

MODULE DE FORMATION EN PLANIFICATION FAMILIALE ET MATERNITE SANS RISQUE

A L'USAGE DES ÉTUDIANTS EN 6^e ANNÉE DE MÉDECINE

Réalisé par
les enseignants des facultés de médecine du Maroc
avec la collaboration de
JHPIEGO (Baltimore, E U)

*Ce module a été préparé dans le cadre de
la phase V du Projet Bilateral de soutien aux Programmes PF/SMI
entre le Ministère de la Santé et l'Agence Américaine de Développement International (USAID)
Il a été réalisé sous le contrat n° 608 C 00 94-00006 de l'agence exécutive John Snow Inc*

© 1^{ère} édition 1999
Ministère de la Santé - Royaume du Maroc
Coordinatrice de l'édition Nawal BIRDAHA (John Snow Inc)
ISBN 9981 813 16 8
n° de dépôt légal 1289/1999

Table des matières

Section 1 PLANIFICATION FAMILIALE

Introduction	11
Counseling en planification familiale	14
Bilan pour la prescription des méthodes	21
Prevention des infections	24
Dispositif intra-uterin	34
Methodes hormonales	42
Contraception orale	42 ¹
Injectables	51
Implants sous dermiques	56
Autres methodes	57
Methodes barrieres (mecaniques et chimiques)	57
Methodes naturelles (continence periodique, MAMA)	60
Contraception Chirurgicale Volontaire - Ligature tubaire	64
Contraception des situations particulieres	66
Infections genitales et depistage du cancer du col	68
<i>Annexe organisation et gestion du programme national de PF</i>	75

Section 2 MATERNITE SANS RISQUE

Consultation prenatale	81
Hemorragies du 1er trimestre	91
Pathologies du 2e trimestre	95
Situations pathologiques du 3e trimestre	96
Complications obstetricales du 3e trimestre	104
Rupture prematuree des membranes	104
Menace d'accouchement premature	105
Hemorragies du 3e trimestre et du travail	106
Travail	110
Surveillance du travail	110
Anomalie du travail	114
Gestes obstétricaux	117
Delivrance	129
Delivrance normale	129
Hemorragie de la delivrance	130
Prise en charge du nouveau-ne en salle d'accouchement	134
Post-partum et allaitement	139
<i>Annexe actions des médicaments sur la grossesse et l'allaitement</i>	142

Abréviations

AMDP	Acétate Medroxyprogestérone	LA	Liquide Amniotique
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien	LT	Ligature Tubaire
ATCD	Antécédent	MA	Mouvements Actifs
BCF	Bruits du Coeur Foetaux	MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et Amenorrhée
CAT	Conduite à Tenir	MAP	Menace d'Accouchement Premature
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire	MFIU	Mort Foetale In Utéro
CIN	Cervical Interepithelial Neoplasms ou néoplasmes inter épithéliales du col	MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
CIS	Carcinome In Situ	MLU	Masse Latéro Utérine
cm	Centimètre	MST	Maladie Sexuellement Transmissible
COC	Contraception Orale Combinee	NFS	Numeration Formule Sanguine
Cp	Comprime	O2	Oxygène
CPP	Contraceptif Purement Progestatif	OAP	Oedème Aigu des Poumons
CRPC	Réactive Protéine	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CU	Contraction Utérine	Parasito	Examen parasitologique
DA	Délivrance Artificielle	PDE	Poche Des Eaux
DHN	Désinfection ou Désinfecté a Haut Niveau	PF	Planification Familiale
DIU	Dispositif Intra Uterin	PFN	Planification Familiale Naturelle
DR	Dernières Regles	PP	Placenta Praevia
DS	Détroit Supérieur	QI	Quotient Intellectuel
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines	Rai	Recherches des agglutinines irrégulières
FCV	Frottis Cervico-Vaginal	RAM	Rupture Artificielle des Membranes
FHI	L'agence américaine Family Health International	RCF	Rythme Cardiaque Foetal
FJA	Fiche Journalière d'Activité	RCIU	Retard de Croissance Intra Uterin
GIU	Grossesse Intra Uterine	Rh	Rhesus
GEU	Grossesse Extra Utérine	RPM	Rupture Prématuration des Membranes
Hg	Hémoglobine	RU	Revision Uterine
HCG	Human Chorionic Gonadotrophin	RU 486	Medication Contragestif
HGPO	Hyper Glycémie Provoquée par voie Orale	SA	Semaines d'Amenorrhée
HPV	Human Papilloma Virus	SFA	Souffrance Foetale Aigue
HRP	Hématome Rétro Placentaire	SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
HTA	Hypertension Arterielle	SNC	Système Nerveux Central
HU	Hauteur Uterine	Suppo	Suppositoire
IEC	Information Education et Communication	T°	temperature
IM	Intra Musculaire	TA	Tension Arterielle
IV	Intra Veineux	TP	Taux de Prothrombine
IVD	Intraveineuse Directe	TV	Toucher Vaginal
JHPIEGO	L'agence américaine Johns Hopkins Program for International Education and training in reproductive health	Tx	Taux
		VHB	Virus Hépatite B
		VIH	Virus Immunodéficience Humaine

Comité de rédaction

Ce guide fut l'objet de travaux répétés des enseignants des facultés de médecine du Maroc. On peut citer une phase préparatoire, un atelier à Baltimore et deux ateliers à Agadir en 1997, puis deux séries de séances de travail à Rabat en 1998.

Les personnes qui ont contribué à cet ouvrage sont les

Enseignants

D^r Mohamed Hassan ALAMI

P^r My Tahar ALAOUÏ

D^r Nadia AMRANI

P^r Aziz BAIDADA

D^r Abdelaziz BANANI

P^r Samir BARGACH

D^r Reda BARHMI

D^r Laila BELGHITI

D^r Omar BENANI

D^r Amina BENNANI

P^r Fatine BENSÂÏD

D^r Mohammed BENYAHIA

D^r Rachid BERRADA

P^r Rachid BEZAD

D^r Wafae BISBIS

D^r Saïd BOUHÏA

D^r Adelatif CHAOUÏ

P^r Chafik CHRAÏBI

D^r Taoufik CH^r RAÏBI

D^r Mohamed DEHAYNI

D^r Sabah EL AMRANI

D^r Leïla EL BARNOUSSI

P^r Fennane EL FÏHRI

D^r Samira EL HAJOUÏ GHZÏEL

D^r Zaki EL HANCI

D^r Mohamed EL KARROUMI

D^r Aïcha EL MANSOURI

D^r Kamal EL MOUATACIM

D^r Aïcha FADLI

D^r Driss FERHATI

D^r Adib Abdelhain FILALI

D^r Mhjob GHAZLI

D^r Saïd HERMAS

D^r Amine HIMMI

D^r Samira KHABOUZE

D^r Mouna KHACHANI

D^r Aïcha KHARBACH

D^r Mohamed LAGHZAOUÏ

D^r Amina LAKHDAR

D^r My Abdellah MELHOUF

D^r Nadia MEZZANE

D^r My Driss MOUSSAOUÏ RAHALI

D^r Samira NABIL

D^r Mohammed NOUN

D^r Taïbi OUAZZANI

D^r Mohamed OUTIFA

D^r Abdelhak RAGALA

D^r Brahim RHRAB

D^r Nozha SAADI

D^r Naima SAMOUHI

D^r Omar SEFRIOUI

D^r Abderraouf SOUMMANI

D^r Rajae TACHINANTE

D^r Moukha Zakia TAZI

D^r Mounia YOUSFI MALKI

D^r Najja ZERAÏDI

D^r Nadia ZINOUN

D^r Amina ZOUHAL

médecins du Ministère de la santé

D^r Mohamed ABOUOUAKIL

D^r Najja HAJJI

D^r Wafia LANTRY

D^r Mostafa TYANE

JHPIEGO

Anne PFIZER

Préface

Ce travail réalisé sous la tutelle du Ministère de la santé est le fruit d'une collaboration étroite et soutenue entre la Direction de la population, les Facultés de médecine de Rabat et Casablanca, et en particulier les départements de gynécologie-obstétrique et l'équipe de JHPIEGO dans le cadre du projet MS/USAID en faveur de la santé de la mère et de l'enfant

Ce module rédigé par des professeurs gynécologues-obstétriciens choisis pour leur compétence, leur motivation et leur engagement, a pour objectif d'offrir aux étudiants de 6ème année de médecine, un support pratique et adapté pour répondre au mieux à la prise en charge des problèmes liés à la grossesse, à l'accouchement et à la planification familiale

Il ne s'agit pas d'un livre de référence en gynécologie-obstétrique mais d'un guide de formation destiné à l'usage des enseignants et des étudiants

Ils y trouveront pour chaque compétence

- ce que l'étudiant doit connaître les connaissances théoriques ,*
- ce que l'étudiant doit savoir faire les aptitudes ,*
- une ou plusieurs fiches techniques ,*
- un ou plusieurs outils d'apprentissage, tels que fiche d'apprentissage ou arbre de décision ,*
- une liste non exhaustive de documents de référence facilement disponibles*

Il s'agit d'un cadre standard que chaque enseignant pourra adapter en fonction du contexte

Sa conception est en harmonie avec les nouvelles approches pédagogiques basées sur l'acquisition de compétences qui vont permettre aux étudiants de maîtriser les gestes qui sauvent la vie et qui répondent aux besoins prioritaires de la population en santé de la reproduction

Dans cette nouvelle optique, la formation est basée sur 3 éléments essentiels

- *L'enseignement interactif par problème, où l'étudiant joue le rôle dynamique le plus important et où l'enseignant devient plutôt un facilitateur. Il s'agit de séances thématiques animées par des études de cas, des diapositives ou des films scientifiques*
- *L'enseignement pratique sur le mannequin et par jeu de rôle, pour l'apprentissage des gestes pratiques et techniques standardisés en vue d'une maîtrise parfaite avant de passer à la phase ultime*
- *La pratique avec les utilisatrices de service, l'approche est alors globale, intégrant les aspects techniques, psychologiques et de communication pour une prise en charge optimale de leurs besoins*

Les problèmes liés à la santé de la mère restent préoccupants dans notre pays. La réduction du taux élevé de mortalité maternelle et la fréquence de la morbidité liée à la grossesse et à l'accouchement constituent aujourd'hui un défi pour nous, professionnels de santé, quel que soit notre niveau d'intervention.

L'amélioration de la formation de nos futurs médecins contribuera certainement à cet effort national.

Planification familiale

Section 1

- 9 -
Previous Page Blank

Introduction

√ Définitions

Le Planning Familial ou Planification Familiale (PF),

regroupe tous les aspects politico-sociologiques, sanitaires, démographiques et économiques. On peut en dégager deux aspects

- La limitation des naissances (Malthus)
intérêt national, natalité galopante (déséquilibre entre population et facteurs de développement, pour arriver à un contrôle des naissances ou "Birth Control")
- L'espacement des naissances dans l'intérêt de la famille et de l'individu (amélioration de la santé)

La contraception

c'est le moyen pour empêcher la grossesse par des moyens efficaces, sans danger, et réversibles (méthodes temporaires) ou définitives (la Contraception Chirurgicale Volontaire)

√ Situation actuelle démographique

Cf données actuelles dans la littérature internationale et nationale

Dans le monde

- Pays développés
- Pays en voie de développement

Au Maroc

√ Avantages de la PF

Au plan individuel et familial

Sur la santé de la mère

- mortalité maternelle,
- grossesses à risques (anémie et H T A gravidiques),
- complications de l'accouchement (morbidity)

Sur la santé de l'enfant

- relation entre mortalité périnatale et rang de naissance,
- Quotient Intellectuel (Q I) et rang de naissance,
- comparaison entre malnutrition et maladies infantiles chez les familles réduites et les familles nombreuses

Au plan national

Avantages socio-economiques (education, emploi, securite alimentaire et environnement, etc)

Prévalence contraceptive

Situation dans le monde

Facteurs d'influence (cf donnees de la litterature)

Au Maroc, la prévalence contraceptive est de 58 8% d'apres l'etude PAPCHILD 1997

Différentes méthodes de contraception

TYPE	MÉTHODES	MODE D'ACTION
Hormonale	Contraceptifs oraux - Injectables - Implants	Supprime l'ovulation Agit sur la glaire cervicale et l'endomètre
Mécanique	Dispositif intra utérin	Lyse les spermatozoïdes Empêche la nidation
Barrière	Préservatifs Spermicides - Diaphragme	Empêche les spermatozoïdes de franchir le col
Naturelle	- Continence périodique (calendrier, glaire cervicale,) température basale du corps) - Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée	Evite ou protège les rapports sexuels pendant la période d'ovulation
Permanente	Ligature tubaire	Empêche la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule

En résumé

La PF évite les grossesses précoces, tardives, nombreuses, trop rapprochées (- 3 ans) et le recours aux avortements illégaux qui perturbent la santé maternelle et de la famille

La PF présente un aspect préventif et un aspect promotionnel (amélioration de la qualité de vie)

Documents de référence

- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Etudes démographiques de la santé, DHS Studies*
- *Affiche Population Référence Bureau*
- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives*, OMS

Counseling en PF

Connaître

- le but de la planification familiale,
- le cadre et les conditions du counseling,
- les étapes du counseling (BERCER)

Savoir

- instaurer un climat favorable pour le choix d'une méthode,
- faire une séance de counseling

Introduction à l'Information, Education et Communication (IEC)

Dans le domaine de la sante comme dans celui de la planification familiale, toute action du personnel de sante en matiere d'IEC vise nécessairement a produire l'effet positif chez le receuteur (patient ou client) Dans le cas de la planification familiale, il s'agit du choix et de l'adoption d'une methode contraceptive, d'un changement d'opinion a l'égard de la planification familiale ou d'une méthode contraceptive

Le succes des actions d'IEC est largement conditionne par la capacite du personnel de sante a faire usage des techniques adéquates de communication interpersonnelle, et surtout a démontrer des habilités fondamentales telles que définies dans le cadre de counseling

La consultation de planification familiale est un moment privilegé qui ne peut être bénéfique que s'il est base sur un bon counseling

En plus des informations techniques, il faut savoir comment mener une consultation de planification familiale pour bien repondre aux besoins specifiques de chaque femme, homme ou couple

L'utilisation du counseling implique la maîtrise de certaines compétences qui se complètent entre elles et dont l'enchaînement constitue la réussite du counseling. La prise en considération des principaux éléments suivants est essentielle

- les valeurs personnelles et leur place dans les rapports entre prestataire et bénéficiaire (clients) ,
- les obstacles à la communication ,
- les rumeurs qui discréditent la planification familiale et les méthodes contraceptives ainsi que la manière de les corriger ou de les contrecarrer ,
- l'importance de l'écoute active dans tout entretien individualisé

Fiche technique
COUNSELING EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

But du counseling en matière de planification familiale

Le counseling en matière de planification familiale permet aux clients de décider librement et en connaissance de cause du choix d'une méthode contraceptive

Tâches du conseiller

- Traiter la cliente avec respect, l'encourager à parler et savoir l'écouter ,
- s'assurer que la cliente est au courant des méthodes disponibles en planification familiale et fournir l'information manquante ,
- aider la cliente à bien comprendre ses besoins en planification familiale et faire un choix adapté à sa situation ,
- rester neutre en ce qui concerne le choix d'une méthode contraceptive

Cadre du counseling

- Le lieu du counseling doit préserver la confidentialité, être confortable et éloigné du bruit ,
- le matériel nécessaire doit être disponible ,
- aides visuels (échantillons de méthodes, maquettes) ,
- formulaires (dossier médical, fiche de liaison, consentement) ,
- fiches techniques des méthodes

Déroulement du counseling BER CER

- Bon accueil de la cliente
 - faire les présentations,
 - mettre la cliente à l'aise,
 - expliquer l'objectif de la séance
- Entretien
 - demander le but de la visite ,
 - écouter, paraphraser, questionnaires, en vue de recueillir les informations sur la cliente (âge, sexe, nombre d'enfants, antécédents médicaux, expérience contraceptive) ,
 - évaluer les connaissances et pratiques de la cliente en planification familiale
- Renseignements sur les méthodes
 - fournir les informations qui manquent à la cliente (système de reproduction humaine, avantages, risques et effets secondaires concernant les méthodes) ,

- corriger les idées fausses (rumeurs négatives) ,
- informer la cliente sur les risques de l'utilisation incorrecte des méthodes contraceptives qui l'intéressent le plus ,
- au cas où la cliente n'opte pour aucune méthode, lui conseiller de revenir si elle change d'avis
- Choix de la méthode
 - s'assurer que la méthode choisie convient à la cliente ,
 - donner les explications sur cette méthode
- Explications
 - expliquer en détail comment utiliser la méthode choisie, ses avantages, que faire en cas de signes d'alarme et à qui s'adresser si la cliente veut arrêter la méthode ,
 - indiquer à la cliente où et comment bénéficier de la méthode choisie ,
 - fournir la méthode ou référer la cliente
- Retour/Suivi
 - dire qu'il faut revenir en cas de problèmes ou complications ,
 - donner rendez-vous pour une visite de contrôle

*Souvenez-vous !
L'objectif du counseling est que le couple prenne une décision éclairée, volontaire et bien réfléchie*

Fiche d'apprentissage pour le B E R C E R

Bon accueil

- Recevoir le/la client(e) cordialement
- Se présenter à la/au client(e)
- Être patient avec la cliente
- Respecter la cliente, ne pas avoir de préjugé
- Rassurer la cliente sur la confidentialité des conseils apportés durant les consultations

Entretien

- Avoir une bonne écoute consacrer toute son attention à la cliente
- Être bref, ne donner que les points essentiels
- Poser des questions adéquates
- Encourager la cliente à poser des questions
- Utiliser un langage que la cliente peut comprendre
- Vérifier ce que la cliente sait déjà sur ces méthodes contraceptives
- Demander à la cliente quelles sont ses intentions
 - combien d'enfants veut-elle encore ?
 - Veut-elle espacer les naissances ou les éviter complètement ?
 - Quel délai veut-elle entre chaque naissance ?
- Noter les antécédents médicaux et obstétricaux de la cliente
 - âge,
 - nombre de grossesses,
 - nombre de naissances,
 - nombre d'enfants vivants leur âge et sexe,
 - les méthodes contraceptives déjà employées durée d'utilisation, motifs d'arrêt d'utilisation, problèmes rencontrés
 - contraception utilisée actuellement,
 - présence de toute maladie nécessitant une surveillance particulière avec la contraception choisie, telle que antécédents de MST
- Donner des informations sous plusieurs angles pour être certain que la cliente comprend bien

Renseignements

- Expliquer brièvement les différentes méthodes de contraception et leur mode de fonctionnement et leur efficacité Expliquer à la cliente les avantages et les inconvénients des méthodes contraceptives disponibles

- Demander quelle contraception intéresse la cliente
- Corriger éventuellement toute mauvaise information sur les méthodes contraceptives
- Répondre aux questions posées par la cliente

Choix

- Aider la cliente à faire un premier choix de contraception en fonction de ses intentions et de ses antécédents
- Décider de toute exploration complémentaire ou évaluation de la cliente pour la méthode contraceptive choisie , référer la cliente pour la méthode contraceptive choisie , référer la cliente au spécialiste si on n'a pas les moyens de la réaliser
- Aider la cliente à choisir une autre contraception si le premier choix ne convient pas après exploration complémentaire

Explications

- Prescrire la méthode choisie, si disponible, ou référer la cliente au dispensaire le plus proche si la méthode choisie n'est pas disponible
- Donner des instructions à la cliente sur
 - le mode d'emploi,
 - les effets secondaires et la conduite à tenir,
 - les problèmes éventuels ou complications qui nécessiteraient immédiatement une consultation et toute autre information se rapportant à la méthode choisie
- Faire répéter par la cliente les conseils pour s'assurer que celle-ci les a bien compris
- Demander à la cliente si elle a des questions à poser
- Discuter avec la cliente sur les consultations ultérieures ou aller pour s'approvisionner, les effets secondaires et la conduite à tenir, la reconnaissance précoce des problèmes, les dates des rendez vous
- Encourager la cliente à retourner en consultation dès le moindre problème

Retour/Suivi

- Recevoir la cliente cordialement
- Se renseigner sur les changements de santé et de mode de vie de la cliente pouvant entraîner un changement de demande de contraception ou un arrêt
- Chercher à savoir si la cliente est satisfaite de la méthode contraceptive utilisée et si elle continue à l'employer
- Analyser si la cliente utilise correctement la contraception si nécessaire, lui demander de répéter les instructions
- Demander à la cliente si elle a un problème quelconque avec la méthode contraceptive

- Rassurer la cliente sur les effets indésirables éventuels et les traiter si nécessaire
- Éliminer tout problème médical et si nécessaire référer la cliente pour exploration complémentaire
- Demander à la cliente si elle a des questions à poser et y répondre éventuellement
- Réapprovisionner la cliente si nécessaire
- Prendre le prochain rendez-vous, si nécessaire
- Saluer le (la) client(e) et lui proposer de revenir

Documents de référence

Manuel des méthodes contraceptives, Ministère de la Santé du Maroc, 1992

- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives*, OMS, 1996

Vidéo *Sahel Mahel*

Fiches plastifiées Fiches Eclairs et Partenariat pour la Santé

Bilan pour la prescription des méthodes

Connaître

- buts et objectifs du bilan,
- la classification de l'OMS,
- comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte

Savoir

- faire un interrogatoire,
- faire un examen clinique,
- dégager les situations particulières ou à risque

But et objectifs

Le bilan préalable à la PF a pour objectif principal de déterminer

- qu'une cliente n'est pas enceinte,
- s'il existe des conditions demandant qu'on prenne des précautions pour l'emploi d'une méthode particulière, et
- s'il existe des problèmes particuliers demandant un bilan supplémentaire, un traitement ou un suivi particulier

Fiche technique 1

CLASSIFICATION DE L'OMS

- Selon les directives de l'OMS il y a quatre catégories de clientes

Classe 1

La méthode peut être utilisée en toute circonstance. Il n'y a pas de risque.

Classe 2

La méthode peut être généralement utilisée. Les avantages sont plus élevés que les risques.

Classe 3

La méthode ne peut être utilisée en général. Les risques sont plus élevés que les avantages.

Classe 4

La méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables.

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre-indications adaptées au contexte marocain.

- Pour la plupart des clientes, cela peut se faire en posant quelques questions clés. Cependant, il est conseillé pour la santé de la femme de faire un examen physique et gynécologique, surtout lors de la première consultation⁽¹⁾. Le DIU et la contraception chirurgicale volontaire nécessitent un bilan clinique complet pour leur prestation.
- Aucune méthode sauf le préservatif ne protège contre les maladies sexuellement transmises ou MST (par exemple, VHB, VIH/SIDA) et tous les clients devraient être avertis des risques que présente la transmission des MST (Voir le chapitre sur les infections génitales et le dépistage du cancer du col pour des détails sur le bilan des clients).

(1) Dans certains programmes de santé publique où les ressources médicales sont limitées, la contraception orale et les méthodes barrières sont délivrées en se basant sur un interrogatoire sans exiger un examen médical, car celui-ci constituerait une barrière à l'accès aux services.

Fiche technique 2
COMMENT ÊTRE RAISONNABLEMENT SÛR QU'UNE CLIENTE
N'EST PAS ENCEINTE ?

- Vous pouvez être raisonnablement sûr qu'une cliente n'est pas enceinte si elle n'a pas de signes ou de symptômes de grossesse (par exemple seins sensibles ou nausées) et si elle
 - n'a pas eu de rapports sexuels depuis sa dernière menstruation ,
 - ou a utilisé correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable , ou
 - se trouve dans les 7 premiers jours après le début de sa menstruation (jour 1 à 7) , ou
 - se trouve dans les 4 semaines du post-partum et n'a pas eu de saignements menstruels
- Lorsqu'une femme est à moins de 6 mois du post-partum vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte si elle
 - pratique un allaitement maternel exclusif, et
 - n'a pas encore eu de saignements menstruels (aménorrhéique), et
 - n'a aucun signe ou symptôme de grossesse
- L'examen gynécologique est suffisant pour mettre en évidence une grossesse de plus de 6 semaines. Devant une femme avec une grossesse possible de moins de 6 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'examen gynécologique est difficile (par exemple, cliente obèse), un test de grossesse peut s'avérer utile s'il est facilement disponible et peu cher. Si les tests de grossesse ne sont pas disponibles, recommander à la cliente d'utiliser une méthode contraceptive temporaire locale (des préservatifs ou spermicides) jusqu'au retour de la menstruation ou jusqu'à confirmation de la grossesse (éviter toute précipitation et mieux vaut différer la prescription d'un mois)

Documents de référence

- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO
- Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, OMS, 1996

Prévention des infections

Connaître

Définitions

Mesures générales de la prévention des infections

- lavage des mains,
- port de gants,
- asepsie,
- utilisation d'antiseptiques,
- traitement des instruments,
- évacuation des déchets

Étapes du traitement des instruments

- décontamination,
- nettoyage,
- stérilisation ou désinfection à haut niveau

Savoir

- se laver les mains,
- mettre des gants stériles,
- respecter l'asepsie,
- utiliser des antiseptiques,
- décontaminer le matériel,
- éliminer les déchets

/*Définitions*

Les micro-organismes sont les germes responsables de l'infection. Ce sont des bactéries, des virus, des champignons et des parasites. Dans le cadre de la prévention des infections, les bactéries peuvent être divisées en trois catégories : les bactéries végétatives (staphylocoques), les mycobactéries (tuberculose) et les endospores (gangrène et tétanos) lesquelles sont les plus difficiles à tuer en raison de leur revêtement protecteur.

Les termes asepsie, antiseptie, décontamination, désinfection, et stérilisation prêtent souvent à confusion. Nous adopterons donc les définitions suivantes :

- **L'asepsie ou les techniques aseptiques** sont des termes généraux utilisés dans les milieux de soins de santé pour décrire les efforts faits pour empêcher la pénétration des micro-organismes dans une partie du corps ou ils peuvent déclencher une infection. Le but de l'asepsie est de ramener à un niveau de sécurité ou d'éliminer le nombre de micro-organismes aussi bien sur les surfaces animées (vivantes) (peau et tissu) que sur les objets inanimés (instruments chirurgicaux)

- **L'antisepsie** consiste à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur les autres tissus du corps

- **La décontamination** avant le nettoyage rend les objets inanimés (non vivants) moins dangereux à manier pour le personnel, surtout le personnel chargé du nettoyage, qu'il s'agisse de surfaces importantes (par exemple tables d'examen gynécologiques ou tables d'opération) ou d'instruments chirurgicaux et gants contaminés par du sang ou autres liquides organiques pendant ou après les interventions chirurgicales

- **Le nettoyage** permet d'enlever physiquement tout le sang, les liquides organiques ou les autres matières étrangères visibles à l'œil nu comme la poussière ou la terre qui se trouve sur la peau ou sur les objets inanimés

- **La désinfection** permet d'éliminer la plupart mais pas tous les micro-organismes vecteurs de maladies qui se trouvent sur les objets inanimés. Une désinfection de haut niveau (DHN) par ébullition ou par l'utilisation de produits chimiques élimine tous les micro-organismes excepte certaines endospores bactériennes

- **La stérilisation** permet d'éliminer tous les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites) y compris les endospores bactériennes qui se trouvent sur les objets inanimés

Introduction

La prévention des infections (PI) consiste à réduire au maximum le risque de transmission des germes dans les structures de santé, elle a pour objectif de protéger les clientes et le personnel de santé, de toute contamination

La PI a une place fondamentale dans toute activité médicale en général. Elle représente l'un des éléments essentiels de la qualité des services de santé.

Les programmes de planification familiale comportent des méthodes chirurgicales et invasives telles que la ligature tubaire, le DIU, l'insertion du Norplant, les contraceptifs injectables, ces méthodes nécessitent une attention particulière pour la prévention des infections. Les mesures de PI sont actuellement codifiées et standardisées, leur connaissance et leur application est obligatoire pour les professionnels de santé.

Ces mesures consistent à rompre le cercle de transmission des micro-organismes entre le réservoir du germe et l'hôte sensible, en créant des barrières à plusieurs niveaux. Ces mesures sont d'abord le lavage des mains, le port de gants, l'utilisation d'antiseptiques, le traitement du matériel utilisé et l'évacuation des déchets.

Prévention des infections : mesures générales

Le lavage des mains

Le lavage des mains est le premier procédé simple de prévention de l'infection. Il consiste à se laver avec une eau propre et du savon pendant 15 à 30 secondes et à se sécher en utilisant une serviette propre, ou mieux, du papier jetable. Le lavage des mains diminue le portage de germes, il doit se faire avant d'examiner une cliente, avant de mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau, après toute situation où les mains ont été contaminées et après le retrait des gants.

Le port des gants

Porter des gants est une deuxième protection mécanique pour éviter la transmission des micro-organismes entre la cliente, le professionnel de santé et le matériel.

Pour cela il faut porter des gants dans les situations suivantes

- pour le clinicien avant l'examen gynécologique ou tout contact possible avec du sang, des muqueuses ou liquides organiques ,
- pour le personnel de nettoyage il doit porter des gants de ménage propres et épais pour ramasser, nettoyer les instruments et les surfaces contaminées de la salle d'examen

Utilisation d'antiseptiques

Les solutions antiseptiques permettent de réduire et parfois de détruire les micro-organismes. Elles sont utilisées au niveau des surfaces cutanées et des muqueuses pour les préparer avant de réaliser des gestes invasifs. Il existe un grand nombre de solutions antiseptiques (par exemple, bétadine). Les solutions contenant de l'alcool ne doivent pas être utilisées sur les muqueuses car elles sont irritantes.

Les solutions contenant l'iode ne doivent pas être utilisées chez les clientes allergiques à ce produit.

Traitement du matériel

Le matériel utilisé doit être traité avant sa réutilisation. Il doit d'abord être décontaminé, nettoyé, lavé et ensuite stérilisé ou désinfecté à haut niveau.

La Décontamination

La décontamination se fait avec une solution d'hypochlorite de sodium (eau de Javel) à 0,5%, sauf pour l'endoscope qui est décontaminé par une compresse trempée dans l'alcool éthylique à 60°-90° (l'hypochlorite de sodium est corrosif pour l'endoscope).

Cette décontamination inactive les virus du SIDA et de l'hépatite B, ce qui permet au personnel de manipuler le matériel sans risque d'être contaminé.

Le matériel à décontaminer est mis, dès son utilisation et avant son nettoyage, dans un récipient qui contient de l'eau + l'hypochlorite de sodium (1 part d'eau de Javel à 12° et 7 parts d'eau)⁽²⁾

(2) Au Maroc l'eau de javel est à 12°, ce qui équivaut à une dilution de 3,6%. L'obtention d'une dilution à 0,5% à partir d'eau de javel à 12° se fait en mélangeant une part d'eau de javel à 12° à 7 parts d'eau.

Le Nettoyage

Il consiste à frotter les instruments avec une brosse et de l'eau savonneuse, puis à les rincer abondamment à l'eau

Le nettoyage élimine les résidus organiques qui constituent des réservoirs pour les germes

- La Sterilisation

Elle détruit tous les micro-organismes y compris les endospores. Elle se fait soit à la chaleur humide (autoclave à 106 kilo Pascal à 120°C pendant 20 mn pour les articles non emballés et 30 mn pour les articles emballés), soit à la chaleur sèche (Poupinel 170° pendant une heure ou 160° pendant 2 heures), soit chimiquement en trempant le matériel dans une solution de glutaraldehyde (Cidex, Sporicidine) pendant 8 à 10 heures ou dans une solution de formaldéhyde à 8% pendant au moins 24 heures

- La Désinfection à Haut Niveau (DHN)

Elle se fait soit à l'ébullition pendant 20 mn soit chimiquement en trempant le matériel pendant 20 mn dans une solution de formaldéhyde à 8% ou de glutaraldehyde (Cidex, Sporicidine)

La DHN détruit les micro-organismes, y compris les virus de l'hépatite B et du SIDA, mais ne tue pas de façon sûre les endospores bactériennes. La DHN reste une alternative acceptable lorsque la stérilisation ne peut pas être réalisée

Pour une utilisation répétée du même matériel au cours d'une matinée opératoire, il faut commencer avec du matériel stérilisé puis désinfecter les instruments à haut niveau après chaque acte avant de les réutiliser

Evacuation des déchets

Lors de l'évacuation des déchets, il s'agit de ne pas infecter le personnel qui manipule les déchets, de les protéger contre des blessures accidentelles et de ne pas transmettre des infections à la communauté

Les déchets médicaux peuvent être soit contaminés, soit non contaminés. Les déchets non contaminés (par exemple, les cartons et papiers) ne posent pas de risque infectieux et peuvent être évacués selon les méthodes localement disponibles. Par contre, il faut traiter correctement les déchets contaminés (de sang ou de liquides organiques) pour minimiser les infections du personnel de santé et de la communauté locale

Il s'agit donc de

- porter des gants de ménage ,
- transporter les déchets au site d'élimination dans des containers couverts ,
- jeter tous les objets tranchants dans des récipients imperforables (par exemple une boîte en carton épais ou une bouteille en plastique) ,
- verser les déchets liquides dans une fosse septique ou des toilettes ,
- incinérer ou enterrer les déchets contaminés solides ,
- se laver les mains après avoir manipulé les déchets infectieux

Fiche technique 1

TRAITEMENT DES INSTRUMENTS, DES GANTS ET DES EQUIPEMENTS

Décontamination

- Mettre des gants de ménage ou garder les gants chirurgicaux après l'intervention
- Placer tous les instruments dans une solution de chlore pendant 10 mn immédiatement après l'intervention
- Evacuer les déchets dans un récipient étanche selon les directives
- Décontaminer la table d'examen ou d'opération et autres surfaces contaminées pendant l'intervention en les essuyant avec une solution de chlore à 0,5%
- Retirer les instruments/gants de la solution de chlore après 10 minutes et les placer dans de l'eau
- Nettoyer immédiatement les instruments/gants (cf nettoyage) ou continuer à les tremper dans l'eau jusqu'au moment où on pourra les nettoyer
- Enlever les gants réutilisables en les tournant et en les trempant dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 mn. Ne pas enlever les gants de ménage jusqu'à ce que le nettoyage des instruments soit terminé

Nettoyage (Instruments)

- Placer les instruments dans un bac rempli d'eau propre avec détergent non abrasif
- Démonter complètement les instruments et/ou ouvrir les lames des instruments à jointure
- Laver toutes les surfaces des instruments avec une brosse ou du tissu jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres (en les tenant sous l'eau pendant le nettoyage)
- Nettoyer soigneusement les bords dentés des instruments (ex les branches des pinces d'hémostase) avec une petite brosse
- Rincer soigneusement toutes les surfaces avec de l'eau propre
- Essuyer tous les instruments ou les laisser sécher à l'air
- Essuyer les gants réutilisables ou les laisser sécher à l'air
- Enlever les gants de ménage et les laisser sécher à l'air

Stérilisation

Envelopper

- Disposer les instruments sur des plateaux ou sur une couche de mousseline en utilisant du matériel correctement nettoyé
- Envelopper les objets en utilisant la technique "enveloppe d'emballage" ou la technique "carré d'emballage"

- Placer les paquets dans des tambours ou sur des plateaux pour la stérilisation par autoclave
- Placer les instruments dans un récipient en métal à couvercle pour la stérilisation à chaleur sèche

Stérilisation par autoclave (déplacement par gravité)

- Disposer les paquets et les objets dans la chambre de l'autoclave de manière à permettre la circulation libre et la pénétration de la vapeur à toutes les surfaces
- Stériliser pendant 30 mn les objets emballés, pendant 20 mn les objets non emballés (utiliser une montre pour le chronométrage) à 121°C (250°F) et 106 kPA (15 lbs/in²)
Attendre 20-30 mn (ou jusqu'à ce que la jauge de pression revienne à zéro) pour entrouvrir la porte de l'autoclave et laisser la vapeur s'échapper
- Laisser sécher complètement les paquets avant de les retirer
Placer les tambours stériles ou les paquets sur une surface couverte de papier ou de tissu pour éviter la condensation
- Laisser refroidir les tambours ou les paquets jusqu'à ce qu'ils atteignent la température ambiante avant de les ranger
- Noter les conditions de la stérilisation (temps, température et pression) sur le registre du traitement des instruments

Stérilisation à chaleur sèche (four)

- Mettre les objets non emballés dans des récipients en métal et les paquets sur des plateaux, mettre les objets au four et le chauffer à la température désirée
- Commencer le chronométrage lorsque la température voulue est atteinte et garder la température pendant le temps recommandé
- Décharger avec des pinces stériles les paquets et les objets non emballés après les avoir laissé refroidir, les ranger dans des récipients stériles à couvercle

Stérilisation chimique

- Préparer une nouvelle solution de stérilisant chimique ou vérifier que la solution n'a pas dépassé la date limite
- Immerger les objets nettoyés et séchés dans une solution de glutaraldéhyde à 2% ou de formaldéhyde à 8%, en recouvrant entièrement tous les objets
- Recouvrir le récipient et laisser tremper pendant le temps approprié (8-10 heures pour le glutaraldéhyde ou au moins 24 heures pour le formaldéhyde)
- Sortir les objets de la solution chimique, en utilisant des gants stériles ou des forceps stériles

- Rincer soigneusement les objets avec de l'eau stérile pour enlever tout résidu du stérilisant chimique
- Utiliser immédiatement les objets ou les placer dans un récipient stérile couvert

Désinfection de Haut Niveau

- Immerger entièrement les objets pré-nettoyés dans l'eau
- Mettre un couvercle sur le récipient et amener l'eau à ébullition complète à gros bouillons
- Commencer le chronométrage quand les bouillons commencent
- Maintenir l'ébullition à gros bouillons pendant 20 mn
- Enlever les objets avec des pinces DHN
- Utiliser immédiatement après les avoir séchés à l'air ou les placer dans un récipient sec, DHN à couvercle

DHN Chimique

- Préparer une nouvelle solution de stérilisant chimique ou vérifier que la solution n'a pas dépassé la date limite
- Immerger les objets propres et secs dans un désinfectant de haut niveau approprié
- Couvrir le récipient et tremper pendant 20 mn (glutaraldéhyde à 2% ou formaldéhyde à 8%)
- Sortir les objets de la solution chimique en utilisant des gants DHN ou des pinces
- Rincer soigneusement les objets avec de l'eau désinfectée à haut niveau (bouillie) pour enlever toute trace du désinfectant chimique
- Utiliser immédiatement les objets ou les placer dans un récipient DHN à couvercle

Fiche technique 2

LE TRAITEMENT DES SERINGUES ET DES AIGUILLES

Décontamination

- Ne pas enlever les gants après une intervention chirurgicale
- Laisser l'aiguille attachée à la seringue
- Remplir la seringue avec une solution de chlore à 0,5% en l'aspirant par l'aiguille
- Couvrir la seringue et l'aiguille avec une solution de chlore et les laisser tremper pendant 10 mn

Nettoyage

- Mettre des gants de ménage et éjecter la solution de chlore de la seringue et de l'aiguille
- Vérifier que l'aiguille n'est pas bloquée et ensuite la désassembler et la nettoyer avec de l'eau savonneuse
- Ré-assembler et rincer la seringue et l'aiguille en les remplissant et en éjectant trois fois de l'eau propre
- Vérifier que ni l'aiguille, ni la seringue ne sont endommagées
- Détacher l'aiguille de la seringue

Voir la section Stérilisation ou DHN de la fiche d'apprentissage pour le traitement des instruments, des gants et de l'équipement

Documents de référence

- *Prévention des infections pour les programmes de PF, JHPIEGO, 1996*
- *Prévention des infections, Cahier du formateur, JHPIEGO, 1995*
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO*
- *Film vidéo Vidéo de formation pour la prévention des infections, JHPIEGO, 1994*

Dispositif intra-utérin

Connaître

- définition et types,
- modes d'action et durée d'action,
- caractéristiques de la méthode (efficacité, sécurité, tolérance, acceptabilité, taux de continuité, réversibilité),
- avantages - inconvénients,
- indications et contre-indications,
- matériel de pose et de retrait du DIU,
- quand insérer un DIU,
- étapes de la pose du DIU,
- étapes du retrait du DIU,
- conseils à donner à la cliente,
- éléments du suivi
- effets secondaires (saignements, crampes, douleurs),
- complications (infection, grossesse, perforation)

Savoir :

- faire du counseling spécifique ,
- préparer le matériel ,
- poser un DIU ,
- retirer un DIU ,
- prendre en charge des effets secondaires
 - DIU et ménorragie,
 - DIU et métrorragie,
 - DIU et fils non vus,
 - douleurs et DIU ,
- référer les complications
 - grossesse sur DIU (intra et extra-utérine),
 - infection et DIU,
 - perforation

Fiche technique 1
INTERROGATOIRE AVANT LA PRESCRIPTION DU DIU

	OUI	NON
Femme ou conjoint à risque de MST (partenaires multiples)		
Infection sexuellement transmissible du tractus génital (infections génitales) ou autres MST (exemple VHB/SIDA) durant les 3 derniers mois		
Inflammation pelvienne (dans les 3 derniers mois) Saignement menstruel abondant, présence de caillots plus abondants qu'à la normale)		
Saignement menstruel prolongé (> 8 jour) ⁽³⁾		
Crampes menstruelles prononcées (dysménorrhée) demandant analgésiques et ou repos au lit ⁽³⁾		
Saignements/saignotement entre les menstruations ou après les rapports sexuels		
Femme sous anticoagulants ou anti-inflammatoire au long cours ⁽⁴⁾		

(3) Ne s'applique pas aux DIU libérant des progestatifs

(4) Donner des antibiotiques prophylactiques si la cliente ne prend pas d'antibiotiques à long terme au moment de l'insertion du DIU

Fiche technique 2

INDICATIONS ET CONTRE - INDICATIONS DU DIU

Les indications du DIU

Le DIU convient à la femme

- en période d'activité génitale, désirant espacer ou limiter ses conceptions,
- ayant au moins un enfant ,
- désirant une méthode de contraception prolongée et qui ne veut pas de ligature tubaire ,
- allaitant ,
- qui fume ou qui a des contre-indications aux oestrogènes ,
- ayant des difficultés à utiliser les autres méthodes contraceptives ,
- ayant une contre indication à une grossesse ,
- acceptant les troubles du cycle que pourrait induire le DIU surtout au début de son utilisation

Les contre-indications du DIU

La recevabilité des méthodes contraceptives en présence d'une maladie ou d'état pathologique, l'OMS a établi une classification basée sur la comparaison des bénéfices et risques des méthodes contraceptives, et qui distingue 4 classes

- *Classe 1* la méthode peut être utilisée en toute circonstance Il n'y pas de risque
- *Classe 2* la méthode peut être généralement utilisée Les avantages sont plus élevés que le risque
- *Classe 3* la méthode ne peut être utilisée en général Les risques sont plus élevés que les avantages
- *Classe 4* la méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables

Les classes 3 et 4 sont considérées des contre-indications adaptées au contexte marocain En effet ces contre indications sont les suivantes

- la nulliparité,
- la grossesse sûre ou soupçonnée,
- les malformations ou déformations (fibrome) de la cavité utérine rendant l'insertion du DIU impossible ou inadéquate,
- le post-partum du 2^e jour à la quatrième semaine après l'accouchement,
- les suites immédiates d'un avortement septique

- les saignements vaginaux non expliqués,
- les suites de môle hydatiforme (simple ou compliquée),
- l'infection génitale aigüe ou chronique cervicite, endométrite, salpingite et péritonite ,
- les MST ou risque de MST (partenaires multiples ou partenaires ayant des partenaires multiples) ,
- la séropositivité au VIH ou SIDA maladie,
- les cancers génitaux (du col utérin non traités, de l'endomètre ou de l'ovaire),
- la tuberculose génitale,
- les cardiopathies valvulaires compliquées (risque de greffe oslérienne),
- l'anémie,
- la dysménorrhée sévère et l'endométriose confirmée,
- l'allergie au produit (cuivre)

PS Ces contre indications concernent surtout les DIU au cuivre disponibles actuellement dans notre pays Pour les DIU aux progestatifs, il y a en plus de ces contre indications, celles liées au cancer du sein, aux cardiopathies ischémiques

Fiche technique 3

L'INSERTION DU DIU (METHODE SANS GANT)

Counseling avant la procédure

- 1 Accueillir la femme avec respect et amabilité
- 2 Demander à la cliente quels sont ses projets en matière de procréation
- 3 Vérifier que le choix contraceptif de la femme est le DIU
- 4 Renseigner la femme sur le DIU
 - montrer ou et comment on utilise le DIU
 - Expliquer comment il fonctionne et son efficacité
 - Expliquer les effets secondaires possibles et autres problèmes de santé
 - Expliquer que les effets secondaires courants ne sont pas graves
- 5 Recueillir les informations de la femme pour le dossier et pour déterminer si elle présente les conditions requises pour le DIU
- 6 Décrire l'insertion et ce à quoi elle doit s'attendre
- 7 Confirmer son choix

Insertion du DIU Tcu 380 A

Tâches avant l'insertion

- 1 Demander à la cliente si elle a vidé sa vessie
- 2 Indiquer à la cliente ce qu'on fait et l'encourager à poser des questions
- 3 Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec
- 4 Disposer les instruments et le matériel avec une pince stérile sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau (DHN)
- 5 Palper l'abdomen et vérifier qu'il n'y a pas de sensibilité sus pubienne ou pelvienne
- 6 Faire un toucher vaginal en utilisant une paire de gants d'examen (ou réutilisés) ou un doigtier jetable et éliminer une anomalie annexielle ou une masse pelvienne
- 7 Enlever le doigtier et le jeter correctement dans un seau septique

Insertion du DIU

- 1 Insérer le spéculum vaginal et examiner le col de l'utérus
- 2 Essuyer soigneusement le col et le vagin avec une solution antiseptique et jeter le coton dans le seau septique

- 3 Charger le DIU Tcu 380 A dans son emballage stérile⁽⁵⁾
 - 4 Saisir doucement le col avec une pince à col (Pozzi)
 - 5 Réaliser une hystérométrie
 - 6 Insérer le DIU Tcu 380 A en utilisant la technique du retrait sans toucher les parois du vagin ou le spéculum
 - 7 Retirer doucement la pince à col et la mettre dans une solution chlorée à 0,5%
 - 8 Couper les fils à 3 cm de l'orifice cervical
- En retirant les instruments, faire attention de ne pas toucher les parties contaminées avec les mains

Tâches après l'insertion

- 1 Placer les instruments utilisés dans une solution de chlore pour la décontamination
- 2 Evacuer les déchets avec précaution selon les directives
- 3 Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon
- 4 Remplir le dossier de la cliente

Counseling après l'insertion

- 1 Conseiller à la femme de revenir pour sa consultation de suivi un mois après
- 2 Discuter ce qu'il faut faire si la cliente présente des effets secondaires ou des problèmes
- 3 Assurer à la cliente qu'elle peut demander qu'on lui retire le DIU à n'importe quel moment
- 4 Observer la cliente pendant au moins 15mn avant de la renvoyer chez elle

(5) Si on charge le DIU en dehors de l'emballage, on doit porter des gants stériles

Fiche technique 4

LE RETRAIT DU DIU

Counseling avant le retrait

- 1 Accueillir la femme avec respect et avec amabilité
- 2 Demander à la femme la raison pour laquelle elle désire le retrait et répondre à ses questions
- 3 Revoir les projets de la cliente en matière de procréation
- 4 Décrire le retrait et ce à quoi elle doit s'attendre

Retrait du DIU Tcu 380 A

- 1 Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec
- 2 Faire un toucher vaginal en utilisant un doigtier jetable
- 3 Insérer le spéculum vaginal et examiner le col de l'utérus
- 4 Essuyer soigneusement le col et le vagin avec une solution antiseptique
- 5 Saisir les fils près du col avec une pince à prehension et tirer doucement mais fermement pour retirer le DIU
- 6 Montrer le DIU à la femme et le jeter avec les déchets dans le seau septique

Tâches après le retrait

- 1 Placer les instruments utilisés dans une solution de chlore pour la décontamination en faisant attention à ne pas toucher les parties contaminées
- 2 Evacuer les déchets avec précaution selon les directives
- 3 Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- 4 Noter le retrait du DIU dans le dossier de la cliente

Counseling après le retrait

- 1 Discuter de ce qu'il faut faire si la cliente connaît des effets secondaires ou des problèmes
- 2 Conseiller la cliente sur une autre méthode de contraception, si elle le désire
- 3 Aider la cliente à obtenir une nouvelle méthode de contraception ou fournir une méthode temporaire (barrière) jusqu'à ce qu'elle puisse employer la méthode choisie

Documents de référence :

- DIU *Guide pratique à l'intention des Programmes de PF*, JHPIEGO
- DIU *Cahier du formateur*, JHPIEGO
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2^e édition, 1996-1998, JHPIEGO
- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives* OMS, 1996
- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- Film vidéo *Insertion et retrait du DIU TCU380A*, JHPIEGO, 2^e version 1998

Méthodes hormonales

Les méthodes hormonales qui sont présentées dans ce chapitre comprennent

- La contraception orale
- Les injectables
- Les implants sous-dermiques

La contraception hormonale

Connaître

- Définition de la CO
- Classification de la CO
- Pharmacologie (cycle enterohépatique et interaction médicamenteuse)
- Caractéristiques de la CO (efficacité, réversibilité, acceptabilité, continuité, sécurité)
- Avantages et inconvénients
- Indications et contre-indications
- Effets secondaires et signes d'alarme

Savoir-faire

- le counseling,
- la prescription d'une CO,
- le suivi d'une femme sous CO,
- la prise en charge des effets secondaires

Fiche technique 1

CLASSIFICATION

Contraception oestro-progestative

association d'un oestrogène (éthynyl oestradiol) et un progestatif
Elle se présente de deux façons

Contraception Orale Combinée (COC)

Tous les comprimés d'une plaquette contiennent les deux produits
On en trouve trois types

- COC monophasiques tous les comprimés sont identiques avec un même dosage en oestrogène et progestatif et sont soit
normodosées pilule classique de 50g d'éthynyl-oestradiol ou,
minidosées 20 à 30g d'éthynyl oestradiol
- COC biphasiques renferment un renforcement des doses en progestatif et/ou oestrogène en deuxième phase du cycle Elles peuvent être normo-ou minidosées
- COC triphasiques sont des pilules à trois paliers

Pilule séquentielle

Elle contient un oestrogène seul, en début de plaquette, et une association oestro-progestative pour les comprimés suivants (surtout but thérapeutique)
Elle ne doit pas être utilisée à visée contraceptive Elle est réservée à des situations médicales particulières

Contraception progestative

Elle contient un progestatif seul et comprend

- les microprogestatives contiennent un progestatif à faible dose, en continu 30 jours sur 30, et
- les macroprogestatives (surtout but thérapeutique) contiennent un progestatif à dose élevée du 5ème au 25ème jour du cycle

Fiche technique 2

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU COC

Indications COC

La pilule combinée peut être prescrite chez toute femme en âge de procréer désireuse d'espacer ses grossesses ,
désireuse d'être protégée régulièrement contre une grossesse ,
qui a des cycles irréguliers ,
qui a des règles abondantes ,
qui a une dysménorrhée sévère ,
qui présente un syndrome prémenstruel

Contre-indications

La recevabilité des méthodes contraceptives en présence d'une maladie ou d'état pathologique, l'OMS a établi une classification basée sur la comparaison des bénéfices et risques des méthodes contraceptives qui distingue 4 classes

- *Classe 1* la méthode peut être utilisée en toute circonstance Il n'y pas de risque
- *Classe 2* la méthode peut être généralement utilisée Les avantages sont plus élevés que le risque
- *Classe 3* la méthode ne peut être utilisée en général Les risques sont plus élevés que les avantages ,
- *Classe 4* la méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre-indications adaptées au contexte marocain En effet ces contre-indications sont les suivantes

- la grossesse ,
les 6 premiers mois du post-partum chez les femmes qui allaitent ,
- les 3 premières semaines du post partum chez les femmes qui n'allaitent pas, ce délai est nécessaire à la normalisation du système de coagulation sanguine ,
l'âge au delà de 35 ans pour la femme qui fume ,
l'hyper tension artérielle ,
le diabète ancien de plus de 20 ans ou associé à des lésions vasculaires (néphropathie, rétinopathie et neuropathie) ,
- les thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires dans les antécédents actuels

- la chirurgie majeure avec immobilisation prolongée ,
- les antécédents d'accidents cérébro vasculaires ,
- la cardiopathie ischémique actuelle ou dans les antécédents ,
- l'hyperlipidémie ,
- les valvulopathies cardiaques avec complications (hypertension pulmonaire, risques de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne) ,
 - les céphalées avec symptômes neurologique focaux ,
- les saignements vaginaux inexpliqués ,
- les cancers du sein, actuels ou dans les antécédents ,
- les pathologies hépato-biliaires
 - cholestase liée à l'emploi de COC,
 - hépatite virale évolutive ,
 - cirrhose compensée ou non,
 - tumeur du foie bénigne ou maligne ,
- les associations médicamenteuses
 - antibiotiques rifampicine, griséofulvine,
 - anticonvulsants phénytoïne, carbamazépine, barbituriques,
 - primadone

Fiche technique 3

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU COP

Indications

La COP est recommandée chez

- les femmes qui allaitent ,
- les femmes à partir de l'âge de 16 ans ,
- les femmes qui par choix, désirent utiliser le minimum d'hormones exogènes ,
- les femmes qui ont eu des effets secondaires avec la COC ,
- les femmes chez lesquelles les oestrogènes sont contre-indiqués (voir COC contre indications) ,
- les femmes de plus de 35 ans qui fument et optent pour la contraception orale. La pilule progestative faiblement dosée en progestatif n'augmente pas le risque de thromboembolie

Les femmes présentant les maladies suivantes

- Les maladies systémiques chroniques ou les oestrogènes sont contre-indiqués
- Le lupus érythémateux disséminé
- La maladie de Crohn
- La drépanocytose
- L'HTA essentielle ou dûe aux COC, bien contrôlée par le traitement

Les contre-indications

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre indications adaptées au contexte marocain. En effet, ces contre-indications sont les suivantes

- La grossesse
- Les six premières semaines du post-partum chez la femme qui allaite
- La cardiopathie ischémique actuelle ou dans les antécédents
- Les antécédents d'accidents cérébro-vasculaires
- Les saignements anormaux des voies génitales non identifiés
- Le cancer du sein actuel ou dans les antécédents
- Les pathologies hépatiques
 - hépatite virale ou évolutive ,
 - cirrhose décompensée,
 - tumeur du foie bénigne ou maligne,
 - association médicamenteuse

EFFETS SECONDAIRES	BILAN	PRISE EN CHARGE
Aménorrhée	<p>Prise correcte de COC</p> <p>Prise incorrecte de pilules (oubli ou arrêt) Vérifier l'absence de grossesse par l'examen clinique et/ou test de grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Rassurer Expliquer que l'aménorrhée est probablement due à un défaut de développement de l'endomètre •Si elle utilise une minipilule et qu'elle désire absolument avoir ses règles donner une pilule plus dosée en oestrogènes <p>Si grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> •Arrêter les contraceptifs oraux •Rassurer quant à l'absence de risques pour elle et le fœtus •Référer en consultation prénatale <p>Si absence de grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> •Counseling •Aider à choisir une autre méthode
Métrorragies (saignements - saignotements)	<p>Premiers cycles de COC</p> <p>Prise irrégulière et oublis de COC</p> <p>Vomissements ou diarrhée</p> <p>Prise d'autres médicaments (antibiotiques notamment rifampicines, anti-convulsivants)</p>	<p>Rassurer (les spotting sont fréquents les 3 premiers mois), s'ils persistent, donner une pilule à climat oestrogénique</p> <p>Counseling Insister sur la prise quotidienne (tous les jours, à la même heure) Si répétition, recommander une autre méthode</p> <p>Terminer la plaquette en associant une méthode d'appoint</p> <p>Pendant une longue durée counseling pour une autre méthode</p> <p>Durée limitée dans le "cycle" associer une méthode barrière</p>

EFFETS SECONDAIRES	BILAN	PRISE EN CHARGE
	Rechercher les causes gynécologiques des métrorragies GIU, GEU, cervicite, infection pelvienne, tumeur	Traiter ou référer
Nausee, vertige nervosisme	Prise matinale l'estomac vide Vérifier qu'il n'y a pas de grossesse Pas de cause évidente	Conseiller la prise le soir au repas •Counseling • Si grossesse arrêter la pilule et référer en consultation prénatale •Rassurer et donner une pilule plus faiblement dosée en oestrogènes ou une micropilule
Cephalées	Isolées en début de la prise de COC Associées à des troubles de la vision et/ou troubles neurologiques (engourdissements, fourmillements, difficulté de la parole)	•Arrêter la COC •Relais par micropilule ou méthode non hormonale •Arrêter la COC •Prescrire une méthode non hormonale et référence
HTA	S'assurer de l'HTA	•Arrêter la COC •Prescrire une méthode non hormonale et référence
Douleur a la poitrine		•Arrêter la COC •Référence en cardiologie pour bilan •Prescrire une méthode non hormonale

EFFETS SECONDAIRES	BILAN	PRISE EN CHARGE
Douleurs dans les membres inférieurs	Si associées à des oedèmes-chaueur-différence de diamètre	<ul style="list-style-type: none"> •Arrêter la COC •Référer en cardiologie •Prescrire une méthode non hormonale
Mastodynie	Isoler en début de prise de COC ou secondaire Associée à une pathologie organique	<p>Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> •expliquer l'amélioration des signes pendant les 3 premiers mois d'utilisation de la COC •ou passer à COP si femme ne désire plus continuer la COC •Arrêter la COC •Prescrire une autre méthode •Référer
Acné	Hygiène cutanée défectueuse	<ul style="list-style-type: none"> •Nettoyage de la peau •Eviter les crèmes grasses sur le visage •Prescrire l'acétate de Cyprotérone (Diane*)
Le chloasma		<ul style="list-style-type: none"> •Arrêter la COC •Prescrire une méthode non hormonale
Gain de poids	Alimentation anormale Alimentation normale et gain de poids réel et continu	<p>Conseils diététiques</p> <ul style="list-style-type: none"> •Arrêter la COC •Donner une micropilule ou autre méthode
Prurit	Rechercher une maladie de peau Interroger sur l'existence de prurit ou d'ictère cholestatique pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> •Référer en dermatologie • Arrêter la COC •Prescrire une méthode non hormonale

Fiche technique 4
LE COUNSELING SPECIFIQUE AUX CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

- Recevoir la cliente/le couple cordialement et les mettre à l'aise
- Se présenter à la cliente
- Interroger la cliente sur ses intentions en matière de reproduction
 - nombre d'enfants désirés,
 - durée de l'écart entre les naissances désiré,
 - ou, éviter complètement toute grossesse
- Recueillir les antécédents médicaux et obstétricaux (voir fiche technique pour les contre-indications)
- Interroger la cliente sur ses connaissances sur les COC, corriger les idées erronées
- Pratiquer l'examen général, l'examen gynécologique et, si besoin est, d'autres bilans
- Renseigner brièvement la cliente sur
 - le degré de protection des COC,
 - la modalité d'action des COC,
 - les modalités d'emploi des COC,
 - les avantages des COC,
 - les inconvénients des COC,
 - les effets secondaires,
 - les signes d'alarme
- Insister sur la possibilité de suspendre à tout moment cette méthode de contraception, quelle que soit la raison
- Prescrire les COC à la cliente
- Donner des instructions à la cliente sur
 - le mode d'emploi des COC,
 - les effets secondaires et leur prise en charge,
 - les complications ou problèmes qui demandent une consultation immédiate à la clinique
 - que faire lorsqu'on oublie une pilule
- Demander à la cliente de répéter les instructions pour vérifier sa compréhension du mode d'action
- Demander à la cliente si elle a des questions à poser
- Fixer une nouvelle date de rendez vous et des consultations futurs
- Insister sur la possibilité de revenir en cas de doute ou de difficulté quelconque
- Saluer la cliente en l'invitant à revenir plus tard

Documents de référence

- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO
Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives OMS, 1996
- *Méthodes réversibles de contraception*, Cahier du formateur, JHPIEGO

Les injectables

Connaître

- Définition
- Composition (acetate de médroxyprogesterone, enantate de northistérone)
- Mode d'action et pharmacocinétique
- Caractéristiques des injectables (efficacité, sécurité, tolérance, acceptabilité, réversibilité)
- Les avantages par rapport aux autres méthodes
- Les effets secondaires indésirables
 - spotting-métrorragie,
 - amenorrhée,
 - irrégularité du cycle,
 - retour lent de la fertilité après arrêt de la méthode,
 - prise de poids
- Indications et contre-indications

Savoir faire

- Counseling
- Mode d'emploi
 - technique d'injection
 - espacement des injections
 - délai pour l'efficacité
- Prise en charge des effets secondaires (spotting, amenorrhée)
- Le suivi

Fiche technique 1 MODE D'EMPLOI DES INJECTABLES

Les injectables sont administrés par voie intra-musculaire profonde, au niveau des muscles fessiers ou des bras

Eviter de masser le site d'injection

L'administration des injectables se fait
au cours des 7 premiers jours du cycle,
- dans la 6^e semaine du post-partum

Il est à noter que lorsque la cliente se présente pour son injection après un retard sur son rendez-vous n'excédant pas deux semaines en cas d'AMDP, ou une semaine en cas d'énanthate de noristhérone, elle peut recevoir son injection

Fiche technique 2 EFFETS SECONDAIRES ET LEUR PRISE EN CHARGE

Effets secondaires	Prise en charge
Irrégularité du cycle menstruel	Saignements abondants Counseling Pilule combinée ou oestrogène Anti-inflammatoires
Aménorrhée	Counseling Pas de traitement médical

Les autres effets secondaires possibles, comme un léger gain de poids, des céphalées ou un changement d'humeur, ne nécessitent pas de prise en charge particulière

Fiche technique 3

LE COUNSELING DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES (PROGESTATIFS)

Conseils à donner avant l'injection

- 1 Accueillir la cliente avec respect et gentillesse
- 2 Interroger la cliente sur ses intentions en matière de planification familiale
- 3 Donner des informations sur les injectables si nécessaire
 - expliquer comment ils empêchent la survenue d'une grossesse ,
 - donner les taux d'efficacité du Dépo-Provera (taux d'échec = moins de 1%) ,
 - décrire les avantages ,
 - décrire les inconvénients ,
 - décrire les effets secondaires ,
 - expliquer le rythme des injections tous les 3 mois pour AMDP et 2 mois pour enenthatate de noristhérone ,
 - rassurer la cliente sur la liberté d'interrompre les injections quand elle le souhaite
- 4 Vérifier que la cliente est une bonne candidate pour ce mode de contraception en examinant les antécédents médicaux et autres contraceptions employées
- 5 Vérifier les connaissances de la cliente et l'acceptabilité des principaux effets secondaires des injectables
- 6 Etre attentif/ve aux besoins et doutes de l'utilisation des injectables
- 7 Décrire le mode d'administration des injections et leur effet
- 8 Pratiquer l'examen général, l'examen gynécologique et, si besoin est, d'autres bilans

Conseils après l'injection/instructions à la cliente

- 1 Demander à la cliente de revenir pour la prochaine injection , donner la date de rendez-vous exacte (12 semaines pour le Depo-Provera et 8 semaines pour le Noristerat)
- 2 Prévenir les effets secondaires possibles (troubles des règles, céphalées/vertiges, prise de poids, tension mammaire)
- 3 Signaler à la cliente les signes d'alarme nécessitant une consultation (règles abondantes, retard de règles après une période de règles régulières)

Fiche technique 4

INDICATIONS ET CONTRE - INDICATIONS DES INJECTABLES

Indications Injectables

Les progestatifs injectables conviennent aux femmes mariées en âge de procréer ayant au moins un enfant

- qui désirent une méthode efficace et d'utilisation facile ,
- qui désirent une contraception pratique et discrète ,
- qui acceptent les irrégularités menstruelles et l'aménorrhée ,
- ayant une contre indication aux oestrogènes ,
- allaitant depuis 6 semaines au moins ,
- une femme présentant des difficultés à utiliser correctement les autres méthodes ,
- une femme présentant une contre indication à la grossesse (sous traitement tératogène)

Contre-indications

La recevabilité des méthodes contraceptives en présence d'une maladie ou d'état pathologique, l'OMS a établi une classification basée sur la comparaison des bénéfices et risques des méthodes contraceptives qui distingue 4 classes

- *Classe 1* la méthode peut être utilisée en toute circonstance Il n'y pas de risque
- *Classe 2* la méthode peut être généralement utilisée Les avantages sont plus élevés que les risques
- *Classe 3* la méthode ne peut être utilisée en général Les risques sont plus élevés que les avantages
- *Classe 4* la méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre indications adaptées au contexte marocain En effet ces contre indications sont les suivantes

- La nulliparité
- La grossesse
Les six premières semaines du post partum chez la femme qui allaite
- Les maladies vasculaires
- L'hypertension artérielle
- Tout saignement génital non diagnostiqué
- Le cancer du sein actuel ou dans les antécédents

- Le diabète ancien avec pathologie vasculaire
- La cardiopathie ischémique
- Les accidents cérébro-vasculaires
- Les céphalées avec symptômes neurologiques focaux
- Les pathologies hépatiques
 - hépatite virale évolutive ,
 - cirrhose décompensée,
 - tumeur du foie
- Les médicaments au long cours antibiotiques (Rifampicine*), anticoagulants, antiépileptiques, Phénylbutazone

Documents de référence

- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale* 2e édition 1996-1998, JHPIEGO
- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives* OMS, 1996
- *Méthodes réversibles de contraception*, Cahier du formateur, JHPIEGO

Implants sous-dermiques

Connaître

- Définition
- Mode d'action
- Caractéristiques des implants
- Avantages et inconvénients
- Effets secondaires indésirables
- Mode d'emploi

Documents de référence

- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO
- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, OMS, 1996
- *Les implants Norplant*, Guide pratique à l'intention de programme de PF, JHPIEGO
- *Les implants Norplant*, Cahier du formateur, JHPIEGO

Autres méthodes

Les autres méthodes qui sont présentées dans ce chapitre comprennent

- Les méthodes barrières (mécaniques et chimiques)
- Les méthodes naturelles (continence périodique, MAMA)
- La contraception chirurgicale volontaire, soit la ligature tubaire

Les méthodes barrières (mécaniques et chimiques)

Connaître

- Définition
- Principaux types
 - Condoms masculin, féminin
 - Spermicides
 - Diaphragmes
- Caractéristiques des méthodes
- Avantages et inconvénients
- Populations cibles

Savoir

- donner des instructions pour l'utilisation des spermicides ,
- donner des instructions pour l'utilisation du condom ,
- prodiguer des conseils devant la rupture du condom

Fiche technique 1

SAVOIR COMMENT UTILISER UN CONDOM

- 1 Accueillir le client avec respect et amabilité , lui offrir de s'asseoir
- 2 Expliquer au client que
chaque condom ne doit être utilisé qu'une seule fois et puis jeté ,
les condoms ne doivent pas être entreposés dans des endroits chauds ou humides tels qu'un porte monnaie car cela pourrait affaiblir le latex et il pourrait se déchirer durant les rapports sexuels ,
le client ne devra pas utiliser d'huile de cuisine, huile pour bébé ou vase line pour lubrifier le condom , on peut utiliser la salive, les sécrétions vaginales ou un spermicide pour la lubrification ,
 - le client devra vérifier la date sur l'emballage du condom, les condoms sont valables durant 5 ans après la date de fabrication ,
 - le condom ne devra pas être utilisé si l'emballage est déchiré ou s'il semble endommagé ou écaillé ,
 - on devra placer le condom sur un pénis en érection avant tout contact sexuel et avant que le pénis ne pénètre dans le vagin car le sperme pré-éjaculatoire coule du pénis avant l'éjaculation ,
 - si le condom se déchire ou fuit pendant les rapports sexuels, il/elle devra remplacer le condom immédiatement ,
 - le client devra avoir un approvisionnement de condoms toujours disponible
- 3 Expliquer au client que vous allez montrer comment utiliser un condom à l'aide d'un modèle
- 4 Expliquer qu'il/elle devra faire attention en ouvrant l'emballage du condom de façon à ne pas déchirer le condom Lui dire de ne pas utiliser de ciseaux, les dents ou d'autres objets tranchants pour ouvrir l'emballage Expliquer qu'il/elle ne devra pas dérouler le condom avant de le mettre
- 5 A l'aide du modèle, montrer comment presser le bout du condom tout en le mettant sur le bout du pénis
- 6 Montrer comment continuer à presser le bout du condom tout en le déroulant jusqu'à ce qu'il couvre entièrement le pénis

- 7 Expliquer qu'après l'éjaculation, et avant que le pénis ne se ramollisse, il/elle devra tenir le bord du condom tout en retirant le pénis du vagin
- 8 Montrer comment faire glisser le condom hors du pénis sans faire verser le liquide (sperme) qui est dedans
- 9 Expliquer qu'il/elle devra faire un noeud avec le condom et l'envelopper (dans du papier si disponible) et ensuite le jeter dans une poubelle
- 10 Lui dire de se laver les mains après avoir jeté le condom dans la poubelle
- 11 Expliquer que les déchets contenant le condom devront être brûlés ou enterrés
- 12 Permettre au client de répéter les instructions et de pratiquer la mise du condom sur le modèle pour s'assurer qu'il/elle comprenne
- 13 Demander au client s'il a des questions ou des préoccupations
- 14 Fournir des condoms au client
- 15 Assurer le client qu'il peut revenir à la même clinique n'importe quand pour obtenir des conseils et des soins médicaux, et d'autres condoms

Documents de références

- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO
- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives* OMS, 1996
- *Méthodes réversibles de contraception*, Cahier du formateur, JHPIEGO

Les méthodes naturelles (continence périodique, MAMA)

Méthodes de continence périodique

Définition

Ce sont les méthodes de continence périodique periovulatoire

Connaître

- Définition
- Principales méthodes
 - Méthode du calendrier principe, calcul
 - Méthode de la glaire cervicale principe, méthode
 - Méthode de la température basale du corps principe, méthode
- Caractéristiques des méthodes (efficacité, sécurité, tolérance, acceptabilité, réversibilité, coût)
- Avantages et inconvénients

Savoir

- Faire un counseling pour préciser à la cliente la période de fertilité en fonction
 - du calendrier,
 - de la glaire,
 - de la température basale

Fiche technique 2 METHODE DU CALENDRIER

Principes

- L'ovulation survient 2 semaines avant la menstruation. Les spermatozoïdes gardent leur capacité de fécondation pendant une période de 2 à 3 jours
- L'ovule ne conserve sa capacité d'être fécondé que pendant 24 h

Instructions à la femme

On retranche 20 jours du cycle le plus court
10 jours du cycle le plus long

Par exemple cycle court de 27 jours $27-20 = 7$
cycle long de 30 jours $30-10 = 20$

Les rapports sexuels doivent être évités ou protégés (méthode barrière) entre le 7^e et le 20^e jour

Fiche technique 3

MÉTHODE DE LA TEMPERATURE

Principe

Elévation de la température basale du corps dès l'ovulation

Instructions à la femme

- Prise correcte de la température quotidienne (de préférence au lever du lit)
- Notation sur graphique
- Contenance absolue tant que l'ovulation n'est pas confirmée par une élévation thermique de 2 à 3 jours

Inconvénients

- méthode contraignante,
- la période d'infécondité certaine se limite aux derniers jours du cycle ,
- la température du corps peut varier lors d'une maladie ou d'un effort physique ,
- les niveaux de température peuvent également changer d'un cycle à l'autre chez la même femme ,
- difficulté d'interprétation de la courbe thermique

Fiche technique 4

METHODE DE LA GLAIRE CERVICALE

Principe

Etude des modifications cycliques de la glaire cervicale par la femme elle-même

Instructions à la femme

- En phase folliculaire, les glandes endocervicales sont stimulées sous l'influence des oestrogènes et secrètent de la glaire qui s'éclaircit et devient humide en période ovulatoire
- La femme va étirer entre deux doigts la glaire pour former un fil mince et comparable au blanc d'oeuf frais
- Après l'ovulation, la progestérone inhibe la production de la glaire
- La période d'abstinence commence avec l'apparition de la glaire et se poursuit 4 jours après la disparition de la glaire humide et élastique

Inconvénients

- Nécessité d'un apprentissage sérieux et d'une motivation importante
- L'appréciation de la glaire peut être gênée pas plusieurs facteurs (produit éjaculatoire, infection,)
- Discordance entre l'apparition de la glaire et la période féconde
- Fiabilité limitée de la méthode

Documents de référence

- *Guide to Natural Family Planning for Trainers*, Institute for international studies in Natural Family Planning, Georgetown University, 1990
- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO

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

Définition

La MAMA est l'utilisation de l'allaitement comme méthode de contraception qui se base sur l'effet physiologique de la succion pour supprimer l'ovulation. Pour pouvoir utiliser l'allaitement en tant que méthode contraceptive efficace, la mère doit nourrir le bébé au lait maternel exclusivement ou quasi exclusivement (au moins 6 fois par jour)

Connaître

- Définition
- Mécanisme d'action
 - physiologie de la lactation
 - physiologie de la sécrétion de la prolactine et de son action sur l'inhibition de l'ovulation
- Avantages
 - sur le plan contraceptif
 - sur le plan de la santé de la mère du nouveau-né
- Indications à qui convient la MAMA
- Limitations

Savoir

Donner les instructions a la cliente

- le rythme des tétées,
- quand donner des aliments solides,
- que faire en cas de menstruation

Prendre en charge des complications de l'allaitement

Donner des conseils

- pour la fin de l'allaitement,
- en cas de maladie intercurrente

Fiche technique

Voir chapitre sur l'allaitement maternel dans la section maternité sans risque

Documents de références

- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO
- *Directives de prestation de services pour les programmes de PF*, JHPIEGO, Décembre 1997
- *Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée*, Classeur de Family Health International (FHI) avec diapositives, transparents et articles
- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992
- *Directives pour l'allaitement et la MAMA*, Lobbok, M , K Cooney and S Coly, Institute for Reproductive Health, Georgetown, 1994
- Film vidéo *Directives pour l'allaitement et la MAMA*, Institute for Reproductive Health, Georgetown

La Contraception chirurgicale volontaire

La Ligature tubaire

Connaître

- Définition - Principes
- Indications contraceptive, indications médicales
- Précautions et contre-indications relatives à chaque technique
- Techniques
 - anesthésie locale, sédation consciente, générale
 - abord de la trompe voie coelioscopique, voie abdominale, voie vaginale,
 - techniques d'interruption du trajet tubaire

Savoir faire

- Counseling et consentement éclairé
- Surveillance et problèmes post-opératoires

Fiche technique 1

LES COMPETENCES EN COUNSELING EN MATIERE DE CCV

- 1 Accueillir la femme avec respect et amabilité
- 2 Définir le but de la visite et répondre aux questions
- 3 Vérifier que l'entretien est confidentiel
- 4 Obtenir des informations biographiques (nom, adresse, etc)
- 5 Demander à la cliente quels sont ses projets sur le plan de la reproduction (désire-t-elle espacer ou limiter les naissances ?) et ses besoins pour se protéger contre les infections génitales et autres MST
- 6 Discuter des besoins, préoccupations et craintes de la cliente de manière attentive et sympathique
- 7 Aider la cliente à commencer à choisir une méthode appropriée

Si la cliente choisit la CCV

- 8 Faire un bilan attentif de la cliente pour être sûr qu'il n'existe pas de contre-indication
- 9 Discuter clairement des avantages de la CCV Insister sur le fait que c'est une méthode permanente mais qu'il existe un faible risque d'échec

- 10 Expliquer qu'il est nécessaire que l'époux participe à la décision d'opter pour la CCV
- 11 Expliquer que la CCV ne protège pas contre les infections génitales et autres MST (si la cliente est à risque, il se peut qu'elle ait besoin d'utiliser également les préservatifs)
- 12 Expliquer les complications communes de la procédure chirurgicale et s'assurer qu'elles sont bien comprises
- 13 Expliquer la procédure chirurgicale et ce à quoi il faut s'attendre pendant et après
- 14 Discuter de la programmation de la procédure et du besoin possible de contraception avant la procédure de CCV
- 15 Obtenir la signature ou l'empreinte digitale de la cliente sur le formulaire de consentement

Documents de référence

- *Safe and Voluntary Surgical Contraception*, World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Contraception AVSC, 1998
- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives*, OMS, 1996
- *Guide de poche pour les prestataires de services de planification familiale*, 2e édition, 1996-1998, JHPIEGO
- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992

Contraception des situations particulières

Connaître

Situations a risque

Savoir

- Identifier les situations a risque
- Prescrire une methode contraceptive adequate

Introduction

Il existe un bon éventail de méthodes contraceptives qui sont très efficaces et qui permettent aux couples d'atteindre leurs objectifs en matière de reproduction, c'est-à-dire d'espacement des naissances ou de limitation de la famille. Cette large gamme permet de faire face à des situations particulières qui posent des problèmes pour l'utilisation de certaines méthodes qui sont, soit contre-indiquées, soit à éviter du fait des risques qu'elles présentent pour la cliente.

Post abortum

Risque immédiat de grossesse, un counseling efficace est nécessaire avec une méthode contraceptive immédiate (séquentiels ou DIU) qui devra être utilisée.

Post partum

Meilleure période psychologique pour le counseling

- Encourager l'allaitement (MAMA) et, à partir de 6 mois après l'accouchement, si la cliente allaite toujours : micropilule, injectable ou DIU
- Si pas d'allaitement : proposer une CO après 2 à 3 semaines de l'accouchement, ou un DIU ou un injectable après la 4^e semaine
- La CCV peut être proposée si le couple le demande, ayant atteint le nombre d'enfants désiré, et enfin, répond aux critères de recrutement pour la CCV

En urgence (contraception du lendemain)

La contraception ici vient après un rapport sexuel non planifié et évite une grossesse indésirée, mais les méthodes sont moins efficaces que la

contraception classique Avant tout, il faut éliminer une grossesse

Efficace dans 98% des cas

- méthodes mécaniques

DIU dans les 5 jours suivant le rapport

- hormonales

 pilules normodosées 2X2/24 heures durant les 3 jours suivant le rapport ,

 minidosées 4X2/jour durant les 3 jours suivant le rapport ,

 progestatifs seuls durant les 3 jours suivant le rapport ,

 antiprogestatifs RU 486 durant les 3 jours suivant le rapport

Situations à risque

- diabète,

- insuffisance rénale,

- antécédents thrombophlébite,

- pathologie cardiovasculaire,

- pathologie neuro-psychiatrique,

- pathologie hépatique,

- cancer,

- tabagisme,

- interactions médicamenteuses,

- autres

Documents de référence

- *Manuel des méthodes contraceptives*, Ministère de la Santé du Maroc, 1992

- *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale Critères de recevabilité médicale pour l'adoption de certaines pratiques d'utilisation continue de méthodes contraceptives*, OMS, 1996

- *Contraception du post-partum*, Classeur de FHI avec diapositives, transparents, articles

Infections génitales et dépistage du cancer du col

/Infections génitales

Introduction

La consultation de planification familiale est une excellente occasion pour le dépistage, la prévention et la prise en charge des MST et des infections génitales

Connaître

Les données épidémiologiques mondiales, régionales, nationales
Les étiologies des infections génitales et MST

- vaginose bactérienne,
- chlamydiae,
- candidose,
- gonococcie,
- trichomonase,
- chancres mou et syphilitique,
- condylome,
- VIH/SIDA et les hépatites B et C

Les comportements à risque

Les tableaux cliniques

- infection génitale basse,
- infection génitale haute,
- conséquence à distance

Conséquence des infections génitales et MST

- la stérilité,
- les douleurs pelviennes chroniques,
- la grossesse extra-utérine,
- les complications obstétricales,
- autres

Les approches de la prise en charge des MST basées sur la symptomatologie clinique, les tests biochimiques et l'approche syndromique

Savoir

- Différencier les différents types de leucorrhées
- Distinguer les signes d'infection génitale basse et d'infection génitale haute
- Faire un prélèvement cervico vaginal pour examen direct
- Diagnostiquer une infection génitale
- Faire un counseling
- Traiter une infection génitale selon l'approche clinique
- Référer en cas de non-réponse au traitement, de cas graves, de complications

Fiche technique 1 DÉPISTAGE DES MST À L'ANAMNESE

L'anamnèse pour le dépistage des MST devrait comprendre les questions suivantes

- Avez-vous des pertes vaginales ?
Avez-vous eu, cette année, un problème génital tel que pertes vaginales, ulcères ou lésions cutanées dans la région génitale ?
Est-ce que votre partenaire sexuel (époux) a reçu un traitement pour un problème du tractus génital, tel que pertes (pertes urétrales) du pénis ou enflure des glandes de l'aîne, ces 3 derniers mois ? Quel problème particulier ?
Est-ce que votre partenaire sexuel (époux/se) a d'autres partenaires sexuels à votre connaissance ?
- Votre travail ou celui de votre partenaire vous place-t-il à haut risque de contracter une MST (par exemple prostitution, travail de chauffeur de camion, service militaire) ?
Est-ce que vous avez eu plus d'un partenaire sexuel ces 2 derniers mois ?
Pensez-vous que vous pourriez avoir une MST ?

Fiche technique 2
LES COMPÉTENCES DE COUNSELING EN MATIÈRE DE MST

Counseling en MST pour tous les clients de planification familiale

- 1 Rassurer le client sur le fait que la séance de counseling est confidentielle
- 2 Expliquer au client comment les MST/VIH sont transmis
- 3 Décrire les facteurs à risques des MST/VIH
- 4 Expliquer comment les condoms protègent contre les MST/VIH
- 5 Décrire les principaux symptômes des MST et la nécessité d'obtenir un traitement médical s'ils apparaissent chez le client ou son partenaire
- 6 Utiliser un langage que le client peut comprendre
- 7 Expliquer l'information de plusieurs façons pour s'assurer que le client la comprenne bien
- 8 Encourager le client à poser des questions

Conseiller les clients avec une MST et les clients à risque pour les MST

- 1 Informer le client qu'il est à risque pour les MST
- 2 Discuter des dangers d'un comportement mettant le client à haut risque
- 3 Si une MST est diagnostiquée, informer le client au sujet de son MST
- 4 Expliquer comment elle a été transmise et comment éviter qu'elle ne se propage Décrire les complications si elles ne sont pas traitées
- 5 Si une MST est diagnostiquée, expliquer le traitement et comment en réduire les symptômes si la maladie est inguérissable (infections virales) Mettre en relief la nécessité de terminer la prise de médicaments même si les symptômes disparaissent Suivre le traitement prescrit dans les algorithmes nationaux
- 6 Si une MST est diagnostiquée, demander au client de bien vouloir répéter les instructions pour le traitement pour s'assurer qu'il les a bien comprises
- 7 Si une MST est diagnostiquée, expliquer qu'il faut qu'il s'abstienne d'avoir des rapports sexuels jusqu'à ce que le traitement soit terminé (ou qu'il utilise des condoms)

- 8 Si une MST est diagnostiquée, expliquer qu'il faut que son partenaire soit traité. Aider le client à retrouver ses partenaires. Demander comment vous pouvez l'aider pour qu'il (elle) amène ses partenaires à la clinique pour se faire traiter.
- 9 Décrire les pratiques de rapports sexuels sans risque et expliquer au client comment les condoms peuvent diminuer le risque de transmission des MST/VIH.
- 10 Montrer au client comment utiliser les condoms.
- 11 Décrire d'autres symptômes de MST et demander au client de revenir si il/elle remarque l'un de ces symptômes.
- 12 Discuter des tests de VIH et des endroits où ils sont disponibles.
- 13 Demander au client s'il a des questions ou des préoccupations.
- 14 Informer le client avec une MST de quand il doit revenir pour une visite de suivi.
- 15 Assurer au client qu'il peut revenir à la même clinique n'importe quand pour obtenir des conseils et des soins médicaux.

Documents de référence :

- DIU, *Guide pratique à l'intention des Programmes de PF*, JHPIEGO
- Malkin J E, B Halioua *MST au quotidien*, Glaxo-Wellcome, 1995

√ *Dépistage des cancers de col*

Connaître

- Les facteurs de risque du cancer du col
- L'histoire naturelle du cancer du col, le rôle des virus dans la genèse du cancer du col (Condylômes)
- Les néoplasies intracervicales (dysplasie cervicale) définition, classification, évolution, traitement
- Les moyens de dépistage du cancer du col (indications, conditions de réalisation interprétation)
 - inspection du col,
 - frottis cervico-vaginal (fiche technique),
 - colposcopie
 - indications
 - apport de la colposcopie dans le dépistage du cancer du col
- Orientation thérapeutique des néoplasies intra-cervicales

Savoir

- Dépister le cancer du col
- Référer les CIN

Fiche technique 1

CLASSIFICATION DES CANCERS

OMS 1964	RICHART 1974	BETHESDA 1988
Dysplasie légère	CIN 1 (HPV et/ou CIN 1)	Lésion de bas grade
Dysplasie moyenne	CIN 2	Lésion de haut grade
Dysplasie sévère	CIN 3	
Carcinome in situ		

Fiche technique 2

FROTTIS CERVICO VAGINAUX (FCV) DE DÉPISTAGE

Indications

Les FCV doivent être effectués chez

- toute femme ayant ou ayant eu une activité génitale ,
- tous les trois ans et ne doivent pas être interrompus après la ménopause

Conditions

Le prélèvement doit être effectué

- à distance d'un rapport sexuel ou d'un traitement local d'au moins 3 jours ,
- en dehors des règles, d'une infection ou d'un épisode hémorragique ,
- avant le toucher vaginal

Matériel

- Spéculum
- Spatule d'Ayre et écouvillon ou cytobrush
- Lames de verre pour microscope optique
- Fixateur mélange alcool-ether ou laque à cheveux

Technique

- Patiente en position gynécologique (avec un bon éclairage)
- Introduire le spéculum sans lubrifiant
- Moucher soigneusement le col sans le faire saigner
- Gratter l'endocol avec l'extrémité échancrée de la spatule d'Ayre en s'efforçant de frotter la jonction exocol-endocol
- Quand la zone de jonction est inaccessible (femme ménopausée), frotter l'endocol à l'aide d'un écouvillon ou le cytobrush
- Etaler immédiatement sur une ou deux lames et fixer le prélèvement

Résultats

Frottis significatif

Bien étalé, bien fixé, suffisamment cellulaire et contenant des cellules endocervicales

Frottis ininterprétable ou non significatif

Hémorragique, peu cellulaire ou acellulaire, inflammatoire, mal étalé ou mal fixé

Frottis pathologique

Montre des modifications cellulaires en faveur d'un cancer, d'une lésion de haut grade (CIN II, III ou CIS) ou de bas grade (Viroses à HPV et/ou CIN I)

Les FCV de dépistage ne représentent qu'un examen d'orientation nécessitant en cas de doute un examen coloscopique et des prélèvements biopsiques pour confirmer le diagnostic de malignité

Documents de références

- *Report on Study in Zimbabwe*, Jackie Sheeris, PATH/JHPIEGO
- *Report of Proceedings on Cervical Cancer Meeting*, JHPIEGO

ANNEXE

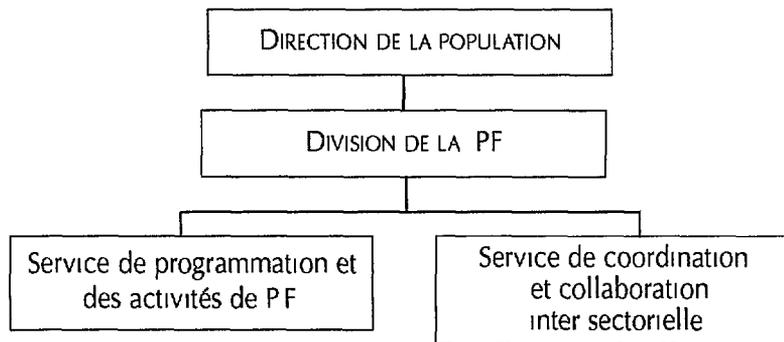
Organisation et gestion du programme national de planification familiale

Le médecin généraliste sera en contact avec les structures et programmes du Ministère de la Santé. Cette annexe vise à informer l'étudiant sur le système actuel régissant la planification familiale et la santé de la reproduction.

ORGANISATION

Au niveau central

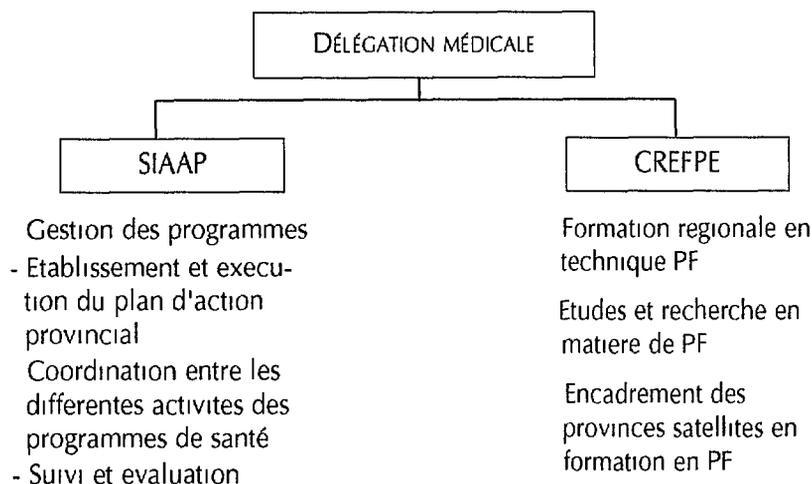
L'organigramme des structures impliquées dans la gestion du programme est comme suit :



La division de planification familiale, intégrée dans la direction de la population, assure avec ses deux services les fonctions suivantes :

- Prise de décision concernant la gestion du programme de PF à l'échelon national
- Fixation des objectifs
- Conception, planification et évaluation des stratégies du PNPF
- Supervision des activités du programme
- Gestion des produits contraceptifs
- Formation du personnel en techniques de PF
- Etudes et enquêtes en matière de PF
- Marketing social des contraceptifs
- Conception des documents et supports de PF
- Coordination entre les services rattachés à la Division et entre le central et la périphérie

Au niveau peripherique



Centre de reference

- Formation et recyclage du personnel médical et infirmiers en matière de PF
- Prise en charge des clientes référées des autres structures sanitaires
- Counseling pour toutes les méthodes
- Recrutement et suivi des clientes pour les nouvelles méthodes
- Fourniture des services de PF (toute méthode)
- Assurer le LT, et dans le cas échéant, orienter les clientes et donner le rendez-vous

Centre de sante

- Counseling pour toutes les méthodes
- Fourniture des services de PF pilule, DIU, condom, injectables (pour les centres injectables)
- Examen médical pour les clientes désireuses de LT
- Remplissage de formulaire du consentement volontaire
- Orientation des couples

Dispensaire

- Counseling pour toutes les méthodes
- Fourniture des services de PF pilule, DIU, condoms
- Orientation des couples

STRATEGIE MOBILE

Itinérance se fait par visite à domicile ou par points de contacts, destinée aux populations éloignées de moins de 10 km autour des formations sanitaires

L'itinérant assure les activités de planification familiale suivantes

- IEC pour toutes les méthodes,
- fourniture de pilule et condoms,
- réapprovisionnement des clientes en produits contraceptifs,
- orientation des couples selon leurs besoins de PF

L'équipe mobile destinée aux populations habitant à plus de 10 km des formations sanitaires L'unité mobile est généralement médicalisée Ses actions se résumant comme suit

- IEC,
- fourniture de service (pilule condoms, DIU 5, si local adéquat est disponible),
- orientation et référence des couples désireux de LT

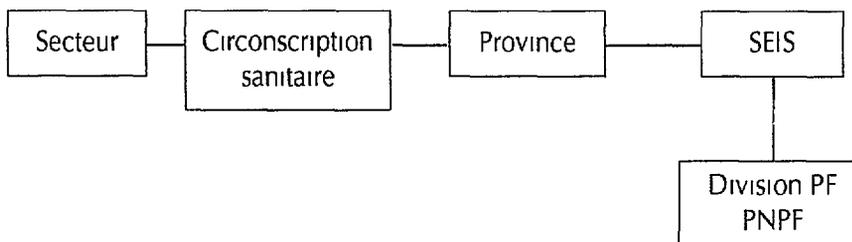
SOUS SYSTEME D'INFORMATION

Au niveau central

- collecte et vérification de supports informationnels,
- informatisation des rapports mensuels PNPf 2 1,
- tabulations, graphiques et analyses des données,
- suivi et évaluation des bilans (trimestriels, semestriels et annuels)

Au niveau périphérique

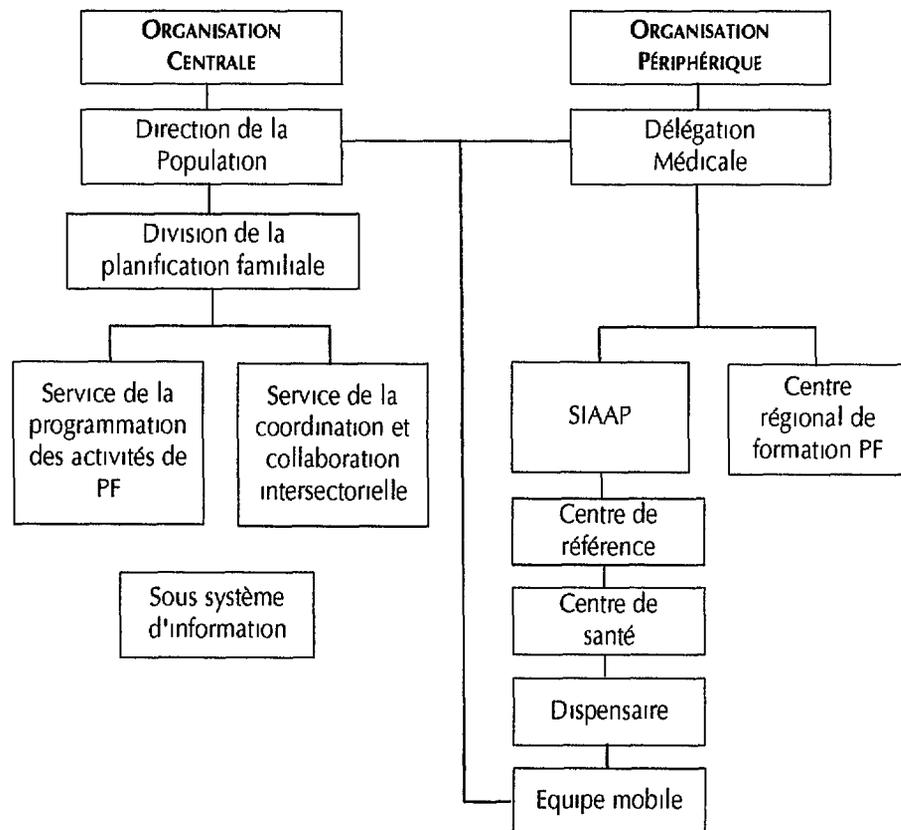
Le circuit des rapports et l'agrégation des données se font comme suit



Au niveau périphérique, le système d'information regroupe 7 éléments fondamentaux

- La fiche individuelle PNPf 1 1
- Prise en charge de la cliente
- Les registres qui regroupent les activités réalisées et les renseignements concernant les bénéficiaires de service
- La fiche journalière activité (FJA)
- Le rapport du secteur , il est rempli et transmis au centre de santé à chaque fin du mois
- Le rapport de circonscription sanitaire, lui aussi à remplir et à transférer à la province à la fin de chaque mois
- Le rapport de la province qui regroupe toutes les informations à remplir tous les mois et à transmettre au SEIS
- Le tableau de bord qui reflète l'évolution des activités dans le temps

Organisation et gestion du programme national de planification familiale



*m*aternité sans risque

Section 2

Consultation prénatale

But de la surveillance de la grossesse

Eviter la mortalité et la morbidité materno-fœtales en dépistant les grossesses à risque (30% des grossesses dont 15% sont détectables en prénatal) 70% des grossesses peuvent être suivies par des non-obstétriciens

Objectifs de la surveillance de la grossesse

Premier trimestre

- faire le diagnostic d'une grossesse et calculer son terme (1ère visite) ,
- s'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle ,
- rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux, susceptibles de transformer un état physiologique ou un état pathologique comportant des risques pour la mère et pour l'enfant

Deuxième trimestre

- dépister les grossesses à risque ,
- vérifier la croissance fœtale et qu'il n'y a pas de malformation fœtale

Troisième trimestre

- Faire le pronostic de l'accouchement

Connaître

- les signes de la grossesse,
- les objectifs de chaque consultation,
- les moyens de diagnostic de la grossesse,
- le développement normal de la grossesse,
- les situations à risque

Savoir

- Diagnostiquer une grossesse
- Faire le suivi d'une grossesse
 - consultation du 3^e mois,
 - consultation du 6^e mois,
 - consultation du 8 ou 9^e mois
- Référer les situations à risque

Moyens

• Rappel diagnostic de la grossesse

Diagnostic positif

- l'amenorrhée,
- les signes sympathiques de la grossesse,
- TV corps uterin augmente de volume et ramollissement du col,
- tests de grossesse (valeur, interpretation),
- l'échographie

Diagnostic différentiel

- des aménorrhées secondaires,
- de gros uterus (myomes),
- masses latero-utérines (kystes ovariens - GEU)

• Premier trimestre

- Interrogatoire pour constituer un dossier
âge, antécédents gyneco-obstetricaux (gestation, parite, enfants vivants, modes d'accouchement (voie basse ou voie haute) poids des nouveaux-nés à la naissance)
- Examen general poids, taille, TA
- Examen obstetrical par l'examen au speculum et le toucher vaginal
- Examen des urines albumine, sucre (Labstix)
- Examens de laboratoire glycémie a jeûn, sérologie de la syphilis, serologie de la rubeole (primipare), serologie de la toxoplasmose (a prescrire selon les possibilites), groupe sanguin et Rhesus
- Echographie datation, viabilite foetale (a prescrire selon l'indication et les possibilites)

• Sixième mois

- Interrogatoire troubles digestifs, troubles urinaires, douleurs, leucorrhées, metrorragies, mouvements actifs perçus
- Examen général pesée, TA
- Examen obstétrical hauteur uterine (H U), auscultation foetale, TV
- Examen des urines albumine, sucre (Labstix)
- Echographie biometrie, morphologie (a prescrire selon les indications et les possibilites)

• 8 - 9eme mois

Pronostic sur trois éléments d'examen foetus et annexes, bassin, utérus

- palpation abdominale et mesure de la hauteur utérine (HU) ,
- auscultation au stéthoscope ou a l'ultrason ,
- TV état du col, presentation, bassin, segment inférieur, parties molles (vagin et périnée) ,
- échographie et Doppler (selon indication et possibilités) ,
- radiopelvimétrie - Scannopelvimétrie ,
- enregistrement du rythme cardiaque foetal (selon indication) ,
- place de la Radiographie du contenu utérin

Fiche technique 1 MESURES DE LA HAUTEUR UTERINE (HU)

Definition

- La hauteur utérine est une mesure centimétrique de la taille de l'utérus à partir du 2^e trimestre de la grossesse. Sa valeur est proportionnelle à l'âge de la grossesse, elle renseigne sur le développement de l'oeuf. Sa mesure est systématique au cours de la consultation prénatale.

Etape technique

- Femme en décubitus dorsal ou position gynécologique. La mesure de la HU se fait par le ruban centimétrique à partir du bord supérieur de la symphyse pubienne jusqu'au fond de l'utérus par la palpation.
- Reporter la HU sur le carnet de surveillance de la femme.
- Comparer cette valeur à la normale pour l'âge gestationnel.
- Source d'erreurs
 - antéflexion marquée de l'utérus,
 - paroi abdominale épaisse

Interprétation des résultats de la HU

Condition : nécessité d'une connaissance de l'âge gestationnel

- HU basse par rapport à l'âge gestationnel
 - *hypotrophie foetale,
 - *grossesse arrêtée,
- HU élevée par rapport à l'âge gestationnel
 - *macrosomie,
 - *hydramnios,
 - *grossesse multiple,
 - *grossesse sur utérus myomateux

Age grossesse Hauteur uterine

20 S A	=	16 cm
24 S A	=	20 cm ou ombilic
28 S A	=	24 cm
32 S A	=	28 cm
36 S A	=	30 cm
38 S A	=	32 - 33 cm

Fiche technique 2
LA CONSULTATION PRENATALE DU 1^{er} TRIMESTRE

INTERROGATOIRE

- 1 Préparer l'environnement pour faire le bilan de la cliente
 - lumière adéquate,
 - table gynécologique,
 - dossier de la parturiente,
 - chaises,
 - respect de l'intimité
- 2 Accueillir la femme avec respect et amabilité
- 3 Obtenir des informations sur l'identité de la femme (nom, adresse, situation de famille, etc)
- 4 Etudier les facteurs individuels et sociaux
 - âge (<16 ans, >38 ans),
 - poids, maigreur, obésité,
 - taille (<1,50 m),
 - drogues tabac,
 - conditions socio-économiques défavorables,
 - facteurs psychologiques
- 5 Etudier les antécédents personnels *médicaux* recherche de pathologie
 - métabolique,
 - allergique,
 - neuro psychiatrique,
 - respiratoire,
 - digestive,
 - cardio-vasculaire,
 - rénale

et chirurgicaux

 - antécédents d'intervention chirurgicale abdominale, pelvienne, autres
- 6 Etudier les antécédents familiaux
 - HTA, toxémie, syndromes vasculo-rénaux, diabète, pathologie malformative
- 7 Etudier les antécédents gynécologiques
 - Puberté - cycles,
 - Antécédents d'infections génitales, pathologie tubaire connue,

assistance médicale à la procréation (induction, ovulation, etc),
endométrirose, malformation utérine, syndrome Distilbene, utérus fibro
mateux

- 8 Etudier les antécédents obstétricaux
 - Gestation parité nombre d'enfants vivants déroulement des grossesses
 - Allaitement pathologies des suites de couches
 - Antécédents de césarienne (Utérus cicatriciel)
Avortement spontané, avortement spontané itératif, avortement spontané tardif, maladie abortive, mort foetale in utero, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérine, macrosomie, malformation foetale, anomalie chromosomique, maladie héréditaire génique, allo immunisation
- 9 Demander à la femme si des examens complémentaires ont déjà été faits
- 10 Vérifier que tous ces antécédents sont reportés sur le dossier personnel de la patiente

L'EXAMEN CLINIQUE GENERAL

- 1 Expliquer à la patiente ce qu'on va lui faire
- 2 Faire l'examen général
 - poids,
 - taille,
 - tension artérielle (voir fiche d'apprentissage HTA)
- 3 Demander à la patiente de vider sa vessie et de se déshabiller L'aider, si besoin est, à s'installer sur la table d'examen La couvrir pour éviter qu'elle ne soit exposée
- 4 Faire une inspection générale
 - existence d'une boiterie,
 - coloration des conjonctives,
 - dents, gencives,
 - jambes veines, oedèmes
- 5 Examiner appareil par appareil pleuro pulmonaire, cardio vasculaire, neurologique
- 6 Examiner les seins (première visite)
- 7 Inspecter l'abdomen cicatrices, forme du ventre

L'EXAMEN OBSTÉTRICAL

- 1 Préparer la cliente pour un examen obstétrical
 - expliquer la procédure et chaque étape effectuée tout au long de la procédure ,
 - positionner la cliente en position gynécologique
- 2 Observer les pratiques de prévention des infections tout au long de l'examen gynécologique
 - se laver les mains avec de l'eau et du savon ,
 - utiliser un doigtier jetable ou des gants désinfectés à haut niveau/ stériles sans les contaminer ,
 - utiliser des instruments désinfectés à haut niveau/stérilisés
- 3 Examiner la vulve et le périnée
- 4 Faire l'examen au spéculum
 - Demander à la patiente de se relaxer
 - Choisir un spéculum de taille adaptée
 - Introduire le spéculum sur le plan oblique puis progressivement orienté à 90° afin de placer les valves transversalement à la fente vulvaire La pose doit être indolore
 - Examiner le col aspect, couleur, anomalies, écoulements anormaux ,
 - Examiner le vagin, les faces antérieures et postérieures en retirant doucement le spéculum
- 5 Toucher vaginal

Technique

 - Ecarter les lèvres avec la main gauche
 - Introduire l'index et déprimer la fourchette vulvaire en arrière
 - Introduire le médius et diriger les deux doigts en bas et en arrière
 - Observer le visage de la cliente tout au long de la procédure pour constater les signes de sensibilité

Résultat

 - Vérifier le col utérin avec les doigts
 - position,
 - longueur,
 - consistance,
 - degré de fermeture
 - Apprécier le volume utérin
 - Chercher le signe de NOBLE (utérus globuleux qui s'appuie sur les culs

- de sacs latéraux) et la sensibilité ou les masses annexielles
- 6 Placer les instruments utilisés dans une solution chlorée à 0,5%
 - 7 Eliminer les déchets contaminés dans un récipient adéquat
 - 8 Décontaminer les surfaces souillées
 - 9 Immerger les mains gantées dans le produit décontaminant enlever les gants et les jeter (une seule utilisation) selon les normes ou les immerger (réutilisables) dans une solution chlorée
 - 10 Se laver les mains
 - 11 Faire l'examen de l'urine albumine et sucre (Labstix)
 - 12 Demander le bilan biologique
groupe sanguin et facteur Rhésus,
VDRL + TPHA,
sérologie de rubéole, si premier trimestre, toxoplasmose,
glycémie à jeûn NfS

Après l'examen

- 1 Demander à la cliente de descendre de la table et de se rhabiller
- 2 Remercier la cliente de sa coopération
- 3 Partager les constatations de l'examen avec la cliente
 - dire à la cliente de façon rassurante ce qui a été vu pendant l'examen ,
 - faire part à la cliente de toute anomalie découverte ,
 - expliquer les causes possibles des anomalies découvertes ,
 - donner un rendez vous et la sensibiliser pour le suivi ultérieur
- 4 Noter toutes les constatations dans le dossier de la cliente et toute anomalie découverte

Fiche technique 3

LA CONSULTATION PRÉNATALE DU 6^e ET DU 8^e OU 9^e MOIS

L'EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL

- 1 Revoir le dossier de la parturiente antécédents - évolution de la grossesse actuelle S'assurer de la confidentialité
- 2 Expliquer à la patiente ce qu'on va lui faire
- 3 Faire l'examen général
 - poids,
 - taille,
 - tension artérielle (voir fiche d'apprentissage HTA)
- 4 Demander à la patiente de vider sa vessie et de se déshabiller L'aider, si besoin est, à s'installer sur la table d'examen
- 5 Se laver les mains
- 6 Faire une inspection générale
 - existence d'une boiterie,
 - coloration des conjonctives,
 - dents, gencives,
 - jambes veines, oedèmes
- 7 Examiner appareil par appareil pleuro-pulmonaire, cardio-vasculaire, neurologique
- 8 Examiner les seins (si première visite)
- 9 Inspecter l'abdomen cicatrices, forme du ventre
- 10 Faire un examen de l'urine albumine et sucre (Labstix)

L'EXAMEN OBSTÉTRICAL

1 Mesurer la Hauteur Uterine

Correspondance entre la hauteur utérine en cm et l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée

Voir fiche technique

2 Palper l'abdomen

La patiente est couchée sur le dos, membres inférieurs étendus Les mains de l'examineur sont posées à plat sur l'abdomen et dépriment doucement sa paroi de la pulpe des doigts L'exploration doit être méthodique et indolore, commençant par la région sus pubienne, continuant par le fond utérin et se terminant par les parties latérales de l'utérus

Etudier la consistance, la souplesse ou la tension et la sensibilité de l'utérus

- Situer le fœtus dans l'utérus = repérer les pôles foetaux en palpant doucement des deux mains la région suspubienne et le fond utérin
 - le pôle céphalique est régulier et dur,
 - le pôle caudal est irrégulier et mou
- Repérer le dos du fœtus en appuyant légèrement sur le fond utérin avec la main gauche (droitier) pour accentuer la courbure du dos et de l'autre main rechercher le plan du dos qui est dur et régulier

3 Ecouter les bruits du cœur foetaux (BCF)

Auscultation des BCF sur le foyer cardiaque repéré du côté du dos fœtal sur la région périombilicale

4 Faire l'examen au spéculum (idem que pour le 1er trimestre)

5 Toucher vaginal

Technique (idem que pour le 1er trimestre)

Résultats

- Etat du col
 - position,
 - longueur,
 - consistance,
 - ouverture
- Présentation type et niveau (à partir du 3^e trimestre)
- Bassin
- Etat du segment inférieur
- Parties molles (vagin et périnée)

6 Placer les instruments utilisés dans une solution chlorée à 0,5%

7 Eliminer les déchets contaminés dans un récipient adéquat

8 Décontaminer les surfaces souillées

9 Immerger les mains gantées dans le produit décontaminant, enlever les gants et les jeter (une seule utilisation) selon les normes ou les immerger (réutilisables) dans une solution chlorée

10 Se laver les mains avec de l'eau et du savon

APRES L'EXAMEN

- 1 Demander à la gestante de descendre de la table et de se rhabiller
- 2 Remercier la gestante de sa coopération
- 3 Partager les constatations de l'examen avec la gestante
 - dire à la gestante de façon rassurante ce qui a été vu pendant l'examen ,
 - faire part à la gestante de toute anomalie découverte ,
 - expliquer les causes possibles des anomalies découvertes ,
 - donner un rendez-vous et la sensibiliser pour le suivi ultérieur
- 4 Noter toutes constatations dans le dossier de la gestante et toute anomalie découverte

Hémorragies du 1^{er} trimestre

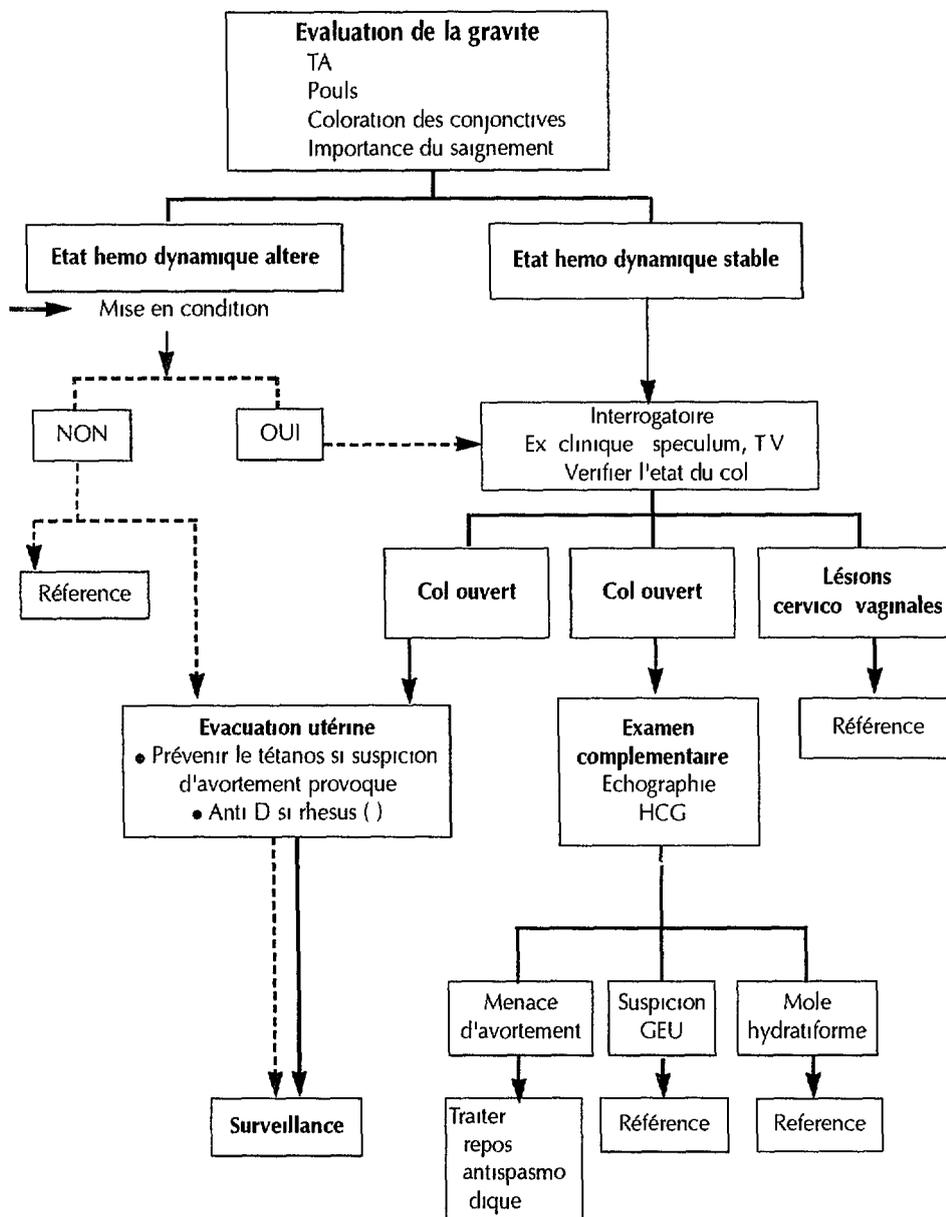
Connaître

- Définition
- Signes de gravité
- Etiologies
 - menace de fausse couche,
 - fausse couche,
 - retention placentaire,
 - GEU,
 - grossesse molaire
- Cas qu'il faut référer

Savoir

- Faire un interrogatoire
- Faire un examen clinique (général et gynécologique)
- Chercher les signes de gravité
- Distinguer les avortements spontanés des avortements provoqués
- Indiquer les examens paracliniques adaptés à la situation et en fonction de l'urgence
- Prendre en charge une hémorragie du premier trimestre
 - indiquer un transfert (avortement compliqué ou môle hydatiforme, voir algorithme) ,
 - organiser le transfert ,
 - évacuer l'utérus à col ouvert

HEMORRAGIE GENITALE DU 1^{er} TRIMESTRE



Fiche technique 1

EVACUATION UTERINE A COL OUVERT

Il s'agit d'extraire de la cavité utérine tout l'oeuf, en cas d'hémorragie grave maternelle, ou bien une rétention trophoblastique avec col perméable

Indications

- Avortement spontané incomplet situation la plus fréquente et la plus simple
- Avortement incomplet clandestin généralement très hémorragique et compliqué
- Môle hydatiforme

Ces deux derniers nécessitent une grande compétence

Conditions

- Anesthésie (générale ou prémédication ou bloc paracervical)
- Asepsie
- Le col utérin est perméable

Instruments (communs aux 3 techniques utilisées)

- 1 spéculum de colin ou 1 valve à poids,
- 1 hystéromètre souple,
- 1 pince à faux germes,
- 1 pince de Pozzi ou Museux,
- des gants stériles,
- des curettes mousses non tranchantes de tailles différentes,
- sonde ou canulles d'aspiration,
- seaux

Techniques 3 techniques différentes peuvent être utilisées

Le curage digital, est le meilleur, quand il s'avère réalisable, car c'est le moins traumatisant, cependant le col doit être ouvert au moins à 3 ou 4 cm. Il permet le raclage des restes placentaires au doigt et leur évacuation par la pince à faux germes au niveau du col (dans les cas d'avortement tardif)

Le curetage est le plus souvent employé, il nécessite une bonne technique. Position gynécologique, exposition du col par le spéculum ou la valve, badiage aux antiseptiques, prise du col par la pince de Pozzi pour ramener le corps utérin dans l'axe, hystérométrie. La curette utilisée doit être la plus

Pathologies du 2^e trimestre

Connaître

- Les différentes pathologies du 2^e trimestre
- Conduite à tenir devant un retard de la croissance intra-utérine (RCIU)
- Conduite à tenir devant une malformation foetale
- Conduite à tenir devant une mort foetale in utero (MFIU)

Savoir

- Identifier les grossesses pathologiques
- Référencer

Situations pathologiques du 3^e trimestre

Connaître

- Les différentes pathologies du 3^e trimestre
 - hypertension artérielle gravidique,
 - diabète et grossesse,
 - anémie,
 - infections urinaires,
 - autres (cardiopathie, incompatibilité Rhesus, etc)
- Le retentissement de la pathologie sur le déroulement de la grossesse
- Le retentissement de la grossesse sur la pathologie maternelle

Savoir

- Dépister les différentes pathologies
- Indiquer les examens complémentaires
- Apprécier les signes de gravité
- Référer les cas nécessitant une surveillance spécialisée

Fiche technique 1
RISQUES MATERNELS, FOETAUX, NEONATAUX DE DIVERSES PATHOLOGIES

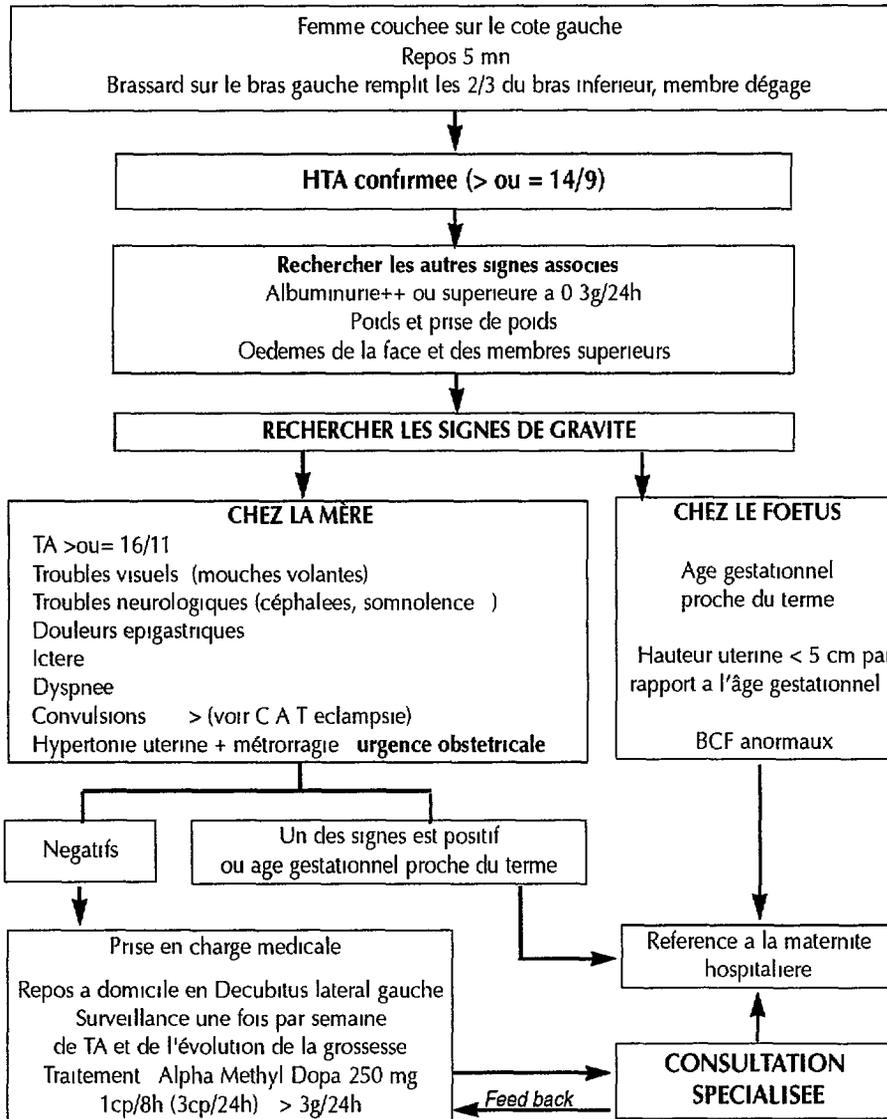
Pathologies	Risques maternels	Risques foetaux et neonataux
HTA	Eclampsie Hématome rétro placentaire Accidents vasculaires Hellp syndrome	Souffrance foetale chronique Hypotrophie Mort foetale in utero
Diabète	Hypoglycémie Infection génito-urinaire Rétinopathie Néphropathie Coma diabétique - HTA	<i>Foetus</i> Avortement spontané Malformations foetales Macrosomie MFIU <i>Nouveau né</i> Hypoglycémie
Anémie	Infection Hémorragie de la délivrance Maladie thrombo-embolique Insuffisance cardiaque	Avortement MFIU Prématurité
Infection urinaire	RPM Pyélonéphrite gravidique Cystite	Accouchement prématuré Infection néonatale

Fiche technique 2

LA PRISE EN CHARGE D'UNE HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE

- 1 Faire une recherche des antécédents vasculaires par l'interrogatoire
 - 2 Prendre la tension artérielle (à chaque visite) brassard sur le bras gauche, membre dégagé, en position demi assise
 - Si elle est élevée (14/9), demander à la femme de se reposer et reprendre la tension après 5 à 10 minutes
 - 3 Si l'hypertension est confirmée (voir algorithmes), rechercher les autres signes associés
 - apprécier les oedèmes et leur extension
 - vérifier la prise de poids de la femme
 - vérifier un échantillon d'urine à mi jet pour chercher l'albuminurie
 - 4 Rechercher les signes de gravité de la HTA
Signes de pré-éclampsie grave
 - HTA >16/11
 - protéinurie > 3g ou +++
 - oedèmes généralisés
 - oligurie (urines rares < 500 CC/24h)
 - troubles visuels, bourdonnements d'oreille
 - altération de la conscience
 - réflexes vifs
 - dyspnée ou cyanose ou détresse respiratoire
 - barre épigastrique
 - ictère
 - hypertonie et métrorragies (signifie hématome rétro placentaire urgence obstétricale)
 - 5 Si aucun signe de gravité n'est présent, donner les conseils suivants
 - repos à domicile en décubitus latéral gauche,
 - rendez vous une fois par semaine pour prise de tension et surveillance de l'évolution de la grossesse,
 - demander un bilan et l'interpréter
- Prescrire de l'Alpha méthyle Dopa 250 mg 1 cp/8h (3 cp/j) avec maximum 3g/j Ne pas administrer ou conseiller les diurétiques
- 6 Si au moins un signe de gravité est présent ou si l'âge gestationnel est proche du terme, référer chez un spécialiste Conseiller à la femme et à sa famille qu'elle accouche absolument dans une maternité hospitalière

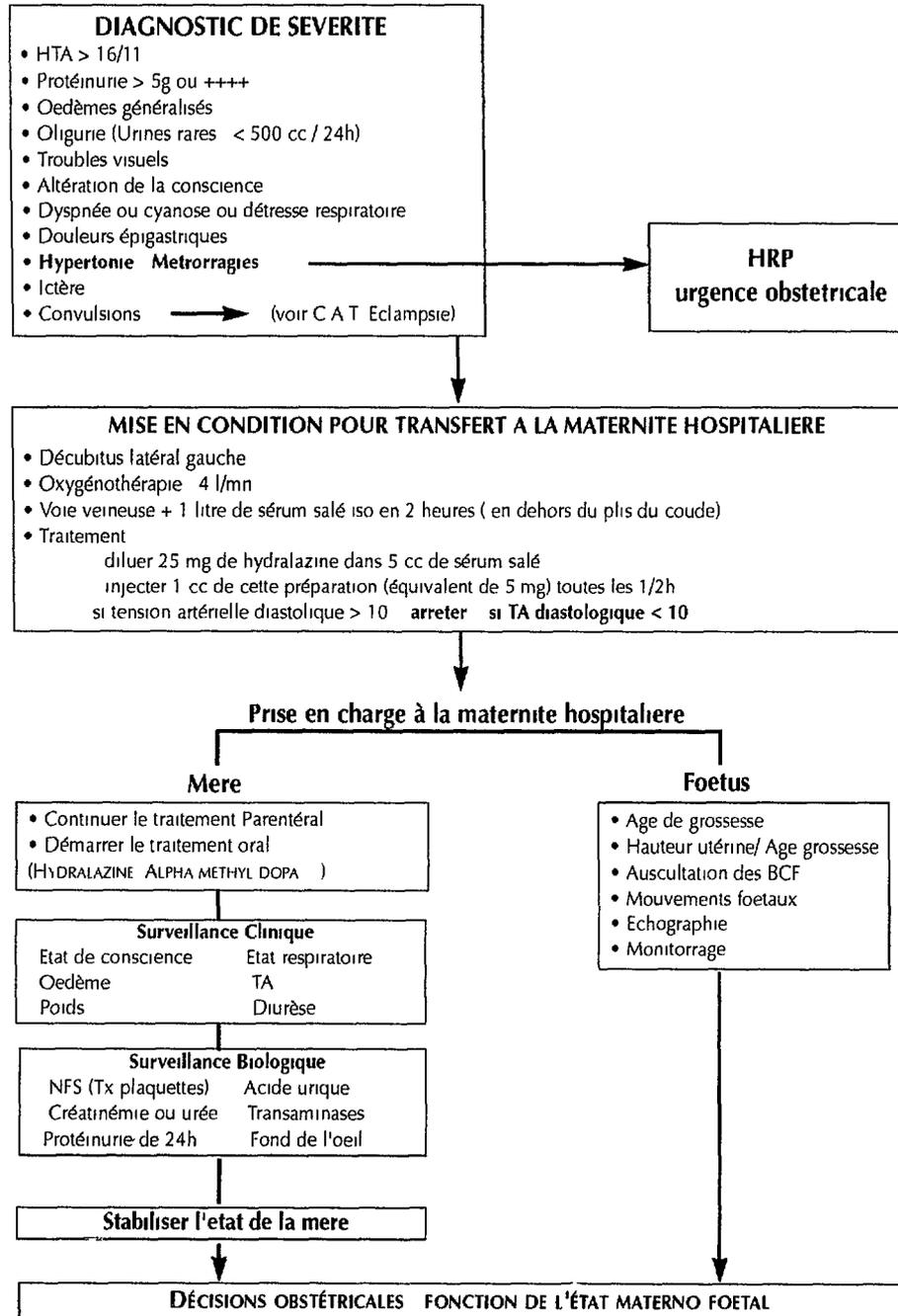
CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HTA et GROSSESSE* (> OU = 14/9)



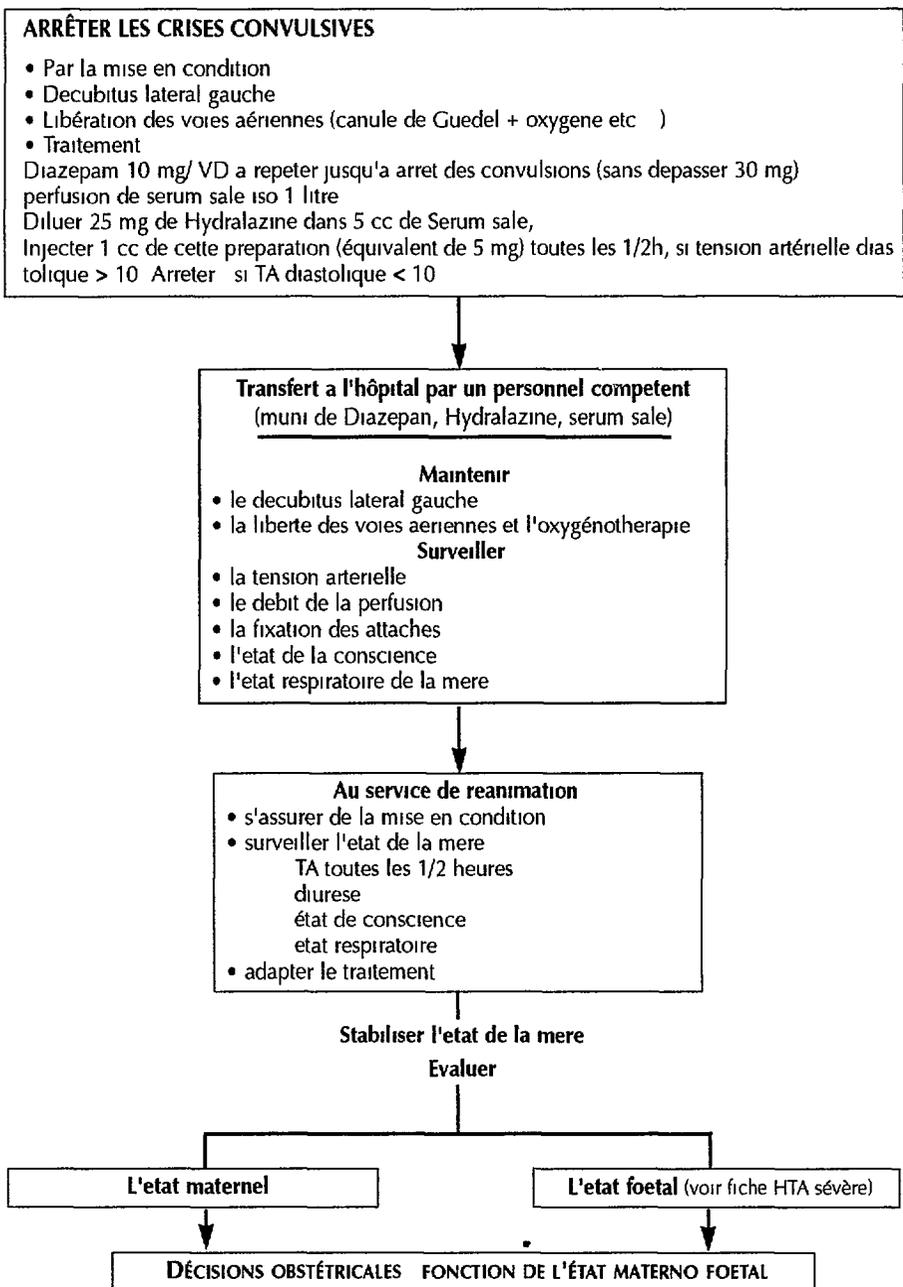
* Dans tous les cas l'accouchement d'une femme hypertendue doit se dérouler à l'hôpital

**Le médecin généraliste assure la surveillance de la femme en collaboration avec l'obstétricien

CONDUITE A TENIR devant une HTA SEVERE et GROSSESSE



CONDUITE A TENIR devant une ECLAMPSIE
(Crises convulsives generalisées et HTA > 14/9)



Fiche technique 3
LA PRISE EN CHARGE DE L'ANÉMIE

1 Habitudes alimentaires

lors de la première visite prénatale enquête anamnestique

- notions de géophagie,
- notion de prise de plantes médicinales, charbon, autres,
- notion de prise médicamenteuse,
- signes en rapport avec une mauvaise hygiène alimentaire

2 Recherche des antécédents de la femme par l'interrogatoire

Recherche des facteurs de risque d'anémie

- grossesses rapprochées,
- menstruations abondantes ou longues,
- antécédents d'anémie,
- notion d'ecchymoses,
- notion d'épisodes hémorragiques

3 Lors de chaque visite, il faut rechercher les signes d'anémie lors de l'examen physique Observer chez la femme

- les conjonctives,
- les ongles,
- les gencives,
- les paumes

4 Vérifier le taux d'hémoglobine lors des visites médicales

- faire un examen parasitologique des selles,
- faire une goutte épaisse dans les zones d'endémie du paludisme

5 Donner les conseils à la femme sur

- les aliments riches en fer,
- les aliments riches en acide folique,
- les aliments riches en vitamine C,
- les bonnes sources alimentaires de protéines

6 Donner du fer et de l'acide folique deux fois par jour Ajuster le traitement de fer au taux d'hémoglobine

7 Traiter en fonction de l'examen parasito des selles

8 Si anémie sévère (Hb < 8 g) ou anémie rebelle au traitement, transférer à l'hôpital

Complications obstétricales du 3^e trimestre

Ce chapitre contient trois sous thèmes

- la rupture prématurée des membranes (RPM)
- la menace d'accouchement prématuré (MAP)
- les hémorragies du 3^e trimestre

Rupture prématurée des membranes

Connaître

- Définition

rupture des membranes avant tout début du travail

- Facteurs favorisants

infections urinaires - infections génitales
distension utérine - hydramnios - macrosomie
grossesse gémellaire - présentations dystociques

- Les éléments de diagnostic le diagnostic sera surtout clinique

- Conséquences de la RPM

Avant terme Prématurité - Infection maternofoetale

Oligoamnios - Procidence du cordon

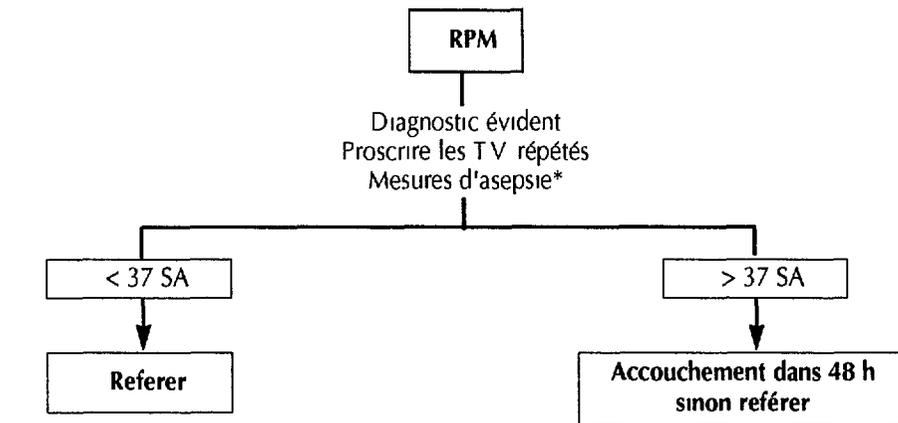
A terme Infection maternofoetale - Dystocie dynamique

Echec de déclenchement

Savoir

- reconnaître les signes de la RPM,
- prendre en charge la RPM suivant l'algorithme,
- assurer la surveillance d'une RPM

ALGORITHME RPM



* Mesures d'asepsie : rasage vulvo périnéal, toilette cervico vaginale à la bétadine, garnitures stériles, éviter les TV répétés 1 au début, 1 si entrée de travail

* +/- antibithérapie

Menace d'accouchement prématuré

Connaître

- Définition : c'est l'entrée en travail avant la 37^e SA

- Facteurs favorisant et étiologie

niveau socio-economique bas,
travail fatigant avec surmenage,
grossesses rapprochées,
infection urinaire et /ou génitale,
HTA - Diabète - Anémie ,
grossesse gemellaire - hydramnios - Placenta praevia ,
rupture prématurée des membranes

Conséquence de la prématurité

contrôle thermique - Immaturité pulmonaire et hépato-rénale,
conséquences métaboliques

Moyens thérapeutiques

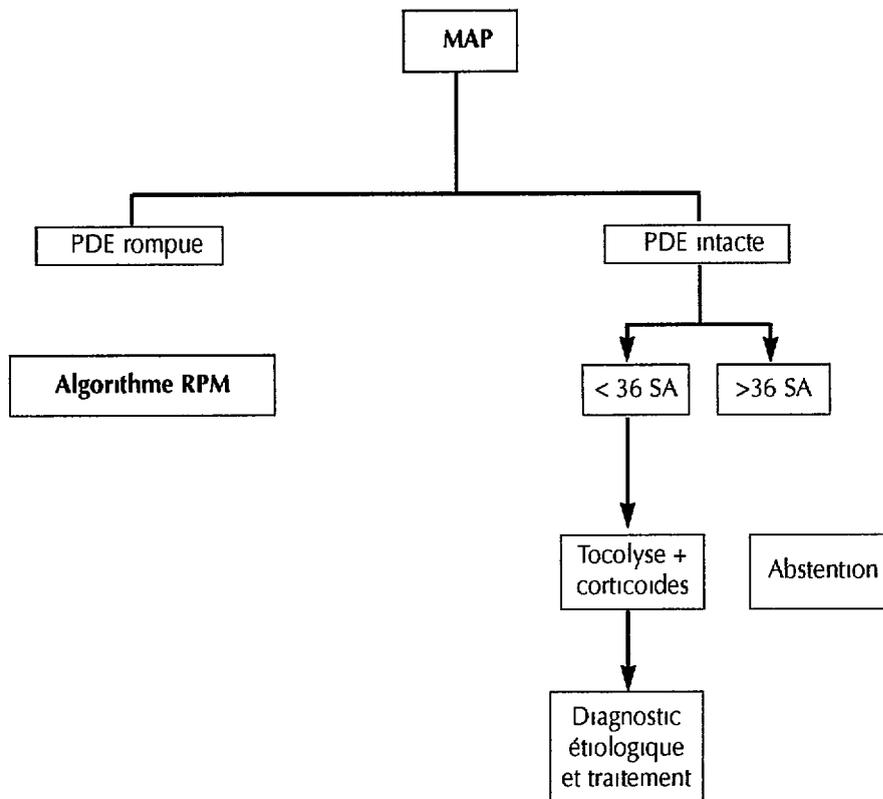
tocolytiques (bêta minétiques),
corticoides,
autres

Prévention de la prématurité

Savoir

- Diagnostiquer la MAP
- Demander un bilan paraclinique de la MAP ECBU - Echographie
- Prendre en charge suivant l'algorithme
- Accoucher le prématuré
- Prendre en charge le prématuré

ALGORITHME MAP



Fiche technique 1 TOCOLYSE

Définition médicaments inhibiteurs de la CU

Différentes tocolytiques

- Bêta mimétiques par ex Salbutamol,
- anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- progestérone, autres

Contre indications de la Tocolyse

- SFA,
- MFIU,
malformation foetale létale,
- infection ovulaire,
dilatation > 4 cm,
pathologie maternelle grave

Indications des Bêta mimétiques

toutes les circonstances où un relâchement utérin est recherché (MAP)

Contre-indications des Bêta mimétiques

- cardiopathie HTA,
thyrotoxicose,
- hémorragie génitale,
- diabète

Technique (Salbutamol)

- Traitement d'attaque en milieu hospitalier, perfusion IV (5 ampoules de salbutamol dans 500cc de sérum glucosé à 5% pendant 24 ou 48 h) On débute avec 10 gouttes/mn On peut augmenter par palier jusqu'à 40 gouttes/mn
- Traitement d'entretien par voie orale 12mg/24h (1cp/4 ou 6h ou 1 suppo/12h)

Surveillance du traitement

- surveillance des CU,
- surveillance des effets secondaires céphalées, vomissements, tachycardie, tremblements,
- pouls maternel et TA,
- BCF

Complications maternelles

- cardiaques augmentation du débit cardiaque, troubles du rythme, pulmonaires OAP,
- hyperglycémie, lipolyse

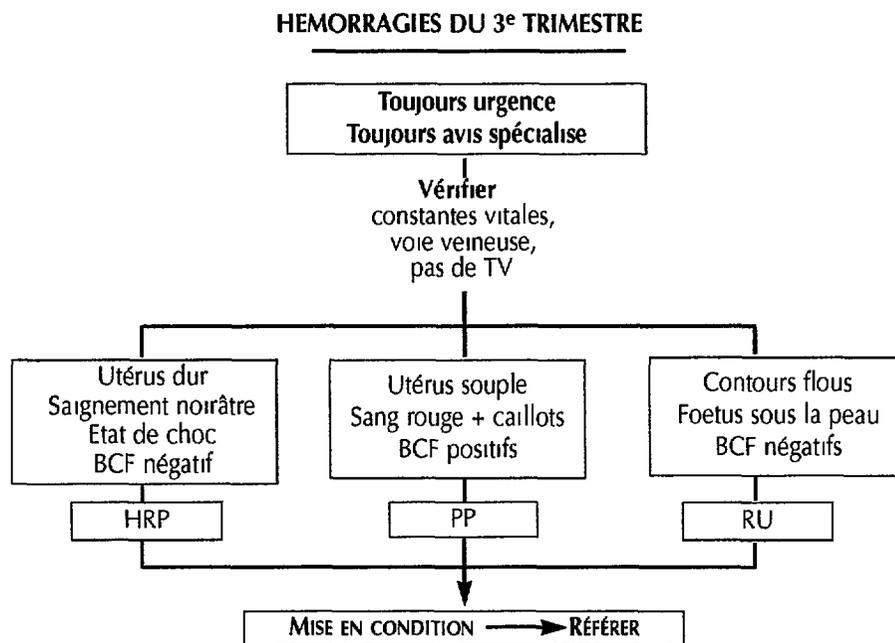
Hémorragies du 3^{ème} trimestre et du travail

Connaître

- Définition
- Signes de gravité
- Etiologies
 - Hématome rétro placentaire (HRP)
 - Placenta praevia
- Prérapture et rupture utérine
- Cas qu'il faut référer

Savoir

- Faire un interrogatoire
- Faire un examen clinique et gynécologique
- Chercher les signes de gravité
- Mettre en condition la femme dont le cas est grave
- Indiquer les examens paracliniques adéquats en fonction de l'urgence
- Déterminer la cause de l'hémorragie en fonction du tableau clinique
- Prendre en charge selon l'étiologie (voir algorithme)
- Identifier et référer les situations graves



Fiche technique 2
DIAGNOSTIC POSITIF DE L'HEMORRAGIE

Interrogatoire

- antécédents gynéco obstétricaux HTA, césarienne, curetage, révision utérine, infection génitale haute, myomectomies ,
- autres antécédents,
 - mode d'apparition des métrorragies, circonstances favorisantes TV, perfusions de synthocynon mal contrôlé, expression utérine, notion d'HTA, traumatismes (ventouse, forceps), HU excessive, travail long et dystocique,
 - caractère de l'hémorragie rouge - noir, signes accompagnateurs douleurs - perception ou non des mouvements actifs du fœtus, suivi de la grossesse documents

Examen clinique

- état général TA, pouls, conjonctives, oedème des membres inférieurs, examen obstétrical (cf checklist),
- examen général

Examens complémentaires

- biologie NFS - Groupe et Rhésus - Ionogramme TP - taux de fibrinogène ,
- échographie place en fonction des orientations cliniques, placenta, biométrie, viabilité,
 - autres

Travail

Ce chapitre du travail est présenté comme suit

Surveillance du travail

Anomalies du travail, soit

- les dystocies dynamiques,
- les dystocies mécaniques

Gestes obstétricaux, y compris

- l'amniotomie,
- la perfusion d'ocytocine,
- l'épisiotomie et sa réparation

Surveillance du travail

Connaître

- Evolution normale et dystocique du travail

Savoir

- Surveiller la femme en travail
- Remplir le partogramme et l'interpréter

Fiche technique PARTOGRAMME

Définition

Le partogramme est un enregistrement graphique du progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus

Il représente le tableau de bord de l'accouchement qui permet de

- suivre l'évolution du travail ,
- identifier les parturientes à haut risque de morbidité , de mortalité maternelle et mortinatalité ,
- de prendre des décisions pour traiter et/ou référer

Il est basé sur les éléments de surveillance suivants

- l'état du fœtus,
- la progression du travail,
- l'état de la mère

Fiche technique 2

LA SURVEILLANCE DU TRAVAIL

- 1 Réunir tout le matériel
- 2 Préparer la parturiente
 - expliquer ce qu'on va lui faire

Interrogatoire

- 3 Poser des questions et écouter, noter sur le dossier obstétrical
 - Information sur la patiente
 - Quand les douleurs du travail ont-elles commencé?
 - La femme a-t-elle eu un suivi prénatal ?
 - Si la poche des eaux s'est rompue, a-t-elle eu des tâches de sang ?
 - Quand la femme a-t-elle mangé pour la dernière fois ?
 - Quand la femme est-elle allée à la selle pour la dernière fois ?
 - La femme a-t-elle pris des médicaments pour accélérer ou ralentir le travail ?
 - La femme a-t-elle saigné du vagin ?
- 4 Observer et toucher, noter sur le dossier
 - Aider la femme à se préparer pour l'examen, expliquer ce qu'on va faire. Lui demander de s'allonger sur le dos
- 5 Demander à la femme d'uriner pour que sa vessie soit vide

Examen général

- 6 Observer son état général et faire un examen physique, notamment
 - Tension artérielle, pouls, température, poids et taille
 - Apparence générale : nutrition, maladies, fatigue, yeux, oreilles, nez, bouche, gorge, cou, vérifier si la thyroïde est enflée
- Respiration et cœur
- respiration : rythme, bruits respiratoires
 - cœur : fréquence, régularité
 - vérifier s'il existe des veines gonflées dans le cou
- Seins
 - Bras, jambes et dos : gonflement des veines, malformations

Palper abdominal

- 7 Dire à la femme qu'on va, à présent, faire un examen de l'abdomen. Expliquer qu'on a besoin de sentir le fœtus et savoir comment il se présente
- 8 Se mettre à côté de la femme et observer l'abdomen

- 9 Toucher l'abdomen de la femme
- apprécier l'intensité et la durée des contractions ,
 - compter le nombre de contractions en dix minutes ,
 - commencer en haut de l'abdomen
 - palper la forme, la taille, le fermeté et la mobilité de l'utérus ,
 - vérifier quelle est la partie du fœtus qui se trouve en haut de l'utérus ,
 - mettre les mains sur la partie inférieure de l'abdomen
 - palper les bras, les jambes, le dos et la tête du bébé ,
 - demander à la femme de plier les genoux,
 - tenir la partie inférieure de la présentation,
 - et apprécier le type de présentation

Auscultation

- 10 Ecouter les battements cardiaques au niveau du plan du dos du fœtus
Compter la fréquence cardiaque du fœtus
- 11 Noter les résultats de l'examen de l'abdomen sur le partogramme et expliquer les résultats à la femme

Toucher vaginal

- 12 Expliquer à la femme qu'on va faire un examen vaginal et pourquoi on le fait
- 13 Demander à la femme de se mettre en position gynécologique
- 14 Expliquer chaque étapes de l'examen lorsqu'on est sur le point de le faire
- 15 Observer s'il y a des pertes vaginales Laver les parties génitales de la femme avec du savon et de l'eau Se laver les mains et mettre des gants chirurgicaux stériles ou des doigtiers stériles
- 16 Tremper l'index et le majeur de la main d'examen dans la solution antiseptique Insérer les doigts dans le vagin de la femme
- toucher les parois vaginales ,
 - toucher le col, palper son épaisseur (effacement) et sa fermeté ,
 - apprécier la dilatation et l'effacement du col ,
 - noter si la poche des eaux est rompue ,
 - apprécier la présentation et son engagement dans le bassin
- 17 Retirer les doigts du vagin Jeter correctement les gants ou doigtier Se laver les mains
- 18 Aider la femme à se mettre à l'aise Etablir le partogramme Expliquer les résultats à la femme

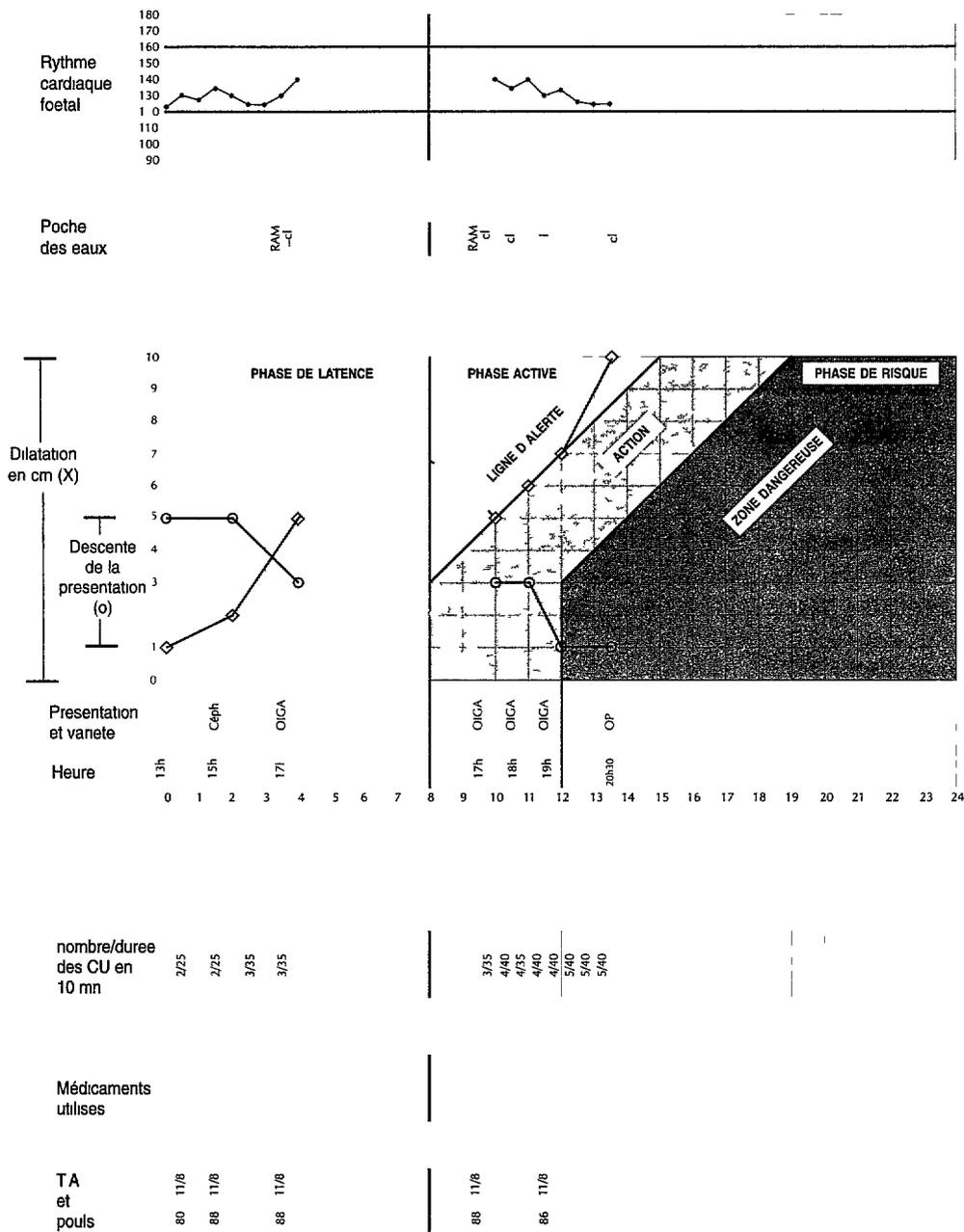
Surveillance

- 19 Observer et toucher pendant le travail, noter les observations
- Dilatation cervicale toutes les heures ou selon les besoins
 - état des membranes,
 - formation du segment inférieur
 - Descente de la tête
 - par le palper abdominal toutes les heures,
 - par le toucher vaginal toutes les heures ou plus souvent si nécessaire
 - Contractions utérines
 - phase de latence toutes les heures,
 - phase active toutes les 30 minutes
 - Rythme cardiaque du fœtus les 30 minutes
 - toutes les 5 minutes si*
 - méconium épais,
 - pas de liquide amniotique,
 - foetus très actifs,
 - rythme cardiaque du bébé
 - au-dessus de 160,
 - en-dessous de 120
- Les signes vitaux de la mère
- pouls toutes les 30 mn,
 - tension artérielle et température toutes les 4 heures
 - Urine toutes les 2 à 4 heures ou plus souvent si nécessaire
 - Médicaments selon les besoins

Action

- 20 Identifier une progression anormale du travail et référer à l'hôpital pour
- une phase de latence prolongée,
 - un déplacement à la droite de la ligne d'alerte sur le partogramme,
 - un déplacement vers la ligne d'action

Exemple - type D'UN PARTOGRAMME NORMAL



Anomalie du travail

Connaître

- Définition du travail normal et dystocique
- Evolution normale et pathologique du travail
- Eléments du diagnostic positif des anomalies du travail
- Différentes étiologies des anomalies du travail
- Complications foeto-maternelles des anomalies du travail
- Conduite à tenir
 - amniotomie,
 - ocytociques,
 - extraction instrumentale,
 - analgésie,
 - césarienne

Savoir

- Interpréter un partogramme
- Détecter un travail dystocique et référer
- Réaliser une amniotomie et une perfusion d'ocytociques
- Poser une indication d'extraction instrumentale par ventouse

Fiche d'apprentissage pour la surveillance du travail

Types de présentations dystociques

Présentations céphaliques défléchis

Front

Bregma

- Face Mento postérieure

Transverse

Siège

Risques liés aux présentations

Risques communs

- Dystocie dynamique
- Rupture utérine
- Rupture prématurée des membranes
- Procidence du cordon
- Mortalité et morbidité maternelle et périnatale augmentées

Risques spécifiques

- Face
 - Rotation en mento postérieur
- Front
 - Enclavement
- Transverse
 - Epaule négligée
- Siège
 - Relèvement des bras
 - Rétention de la tête dernière

Risques liés au fœtus

- Macrosomie
 - Dystocie des épaules
 - Fracture des membres
 - Elongation ou paralysie du plexus brachial
 - Défaut d'engagement
- Gémellité
 - Accrochage
 - Accouchement prématuré
 - Hydramnios
 - Hémorragie de la délivrance
 - Placenta praevia
- Dystocies liés aux malformations
 - Hydrocéphalie
 - Spina bifida
 - Tumeurs

Fiche technique 4

LA GESTION D'UN TRAVAIL DYSTOCIQUE

- 1 Reconnaître les signes indicatifs
 - signes d'épuisement physique et mental,
 - fièvre,
 - douleur,
 - état de choc (pouls rapide, anurie, extrémités froides, pâleur, TA basse)

Un état de choc peut aussi être dû à une rupture utérine ou une infection
- 2 On aurait peut-être aussi pu reconnaître la dystocie si le partogramme indique
 - une phase de latence prolongée, avec un arrêt secondaire,
 - une phase active prolongée,
 - souffrance foetale (BCF <100 ou > 160/mn, LA malodorant),
 - une faible dilatation malgré de fortes contractions
- 3 Identifier le problème, par l'examen abdominal
 - il y a des contractions fortes et fréquentes (sauf si la femme a été en travail pendant longtemps, les contractions ont pu s'arrêter à cause de l'épuisement utérin),
 - rechercher une hypertonie et des signes de pré-rupture l'anneau de Bandl (ou anneau de rétraction dépression de l'abdomen) peut être visible et palpable
- 4 Faire un examen vaginal et rechercher les signes suivants
 - oedème de la vulve et du col, surtout si la femme a poussé longtemps,
 - dilatation incomplète du col (peut aussi être totalement dilaté si la dystocie est plus basse),
 - un méconium malodorant,
 - absence de LA,
 - Bosse séro sanguine,
 - la cause de la dystocie enclavement de la présentation, présentation de l'épaule procidence du bras, bassin rétréci ou bassin déformé
- 5 Chercher les signes d'une complication rupture utérine, soupçonner une évolution vers la rupture utérine si
 - la patiente a eu une douleur vive au bas de l'abdomen, les contractions s'arrêtent et la patiente a moins mal,
 - la patiente devient pâle et entre en état de choc,

- il y a des saignements vaginaux ,
- l'urine est mélangée à du sang ,
- les membres foetaux sont palpés plus facilement que d'habitude à travers l'abdomen ,
- la patiente a mal au ventre ou à l'épaule à cause du sang dans la cavité péritonéale

6 Décider du diagnostic de dystocie, prérupture ou rupture et référer

Gestes obstétricaux

Définition

Ce sont les gestes qui améliorent l'évolution du travail ou pallient a une éventuelle anomalie

Connaître

- Indications des gestes
- Moment de réalisation
- Techniques
 - Amniotomie
 - Perfusion d'ocytocine
 - Épisiotomie et réparation
- Condition de réalisation

Savoir

- Réaliser une épisiotomie avec sa réparation et les soins post-opératoires
- Poser une perfusion d'ocytocine et la surveiller
- Réaliser une amniotomie tout en évitant la procidence du cordon

Fiche technique 1

AMNIOTOMIE

Définition

Ouverture provoquée du sac ovulaire membraneux au cours du travail pour l'activer ou en dehors du travail pour le déclencher

Indications

- présentation de sommet à partir de 4 cm de dilatation l'amniotomie favorise l'accommodation de la présentation au segment inférieur et au col et active le travail,
- l'épreuve de travail,
- placenta praevia non recouvrant,
- l'hématome retro-placentaire,
- déclenchement artificiel du travail,
- accouchement du 2^e jumeau

Contre-indications

- présentation autre que le sommet,
- procubitus du cordon,
- HU < 28,
- présentation haute à dilatation complète chez la primipare

Matériel

- 1 doigtier,
- 1 branche d'une pince Kocher ou un perce membranes stérile

Conditions de réalisation

- 1 Position gynécologique
- 2 Toucher vaginal précisant
 - la présentation,
 - l'état du col position, dilatation

Technique

- 1 Badigeonnage de la vulve avec antiseptique
- 2 Introduction du perce membranes guidé par 2 doigts dans l'aire de la dilatation cervicale
- 3 Perforation à la fin d'une contraction utérine
- 4 Le doigt freine l'écoulement du liquide amniotique jusqu'à ce que la tête soit bien fixée

Surveillance

- 1 Appréciation de l'aspect du liquide amniotique couleur et quantité
- 2 Rechercher une procidence éventuelle du cordon
- 3 Ecouter les BCF
- 4 Contrôler par le TV l'état du col et la présentation

Complications

- 1 Procidence du cordon +++
- 2 Traumatisme du col, lésion au niveau de la présentation

Fiche technique 2

L'AMNIOTOMIE (RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES)

- 1 Reconnaître les indications de la rupture artificielle des membranes
 - ligne d'alerte du partogramme dépassée ,
 - présentation du sommet et descente de la tête vers 4-5cm (tête fixée)
 - 2 Rechercher les contre indications
 - présentation autre que le sommet front, transverse, face, siège,
 - procubitus,
 - hauteur utérine 28 cm,
 - présentation haute à dilatation complète chez la primipare (voir travail dystocique)
 - 3 Installer la femme avec les cuisses écartées de préférence en position gynécologique et désinfection de la vulve
 - 4 Si la poche des eaux est **plate**, faire une rupture artificielle de la poche des eaux avec une branche de pince de Kocher en fin de contraction utérine et en arrière
 - l'index et le médius d'une main sont introduits dans le vagin pour reconnaître la poche des eaux,
 - de l'autre main, on introduit une branche de pince de Kocher démontée qui longe le bord radial de l'index et va rompre le sac membraneux,
 - l'ouverture est faite en arrière et réduite à un petit orifice
 - 5 Si la poche des eaux est **bombante**, faire une ponction de la poche des eaux avec un trocart et **en avant**
 - 6 Modérer le débit du liquide amniotique avec le doigt jusqu'à ce que la tête soit bien appuyée au pourtour du détroit supérieur
 - 7 Vérifier rapidement qu'il n'y a pas de **procidence du cordon**
 - 8 Ecouter les bruits du coeur avant et après la rupture
 - 9 Si la procidence du cordon est notée, on peut envisager un accouchement par voie basse si
 - dilatation avancée et,
 - présentation engagée
- Se préparer à réanimer le nouveau-né
- 10 Si procidence du cordon en phase de latence ou début de la phase active, référer

Fiche technique 3

PERFUSION D'OCYTOCINE

Definition

L'ocytocine est un produit ocytocique utilisé soit pour le déclenchement du travail soit au cours de l'accouchement pour renforcer ou régulariser la contraction utérine

Indications

- 1 La dystocie dynamique
- 2 L'épreuve du travail
- 3 L'inertie utérine (anomalie de la délivrance)
- 4 Le déclenchement du travail

Materiel

- 1 ampoule d'ocytocine 5 UI non périmée et conservée au froid entre 2 et 15°C,
- 1 flacon de 500cc de sérum glucosé isotonique,
- Aiguille ou intranule pour la prise de la voie veineuse , sparadrap, compresses stériles et antiseptique

Etapas techniques

- 1 Préparer la perfusion
 - 5 UI d'ocytocine dans 500cc de sérum glucosé 5%
- 2 Prendre la voie veineuse
- 3 Régler le débit de la perfusion à 16 gouttes/mn et en fonction de l'indication
- 4 Surveiller les modifications des contractions utérines (fréquence, intensité, durée, relâchement)
- 5 Augmenter graduellement le débit par paliers de 4 gouttes/mn jusqu'à l'obtention d'une contractilité utérine valable sans dépasser 40 g/mn

Surveillance

***De la mere* Contraction utérine**

- fréquence
- intensité
- durée
- relâchement inter-phasique
- évolution de la dilatation

Du fœtus

- Les BCF (bruits du cœur fœtaux) doivent être auscultés avant, au moment et après chaque contraction utérine ou surveillés par monitoring
- Aspect du liquide amniotique
- Surveillance de la présentation

De la perfusion

- le débit doit être contrôlé, la voie veineuse doit être surveillée pour éviter l'éclatement de la veine et le passage du produit en sous-cutané

Contre - Indications

Obstacle mécanique

- bassin rétréci, obstacle praevia,
- présentation incompatible avec l'accouchement par voie basse (front, épaule)

Utérus doublement cicatriciel

Souffrance fœtale aigüe

Grande multiparité après la 4^e parité

Utérus unicatriciel cicatrice fragile fièvre dans les suites opératoires

Surdistension utérine hydramnios, grossesse multiple

Effets secondaires et complications

- Hypertonie utérine
- Rupture utérine
- * perfusion non contrôlée, ou
- * obstacle à l'accouchement par voie basse

Fiche technique 4 EPISIOTOMIE ET RÉPARATION

Definition

C'est la section de l'anneau vulvaire et du périnée

Indications

- Prématurité - Hypotrophie
- Siège
- Présentations défléchies
- Accouchement en occipito-sacré
- Accouchement par forceps
- A T C D de périnéorraphie
- Rigidité périnéale
- Arcade pubienne étroite
- Périnée court
- Distension périnéale importante

Materiel

- gants stériles,
- antiseptique,
- catgut serti n° 1,
- compresses stériles,
- 1 paire de ciseaux courbes,
- 1 porte aiguille,
- 1 pince à disséquer avec griffes,
- Xylocaine à 2% pour anesthésie locale,
- tampon vaginal,
- champ stérile troué

Technique (voir aussi fiche d'apprentissage)

- Patiente en position gynécologique (toilette vulvaire)
- Vérifier le vagin
- Pendant le dégagement de la tête foetale, insérer 2 doigts dans le vagin (quand le périnée est très mince) pour éviter d'atteindre l'enfant et faites une incision médiolatérale postérieure avec des ciseaux courbes
- Sectionner les tissus sur toute leur profondeur
- Après la naissance de l'enfant et de la délivrance, réparer l'épisiotomie en 3 plans avec du catgut n°1 Le plan vaginal par surjet, le plan musculaire avec des points séparés et la peau avec des points de Blair Donaty séparés

- Appliquer un pansement stérile
- Vérifier l'absence de saignements
- Faire un toucher rectal

Surveillance et soins post opératoires

Soins biquotidiens avec antiseptiques Antibiothérapie si nécessaire

Complications

- hématome de la vulve,
- infection,
- ouverture et lâchage des sutures,
- dyspareunies temporaires ou persistantes,
- fistules

Fiche technique 5

L'ÉPISIOTOMIE ET LA REPARATION DES DECHIRURES

Épisiotomie

- 1 Observer et toucher
 - Le périnée est il long ou court ?
 - Epais ou mince ?
 - Y a-t-il des varices, des verrues génitales, ou d'autres problèmes ?
- 2 Faire une épisiotomie lorsque c'est le moment
 - Rappel le meilleur moment, c'est lorsque le périnée est aminci et pâle ou brillant
- 3 Prendre une paire de ciseaux pointus
 - Placer deux doigts de l'autre main dans le vagin entre les ciseaux et la tête du fœtus
 - Commencer au centre du périnée et placer les ciseaux à un angle de 45 degrés
 - Si vous êtes droitier, il vaut mieux couper vers la fesse droite de la mère
 - Si vous êtes gaucher il vaut mieux couper vers la fesse gauche de la mère
 - Couper en une seule incision de 3 à 4 cm en utilisant une bonne technique d'asepsie

Inspection cervicale et vaginale

- 1 Expliquer à la femme ce qu'on va faire
- 2 Laver rapidement et doucement les parties génitales de la femme
 - Avec une main gantée, séparer les lèvres vaginales
 - Demander à un assistant d'éclairer l'intérieur du vagin avec une lampe
- 3 Observer attentivement pour voir s'il existe des déchirures ou des hématomes
 - Presser fermement avec les doigts sur la paroi arrière du vagin
 - Regarder profondément dans le vagin
- 4 En pressant doucement contre la paroi vaginale, faites monter les doigts le long de la paroi latérale du vagin, un côté à la fois
 - Observer et toucher
 - La surface est-elle lisse ?
 - Y a-t-il des endroits où on remarque un saignement ?
 - Est ce que toutes les parties du vagin jusqu'au col ont été palpées ?

- 5 Demander à un assistant d'appuyer fermement sur l'utérus de la femme
 - Appuyer fermement avec une main sur la paroi arrière du vagin
 - Avec l'autre main, prendre la pince à anneaux et saisir la lèvre antérieure du col
 - Tirer doucement sur la pince
 - Observer le col
 - Observer attentivement tous les côtés du col
 - Prendre une gaze ou un tissu stérile et essuyer le sang
 - Observer et voir d'où vient le sang, vient-il de l'utérus, d'une lacération vaginale ou d'une lacération cervicale ?
- 6 Si le saignement vient de l'utérus, administrer un médicament ocytocique et masser l'utérus
 - Si le saignement vient d'une lacération, réparez-la
 - Si on ne note aucune déchirure ou saignement, retirer la pince à pansement, mettre la femme à l'aise, continuer à surveiller ses signes généraux
- 7 Si les déchirures vues sont très larges et profondes ou si l'état de la patiente ne s'améliore pas avec la perfusion, mettre un tampon de gaze ou de tissu stérile dans son vagin et la préparer à être transportée immédiatement

Préparation pour la réparation de l'épisiotomie

- 1 Positionner les fesses de la femme au bord du lit ou de la table. Ses jambes soutenues par des étriers
- 2 Retirer tout linge souillé pouvant se trouver sous elle et laver ses parties génitales
- 3 Mettre des gants propres
- 4 Placer une serviette ou un tissu stérile ou très propre sous ses fesses
- 5 Vérifier pour voir si l'anesthésie locale qui a été administrée avant de lui faire l'épisiotomie a fait effet
 - Toucher la zone coupée avec la pointe d'une aiguille
 - Si elle ressent une vive douleur, administrer plus d'anesthésique avant la réparation
 - Si c'est une lacération qu'il faut réparer, lui donner l'anesthésie locale maintenant
- 6 Ajuster la lumière pour bien voir dans le vagin
- 7 S'asseoir et se mettre à l'aise
- 8 Faire une inspection vaginale, cervicale et périnéale complète
- 9 Ouvrir la suture et doucement, l'étirer pour qu'elle soit droite
- 10 Placer l'aiguille dans le porte-aiguille à angles droits

Les dents de la pince doivent être tenues bien fermées

Réparation de l'épisiotomie

- 1 Passer un doigt dans toute la plaie (coupure)
 - Voir clairement où commence la plaie
 - Placer un premier point de suture à environ un centimètre au-dessus du bout de la plaie dans le vagin
 - Lier avec un noeud carré et couper à environ un centimètre le petit bout de fil qui dépasse
 - 2 Suturer la muqueuse vaginale en utilisant un point continu (surjet) jusqu'à l'anneau hyméanal
 - 3 L'aiguille passe ensuite à travers la muqueuse vaginale, derrière l'anneau hyménéal et est ramenée vers la plaie du périnée
 - 4 A présent, continuer à utiliser la suture continue jusqu'en bas de la plaie
 - 5 Une fois arrivé tout au bout de la plaie, juste au-dessus du rectum, tourner l'aiguille et recommencer à coudre en utilisant des points de suture continue pour fermer le tissu sous-cutané
- Le second plan de suture laissera la plaie ouverte à environ un centimètre. Elle se fermera bien de soi-même au fur et à mesure que la plaie guérit.
- 6 A présent, la suture est à nouveau déplacée de la partie périnéale de la plaie vers le vagin où elle est stabilisée, nouée et coupée
 - 7 Nouer la suture en faisant un noeud croisé
 - 8 Contrôler pour vérifier de n'avoir pas laissé de gaze, de serviette hygiénique ou d'instruments dans le vagin de la femme
 - Faites un examen rectal pour voir s'il y a un point dans le rectum
 - Laver ses parties génitales avec du savon et de l'eau
 - La sécher et la mettre à l'aise

Réparation des déchirures

- 1 Si la laceration est périurétrale (autour de l'urètre), placer une sonde dans la vessie. Cela aide à identifier l'urètre et évite de fermer l'urètre ou de l'endommager
- 2 Choisir la suture la plus fine (la plus étroite) disponible
- 3 Presser ensemble les tissus
 - Les morceaux effilochés doivent être mis ensemble pour avoir la même apparence qu'auparavant. Suturer doucement sans traction
- 4 Placer des sutures interrompues le long de la déchirure peu profonde à environ un centimètre d'écart
 - Pour faire un point de suture interrompu prendre un morceau de tissu, l'amener par le centre de la déchirure
 - Chercher l'aiguille

Vérifier qu'elle ne sera ni trop profonde ni pas assez profonde

La passer de l'autre côté de la déchirure avec un morceau de tissu de la même dimension

Passer le point de suture au travers en laissant juste suffisamment à un bout (5 à 8 cm) pour nouer la suture avec un noeud carré

5 Continuer à faire des sutures interrompues (individuelles) tout au long de la lacération Rappel la chose la plus importante est de contrôler le saignement

- Si la lacération continue à suinter du sang, presser fermement de la gaze sur la plaie pendant 10 mn, sans soulever la gaze pour regarder

- Enlever la gaze avec précaution

Si la déchirure a cessé de saigner, la patiente va bien

Si la déchirure continue à suinter du sang ou à saigner plus abondamment, il faudra ajouter un ou plusieurs points de suture pour contrôler le saignement

Délivrance

Dans ce chapitre, seront traitées la délivrance normale et l'hémorragie de la délivrance

/ Délivrance normale

Définition

Expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes), initialement accolés à l'utérus. C'est la 3^e phase du travail

Connaître

- Définition
- Phénomènes physiologiques : décollement, expulsion, hémostase
- Étapes cliniques : phase de rémission, phase de décollement et de migration placentaire, et phase d'expulsion

Savoir

- Inspecter le saignement extériorisé à la vulve
- Palper le fond utérin au niveau de l'ombilic
- Respecter la physiologie, c'est-à-dire le temps nécessaire aux étapes physiologiques de la délivrance
- Reconnaître le décollement du placenta
- Reconnaître le globe utérin de sécurité
- Surveiller l'accouchée pendant 2 heures en salle d'accouchement
- Examiner le délivre : face fœtale, face maternelle, membranes et cordon
- Peser le placenta

Signes du décollement placentaire
Apparition du petit filet sanguin à la vulve
allongement de portion extériorisée du cordon,
- ascension du fond de l'utérus,
- TV perception du placenta dans le vagin

/Hémorragie de la délivrance

Connaître

- Définition
 - Causes des hémorragies de la délivrance
 - retention placentaire,
 - fautes techniques,
 - inertie utérine,
 - troubles de l'hémostase
 - Moyens de prévention de l'hémorragie de la délivrance
 - délivrance dirigée,
 - respecter la physiologie de la délivrance,
 - pratiquer la DA si délai supérieur à 30 mn,
 - examiner le délivre
- NE PAS FAIRE**
- tirer sur le cordon,
 - masser l'utérus avant l'expulsion complète du placenta

Savoir

- Diagnostiquer l'hémorragie de la délivrance
- Reconnaître les signes de gravité
- Reconnaître les autres causes de saignement (rupture utérine, traumatisme génital) examen gynécologique sous valve
- Prévenir une hémorragie de la délivrance
- Effectuer les mesures de réanimation
 - surveillance de la TA, du pouls, des pertes sanguines,
 - Trendelenbourg,
 - oxygène,
 - voie veineuse,
 - demande de sang
- Traiter une hémorragie selon l'étiologie
- Prescrire des ocytociques
- Faire une délivrance artificielle et révision utérine (voir fiches techniques et d'apprentissage)

Fiche technique 1

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Définition

C'est le décollement et l'extraction manuelle du placenta

Indications

- D'urgence en cas d'hémorragie
- 30 mn après la naissance de l'enfant si la délivrance ne se fait pas

Technique

- vessie vide,
- gants stériles,
- toilette vulvaire,
- introduire une main sous forme de cône dans le vagin et suivre le cordon jusqu'à ce qu'on trouve le placenta,
- l'autre main maintient le fond utérin,
- détacher complètement le placenta par le bord cubital de la main,
- quand la totalité du placenta est libre dans la cavité utérine, l'extraire par traction sur le cordon tout en maintenant la main à l'intérieur de l'utérus
- exploration finale de la cavité utérine (RU),
- utero tonique en IM ou perfusion d'ocytocique,
- antibioprofylaxie

Complications

- infection,
- échec de la délivrance

Fiche technique 2

REVISION UTERINE

Definition

C'est la vérification manuelle de l'intégrité et de la vacuité utérine

Indications

- utérus cicatriciel,
- délivrance incomplète,
- hémorragie inexplicquée,
- HRP

Technique

- Mêmes conditions que DA
- La main utérine racle doucement de la pulpe des doigts les parois, les bords et les cornes
- Déplissement progressif du segment inférieur si utérus cicatriciel
- Utérotonique en IM ou perfusion ocytocique
- Antibio prophylaxie

Fiche technique 3
POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE DU PLACENTA

- 1 Diagnostiquer la rétention placentaire
 - toucher l'utérus pour voir s'il est ferme,
 - vérifier le placenta pour voir s'il est complet,
 - inspecter les parties génitales pour voir s'il y a des déchirures
- 2 Rassembler le matériel
- 3 Expliquer à la femme ce qu'on va lui faire
- 4 Insérer la sonde, vider la vessie, retirer la sonde
- 5 Masser l'utérus pour provoquer une contraction, tirer fermement et uniformément sur le cordon
- 6 Se laver les mains et mettre les gants
- 7 Nettoyer la vulve
- 8 Insérer la main dans le vagin tout en tenant le cordon ombilical avec l'autre main
- 9 Lâcher le cordon ombilical et maintenir le fond utérin par la main abdominale
- 10 Trouver le bord du placenta
- 11 Séparer le placenta avec des mouvements de raclage
- 12 Lorsque le placenta est détaché, masser pour provoquer une contraction
- 13 Retirer lentement le placenta et les membranes pendant la contraction
- 14 Masser l'utérus pour être sûr qu'il est contracté
- 15 Examiner le placenta
- 16 Donner des ocytociques pour maintenir l'utérus contracté
- 17 Administrer une antibioprophytaxie
- 18 Transférer si complications

Prise en charge du nouveau-né en salle d'accouchement

Connaître

- score d'Apgar ,
- signes de détresse respiratoire,
- étiologies de la détresse respiratoire,
- situations à risque

Savoir

- Réanimer le nouveau-ne
 - Mettre en condition le nouveau-né Aspiration de l'oropharynx avec vérification de la perméabilité des orifices
 - Apprécier la vitalité de l'enfant coter le score d'Apgar a 1, 5 et 10 mn, l'interpréter et agir en conséquence
 - Ventiler manuellement au masque a O₂
 - Réaliser une intubation trachéale
 - Realiser un massage cardiaque externe
- Mesurer
 - poids,
 - taille,
 - perimètre crânien
- Faire un examen général

Fiche technique 1

RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE TRAVAIL

Situations de risque

Certaines situations gestationnelles ou obstétricales permettent de prévoir le risque néonatal. Elles sont

- maternelles : diabète, HTA, toxémie, iso-immunisation, intoxication, PP ou autre hémorragie, autres maladies maternelles, liées à l'accouchement : présentation dystocique, épreuve de travail, dystocie mécanique fonctionnelle, procidence cordon, césarienne, forceps, ventouse, sédatifs, et analgésie du cours du travail,
- liées à l'état du fœtus : grossesse gémellaire, retard de la croissance intra-utérine (RCIU), prématurité, souffrance foetale aigüe (SFA)

Matériel et équipement

Pour tout nouveau-né

- table de réanimation (chauffante),
- source de vide avec contrôle de pression,
- source d'oxygène avec débitmètre,
- source de chaleur

Pour l'aspiration nasopharyngée

- sondes d'aspiration

Pour la ventilation au masque

- masques translucides et ballon auto-expansible

Pour l'intubation trachéale

- un laryngoscope,
- une sonde d'intubation,
- une pince de Macgill

Pour le cathétérisme veineux ombilical

- aiguilles épicrotaliennes pour veines périphériques,
- le matériel pour exsuffler en urgence en épanchement gazeux,
- quelques médicaments disponibles en salle de travail,
- couveuse de transport

Techniques de soins

L'asepsie au cours des gestes de réanimation

- lavage des mains,
- cheveux couverts,
- masque + gants en cas de cathétérisme

La ventilation au masque

- après désobstruction pharyngée et nasale,
- déflexion de la tête en arrière,
- luxation de la mâchoire avec les 2 derniers doigts de la main gauche,
- application du masque d'une façon étanche sur le nez et la bouche,
- ventilation effectuée en oxygène par (30 à 40 insuff/mn)

L'intubation trachéale

Le massage cardiaque externe

Indications

Evaluation de l'état de l'enfant par le score d'Apgar

Conduite à tenir

- Si Apgar entre 8 et 10 à 1 et 5 mn fermer le cordon et habiller le nouveau-né
- Si Apgar entre 3 et 7 désobstruction, stimulation, si la ventilation ne s'établit pas spontanément, une bradycardie s'installe faire ventilation au masque sous oxygène
- Si Apgar inférieur à 3 à 1 mn situation grave
désobstruction,
ventilation au masque,
massage cardiaque,
intubation trachéale
- Evolution soit,
amélioration rapide,
situation reste défavorable, organiser un transfert au pédiatre

Fiche technique 2

LA RÉANIMATION DU NOUVEAU NE

- 1 Connaître les facteurs de risque gestationnels
 - 2 Préparer le matériel pour la réanimation du nouveau-né
 - poire d'aspiration,
 - masque facial nourrisson (tailles différentes),
 - ballon de ventilation (réanimation),
 - sonde d'aspiration Ch 8 à 12,
 - laryngoscope,
 - sondes d'intubation 2,5 à 5,
 - pompe d'aspiration par le vide avec contrôle de pression,
 - table de réanimation,
 - table chauffante ou autre source de chaleur
 - 3 Demander à un assistant de vous aider
 - 4 **Hypothermie**
 - manipuler doucement le nouveau-né,
 - le sécher rapidement,
 - le garder au chaud
 - 5 Se laver les mains et porter des barrières de protection (blouses, gants, etc)
 - 6 **Voies aériennes** garder les voies aériennes dégagées
 - essuyer les liquides de la bouche du nouveau-né avec les doigts, du tissu ou de la gaze ,
 - dégager la tête, le nez, la bouche et la gorge avec les doigts, du tissu, de la gaze, ou une poire d'aspiration si disponible,
 - dès que la tête est dégagée,
 - après l'accouchement ,
 - utiliser correctement la poire,
 - tenir le nouveau-né avec la tête plus basse que le corps
- Respiration** s'assurer que le nouveau-né respire
- S'il ne respire pas*
- aspiration,
 - apprécier la vitalité de l'enfant,
 - ventilation manuelle au masque à O₂
 - déflexion de la tête en arrière,
 - luxation des mâchoires vers les 2 derniers doigts de la main gauche
 - application du masque de façon étanche sur le nez et la bouche,
 - ventilation effectuée en O₂ par (30 à 40 insuff/mn),

- ventilation manuelle sur tube trachéal,
- massage cardiaque externe

8 **Coeur** palper la poitrine pour sentir les battements du coeur S'il n'y a pas de battements du coeur, agir selon les signes et symptômes

9 Faire un score APGAR à 1, 5 et 10 mn

Cotation d'APGAR	0	1	2
Coeur battements/mn)	<80/mn	80 à 100/mn	>100/mn
Respiration	0 gasps	cri faible	cri vigoureux
Tonus musculaire	hypotonie globale	flexion des membres	mouvements actifs
Réactivité (à l'aspiration)	0	grimaces	vive (toux, étternuements)
Coloration	pâleur ou cyanose diffuse	corps rose extrémités cyanosées	rose en totalité

Noter le total du score

10 Agir sur le résultat de l'APGAR

- Si APGAR est entre 8 et 10 à 1 et 5 mn, aucune action n'est nécessaire,
- Si APGAR entre 3 et 7 désobstruction, stimulation si la ventilation ne se rétablit pas spontanément et une bradycardie s'installe, faire une ventilation au masque sous O₂,
- Si APGAR est inférieur à 3 à 1 mn, mêmes gestes et en plus, massage cardiaque intubation trachéale

11 Soigner le cordon ombilical

12 Observer la condition du nouveau né

- vérifier la perméabilité des orifices, mesurer le poids, la taille et le périmètre crânien, faire les examens neurologiques tonus passif, tonus actif, réflexes archaïques,
- le garder au chaud (dormant contre le corps de sa mère, couvert d'un linge sec),
- garder les voies aériennes dégagées (essuyer les liquides),
- assurer sa nutrition (colostrum tété ou exprimé)

Post-partum et allaitement

Connaître

- Définitions
- Evolutions physiologiques des suites de couche
utérus, périnée, sphincters, coagulation, montée laiteus
- Elements de surveillance d'une femme dans la periode des suites de couche
mode,
rythme,
moyens,
conseils
- Avantages de l'allaitement maternel et expliquer sa réalisation
- Complications des suites de couche et leur traitement
Infectieuses
endometrite,
abcès,
pelvipéritonites,
infections mammaires
- Troubles sphinctériens
- Accidents thromboemboliques
- Particularités de la césarienne

Savoir

- Surveiller une femme dans le post-partum
- Faire un examen du post-partum
- Prévenir les complications du post-partum
- Diagnostiquer les complications du post-partum, en particulier les infections
- Expliquer les techniques de l'allaitement (*voir fiche technique*)
- Prescrire une contraception du post-partum

Fiche technique 1

INFECTIONS GRAVES DU POST PARTUM

Symptomatologie de l'endometrite

- fièvre du post partum,
- lochies fétides et sale,
- utérus douloureux et mal involué

Complications progressives

- pelvipéritonite,
péritonite généralisée,
- septicémie,
- thrombophlébite septique

Traitements de l'endometrite

- Antibiotiques triple association --> parentérale
 - * Amoxicilline
 - * Aminoside
 - * Métronidazole
 - Utérotoniques
 - Antiseptiques locaux
- Traitement anti-inflammatoire après apyrexie

Fiche technique 2

L'ALLAITEMENT MATERNEL

- Le lait maternel demeure le meilleur aliment du nourrisson
- Le colostrum est le lait du premier jour, qui se caractérise par sa richesse en immunoglobulines A
- Le lait naturel est digestible, bactériostatique, riche en Ig A, très assimilable à une concentration suffisante en fer et nécessite une supplémentation en vitamine D
- L'allaitement maternel doit être encouragé
La mise au sein doit être précoce dès l'expulsion qui stimulera le réflexe de succion et la montée laiteuse
- Le rythme des tétées se fait à la demande du nourrisson

10 mn par sein, la maman est en position assise, le bébé dans les bras, le mamelon entre les doigts pour ne pas couper la respiration du bébé

Avantages

- Les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant
 - assimilable,
 - rôle anti infectieux,
 - goût peu sucré,
 - antiallergique,
 - effet protecteur sur la muqueuse intestinale

- Les avantages pour la mère
 - mode d'allaitement commode et économique sans manipulations et renforce les liens affectifs mère-enfant,
 - contraception du post-partum MAMA allaitement exclusif associé à l'aménorrhée du post-partum

Contre indications de l'allaitement maternel

maladies chroniques contagieuses,
maladies chroniques du sein,
tout médicament passant dans le lait maternel (certains antibiotiques, antimitotiques, salicylates, antidépresseurs),
galactosemie congénitale,
phényl cétonurie,
intolérance au lactose

ANNEXE

Actions des médicaments sur la grossesse et l'allaitement

GROSSESSE

Passage des médicaments de la mère au fœtus

- le placenta est une barrière entre circulation maternelle et fœtale
- Les médicaments traversent cette barrière par diffusion passive. Une molécule liposoluble non ionisée de faible poids moléculaire traverse le placenta plus rapidement
- Les médicaments traversent le placenta en fonction de leurs poids moléculaires

Période de risque

- Après fécondation et pendant la phase de segmentation (13 premiers jours), les substances tératogènes peuvent entraîner la mort du blastocyste mais pas de malformations loi du tout ou rien
- Phase de morphogenèse du 13^e au 58^e jour, c'est une phase de malformation. Chaque organe présente une période de vulnérabilité
- Cœur 20^e au 40^e jour
- Système nerveux central 13^e et 25^e jour
- Les membres 24^e et 36^e jour

Cette phase couvre la période de risque tératogène maximale (3^e et 8^e semaine de gestation)

- A partir du 3^e mois période fœtale, c'est la phase de maturation des organes. Deux organes restent sensibles : organes génitaux externes qui se différencient pendant le 3^e mois et le système nerveux dont l'histogenèse se poursuit pendant toute la grossesse

Médicaments

- Antimitotique

*Amidopyrine et méthotrexate : malformation du système nerveux central, fentes faciales, atteinte du squelette

*Alkylants : destruction des cellules souches gonadiques (risque de stérilité)

- Anticonvulsivants

Anomalies de fermeture du tube neural

Anomalies de la face et l'appareil cardio-vasculaire

Phénobarbital risque de donner les hémorragies néonatales et troubles du métabolisme phosphocalcique

- Psychotropes

*Lithium malformations cardio-vasculaires

*Neuroleptiques risque malformatif faible mais donnent un syndrome extrapyramidal si la prise est prolongée

*Antidépresseurs tricyclique risque faible

- Hormones

*Androgènes masculinisation des fœtus de sexe féminin

*Diéthylstilboestrol action cancérogène (adénocarcinome du vagin et du col chez la jeune fille exposée in utero)

- Antibiotiques

*Aminosides ototoxicité

*Tétracyclines coloration brunâtre des dents

*Sulfamides ictère néonatal si administration en fin de grossesse

*Chloramphénicol Grey syndrome

- Anticoagulant

Malformation si prise d'anticoagulants oraux entre 6^e et 9^e SA embryopathies et anomalies du SNC

- Antiparasitaires

*Quinine pas de risque à dose thérapeutique

*Chloroquine pas de risque à dose thérapeutique

*Métronidazole ne donne pas de malformation

- Antalgiques

*Aspirine si prise proche du terme, fermeture prématurée du canal artériel

*Paracétamol aucune restriction n'a été relevée

- Vitamine A

À dose élevée (> 6000 U/I), anomalie du SNC, anomalies auditives et cardiopathies congénitales

- Vaccins

Vaccins purement atoxiques

- *Vaccin antitétanique
- *Vaccin antipoliomyélitique injectable
- *Vaccin Hépatite (produit à partir de fraction d'antigènes de surface virale)
- *Vaccin antigrippal

Vaccins contre-indiqués

- *Vaccin antipoliomyélitique per os
- *Vaccin anti-rubeoleux
- *Vaccin anti-rougeoleux

ALLAITEMENT

- La quasi-totalité des substances ingérées ou injectées à la mère allaitante passent dans le lait. Mais il est rare que la dose ingérée par l'enfant soit suffisamment importante pour que ses effets chimiques soient observés.
- Le passage des médicaments se fait surtout par diffusion passive
- Anticonvulsivants
 - *barbituriques et,
 - *benzodiazépines,ne sont pas contre-indiqués à dose thérapeutique
- Antibiotiques
 - *cyclines : risque de coloration des dents,
 - *aminosides : surtout Kanamycine : risque d'ototoxicité,
 - *quinolone : risque d'atteinte articulaire,
 - *sulfamides : risque d'ictère nucléaire
- Hormones-
 - *Contraceptifs oraux : on utilise les micro-progestatifs pendant l'allaitement. Les œstrogènes sont déconseillés malgré le fait que le passage des stéroïdes soit très réduit
 - *Les androgènes sont contre-indiqués (masculinisation du nouveau-né de sexe féminin)
 - *Corticoïdes : ne sont pas contre-indiqués
 - *Hormones thyroïdiennes : ne sont pas contre-indiquées
 - *Anti-thyroïdiens : sont contre-indiqués
 - *L'insuline : ne traverse pas le lait maternel
 - *Anti-inflammatoires : ne sont pas contre-indiqués, sauf les sels d'or
 - *Anticoagulants : ne sont pas contre-indiqués