



Réponses aux exercices d'apprentissage



Evidence scientifique et soutien pour la GATPA

1. Lire la phrase dans la colonne intitulée « Composants majeurs » qui décrit un composant majeur soit de la GATPA soit de la prise en charge physiologique. Si la phrase décrit un composant majeur de la GATPA, écrire « GATPA » dans la colonne intitulée « réponse » ; si la phrase décrit un composant majeur de la prise en charge physiologique, écrire « PEC physiologique » dans la colonne intitulée « réponse ».

Composants majeurs	Réponse
a. Les utérotoniques ne sont pas utilisés avant la délivrance du placenta	<i>PEC physiologique</i>
b. Le placenta est expulsé par une traction contrôlée du cordon avec contre-traction sur le fond de l'utérus	<i>GATPA</i>
c. Le cordon est clampé après la naissance du bébé et avant l'expulsion du placenta	<i>PEC physiologique / GATPA</i>
d. Massage du fond de l'utérus à travers l'abdomen après la délivrance du placenta	<i>Gestion active</i>
e. Attente des signes indiquant le décollement du placenta de la paroi utérine	<i>PEC physiologique</i>
f. Un utérotonique est administré dans la minute qui suit la naissance du bébé	<i>GATPA</i>
g. Le placenta est expulsé par gravité et effort maternel	<i>PEC physiologique</i>
h. Massage de l'utérus pourrait ou pourrait ne pas être effectué	<i>PEC physiologique</i>
i. Ne pas attendre les signes indiquant le décollement du placenta pour effectuer la délivrance du placenta	<i>GATPA</i>

2. Lire la phrase dans la première colonne à gauche. Mettre un « X » dans la colonne intitulée « GATPA » si la phrase décrit un avantage de la GATPA ; mettre un « X » dans la colonne intitulée « Prise en charge physiologique » si la phrase décrit un avantage de la prise en charge physiologique de la troisième période de l'accouchement.

	GATPA	Prise en charge physiologique
Diminue la durée du troisième stade	<i>Exemple : X</i>	
N'interfère pas avec le processus normal du travail		<i>X</i>
Diminue le risque d'hémorragie de la délivrance	<i>X</i>	
Diminue la perte moyenne du sang	<i>X</i>	
Diminue le besoin des transfusions sanguines	<i>X</i>	



Revue des utérotoniques

Travail en classe

1. Enumérer les médicaments utérotoniques qui vous sont familiers, puis essayer de trouver soit son nom de spécialité soit sa dénomination commune internationale.

Nom de Spécialité	Correspondance DCI (Dénomination commune internationale)
Syntocinon [®]	Ocytocine
Methergin [®]	Ergométrine
Syntométrine [®]	Ergométrine + Ocytocine
Misoprostol (Cytotec [®])	Analogue synthétique de la prostaglandine E1

2. Designer « ocytocine », « ergométrine », ou « misoprostol » pour chaque phrase.

	Ocytocine	Ergométrine	Misoprostol
Agit le plus vite	X		
A une action qui dure le plus longtemps		X	
Provoque une contraction utérine tonique qui pourrait augmenter le risque d'une rétention placentaire		X	
A des effets secondaires communs des tremblements et d'une élévation de la température			X
A un effet secondaire commun des maux de tête		X	
Est contre-indiqué(e) chez les femmes souffrant d'hypertension ou de troubles cardiaques		X	
N'a pas de contre-indications pour l'administration dans le post-partum	X		

Travail individuel

1. Comparer l'ocytocine et l'ergométrine :

	Ocytocine	Ergométrine
Effets secondaires	<i>Ne provoque généralement pas d'effets secondaires</i>	<i>Risque accru d'hypertension, vomissement, maux de tête</i>
Contre-indications de l'usage pendant le post-partum	<i>Aucune contre-indication pour l'administration dans le post-partum</i>	<i>Contre indiqué pour les femmes souffrant d'hypertension, troubles cardiaques, rétention placentaire, pré éclampsie, éclampsie, drépanocytose, et hémoglobinopathies</i>
Risques d'une rétention placentaire	<i>Moins de risque que l'ergométrine</i>	<i>Provoque une contraction utérine tonique qui pourrait augmenter le risque d'une rétention placentaire</i>



Gestion de stock des utérotoniques

Travail en classe

1. Classer les utérotoniques par leur sensibilité à la chaleur et à la lumière. Mettre un « 1 » pour l'utérotonique le plus stable et « 3 » pour l'utérotonique le moins stable (le plus sensible soit à la chaleur soit à la lumière).

	Ocytocine	Ergométrine	Misoprostol
Plus stable sous la chaleur	2	3	1
Plus stable lorsque exposé à la lumière	2	3	1

2. **Etude de cas:** Votre chef de poste commande régulièrement l'ergométrine et l'ocytocine. Votre centre de santé a d'électricité et vous avez un frigo fiable dans la pharmacie. La maternité n'a pas de frigo. Le dépôt régional et national a des frigos et vous avez la chaîne de froid pour le transport des vaccins. Pendant la saison chaude, il fait en moyenne 45°C.

Dépôt de pharmacie

- Vérifier les recommandations du fabricant en ce qui concerne l'entreposage de chaque utérotonique
- Respecter la règle du PPS pour diminuer le risque d'avoir les produits périmés
- De préférence, conserver les utérotoniques injectables entre 2 et 8°C
- Conserver l'ergométrine et la Syntométrine dans une boîte fermée, protégées contre la lumière et la congélation
- Assurer un système de surveillance des températures
- Entreposer le misoprostol à la température ambiante dans une boîte fermée, protégé contre l'humidité

Salle d'accouchement

- Retirer du frigo, de façon périodique, une quantité suffisante pour le besoin anticipé
- Enlever les fioles ou les ampoules de la boîte juste avant d'utiliser
- Ne pas laisser les utérotoniques injectables sur les plateaux ou dans les poches pour les périodes indéfinies en attente d'utilisation
- Conserver les ampoules d'ergométrine et de syntométrine retirées de la réfrigération dans une boîte fermée, à l'ombre, hors de la lumière du soleil
- Si les ampoules d'ergométrine et de syntométrine sont conservées à l'ombre, de brèves périodes non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 4 semaines à 30°C ou 2 semaines à 40°C)
- L'ocytocine pourrait être conservée non réfrigérée pour une durée ne dépassant pas 3 mois à 30°C ou moins

3. Etude de cas: Le poste de santé des « Parcelles Assainies » veut commander d'ocytocine 10 UI en IM dans sa commande mensuelle. Au dernier inventaire, le prestataire de soins avait compté avec le dépositaire 50 injections d'ocytocine (10 UI) dont 4 injections sont périmés. Sachant que sa consommation moyenne mensuelle est de 30 injections d'ocytocine (10 UI), quelle quantité doit-il commander?

[Quantité à commander = (Stock de sécurité) + (Consommation moyenne mensuelle × délai entre 2 commandes) – (Stock restant)]

- **Délai entre 2 commandes : 1 mois**
- **Quantité restante : (50 ampoules – 4 ampoules périmés) = 46 ampoules restants**
- **Consommation moyenne mensuelle : 30 ampoules**
- **Stock de sécurité : 30 ampoules**
- **Quantité à commander : [(30 + 30) × (1 mois)] – 46 = 14 ampoules**

4. **Exercice:** Trouver les défauts de la fiche de stock.
 Vous êtes le responsable d'un poste de santé. Regardez la fiche de stock déjà remplie et trouvez les défauts.
- Qu'avez-vous constaté? Comment pourriez-vous le corriger?

A. Qu'avez-vous constaté?	B. Comment pourriez-vous le corriger?
<p>1. La quantité commandée est la même chaque mois et ne tient pas compte du stock restant, de la CMM et du stock de sécurité</p>	<p>Calculer la quantité à commander en servant des paramètres suivants : stock restant, CMM, stock de sécurité. Dans cet exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délai entre 2 commandes : 1 mois • Consommation moyenne mensuelle : 30 ampoules • Stock de sécurité : 30 ampoules • Quantité à commander : [(30 + 30) × (1 mois)] – stock restant
<p>2. Le stock théorique est beaucoup plus important que les besoins</p>	<p>Voir ci-dessus</p>
<p>3. Six des ampoules étaient périmés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calculer bien la quantité à commander. • Entreposer et sortir les produits sur une base soit PPPS soit PEPS. • Entreposer le stock de façon que les lots les premiers périmés ou les premiers livrés soient pris et écoulés en premier. • Si le stock nouvellement arrivé a une date d'expiration antérieure à celle du lot du même article reçu précédemment, favoriser ce stock de manière à être écoulé avant le stock expirant plus tard.
<p>4. Il y avait 4 ampoules qui manquaient le jour de l'inventaire (le 31/8/07)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer les mouvements des produits sur au moins <u>DEUX</u> outils différents pour garantir la précision de l'information et en assurer la responsabilité. • Faire un inventaire du stock réel avant de calculer la quantité à commander.



C. Quels sont les avantages de bien remplir les outils de gestion?

Si les outils de gestion sont bien remplis, ceci permet à tout moment :

- **de connaître le stock existant (combien il y a en stock)**
- **de savoir quelle quantité est dispensée par jour et quelle est la consommation en médicaments de la structure pendant un mois, etc.**
- **de savoir quand et comment les médicaments ont été utilisés**
- **de pouvoir faire ultérieurement une exploitation rétrospective des données enregistrées**

Travail individuel

Etudes de cas

Pour chaque étude de cas, donner des directives pour l'entreposage des utérotoniques dans le dépôt de pharmacie et la maternité.

1. **Etude de cas n° 1 :** Votre chef de poste n'aime faire la commande qu'une fois par trimestre (il ne commande que de l'ergométrine). Vous avez un seul frigo de gaz qui se trouve dans la PMI. Ce frigo n'est pas très fiable et, en plus, vous avez souvent des ruptures de gaz. Le dépôt régional et national a des frigos et vous avez la chaîne de froid pour le transport des vaccins. Pendant la saison chaude, il fait en moyenne 23° C à l'ombre.
 - **Expliquez les raisons pour lesquelles l'ocytocine est l'utérotonique du choix pour la prévention et la prise en charge de l'HPP et encourager votre chef de poste de commencer à commander l'ocytocine en plus de l'ergométrine.**
 - **Quantifiez les besoins en utérotoniques selon les besoins et non pas en se basant de l'utilisation des mois précédents.**
 - **Entreposez l'ergométrine et l'ocytocine dans le frigo de gaz.**

Dépôt de pharmacie

- Vérifier les recommandations du fabricant en ce qui concerne l'entreposage de chaque utérotonique
- Respecter la règle du PPS pour diminuer le risque d'avoir les produits périmés
- De préférence, conserver les utérotoniques injectables entre 2 et 8°C
- Conserver l'ergométrine et la Syntométrine dans une boîte fermée, protégées contre la lumière et la congélation
- Assurer un système de surveillance des températures
- Entreposer le misoprostol à la température ambiante dans une boîte fermée, protégé contre l'humidité

Salle d'accouchement

- Retirer du frigo, de façon périodique, une quantité suffisante pour le besoin anticipé
- Enlever les fioles ou les ampoules de la boîte juste avant d'utiliser
- Ne pas laisser les utérotoniques injectables sur les plateaux ou dans les poches pour les périodes indéfinies en attente d'utilisation
- Conserver les ampoules d'ergométrine et de Syntométrine retirées de la réfrigération dans une boîte fermée, à l'ombre, hors de la lumière du soleil
- Si les ampoules d'ergométrine et de Syntométrine sont conservées à l'ombre, de brèves périodes non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 4 semaines à 30°C)
- L'ocytocine pourrait être conservée non réfrigérée pour une durée ne dépassant pas 3 mois à 30°C ou moins

2. **Etude de cas n° 2** : Vous avez visité le dépôt régional et avez trouvé que les utérotoniques n'étaient pas conservés dans le frigo. Vous avez une chaîne de froid pour les vaccins. Votre centre de santé n'a pas d'électricité mais vous avez un frigo pour les vaccins. Le PEV exige à ce que le frigo soit réservé à l'entreposage des vaccins. Pendant la saison chaude, il fait en moyenne 35°C à l'ombre.
- **L'efficacité des utérotoniques est en doute. Discutez avec le responsable de la pharmacie régionale et expliquer les dangers de ne pas entreposer les utérotoniques selon les normes.**
 - **Discutez avec le responsable du PEV et demandez son approbation d'entreposer les utérotoniques dans le frigo du PEV.**
 - **Entreposez l'ergométrine et l'ocytocine dans le frigo de gaz.**
 - **Voir les réponses pour l'étude de cas n° 1.**
3. **Etude de cas n° 3** : Vous n'êtes pas sur si le dépôt national ou régional conserve les utérotoniques dans un frigo. Vous savez que les utérotoniques sont transportés dans un thermos avec les vaccins. La maternité a un frigo d'électricité qui est fiable est qui est réservé aux produits utilisés dans la maternité. Seule la sage-femme maîtresse a une clé pour l'ouvrir. Pendant la saison chaude, il fait en moyenne 42°C.
- **L'efficacité des utérotoniques est en doute. Discutez avec les responsables de la pharmacie régionale et nationale et expliquer les dangers de ne pas entreposer les utérotoniques dans le frigo.**
 - **Entreposez l'ergométrine et l'ocytocine dans le frigo.**
 - **Discutez avec la sage-femme maîtresse pour trouver un moyen d'assurer la disponibilité des utérotoniques quand elle n'est pas à la maternité.**
 - **Voir les réponses pour l'étude de cas n° 2.**
4. Dans quelles conditions doit-on réserver l'utilisation de l'ocytocine pour stimuler l'activité utérine pendant le travail ?

Uniquement dans les formations sanitaires avec bloc opératoire.

5. Dans les situations suivantes, décidez si le produit est toujours actif ou si le produit a perdu sa puissance/efficacité. Pour chaque cas, justifiez votre réponse.
- a. Le CS ne dispose pas d'un frigo. La température est en moyenne 40°C pendant la journée. Le chef de poste a reçu son approvisionnement en ocytocine et ergométrine il y a 4 mois. Puisque le CS a beaucoup d'accouchements, les produits sont gardés dans la salle d'accouchement, hors leur boîte, dans un tiroir.
- **Le produit a du perdre sa puissance/efficacité.**
 - **Si l'entreposage réfrigéré n'est pas disponible, on peut accepter un entreposage temporaire hors du réfrigérateur à 30°C au plus pour la plupart des produits pour une durée n'excédant pas trois mois.**
- b. La pharmacie nationale conserve les utérotoniques dans le frigo à entre 2 à 8°C et votre CS a un bon frigo fiable. Malheureusement, il n'y a pas de chaîne de froid, mais pendant le transport de 3 jours les produits sont conservés à l'ombre avec une température moyenne de 43°C.
- **Le produit est toujours actif.**
 - **Si les produits sont conservés à l'ombre, de brèves périodes de transport non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 2 semaines à 40°C).**
- c. Vous avez beaucoup d'accouchements et vous avez décidé de garder l'ocytocine et l'ergométrine dans la salle d'accouchement. Après une consultation avec le chef de poste, vous prenez la décision de sortir 10 ampoules du frigo à la fois et de



conserver les ampoules retirées de la réfrigération dans leur boîte, à l'ombre, hors de la lumière du soleil. Vous prenez les soins de noter la date de retraitage sur l'ampoule et les jetez s'ils ont fait plus de 2 semaines hors le frigo (la température dans la journée est en moyenne 38°C).

- **Le produit est toujours actif.**
 - **Si l'entreposage réfrigéré n'est pas disponible, on peut accepter un entreposage temporaire hors du réfrigérateur à 30°C au plus pour la plupart des produits pour une durée n'excédant pas trois mois.**
6. Quelles sont les recommandations pour une bonne conservation de l'ocytocine ?
- **Conserver dans le réfrigérateur, à l'ombre, étiqueté.**
 - **Retirer de la boîte uniquement pour utilisation immédiate.**
 - **Pour la plupart des produits, de brèves périodes de transport non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 1 mois à 30°C ou 2 semaines à 40°C).**
 - **Si l'entreposage réfrigéré n'est pas disponible, on peut accepter un entreposage temporaire hors du réfrigérateur à 30°C au plus pour la plupart des produits pour une durée n'excédant pas 3 mois.**
7. Quelles sont les recommandations pour une bonne conservation de l'ergométrine ?
- **Conserver dans le réfrigérateur, à l'ombre, étiqueté.**
 - **Retirer de la boîte uniquement pour utilisation immédiate.**
 - **Pour la plupart des produits, de brèves périodes de transport non réfrigérées sont tolérables (ne dépassant pas 1 mois à 30°C ou 2 semaines à 40°C).**
 - **Si l'entreposage réfrigéré n'est pas disponible, on peut accepter un entreposage temporaire hors du réfrigérateur à 30°C au plus pour la plupart des produits pour une durée n'excédant pas 3 mois.**
8. Combien de temps et à quelle température l'ocytocine pourrait être conservée à température ambiante sans perdre son principe actif?
- **L'ocytocine pourrait être conservée non réfrigérée pour une durée ne dépassant pas 3 mois à 30°C ou moins.**
9. Qu'est-ce que le prestataire devrait vérifier avant d'administrer un produit quelconque ?
- **Présentation**
 - **Voie**
 - **Date de péremption**
 - **Identification des ampoules avec un bas niveau d'ergométrine**

Cochez « vrai » ou « faux » et commentez.

10. L'ocytocine est moins stable que l'ergométrine, quand elle est exposée à la lumière.

Faux

11. L'ergométrine est moins stable que l'ocytocine, quand elle est exposée à la chaleur.

Vrai

12. L'ocytocine pourrait être gardée dans les salles d'accouchement à condition que la période non réfrigérée ne dépasse pas 3 mois à 30°C ou moins.

Vrai



Prévention de l'HPP

Travail individuel

- Expliquer pourquoi le prestataire devrait réagir immédiatement si une femme perd de sang provoquant un changement dans son état même si elle n'a pas perdu plus de 500 mL de sang.
 - Dans la pratique, il est difficile de mesurer exactement les pertes de sang et la quantité est souvent sous-estimée.***
 - Des pertes de sang ne serait-ce que de 200 ou 250 ml peuvent s'avérer fatales pour une femme gravement anémique.***
- Pourquoi est-ce qu'une stratégie de prévention de l'HPP ne doit pas se reposer sur l'identification de facteurs de risque ?
 - Deux-tiers des cas de l'HPP surviennent sans qu'aucun facteur de risque ne soit clairement retrouvé.***
 - 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.***
- Quelles sont les causes les plus courantes de l'HPP immédiate ?

L'atonie utérine, la rétention placentaire, les lacérations vaginales ou cervicales et la rupture ou l'inversion utérine
- Quelle est la cause la plus courante de l'HPP immédiate et grave ?

Atonie utérine
- Pour chaque facteur contribuant à l'atonie utérine indiqué dans le tableau, citer une stratégie pour sa prévention.

Facteur contribuant à l'atonie utérine	Stratégie de prévention
Une vessie pleine	<ul style="list-style-type: none"> <i>Aider la femme à vider sa vessie avant le début du deuxième stade du travail et pendant le post-partum immédiat</i>
Un travail prolongé/obstrué	<ul style="list-style-type: none"> <i>Le développement d'un plan d'action pour se préparer à l'accouchement – assurer l'accouchement chez un accoucheur qualifié</i> <i>Une surveillance régulière de la femme et du fœtus en se servant d'un partogramme pendant le travail (diagnostic précoce du déroulement défavorable du travail)</i> <i>Transfert précoce dans un service obstétrical disposant de moyens chirurgicaux dès que le diagnostic d'un déroulement défavorable du travail est posé</i> <i>Diagnostic et prise en charge spécifiques précoces d'un déroulement défavorable du travail</i>

Facteur contribuant à l'atonie utérine	Stratégie de prévention
Augmentation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le développement d'un plan d'action pour se préparer à l'accouchement – assurer l'accouchement chez un accoucheur qualifié</i> • <i>Une surveillance régulière de la femme et du fœtus en se servant d'un partogramme pendant le travail (diagnostic précoce du déroulement défavorable du travail)</i> • <i>Transfert précoce dans un service obstétrical disposant de moyens chirurgicaux dès que le diagnostic d'un déroulement défavorable du travail est posé</i> • <i>Limitation de l'augmentation du travail à l'anomalie de la dynamique utérine</i> • <i>Limitation de l'utilisation des utérotoniques chez la femme en travail aux établissements où une césarienne peut être effectuée immédiatement en cas de besoin et où une surveillance vigilante des contractions utérines, de l'état de la femme et du fœtus est possible</i>

6. Expliquer comment la GATPA pourrait prévenir l'HPP.

Une gestion active de la troisième période de l'accouchement – la GATPA – prévient l'HPP ainsi :

- *l'administration d'un utérotonique, la première étape de la GATPA, stimule les contractions utérines qui facilitent la séparation du placenta de la paroi utérine et aident à fermer les vaisseaux sanguins maternels après la délivrance ;*
- *la traction contrôlée du cordon aide à expulser le placenta de l'utérus et du vagin – cette traction ne sépare pas le placenta de la paroi utérine ;*
- *le massage utérin stimule les contractions utérines et peut faciliter l'expulsion des caillots restant dans l'utérus;*
- *la durée de la 3^{ème} période de l'accouchement est raccourcie.*

7. Pour chaque cause de l'HPP ou chaque facteur contribuant à l'atonie utérine indiqué, citer une stratégie pour assurer son diagnostic et sa prise en charge précoce.

Cause de l'HPP / Facteur contribuant à l'atonie utérine	Stratégie pour assurer son diagnostic et sa prise en charge précoce
Une vessie pleine	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accoucher chez un accoucheur qualifié</i> • <i>Assurer une surveillance régulière de la femme pendant le travail</i> • <i>Assurer une surveillance régulière dans le post-partum immédiat</i>
Un travail prolongé/obstrué	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accoucher chez un accoucheur qualifié</i> • <i>Assurer une surveillance régulière de la femme et le fœtus en se servant d'un partogramme pendant le travail</i>



Cause de l'HPP / Facteur contribuant à l'atonie utérine	Stratégie pour assurer son diagnostic et sa prise en charge précoce
Une atonie utérine	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accoucher chez un accoucheur qualifié</i> • <i>Assurer une surveillance régulière dans le post-partum immédiat</i> • <i>Apprendre à la femme à palper son utérus et lui demander d'appeler à l'aide s'il n'est pas « dur » ou si elle saigne de trop</i>
Une rétention placentaire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accoucher chez un accoucheur qualifié</i> • <i>Examiner soigneusement le placenta et les membranes afin de vérifier qu'ils soient complets</i>

8. Expliquer comment la CPN recentrée pourrait réduire considérablement le risque d'une femme de mourir d'une HPP.

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

Travail individuel

1. Mme B est prête à accoucher, vous prévoyez de pratiquer une gestion active de la 3ème période de l'accouchement. Quand lui administrerez-vous 10 unités IM d'ocytocine ?

Dans la minute qui suit l'accouchement, après avoir palpé l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres fœtus.

2. Qu'est ce qui doit être exclu avant d'administrer l'ocytocine pour la gestion active de la 3ème période de l'accouchement?

Un autre/d'autres fœtus

3. Enumérer les trois composants de la GATPA.

- ***Administrer un utérotonique (de préférence 10 UI d'ocytocine en IM) dans la minute suivant la naissance du bébé, et après avoir exclu la présence d'un autre fœtus non diagnostiqué ;***
- ***Pratiquer la traction mesurée du cordon pour délivrer le placenta ;***
- ***Masser l'utérus après que le placenta ait été délivré.***

4. Pour accomplir une traction contrôlée du cordon pour la délivrance du placenta en toute sécurité, le prestataire saisit le cordon clampé avec une main. Avec l'autre placée sur le ventre au dessus du pubis, le prestataire pousse l'utérus vers le haut en direction de la tête de la mère. Pourquoi le prestataire pousse t-il l'utérus vers le haut ?

Le prestataire pousse l'utérus vers le haut en direction de la tête de la mère pour le stabiliser, et en empêcher l'inversion. L'inversion de l'utérus peut causer l'hémorragie, le choc et l'infection.

5. Mme B vient d'accoucher d'un bébé en bonne santé. Le périnée est intact. Pendant le 3ème stade, à quelle fréquence le prestataire devrait-il surveiller la quantité de saignement vaginal?

Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, toutes les 30 minutes pendant 1 heure, ensuite une fois par heure pendant 3 heures.

6. Comment devez-vous réagir :

- a. Si le placenta ne descend pas après le premier essai de la traction contrôlée sur le cordon ?

Si le placenta ne descend pas, cesser de tirer sur le cordon, puis ne plus exercer une pression sur l'utérus. Attendre une contraction utérine et répéter les étapes 2 à 6.

- b. Si le cordon s'arrache pendant la traction contrôlée sur le cordon ?

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.

- c. Si le placenta ne descend pas après quatre (4) essais de la traction contrôlée sur le cordon ?

Redouter un placenta accreta et appeler immédiatement à l'aide et procéder aux soins à donner en cas de complications.



Prévention des infections

Travail en classe

1. Calculer comment préparer une solution de décontamination (**solution chlorée diluée à 0,5%**) à partir des solutions concentrées :

Préparation	Parts d'eau	Parts de chlore
2,4%	4 parts	1 part
5%	9 parts	1 part
15%	29 parts	1 part

2. Calculer les grammes de chlore actif que l'on doit ajouter à un litre d'eau pour avoir une **solution chlorée diluée à 0,5%** :

Préparation	% de chlore actif	Grammes/Litre
Hypochlorite de calcium	70%	7.1 grammes par litre
Hypochlorite de calcium	35%	14.2 grammes par litre

Travail individuel

Pour chaque pratique décrite ci-dessous, décider si la pratique est « **acceptable** » ou « **non acceptable** ». Encercler le mot approprié. Expliquer pourquoi la pratique n'est pas acceptable.

1. Un médecin se lave les mains en les trompant dans une bassine d'eau avant d'examiner une patiente.

Non acceptable : Les mains peuvent être contaminées en les trompant dans une bassine d'eau stagnante. L'eau stagnante devient vite contaminée même si on y ajoute un antiseptique.

2. Il n'y a pas d'eau courante dans la clinique, alors un membre de l'équipe utilise une bouilloire pour verser de l'eau propre sur les mains d'un prestataire pour qu'il se lave les mains avec du savon.

Acceptable

3. Le morceau de savon utilisé dans la salle d'examen est mis dans un savonnier non perforé.

Non acceptable : Les petits morceaux de savon (des savonnettes) gardés dans un savonnier perforé est mieux. Un grand morceau de savon gardé dans un savonnier non perforé peut se contaminer très vite.

4. Le personnel de la clinique se lave les mains pendant approximativement 5 secondes.

Non acceptable : Le personnel devrait se laver les mains pendant au moins 10 à 15 secondes.

5. Une infirmière arrive en retard au CSCOM et y trouve beaucoup de gens en train de l'attendre. Elle décide de gagner un peu de temps et commence à consulter les clients sans se laver les mains.

Non acceptable : Le personnel devrait se laver les mains dès qu'il arrive à la formation sanitaire et avant de partir à la maison.

6. Se laver les mains gantées avec de l'eau et du savon dans le lavabo qui se trouve dans la salle d'accouchement.

Non acceptable : Les gants doivent être décontaminés immédiatement après leur utilisation.

7. Masser le fond utérin après la délivrance avec la main gantée d'un gant d'examen.

Acceptable

8. Un médecin fait tomber les instruments souillés dans la solution de décontamination.

Non acceptable : Mettre les objets dans le seau de décontamination sans faire éclabousser la solution.

9. Une sage-femme essaie toujours de rompre la poche des eaux pendant une contraction afin de diminuer les éclaboussures.

Non acceptable : Éviter de rompre la poche des eaux pendant une contraction afin d'éviter les éclaboussures.



10. Du sang a touché la peau d'un infirmier. Ce dernier se lave les mains vigoureusement avec une solution de décontamination (0,5% de chlore) pour diminuer les risques de contamination.

Non acceptable : 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.

Cocher « vrai » ou « faux » et commenter.

1. Après avoir essuyé, séché et puis baigné le nouveau-né, on peut le prendre sans mettre de gants.

Vrai

2. Les gants pourvoient une barrière contre les microorganismes infectieux que l'on trouve dans le sang, le liquide organique et d'autres déchets.

Vrai

3. Le risque d'avoir un accident avec exposition au sang/liquide biologique est le même que l'on utilise les gants à usage unique ou les gants décontaminés et désinfectés de haut niveau quatre fois.

Faux : Les gants décontaminés et désinfectés de haut niveau plus de trois fois pourraient avoir des gants invisibles à l'œil nu qui mettrait le prestataire à risque d'un accident d'exposition au sang (AES).

4. Toute personne (qu'il s'agisse d'un patient ou du personnel soignant) doit être considérée comme potentiellement porteuse d'une infection.

Vrai

5. La méthode la plus sûre pour éviter la contamination croisée est de porter les gants.

Faux : La méthode la plus sûre pour éviter la contamination croisée est de se laver les mains.

6. Pour réduire le risque d'avoir un accident avec exposition au sang, vous devez toujours récapuchonner l'aiguille utilisée.

Faux : On ne doit pas remettre le capuchon sur les aiguilles afin de prévenir des AES.

7. Les personnes qui s'occupent du ménage dans les infrastructures sanitaires sont rarement à risque d'avoir un accident avec exposition au sang, parce qu'ils ne s'occupent pas directement des soins de malades.

Faux : Les personnes qui s'occupent du ménage dans les infrastructures sanitaires sont souvent à risque d'avoir un AES.

8. Un des **buts** de l'élimination des déchets est d'éviter la transmission des infections à la communauté locale.

Vrai

9. Tous les déchets médicaux sont infectieux.

Faux : 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.

10. Les déchets solides contaminés devraient être brûlés ou enterrés.

Vrai

11. On doit laver les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

Vrai

12. La désinfection de haut niveau détruit tous les micro-organismes y compris le VHB et le VIH, sans tuer efficacement toutes les endospores bactériennes.

Vrai

13. Si vous voulez préparer une solution chlorée diluée (0,5%) à partir d'une solution concentrée à 5%, vous devez faire un mélange d'une part de chlore avec 6 parts d'eau.

**Faux : La dilution correcte est: Chlore: 10 ml + Eau: 90 ml
(1 part de chlore + 9 parts d'eau)**

14. Le nettoyage n'est pas nécessaire si les instruments souillés sont trempés immédiatement après leur utilisation dans une solution de décontamination.

Faux : Ni les procédures de stérilisation ni la désinfection de haut niveau ne sont efficaces sans nettoyage préalable.

15. Ni les procédures de stérilisation ni la désinfection à haut niveau ne sont efficaces sans nettoyage préalable.

Vrai

16. La désinfection de haut niveau tue tous les microorganismes, y compris les endospores bactériennes.

Faux : La DHN est une opération permettant de détruire tous les micro-organismes y compris le VHB et le VIH, sans tuer efficacement toutes les endospores bactériennes.



Préparation d'un plan d'accouchement

Travail en classe

L'histoire de Mme Diakité

Retards

Retard à l'identification du problème

Mme. Diakité est une grande multipare qui habite dans un village loin des services de santé. Elle n'a jamais fait de consultation prénatale. Quand elle est entrée en travail, elle fait appel aux membres de sa famille pour l'assister. Au bout d'un moment, la famille s'est rendue compte que le travail ne se déroulait pas comme il fallait.

Retard au délai d'évacuation

La famille a fait appel à l'accoucheuse traditionnelle (AT). L'AT leur a dit que, effectivement, le travail n'était pas normal et que la femme devrait être prise en charge dans une structure sanitaire.

La famille a ensuite pris la décision d'emmener Mme Diakité au Centre de Santé le plus proche. Une fois la décision prise, il fallait trouver un moyen de transport pour l'y emmener.

Mme. Diakité est arrivée au Centre de Santé le 23 Mars à 0h10.

Mauvaise qualité de soins

Quand elle y est arrivée, les prestataires ont constaté que la tête était à la vulve et que Mme. Diakité n'avait plus de contractions.

Mme. Diakité a été gardée au Centre de Santé pendant 4 heures de temps avant que le prestataire ne prenne la décision de l'évacuer à l'hôpital régional. A 16h50, le prestataire a rempli le bulletin d'évacuation. La raison invoquée de la référence était : « refus de pousser pour expulser l'enfant ». Aucun soin n'a été donné à Mme. Diakité (perfusion ...).

Retard à l'arrivée à la structure appropriée

L'évacuation a été retardée parce que la famille devait trouver un moyen de transport pour emmener Mme Diakité à l'hôpital.

Mme. Diakité est arrivée à l'Hôpital Régional, le 24 Mars à 8h30.

Mauvaise qualité de soins

Le chirurgien a refusé d'opérer sur une rupture utérine, de plus, une autre femme était en attente d'une césarienne. Les prestataires de l'hôpital régional ont pris la décision de l'évacuer à l'hôpital national.

La décision d'évacuation a été prise le 24 mars à 8h52. Mme Diakité a quitté l'hôpital régional à 10h30.

Mme Diakité est arrivée à l'hôpital national à 12h30. Le personnel de l'hôpital a essayé de stabiliser son état général avant de l'emmener au bloc opératoire. Mme Diakité est entrée au bloc opératoire à 13h00.

Décès Maternel

Mme. Diakité est décédée sur la table à 13h15.

Travail individuel

1. Mme Sylla est une primigeste qui a 20 ans. Elle vient pour sa première consultation prénatale. Vous trouvez que sa grossesse s'évolue normalement. Quels sont les signes de danger que vous devez enseigner à Mme Sylla et sa famille ?
 - **Disparition ou diminution des mouvements fœtaux**
 - **Fièvre**
 - **Saignement vaginal**
 - **Perte vaginale malodorante**
 - **Écoulement vaginal aqueux**
 - **Douleur à la miction**
 - **Vomissements persistants**
 - **Douleur pelvienne**
 - **Maux de tête ou troubles visuels**
 - **Perte de connaissance ou crises**
 - **Léthargie et fatigue**
 - **Problèmes respiratoires**
 - **Cécité nocturne**
 - **Toute autre chose qui puisse les préoccuper**
2. Enumérer les retards auxquels un prestataire pourrait avoir un impact.
 - **Retard à reconnaître le problème**
 - **Retard à accéder au centre de soins**
 - **Retard à l'arriver à la structure appropriée**
 - **Retard à recevoir les soins de qualité**
3. Pourquoi est-il important de préparer un plan pour l'accouchement pour toute femme enceinte ?
 - **Parce que 40% des femmes enceintes pourraient présenter une complication quelconque, et 15% pourraient présenter une complication qui menace leur vie.**
4. Parmi les femmes enceintes, quel pourcentage aurait une complication qui menace la vie ? Cochez la réponse correcte.

b. 15%
5. Citez les éléments d'un plan pour l'accouchement :
 - **Planifier l'accouchement**
 - **Préparer la trousse nécessaire pour l'accouchement**
 - **Etablir un plan/système pour le financement de l'accouchement**
 - **Préparer un plan pour les complications éventuelles**
6. Citez les personnes qui doivent reconnaître les signes de danger chez la femme enceinte lui permettant de sauver la vie de la femme :
 - **La femme, les membres de la famille**
 - **Les membres de la communauté**
 - **Les prestataires**



Premiers soins en cas de complications obstétricales

Etudes de cas pendant la session

Etude de cas	Choc – oui ou non ?
<ul style="list-style-type: none"> Mme A a accouché à la maison il y a 4 heures. Elle se présente au CS pour les saignements vaginaux. Signes : Pouls : 96 btts/min ; Tension artérielle : 11/7 ; Respirations : 21 ; Température : 37°C ; pâleur des conjonctives ; extrémités chaudes ; consciente ; vient d'uriner « une quantité suffisante ». 	Non
<ul style="list-style-type: none"> Tu as assisté Mme B pendant l'accouchement. Le travail a traîné, donc tu lui as donné une demie ampoule de Syntocinon et une demie ampoule de Spasfon pour « aider » le travail. Mme B a accouché peu après l'injection. Vous avez effectué la GATPA. 30 minutes après l'accouchement, elle continue à saigner. Signes : Pouls : 112 btts/min ; Tension artérielle : 8/4 ; Respirations : 36 ; Température : 36°C ; pâleur des conjonctives ; extrémités froides ; anxiété ; tu ne peux pas te rappeler de la dernière fois qu'elle a uriné. 	Oui
<ul style="list-style-type: none"> Mme C a une grossesse de 38 semaines. Elle se présente parce qu'elle a des saignements vaginaux, des douleurs abdominaux, et pense qu'elle est en travail. Signes : Pouls : 82 btts/min ; Tension artérielle : 13/9 ; Respirations : 24 ; Température : 37,5°C ; Bruits du cœur fœtal : absents ; pâleur des conjonctives ; extrémités froides ; anxiété ; ne peut pas se rappeler de la dernière fois qu'elle a uriné. 	Non
<ul style="list-style-type: none"> Mme D a accouché au CS pendant la nuit. Quand tu fais la tour, tu trouves : Pouls : 132 btts/min ; Tension artérielle : 7/- ; Respirations : 32 ; Température : 36°C ; pâleur des conjonctives ; confusion ; sueurs ; a uriné avant d'accoucher. 	Oui

Revue des signes / symptômes des causes principales d'une HPP immédiate (à compléter pendant la session)

Diagnostic du saignement vaginal après l'accouchement

Signe d'appel et autres symptômes et signes cliniques généralement présents	Symptômes et signes cliniques parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat^a utérus mou/non contracté 	<ul style="list-style-type: none"> choc 	A. atonie utérine
<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat^a 	<ul style="list-style-type: none"> placenta complet utérus contracté 	B. déchirures cervicales, vaginales ou périnéales
<ul style="list-style-type: none"> absence de délivrance 30 minutes après l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat^a utérus contracté 	C. rétention placentaire complète
<ul style="list-style-type: none"> absence d'une portion de la surface maternelle ou présence de membranes déchirées contenant des vaisseaux 	<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat^a utérus contracté 	D. rétention placentaire partielle
<ul style="list-style-type: none"> fond utérin non perçu à la palpation abdominale douleur légère ou intense 	<ul style="list-style-type: none"> utérus inversé, visible au niveau de la vulve HPP du post-partum immédiat^b 	E. inversion utérine
<ul style="list-style-type: none"> HPP du post-partum immédiat^a (saignement intra-abdominal et/ou vaginal) forte douleur abdominale (qui peut diminuer après la rupture) 	<ul style="list-style-type: none"> choc abdomen sensible pouls rapide 	F. rupture utérine

^a 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.

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



Réponses à l'étude de cas¹

Etude de cas

Madame A. est une jeune femme de 20 ans, primipare, qui a été assistée lors de l'accouchement par l'infirmière obstétricienne nouvellement formée en la GATPA. L'infirmière obstétricienne vous appelle car la femme a des pertes de sang abondantes depuis l'accouchement qui a eu lieu il y a 2 heures de cela. L'infirmière obstétricienne indique que la naissance s'est faite par accouchement spontané par voie basse d'un nouveau-né arrivé à terme. Madame A., ainsi que l'infirmière obstétricienne, signalent que le travail a duré 12 heures, que la naissance était normale et que le placenta a été délivré par la GATPA immédiatement après la naissance du nouveau-né.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
 - **Saluer Mme A. et l'infirmière obstétricienne avec respect et amabilité.**
 - **Il faut leur indiquer les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, on répondra à leurs questions de manière calme et rassurante.**
 - **Un bilan initial rapide est fait pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et a besoin de traitement d'urgence/réanimation : pouls > 110 ; tension artérielle systolique inférieur à 90 mm Hg ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite ; respiration rapide et confusion.**
 - **Il faut noter rapidement le niveau de connaissance/convulsions et les douleurs abdominales et prendre la température pour détecter une éventuelle septicémie.**
 - **On demandera à l'infirmière obstétricienne si l'utérus était bien contracté après la délivrance du placenta et si les membranes étaient expulsées complètement et sans problèmes ou si elles étaient expulsées en morceaux.**
 - **Masser l'utérus pour expulser les caillots et sentir pour voir s'il est contracté.**
 - **Donner de l'ocytocine - 10 unités IM.**
 - **Installer une voie veineuse.**
 - **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, juste avant de commencer à perfuser.**
 - **Commencer une perfusion IV en utilisant une aiguille à grand calibre (16-gauge) et donner rapidement des liquides IV.**
 - **Vérifier que la vessie est vide – sonder si nécessaire.**
 - **Vérifier que le placenta est expulsé – examiner pour voir si tout le placenta est sorti.**
 - **Examiner les parties génitales à la recherche de déchirures.**

¹ Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par JHPIEGO. www.reproline.jhu.edu (accédé le 28 août 2006).

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
- **Massage/palpation de l'utérus – L'utérus de Mme A. devrait être examiné immédiatement pour voir s'il est contracté. Si l'utérus est contracté et ferme, le traumatisme génital est probablement la cause du saignement. Si l'utérus n'est pas bien contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l'utérus atone.**
 - **Examen du placenta – Si le placenta n'est pas complet, la cause la plus probable du saignement est la rétention de fragments placentaires.**
 - **Un examen attentif du périnée et du vagin – Si l'utérus est bien contracté, le placenta est complet et on ne voit pas de déchirures vaginales ou périnéales, une déchirure du col est probablement la cause du saignement. Ensuite, faire un examen du col.**

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

L'infirmière obstétricienne indique qu'à son avis, le placenta et les membranes ont été expulsés sans problème et étaient complets.

Examen physique :

La température de Madame A. est de 36,8°C, son pouls est de 108 par minute, sa tension artérielle est de 8/6 et la fréquence respiratoire est de 24 mvts par minute.

Elle est pâle et elle transpire.

Son utérus est mou et ne se contracte pas avec le massage du fond de l'utérus. Vous notez un saignement vaginal abondant et rouge vif. A l'inspection, il n'y a aucun signe de déchirure périnéale, cervicale ou vaginale.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic et pourquoi ?

- **Les symptômes et signes de Mme A. (à savoir, hémorragie du post-partum immédiat, utérus mou qui n'est pas contracté, choc) sont ceux de l'utérus atone.**

Prestation de soins (planification et intervention)

4. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?

- **Appeler à l'aide car de nombreuses mesures doivent être prises simultanément. Il ne faut pas laisser Mme A. toute seule sans une personne qui la surveille.**
- **Un aide doit démarrer immédiatement le massage utérin (pendant que vous faites le bilan).**
- **Au moment du bilan initial rapide, dès que le choc est détecté, il faut démarrer le traitement.**
 - **Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.**
 - **Prise de sang pour mesure de l'hémoglobine et test de compatibilité et transfusion de sang aussi rapidement que possible.**
 - **Démarrer une perfusion avec une aiguille de gros calibre pour administration rapide de liquides (1 litre de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15–20 minutes).**
 - **Une seconde voie veineuse devrait être utilisée pour perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de liquides à raison de 60 gouttes par minute. Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant**



- de l'ocytocine. (Si l'on ne peut pas avoir une seconde voie, donner 10 UI d'ocytocine en IM.)**
- **L'allonger sur le côté.**
 - **S'il est disponible, donner de l'oxygène à raison de 6–8 litres par minute par masque ou sonde.**
 - **La garder au chaud (ne pas la surchauffer).**
 - **Elever ses jambes.**
 - **Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration au moins toutes les 15 minutes.**
 - **Suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).**
 - **Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet.**
 - **Examiner le col, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.**
 - **Un test de coagulation au lit de la patiente doit être réalisé pour déceler la coagulopathie (la coagulopathie est aussi une cause qu'un résultat d'une grave hémorragie obstétricale).**
 - **Les étapes prises pour prendre en charge la complication devraient être expliquées à Mme A. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on lui apportera un soutien affectif tout en la rassurant.**

Evaluation

Un examen du placenta a été réalisé et quelques cotylédons manqués et, en plus, les membranes n'étaient pas complètes. Une exploration manuelle de l'utérus a été réalisée et certains tissus placentaires ont été retirés. Toutefois, 15 minutes après qu'a démarré le traitement, elle continue à avoir un saignement vaginal abondant. L'utérus reste mal contracté. Le test de coagulation au lit de la patiente est de 5 minutes, son pouls est de 110 par minute et sa tension artérielle est de 8/6. Sa peau continue à être froide et moite et elle est désorientée.

5. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
- **Il faut procéder de suite à une transfusion de sang.**
 - **En même temps, continuer à perfuser rapidement la solution de Ringer lactate ou le sérum physiologique.**
 - **Si disponible, donner 0,2 mg d'ergométrine/méthylergométrine en IM.**
 - **Une compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale doit être réalisée pour faire cesser le saignement. La compression est maintenue jusqu'à ce que s'arrêtent les saignements.**
 - **Si les saignements continuent malgré la compression, des dispositions doivent être prises immédiatement pour transférer Mme A. à l'hôpital de district.**
 - **Il faut expliquer les mesures prises pour la prise en charge continue de la complication à Mme A. De plus, il faut l'encourager à exprimer ses préoccupations, l'écouter attentivement et lui apporter un soutien affectif tout en la rassurant.**
 - **La communication à propos de l'état de Mme A. devrait être maintenue entre le centre de santé (établissement ayant demandé le transfert) et l'hôpital de district (établissement de transfert) concernant les soins nécessaires une fois Mme A sortie de l'hôpital.**

Réponses aux simulations cliniques²

Scenario 1 (Information fournie et questions posées par le facilitateur)	Réactions / réponses clés (Attendues du participant)
<p>1. Mme DIAKHITE est une multigeste de 36 ans qui a eu cinq enfants. Son mari, qui vous indique qu'elle a accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, l'a emmenée à l'hôpital. L'accoucheuse lui a dit que le placenta a été expulsé facilement et complètement suivant la naissance mais que Mme DIAKHITE saigne "de trop" depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme DIAKHITE avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner "de trop."</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que faites-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Evaluer immédiatement Mme DIAKHITE pour déterminer s'il y a choc, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), le niveau de connaissance, la couleur et température de la peau. • Dire à Mme DIAKHITE (et à son mari) ce que vous allez faire. L'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. • Tourner Mme DIAKHITE sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.
<p>2. A l'examen, vous constatez que Mme DIAKHITE a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 8/5 et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme DIAKHITE ? • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Madame DIAKHITE est en état de choc. • Un aide doit démarrer immédiatement le massage utérin (pendant que vous faites le bilan). • Au moment du bilan initial rapide, dès que le choc est détecté, il faut démarrer le traitement. <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes. - Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer une voie veineuse en utilisant une aiguille de gros calibre et perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison d'1 l en 15 à 20 minutes. - Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation pour la coagulopathie). - S'il est disponible, donner de l'oxygène à raison de 6-8 litres par minute par masque ou sonde. - Couvrir Mme DIAKHITE pour la garder au chaud (ne pas la surchauffer). - Elever ses jambes. - Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration au moins toutes les 15 minutes. - Sonder la vessie et suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire). • Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots et stimuler des contractions. • Donner 10 UI d'ocytocine en IM. • Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet. • Examiner le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques.

² Adapté des matériels d'apprentissage pour une formation en les SONU préparés par JHPIEGO. www.reproline.jhu.edu (accédé le 28 août 2006).



Scenario 1 (Information fournie et questions posées par le facilitateur)	Réactions / réponses clés (Attendues du participant)
Question 1 de discussion : Comment savez-vous qu'une femme se trouve dans un état de choc ?	Réponses attendues : Pouls supérieur à 110 battements minute ; tension artérielle moins de 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxiété et confusion ou perte de connaissance.
Question 2 de discussion : S'il est impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique, que faudrait-il faire ?	Réponse attendue : Pratiquer une dénudation veineuse
3. A l'examen supplémentaire, vous constatez qu'il n'y a pas de déchirures vaginales ou périnéales et que l'utérus de Mme DIAKHITE est mou et qu'il n'est pas contracté mais qu'il n'est pas sensible. Ses habits à partir de la taille sont trempés de sang. <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les principaux problèmes de Mme DIAKHITE ? • Quelles sont les causes de son choc et saignement ? • Qu'allez-vous faire ensuite ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Mme DIAKHITE a perdu "trop" de sang depuis l'accouchement et qu'on constate une perte considérable de sang sur ses habits. • Indiquer que l'utérus de Mme DIAKHITE est mou et qu'il n'est pas contracté, mais qu'il n'est pas sensible ; elle n'a pas de fièvre. • Déterminer que le choc de Mme DIAKHITE est imputable à l'hémorragie du post-partum, utérus atone. • Masser l'utérus de Mme DIAKHITE pour stimuler une contraction. • Installer une deuxième voie veineuse et administrer 20 unités d'ocytocine dans un litre de liquide à 60 gouttes/minute. (Si l'on ne peut pas avoir une seconde voie, donner 10 UI d'ocytocine en IM.) Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant de l'ocytocine.
4. Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame DIAKHITE est encore à 116 battements/minute, la tension artérielle à 88/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 32 mvts/minute. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer un autre litre de liquide pour vérifier que 2 litres sont infusés dans l'heure qui suit le début du traitement. • Continuer à administrer de l'oxygène à 6-8 l/minute. • Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté. • Diminuer la perfusion de 20 unités d'ocytocine dans un litre de liquide à 40 gouttes/minute. [Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant de l'ocytocine.] • Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.
5. Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements excessifs ont cessé. Le pouls de Mme DIAKHITE est de 90 btts/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster le taux de perfusion IV à 1 litre en 6 heures. • Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté. • Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. • Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.
6. L'état de Mme DIAKHITE s'est stabilisé. Vingt-quatre heures plus tard, son hémoglobine est de 6,5 g/dl. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer à administrer 120 mg de fumérate ferreux par voie buccale PLUS 400 µg d'acide folique par voie buccale tous les jours et dire à Mme DIAKHITE qu'elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois.

Scenario 2 (Information fournie et questions posées par le facilitateur)	Réactions / Réponses Clés (Attendues du participant)
<p>1. Mme KANTE a 24 ans et elle vient juste de donner naissance à une petite fille en bonne santé après 7 heures de travail. Une gestion active de la troisième période de l'accouchement a été faite et le placenta et les membranes étaient complets. Environ 30 minutes plus tard, l'infirmier obstétricien qui a assisté à l'accouchement arrive en courant pour dire que Mme KANTE saigne abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Evaluer immédiatement Mme KANTE pour déterminer l'état général, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. • Indiquer à Mme KANTE ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.
<p>2. A l'examen, vous constatez que Mme KANTE a un pouls de 120 battements/minute, qu'elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau n'est ni froide ni moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème de Mme KANTE ? • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Mme KANTE est en état de choc suite au saignement du post-partum. • Traiter le choc : <ul style="list-style-type: none"> - Tourner la femme sur le côté. - Eviter que la femme se refroidisse mais ne pas la surchauffer. - Surélever les jambes de la femme. - 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). - 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. - Perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison de 1 litre en 15 à 20 minutes, pour commencer. <p>Ne pas donner de liquides par voie orale à une femme en état de choc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonder la vessie et surveiller l'absorption de liquide et le débit urinaire. - 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.
<p>Question 1 de discussion : Comment savez-vous que cette patiente est entrée en choc ?</p>	<p>Réponses attendues : <i>Pouls supérieur à 110 battements /minute ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxieuse et confuse ou perte de connaissance.</i></p>



Scenario 2 (Information fournie et questions posées par le facilitateur)	Réactions / Réponses Clés (Attendues du participant)
<p>3. Vous constatez que l'utérus de Mme KANTE est mou et n'est pas contracté.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots sanguins et stimuler une contraction. • Donner 10 UI d'ocytocine en IM • Vérifier si le placenta a été expulsé et si oui, l'examiner pour s'assurer qu'il est complet. • Examiner la vulve, le vagin et le périnée et rechercher d'éventuelles lésions traumatiques. • Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.
<p>4. Vous constatez que l'utérus de Mme KANTE est bien contracté. A l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le vagin, la vulve et le périnée de Mme KANTE, vous constatez qu'il n'y existe pas de déchirures. Mme KANTE continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer la perfusion. • Examiner le col pour voir s'il existe des déchirures. • Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.
<p>5. A l'examen du col, vous constatez qu'il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous préparer à la réfection des déchirures cervicales. • Indiquer à Mme KANTE ce que vous allez faire, écouter ses préoccupations et la rassurer. • Demander à un membre du personnel de vous aider à vérifier les signes vitaux de Mme KANTE pendant que vous faites la réfection

Scenario 2 (Information fournie et questions posées par le facilitateur)	Réactions / Réponses Clés (Attendues du participant)
<p>Question 2 de discussion : <i>Qu'auriez-vous faire si l'examen du placenta avait montré qu'il manquait un morceau (placenta incomplet) ?</i></p>	<p>Réponses attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le problème à Mme KANTE et la rassurer. Expliquer que vous devez faire une délivrance artificielle du placenta. • Administrer de la péthidine et du diazépam en IV lentement ou utiliser la kétamine. • Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (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). • Utiliser des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour toucher à sentir, à l'intérieure de l'utérus, les fragments du placenta et les retirer avec la main, avec une pince en cœur ou une grande curette.
<p>6. Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme KANTE Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme KANTE Son pouls est à présent de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster le taux de perfusion IV à 1 l en 6 heures. • Continuer à vérifier les pertes de sang vaginal. • Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. • Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. • Continuer les soins routiniers du post-partum, y compris l'allaitement maternel du nouveau-né.

