenta – un ou plusieurs lobes – est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement. Une révision utérine n'est faite qu'en cas d'une rétention du placenta ou de cotylédons ou de membranes.

Les révisions utérines systématiques **sont fortement déconseillées** car elles augmentent le risque d'infection et sont très douloureuses.

1. Pour vérifier si le placenta est complet, tenir le placenta dans la paume des mains, le côté maternel dirigé vers le haut. Vérifier que tous les cotylédons sont en place et bien ensemble (figure 15).



**Figure 15. Vérifier le côté maternel du placenta**



2. Puis tenir le cordon d'une main et laisser pendre le placenta et les membranes. Insérer l'autre main dans les membranes, les doigts bien écartés. Vérifier l'intégralité des membranes (figure 16).

**Figure 16. Vérifier les membranes**



3. Déposer le placenta pour incinération ou le mettre dans un récipient étanche pour l'enterrer (après avoir consulté la femme pour s'informer des pratiques culturelles).
  - Toujours porter des gants en manipulant un placenta.
  - Garder le placenta dans un sac plastique ou autre récipient jusqu'à ce qu'il puisse être traité par incinération ou enfouissement. Le placenta ne doit pas être jeté dans une rivière ou dans une décharge ouverte.
  - Si la famille réclame le placenta, mettre le placenta dans un sac en plastique fermé hermétiquement, et donner des consignes à la famille en ce qui concerne sa disposition. Expliquer les raisons pour lesquelles l'on conseille de ne pas manipuler le placenta et conseiller à la famille de ne toucher le placenta qu'avec les mains gantées.

### 9. Examiner la partie basse du vagin et du périnée



1. Ecarter doucement les grandes lèvres et examiner la partie basse du vagin et le périnée pour détecter des déchirures (figure 17).
2. Réparer toute déchirure ou l'épisiotomie faite pour prévenir d'autres pertes sanguines.

#### **Figure 17. Examen doux de la partie basse du vagin et du périnée**

3. Laver délicatement la vulve, le périnée, les fesses et le dos avec de l'eau tiède et du savon et sécher avec un tissu propre et doux.
4. Retirer les draps souillés et mettre la femme à l'aise. Placer un tissu ou une compresse propre sur le périnée de la femme.
5. Évaluer la perte de sang.

Il est très difficile d'évaluer exactement la perte de sang. Habituellement le sang est mélangé avec le liquide amniotique. Certaines personnes mesurent la perte de sang en le ramassant à la pelle à main, pour ensuite le mesurer. D'habitude, elles peuvent seulement ramasser le sang qui s'est coagulé, de sorte que tout sang mélangé au liquide amniotique ou à l'urine, ou le sang qui s'est déversé sur le sol ou qui a été absorbé par les vêtements de la femme n'est pas mesuré. D'autres essaient de mesurer la perte de sang du post-partum en couchant la femme sur un bassin hygiénique. Ceci est extrêmement inconfortable pour la femme. Vous pouvez estimer la perte de sang en vous demandant, "Combien de bouteilles de 500 ml ce sang remplirait-il ?" On accepte généralement que toute perte de sang inférieure à 500 ml soit normale. Souvenez-vous que les évaluations de pertes de sang ne sont qu'un seul moyen d'évaluer l'état de la femme. Il est beaucoup plus important

d'examiner fréquemment la femme pendant les 6 premières heures du post-partum et d'évaluer sa perte de sang à travers les signes vitaux, la visualisation du sang au périnée et l'évaluation de la tonicité utérine.

6. Aider la femme à **uriner**.

- Essayer d'aider la femme à uriner aussitôt que possible après l'accouchement et lui expliquer qu'elle doit uriner fréquemment. Une vessie pleine peut empêcher l'utérus de se contracter correctement.
- Si la femme éprouve des difficultés à uriner, verser de l'eau tiède sur son périnée pendant qu'elle essaye d'uriner ou placer sa main dans de l'eau tiède.
- Si la femme ne peut pas uriner d'elle-même et que sa vessie est distendue, vous devrez peut-être lui mettre une sonde urinaire.

7. Respecter les règles et principes pour la prévention des infections.

8. Enregistrer la pratique de la GATPA selon les protocoles.

9. Informer la femme et son accompagnant sur ce qui va être fait et les encourager à poser des questions.

10. Surveiller étroitement la femme après l'accouchement – surveiller le saignement vaginal, le globe de sécurité et les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures du post-partum. Renouveler le massage utérin au besoin.

## Soins du nouveau-né à la naissance

### Soins immédiats au nouveau-né<sup>14</sup>

Directement après la naissance, il convient de veiller l'état du nouveau-né. L'attention accordée fait partie intégrante des soins dans le cadre d'une naissance normale, et l'OMS souligne l'importance d'une approche unifiée des soins à la mère et au bébé. Les soins immédiats consistent à :

- s'assurer que les voies respiratoires sont dégagées,
- prendre des mesures pour maintenir la température corporelle,
- clamber et couper le cordon et
- faire téter le bébé dès que possible.

#### Dégagement des voies aériennes

- Contrôler la respiration de l'enfant en le séchant.
  - S'il ne pleure pas, observer sa respiration et regarder :
    - s'il respire bien (sa poitrine se soulève) : continuer avec les soins routiniers
    - s'il ne respire pas ou suffoque (sauf s'il est mort, macéré ou souffre de malformations sévères) :
      - DEMANDER DE L'AIDE – il faut que quelqu'un prenne soin de la mère. S'il n'y a personne pour vous aider avec le bébé, il se peut que vous soyez obligé de vous occuper de l'enfant et d'assurer la prise en charge physiologique de la troisième période de l'accouchement.
      - couper rapidement le cordon et
      - installer l'enfant sur une surface ferme et chaude et
      - commencer la réanimation comme indiqué

**Eviter autant que possible de séparer la mère de l'enfant. Ne laisser à aucun moment la mère et l'enfant sans surveillance.**



### Maintien de la température du bébé/protection thermique

- Sécher immédiatement l'enfant avec soin. Lui essuyer les yeux. Jeter le linge humide. NE PAS le laisser mouillé – il se refroidirait.



**Figure 18. Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance : sécher**

- Veiller à ce que le bébé soit au chaud. Laisser l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. Couvrir le bébé et lui couvrir la tête avec un chapeau pour éviter qu'il ne se refroidisse. Si la pièce est fraîche (à moins de 25°C), utiliser une couverture supplémentaire pour couvrir l'enfant.
- Conseiller la mère :
  - Informer la maman que le bain sera retardé d'au moins 6 heures.
  - Informer la maman que la pesée du bébé sera repoussée jusqu'à ce qu'il soit stable et chaud.
  - Recommander à la mère de garder le bébé au chaud et de vérifier sa température en touchant les mains/pieds et l'abdomen pour s'assurant que toutes ces parties sont chaudes mais pas très chaudes.
  - Conseiller la mère de garder le bébé au chaud en contact peau à peau avec elle, si nécessaire.

### Clampage et section du cordon

Nouer le cordon après avoir effectué la GATPA et une fois que la maman et le bébé sont en sécurité.

- Clamper le cordon ombilical et le sectionner 2 à 3 minutes après la naissance du bébé. Le cordon doit être coupé avec des instruments stériles, soit jetables comme ceux que contient la trousse d'accouchement hygiénique, soit parfaitement décontaminés par voie de stérilisation. Cela est d'une importance capitale pour la prévention des infections.
  - Clamper le cordon ombilical une fois que les pulsations se cessent ou 2 à 3 minutes après la naissance du bébé, en prenant comme point de départ le premier des deux événements.

Le moment optimal pour couper le cordon ombilical à la naissance est imprécis. Le couper tôt permet la réanimation immédiate du nouveau-né, le couper avec retard peut faciliter la transfusion de sang entre le placenta et le bébé.

Couper précocement le cordon pourrait diminuer la transfusion de sang entre le placenta et le bébé par plus de 50 %. <sup>15</sup> Les chercheurs ont parcouru une abondante littérature et de ces publications de 1966 à 2004 il ressort que retarder (30 secondes ou plus) la section du cordon ombilical chez des nourrissons nés avant 37 semaines complètes de gestation ou à terme pourrait être bénéfique. Couper plus tardivement le cordon semble être associé avec moins de nécessité de transfusions pendant les premières quatre à six semaines de vie chez les nourrissons nés avant 37 semaines complètes de gestation.

- Comment clamber et couper le cordon :
  - Si le bébé n'a pas besoin de réanimation et que la gestion active de la troisième phase du travail est pratiquée pour prévenir l'hémorragie du post-partum, attendez 2-3 minutes jusqu'à ce que les pulsations du cordon s'arrêtent avant de couper le cordon et exécuter la traction contrôlée du cordon. **Ne pas traire le cordon en particulier vers le bébé.**
  - Placer une pince sur le cordon environ 5 cm de l'abdomen du bébé.
  - Presser le cordon sur une courte distance vers le périnée de la femme (pas vers le bébé)
  - Placer une deuxième pince sur le cordon approximativement à 2 cm de la première pince.
  - Couper le cordon entre les deux pinces, avec des ciseaux stériles ou le lame de Bistouri, en protégeant avec une compresse stérile pour prévenir une éclaboussure. Si une épisiotomie avait été pratiquée, utilisez une autre paire de ciseaux pour couper le cordon (ne pas réutiliser la même paire de ciseaux).

(Nouer le cordon après avoir réalisé la GATPA. Vérifier qu'il n'y a pas de saignement. Au besoin, renouer. Le cordon peut être noué avec des fils en coton stérilisés, des bandes élastiques stérilisés ou des clamps de Barr. Appliquer une solution antiseptique sur le cordon si telle est la recommandation/politique du centre de santé/Ministère de la Santé. Prendre soins d'appliquer l'antiseptique sur le bout et à la base du cordon.)

  - Conseiller la mère :
    - Conseiller la mère de ne pas couvrir le cordon avec la couche/serviette.
    - Recommander à la mère de ne pas y appliquer des substances nuisibles/néfastes telles que l'argile, les mélanges d'herbe, ou du beurre de karité.
    - Conseiller la mère d'utiliser un antiseptique sur le cordon si conforme aux recommandations/ politiques du Ministère de la Santé/Centre de santé (après lavage des mains avec de l'eau et du savon). En tels cas montrer à la mère comment appliquer l'antiseptique, en prenant soin de lever le cordon et d'appliquer l'antiseptique à la base du cordon ou au fond du nombril après que le cordon soit tombé.

### Soins des yeux

- Assurer les soins des yeux du nouveau-né : Appliquer les gouttes prophylactiques selon le produit disponible d'après la politique sanitaire du pays (argyrol, nitrate d'argent, tétracycline pommade ophtalmique) :
  - Tourner le bébé sur le dos.
  - Maintenir l'œil ouvert en abaissant la paupière inférieure et aussi soulevez doucement la paupière supérieure ; laisser tomber une goutte du collyre dans l'œil. Si la tétracycline pommade ophtalmique est utilisé, appliquer un ruban de la pommade le long de la face interne de la paupière inférieure.
  - Répéter la même technique pour l'autre œil.
- S'assurer que le compte-gouttes ou la pointe du tube ne touche pas l'œil.

### Administration de la Vitamine K

- Donner la Vitamine K1 (**1 mg** en IM pour le nouveau-né à terme ; **0,5 mg** pour le petit poids de naissance moins de 1500 g).

### Identification du Bébé

- Placer des étiquettes d'identification sur le poignet et la cheville du bébé.

### Allaitement Maternel

- Si la femme a choisi d'allaiter son enfant, **initier précocement l'allaitement maternel exclusif** : Encourager la mère à mettre le bébé au sein dans la première heure qui suit la naissance, avant de les transférer hors de la salle d'accouchement.



- Après la naissance, laisser l'enfant se reposer confortablement sur la poitrine de sa mère, peau contre peau.
- Aider la mère à trouver une position confortable dans la mesure du possible. Vérifier que la position et la prise du sein sont bonnes dès la première tétée. Proposer à la mère de l'aider à tout moment.



**Figure 19. Prévention des pertes thermiques au moment de la naissance : allaitement maternel**

- Conseiller la mère :
  - Conseiller la mère sur l'importance de l'allaitement précoce et de l'importance du colostrum pour son bébé qui aide à protéger le bébé contre les infections.
  - Recommander à la mère d'allaiter fréquemment et à la demande, nuit et jour.
  - Recommander spécialement à la mère de ne pas donner au bébé des aliments autres que le lait maternel y compris l'eau.

#### **Peser le bébé et enregistrer le poids**

- Repousser la pesée du bébé jusqu'à ce qu'il soit stable et chaud.
- Placer un tissu propre sur le plateau/cuvette de la balance.
- Ajuster l'aiguille à « zéro » avec le linge au dessus du plateau.
- Placer le bébé sur le tissu et pliez le tissu pour couvrir le corps du bébé.
- Noter le poids quand le bébé et le porte-bébé ne bougent pas.
- Ne JAMAIS laisser le bébé sur la balance sans surveillance.
- Noter le poids du bébé sur le partogramme et dans le registre.
- Retourner le bébé auprès de sa mère dans un contact peau à peau.

#### **Enregistrement**

- Enregistrer les principales constatations dans la partogramme/registres de la mère et du nouveau-né.

#### **Divers**

- Différer le bain d'au moins de 6 heures. Essuyer le méconium et le sang du corps du bébé mais il n'est pas nécessaire d'enlever le vernix caseosa.
- Conseiller la mère avant la sortie de la salle d'accouchement. Cependant, si elle est très fatiguée après l'accouchement préciser seulement les points clés.

**Eviter autant que possible de séparer la mère de l'enfant. Ne laisser à aucun moment la mère et l'enfant sans surveillance**

### **Etapes pour les soins immédiats du nouveau-né**

(L'ordre peut être changé en fonction des besoins locaux)

- Etape 1 Sécher et garder le nouveau-né chaud, placer sur le ventre de la mère.
- Etape 2 Evaluer la respiration. Vérifier si le bébé respire bien.  
**Si le bébé ne respire pas**, ligaturer et couper le cordon immédiatement et commencer la réanimation.
- Etape 3 **Si le bébé respire bien**, ligaturer et couper le cordon après arrêt des battements ou après 2 à 3 minutes et ligaturer le cordon après la GATPA.
- Etape 4 Mettre peau-a-peau sur la poitrine de la mère and les couvrir avec le linge.
- Etape 5 Mettre un collyre/pommade dans les yeux.
- Etape 6 Administrer la Vitamine K1.
- Etape 7 Identifier le bébé par une étiquette.
- Etape 8 Initier l'allaitement dans la première heure.  
Pour la mère infectée par le VIH le choix doit être éclairé.
- Etape 9 Peser le bébé quand il est stable
- Etape 10 Enregistrer les données dans le partogramme, les registres et dossiers.  
Différer le bain d'au moins 6 h.
- NB Nettoyer le nouveau-né de mère infectée par le VIH.  
Repousser la pesée du bébé jusqu'à ce qu'il soit stable et chaud.

### **Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de réanimation du nouveau-né**

L'accoucheur est tout seul au moment de l'accouchement dans bon nombre de formations sanitaires. Si l'accoucheur est tout seul et le bébé a besoin d'être réanimé, la prise en charge de la troisième période de l'accouchement comprendra l'administration d'un utérotonique sans effectuer la traction contrôlée du cordon :

- administrer un utérotonique (l'ocytocine est l'utérotonique du choix) ;
- encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale;
- faire un massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

Si l'accoucheur ne peut pas administrer l'utérotonique, la prise en charge de la troisième période de l'accouchement sera physiologique et comprendra les éléments suivants :

- attendre les signes de séparation du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic);
- encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale;
- la traction contrôlée du cordon ombilical n'est pas recommandée en l'absence de médicaments utérotoniques ou avant les signes de séparation du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive et une inversion utérine;
- faire un massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.



Si l'accoucheur n'est pas seul, l'accoucheur va assurer la GATPA pendant que son assistant(e) s'occupe de la réanimation du nouveau-né.

## **Gestion de la troisième période de l'accouchement en cas de VIH**

La pratique de la GATPA sera la même quelque soit le statut du VIH de la femme en travail. Néanmoins, une femme infectée par le VIH pourrait choisir de ne pas allaiter son bébé au sein, alors le prestataire devrait respecter et soutenir le choix de la femme pour l'alimentation de son enfant. En plus, les prestataires devraient assurer les gestes pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH pendant le travail, l'accouchement et le post-partum.

### **Si la mère est infectée par le VIH :**

- Ne pas aspirer la bouche et le nez du nouveau-né, sauf si c'est absolument nécessaire.
- Assurer les gestes pour la PTME selon les protocoles nationaux.
- Mettre les informations dans les registres appropriés.

## **Soins pour le nouveau-né et l'accouchée**

- Surveiller le nouveau-né et l'accouchée étroitement pendant les 6 premières heures après la délivrance du placenta.
- Faire un examen complet de la femme et de l'enfant 1 heure et 6 heures après la délivrance et avant qu'ils ne quittent l'établissement.
- Apporter des soins routiniers au nouveau-né et à la nouvelle accouchée.
- Vérifier le dossier et administrer tout traitement ou prophylaxie nécessaire.
- Conseiller la mère en matière de soins du post-partum et de nutrition.
- Lui expliquer quand consulter.
- La conseiller en matière d'espacement des naissances et de méthodes de planification familiale.
- Apprendre à la mère à s'occuper de l'enfant.
- Veiller à ce que la mère et l'enfant dorment sous une moustiquaire.
- Elaborer un plan en cas de complications pour la femme et le nouveau-né.

## Soins pendant le post-partum immédiat (0-6 heures du post-partum)

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

### Surveillance de l'accouchée

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 :

- Avant de commencer, expliquer à la femme ce que sera fait.
- Si les signes observés sont normaux, faire-en part à la femme. S'ils ne sont pas normaux, réagir immédiatement.

**Tableau 6. Surveillance dans le post-partum immédiat**

Paramètres	Fréquence	Signes d'alerte
Vérifier/surveiller : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les signes vitaux               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tension artérielle (TA)</li> <li>-Pouls</li> </ul> </li> <li>• Le saignement vaginal</li> <li>• Le globe de sécurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis</li> <li>• Toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis</li> <li>• Toutes les heures pendant 3 heures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TA diastolique <math>\geq 9</math> ; TA systolique <math>&lt; 6</math></li> <li>• Pouls rapide et filant : <math>&gt; 110</math> bts/min</li> <li>• Plus d'une serviette hygiénique souillée en 5 minutes</li> <li>• <b>Un saignement lent et continu ou la survenue soudaine d'un saignement</b></li> <li>• Utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement</li> <li>• Utérus mou/non contracté : utérus ni ferme, ni rond</li> <li>• Déchirure s'étendant jusqu'à l'anus ou au rectum</li> <li>• Sueurs ou peau moite, extrémités froides</li> <li>• Anxiété, confusion, perte de connaissance</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La température</li> <li>• La respiration</li> </ul>	Toutes les 4 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Température <math>&gt; 38^{\circ}\text{C}</math></li> <li>• Respiration extrêmement précipitée</li> <li>• Pâleur palmaire ou conjonctivale associée à 30 respirations par minute ou plus (la femme se fatigue rapidement ou a une tachypnée au repos)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vessie (aider la femme à uriner si la vessie est distendue)</li> </ul>	Une fois par heure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La femme n'arrive pas à uriner et la vessie est distendue (distension de la partie basse de l'abdomen) et cela la gêne</li> <li>• Vessie distendue et la femme est incapable d'uriner</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'allaitement au sein</li> </ul>	Une fois par heure (sans forcer le bébé à boire, toutefois)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enfant prend mal le sein</li> <li>• Allaitement pas encore mis en place</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réactions psychologiques</li> </ul>	Une fois par heure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiments négatifs envers elle-même ou le bébé</li> </ul>

- Conseiller en matière de soins et d'hygiène du post-partum.
- S'assurer que la mère a des serviettes hygiéniques ou des linges propres pour recueillir le sang vaginal.
- L'encourager à manger, à boire et à se reposer.
- S'assurer que la pièce soit chaude ( $25^{\circ}\text{C}$ ).



- Demander à l'accompagnant d'observer la femme et de demander de l'aide si le saignement ou la douleur augmente, si la mère a des sensations de vertige ou des céphalées sévères, des troubles de la vision ou une barre épigastrique.
- Enregistrer les résultats et les données dans les registres, carnets, ou dossiers appropriés.

### Surveillance du nouveau-né

Surveiller étroitement le nouveau-né en même temps que sa maman pendant les 6 premières heures après la naissance selon les indications suivantes :

**Tableau 7. Surveillance du nouveau-né**

Paramètre	Fréquence	Signes d'alerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier la respiration et la coloration</li> <li>• Vérifier la température en touchant les pieds du bébé (s'il a les <b>pieds froids</b>, vérifier sa température axillaire)</li> <li>• Examiner le cordon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis</li> <li>• Toutes les 30 minutes pendant 1 heure, puis</li> <li>• Toutes les heures pendant 3 heures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiration précipitée (plus de 60 respirations par minute)</li> <li>• Respiration lente (moins de 30 respirations par minute)</li> <li>• Tirage intercostal sévère</li> <li>• Geignement expiratoire</li> <li>• Convulsions</li> <li>• Cyanose généralisée ou pâleur</li> <li>• Extrémités cyanosées, corps rose</li> <li>• Pieds froids</li> <li>• Température &lt; 36,5°C</li> <li>• Température &gt; 38°C</li> <li>• Saignement du cordon</li> </ul>

- Essuyer les yeux.
- Appliquer un antimicrobien dans l'heure qui suit la naissance : soit des gouttes de nitrate d'argent à 1%, soit des gouttes de polyvidone iodée à 2,5%, soit encore une pommade à la tétracycline à 1%.
- NE PAS enlever l'antimicrobien en nettoyant les yeux.
- NE PAS retirer le vernix, NI donner de bain à l'enfant. NE PAS le baigner avant qu'il n'ait 6 heures.
- Continuer à le tenir au chaud, peau contre peau avec sa mère.
- Si la femme a choisi d'allaiter son enfant, NE donner NI tétines artificielles, NI aliments de préparation à l'allaitement au nouveau-né : ni eau, ni eau sucrée, ni aliments locaux.
- Repousser la pesée du bébé jusqu'à ce qu'il soit stable et chaud.



## Aide-mémoire : GATPA

### Services et soins à offrir à chaque femme...



peau contre peau avec la maman.

**1:** Poser l'enfant sur le ventre de sa mère. Le sécher soigneusement et apprécier sa respiration. Mettre le bébé

**2:** Administrer un utérotonique (10 UI d'ocytocine en IM est l'utérotonique de choix) dans la minute qui suit la naissance, après s'être assuré de l'absence d'un ou d'autres fœtus.



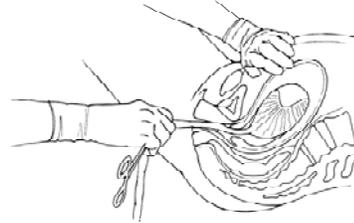
**3:** Clamper le cordon ombilical et le sectionner une fois que les pulsations cessent ou 2 à 3 minutes après la naissance du bébé, en prenant comme point de départ le premier des deux événements.



**4:** Installer le bébé sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. L'envelopper dans un linge doux et sec puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit bien couverte pour éviter qu'il ne se refroidisse.



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



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



Pendant la récupération, aider la maman à allaiter son bébé si besoin est, surveiller la femme et le bébé étroitement, masser l'utérus à travers la paroi abdominale toutes les 15 minutes pendant 2 heures pour s'assurer de sa fermeté et contrôler la quantité de pertes sanguines vaginales. Assurer les soins de la PTME au besoin.



**...lors de chaque accouchement, par chaque accoucheur qualifié.**



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**POPHHI**  
Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative



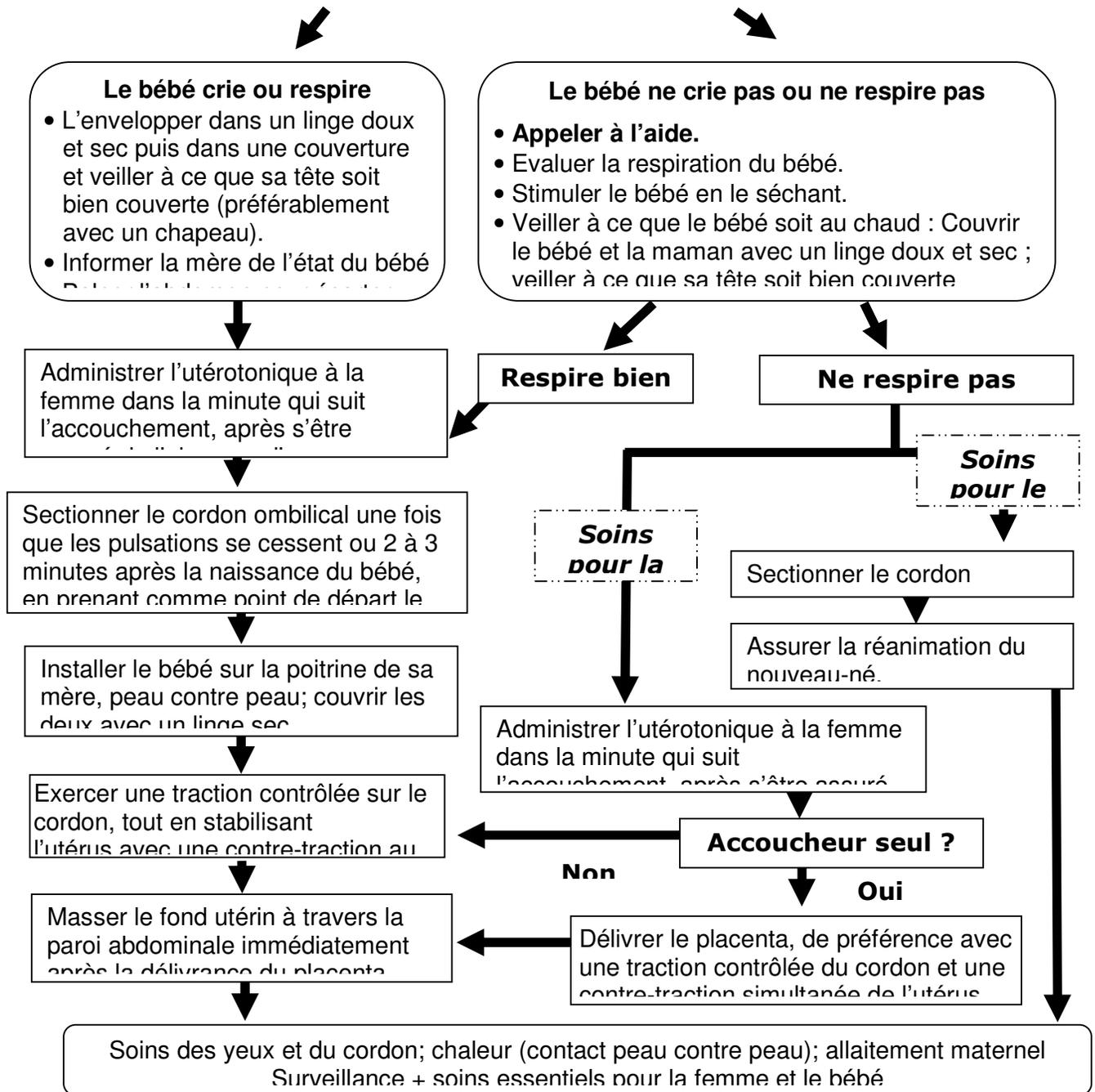
**Pan American Health Organization**  
Regional Office of the World Health Organization



# Aide-mémoire: Intégration de la GATPA et les soins essentiels du nouveau-né

- 1) Préparer l'équipement nécessaire pour la femme et le bébé avant l'accouchement; préparer la seringue avec l'utérotonique.
- 2) Dire à la femme et à la personne qui l'accompagne ce qui va être fait à son /

Poser l'enfant sur le ventre de sa mère. Le sécher soigneusement et apprécier sa respiration. Mettre le bébé peau contre peau avec la maman. Jeter le linge humide.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**POPPHI**  
Prevention of Postpartum  
Hemorrhage Initiative

**BASICS**





## Prévention des infections

### Sources :

OMS. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* Genève, OMS, 2002.<sup>14</sup>

JHPIEGO. *Les précautions universelles.* CD-ROM.<sup>16</sup>

EngenderHealth. *Cours sur ligne : La prévention des infections.*  
[www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org). Accédé le 16 août 2006.<sup>17</sup>

### Définitions pour la session

**Déchets contaminés** – Tout déchet contaminé par le sang ou le liquide organique. Ces déchets posent de risques infectieux énormes et leur manipulation correcte est nécessaire pour minimiser la transmission des infections au personnel clinique et à la communauté locale.

**Déchets non contaminés** – Tout déchet non contaminé par le sang ou le liquide organique (par exemple, le papier provenant des bureaux, boîtes). Ces déchets ne posent pas de risques infectieux et l'on peut s'en débarrasser selon les directives locales.

**Décontamination** - La première étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres articles utilisés permettant une manipulation **plus sûre** des instruments par le personnel **avant** le nettoyage. Cette étape inactive rapidement le VHB et le VIH.

**Désinfectant** - Un produit chimique qui ne tue pas obligatoirement tous les organismes, mais en réduit la présence jusqu'à un niveau suffisamment bas pour garantir la santé ou la qualité des aliments.

**Désinfection de haut niveau (DHN)** – Destruction de tous les micro-organismes y compris le VHB et le VIH, sans tuer efficacement toutes les endospores bactériennes. La DHN est la seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible. Exemples : ébullition, par vapeur, chimique.

**Nettoyage** – La deuxième étape dans le processus pour traiter les instruments et sert à réduire mécaniquement le nombre d'endospores. Pendant cette étape, les instruments sont lavés avec de l'eau et du détergent puis rincer soigneusement avec de l'eau propre. Cette étape enlève les matières organiques qui protègent les micro-organismes contre la stérilisation et la DHN et peuvent inactiver les désinfectants.

**Prévention des infections** – Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé.

**Stérilisation** - Elimination complète de toute forme de vie microbienne. La stérilisation est utilisée pour les instruments, gants, et autres articles venant en contact direct avec la voie sanguine ou les tissus sous-cutanés. Exemples : stérilisation à la vapeur (autoclave), chaleur sèche (four), stérilisation chimique.

# Revue des principes de la prévention des infections

## Prévention des infections

- La prévention des infections répond à deux objectifs principaux :
  - Prévenir les infections graves dans la prestation de services de santé.
  - Réduire le risque de transmission de maladies graves telles que l'hépatite B et le VIH/SIDA à la patiente, aux prestataires de soins et au personnel en général, y compris le personnel d'entretien.
- Les pratiques recommandées pour la prévention des infections reposent sur les principes suivants :
  - Toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection.
  - La méthode la plus sûre pour éviter la contamination croisée est de se laver les mains.
  - Mettre des gants avant de toucher quoi que ce soit de mouillé – plaies ouvertes, muqueuses, sang ou autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions).
  - Utiliser des protections (lunettes de protection, masque, bottes, bonnet et tablier) si des liquides organiques (sécrétions ou excréctions) risquent de jaillir ou de se répandre.
  - Ne recourir qu'à des pratiques sans danger – ne pas recapuchonner ou plier les aiguilles, traiter les instruments et éliminer les déchets comme il convient.

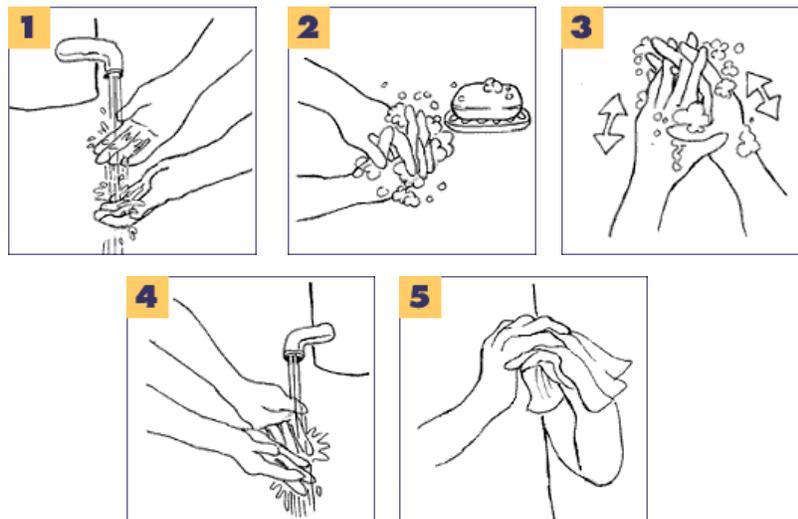
## Lavage des mains

- Frotter vigoureusement les deux mains après les avoir enduites de savon antimicrobien ou ordinaire. Frotter pendant 15 à 30 secondes puis rincer à l'eau courante sous le robinet ou en se versant de l'eau sur les mains.
- Se laver les mains :
  - immédiatement quand on arrive où on va travailler ;
  - avant et après chaque examen (ou contact direct avec la patiente) ;
  - chaque fois que les mains entrent en contact avec des matières organiques (selles, urines, liquide amniotique, sang, vomissements, etc.), même si l'on portait des gants ;
  - avant de porter et après avoir retiré les gants (gants d'examen, gants chirurgicaux ou gants de ménage) ;
  - après être allée aux toilettes ;
  - après la toilette de la femme et du bébé ;
  - après l'élimination des déchets ;
  - avant de partir à la maison.





- Etapes pour se laver les mains :
  1. Utiliser une aide.
  2. Prendre un seau d'eau et un gobelet.
  3. Enlever les bijoux des mains et des avant-bras.
  4. Demander à l'aide de verser l'eau sur les deux mains qui tiennent un savon, et sur les avant-bras.
  5. Frotter les deux mains vigoureusement l'une sur l'autre en faisant mousser le savon pendant 15 à 30 secondes.
  6. Ne pas utiliser une brosse.
  7. Demander à l'aide de verser de l'eau jusqu'à ce que le savon disparaisse.
  8. Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre sec et individuel.



## Port de gants

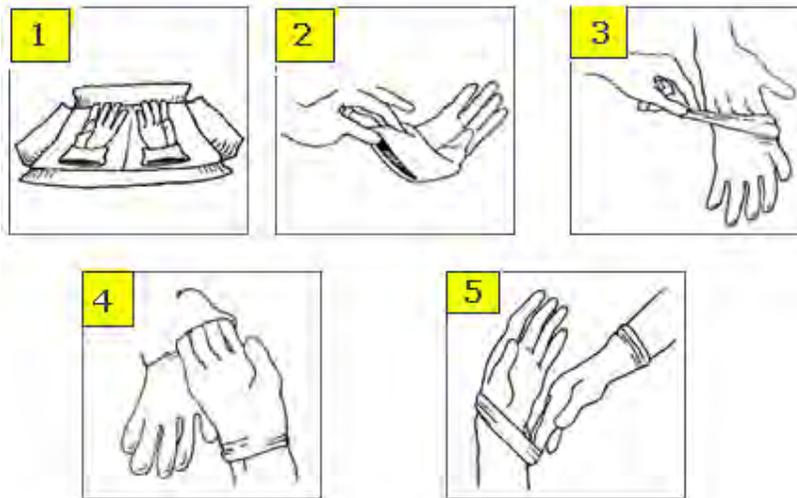
- Mettre des gants :
  - pour pratiquer une intervention;
  - pour manipuler des instruments, gants ou autres objets sales ;
  - pour jeter des déchets contaminés (coton, gaze ou pansements).
- Utiliser une paire de gants différente pour chaque patiente afin d'éviter la contamination croisée.
- Préférer les gants jetables. Si l'établissement dispose de ressources limitées, il est possible de réutiliser les gants chirurgicaux après les avoir :
  - décontaminés par trempage dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes ;
  - lavés puis rincés ;
  - stérilisés à l'autoclave (ce qui élimine tous les micro-organismes) ou soumis à une désinfection poussée à la vapeur ou à l'eau bouillante (ce qui élimine tous les micro-organismes à l'exception de certaines endospores de bactéries).

**Note :** Les gants chirurgicaux jetables ne doivent pas être réutilisés plus de trois fois car de petits trous invisibles risqueraient de se former.

Ne pas utiliser de gants craquelés, écaillés ou visiblement troués ou déchirés.

### Le port des gants

1. Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
2. Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre, sec et individuel.
3. Plier les manches des gants.
4. Placer les gants sur un endroit propre avec les paumes vers le haut.
5. Prendre le premier gant par le bord plié.
6. Tenir le bord avec une main et mettre l'autre main dans le gant.
7. Si le gant n'est pas bien mis, attendre à ce que les deux gants soient portés avant de faire l'ajustement.
8. Prendre le deuxième gant par le bord plié.
9. Tenir le bord avec la main gantée et mettre l'autre main dans le gant.
10. Faire l'ajustement afin que les deux gants soient bien portés.





## L'enlèvement des gants

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



## Vêtements de protection

### Gants chirurgicaux :

- Protègent le client contre les micro-organismes présents sur les mains du prestataire.
- Protègent les mains du prestataire de tout contact avec le sang ou d'autres liquides et tissus.

### Masques :

- Protègent les clients contre les micro-organismes rejetés en parlant, toussant et respirant.
- Protègent le nez et la bouche du prestataire contre les éclaboussures de sang et autres liquides.

### **Blouses et tabliers imperméables :**

- Protègent les clients contre les micro-organismes.
- Protègent la peau et les vêtements du prestataire de tout contact avec le sang et d'autres liquides.

### **Bonnets :**

- Protègent les clients contre les micro-organismes présents dans les cheveux et dans les desquamations provenant de la tête du prestataire.
- N'assurent aucune protection documentée au prestataire.

### **Protège œil/Visière faciale :**

- N'assure aucune protection documentée aux clients.
- Protègent les yeux du prestataire contre les éclaboussures de sang et autres liquides.

## **Manipulation d'instruments piquants ou tranchants et d'aiguilles**

### **Salle d'opération et salle de travail**

- Ne laisser ni instruments piquants ou tranchants, ni aiguilles ailleurs que dans des « zones de sécurité ».
- Prévenir les autres employés de l'établissement avant de leur faire passer des instruments piquants ou tranchants.
- Utilisez la technique des "**mains libres**" lorsque l'on utilise des objets tranchants pendant les procédures cliniques, afin d'éviter de passer directement un objet tranchant d'une personne à une autre. Pour passer un objet tranchant d'une Personne 1 à une Personne 2 :

La Personne 1 place l'instrument tranchant dans une assiette stérile ou dans une « zone sûre » désignée dans le champ stérile et indique à la Personne 2 l'emplacement de l'instrument.

La Personne 2 prend l'instrument, l'utilise et le remet dans l'assiette stérile ou dans la zone sûre.



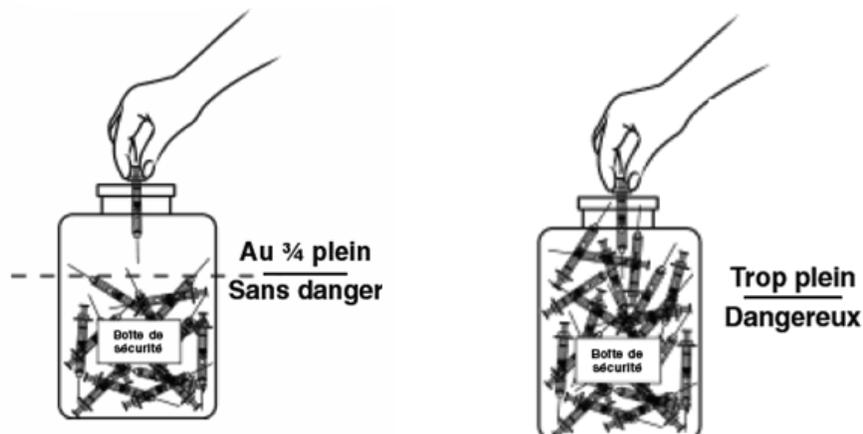


## Aiguilles et seringues hypodermiques

- Prévenir toujours votre client lorsque vous allez lui administrer une injection, afin de diminuer la possibilité d'un mouvement soudain et imprévu que peuvent causer les piqûres d'aiguilles.
- Manipuler les aiguilles hypodermiques et autres objets tranchants de manière minimale après utilisation et avec un soin extrême.
- N'utiliser chaque seringue ou aiguille qu'une seule fois.
- Ne pas recapuchonner les seringues avant de les jeter.
- Ni plier, ni couper l'aiguille avec la main après l'injection.

*La plupart des blessures causées par les seringues surviennent lorsque les agents recapuchonnent les aiguilles utilisées. Plus on manipule les seringues et les aiguilles, plus il y a des risques de se blesser.*

- Déposer la seringue utilisée dans la boîte de sécurité immédiatement après l'injection – ne pas la laisser traîner sur la table ou dans un haricot.
- Remplir la boîte de sécurité jusqu'au  $\frac{3}{4}$  environ (ou jusqu'à la ligne « Maximum » [« Full »], lorsqu'elle est imprimée sur la boîte). Ne pas mettre pas trop de seringues dans la boîte.
  - Une boîte d'une capacité de 1 litre, pour les stratégies avancées, peut contenir 20 seringues environ.
  - Une boîte d'une capacité de 5 litres peut contenir 100 seringues environ.
  - Une boîte d'une capacité de 10 litres peut contenir 200 seringues environ.



**SANS RISQUE :** Les seringues n'ont pas encore atteint la ligne « maximum » (cependant, la boîte est pratiquement pleine et devrait être détruite bientôt).

**DANGEREUX :** La boîte est trop pleine pour être utilisée sans risque (l'agent de santé pourrait être piqué par l'une des aiguilles se trouvant déjà dans la boîte).

- Une fois que la boîte de sécurité est remplie, refermez le couvercle et scellez la boîte pour éviter que les seringues ne se répandent par terre.

*Cela permet d'éviter que les agents se blessent lorsqu'ils essaient d'introduire de force des aiguilles et des seringues dans les boîtes et se piquent avec les aiguilles qui s'y trouvent déjà.*

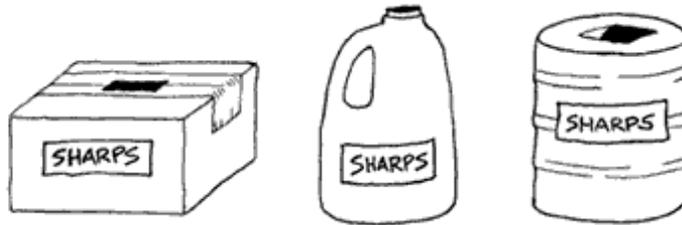
- Remplacez la boîte pleine par une boîte vide. Les boîtes de sécurité ne devraient être remplies qu'une seule fois et devraient être détruites immédiatement ou bien entreposées dans un endroit sûr et détruites le plus tôt possible.

*Cela permet d'éviter les blessures par les seringues et l'exposition au sang et aux fluides organiques qui pourraient se produire si on jetait ou si on réutilisait les boîtes.*

- Jetez les capuchons de l'aiguille, les pochettes en aluminium et les flacons vides dans un récipient prévu pour les déchets ou dans un conteneur de recyclage.

*Ne déposez pas les capuchons, les flacons vides, ou le matériel non contaminé dans une boîte de sécurité – il prendra trop de place et n'est pas contaminé par le sang.*

- Si la formation sanitaire ne dispose pas de boîtes de sécurité, jeter les aiguilles et seringues dans un récipient qui ne risque pas d'être perforé.



- Brûler les aiguilles hypodermiques pour les rendre inutilisables.
- Lorsque des aiguilles jetables ne sont pas disponibles et que l'on doit remettre le capuchon, utiliser la méthode « **à une main** » pour remettre le capuchon:<sup>18</sup>



- **Etape 1:** D'abord, placer le capuchon sur une surface dure, plate; puis retirer votre main.

- **Etape 2:** Ensuite, avec une seule main, tenir la seringue et utiliser l'aiguille pour ramasser le capuchon



- **Etape 3:** Enfin, lorsque le capuchon recouvre complètement l'aiguille, tenir l'aiguille à la base près de la garde et utiliser l'autre main pour fixer le capuchon sur l'aiguille.



## Prévention des éclaboussures de sang ou de liquide corporel

- Eviter de laisser les gants claquer lorsque vous les enlevez, car ceci peut faire que des vecteurs de contamination soient éclaboussés dans vos yeux ou votre bouche ou sur votre peau ou sur d'autres personnes alentour.
- Maintenir les instruments et autres articles sous la surface de l'eau lorsque vous les frottez et nettoyez, afin d'éviter les éclabousses.
- Mettre les objets dans le seau de décontamination sans faire éclabousser la solution.
- Eviter de rompre les membranes pendant les contractions.
- Se tenir de côté lorsque vous faites la rupture artificielle des membranes pour éviter que le liquide amniotique ne vous éclabousse directement.
- Sectionner le cordon à l'aide de ciseaux stériles en les couvrant d'une compresse de gaze pour éviter au sang de jaillir.
- Manipuler le placenta soigneusement
  - Toujours porter des gants en manipulant un placenta.
  - Garder le placenta dans un sac plastique ou autre récipient jusqu'à ce qu'il puisse être traité par incinération ou enfouissement. Le placenta ne doit pas être jeté dans une rivière ou dans une décharge ouverte.

**Avertissement:** Si du sang ou des liquides corporels entrent dans votre bouche ou touchent votre peau, lavez la partie concernée abondamment avec de l'eau et du savon aussitôt que possible et dès que les conditions de sécurité pour la femme et le bébé sont remplies. Si le sang ou les liquides corporels atteignent vos yeux, il faut les irriguer abondamment avec de l'eau.

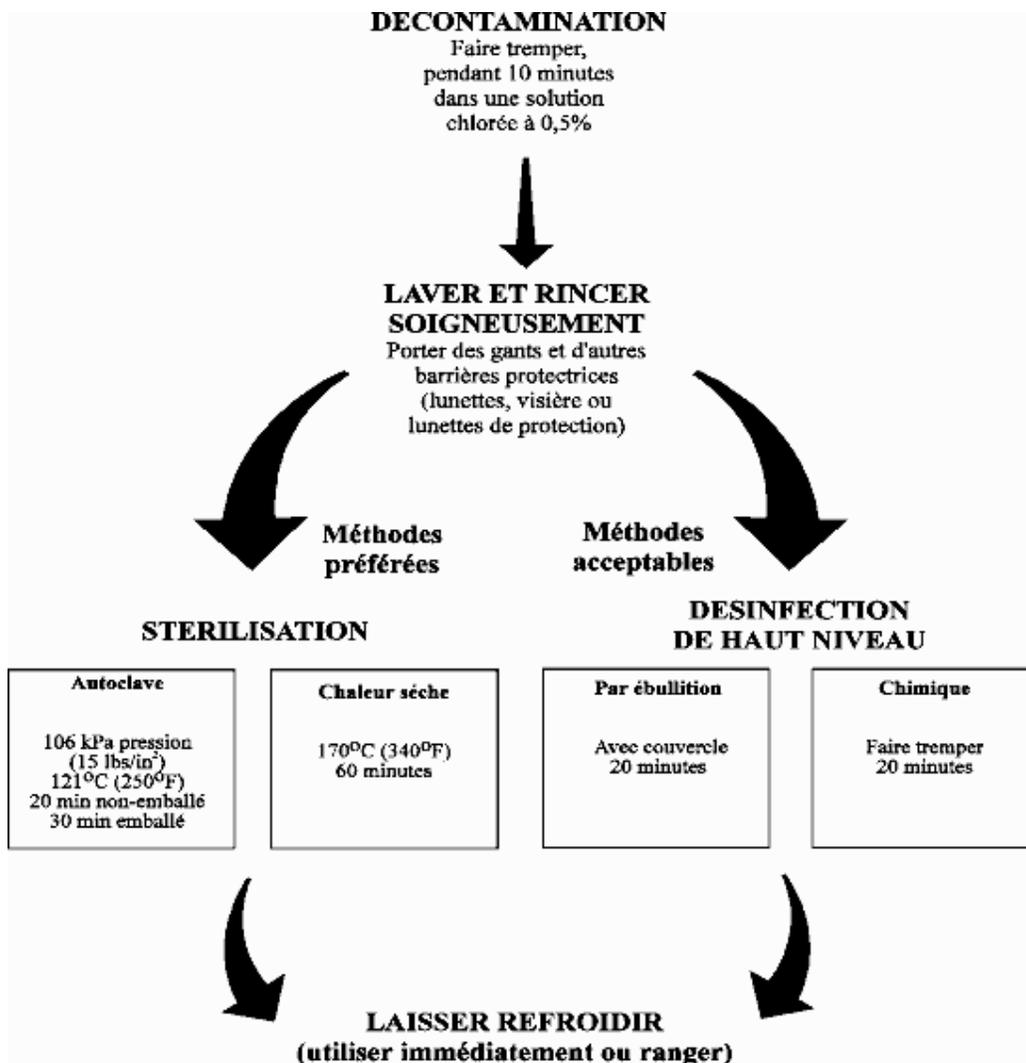
## Elimination des déchets

- L'élimination des déchets a pour objet de :
  - prévenir la propagation des infections au personnel hospitalier qui manipule les déchets ;
  - prévenir la propagation des infections à la communauté locale ;
  - protéger les personnes qui manipulent ces déchets de blessures accidentelles.
- Les déchets non contaminés (le papier utilisé dans les bureaux, les boîtes) ne comportent aucun risque d'infection. On peut les jeter conformément aux habitudes locales.
- Il est nécessaire de manipuler convenablement les déchets contaminés (objets ou matériaux souillés de sang – ou d'autres liquides organiques) pour minimiser la propagation des infections au sein du personnel hospitalier et de la communauté. Manipuler ces déchets convenablement signifie :
  - porter des gants d'entretien ;
  - transporter les déchets solides contaminés jusqu'au lieu d'enlèvement dans des récipients fermés ;
  - jeter tous les objets piquants ou tranchants dans des récipients qui ne risquent pas de se percer ;
  - verser avec précaution les déchets liquides dans des toilettes équipées de canalisations sanitaires ou de chasses d'eau ;
  - brûler ou enterrer profondément les déchets solides contaminés ;
  - se laver les mains, laver les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

## Traitement d'instruments

Source: JHPIEGO. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. Baltimore: JHPIEGO, 2003.

**Tableau 8. Etapes clés du traitement d'instruments et d'autres articles contaminés**





## Etape 1 : La décontamination

La **décontamination** permet une manutention **plus sûre** des instruments par le personnel **avant** le nettoyage. C'est la première étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres articles utilisés.

- Immédiatement après l'utilisation, placez pendant 10 minutes les instruments et autres articles dans une solution chlorée à 0,5%. Cette étape inactive rapidement le VHB et le VIH.
- Après la décontamination, les instruments devraient être rincés immédiatement avec de l'eau froide pour éviter la corrosion et pour enlever le matériel organique visible avant d'être soigneusement nettoyés.
- Les surfaces (surtout les tables d'examen) qui ont pu entrer en contact avec les liquides organiques doivent également être décontaminées. Une manière facile et peu chère de décontaminer les grandes surfaces est de passer un désinfectant adéquat tel qu'une solution chlorée à 0,5% avant la réutilisation, lorsque les surfaces sont visiblement contaminées, ou du moins une fois par jour.

### Instructions pour la préparation de solution chlorée diluée

Formule pour préparer une solution diluée à partir d'une solution concentrée

$$\text{Partes Totales (PT) (H}_2\text{O)} = \left[ \frac{\% \text{ Concentré}}{\% \text{ Dilué}} \right] - 1$$

**Exemple:** Préparer une solution diluée (0,1%) à partir d'une solution concentrée à 5%.

$$\text{Calculez PT(H}_2\text{O)} = \left[ \frac{5,0\%}{0,1\%} \right] - 1 = 50 - 1 = 49$$

**Solution :** Si vous avez une solution du chlore concentrée à 5%, pour préparer une solution diluée (0,1%) : Prenez **1 part de la solution concentrée** et ajoutez à **49 parts d'eau propre** (filtrée si nécessaire).

Formule pour préparer des solutions libérant du chlore à partir de poudres sèches

$$\text{Grammes/litre} = \left[ \frac{\% \text{ Dilué}}{\% \text{ Concentré}} \right] \times 1000$$

**Exemple:** Préparer une solution diluée libérant du chlore (0,5%) à partir d'une poudre concentrée (35%).

$$\text{Calculez grammes/litres} = \left[ \frac{0,5\%}{35\%} \right] \times 1000 = 14,2 \text{ g/l}$$

**Solution :** Ajoutez **14,2 grammes** ( $\approx 14$  g) à **1 litre d'eau**.

Le tableau 9 donne des recommandations pour la proportion d'eau et de chlore nécessaire pour avoir une solution de décontamination.

**Tableau 9. Comment préparer la solution de décontamination (solution chlorée à 0,5%)<sup>19</sup>**

Type ou marque (par pays)	% ou grammes de chlore	Proportion eau : Chlore = Solution à 0,5%
<b>Chlore liquide (Solution : Hypochlorite de Sodium)</b>		
8 ° Chlorum*	2.4%	Chlore: 10 ml + Eau: 40 ml 1 part de chlore + 4 parts d'eau
JIK (Kenya, Zambie), Robin Bleach (Népal)	3.5%	Chlore: 10 ml + Eau: 60 ml 1 part de chlore + 6 parts d'eau
12 ° Chlorum	3.6%	Chlore: 10 ml + Eau: 60 ml 1 part de chlore + 6 parts d'eau
Household bleach (Indonesie, USA), ACE (Turquie), Eau de Javel (France)	5%	Chlore: 10 ml + Eau: 90 ml 1 part de chlore + 9 parts d'eau
15 ° Chlorum, Lejia (Pérou), Blanquedor, Cloro (Mexico)	6%	Chlore: 10 ml + Eau: 110 ml 1 part de chlore + 11 parts d'eau
Lavandina (Bolivie)	8%	Chlore: 10 ml + Eau: 150 ml 1 part de chlore + 15 parts d'eau
Chloros (Royaume Uni - UK)	10%	Chlore: 10 ml + Eau: 190 ml 1 part de chlore + 19 parts d'eau
Chloros (UK), Extrait de Javel (France), 48 ° Chlorum	15%	Chlore: 10 ml + Eau: 290 ml 1 part de chlore + 29 parts d'eau
<b>Poudres secs</b>		
Hypochlorite de calcium	70%	7.1 grams per liter
Hypochlorite de calcium	35%	14.2 grams per liter
Dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC)	60%	8.3 grams per liter
<b>Comprimés</b>		
Comprimés de chloramine*	1 gramme de chlore par comprimé	20 grammes par litre (20 comprimés par litre)
Comprimés de dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC)	1,5 grammes de chlore par comprimé	4 comprimés par litre

\*La chloramine relâche la chlore beaucoup plus lentement que la hypochlorite. Le comprimé de chloramine devrait alors être complétement dissous avant de s'en servir.



## Etape 2 : Le nettoyage des instruments et autres articles

**Le nettoyage** est la deuxième étape dans le traitement d'instruments chirurgicaux et autres articles utilisés. Il est important car :

- C'est la manière la plus efficace de diminuer le nombre de micro-organismes sur les instruments et le matériel salis. (Cela réduit jusqu'à 80% de micro-organismes contaminant.)
- Ni les procédures de stérilisation ni la désinfection de haut niveau ne sont efficaces sans nettoyage préalable.

Le nettoyage est également la meilleure manière de diminuer le nombre d'endospores qui causent le tétanos et la gangrène. Si le matériel de stérilisation n'est pas disponible, un nettoyage soigné est la **seule** manière de diminuer efficacement le nombre d'endospores.

## Etape 3 : La stérilisation ou la désinfection de haut niveau des instruments et autres articles

La classification des instruments en diverses catégories de risque facilite le choix des moyens en matière de désinfection des instruments. Cette classification se base sur la connaissance de la pathogénèse des infections transmises par les instruments. Lorsque des instruments contaminés entrent en contact avec des tissus ou des cavités normalement stériles, le risque d'infection est élevé. Par contre, lorsque le même instrument contaminé entre en contact avec une peau intacte, le risque est pratiquement nul. Cette différence dans le risque infectieux selon le domaine d'utilisation de l'instrument a conduit à classer les instruments en catégories de risque. Ces catégories ainsi que les exigences correspondantes en termes de désinfection sont décrites dans le tableau 10. Les instruments « critiques » doivent être stérilisés. Les exceptions à cette règle doivent être très rares et nécessitent l'utilisation de moyens de désinfection de haut niveau.

**Tableau 10. Classification des instruments en catégorie de risque**

Catégorie	Description	Exigences de désinfection / stérilisation
Instruments critiques	Risque élevé d'infection par des instruments contaminés. Utilisation des instruments dans des sites anatomiques normalement stériles (organes, cavités, système vasculaire). Exemple : aiguilles, scalpels, implants, ciseaux, pinces	Stérilisation (peu d'exceptions : désinfection de haut niveau)
Instruments semi-critiques	Risque moins élevé d'infection. Instruments entrant en contact avec les muqueuses ou de la peau non intacte. Exemple : endoscope, tube endotrachéal, spéculum	Désinfection de haut niveau ; pour certains instruments, la stérilisation est plus simple
Instruments non critiques	Risque d'infection réduit. Contact direct avec de la peau intacte. Exemple : masques, manchettes à pression, électrodes d'ECG	Nettoyage (eau, détergent). Désinfection de bas niveau lors de contamination par des liquides biologiques

**La stérilisation** est une opération permettant d'éliminer, de tuer ou d'inactiver les micro-organismes, les endospores bactériennes et les virus portés par les milieux inertes contaminés (ex: les instruments). Le résultat de l'opération est durable avec la matière traitée conditionnée jusqu'à l'ouverture du conditionnement. Il existe divers procédés de stérilisation, en voici quelques exemples :

- Stérilisation à la vapeur pressurisée (autoclave)
- Stérilisation à la chaleur sèche (four)
- Stérilisation chimique

**La désinfection de haut niveau** est une opération permettant de détruire tous les micro-organismes, y compris le VHB et le VIH, sans tuer efficacement toutes les endospores bactériennes. La DHN est la seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible. Elle est utilisée en cas d'impossibilité d'appliquer un procédé de stérilisation et s'il n'existe pas de dispositif à usage unique stérile. Il existe divers procédés de désinfection de haut niveau, en voici quelques exemples :

- Désinfection de haut niveau en faisant bouillir
- Désinfection de haut niveau à la vapeur
- Désinfection chimique de haut niveau



## Préparation d'un plan d'accouchement

### Source :

Adapté de JHPIEGO/MNH. *Birth Preparedness and Complication Readiness*. Baltimore, MD: JHPIEGO/MNH, 2001.<sup>20</sup>

### Définitions pour la session

**Plan d'accouchement** – Un plan d'action pour se préparer à l'accouchement et la naissance du bébé.

**Plan en cas de complications** – Un plan d'action pour reconnaître les signes de danger et réagir en conséquence.

**Signe de danger** – Un signe ou symptôme indiquant que la femme ou le nouveau-né ait un problème de santé et doit se rendre à une infrastructure sanitaire le plus tôt possible.

### Introduction

Le drame lié à l'accouchement est une réalité encore dans la plupart des pays en voie de développement. Un diton tanzanien dit « je vais de l'autre côté de l'océan pour chercher un enfant. Le voyage est long et je ne suis pas sûre de revenir » Cette triste déclaration des femmes au moment de leur accouchement devra nous inciter d'avantage à faire en sorte que l'accouchement soit un acte propre et sur à travers la préparation d'un plan impliquant l'ensemble des parties prenantes (prestataires, relais communautaires, communautés, familles, et femmes enceintes).

Puisque toute grossesse présente des risques, les prestataires doivent travailler avec toutes les femmes enceintes et leurs familles pour élaborer un plan d'accouchement. Ce plan permettra à la femme de recevoir à temps des soins de qualité, que ce soit pendant la grossesse, au cours de travail, d'un accouchement normal ou compliqué.

### Le plan pour l'accouchement

Les retards de la reconnaissance des signes de danger, de la prise de décision d'évacuation à la structure sanitaire appropriée et de la réception de soins de qualité dans les temps sont responsables de nombreux décès maternels. Une solution est de travailler en partenariat avec les femmes enceintes et leurs familles pour élaborer un plan d'accouchement.

Le **plan d'accouchement** est un plan d'action pour se préparer à l'accouchement et la naissance du bébé. Ce plan est réalisé suite à des discussions entre la femme, les membres de sa famille et le prestataire de soins de santé. Il n'est pas nécessaire que le plan soit un document écrit. Ce n'est généralement pas le cas. Il s'agit plutôt d'une discussion suivie entre toutes les parties concernées pour s'assurer que la femme recevra les soins appropriés en temps voulu.

Mettre au point un plan d'accouchement en ayant des échanges avec la femme, son partenaire et sa famille sur les sujets suivants :

- Accouchement dans un établissement de santé  
Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé :

- Des complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement – elles ne sont pas toujours prévisibles.
- Un établissement de santé dispose de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent, si nécessaire, de fournir les meilleurs soins possibles. En outre, il est doté d'un système d'évacuation.
- Expliquer quelles dispositions il faut prendre.  
Passer en revue avec la patiente les points à régler :
  - comment elle se rendra sur place, et si elle aura besoin d'emprunter un moyen de transport payant pour s'y rendre ;
  - combien cela lui coûtera d'accoucher à l'établissement de santé, et comment elle va payer ;
  - si elle peut économiser dès le présent pour faire face à ces dépenses ;
  - qui l'accompagnera et la soutiendra pendant le travail et l'accouchement ;
  - qui s'occupera de sa maison et de ses enfants pendant son absence.
- Lui indiquer quand se présenter à l'établissement de santé :
  - Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail.
  - Si elle habite loin, il faut qu'elle parte deux à trois semaines avant la date d'accouchement prévue et séjourne soit dans un foyer d'accueil pour les femmes en fin de grossesse, soit en compagnie de sa famille ou d'amis, à proximité de l'établissement.
  - Lui recommander de demander l'aide de la communauté, si nécessaire.
- Expliquer à la patiente ce qu'il faut amener :
  - Le carnet de CPN/fiche personnel ;
  - Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant ;
  - Des linges propres supplémentaires qui serviront de protections périodiques après l'accouchement ;
  - Des vêtements pour elle et pour l'enfant ;
  - Savon, seau, alèze, eau de javel.
- Expliquer quels sont les signes d'entrée en travail.  
Recommander à la patiente de se rendre à l'établissement de santé ou de contacter une accoucheuse qualifiée si l'un des signes suivants se présente :
  - pertes vaginales sanglantes et gluantes ;
  - douleurs abdominales irradiants vers le dos ;
  - contractions douloureuses toutes les 20 minutes ou moins ;
  - rupture de la poche des eaux.

## Pourquoi les femmes meurent-elles?

Les facteurs qui empêchent les femmes de recevoir les soins dont elles ont besoin pour éviter de mettre leur vie en danger sont les suivants :

- L'inaccessibilité géographique ;
- Un coût inabordable des soins (les frais directs pour les soins médicaux, le transport, les médicaments, etc.) ;
- Les charges multiples des femmes ;
- L'impossibilité des femmes à prendre des décisions au sein de la famille ;
- Une mauvaise qualité des soins, un mauvais accueil ou un mauvais traitement des femmes par les prestataires, ne les encouragent pas à se rendre au centre pour se faire soigner.

Ces facteurs se traduisent par les retards suivants :

- **Retard à reconnaître le problème :** Quand une femme est en danger, elle doit d'abord reconnaître les signes d'alerte témoignant d'une complication. Si les femmes



enceintes, leurs familles et les femmes qui prennent soins d'elles ne sont pas aptes à reconnaître les signes de danger, ils ne sauront pas décider du moment propice pour aller chez un prestataire qualifié.

- **Retard à l'accès au centre de soins :** Quand une femme présente une complication, elle doit avec sa famille prendre la décision d'aller chez un prestataire qualifié. Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur de la famille. Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente. Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peuvent aboutir à un décès si une urgence survient pendant l'absence du décideur principal.
- **Retard à l'arrivée de la structure appropriée :** Une fois la décision prise, la famille doit trouver un moyen de transport pour emmener la femme à une structure sanitaire. Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires.

De plus, il existe dans certains cas, une réticence de la part des prestataires à référer une femme au niveau supérieur. Quand un prestataire essaie de prendre une femme en charge alors qu'il n'en est pas compétent, il met la vie de la femme en danger.

- **Retard à recevoir des soins de qualité :** Une fois arrivée à la structure appropriée, elle doit recevoir des soins de qualité.

## Signes de danger

Nous savons que 15% des femmes enceintes vont développer une complication pendant la grossesse, le travail, l'expulsion ou lors du post-partum, et que 1 à 2% d'entre elles vont mourir. L'évidence montre qu'il est presque impossible de prévoir quelle femme présentera une complication. Il est donc extrêmement important de travailler en collaboration avec les femmes pour qu'elles soient en mesure de reconnaître les complications et d'établir un plan d'action, au cas où cette situation surviendrait. Une telle préparation pourrait sauver la vie de beaucoup de femmes et leur permettre d'arriver plus tôt sur les lieux d'accouchements où elles peuvent recevoir les soins de santé nécessaires, dans des services compétents.

Les membres de la famille et les relais communautaires doivent savoir reconnaître les signes de danger. Beaucoup de temps pourrait être gagné si les membres des familles pouvaient reconnaître une anomalie et identifier le moment opportun pour envoyer la femme au centre de soins en s'assurant des arrangements de transport. Dans le cadre de l'hémorragie du post-partum, le décès peut avoir lieu en deux heures, par conséquent, c'est le temps épargné par la préparation du plan qui peut faire la différence entre la survie et la mort de la femme.

### Signes de danger chez la femme enceinte

Recommander à la femme de se rendre immédiatement à l'hôpital/au centre de santé, de jour comme de nuit, SANS ATTENDRE, si l'un des signes suivants se présente :

- saignement vaginal ;
- convulsions ;
- céphalées sévères associées à une vision floue ;
- fièvre et trop grande faiblesse pour quitter le lit ;
- douleur abdominale intense ;
- respiration rapide ou difficile.

Il faut que la patiente se rende au centre de santé le plus vite possible, si l'un des signes suivants se présente :

- fièvre ;
- douleur abdominale ;
- elle se sent malade ;
- elle a les doigts, le visage et les jambes enflés.

### **Signes de danger dans le post-partum**

Recommander à la patiente de se rendre immédiatement à l'hôpital ou au centre de santé, de jour comme de nuit, SANS ATTENDRE si l'un des signes suivants se présente :

- saignement vaginal : plus de 2 ou 3 garnitures souillées en 20 ou 30 minutes, après l'accouchement OU le saignement augmente au lieu de diminuer après l'accouchement ;
- convulsions ;
- respiration rapide ou difficile ;
- fièvre et patiente trop faible pour quitter le lit ;
- douleur abdominale intense.

Se rendre au centre de santé le plus rapidement possible si l'un des signes suivants se présente :

- fièvre ;
- douleur abdominale ;
- la patiente se sent mal ;
- seins gonflés, rouges ou sensibles, ou mamelon douloureux ;
- miction goutte-à-goutte ou douloureuse ;
- douleur périnéale ou écoulement purulent ;
- lochies fétides.

### **Signes de danger chez le nouveau-né**

Recommander à la patiente de se rendre immédiatement à l'hôpital ou au centre de santé, de jour comme de nuit, SANS ATTENDRE si l'enfant:

- a des convulsions ;
- présente une difficulté respiratoire ;
- a du mal à s'alimenter ou s'alimente moins de cinq fois en 24 heures ;
- a de la fièvre ou est froid ;
- présente un saignement ;
- présente une conjonctivite purulente ;
- a de la diarrhée ;
- est très petit à la naissance ;
- ne s'alimente pas du tout ;
- a des pustules ;
- présente un ictère ;
- a un ombilic rouge ou purulent.

## **Préparer un plan pour les complications éventuelles**

Il est important d'impliquer autant que possible les membres de la famille dans l'élaboration d'un plan pour les complications éventuelles. Si la femme seule est impliquée, elle sera moins encline à mettre le plan en « marche » lorsqu'elle présentera une complication.

### **• Etablir un plan pour épargner à cet effet**

Il faut encourager la famille à épargner pour que les fonds nécessaires soient disponibles pour les soins d'urgence. Au fil des consultations avec la femme, évaluer les besoins financiers, les ressources nécessaires pour répondre à ces besoins et les méthodes pour accéder à ces fonds. Il faut s'assurer que les fonds soient suffisants et disponibles avant le début du travail.



- **Etablir un plan pour la prise de décisions en cas d'urgence qui puisse survenir en l'absence du décideur principal**

Dans beaucoup de cultures, une personne spécifique est désignée pour être le principal décideur dans chaque famille. Trop souvent, d'autres membres de la famille ne se sentent pas autorisés à prendre des décisions si cette personne est absente. Cette absence d'autorisation et l'impossibilité à prendre une décision peut aboutir à un décès si une urgence survient en l'absence du décideur principal. Il est important de discuter de la question pour savoir comment la famille peut prendre des décisions urgentes sans perturber ou offenser les valeurs culturelles. Dans la mesure du possible, il faut déterminer quel membre de la famille serait en mesure de prendre une décision en l'absence du décideur principal.

- **Prendre les dispositions pour un système de transport en cas d'urgence**

Trop de femmes meurent parce qu'elles souffrent de complications graves pendant la grossesse, l'accouchement ou la période du post-partum, et qu'elles ne peuvent accéder à un moyen de transport qui puisse les emmener dans les centres de soins où se trouvent des prestataires compétents et qui soient en mesure de leur assurer les soins nécessaires. Chaque famille devrait avoir un plan pour transporter la femme si elle présente des complications et si elle a besoin d'être référée à un niveau supérieur de soins de santé. Il faut préparer ce plan dès le début de la grossesse et il devrait inclure les éléments suivants:

- où la femme devrait se rendre si elle souffre d'une complication ;
- comment accéder au prochain niveau de soins en cas d'urgence ;
- quel membre de la famille devrait l'accompagner ;
- comment acquérir les fonds nécessaires en cas d'urgence.

- **Prendre les dispositions pour un donneur de sang**

Un problème majeur dans beaucoup de structures est que malgré le fait que tout le nécessaire pour faire une transfusion soit disponible, il y a un manque chronique de sang. Un autre problème est naturellement l'approvisionnement en sang qui ne soit pas « à risque » pour la femme lors de la transfusion (sang non contaminé, non infecté ...). Les femmes présentent un risque élevé de développer une infection par transmission sanguine dans la mesure où la naissance et les complications obstétricales potentielles sont vectrices de déperditions sanguines importantes. Pour ces deux raisons il est extrêmement important que la femme désigne des donneurs de sang qui soient disponibles au cas d'urgence aussi bien au cours de la grossesse, du travail, ou de l'expulsion qu'au cours du post-partum immédiat.





## Prise en charge initiale des complications obstétricales

### Source :

OMS. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* Genève: OMS, 2003.<sup>14</sup>

### Définitions pour la session

**Etat du choc** – Souffrance cellulaire dû au déficit d'apport en oxygène à la cellule. Cette situation provoque un réflexe de préservation des fonctions vitales :

- Le corps concentre le sang vers l'intérieur du corps, afin d'irriguer les organes importants (cœur, poumons, cerveau) et de limiter les pertes de chaleur ; il y a donc une vasoconstriction au niveau de la peau (les vaisseaux sanguins périphériques se ferment).
- Le rythme cardiaque et le rythme respiratoire s'accroissent afin d'améliorer l'afflux d'oxygène vers les organes importants.

### Prise en charge initiale d'une urgence obstétricale

**Si la femme souffre d'une complication obstétricale quelconque :**

1. **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.  
*Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.*
2. Faire une évaluation rapide de l'état général de la femme, en particulier des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).  
*Ceci permet de déterminer l'état au début du traitement, de choisir le traitement correct et de suivre le progrès du traitement.*
3. Si l'état de la femme **évoque un choc**, commencer immédiatement le traitement. Même si la femme ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si **un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.
4. Installer une voie veineuse, faire un prélèvement de sang, et commencer à perfuser (sérum physiologique, Ringer lactate).  
*Ceci assure la présence d'une voie veineuse en cas de besoin d'une perfusion de liquides ou de médicaments.*
5. Référer au centre spécialisé sans délai.

## Choc

Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux. C'est **une affection qui met en danger le pronostic vital** et qui nécessite un **traitement immédiat et intensif**.

**Redouter ou s'attendre à un choc** si la femme présente au moins un des signes suivants :

- saignement en fin de grossesse ou pendant le travail (placenta prævia, hématome rétroplacentaire, rupture utérine, par exemple) ;
- saignement après l'accouchement (rupture utérine, atonie utérine, lésions traumatiques des voies génitales, rétention placentaire partielle ou complète, par exemple) ;
- trauma (rupture utérine, lésions traumatiques des voies génitales, par exemple).

### **Symptômes et signes cliniques du choc**

Diagnostiquer un choc si la femme présente les symptômes ou signes cliniques suivants :

- pouls rapide et filant (110 btts/min ou plus) ;
- tension artérielle basse (TA systolique inférieure à 90 mm Hg).

Il existe d'autres symptômes et signes cliniques de choc tels que :

- pâleur (en particulier des conjonctives, de la paume des mains et du contour de la bouche) ;
- sueurs ou peau moite, extrémités froides ;
- respiration rapide (30 respirations par minute ou plus) ;
- anxiété, confusion, perte de connaissance ;
- débit urinaire très faible (inférieur à 30 ml/h).

### **Prise en charge du choc**

#### **Prise en charge dans l'immédiat**

1. **APPELER A L'AIDE.** Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.

*Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.*

2. Surveiller les signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).

*Ceci permet de déterminer l'état au début du traitement, de choisir le traitement correct et de suivre le progrès du traitement.*

3. Tourner la femme sur le côté afin de limiter le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.

*Ceci limitera le risque d'inhalation en cas de vomissement et de garantir le dégagement des voies aériennes.*

4. Eviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer car cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.

*Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire à entretenir une bonne irrigation des organes vitaux ; si la femme se surchauffe, cela accroît la circulation périphérique et réduit l'apport de sang aux organes vitaux.*

5. Surélever les jambes de la femme afin de permettre au sang de retourner vers le cœur (si possible, surélever les pieds du lit).

*Ceci permet au sang de retourner vers les organes vitaux – le cœur et le cerveau.*



6. Installer une voie veineuse (si possible, deux) en utilisant un cathéter ou une aiguille de gros calibre (d'un diamètre de 16 G ou du plus grand diamètre disponible).

*Une voie sera pour assurer une perfusion rapide et l'autre voie sera pour administrer des médicaments, tels que l'ocytocine.*

7. Faire un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.

**Le prélèvement de sang** aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion sanguine éventuelle

8. Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes, pour commencer.

Ceci remplace le liquide perdu.

**Note :** Eviter d'utiliser des succédanés du plasma (par exemple, du dextran). En effet, il n'est pas prouvé qu'ils soient plus efficaces que le sérum physiologique pour ranimer une femme en état de choc et, à forte dose, le dextran peut être nocif.

Administrer au moins 2 l de solution pendant la première heure, ce qui est supérieur aux quantités de liquides de remplissage vasculaire indiquées pour compenser les pertes de sang en cours.

**Note :** Pour traiter un choc résultant d'une hémorragie, il est nécessaire de perfuser à un débit plus important afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu.

**Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.**

S'il est **impossible de mettre en place une voie veineuse**, faire une dénudation veineuse.

9. Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire.
10. Si l'oxygène est disponible, administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale.

*Ceci améliore l'oxygénation des organes vitaux au moment où le système circulatoire est incapable d'entretenir une bonne irrigation des organes vitaux.*

11. Déterminer et traiter la cause du choc une fois que la patiente est stabilisée.
12. Continuer à surveiller les signes vitaux toutes les 15 minutes.

**Réévaluation**

- Au bout de 30 minutes, réexaminer la patiente pour voir si la perfusion lui a été bénéfique. Les signes d'amélioration sont notamment :
  - une stabilisation du pouls (à 90 btts/min ou moins) ;
  - une hausse de la tension artérielle (TA systolique de 100 mm Hg ou plus) ;
  - une amélioration de l'état mental (apaisement) ;
  - une augmentation du débit urinaire (30 ml/h ou plus).
- Si l'état de la patiente s'améliore :
  - abaisser le débit de la perfusion à 1 l en 6 h ;
  - continuer à traiter la cause du choc.

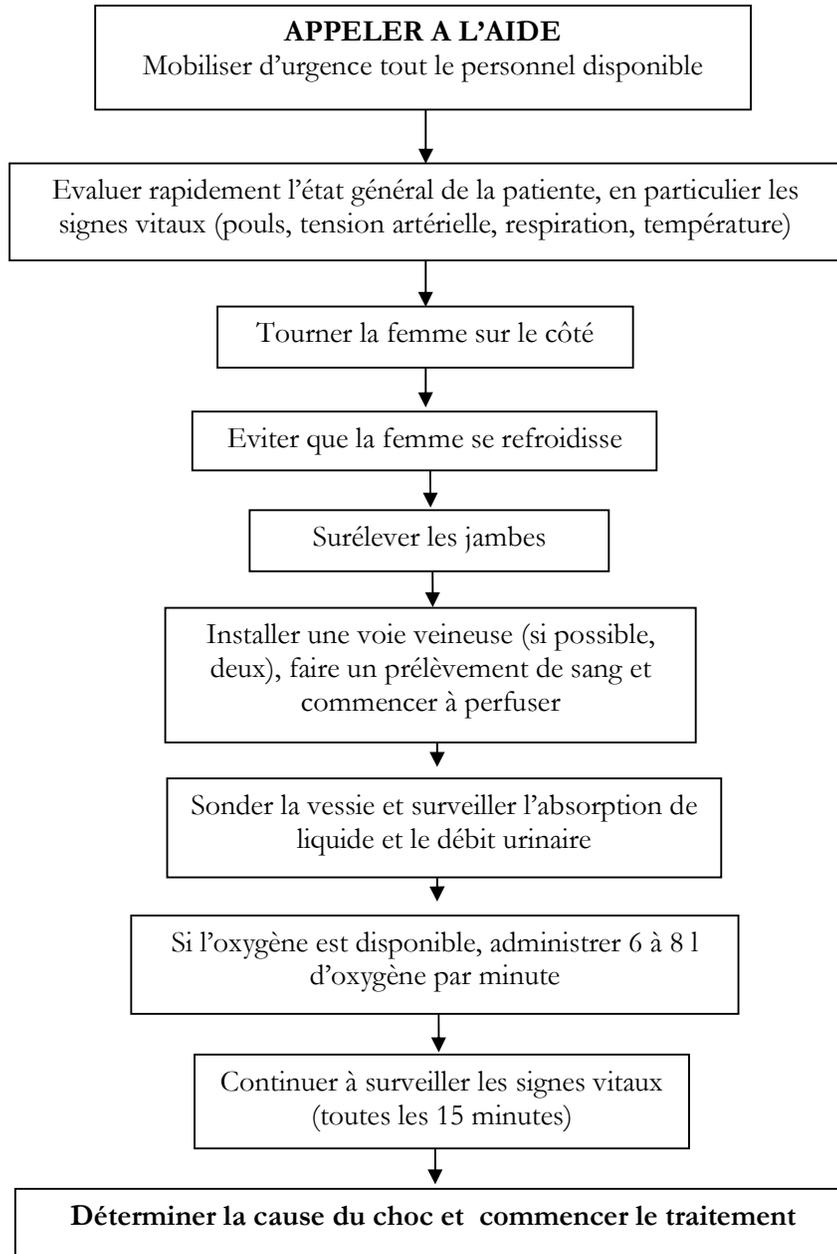
- Si **l'état de la patiente ne s'améliore ni ne se stabilise**, une prise en charge complémentaire s'impose (voir ci-dessous).

***Prise en charge complémentaire***

- Maintenir la perfusion en abaissant le débit à 1 l en 6 h et continuer à administrer 6 à 8 l d'oxygène par minute.
- Surveiller attentivement la patiente.
- Faire des analyses biologiques, notamment un dosage de l'hématocrite, un groupage sanguin et une recherche de facteur Rhésus ainsi qu'un test de compatibilité. Si l'établissement dispose du nécessaire, faire un ionogramme et mesurer la créatininémie et le pH sanguin.



## Aide-mémoire : Prise en charge du choc





## Prise en charge immédiate de l'HPP

Dans chaque maternité, il est recommandé de décrire les modalités de prise en charge des HPP dans un protocole adapté aux conditions locales d'exercice et régulièrement réactualisé.

Pour pouvoir instituer rapidement un traitement, il est nécessaire de pouvoir **reconnaître immédiatement le problème** et **d'agir rapidement**. Quand une femme saigne après l'accouchement, tout le personnel devrait être mobilisé et la prise en charge générale assurée immédiatement. Les étapes à suivre pour la **PEC générale** vont à la fois aider avec le diagnostic de la cause de l'HPP (rechercher une atonie utérine, une vessie distendue, une rétention placentaire et une déchirure des parties génitales) et assurer les premiers soins (massage utérin, administration de l'ocytocine, installation d'une voie veineuse et perfusion et vider la vessie).

---

### Un saignement lent et continu ou la survenue soudaine d'un saignement constituent une urgence. Intervenir rapidement et efficacement.

---

#### Prise en charge générale

1. **APPELER A L'AIDE**. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible.

*Ceci est nécessaire car il y a beaucoup de gestes à accomplir.*

2. Evaluer rapidement l'état général de la patiente, en particulier les **signes vitaux** (pouls, tension artérielle, respiration, température).

*L'évaluation de l'état général aide le personnel à décider si la femme a besoin d'un traitement pour le choc et donne des informations de base pour pouvoir évaluer le traitement installé.*

3. Si **l'état de la patiente évoque un choc**, commencer immédiatement le traitement. Même si la patiente ne présente pas de signe de choc, poursuivre l'examen en gardant cette éventualité à l'esprit, car son état peut se détériorer rapidement. Si **un choc survient**, il est important de commencer le traitement immédiatement.

4. **Masser l'utérus** pour expulser le sang et les caillots. Les caillots de sang retenus dans l'utérus inhibent les contractions utérines, qui sont par conséquent moins efficaces.

*Le massage utérin aide le prestataire à vérifier si l'utérus est atone, expulse le sang ou les caillots qui peuvent prévenir la contraction utérine et stimule les contractions utérines. Ne pas oublier que la cause principale de l'HPP est l'atonie utérine.*

5. Administrer **10 unités d'ocytocine** en IM.

*L'administration de l'ocytocine assure le commencement précoce d'un traitement pour l'atonie utérine (la cause principale de l'HPP).*

6. **Installer une voie veineuse** et commencer à perfuser.

*L'installation d'une voie veineuse prévient ou traite un choc en remplaçant le liquide perdu.*

7. **Faire un prélèvement de sang** pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la femme (voir plus bas), juste avant de commencer à perfuser.



**Le prélèvement de sang** aide à déterminer l'état de la femme et faciliterait une transfusion sanguine éventuelle

8. Aider la femme à **vider sa vessie**. Si elle n'en est pas capable et sa vessie est distendue, sonder la vessie.

*Une vessie pleine déplace l'utérus et peut empêcher ou gêner la contraction utérine. L'examen de la vessie : (1) aide à déterminer si une vessie distendue est la cause de l'atonie utérine et (2) prévient une atonie utérine en assurant que la vessie reste vide.*

9. **Vérifier si le placenta** a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.

*L'examen du placenta aide à déterminer si une rétention placentaire est la cause des saignements.*

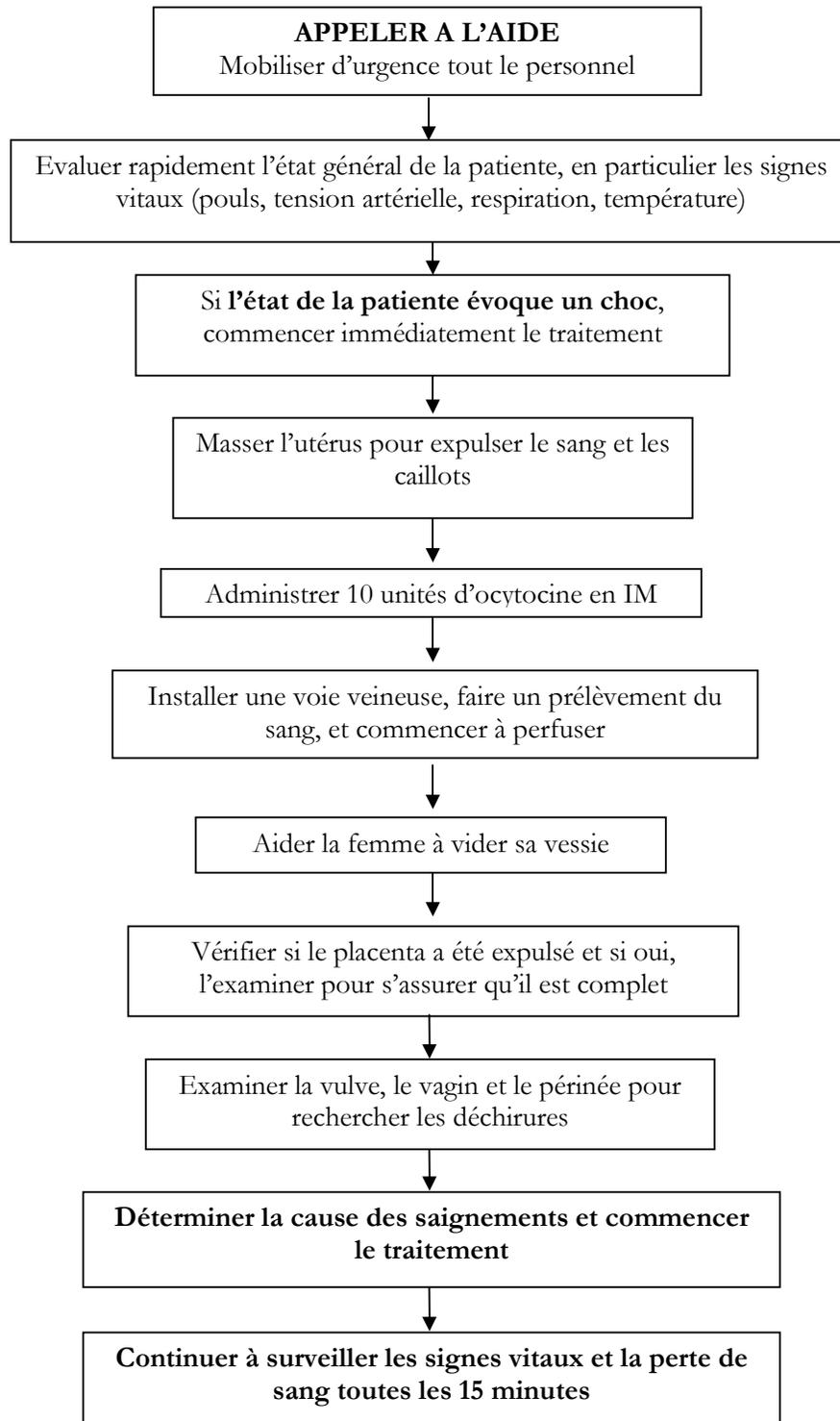
10. Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles **lésions traumatiques**. S'il n'y a pas de déchirures à la vulve, le vagin et le périnée mais la femme continue à saigner, son utérus est bien contracté et le placenta est complet, penser à une déchirure cervicale et procéder à un examen au spéculum.

*L'examen des parties génitales aide à déterminer si une déchirure est la cause des saignements.*

11. **Déterminer la cause des saignements et commencer le traitement.**

12. Continuer à surveiller les signes vitaux et les saignements toutes les 15 minutes.

## Aide-mémoire : Prise en charge immédiate de l'HPP





- Continuer à surveiller les signes vitaux (toutes les 15 minutes) et la perte de sang.
- Une fois que **le saignement est maîtrisé** (24 h après l'arrêt du saignement), faire un dosage de l'hémoglobine ou une mesure de l'hématocrite pour vérifier si la patiente est anémique :
  - Si **le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl** ou si **l'hématocrite est inférieur à 20 %** (anémie sévère) :
    - donner 120 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois ;
    - après 3 mois, poursuivre la supplémentation à raison de 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois.
  - Si **le taux d'hémoglobine est compris entre 7 et 11 g/dl**, donner 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois ;
  - Dans **les régions d'endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 20%), administrer un des traitements anthelminthiques suivants :
    - de l'**albendazole** à prendre par voie orale, à raison de 400 mg en une seule fois ;
    - OU du **mébéndazole** à prendre par voie orale, à raison de 500 mg en une seule fois ou de 100 mg deux fois par jour pendant 3 jours ;
    - OU du **lévamisole** à prendre par voie orale, à raison de 2,5 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours ;
    - OU du **pyrantel** à prendre par voie orale, à raison de 10 mg/kg une fois par jour pendant 3 jours.
  - Dans les **régions de forte endémie de l'ankylostomiase** (prévalence supérieure ou égale à 50%), renouveler le traitement anthelminthique après 12 semaines.

## Diagnostic d'une HPP

**Tableau 11. Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement**

<b>Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents</b>	<b>Symptômes et signes cliniques parfois présents</b>	<b>Diagnostic probable</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> <li>utérus mou/non contracté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> </ul>	<b>atonie utérine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>placenta complet</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>déchirures cervicales, vaginales ou périnéales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>rétention placentaire complète</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat*</li> <li>utérus contracté</li> </ul>	<b>rétention placentaire partielle</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>fond utérin non perçu à la palpation abdominale</li> <li>douleur légère ou intense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>utérus inversé, visible au niveau de la vulve</li> <li>HPP du post-partum immédiat **</li> </ul>	<b>inversion utérine</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>survenue du saignement plus de 24 h après l'accouchement</li> <li>utérus trop mou et trop gros compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>saignement variable (léger ou abondant, continu ou irrégulier) et nauséabond</li> <li>anémie</li> </ul>	<b>hémorragie du post-partum tardif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HPP du post-partum immédiat (saignement intra-abdominal et/ou vaginal)</li> <li>forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>choc</li> <li>abdomen sensible</li> <li>pouls rapide</li> </ul>	<b>rupture utérine</b>

\* Il arrive que l'hémorragie extériorisée soit faible lorsqu'un caillot obstrue le col de l'utérus ou lorsque la patiente est allongée sur le dos.

\*\* En cas d'inversion complète, il se peut qu'il n'y ait pas de saignement.

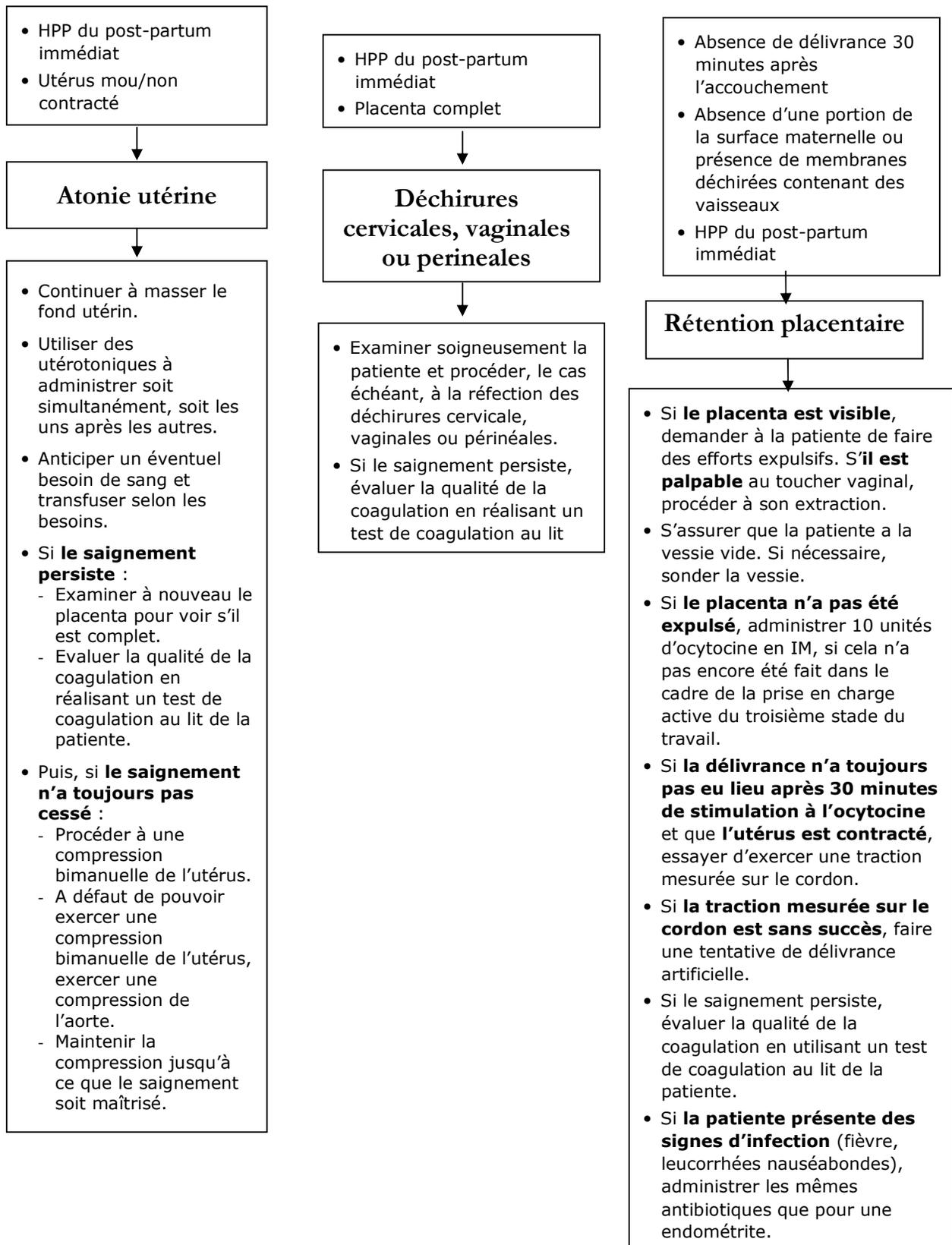


## Test de coagulation au lit de la femme

- Evaluer la qualité de la coagulation en utilisant le **test de coagulation** suivant **au lit de la femme** :
  - Prélever 2 ml de sang veineux dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm × 75 mm) propre et sec.
  - Tenir le tube dans le poing fermé pour le maintenir au chaud ( $\pm 37^{\circ}\text{C}$ ).
  - Au bout de 4 minutes, incliner lentement le tube pour voir si un caillot se forme, puis recommencer toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube.

Si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

## Aide-mémoire : Prise en charge spécifique de l'HPP





## Atonie utérine

L'atonie utérine est caractérisée par l'absence de contractions, notamment après l'accouchement.

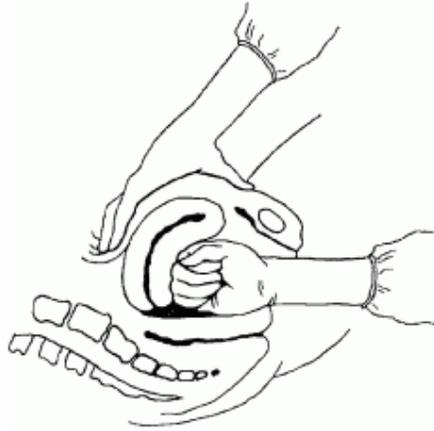
- Continuer à masser le fond utérin.
- Utiliser des utérotoniques à administrer soit simultanément, soit les uns après les autres (**tableau 12**).

**Tableau 12. Utilisation des utérotoniques**

	<b>Ocytocine</b>	<b>Ergométrine</b>	<b>Misoprostol</b>
Dose et voie d'administration	IV : infuser 20 unités dans 1L à 60 gouttes/min IM : 10 unités	IM : 0,2 mg	1,000 mcg par voie rectale
Dose continue	IV : infuser 20 unités dans 1L à 40 gouttes/min	Répéter 0,2 mg IM après 15 min. Si nécessaire, donner 0,2 mg IM toutes les 4 heures.	Pas connu
Dose maximale	Pas plus de 3L de liquides IV	5 doses	La dose par voie orale ne doit pas dépasser 600 mcg

- Anticiper un éventuel besoin de sang et transfuser selon les besoins.
- Si **le saignement persiste** :
  - Examiner à nouveau le placenta pour voir s'il est complet.
  - Si **des débris placentaires ont apparemment été retenus** (absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux), extraire le tissu placentaire restant.
  - Evaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente (**voir « Test de coagulation au lit »**) ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Puis, si **le saignement n'a toujours pas cessé** :
  - Procéder à une compression bimanuelle de l'utérus (**figure 20**) :
    - après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, introduire une main dans le vagin et fermer le poing ;
    - placer le poing dans le cul-de-sac antérieur et exercer une pression contre la paroi antérieure de l'utérus ;
    - avec l'autre main, exercer une forte pression sur l'abdomen, derrière le fond utérin, en appuyant contre la paroi postérieure de l'utérus ;
    - maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé et que l'utérus se contracte.

**Figure 20. Compression bimanuelle de l'utérus**



- A défaut de pouvoir exercer une compression bimanuelle de l'utérus, exercer une compression de l'aorte (**figure 21**).
  - o Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale :
    - le point de compression se situe juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche ;
    - pendant le post-partum immédiat, on sent aisément le pouls aortique à travers la paroi abdominale.
  - o Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante :
    - si **le pouls est palpable pendant la compression**, c'est que la pression exercée par le poing est insuffisante ;
    - si **le pouls fémoral n'est pas palpable**, la pression est suffisante.
  - o Maintenir la compression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.



**Figure 21. Compression de l'aorte abdominale et palpation du pouls fémoral**

**Le tamponnement intra-utérin est inefficace et fait perdre un temps précieux.**

- Si **le saignement persiste** malgré la compression, préparer la patiente pour une intervention chirurgicale.



## Déchirures cervicales, vaginales ou périnéales

Les lésions traumatiques de la filière génitale constituent la deuxième cause la plus fréquente des hémorragies du post-partum. Ces lésions peuvent être associées à une atonie utérine. Lorsque l'utérus est bien contracté, le saignement est généralement dû à une déchirure cervicale ou vaginale.

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales, vaginales ou périnéales.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en réalisant un test de coagulation au lit de la patiente, si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

## Rétention placentaire complète

**Il arrive que la rétention du placenta ne s'accompagne pas d'un saignement.**

- Si **le placenta est visible**, demander à la patiente de faire des efforts expulsifs. **S'il est palpable** au toucher vaginal, procéder à son extraction.
- S'assurer que la patiente a la vessie vide. Si nécessaire, sonder la vessie.
- Si **le placenta n'a pas été expulsé**, administrer 10 unités d'ocytocine en IM, si cela n'a pas encore été fait dans le cadre de la gestion active de la troisième période de l'accouchement.

Ne pas administrer d'ergométrine car cela provoque des contractions toniques de l'utérus qui pourraient retarder l'expulsion du placenta.

- Si **la délivrance n'a toujours pas eu lieu après 30 minutes de stimulation à l'ocytocine** et que **l'utérus est contracté**, essayer d'exercer une traction mesurée sur le cordon.  
**Note** : Eviter les tractions énergiques sur le cordon et les fortes pressions sur le fond utérin, car cela risquerait de provoquer une inversion utérine.
- Si **la traction mesurée sur le cordon est sans succès**, faire une tentative de délivrance artificielle (voir « Délivrance artificielle »).  
**Note** : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.
- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.



## Rétention placentaire partielle

Il arrive que la rétention de débris placentaires n'entraîne pas de saignement.

Lorsqu'une portion du placenta – un ou plusieurs lobes – est retenue dans l'utérus, cela empêche l'utérus de se contracter efficacement.

- Introduire la main à l'intérieur de l'utérus pour y rechercher des fragments de placenta. La technique employée pour la révision utérine est similaire à celle de la délivrance artificielle (voir « Délivrance artificielle »).
- Extraire les fragments placentaires à la main, avec une pince à faux germe ou une grande curette.

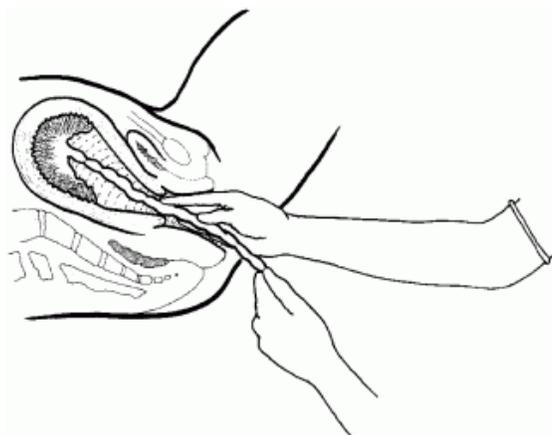
**Note** : Si les tissus sont très adhérents, il peut s'agir d'un placenta accreta. Les efforts destinés à extraire un placenta qui ne se décolle pas facilement peuvent engendrer un saignement important ou une perforation de l'utérus qui requiert généralement une hystérectomie.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.

### Délivrance artificielle

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de délivrance artificielle.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse.
- Apporter un soutien affectif à la patiente et l'encourager. Lui injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement en IV ou de la kétamine, ou faire un bloc des nerfs honteux internes.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques:
  - 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV ;OU
  - 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole, en IV.
- Tenir le cordon ombilical avec une pince et le tirer doucement jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.
- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, engager une main dans le vagin et remonter jusque dans l'utérus (**figure 22**).

**Figure 22. Engager une main dans le vagin, le long du cordon**

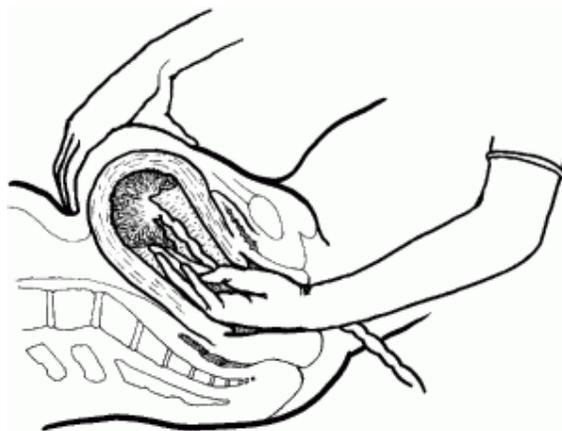


- Lâcher le cordon et amener l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus (**figure 23**).

**Note : En cas d'inversion utérine**, repositionner l'utérus (**voir « Réduction d'une inversion utérine »**).

- Effectuer un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.
- Si **le cordon a été préalablement rompu**, introduire une main dans la cavité utérine. Explorer la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la paroi utérine.

**Figure 23. Retenir le fond utérin pendant qu'on décolle le placenta**

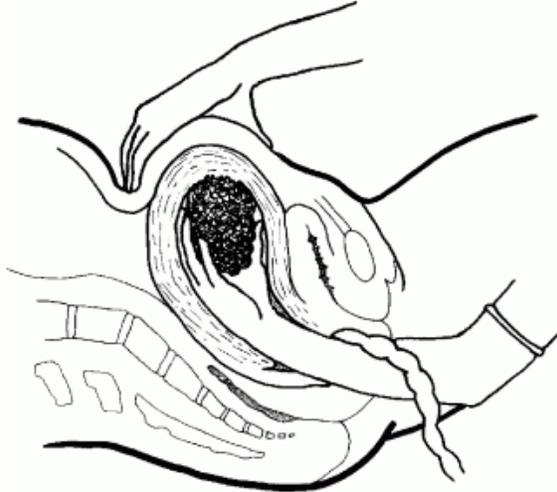


- Décoller le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.
- Procéder ainsi tout autour du lit placentaire jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.



- Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine sous l'effet du mouvement latéral effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, redouter un placenta accreta et faire une laparotomie et éventuellement une hystérectomie subtotale.
- Saisir le placenta et retirer lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta (**figure 24**).
- De l'autre main, continuer à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée.

**Figure 24. Retirer la main de l'utérus**



- Explorer l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait.
- Administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 l de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate), à raison de 60 gouttes par minute.
- Demander à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.
- Si la patiente **continue à saigner abondamment**, lui injecter 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines (**tableau 12**).
- Examiner la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet. **S'il manque un lobe ou une partie du tissu placentaire**, procéder à une exploration de la cavité utérine pour l'en extraire.
- Examiner soigneusement la patiente et, le cas échéant, procéder à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.

### Problèmes

- Si la **rétenion placentaire est due à un anneau de rétraction** ou si **elle dure depuis plusieurs heures voire depuis plusieurs jours**, il se peut qu'on ne puisse pas mettre la main entière dans l'utérus. Dans ce cas, extraire le placenta en plusieurs fois avec deux doigts, une pince à faux germe ou une grosse curette.

## Inversion utérine

On dit que l'utérus est inversé lorsqu'il se retourne pendant la délivrance. Dans ce cas, il faut le repositionner immédiatement. Plus le temps passe, plus l'anneau de rétraction qui entoure l'utérus inversé devient rigide et plus l'utérus est engorgé de sang.

- Si **la douleur est très forte**, injecter lentement 1 mg de péthidine par kg (sans dépasser 100 mg au total), en IM ou en IV ou administrer 0,1 mg de morphine par kg en IM.

**Note** : Ne pas administrer d'utérotonique tant que l'inversion n'est pas corrigée.

- Si **le saignement persiste**, évaluer la qualité de la coagulation en utilisant un test de coagulation au lit de la patiente ; si au bout de 7 minutes, le sang n'est toujours pas coagulé ou si le caillot se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie.
- Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques à la patiente après avoir corrigé l'inversion utérine :
  - 2 g d'ampicilline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV ; OU
  - 1 g de céfazoline en IV, PLUS 500 mg de métronidazole en IV.
- Si **la patiente présente des signes d'infection** (fièvre, leucorrhées nauséabondes), lui administrer les mêmes antibiotiques que pour une endométrite.
- En cas de **nécrose présumée**, procéder à une hystérectomie par voie vaginale. Il peut être nécessaire pour cela de transférer la patiente dans un centre de soins tertiaires.

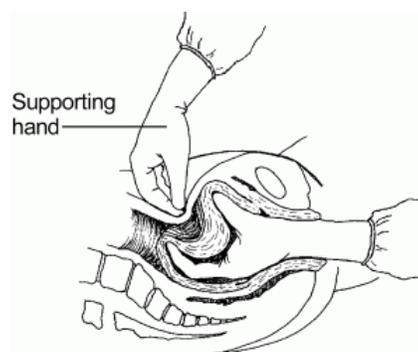
### Réduction d'une inversion utérine

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de réduction de l'inversion utérine.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse
- Injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement, en IV. Si nécessaire, faire une anesthésie générale.
- Nettoyer soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
- Comprimer l'utérus inversé à l'aide d'une serviette mouillée, chaude et stérile jusqu'à ce qu'il soit prêt pour l'intervention.

### Réduction manuelle

- Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, empaumer l'utérus d'une main et le pousser à travers le col, en direction de l'ombilic, pour le ramener à sa position normale, la deuxième main se trouvant sur l'abdomen pour assurer le maintien de l'utérus (**figure 25**). Si **le placenta n'est toujours pas décollé**, procéder à la délivrance artificielle après la réduction de l'inversion.

**Figure 25. Réduction manuelle de l'utérus inversé (main droite soutenant l'utérus)**



- Si **la réduction échoue**, faire une réduction hydrostatique.



### **Réduction hydrostatique**

- Installer la patiente en position de Trendelenburg fortement déclive (la tête de la patiente doit se trouver 50 cm plus bas que le périnée).
- Préparer un appareil de douche désinfecté doté d'un gros pommeau, d'une longue tubulure (2 m) et d'un réservoir d'eau chaude (de 3 à 5 l).

**Note :** Il est aussi possible de réaliser la réduction avec du sérum physiologique qu'on aura fait chauffer et un matériel de perfusion ordinaire.

- Repérer le cul-de-sac postérieur. Cela est aisé lorsque l'inversion est partielle et que l'utérus est toujours dans le vagin. Dans les autres cas, on reconnaît le cul-de-sac postérieur à ce qu'il constitue une démarcation entre le vagin rugueux et le vagin lisse.
- Insérer le pommeau de douche dans le cul-de-sac postérieur.
- Simultanément, maintenir les lèvres jointes sur le pommeau avec l'autre main et maintenir le pommeau en place à l'aide de l'avant-bras.
- Demander à un aide de mettre l'appareil en marche à pleine pression (soulever le réservoir d'eau à 2 m du sol au moins). L'eau a pour effet de distendre progressivement le cul-de-sac postérieur, de sorte que celui-ci s'étire, ce qui entraîne un accroissement de la circonférence de l'orifice, un relâchement de l'anneau de rétraction et, par voie de conséquence, une réduction de l'inversion.





## Annexe 1: Informations sur la GATPA



### Sauver la Vie des Mères: Prévention de l'hémorragie post-partum

L'hémorragie post-partum (HPP) est un saignement excessif de plus de 500 ml après l'accouchement. Des pertes de sang, ne serait-ce que de petite quantité, peuvent s'avérer fatales pour les femmes anémiques—la grande majorité des femmes dans les pays en voie de développement. L'HPP est la cause principale de plus de 500,000 décès maternels chaque année. En plus,

- 20 – 60% de décès maternel sont imputables à l'HPP.
- Il existe chaque année 14 millions de cas d'hémorragies obstétricales, dont la plupart arrive dans la période du post-partum.
- Beaucoup plus de femmes souffrent de complications entraînant la morbidité à long terme.

#### Des faits sur l'hémorragie post-partum :

1. La plupart de temps, l'hémorragie post-partum est imprévisible; presque 90% des femmes qui souffrent de l'HPP sont sans facteurs de risques identifiables.
2. L'atonie utérine (ramollissement du muscle utérin provoquant de graves saignements) est la cause de 70 à 90% des cas d'HPP.
3. La prise en charge active du troisième stade du travail peut prévenir 60% de l'atonie utérine et elle est une intervention facile, faisable à faibles coûts, et basée sur preuve scientifique.
4. La prévention de l'HPP réduira considérablement la mortalité et la morbidité maternelles.

#### Quelles sont les preuves de l'efficacité de la prise en charge active du troisième stade du travail contre l'hémorragie post-partum ?

Les études aléatoires avec cas-témoins de Bristol<sup>1</sup> et de Hinchingbrooke<sup>2</sup> ont démontré des preuves concrètes établissant que la prise en charge active réduit, de façon efficace, l'hémorragie post-partum, la quantité du sang perdu et le recours à une transfusion sanguine.

#### Que peut-on faire pour prévenir l'hémorragie post-partum ?

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) font la promotion de la prise en charge active du troisième stade du travail pour sauver la vie des mères. Dans leur énoncé conjoint international du novembre 2003, elles ont indiqué que les composantes habituelles de la **prise en charge** active de la troisième phase du travail sont :

- L'administration d'agents utérotoniques (10 mg d'ocytocine en IM, le médicament utérotonique utilisé le plus couramment).
- La traction contrôlée du cordon ombilical.
- Le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta.

La ICM et la FIGO ont ensuite déclaré que "Toute personne assistant à l'accouchement doit disposer des connaissances, des habiletés et du jugement critique nécessaires à la prise en charge active du troisième stade du travail, ainsi qu'avoir accès aux fournitures et au matériel requis."<sup>3</sup>

Il est avéré que l'ocytocine est l'agent utérotonique le plus efficace pour la prévention de l'hémorragie post-partum.

---

<sup>1</sup> Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour. *British Medical Journal* 1988; 297: 1295-1300.

<sup>2</sup> Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hichingbrooke randomized controlled trial. *Lancet* 1998; 351: 693-699.

<sup>3</sup> ICM et FIGO. *Enoncé conjoint : Prise en charge du troisième stade du travail pour prévenir l'hémorragie post-partum*. [Enoncé conjoint] 2003.



## Annexe 2 : Enoncé conjoint du FIGO / ICM



### Prévention et traitement de l'hémorragie post-partum: Nouvelles approches visant les milieux aux ressources restreintes



#### Déclaration commune

Confédération internationale des sages-femmes (ICM)  
Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO)

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) sont des partenaires clés en ce qui a trait aux efforts déployés à l'échelle internationale en vue de réduire les invalidités et les décès maternels partout dans le monde. Leurs énoncés de mission font état d'un même engagement à promouvoir la santé, les droits et le bien-être de toutes les femmes, et plus particulièrement de celles qui courent le plus grand risque de décès ou d'invalidité associé à la maternité. La FIGO et l'ICM encouragent des interventions fondées sur des données probantes qui, employées correctement et de façon éclairée, peuvent réduire l'incidence de morbidité et de mortalité maternelles.

Cette déclaration reflète l'état actuel (2006) des connaissances en matière de prévention et de traitement de l'hémorragie post-partum (HPP) dans les milieux aux ressources restreintes. Elle intègre de nouveaux résultats de recherche rendus disponibles depuis la publication en 2003 de la première déclaration commune FIGO-ICM intitulée *Prise en charge du troisième stade du travail aux fins de prévenir l'hémorragie post-partum*<sup>1</sup>.

Environ trente pour cent des décès maternels dans le monde sont causés par une hémorragie, qui se déclare le plus souvent pendant la période post-partum<sup>2</sup>. Dans les pays en développement, la plupart des décès maternels dus à une HPP surviennent dans des milieux (tant hospitaliers que communautaires) ne comptant aucun accoucheur ou, encore, dans des milieux où les accoucheurs ne disposent pas des compétences ou du matériel nécessaires à la prévention et à la prise en charge de l'HPP et de l'état de choc. L'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire le taux de mortalité maternelle de 75 pour cent d'ici 2015<sup>3</sup> restera hors de portée si nous n'abordons pas de façon prioritaire le problème de l'HPP dans le monde en développement.

L'ICM et la FIGO appuient toutes deux des recommandations internationales soulignant qu'il est impératif de compter des soignants qualifiés et des services obstétricaux améliorés comme éléments centraux aux efforts visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces recommandations reflètent ce que devrait être un droit fondamental pour toutes les femmes. La prévention de l'HPP nécessitera de combiner plusieurs approches visant à étendre l'accès aux soins professionnels tout en multipliant les interventions salutaires suivant un continuum de soins allant de la communauté à l'hôpital. Les différents environnements où les femmes accouchent dans ce continuum nécessitent différentes approches quant à la prévention et au traitement de l'HPP.

#### Appel à l'action

Malgré les activités en faveur de la maternité sans risques mises en œuvre depuis 1987, les femmes continuent de mourir en accouchant. Celles qui vivent dans des milieux aux ressources restreintes sont les plus vulnérables en raison de la maladie, de la pauvreté, de la discrimination et de l'accès limité aux soins de santé. L'ICM et la FIGO ont un rôle central à jouer en vue de renforcer la capacité des sociétés d'obstétrique et les associations de sages-femmes nationales à réduire les décès et les invalidités résultant de l'HPP par des approches sûres, efficaces, réalisables et durables. Quant aux associations nationales d'obstétriciens et de sages-femmes, elles doivent assurer le leadership dans l'effort de mise en œuvre des approches mentionnées dans cette déclaration. Les associations professionnelles peuvent se mobiliser pour :

- inciter les gouvernements à assurer la prestation de soins de santé à toutes les femmes;
- préconiser la présence d'une sage-femme, d'un médecin ou de tout autre soignant qualifié pendant l'accouchement;
- diffuser cette déclaration à tous leurs membres par tous les moyens disponibles, notamment la publication dans les bulletins nationaux et les revues professionnelles;
- éduquer leurs membres, les autres fournisseurs de soins de santé, les décideurs et le public relativement aux approches mentionnées dans cette déclaration, ainsi qu'à la nécessité de dispenser des soins professionnels lors de chaque accouchement;
- surmonter les obstacles législatifs et réglementaires qui entravent l'accès aux soins salvateurs, en particulier les obstacles réglementaires qui interdisent actuellement aux sages-femmes et autres soignants qualifiés d'administrer des médicaments utérotoniques;

- veiller à ce que tous les soignants qualifiés reçoivent la formation requise et adaptée à leur cadre de travail pour administrer en toute sécurité des médicaments utérotoniques et mettre en œuvre les autres méthodes mentionnées dans cette déclaration, et veiller également à ce que les utérotoniques soient disponibles en quantité suffisante pour répondre aux besoins;
- demander aux organismes de réglementation et aux décideurs d'approuver l'emploi du misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP;
- intégrer les recommandations de cette déclaration aux directives, listes de compétences et programmes de formation en vigueur.

Nous demandons également aux organismes de financement d'appuyer les initiatives visant à réduire l'HPP par des interventions rentables, élaborées en fonction des ressources disponibles.

### Prévention de l'hémorragie post-partum

Les femmes enceintes risquent une perte sanguine potentiellement mortelle à l'accouchement. Les femmes anémiques sont plus vulnérables aux pertes sanguines même modérées. Heureusement, la plupart des HPP peuvent être évitées. Différentes approches peuvent être employées selon la situation et la disponibilité de soignants qualifiés et du matériel approprié.

#### Prise en charge active du troisième stade du travail (aussi connue sous le nom de gestion active de la troisième phase de l'accouchement ou GATPA)

Les données cliniques favorisent une prise en charge active du troisième stade du travail par tout soignant qualifié, quel que soit le cadre dans lequel il exerce ses fonctions. La prise en charge active du troisième stade du travail réduit l'incidence de l'HPP, l'ampleur de la perte sanguine et le recours à la transfusion<sup>4</sup>; elle doit donc faire partie de tout programme d'intervention visant à réduire les décès dus à l'HPP.

La prise en charge active du troisième stade du travail comprend généralement les éléments suivants :

- administration d'oxytocine\* ou d'un autre médicament utérotonique dans la minute qui suit la naissance du bébé;
- traction contrôlée du cordon ombilical\*\*;
- massage utérin après délivrance du placenta, au besoin.

(Pour de plus amples renseignements sur la prise en charge active du troisième stade du travail, voir la déclaration commune FIGO-ICM intitulée *Prise en charge du troisième stade du travail aux fins de prévenir l'hémorragie post-partum.*)

#### Le misoprostol dans la prévention de l'hémorragie post-partum

Lorsqu'on ne dispose pas d'ocytocine ou que les compétences des soignants qualifiés sont limitées, l'administration de misoprostol peu après la naissance du bébé réduit le risque d'hémorragie<sup>7,8</sup>. Les effets secondaires les plus courants sont une pyrexie et des tremblements transitoires. La formation des femmes et des soignants qualifiés au bon usage du misoprostol est essentielle.

L'administration du misoprostol comprend généralement les éléments suivants :

- administration de 600 microgrammes (µg) de misoprostol par voie orale ou sublinguale après la naissance du bébé;\*\*\*
- traction contrôlée du cordon ombilical, UNIQUEMENT en présence d'un soignant qualifié;
- massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

#### Prise en charge active du troisième stade du travail en l'absence de médicaments utérotoniques

Il arrive qu'on ne dispose pas de médicaments utérotoniques en raison d'une rupture d'approvisionnement ou des circonstances de l'accouchement. En l'absence de données probantes, la prise en charge du troisième stade du travail recommandée par l'ICM et la FIGO lorsque les soignants qualifiés ou autres soignants ne disposent pas de médicaments utérotoniques comprend les éléments suivants :

- attendre les signes de séparation du placenta (allongement du cordon ombilical, faible saignement, utérus ferme et globuleux à la palpation à la hauteur de l'ombilic);
- encourager une poussée maternelle accompagnant les contractions et, si nécessaire, l'adoption d'une position verticale;
- la traction contrôlée du cordon ombilical n'est pas recommandée en l'absence de médicaments utérotoniques ou avant les signes de séparation du placenta, car cela pourrait entraîner une séparation placentaire partielle, une rupture du cordon, une perte sanguine excessive et une inversion utérine;
- massage utérin après la délivrance du placenta, au besoin.

### Traitement de l'hémorragie post-partum

\*Bien que la réfrigération soit la méthode de stockage privilégiée pour l'oxytocine, elle peut être conservée à des températures ne dépassant pas 30 °C pendant une durée maximum de trois mois sans perte d'activité significative<sup>5</sup>.

\*\*Le fait de retarder le clampage du cordon d'une à trois minutes permet de réduire l'anémie chez le nouveau-né<sup>6</sup>.

\*\*\*Les données de deux essais comparant le misoprostol à un placebo indiquent que l'administration d'une dose de 600 µg de misoprostol par voie orale ou sublinguale réduit le risque d'HPP avec ou sans traction contrôlée du cordon ombilical ou utilisation du massage utérin<sup>7,8</sup>.



Même avec les grands progrès réalisés dans la prévention de l'HPP, certaines femmes devront quand même être traitées pour cause de saignement excessif. Pour leur sauver la vie, il faut absolument les transférer en temps opportun vers un établissement offrant des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) ou complets (SOUC), selon le cas. Actuellement, la norme de soins en ce qui concerne les SOU de base comprend l'administration de médicaments utérotoniques par IV ou IM et le retrait manuel du placenta et des produits de conception. Les établissements offrant des soins obstétricaux d'urgence complets peuvent également procéder à une transfusion ou à une intervention chirurgicale<sup>9</sup>.

#### Soins d'urgence communautaires : les gestes qui sauvent à domicile

Il est possible d'enseigner quelques gestes salutaires élémentaires à toute personne susceptible de participer à un accouchement à domicile. Le programme familial et communautaire de soins obstétricaux d'urgence à domicile vise à enseigner plus largement les gestes qui sauvent et à réduire les transferts tardifs vers les centres spécialisés. Il enseigne aux membres de la famille et de la communauté des techniques comme le massage fundique utérin et la préparation aux situations d'urgence. Les essais sur le terrain indiquent que le programme de formation aux gestes qui sauvent à domicile constitue un complément utile à un programme de prévention et de traitement de l'HPP<sup>10</sup>. En effet, la détection précoce de l'hémorragie et la mise en œuvre rapide des soins sont la clé d'un traitement efficace.

#### Le misoprostol dans le traitement de l'hémorragie post-partum

Bien que l'on soit moins renseigné sur l'effet du misoprostol dans le cadre du traitement de l'HPP, son emploi peut être approprié dans les milieux aux ressources restreintes et il a déjà été utilisé seul, en association avec l'oxytocine et en dernier recours pour le traitement de l'HPP. Les publications indiquent que différents dosages et voies d'administration ont présenté des résultats prometteurs<sup>11</sup>. Dans les accouchements à domicile sans soignant qualifié, le misoprostol peut être la seule méthode disponible pour contrôler l'HPP. La posologie optimale n'a pas encore été déterminée. Une étude publiée portant sur le traitement de l'HPP a montré qu'une dose de 1 000 µg administrée par voie rectale réduit de façon significative les saignements abondants et le recours à des interventions supplémentaires<sup>12</sup>. Des études sont en cours pour déterminer la dose la plus efficace et la plus sûre pour le traitement de l'HPP. Un cas rare d'hyperpyrexie non mortelle a été signalé après l'administration par voie orale de 800 µg de misoprostol<sup>13</sup>.

---

**REMARQUE : L'administration répétée de doses de misoprostol n'est pas recommandée.**

---

#### Techniques novatrices

D'autres techniques prometteuses adaptées aux milieux aux ressources restreintes pour l'évaluation et le traitement de l'HPP comprennent notamment des mesures de perte sanguine simples et précises<sup>14,15</sup>, l'administration d'oxytocine en seringues Uniject,<sup>16</sup> le tamponnement utérin<sup>17</sup> et le pantalon antichoc<sup>18</sup>. Ces innovations sont encore à l'étude pour l'emploi dans les milieux aux ressources restreintes, mais elles pourraient s'avérer importantes sur le plan programmatique, en particulier pour les femmes vivant loin de tout établissement offrant des soins professionnels.

### Besoins en matière de recherche

Des progrès importants ont été effectués dans l'identification des approches salutaires et des interventions adaptées à la prévention et au traitement de l'HPP dans les milieux aux ressources restreintes. Le domaine évolue rapidement et les problèmes suivants ont été désignés comme priorités de recherche à venir pour les milieux aux ressources restreintes :

- déterminer la dose et la voie d'administration optimales du misoprostol pour la prévention et le traitement de l'HPP, de façon à optimiser l'efficacité tout en minimisant le risque d'effets secondaires;
- déterminer la méthode de prise en charge du troisième stade du travail la plus efficace en l'absence d'utérotoniques;
- évaluer en quoi la pratique des soignants qualifiés se trouve modifiée par l'ajout d'une meilleure mesure de la perte sanguine (p. ex. au moyen d'un drap calibré ou d'autres méthodes);
- évaluer les options de traitement de l'HPP dans les services d'urgence de base, en particulier le tamponnement utérin et le pantalon antichoc;
- déterminer les moyens les plus efficaces d'enseigner et d'entretenir les compétences des soignants qualifiés et d'autonomiser la communauté en matière d'HPP.

## Références

1. Confédération internationale des sages-femmes, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Déclaration commune. *Prise en charge du troisième stade du travail aux fins de prévenir l'hémorragie post-partum*. La Haye : ICM; Londres : FIGO; 2003. Disponible à : [http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img\\_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf](http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf) ou <http://www.figo.org/content/PDF/PPH%20Joint%20Statement.pdf>. Consulté le 12 octobre 2006.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. « WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review », *Lancet*, vol. 367, 2006, p. 1066-74. DOI : 10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
3. Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement. New York (NY) : ONU; 2000. Disponible à : <http://www.un.org/millenniumgoals>. Consulté le 12 octobre 2006.
4. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. « Active versus expectant management in the third stage of labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2000, article n° CD000007. DOI : 10.1002/14651858.CD000007.
5. Hogerzeil HV, Walker GJ, de Goeje MJ. « Stability of injectable oxytocics in tropical climates: results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylethergometrine, and oxytocin », Genève : *Action Programme on Essential Drugs and Vaccines*, Organisation mondiale de la Santé; 1993. Publication de l'OMS n° WHO/DPA/93.6.
6. Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otano L, Ferreira M, Ricci C et coll. « The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial », *Pediatrics*, vol. 117, 2006, p. 779-86.
7. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Gellar SE, Naik VA, Bellad M et coll. « Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 368, 2006, p. 1248-53.
8. Hoj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. « Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial », *BMJ*, vol. 331, 2005, p. 723.
9. Fonds des Nations Unies pour la population. « Emergency obstetric care: checklist for planners », New York (NY) : FNUAP; 2003. Disponible à : [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/150\\_filename\\_checklist\\_MMU.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf). Consulté le 12 octobre 2006.
10. Sibley L, Buffington ST, Haileyesus D. « The American College of Nurse Midwives' Home-based lifesaving skills program: a review of the Ethiopia field test » [l'erratum publié est paru dans *J Midwifery Womens Health*, vol. 49, n° 6, 2004, après la table des matières], *J Midwifery Womens Health*, vol. 49, 2004, p. 320-8.
11. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J. « Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review », *BJOG*, vol. 112, 2005, p. 547-53.
12. Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia E. « Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 90, 2005, p. 51-5.
13. Chong YS, Chua S, Arulkumaran S. « Severe hyperthermia following oral misoprostol in the immediate postpartum period », *Obstet Gynecol*, vol. 90, 1997, p. 703-4.
14. Tourne G, Collet F, Lasnier P, Seffert P. « Intérêt de l'utilisation d'un sac de recueil dans le diagnostic des hémorragies de la délivrance », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Paris, vol. 33, 2004, p. 229-34.
15. Prata N, Mbaruku G, Campbell M. « Using the kanga to measure post-partum blood loss », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 89, 2005, p. 49-50.
16. Tsu VD, Sutanto A, Vaidya K, Coffey P, Widjaya A. « Oxytocin in prefilled Uniject injection devices for managing third-stage labor in Indonesia », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 83, 2003, p. 103-11.
17. Condous GS, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. « The "tamponade test" in the management of massive postpartum hemorrhage », *Obstet Gynecol*, vol. 101, 2003, p. 767-72.
18. Miller S, Hamza S, Bray EH, Lester F, Nada K, Gibson R et coll. « First aid for obstetric haemorrhage: the pilot study of the non-pneumatic anti-shock garment in Egypt », *BJOG*, vol. 113, 2006, p. 424-9.



## Références

- <sup>1</sup> Impact International. *Measuring and Addressing Outcomes after Pregnancy: A Holistic Approach to Maternal Health*. Impact International: Aberdeen, United Kingdom; February 2007. Available at: [www.prb.org/pdf07/Outcomes.pdf](http://www.prb.org/pdf07/Outcomes.pdf). Accédé le 2 avril 2007.
- <sup>2</sup> Newton N M, Mosey LM, Egli GE, Gifford WB, Hull CT. Blood loss during and immediately after delivery. *Obstet Gynecol*. 1961;17:9-18.
- <sup>3</sup> Pierre F, Mexnard L, Body G. For a systematic policy of IV oxytocin direction of third stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992;43:131-135.
- <sup>4</sup> Prendiville W, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *BMJ*. 1988, 297:1295-1300.
- <sup>5</sup> Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with post-partum haemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 1991;77:69-76.
- <sup>6</sup> Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with haemorrhage in caesarian deliveries. *Obstet Gynecol*. 1991;77:77-82.
- <sup>7</sup> Gahres EE, Albert SN, Dodek SM. Intra-partum blood loss measured with Cr 51 tagged erythrocytes. *Obstet Gynecol*. 1962;19:455-462.
- <sup>8</sup> Nelson GH, Ashford C, Williamson R, Amburn SD. Methods for calculating loss at vaginal delivery. *South Med J*. 1981;74:550-552.
- <sup>9</sup> Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995;172:1279-84.
- <sup>10</sup> Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NN, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO Collaborative Group to Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689-95.
- <sup>11</sup> Everett F, Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The Length of the Third Stage of Labor and the Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*. 2005;105(2): 290-293.
- <sup>12</sup> Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of the third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomized controlled trial. *Lancet* 1998;351:693-699.
- <sup>13</sup> Adapté de: PATH. *OUTLOOK Volume 19, Numéro 3, Mai 2002*.
- <sup>14</sup> OMS. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève: OMS, 2002.
- <sup>15</sup> Yao AC, Moinian M, Lind J. Distribution of blood between infant and placenta after birth. *Lancet*. 1969;7626:871-873.
- <sup>16</sup> JHPIEGO. *Les précautions universelles*. CD-ROM.
- <sup>17</sup> EngenderHealth. Cours sur ligne: La prévention des infections. [www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org). Accédé le 16 août 2006.
- <sup>18</sup> Graphics from World Health Organization and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention in partnership with the Francois-Xavier Bagnoud Center at the University of Medicine & Dentistry of New Jersey (UMDNJ) and JHPIEGO at Johns Hopkins University. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection Generic Training Package. February 2005. <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=pi-60-00>. Accédé le 12 avril 2007.
- <sup>19</sup> JHPIEGO. *Infection Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. JHPIEGO: Baltimore, 2003.
- <sup>20</sup> JHPIEGO/MNH. *Birth Preparedness and Complication Readiness*. Baltimore, MD: JHPIEGO/MNH, 2001.