

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 travail¹⁴

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 épouger 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

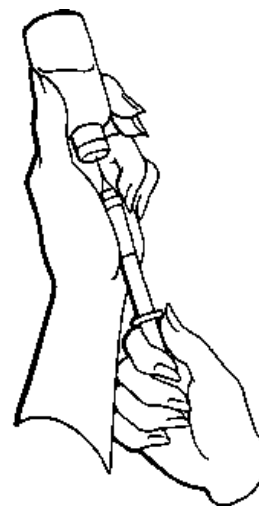


- Aider la femme à vider sa vessie quand la deuxième période de l'accouchement s'approche.
- Informer la femme du genre de son bébé et expliquer l'état et les soins que l'on pourvoit au nouveau-né.
- Veiller à ce que la femme soit à l'aise.
- Si la femme a choisi d'allaiter son enfant, encourager l'allaitement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

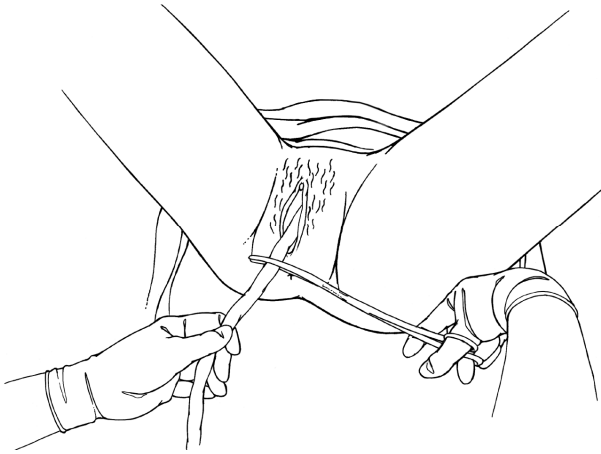


Figure 8. Clampage du cordon à proximité du périnée

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.

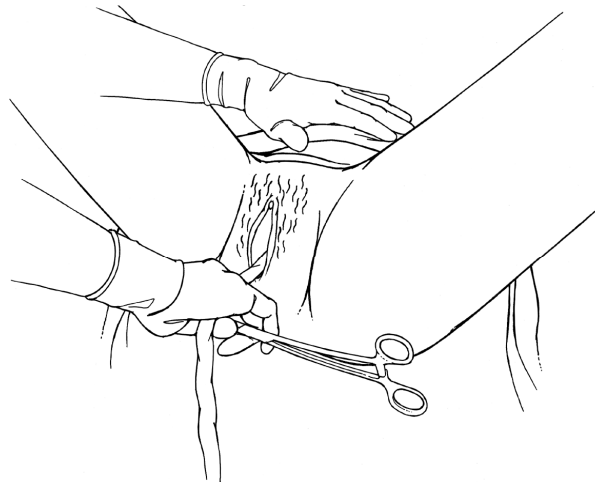


Figure 9. Palper l'utérus pour une contraction; maintenir une légère tension sur le cordon

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).

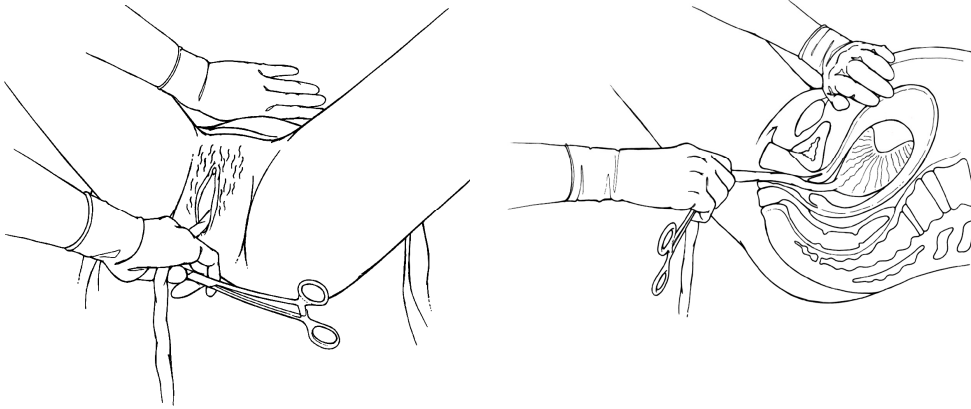


Figure 10. Application de la TCC avec une contre-pression simultanée

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).

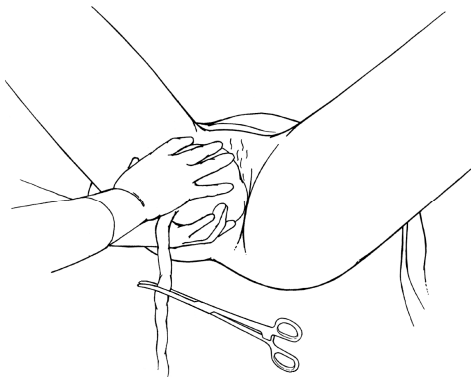


Figure 11. Prise du placenta avec les deux mains

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).

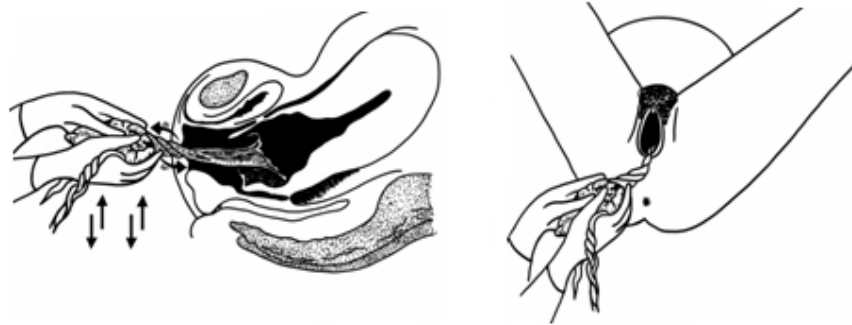


Figure 12. Délivrance du placenta

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).

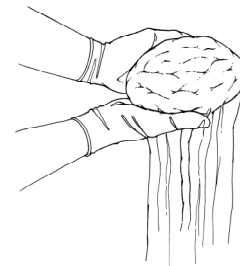
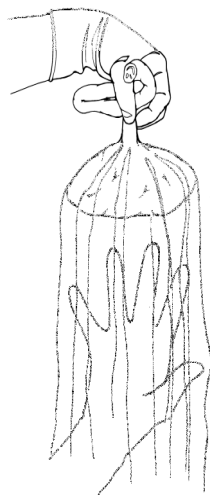


Figure 15. Vérifier le côté maternel du placenta



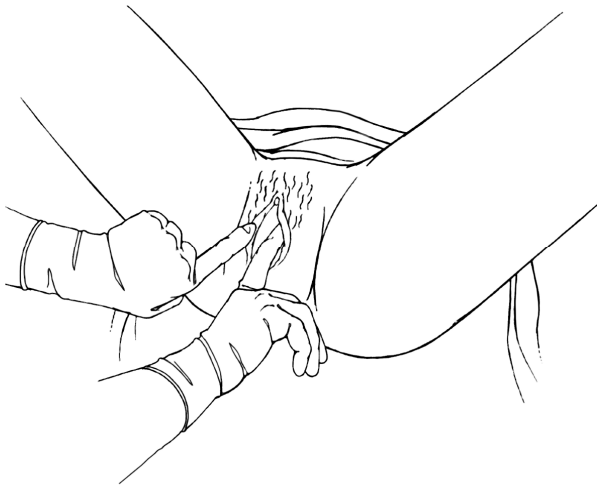
2. Puis tenir le cordon d'une main et laisser pendre le placenta et les membranes. Insérer l'autre main dans les membranes, les doigts bien écartés. Vérifier l'intégralité des membranes (figure 16).

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-né¹⁴

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

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

- 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.

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.



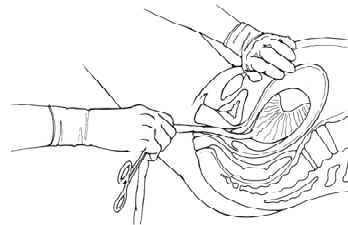
3: Clamper le cordon ombilical et le sectionner une fois que les pulsations cessent ou 2 à 3 minutes après la naissance du bébé, en prenant comme point de départ le premier des deux événements.



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

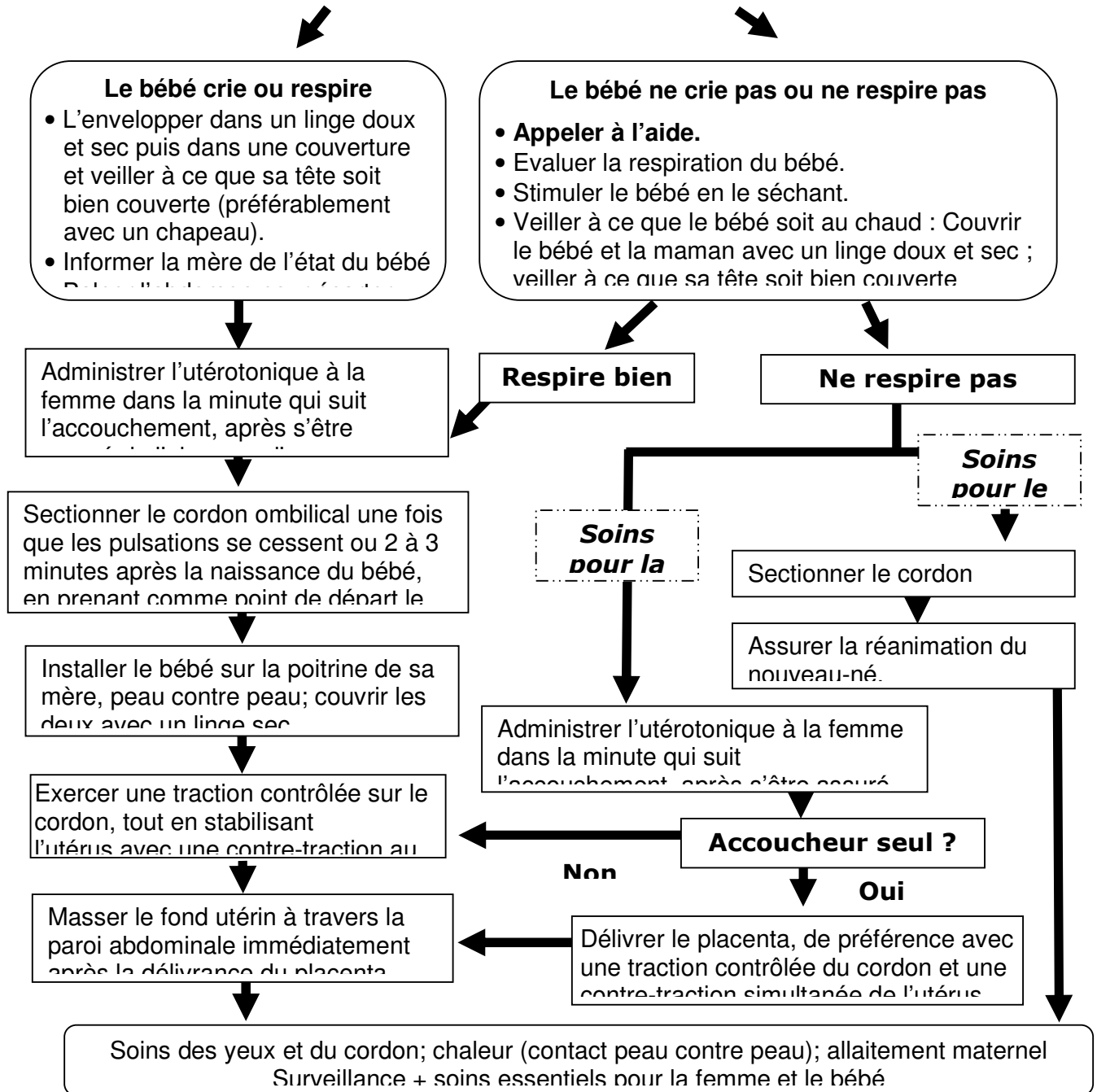


Pan American Health Organization
Regional Office of the World Health Organization

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



POPHHI
Prevention of Postpartum
Hemorrhage Initiative

BASICS



Références

¹⁴ 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.

¹⁵ Yao AC, Moinian M, Lind J. Distribution of blood between infant and placenta after birth. *Lancet*. 1969;7626:871-873.