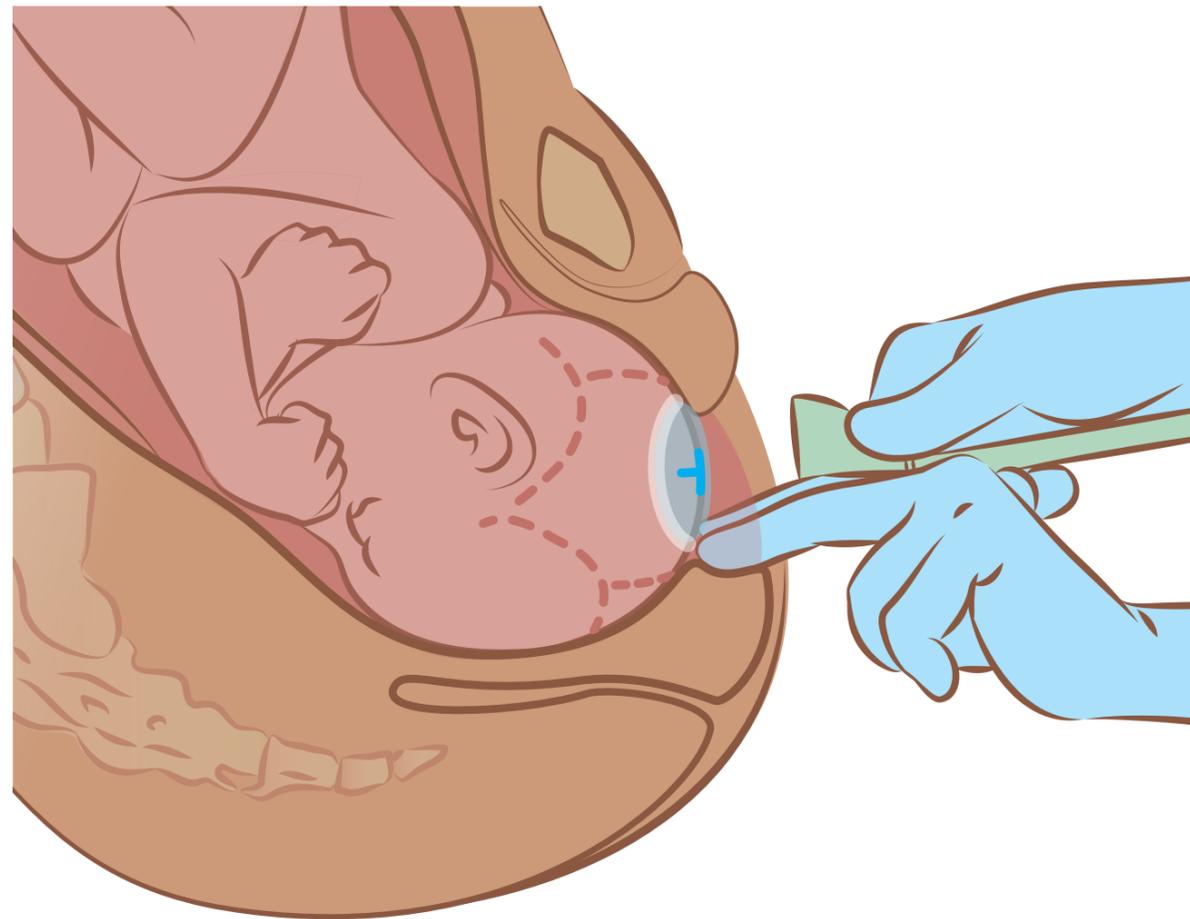


Aider les mères à survivre

Accouchement assisté par ventouse

Tableau à feuilles mobiles



Remarque : Tous les prestataires doivent avoir suivi les modules Soins essentiels pour le travail et la naissance et Travail prolongé et dystocie mécanique avant de suivre ce module.

Comment faciliter la formation pratique et la pratique continue

1

Avant la formation

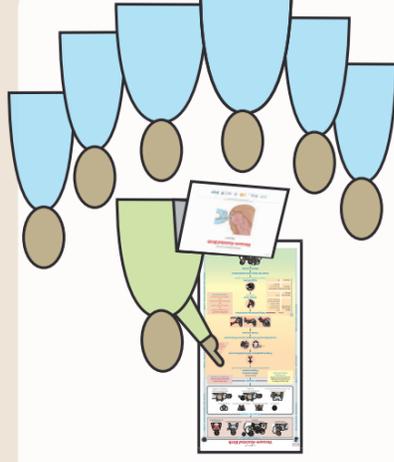
- Planifiez la formation avec les dirigeants et les organisateurs locaux bien à l'avance.
- Suivez les directives locales concernant les personnes autorisées à effectuer des AAV ainsi que les protocoles cliniques et d'établissement pour la procédure.
- Visitez www.helpingmotherssurvive.org et hmb.org pour trouver les outils qui vous aideront à préparer et à réaliser la formation. Vous pouvez télécharger des modules d'apprentissage, une liste de vérification de la préparation, des exemples de calendriers et d'autres ressources utiles.
- Consultez la vidéo de Laerdal montrant comment faire une [démonstration de l'accouchement assisté par ventouse avec Mamabirthie](#) et entraînez-vous à la démonstration.
- Localisez le dispositif de ventouse utilisé dans l'établissement de santé et vérifiez que vous avez les directives d'utilisation et la manière de monter/démonter, nettoyer et stériliser le dispositif.
- Passer en revue les données sur la prestation de services et les pratiques de documentation avec la direction de l'établissement afin de connaître les points forts et les lacunes.

2

Organisez le matériel et l'équipement et affichez le plan d'action

- Vous aurez besoin d'une station de pratique, d'un facilitateur et d'un simulateur d'accouchement pour chaque groupe de 3-4 apprenants. Si vous pouvez avoir moins d'apprenants par groupe, il y aura plus de temps pour les travaux pratiques.
- Installez la vidéo avec le son si vous êtes en mesure d'utiliser la vidéo.
- Assurez-vous que les éléments suivants sont présents sur chaque station de pratique :

- Roue de grossesse ou calendriers
- Stylos/crayons, papier, graphiques
- Vidéos et/ou dossiers des clientes/outils de documentation du travail
- Tensiomètre
- Stéthoscope (adulte et pour le nouveau-né)
- Thermomètre
- Mamabirthie et BabyBirthie
- Crane blanc (fourni avec Mamabirthie)
- Inserts cervicaux (fournis avec Mamabirthie)
- Mamscope
- Gants (propres et stériles)
- Fétoscope/Doppler et gel à ultrasons
- Ruban à mesurer
- Ventouse obstétricale et cupules
- Savon ou désinfectant pour les mains à base d'alcool
- Vidéos et projecteur/ordinateur portable (si utilisé)
- Serviettes, bonnet et couverture pour bébé
- Ciseaux et/ou lame
- Pince hémostatique, pinces, attaches pour le cordon ombilical
- Bassin / récepteur pour le placenta
- Protection individuelle pour le prestataire
- Médicaments factices : oxytocine, misoprostol, ampicilline, gentamicine, bêtamimétiques,
- Seringues et aiguilles
- Dispositif d'aspiration pour le bébé
- Sac et masque de ventilation pour bébé
- Horloge/montre avec trotteuse
- Réceptifs à déchets pour objets tranchants
- Gaze



3

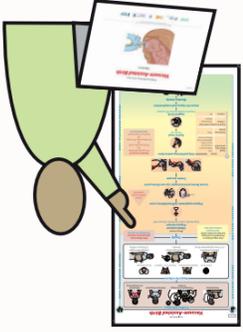
Accueillez les apprenants et identifiez leur niveau de connaissances et de compétences

- Accueillez les apprenants à leur arrivée.
- Distribuez l'évaluation des connaissances à remplir.
- Évaluez les apprenants et donnez un feedback de manière à encourager l'apprentissage.

4

Introduisez le module et les objectifs d'apprentissage

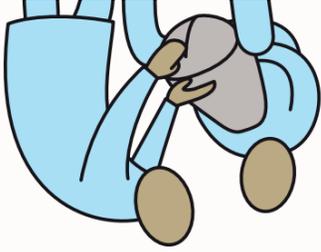
- Présentez le matériel pédagogique, y compris le plan d'action.
- Suivez le contenu décrit dans le tableau à feuilles mobiles.
- Pendant que vous enseignez, indiquez où vous en êtes dans le plan d'action.
- Revoyez comment vous avez atteint chaque étape pour renforcer les étapes du plan d'action.
- Insistez toujours sur le respect et la bonne communication



5

Faites participer chaque apprenant à la discussion et à la pratique

- Au fur et à mesure que vous expliquez et démontrez, faites participer les apprenants en les invitant à discuter. Faites-les participer à des exercices, des simulations et des jeux de rôle. Encouragez-les à porter le simulateur pendant la pratique et guidez-les dans son utilisation.
- Utilisez les questions de la section « Discutez » pour identifier les problèmes locaux et trouver des solutions locales afin d'obtenir les meilleurs soins possibles.



6

Évaluez les apprenants

- Utilisez les évaluations des connaissances et les ECOS de chaque module pour vérifier les connaissances et les compétences.

7

Encouragez la pratique continue et l'amélioration de la qualité

- Aidez les apprenants à planifier les changements qui amélioreront les soins dans l'établissement de santé.
- Identifiez 2 prestataires dans chaque établissement de santé pour aider leurs pairs à s'exercer après la formation.
- Utilisez le plan pour la pratique de la méthode FDHF et les activités d'amélioration de la qualité qui se trouvent à la fin du Guide du prestataire. Enregistrez les informations relatives à votre session - quel module, combien d'apprenants, où et quand à www.helpingmotherssurvive.org

Comment utiliser les matériels de cours

Remarque : tous les prestataires doivent avoir terminé le module sur les « Soins essentiels pour le travail et l'accouchement » et le « Travail prolongé et dystocie mécanique » avant de tenter ce module

Plan d'action

Demandez à un apprenant d'indiquer l'action pertinente.

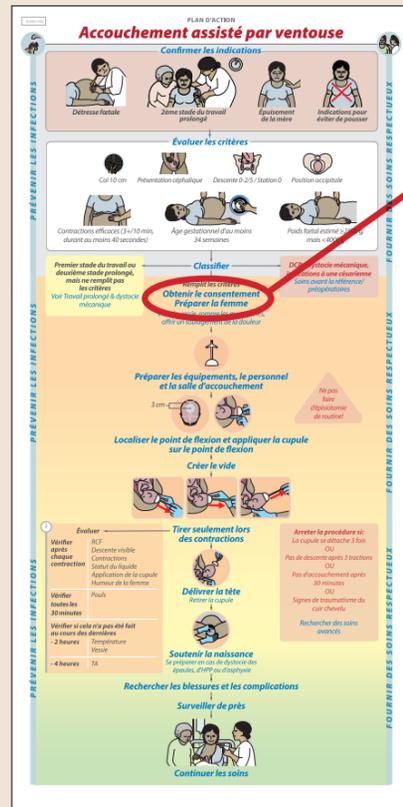
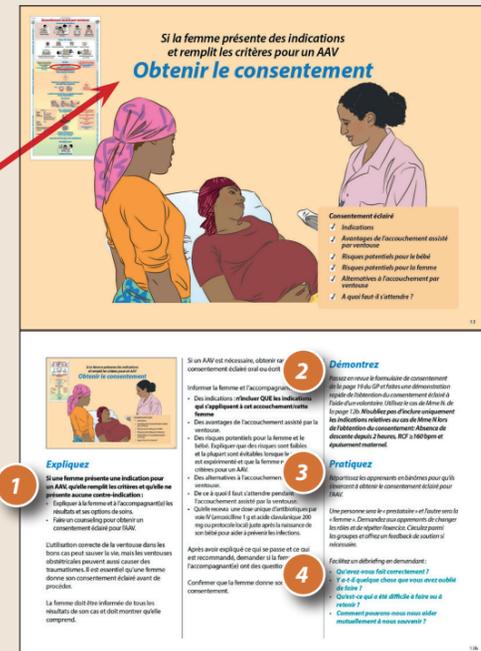
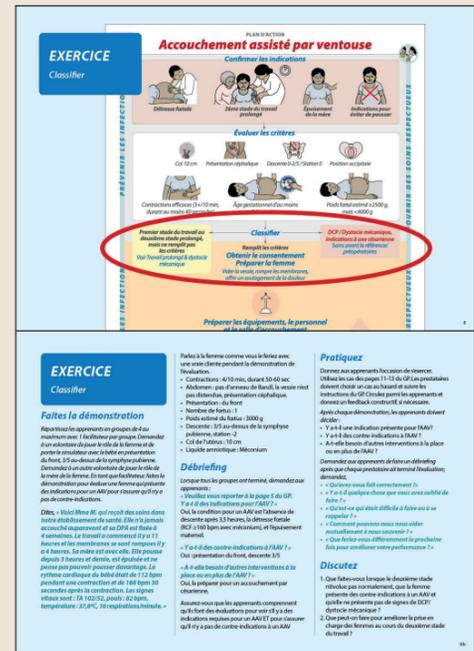


Tableau à feuilles mobiles

Utilisez les illustrations et le texte pour enseigner l'action.



Pratiquez la séquence du plan d'action à l'aide des exercices pratiques.



Guide du prestataire

Identifiez, planifiez et abordez les changements qui amélioreront les soins dans la structure.



Pratique FDHF

Utilisez les sessions FDHF à la fin du Guide du prestataire (GP) pour assurer une pratique continue dans l'établissement de santé.



Ressources supplémentaires



Scanner le code QR

Utilisez l'appareil photo si vous avez un iPhone, ou téléchargez l'application QR Code pour aller directement à helpingmotherssurvive.org



www.helpingmotherssurvive.org

1 Expliquez et démontrez

Expliquez : Les informations nécessaires à couvrir au cours de cette session. Faites participer les apprenants en leur posant des questions.

Démontrez : Les compétences seront présentées par vidéo. Si les vidéos ne sont pas montrées, faites une démonstration en direct comme décrit et passez à la pratique ou à la section suivante comme indiqué.

3 Pratiquez

Les prestataires répètent les compétences nouvellement apprises ou rafraîchies avec un feedback. Passez plus de temps à pratiquer qu'à parler et utilisez les pratiques de groupe pour vous assurer que les compétences sont maîtrisées. Encouragez l'autoréflexion, le feedback et la revue des actions visant à améliorer les performances (débriefing).

4 Discutez

Honorez les expériences des prestataires en les encourageant à les partager. Explorez ce qui se fait réellement dans leur établissement de santé (Est-ce que c'est ce que vous faites maintenant ? Pourquoi ou pourquoi pas ?). Identifiez les moyens de surmonter les obstacles et de mettre en pratique les nouvelles compétences.

5 Vérification des connaissances

Les vérifications des connaissances sont l'occasion de revoir et de renforcer les informations apprises.

Vous pouvez faire une différence



Expliquez

Commencez par une histoire.

Dites aux apprenants, « **Fermez les yeux et imaginez qu'une femme est référée à votre établissement de santé pour un deuxième stade prolongé avec détresse fœtale. Vous l'envoyez à l'hôpital de district.** »

(Pause)

« **Elle a eu un accouchement assisté par ventouse (AAV) à l'hôpital de référence mais, malheureusement, le bébé est mort-né.**

Faites une nouvelle pause pour laisser les apprenants réfléchir.

Dites, « **Ouvrez les yeux. Comment vous sentez-vous ? Avez-vous vu un mort-né parce que les prestataires ne pouvaient pas faire un AAV pour une détresse fœtale ?** »

Laissez les apprenants répondre. Dites : « **Fermez à nouveau les yeux et imaginez que vous vous prenez soin d'une femme. Lorsqu'elle est au deuxième stade du travail, le rythme cardiaque chute aux alentours de 90 bpm et ne revient pas à la normale.**

Vous avez été formé pour effectuer un AAV et vous pouvez identifier que cette femme est une bonne candidate. Vous l'aidez à avoir un accouchement réussi par voie basse assisté par ventouse et elle a une petite fille en bonne santé. » (Imitez les pleurs d'un bébé.)

Demandez, « **Maintenant, comment vous sentez-vous ? Quelqu'un veut-il partager ?** »

Remerciez les apprenants et dites, « **Chaque femme a besoin d'un prestataire qualifié pendant le travail et l'accouchement pour identifier et rapidement prendre en charge les problèmes. La femme et son bébé dépendent de vous. Nous pouvons faire une différence.**

Aujourd'hui, nous allons passer en revue les connaissances, les compétences et la prise de décision lorsque le deuxième stade du travail ne progresse pas ou si le fœtus est en détresse à la fin du deuxième stade. Commençons ! »

Aider les mères et les bébés à survivre

Les modules Aider les mères à survivre (AMS) et Aider les bébés à survivre (ABS) renforcent la capacité de tous les prestataires de soins à prodiguer des soins de compassion, de routine et qui sauvent la vie des femmes et des bébés. Si vous participez à cette formation, vous devrez avoir déjà suivi les modules AMS Soins essentiels pour le travail et la naissance et AMS Travail prolongé et dystocie mécanique. Ces deux modules sont les éléments constitutifs de cette formation.

Matériel d'apprentissage AMS :

Plan d'action : un outil de travail graphique pour aider les prestataires à identifier les indications pour un AAV, à évaluer si une femme remplit les critères, à décider des soins dont la femme a besoin, à réaliser un AAV s'il y a des indications, elle remplit les critères et ne présente pas de contre-indications, et à prendre en charge les problèmes survenant lors d'un AAV.

Tableau à feuilles mobiles : utilisé pour l'enseignement.

Guide du prestataire : comprend des listes de vérification, des informations supplémentaires et un soutien pour une pratique continue. Nous allons l'utiliser aujourd'hui pour certaines activités.

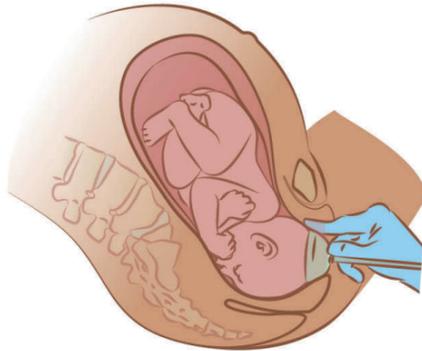
Dites, « **Après la session d'aujourd'hui, vous continuerez à faire de courtes sessions de pratique et d'autres activités avec un pair de votre établissement de santé pour vous aider à maintenir vos compétences à jour.** »

Dites, « **Au fur et à mesure de la journée, nous allons noter tous les domaines qui pourraient constituer des défis pour nous dans cet établissement. Nous reverrons ces points ensemble plus tard. Un volontaire pourrait-il les écrire pour nous au fur et à mesure qu'ils se présentent ?** »

Vous pouvez faire une différence



Introduction



Expliquez

L'accouchement assisté par ventouse (AAV) est la naissance d'un bébé à l'aide d'une ventouse obstétricale. La ventouse exerce une traction sur la tête fœtale pour aider les efforts de poussée de la femme.

Un deuxième stade du travail prolongé peut augmenter le risque d'HPP, de septicémie, de rupture utérine, de fistule, d'hypoxie fœtale et d'asphyxie à la naissance. Ce sont des causes majeures de morbidité et de mortalité périnatales et maternelles.

Utilisé de manière appropriée, l'AAV peut prévenir ces complications en réduisant la durée du deuxième stade du travail. Lorsqu'il est sélectionné pour la bonne femme, l'AAV peut également aider à éviter une césarienne dans certains cas. La césarienne augmente le risque de complications

maternelles et périnatales pour la grossesse actuelle et pour les grossesses ultérieures, par rapport à l'accouchement par voie basse assisté.

L'AAV est une procédure qui permet de sauver des vies lorsque la ventouse est utilisée par des cliniciens compétents qui peuvent, en toute confiance et avec compétence :

- identifier les indications appropriées pour un AAV
- évaluer une femme pour s'assurer qu'elle réplit tous les critères pour un AAV
- identifier les contre-indications à la réalisation d'un AAV
- réaliser l'intervention
- prendre en charge les problèmes et les complications associés à un AAV.

Définitions importantes pour ce module :

• Indications pour un AAV :

Un signe ou une condition qui suggère qu'un AAV est approprié.

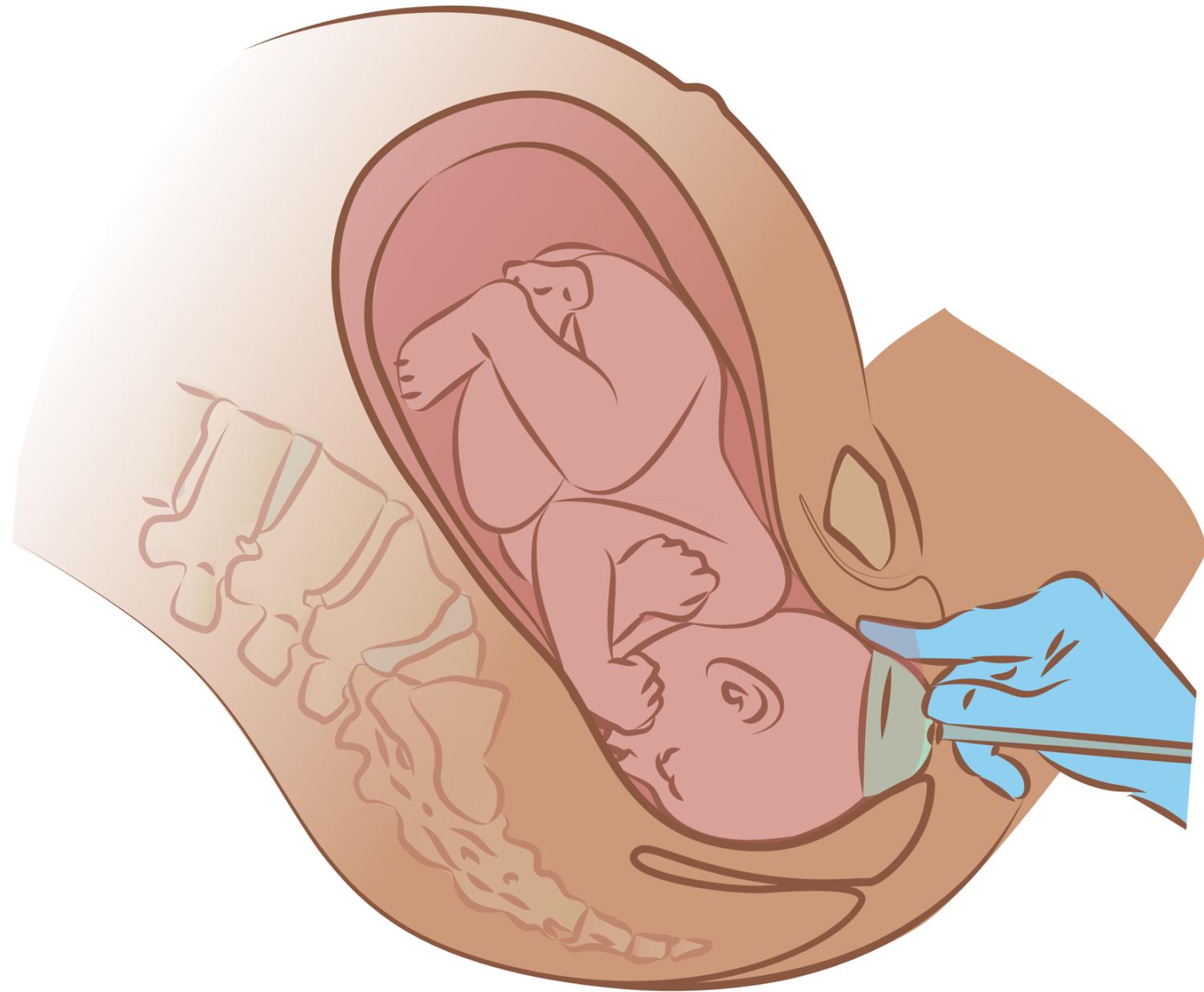
• Critères pour un AAV :

Constatations qui doivent être présentes pour effectuer un AAV dans le cas où il existe des indications.

• Contre-indications à un AAV :

Une condition qui indique qu'un AAV ne doit PAS être effectué même s'il y a une indication.

Introduction



Soins respectueux, soutien émotionnel, communication et prévention des infections



Discutez

Demandez aux apprenants, « **Prenez une minute pour réfléchir à ce que vous avez appris sur les soins respectueux, la communication et la prévention des infections dans les modules précédents. Comment pouvons-nous utiliser ce que nous avons appris lorsque nous prenons soin de femmes dont le deuxième stade est prolongé ou qui peuvent avoir besoin d'un AAV ?** »

Quelques exemples :

Soins respectueux

- Une bonne relation entre la femme et son prestataire est importante pour s'assurer qu'elle comprend pourquoi l'AAV est recommandé afin qu'elle puisse donner son consentement en connaissance de cause.
- Une bonne expérience avec un prestataire qui effectue l'AAV va responsabiliser et reconforter

la femme plutôt que de diminuer sa confiance ou son estime de soi.

- Une expérience d'accouchement positive aide à créer une culture de confiance dans les services d'accouchement de votre établissement même s'il y a des complications.

Soutien émotionnel

Il est particulièrement important de fournir des soins émotionnels lors d'un AAV, car :

- Les femmes qui nécessitent un AAV peuvent avoir le sentiment d'avoir « échoué ». Elles peuvent être anxieuses et avoir peur pour elles-mêmes ou pour leur bébé.
- Il se peut que ce soit la première fois qu'une femme apprend l'existence d'un AAV et qu'elle ne connaisse pas d'amies ou de membres de sa famille qui en ont subi un.
- Si elle est trop anxieuse ou effrayée, il se peut qu'elle ne soit pas en mesure d'aider le prestataire qui l'assiste à accoucher avec une ventouse.

Communication

Une bonne communication est importante pour la réussite d'un AAV. Une bonne communication doit exister entre :

- Les prestataires et la femme et son accompagnant(e)

- Tous les prestataires qui s'occupent de la femme lors de l'accouchement assisté par la ventouse.
- Les personnes présentes dans la salle d'accouchement et les prestataires d'autres services - soins aux nouveau-nés, bloc opératoire, établissements de référence.

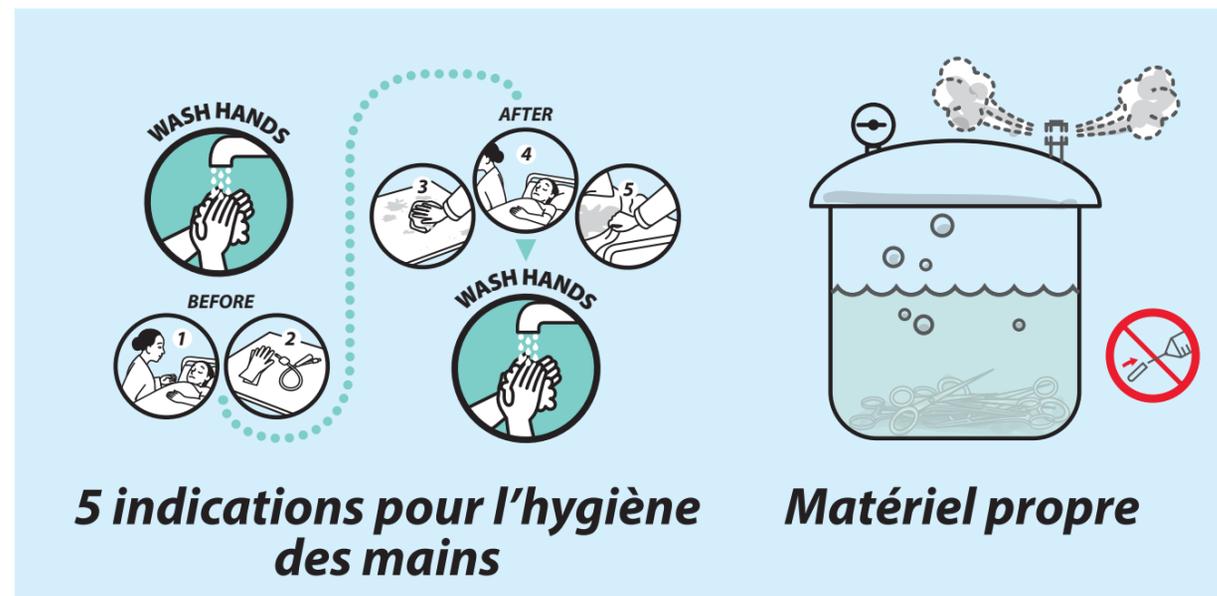
Prévention des infections

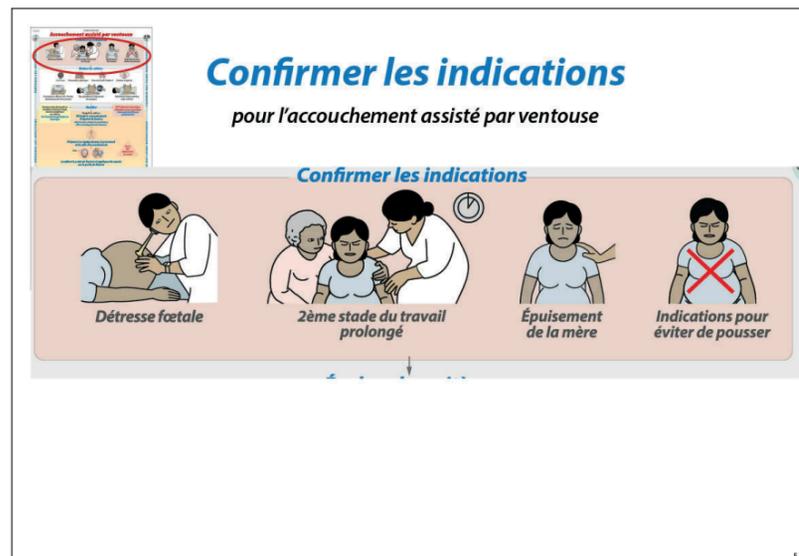
Les femmes qui subissent un AAV courent un plus grand risque d'infection parce que le travail est prolongé, qu'un instrument est introduit dans le vagin et que les prestataires introduisent leur main dans le vagin lorsqu'ils évaluent la position, localisent le point de flexion, et appliquent la cupule et la traction.

Pour réduire le risque d'infection lors d'un AAV, il est essentiel de veiller à ce qui suit :

- une salle et une table d'accouchement et les fournitures propres
- des mains propres
- des gants stériles
- un périnée propre
- des cupules, des tubes de connexion et des pompes stériles/désinfectés à haut niveau.

Soins respectueux, soutien émotionnel, communication et prévention des infections





Expliquez

Pour utiliser en toute sécurité une ventouse obstétricale, les prestataires doivent être en mesure d'identifier les indications d'un AAV.

L'utilisation de la ventouse obstétricale pour faciliter un accouchement requiert des compétences et comporte des risques. Elle ne doit être utilisée qu'en présence d'une indication obstétricale ou médicale spécifique.

La ventouse ne doit JAMAIS être utilisée pour accélérer un accouchement lorsque le travail progresse normalement.

Indications pour un accouchement assisté par ventouse :

- **Détresse fœtale au deuxième stade nécessitant un accouchement immédiat :**
 - RCF très lent : <100 bpm OU ≥ 160 bpm entre les contractions ou continuant après les contractions pendant au moins 3 contractions.
 - **Remarque :** prendre en charge la détresse fœtale ! Voir **AMS Travail prolongé et dystocie mécanique**. Envisager une surveillance fœtale continue si possible. Suivre les directives locales.
- **Deuxième stade prolongé**
 - Au cours du 1er accouchement, la naissance n'est pas complétée après avoir poussé pendant 3 heures.
 - Dans les accouchements suivants, l'accouchement n'est pas complété après avoir poussé pendant 2 heures.
- **Épuisement maternel**
- **Conditions maternelles nécessitant un deuxième stade plus court ou lorsque la poussée est contre-indiquée, notamment :**
 - Maladie vasculaire cérébrale, affections cardiaques ou pulmonaires.
 - **Remarque :** ces indications auraient dû être identifiées avant le passage au deuxième stade et une ventouse obstétricale appliquée une fois que la tête est engagée si elle remplit les critères d'un AAV et que toutes les contre-indications à un AAV ont été écartées.

Discutez

1. Quelles sont les indications pour l'AAV dans votre établissement de santé ?
2. Les directives du pays exigent-elles que l'AAV ne soit pratiquée que dans un établissement de santé ayant la capacité de pratiquer des césariennes ?

Vérification des connaissances : Vrai ou Faux ?

Il est recommandé d'utiliser une ventouse si la femme semble fatiguée, mais que le travail progresse bien.

Faux

Il est recommandé d'utiliser une ventouse si le RCF est de 80 bpm entre les contractions pendant trois contractions consécutives et que la femme remplit les autres critères.

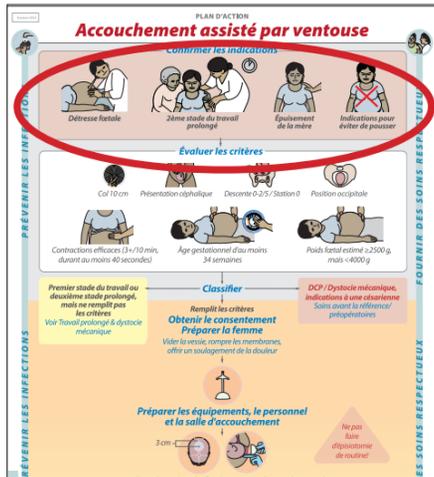
Vrai

Il est recommandé d'utiliser une ventouse si la femme a des problèmes cardiaques et doit éviter de pousser.

Vrai

Il est recommandé d'utiliser une ventouse si le RCF est de 158 bpm entre les contractions pendant trois contractions consécutives et si la femme a une forte fièvre, un pouls rapide et une infection utérine.

Faux



Confirmer les indications

pour l'accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications



Détresse fœtale



2ème stade du travail prolongé

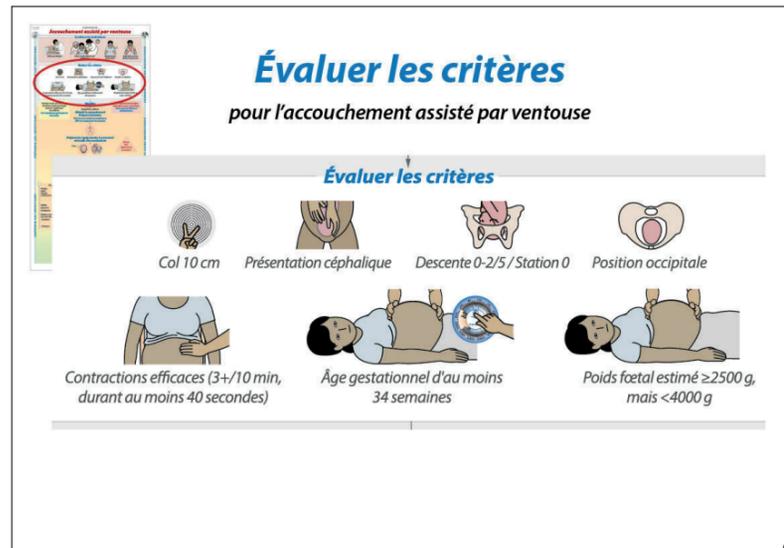


Épuisement de la mère



Indications pour éviter de pousser





Expliquez

Pour qu'un accouchement assisté par une ventouse soit sûr et réussi, on devrait soigneusement sélectionner la bonne cliente et la bonne situation. Une tentative infructueuse augmente le risque de complications maternelles et néonatales.

- En cas de **détresse fœtale, d'épuisement maternel ou de problème médical de la femme**, confirmer rapidement qu'elle remplit tous les critères et ne présente aucune contre-indication à l'AAV.
- **Si le deuxième stade prolongé est la seule indication pour un AAV**, évaluer rapidement les quatre « P » (Patiente - Passager - Puissance - Passage) – voir page 8 du GP – pour identifier la cause du travail prolongé et décider si l'AAV est l'intervention la plus appropriée. Les diagnostics différentiels pour un deuxième stade prolongé sont les suivants :
 - un mauvais diagnostic du deuxième stade
 - DCP / dystocie mécanique

- positions / présentations dystociques
- contractions utérines inefficaces
- causes maternelles (anxiété/peur, épuisement, vessie pleine, position d'accouchement imposée, déshydratation, infection, absence d'accompagnant(e)).

Après l'évaluation, décider rapidement des soins dont elle a besoin et du meilleur mode d'accouchement.

L'AAV ne doit être tenté que si la réponse à TOUTES les questions ci-dessous est « oui » :

- La DCP et la dystocie mécanique ont-elles été écartées ?
- Le col de l'utérus est-il complètement dilaté ?
- L'âge gestationnel (AG) est-il ≥ 34 semaines ?
Remarque : si l'on ne connaît pas l'AG précis, rechercher des soins avancés ! L'hémorragie intracrânienne est plus fréquente avant l'AG de 34 semaines.
- Y a-t-il au moins 3 contractions/10 minutes, chacune durant au moins 40 secondes ?
- La présentation est-elle céphalique ?
- La tête fœtale est-elle en position occipitale ?
- La tête fœtale est-elle engagée [0 station ou plus bas dans le canal de naissance (+1 à +4)] - 0/5 - 2/5 palpable au-dessus du niveau supérieur de la symphyse pubienne ?
- Le poids estimé du fœtus est-il d'au moins 2500 g et de 4000 g au maximum ?
Remarque : si l'on n'est pas sûr ou pas en mesure de décider si le poids du fœtus remplit les critères, rechercher des soins avancés !

Vérification des connaissances

Tenterez-vous un AAV si vous constatez ce qui suit ?

Descente 3/5	Non
Anneau de Bandl	Non
Bosse sérosanguine 3+	Non
Oedème cervical	Non
Position OP	Oui
+1 station	Oui
Présentation du front	Non
Poids foetal estimé à 2000 g	Non

Quels sont les signes de DCP et de dystocie mécanique ?

- **Présence de l'anneau de Bandl**
- **Détresse fœtale / Détresse maternelle**
- **Bosse sérosanguine 3+ / modelage 3+**
- **Absence/mauvaise descente malgré de bonnes contractions.**

En cas de détresse fœtale et de contractions inefficaces, faut-il tenter de stimuler les contractions utérines avec l'ocytocine avant de procéder à un AAV ?

- **Non, procéder à un AAV s'il n'y a pas de contre-indications.**

S'il y a une détresse fœtale et que vous trouvez que la descente est de 3/5, devez-vous tenter un AAV ?

- **Non, procéder à des préparatifs pour un accouchement par césarienne.**

Évaluer les critères

pour l'accouchement assisté par ventouse

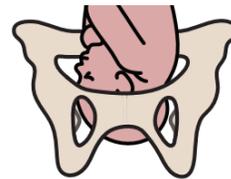
Évaluer les critères



Col 10 cm



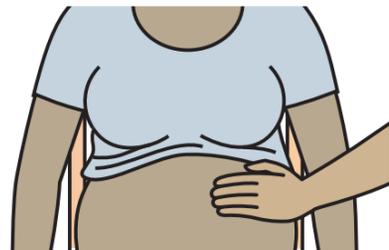
Présentation céphalique



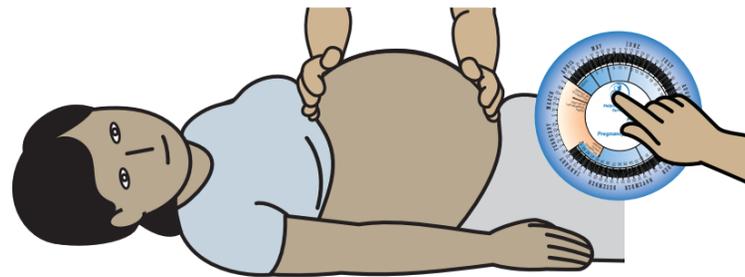
Descente 0-2/5 / Station 0



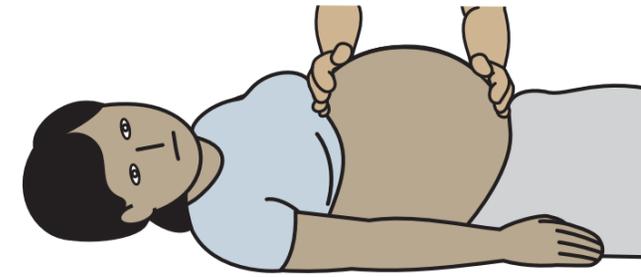
Position occipitale



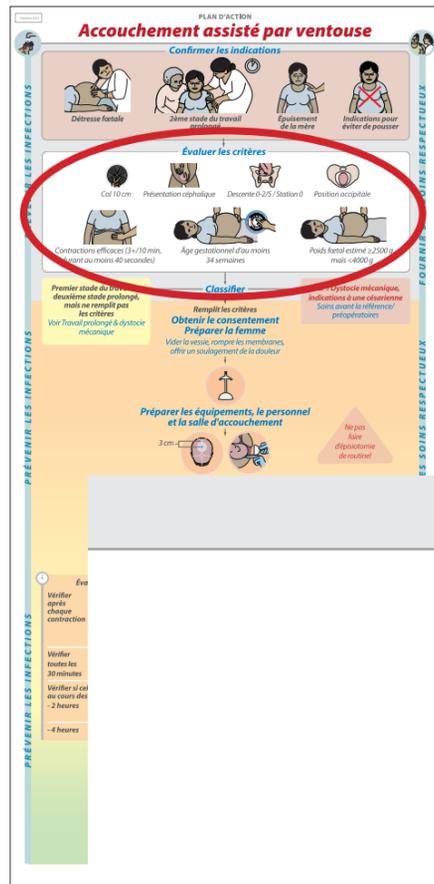
Contractions efficaces (3+/10 min, durant au moins 40 secondes)

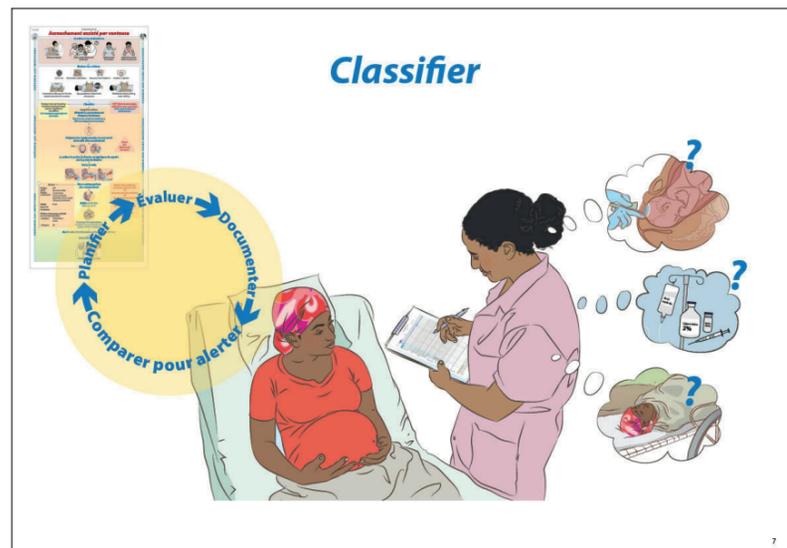


Âge gestationnel d'au moins 34 semaines



Poids foetal estimé ≥ 2500 g, mais < 4000 g





Expliquez

Après avoir fait une évaluation, classifier le travail.
Montrez la section « Classifier » du plan d'action au fur et à mesure que vous expliquez chaque section.

Les soins prodigués dépendront de la classification faite du travail :

- **La femme a besoin de soins avancés pour des raisons suivantes :**
 - Dystocie mécanique
 - Signes de DCP
 - Les contractions s'arrêtent et une rupture utérine est soupçonnée.
 - Présentation / position dystocique qui nécessite une césarienne : position mento-postérieure ; présentation transversale, de l'épaule, du front, mixte, du siège décomplété mode des pieds, du siège complet ou décomplété avec tête foetale mal fléchie.
 - Détresse maternelle et/ou foetale et le deuxième stade a duré plus de 2 heures

(multipares)/3 heures (nullipares) MAIS elle ne remplit pas les critères d'un AAV.

- Complication qui ne peut pas être prise en charge dans l'établissement de santé.

- Le col de l'utérus n'est pas encore complètement dilaté et il n'y a pas de signes de DCP/dystocie mécanique. Se référer à **AMS Travail prolongé et dystocie mécanique**.
- Le deuxième stade est prolongé et il n'y a pas de signes de DCP/dystocie mécanique mais elle ne remplit pas les critères d'un AAV. Se référer à **AMS Travail prolongé et dystocie mécanique** et la prendre en charge en fonction de la cause du deuxième stade prolongé.
- **Il y a des indications pour un AAV et les critères pour un AAV sont remplis.**

Activité d'apprentissage

En guise de révision du module AMS Travail prolongé et dystocie mécanique, donnez aux apprenants 10 minutes pour travailler en binômes afin de réaliser l'exercice consistant à faire correspondre les problèmes aux interventions possibles à la page 10 du GP.

Remarque sur les soins avancés

Dans les établissements de santé ne disposant pas de salle d'opération et de soins avancés, référer les femmes qui ont peu de chances d'accoucher par voie basse ou qui présentent des complications.

Si les directives du pays exigent que l'AAV ne puisse être réalisé que dans les hôpitaux disposant d'une capacité opératoire, activer le plan de référence.

Dans les établissements de santé où des soins avancés sont disponibles, les sage-femmes et les infirmières doivent consulter des médecins ou d'autres prestataires de soins avancés pour cogérer les soins de la femme.

Classifier

PLAN D'ACTION
Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

- Déresse fœtale
- 2ème stade du travail prolongé
- Équipement de la mère
- Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

- Col 10 cm
- Présentation céphalique
- Descente 0-2,5 / Station 0
- Position occipitale
- Contractions efficaces (14-170 min, durant au moins 40 secondes)
- Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
- Poids fœtal estimé 1200g, mais <4000g

Classer

Remplir les critères
Obtenir le consentement
Préparer la femme

Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Créer le vide

Tirer seulement lors des contractions

Arrêter la procédure si:
- La cupule se détache 3 fois
- Plus de descente après 3 tractions
- DCP
- Plus de soulagement après

Délivrer la tête
Brefner la cupule

Soutenir la naissance
Surveiller en cas de dystocie des épaules, EPAP ou dystocie

Rechercher les blessures et les complications

Surveillance

Continuer les soins

Évaluer

Vérifier après chaque contraction:
- DCP
- Descente visible
- Contractions
- Statut du liquide
- Application de la cupule
- Humeur de la femme

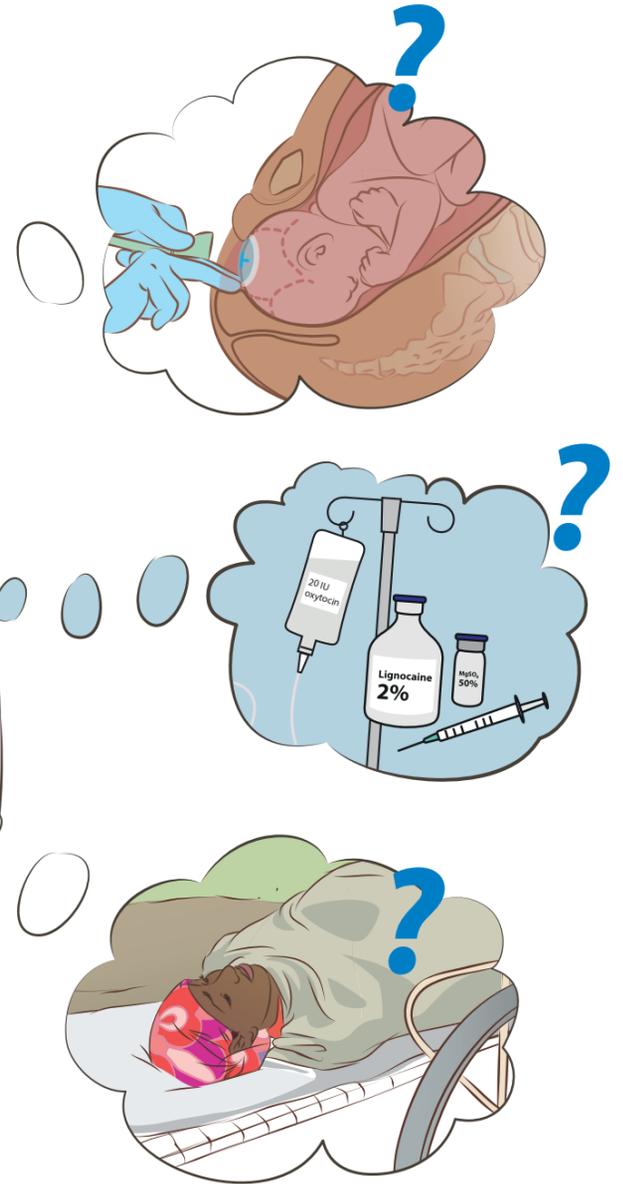
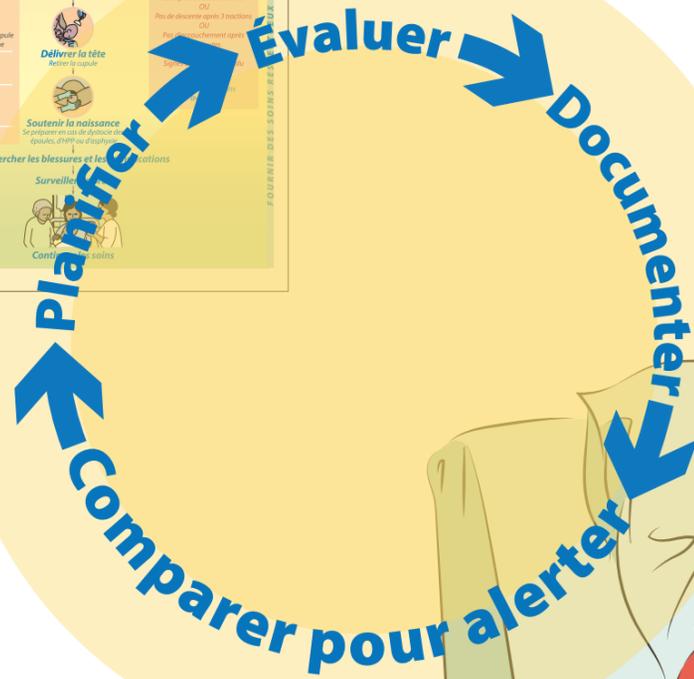
Vérifier après 30 minutes:
- Poids

Vérifier si cela n'a pas été fait au cours des dernières 2 heures:
- Température
- Hémie

4 heures: TA

Prévenir les infections

Fournir des soins respectueux



EXERCICE

Classifier

Démontrez

Répartissez les apprenants en groupes de 4 au maximum avec 1 facilitateur par groupe. Demandez à un volontaire de jouer le rôle de la femme et de porter le simulateur avec le bébé en présentation du front, 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne. Demandez à un autre volontaire de jouer le rôle de la mère de la femme. En tant que facilitateur, faites la démonstration pour évaluer une femme qui présente des indications pour un AAV pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications.

Dites, « **Voici Mme M. qui reçoit des soins dans notre établissement de santé. Elle n'a jamais accouché auparavant et sa DPA est fixée à 4 semaines. Le travail a commencé il y a 11 heures et les membranes se sont rompues il y a 4 heures. Sa mère est avec elle. Elle pousse depuis 3 heures et demie, est épuisée et ne pense pas pouvoir pousser davantage. Le rythme cardiaque du bébé était de 112 bpm pendant une contraction et de 168 bpm 30 secondes après la contraction. Les signes vitaux sont : TA 102/52, pouls : 82 bpm, température : 37,8°C, 16 respirations/minute.** »

Parlez à la femme comme vous le feriez avec une vraie cliente pendant la démonstration de l'évaluation.

- Contractions : 4/10 min, durant 50-60 sec
- Abdomen : pas d'anneau de Bandl, la vessie n'est pas distendue, présentation céphalique.
- Présentation : du front
- Nombre de fœtus : 1
- Poids estimé du fœtus : 3000 g
- Descente : 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station -2
- Col de l'utérus : 10 cm
- Liquide amniotique : Méconium

Débriefing

Lorsque tous les groupes ont terminé, demandez aux apprenants :

« **Veillez vous reporter à la page 5 du GP. Y a-t-il des indications pour l'AAV ?** »

Oui, les indications pour un AAV est l'absence de descente après 3,5 heures, la détresse fœtale (RCF \geq 160 bpm avec méconium), et l'épuisement maternel.

« **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?** »

Oui : présentation du front, descente 3/5.

« **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?** »

Oui, la préparer pour un accouchement par césarienne.

Assurez-vous que les apprenants comprennent qu'ils font des évaluations pour voir s'il y a des indications requises pour un AAV ET pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications à un AAV.

Pratiquez

Donnez aux apprenants l'occasion de s'exercer. Utilisez les cas des pages 11-13 du GP. Les prestataires doivent choisir un cas au hasard et suivre les instructions du GP. Circulez parmi les apprenants et donnez un feedback constructif, si nécessaire.

Après chaque démonstration, les apprenants doivent décider :

- Y a-t-il une indication présente pour l'AAV ?
- Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?
- A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?

Demandez aux apprenants de faire un débriefing après que chaque prestataire ait terminé l'évaluation; demandez,

- « **Qu'avez-vous fait correctement ?** »
- « **Y a-t-il quelque chose que vous avez oublié de faire ?** »
- « **Qu'est-ce qui était difficile à faire ou à se rappeler ?** »
- « **Comment pouvons-nous nous aider mutuellement à nous souvenir ?** »
- « **Que feriez-vous différemment la prochaine fois pour améliorer votre performance ?** »

Discutez

1. Que faites-vous lorsque le deuxième stade n'évolue pas normalement, que la femme présente des contre-indications à un AAV et qu'elle ne présente pas de signes de DCP/ dystocie mécanique ?
2. Que peut-on faire pour améliorer la prise en charge des femmes au cours du deuxième stade du travail ?

EXERCICE
Classier

PRÉVENIR LES INFECTIONS

Fournir des soins respectueux

PLAN D'ACTION

Accouchement assisté par ventouse



Confirmer les indications



Détresse fœtale



2ème stade du travail prolongé



Épuisement de la mère



Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères



Col 10 cm



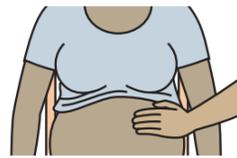
Présentation céphalique



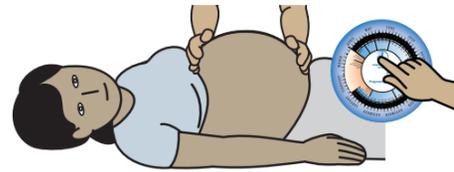
Descente 0-2/5 / Station 0



Position occipitale



Contractions efficaces (3+/10 min, durant au moins 40 secondes)



Âge gestationnel d'au moins



Poids fœtal estimé ≥ 2500 g, mais < 4000 g

Classier

Premier stade du travail ou deuxième stade prolongé, mais ne remplit pas les critères
Voir Travail prolongé & dystocie mécanique

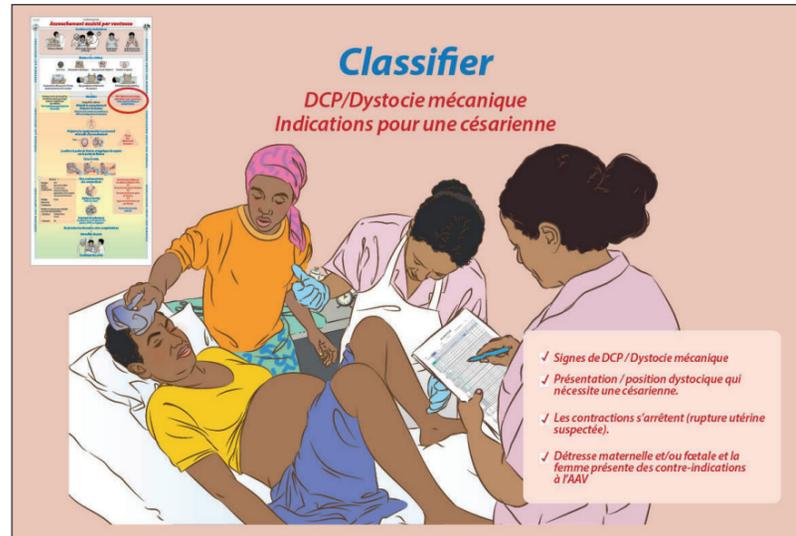
DCP / Dystocie mécanique, indications à une césarienne
Soins avant la référence / préopératoires

Remplit les critères
Obtenir le consentement
Préparer la femme
Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur



Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Ne pas



Expliquez

Lorsqu'une femme présente une complication, elle a besoin de soins avancés. Il peut s'agir d'un transfert vers un autre établissement ou d'un appel à un prestataire ayant la bonne compétence dans le même établissement de santé.

Pour assurer la continuité des soins pendant le transfert :

- Communiquer avec le prestataire qui recevra la femme/le bébé en utilisant l'outil de communication SAER.
- Parler à la femme et à sa famille des résultats et de la nécessité de soins avancés ou d'une césarienne.

Pratiquez

Répartissez les apprenants en binômes. En utilisant l'outil SAER de la page 14 du GP et le cas de la page 15 (et ci-dessous) pour Mme X., demandez à chaque apprenant de communiquer avec son partenaire en utilisant l'outil SAER. Passez parmi les groupes et offrez un feedback de soutien si nécessaire.

- La femme a poussé à domicile pendant 2+ heures
- G3P2, âge 24 ans
- DPA : 5 semaines à partir de la date d'aujourd'hui (35 semaines + 0 jours).
- Signes vitaux : TA 132/78, 20 respirations/min, Pouls 88 bpm, Température 37°C
- RCF : 188 bpm, 192 bpm, 184 bpm
- Contractions : 4/10 min, durant 50-60 sec.
- Présentation : céphalique (occipitale droite antérieure)
- Nombre de fœtus : 1
- Poids estimé du fœtus : 3000 g
- Pas d'anneau de Bandl
- Vessie non distendue
- Descente : 4/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station -3
- Col de l'utérus : 10 cm
- Liquide amniotique : clair
- Position : occipitale droite antérieure
- Tête fœtale : bosse sérosanguine 3+ modelage 2+
- Traitement : IV (sérum physiologique) à raison de 125 mL en une heure. Le sang a été envoyé pour l'hémoglobine. Mme. X est positionnée sur son côté gauche. Elle reçoit de l'oxygène à 4L/min.

La communication à l'aide de SAER doit être similaire à celle-ci-dessous :

S = Situation

Dites, « **Je m'appelle (nom) et je travaille dans la salle de travail de (établissement de santé). Je m'occupe de Mme X qui est en salle d'accouchement. Elle est venue après avoir poussé pendant plus de 2 heures à la maison. Il y a une détresse fœtale et des signes d'une dystocie mécanique.** »

A = Antécédents :

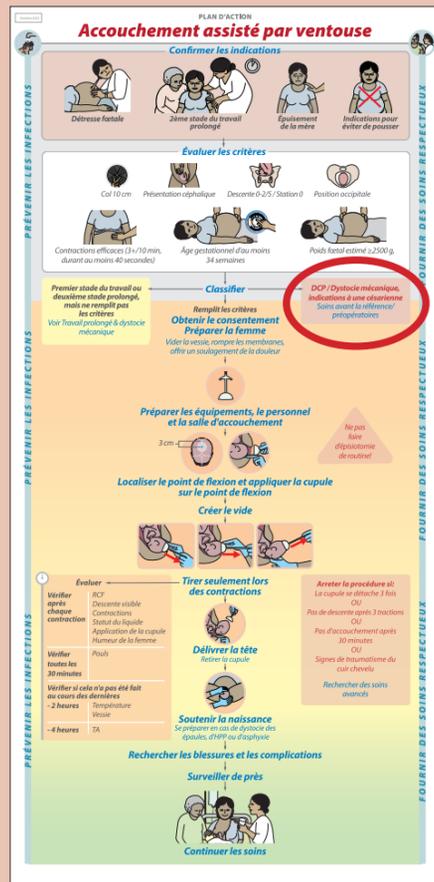
Dites, « **Mme X. est une G3P2 de 24 ans. Son âge gestationnel est de 35 semaines d'après la DDR. Son col est complètement dilaté. Il n'y a pas d'anneau de Bandl à l'examen abdominal et sa vessie n'est pas distendue. Les contractions sont de 4/10 minutes et durent 50-60 secondes ; la descente du fœtus est de 4/5. Il y a un seul fœtus et le poids du fœtus est estimé à 3000 grammes. Nous ne savons pas quand les membranes se sont rompues, mais le liquide amniotique est clair. La position est de l'occiput droit antérieur. Nous avons remarqué une bosse sérosanguine de 3+ et un modelage de la tête fœtale de 2+. Les signes vitaux maternels sont dans les limites normales. Nous avons placé Mme X sur le côté gauche, nous lui donnons de l'oxygène à 4L/min, et nous avons commencé une perfusion IV avec une solution de sérum physiologique à raison de 125 mL en 1 heure. Nous avons envoyé son sang pour l'hémoglobine. Elle n'a reçu aucun autre traitement médical.** »

E = Evaluation :

Dites, « **Je pense qu'il y a une dystocie mécanique et une détresse fœtale.** »

R = Recommandation :

Dites, « **Je pense que Mme X a besoin d'une césarienne. Y a-t-il quelque chose que vous voudriez que je fasse jusqu'à votre arrivée ?** »



Classifier

DCP/Dystocie mécanique

Indications pour une césarienne



- ✓ **Signes de DCP / Dystocie mécanique**
- ✓ **Présentation / position dystocique qui nécessite une césarienn**
- ✓ **Les contractions s'arrêtent (rupture utérine suspectée)**
- ✓ **Détresse maternelle et/ou fœtale et la femme présente des contre-indications à l'AAV**



Expliquez

Une fois qu'une décision a été prise de recourir à des soins avancés, continuer les soins et la surveillance jusqu'au transfert à un prestataire de soins avancés.

- Communiquer avec la femme et sa famille sur ce qui se passe, de ce que les prestataires font et pourquoi.
- Ne jamais laisser une femme souffrant d'une complication seule.
- Agir rapidement et s'assurer que les tâches les plus urgentes sont effectuées en premier.

Discutez

Demandez aux apprenants de se reporter à la section « Actions clés » pour les soins avant la référence / préopératoires à la page 16 du GP. Ceci est une révision du module AMS, Travail prolongé et dystocie mécanique.

Demandez aux apprenants :

« Qui devez-vous avertir lorsqu'une femme a besoin de soins avant la référence ou préopératoires ? »

- Prévenir le prestataire qui assumera les soins.
- Si une césarienne sera probablement nécessaire, prévenir l'équipe chirurgicale pour qu'elle puisse se préparer.
- Prévenir l'équipe pédiatrique pour qu'elle soit prête à accueillir un bébé en détresse.

« Que devez-vous faire si un transfert vers un autre établissement de santé est nécessaire ? »

- Si la femme sera transportée vers un autre établissement de santé, activer le plan de transport.
- Remplir le formulaire de référence et appeler le centre de référence pour le prévenir.

« Comment préparerez-vous les femmes à la référence ou à l'accouchement par césarienne ? »

- Expliquer à la femme et à son accompagnant(e) ce qui se passe et pourquoi une césarienne ou une référence est nécessaire. Répondre à toutes les questions.
- Discuter avec elle des résultats des tests, expliquer toutes les procédures proposées, obtenir son consentement, écouter et être sensible à ses sentiments.
- Offrir des soins de soutien.

« À qui faut-il donner des antibiotiques ? »

- Administrer des antibiotiques en cas de signes d'infection : température $>38^{\circ}\text{C}$, leucorrhées nauséabondes, sensibilité utérine.

« Comment allez-vous gérer les liquides ? »

- Installer une voie veineuse et perfuser une solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate). Faire un prélèvement de sang pour le taux d'hémoglobine, contrôle de compatibilité et un test de coagulation au lit juste avant de commencer à perfuser.
- Le débit de la perfusion dépendra de l'état de la patiente (stable, en état de choc ou déshydratée).
- Si la femme est en état de choc ou si elle doit subir une césarienne, insérer une sonde urinaire pour que la vessie reste vide et enregistrer le débit urinaire.
- Enregistrer tous les liquides perfusés, l'apport de liquides par voie orale et le débit urinaire.
Remarque : ne pas administrer de liquides par voie orale à une femme en état de choc !

« Quels autres soins allez-vous prodiguer ? »

- Placer la femme sur son côté gauche pour améliorer la circulation sanguine vers l'utérus et les organes vitaux.
- Apporter un soulagement de la douleur si nécessaire.
- Continuer à surveiller de près le déroulement du travail et l'état de la femme et de son fœtus. Ne jamais laisser la femme seule.

Demandez, « Comment pouvons-nous être sûrs que les femmes reçoivent ces soins en temps voulu ? »

PLAN D'ACTION
Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

- Déresse fœtale
- 2ème stade du travail prolongé
- Équipement de la mère
- Indicateurs pour éviter de pousser

Évaluer les critères

- Cof 10 cm
- Présentation céphalique
- Descente 0-2,5 / Station 0
- Position occipitale
- Contractions efficaces (3 à 70 min, durant au moins 40 secondes)
- Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
- Poids fœtal estimé 2-2500 g, mais <4000 g

Classer

Remplir les critères
Obtenir le consentement
Préparer la femme

Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

DCP (Dystocie mécanique)
Eviter avant la référence préopératoire

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

3 cm

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Créer le vide

Évaluer

Tirer seulement lors des contractions

Délivrer la tête

Soutenir la naissance

Rechercher les blessures et les complications

Surveiller de près

Continuer les soins

Ne pas faire d'opisthotisme de naissance

Arrêter la procédure si:
La cupule se détache 3 fois
OU
Pas de descente après 3 tractions
OU
Pas d'accouchement après 30 minutes
OU
Signes de traumatisme du cuir chevelu
Rechercher des soins avancés

Vérifier après chaque contraction:
ICP
Descente visible
Contractions
Statut du liquide
Application de la cupule
Humour de la femme

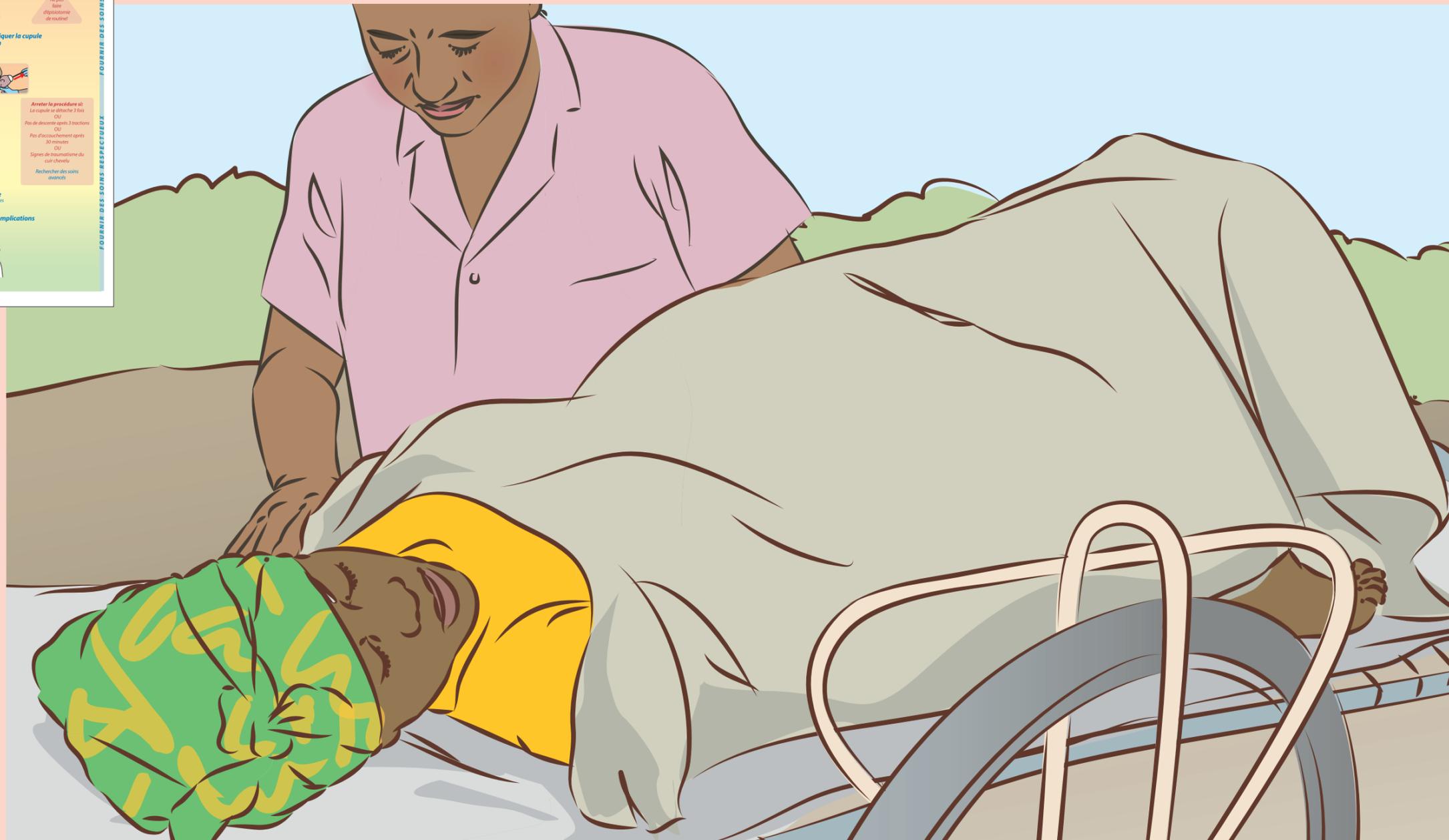
Vérifier après 30 minutes:
Poids
Brevet la cupule

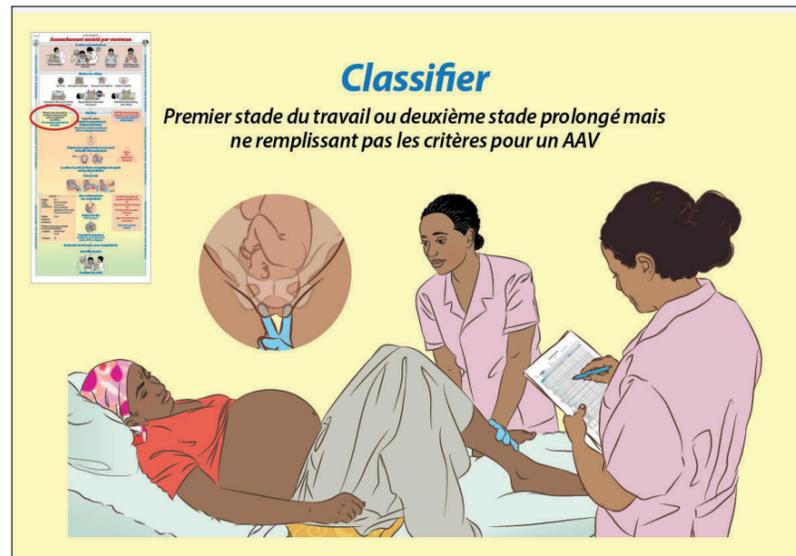
Vérifier si cela n'a pas été fait au cours des dernières 2 heures:
Température
Hémo
4 heures TR

PRÉVENIR LES INFECTIONS

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

Soins avant la référence / préopératoires





Expliquez

Si le col de l'utérus n'est pas complètement dilaté et qu'il n'y a pas de signes de DCP/ dystocie mécanique :

- Continuer à prodiguer des soins de qualité pendant le travail. Si le travail est prolongé, évaluer et prendre la cause en charge.
- S'assurer qu'elle a un accompagnant(e) de son choix à ses côtés.
- Aider l'accompagnant(e) de son choix à lui prodiguer des soins et à la réconforter.
- Veiller à ce qu'elle bénéficie d'un soulagement adéquat de la douleur.
- L'encourager à être aussi mobile et debout que possible, à manger et à boire comme elle le souhaite, et à vider la vessie.

Référez-vous à *AMS Travail prolongé et dystocie mécanique*.

Si le deuxième stade est prolongé, mais que les critères pour un AAV ne sont pas remplis, qu'il n'y a pas de signes de DCP ou de dystocie mécanique et qu'il n'y a pas de détresse fœtale, prendre en charge tout problème identifié :

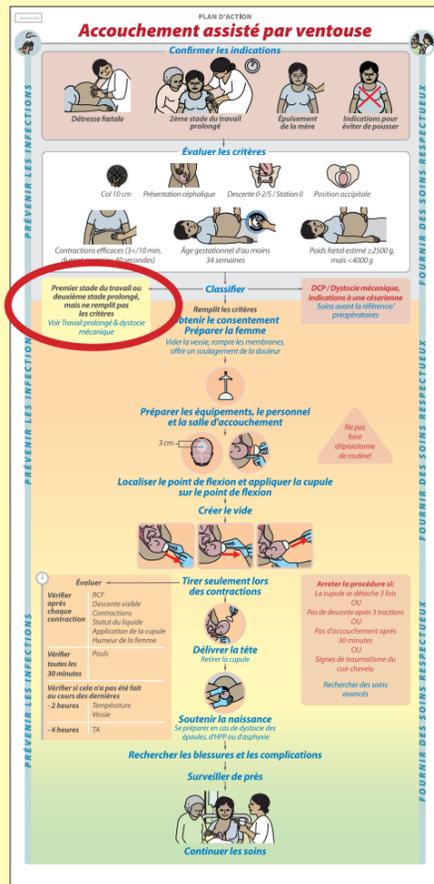
- Si la femme est anxieuse ou a du mal à faire face à la situation, lui apporter un soutien affectif et des encouragements.
- S'assurer que la femme a une personne de son choix avec elle et aider l'accompagnant(e) à soutenir et à réconforter la femme.
- Si les contractions utérines sont inefficaces, envisager de stimuler l'activité utérine avec l'ocytocine.
- Si la femme est couchée sur le dos, l'aider à se mettre dans la position de son choix ou l'encourager à changer de position.
- Si la femme est déshydratée, lui offrir des liquides.
- Si la femme présente des signes d'infection, donner des antibiotiques.
- Si la femme a la vessie pleine, aider la femme à aller aux toilettes. Ne poser une sonde urinaire que si elle est incapable d'uriner toute seule.

Reportez-vous à *AMS, Travail prolongé et dystocie mécanique*.

Pour toutes les femmes, continuer à surveiller le bien-être de la femme et du bébé ainsi que le déroulement du travail et réagir immédiatement en cas de problèmes.

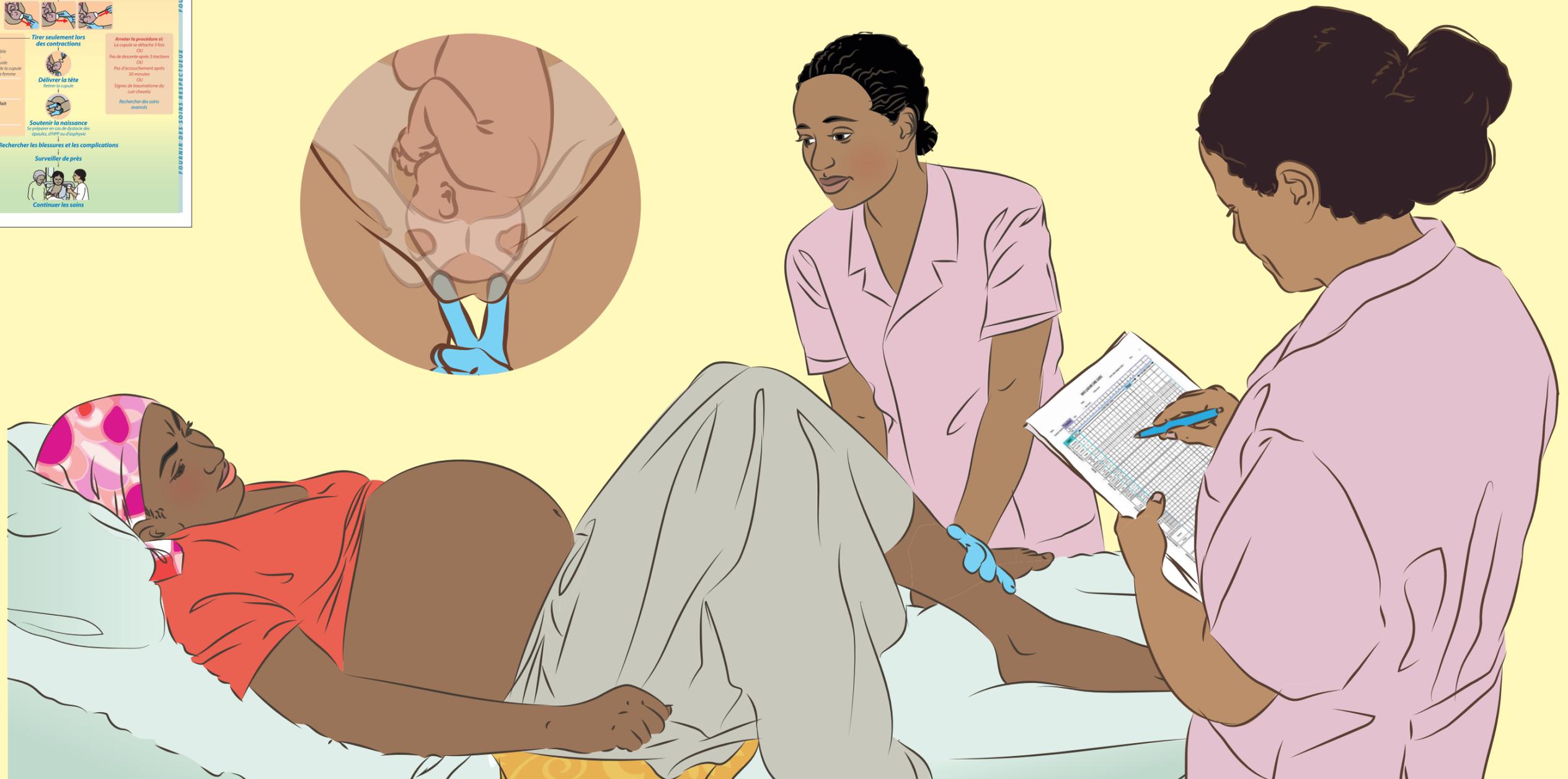
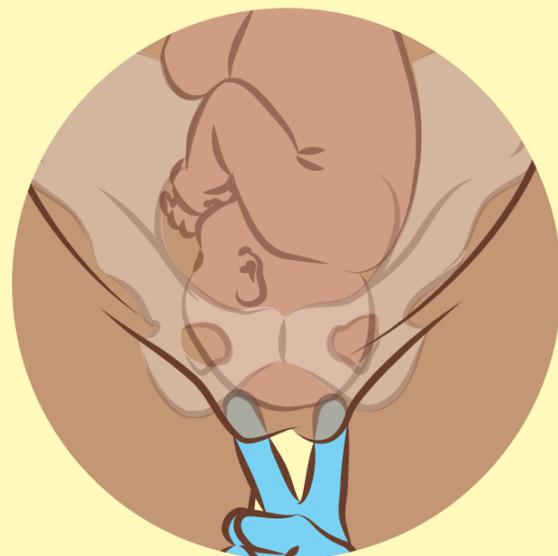
Discutez

1. Avez-vous déjà vu un cas où un prestataire de soins pensait qu'une femme présentait un deuxième stade prolongé, mais qu'après l'évaluation, le col de l'utérus n'était pas encore complètement dilaté ?
2. Quand encouragez-vous les femmes à commencer à pousser ? Attendez-vous généralement que la femme ait l'envie de pousser ?
3. Que pouvez-vous faire pour vous assurer qu'une femme peut se reposer pendant la phase de latence du deuxième stade et attendre son envie de pousser ?



Classifier

Premier stade du travail ou deuxième stade prolongé mais les critères pour un AAV ne sont pas remplis





Pratiquez

Passez en revue l'étude de cas suivante. Demandez aux apprenants de passer aux pages 6-7 du GP pour voir si elle remplit les critères pour un AAV ou présente des contre-indications à l'AAV.

Dites, « **Je m'appelle Mme N., et je reçois des soins dans votre établissement de santé. J'ai poussé pendant deux heures et je suis très fatiguée. J'ai eu un premier accouchement eutocique et ma DPA est dans 2 semaines. Le travail a commencé il y a 11 heures et je perds du liquide amniotique clair depuis 3 heures.** »

- TA : 132/68 mmHg
- Pouls : 88 bpm
- Température : 37,5°C
- Respirations : 16/min
- RCF : 164 bpm
- Contractions : 4/10 min, durant 50-60 sec.
- Présentation : céphalique
- Nombre de foetus : 1
- Poids estimé du foetus : 3000 g
- Descente : 1/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station +2 - la même qu'au début de la poussée
- Col de l'utérus : 10 cm
- Liquide : clair
- Position : occipitale antérieure droite
- Tête foetale : Pas de bosse sérosanguine et, modelage 1+

Débriefing

Demandez aux apprenants,

« **Les résultats sont-ils normaux ou pas ?** »

Non. Absence de descente depuis 2 heures, RCF ≥160 bpm.

« **Y a-t-il une indication pour un AAV ?** »

Oui, les indications pour l'AAV sont l'absence de descente pendant 2 heures, un RCF ≥160 et l'épuisement maternel.

« **Y a-t-il des contre-indications ? Utilisons la liste de vérification de la page 7.** »

Demandez aux prestataires de confirmer chaque élément de la liste de vérification. Aucune contre-indication à l'AAV.

« **Remplit-elle les critères pour un AAV ou pas ? Pourquoi ou pourquoi pas ?** »

Comme il n'y a pas de contre-indications à l'AAV, elle remplit les critères de l'AAV.

« **Que ferez-vous ensuite ?** »

Dites à Mme N que le bébé ne descend pas, que le rythme cardiaque foetal est rapide et que vous recommandez d'utiliser une ventouse pour l'aider à accoucher.

Rassurez-la, répondez à toutes les questions qu'elle ou son accompagnant(e) peuvent se poser, et obtenez son consentement.

PLAN D'ACTION
Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

Déresse fœtale, 2ème stade du travail prolongé, Équateur de la mère, Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

Col 10 cm, Présentation céphalique, Descente 0-2/5 / Station 0, Position occipitale

Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes), Âge gestationnel d'au moins 34 semaines, Poids fœtal estimé ≥ 2500 g, mais ≤ 4000 g

Classier (encadré rouge)

Remplir les critères

Préparer la femme

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Créer le vide

Tirer seulement lors des contractions

Délivrer la tête

Soutenir la naissance

Rechercher les blessures et les complications

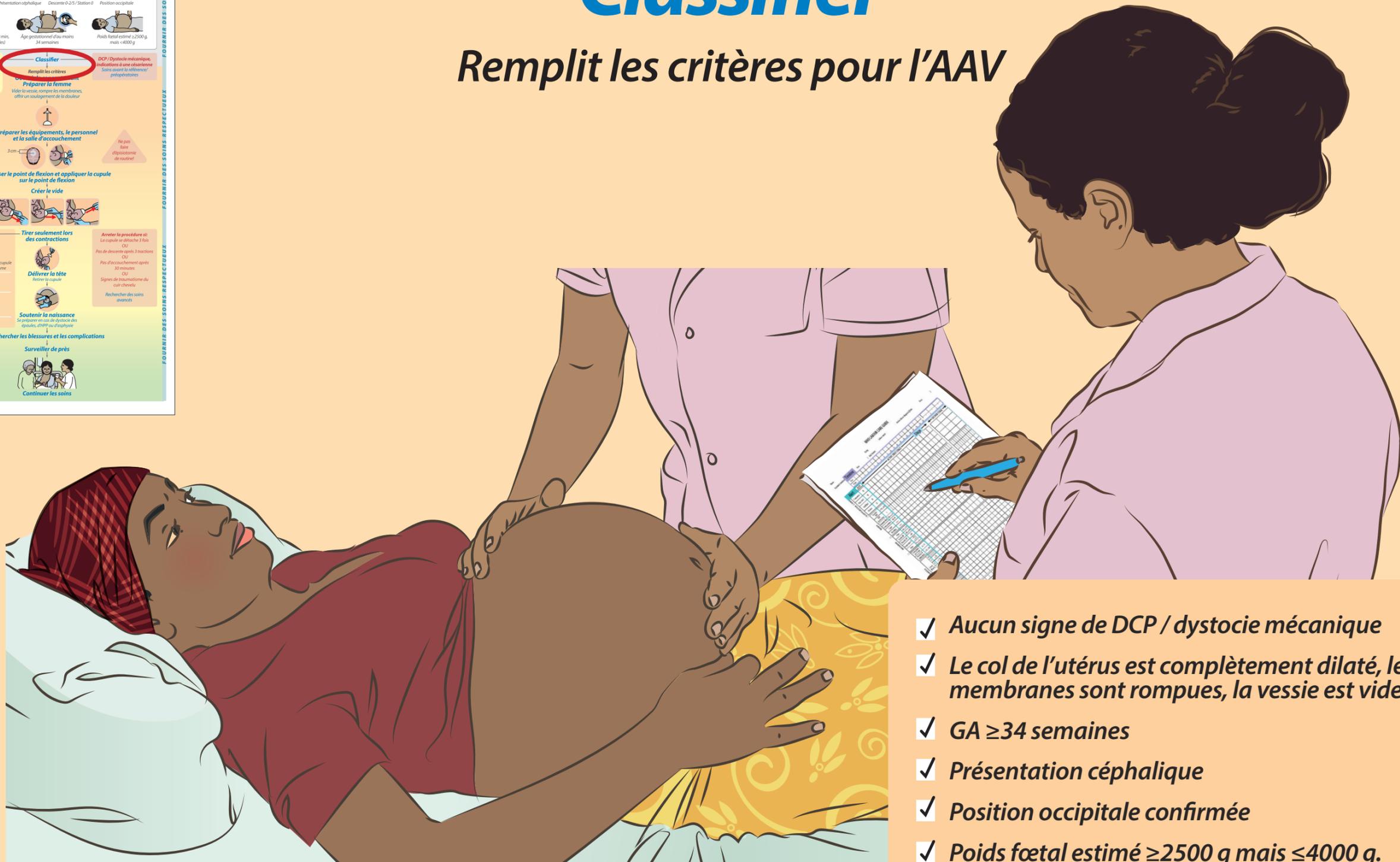
Surveiller de près

Continuer les soins

PREVENIR LES INFECTIONS, FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

Classifier

Remplit les critères pour l'AAV



- ✓ **Aucun signe de DCP / dystocie mécanique**
- ✓ **Le col de l'utérus est complètement dilaté, les membranes sont rompues, la vessie est vide**
- ✓ **GA ≥ 34 semaines**
- ✓ **Présentation céphalique**
- ✓ **Position occipitale confirmée**
- ✓ **Poids fœtal estimé ≥ 2500 g mais ≤ 4000 g.**
- ✓ **Tête engagée (descente 2/5 - 0/5 / Station 0 - +4)**



Expliquez

Si une femme présente une indication pour un AAV, qu'elle remplit les critères et qu'elle ne présente aucune contre-indication :

- Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) les résultats et ses options de soins.
- Faire un counseling pour obtenir un consentement éclairé pour l'AAV.

L'utilisation correcte de la ventouse dans les bons cas peut sauver la vie, mais les ventouses obstétricales peuvent aussi causer des traumatismes. Il est essentiel qu'une femme donne son consentement éclairé avant de procéder.

La femme doit être informée de tous les résultats de son cas et doit montrer qu'elle comprend.

Si un AAV est nécessaire, obtenir rapidement le consentement éclairé oral ou écrit de la femme.

Informez la femme et l'accompagnant(e) :

- Des indications : **n'incluez QUE les indications qui s'appliquent à cet accouchement/cette femme**
- Des avantages de l'accouchement assisté par la ventouse.
- Des risques potentiels pour la femme et le bébé. Expliquez que des risques sont faibles et la plupart sont évitables lorsque le praticien est expérimenté et que la femme remplit les critères pour un AAV.
- Des alternatives à l'accouchement assisté par la ventouse.
- De ce à quoi il faut s'attendre pendant l'accouchement assisté par la ventouse.
- Qu'elle recevra une dose unique d'antibiotiques par voie IV (amoxicilline 1 g et acide clavulanique 200 mg ou protocole local) juste après la naissance de son bébé pour aider à prévenir les infections.

Après avoir expliqué ce qui se passe et ce qui est recommandé, demandez si la femme et l'accompagnant(e) ont des questions.

Confirmez que la femme donne son consentement.

Démontrez

Passez en revue le formulaire de consentement de la page 19 du GP et faites une démonstration rapide de l'obtention du consentement éclairé à l'aide d'un volontaire. Utilisez le cas de Mme N. de la page 12b. **N'oubliez pas d'inclure uniquement les indications relatives au cas de Mme N lors de l'obtention du consentement: Absence de descente depuis 2 heures, RCF ≥ 160 bpm et épuisement maternel.**

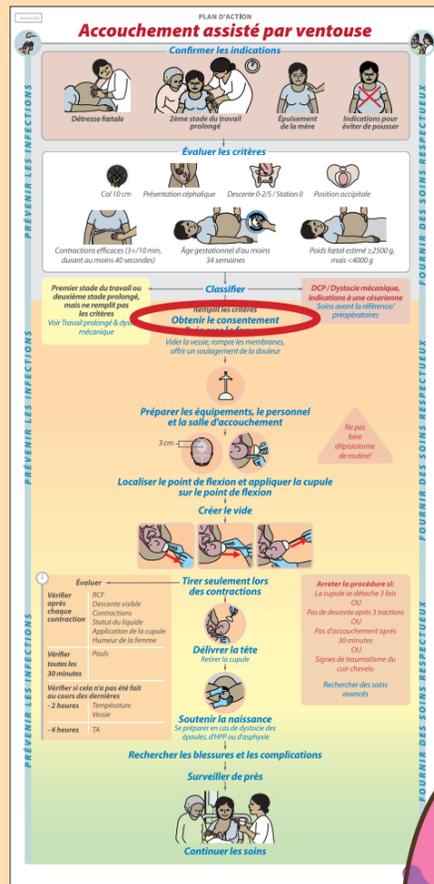
Pratiquez

Répartissez les apprenants en binômes pour qu'ils s'exercent à obtenir le consentement éclairé pour l'AAV.

Une personne sera le « prestataire » et l'autre sera la « femme ». Demandez aux apprenants de changer les rôles et de répéter l'exercice. Circulez parmi les groupes et offrez un feedback de soutien si nécessaire.

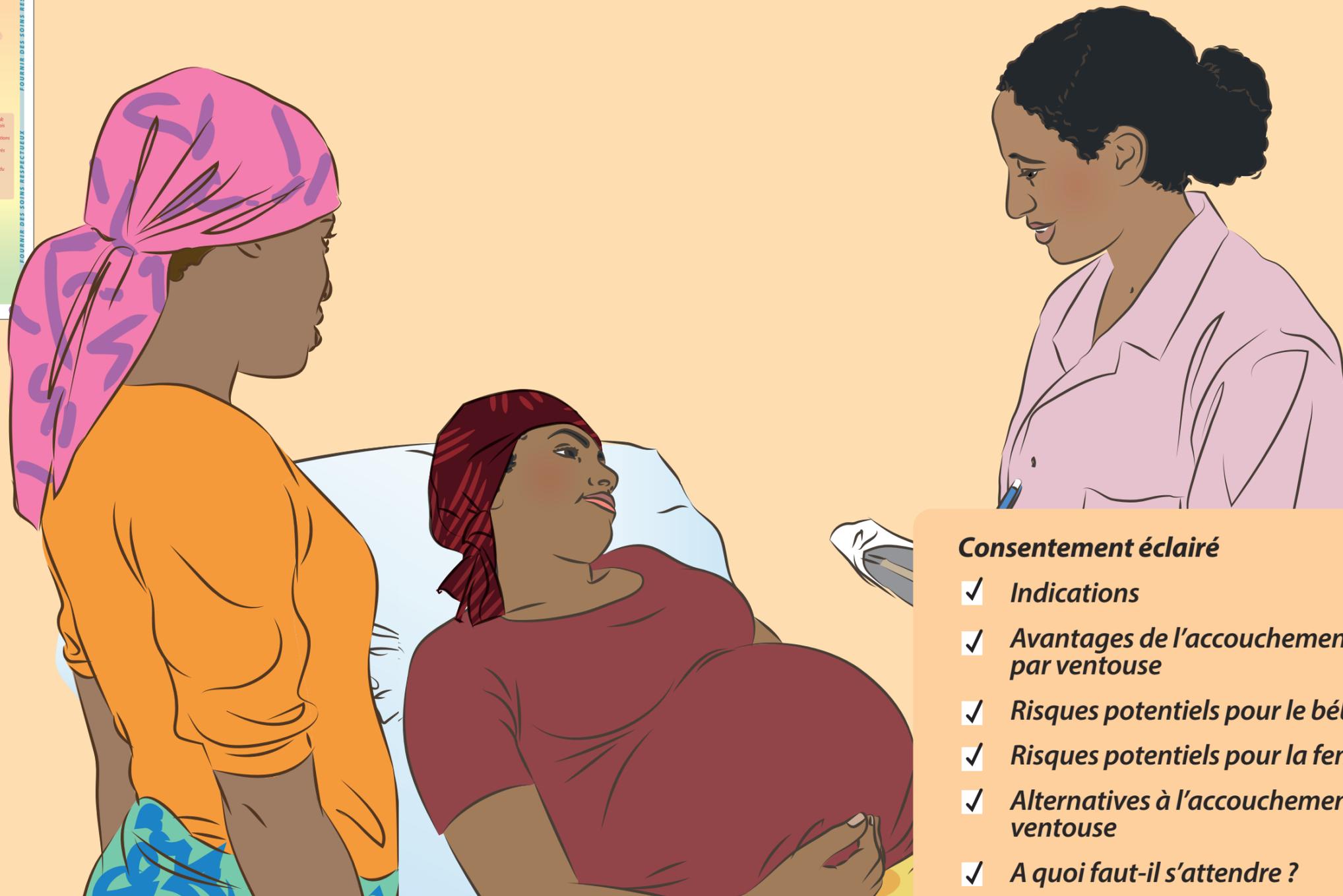
Facilitez un débriefing en demandant :

- **Qu'avez-vous fait correctement ?**
- **Y a-t-il quelque chose que vous avez oublié de faire ?**
- **Qu'est-ce qui a été difficile à faire ou à retenir ?**
- **Comment pouvons-nous nous aider mutuellement à nous souvenir ?**



Si la femme présente des indications et remplit les critères pour un AAV

Obtenir le consentement



Consentement éclairé

- ✓ Indications
- ✓ Avantages de l'accouchement assisté par ventouse
- ✓ Risques potentiels pour le bébé
- ✓ Risques potentiels pour la femme
- ✓ Alternatives à l'accouchement par ventouse
- ✓ A quoi faut-il s'attendre ?



Expliquez

Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) comment fonctionne la ventouse et ce à quoi elle doit s'attendre. Préparer la femme à la naissance. Elle peut être anxieuse et aura besoin d'un soutien émotionnel et de compréhension.

Ensuite :

- S'assurer que la femme a la vessie vide pour réduire le risque de traumatisme. Ne poser une sonde urinaire que si elle ne peut pas uriner toute seule.
- Si les membranes ne sont pas encore rompues, rompre les membranes avec un instrument stérile entre les contractions.
- Dire à la femme qu'elle sera informée du déroulement pendant l'intervention.
- Dire à la femme que l'on va lui demander de :
 - Pousser à chaque contraction pendant que le prestataire exerce une traction.

- Haleter ou de ne donner que de petites poussées avec les contractions au fur et à mesure que la tête du bébé sort.
- Ne pas pousser une fois que la tête du bébé est sortie.
- **Ne pas oublier de prendre en charge la déshydratation, l'infection ou la détresse fœtale si celles-ci sont présentes en plus de l'assistance à l'accouchement par ventouse obstétricale. En cas de détresse fœtale, ne pas retarder l'AAV pour tenter de prendre en charge la déshydratation ou l'infection.**

Fournir des soins de soutien pour préparer la femme à l'AAV :

- Continuer à surveiller la femme, le fœtus et le déroulement du travail.
- Maintenir la femme bien hydratée.
- Assurer la gestion de la douleur si nécessaire.
- Aider la femme à se mettre dans la position d'accouchement de son choix. L'AAV se fait souvent avec la femme en position de semi-fowler (position assise, la tête du lit étant à 30-90 degrés au-dessus du plan horizontal) pour assurer une traction optimale. **Cependant, si le prestataire est à l'aise et compétent, la femme peut adopter la position de son choix.** La position de lithotomie de routine n'est pas nécessaire.

Vérification des connaissances

Comment prendre en charge la détresse fœtale lors d'un AAV ?

- Veiller à ce qu'elle ne soit pas à plat sur le dos. Placer un oreiller ou une serviette roulée sous sa hanche droite pour l'incliner.
- Arrêter l'ocytocine si elle est administrée.
- Administrer de l'oxygène de 4 à 6 litres.
- Administrer des liquides par la bouche ou par voie intraveineuse.

Que ferez-vous si elle est déshydratée ?

- L'encourager à boire des liquides pendant la poussée.
- Vérifier qu'elle ne présente pas de signes d'infection.
- Tester l'urine pour l'acétone. Si l'acétone dans l'urine est ++ ou plus, encourager la femme à boire des liquides sucrés.
- Traiter avec des liquides IV : 500 ml sur 30 minutes.
- Évaluer la TA, le pouls et les signes de déshydratation après chaque bolus ; ne pas donner plus de 4 bolus - 2L.
- Une fois que l'état de la femme s'améliore (augmentation de la tension artérielle, diminution du pouls), ajuster le taux de perfusion de liquides IV à 1 L en 6-8 heures.

Quels antibiotiques donnez-vous à la femme qui accouche par ventouse si elle présente des signes d'infection tels que température >38 °C, leucorrhées nauséabondes, sensibilité utérine ?

- ampicilline 2 g IV toutes les six heures PLUS
- gentamicine 5 mg/kg de poids corporel IV toutes les 24 heures.

Si le consentement est donné Préparer la femme

Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

- Déresse fœtale
- 2ème stade du travail prolongé
- Équipement de la mère
- Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

- Cof 10 cm
- Présentation céphalique
- Descente 0-2,5 / Station 0
- Position occipitale
- Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes)
- Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
- Poids fœtal estimé < 2500 g, mais < 4000 g

Classer

Remplir les critères

Préparer la femme

Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Créer le vide

Tirer seulement lors des contractions

Délivrer la tête

Soutenir la naissance

Rechercher les blessures et les complications

Surveiller de près

Continuer les soins

Arrêter la procédure si:

- La cupule se détache 3 fois
- Pas de descente après 3 tractions
- Pas d'accouchement après 30 minutes
- Signes de traumatisme du cuir cheville

Ne pas:

- Surexploiter le matériel

Évaluer

- ICP
- Descente visible
- Contractions
- Statut du liquide
- Application de la cupule
- Humeur de la femme

Vérifier après chaque contraction

- Poids
- entre les 30 minutes

Vérifier si cela n'a pas été fait au cours des dernières

- 2 heures: Température
- 4 heures: TA

DCP: Dystocie mécanique, indications à une épisiotomie

Saigns avant la référence/protégatoires

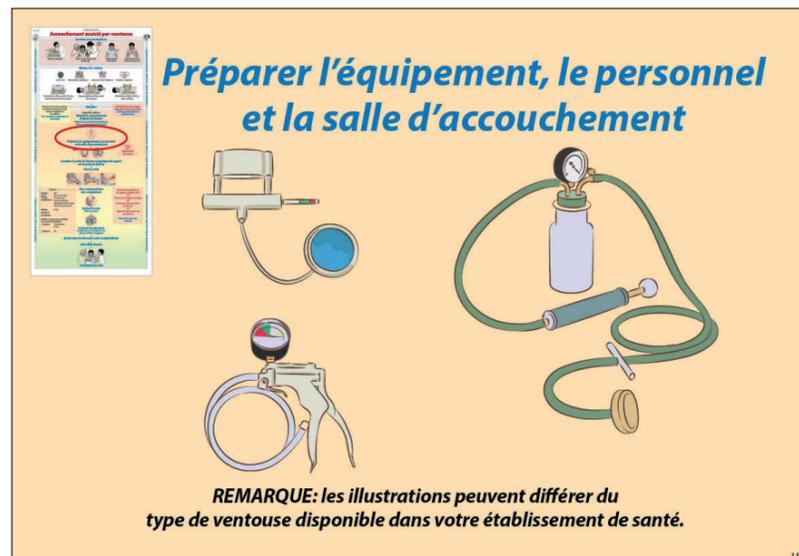
Ne pas: Saire épisiotomie de routine

Rechercher des soins avancés

Prévenir les infections

Fournir des soins respectueux





Expliquez

Remarque à l'intention du facilitateur :

Veillez à utiliser le mode d'emploi du type de ventouse dont dispose l'établissement de santé.

Demandez aux apprenants de se référer à la liste de contrôle de sécurité pour l'AAV à la page 22 du GP.

Une fois que la décision d'un AAV a été prise et que la femme a donné son consentement :

- Préparer et vérifier l'équipement pour l'AAV en utilisant le mode d'emploi du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé. S'assurer d'avoir une cupule propre et tester la pompe à vide en mettant la cupule contre la paume d'une main gantée.
- Préparer et vérifier l'équipement pour la réanimation du nouveau-né.
- Vérifier que le kit d'HPP est disponible et complet.

- Préparer une dose unique d'amoxicilline (1 g) et d'acide clavulanique (200 mg) à administrer par voie intraveineuse dès que possible après l'accouchement et au plus tard 6 heures après l'accouchement. Lorsque cette association n'est pas disponible, suivre les recommandations locales pour les antibiotiques prophylactiques.
- Appeler les assistants :
 - Un assistant pour aider à surveiller et à prendre soin de la femme pendant l'intervention et en cas de dystocie des épaules ou d'autres problèmes.
 - Un deuxième assistant pour s'occuper du bébé et le réanimer si nécessaire.
- Appeler le bloc opératoire et leur dire de se préparer au cas où l'intervention échouerait.
- Si l'établissement de santé n'est pas doté d'une salle d'opération en raison des normes locales autorisant l'AAV dans les établissements de santé ne pouvant pas réaliser de césariennes, activer le plan de transport.
- Attribuer des rôles à tous les assistants en les désignant par leur nom.
- Se laver les mains et mettre un tablier, un écran facial ou des lunettes de protection, un masque et tout autre équipement pour l'accouchement, le cas échéant.

Démontrez

- Demandez aux apprenants de se référer au mode d'emploi du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé.
- Demandez à un apprenant de lire chaque étape, puis de démontrer les étapes de préparation de la ventouse et de test de la pompe à vide.

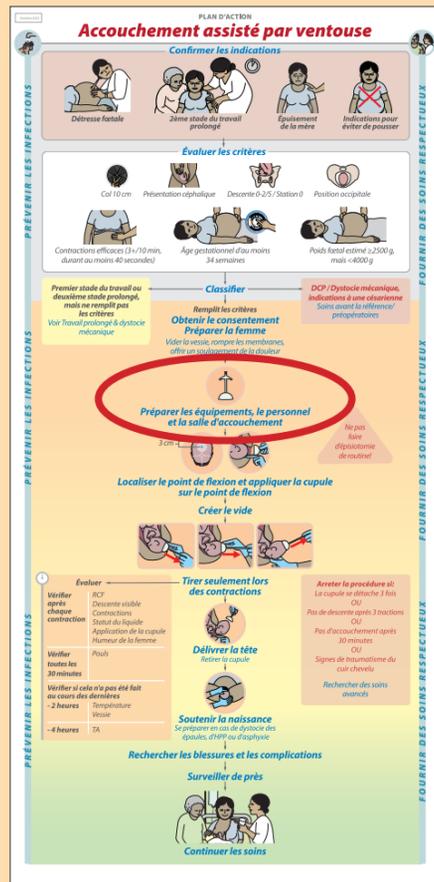
Pratiquez

Pendant que tous les apprenants observent, demandez à deux apprenants de travailler ensemble pour démontrer la préparation de la ventouse. Demandez à l'un de lire les étapes pendant que l'autre les exécute. Donnez un feedback si nécessaire.

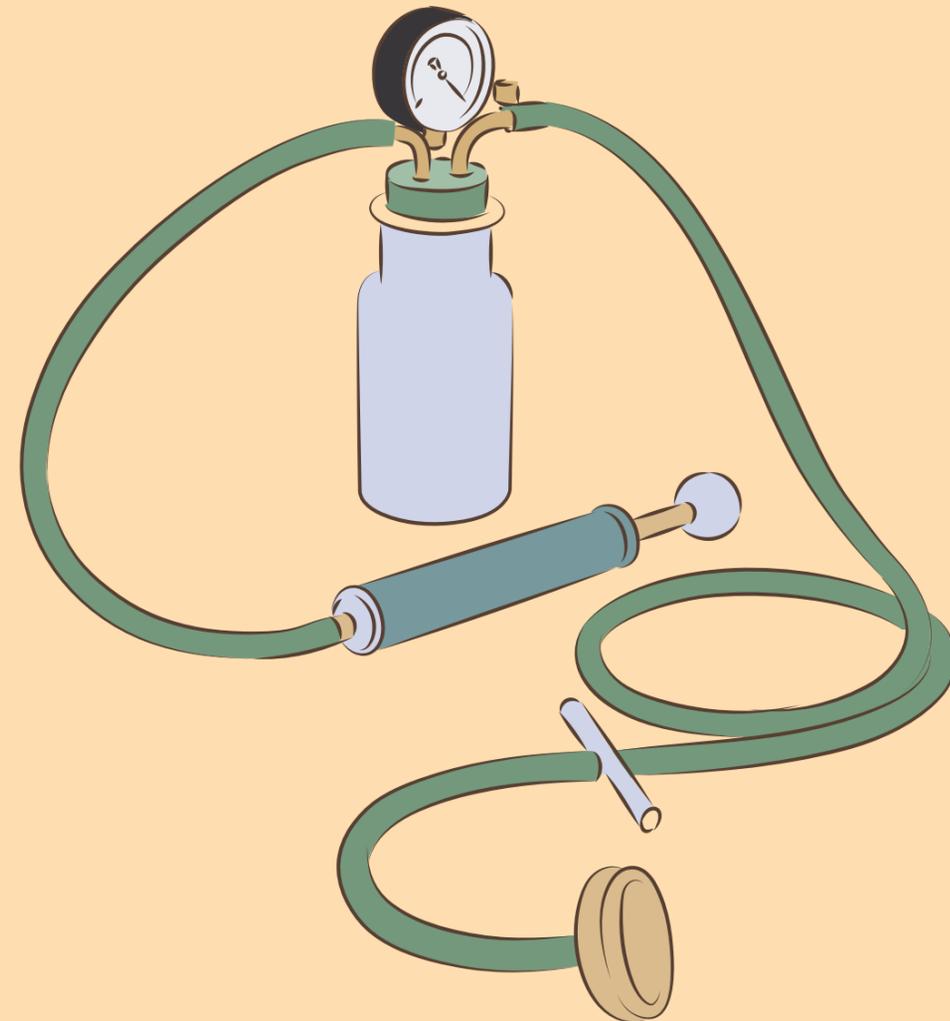
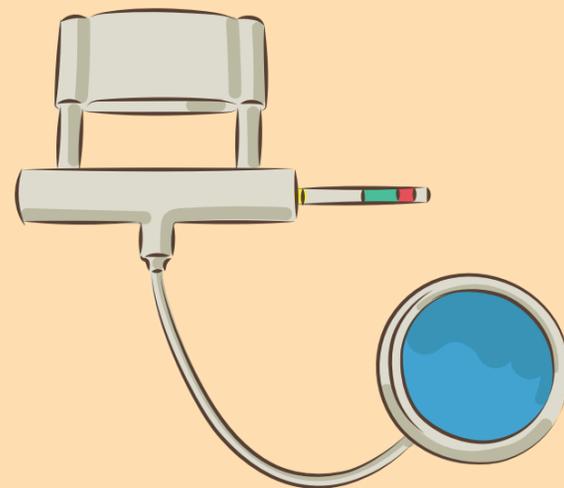
Vérification des connaissances

Quels assistants appellerez-vous une fois que vous aurez pris la décision de pratiquer un AAV ?

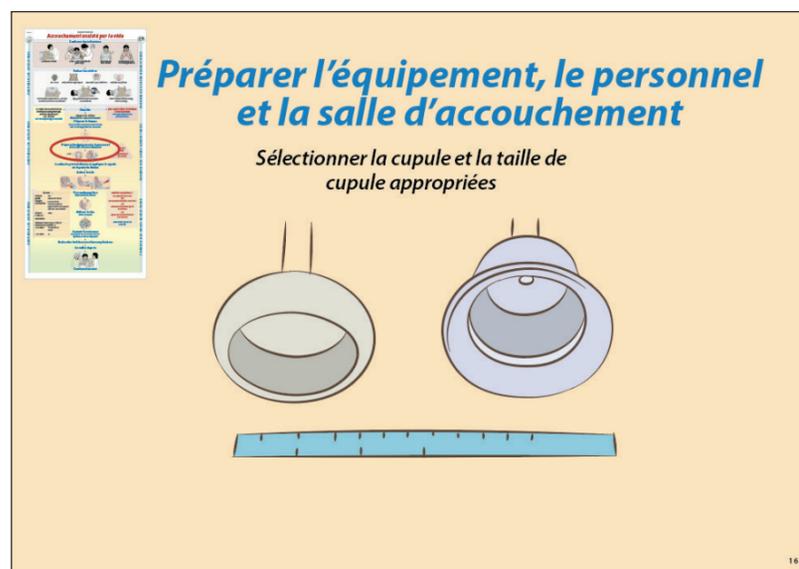
- Un assistant pour surveiller la femme et le fœtus, apporter un soutien émotionnel à la femme et vous aider en cas de dystocie des épaules.
- Assistant pour s'occuper du bébé.



Préparer l'équipement, le personnel et la salle d'accouchement



REMARQUE : les illustrations peuvent différer du type de ventouse disponible dans votre établissement de santé.



Expliquez

Il n'y a pas de meilleure cupule. Dans la plupart des cas, on est limité au type de cupules disponibles dans l'établissement de santé.

- **Les cupules souples** sont flexibles et généralement en forme de cloche. Elles conviennent le mieux aux cas où le bébé est en positions occipitales antérieures simples et où une traction moindre est nécessaire. Elles sont moins susceptibles de causer des lésions du cuir chevelu que les cupules rigides, mais elles sont plus sujettes aux défaillances.
- **Les cupules rigides** sont en plastique dur ou en métal et sont généralement en forme de champignon. Elles sont idéales pour les positions occipitales postérieures, occipitales transversales et occipitales antérieures difficiles. Toutes les cupules rigides sont plus susceptibles de causer des blessures au cuir chevelu,

mais sont moins sujettes à l'échec ; ceci est particulièrement vrai pour les cupules en métal.

Si plusieurs types de cupules sont disponibles dans l'établissement de santé, choisir le type de cupule en fonction de la position de la tête du bébé :

- Position occipitale antérieure : souple
- Rotation $>45^\circ$ par rapport à la position occipitale antérieure : Rigide
- Position occipitale transversale : Rigide
- Position occipitale postérieure : Rigide

Si un seul type de cupule est disponible, utiliser celle qui est disponible mais savoir que l'AAV risque davantage d'échouer ou de causer des blessures si la cupule la plus appropriée n'est pas utilisée.

Remarque : pour la position occipitale postérieure, le point de flexion est postérieur ! S'assurer de trouver le véritable point de flexion. Une mauvaise application de la cupule sur la fontanelle antérieure augmente le risque d'hématome sous-galéal !

Utiliser la cupule la plus large possible qui convienne. Les tailles varient quelque peu d'un fabricant à l'autre, mais toute taille de cupule standard peut être utilisée si les critères d'un AAV sont remplis.

La taille de la cupule affecte la force globale appliquée puisque: Force = (surface sous la cupule) x (aspiration)

Démontrez

Faites circuler les différentes cupules disponibles dans l'établissement et donnez aux apprenants le temps de les toucher et de les examiner.

Vérification des connaissances

Quel type de cupule utiliserez-vous si la tête du bébé est en position occipitale postérieure ?
Rigide

Quel type de cupule utiliserez-vous si la tête du bébé est en position occipitale antérieure ?
Souple

Quelles sont les conditions préalables à l'accouchement assisté par ventouse pour le fœtus ?
 ≥ 34 semaines de gestation, au moins 2500 gm et pas plus de 4000 gm, présentation céphalique / du sommet, position occipitale.

Si vous avez plusieurs tailles de cupules, quelle taille allez-vous utiliser ?
La plus grande qui puisse convenir.

Comment allez-vous identifier l'asynclitisme ?
Le centre de la tête n'est pas au milieu du bassin lorsque le col de l'utérus est ≥ 5 cm dilaté. Le col de l'utérus peut être plus épais d'un côté et plus fin de l'autre côté.

Démonstration vidéo

Si elle est disponible, montrez la vidéo sur l'accouchement assisté par ventouse. Si la vidéo n'est pas disponible, passez à la page suivante.

Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

- Déresse fœtale
- 3ème stade du travail prolongé
- Équipement de la mère
- Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

- Cof 10 cm
- Présentation céphalique
- Descente 0-2,5 / Station 0
- Position occipitale
- Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes)
- Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
- Poids fœtal estimé < 2500 g, mais < 4000 g

Classer

Remplir les critères

Obtenir le consentement

Préparer la femme

Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Créer le vide

Tirer seulement lors des contractions

Délivrer la tête

Soutenir la naissance

Rechercher les blessures et les complications

Surveiller de près

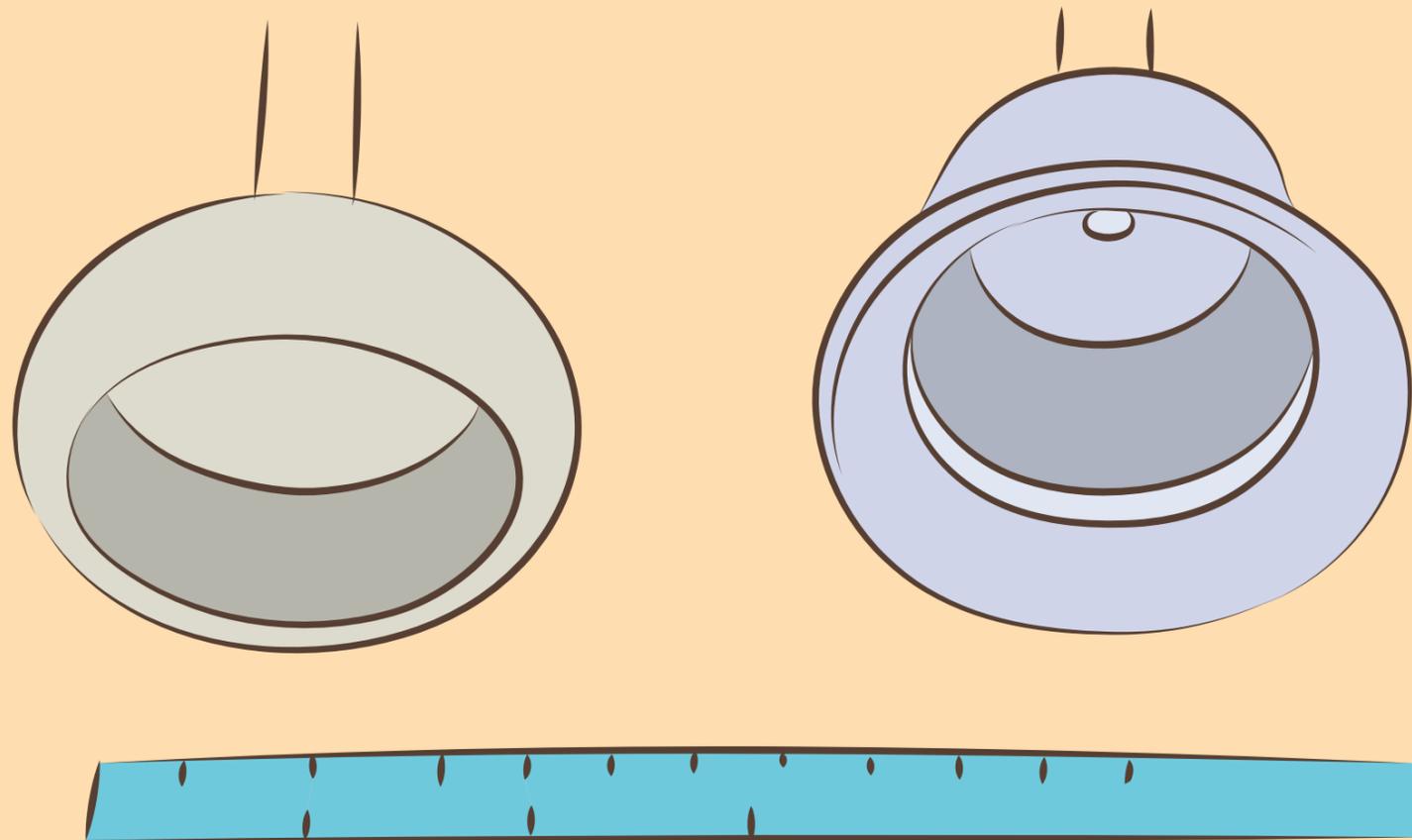
Continuer les soins

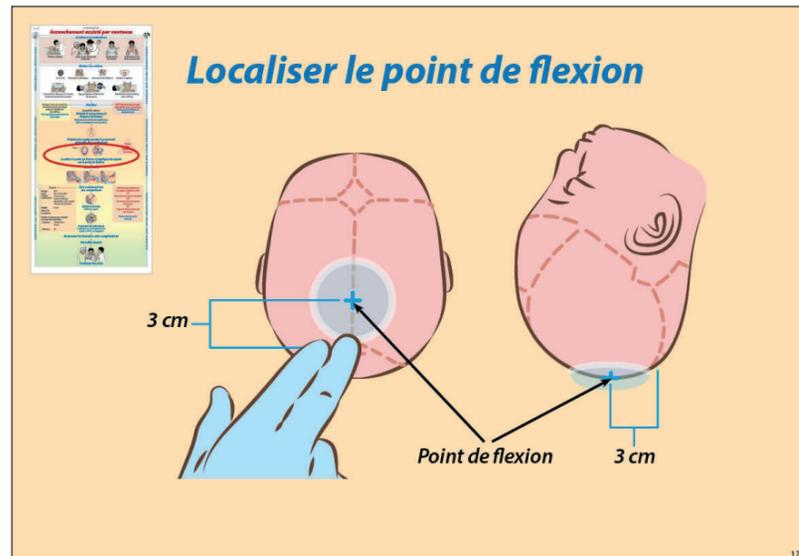
Prévenir les infections

Fournir des soins respectueux

Préparer l'équipement, le personnel et la salle d'accouchement

Sélectionner le bon type et la bonne taille de cupule





Expliquez

Pour que le diamètre le plus large de la tête fœtale puisse passer à travers le bassin, la flexion et la rotation de la tête fœtale sont essentielles. Il y a un endroit sur la tête fœtale qui, lorsqu'une traction y est appliquée, aide à maintenir le menton sur la poitrine et la tête fléchie. Cet endroit s'appelle le point de flexion. Le placement de la cupule sur le point de flexion favorise la flexion, la descente et l'autorotation avec la traction.

Rappel :

- Dire à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui va se passer, écouter attentivement et répondre à leurs questions.
- Offrir un soutien émotionnel et un réconfort continus.

Démonstration #1 : Point de flexion

En utilisant un simulateur de nouveau-né à l'extérieur du simulateur d'accouchement, pointez sur chacun des repères de la tête fœtale : fontanelles antérieures et postérieures, et suture sagittale.

- *Montrer l'emplacement du point de flexion à 3 cm en avant de la fontanelle postérieure.*
- *Placer le centre de la cupule sur le point de flexion et montrer aux apprenants la suture sagittale sur la ligne médiane. Le bord de la cupule doit être à environ 1 cm en avant de la fontanelle postérieure.*

Démonstration #2 : Distance d'insertion de la cupule

Demandez à un apprenant de porter le simulateur de naissance avec le simulateur de nouveau-né en position occipitale antérieure et montrez-lui comment trouver le point de flexion et mesurer la distance d'insertion de la cupule. Décrivez à haute voix ce que vous faites à chaque étape :

- Dire à la femme ce qui sera fait.
- Se laver les mains et mettre des gants stériles.
- Nettoyer la vulve avec une solution antiseptique.

- Évaluer la position de la tête fœtale en palpant la ligne de suture sagittale et les fontanelles.
- Identifier la fontanelle postérieure.
- Localiser le point de flexion : Déplacer le doigt à partir de la fontanelle postérieure, sur une distance d'environ 3 cm ou 1 pouce sur le long de la suture sagittale, vers la fontanelle antérieure.
- Calculer la distance d'insertion de la cupule :
 - Avec le doigt sur le point de flexion et la paume vers le haut, remarquez où le dos du doigt entre en contact avec le périnée. Cela déterminera la distance à laquelle la cupule doit être insérée.
 - Avec le doigt d'examen sur le point de flexion, utiliser la main opposée pour marquer l'endroit où le dos du doigt d'examen entre en contact avec le périnée.
 - Maintenir cette marque lorsque le doigt d'examen est retiré et utiliser les marques de distance de la cupule pour mesurer la distance d'insertion de la cupule entre le périnée et le point de flexion.

Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

- Déresse fœtale
- 2ème stade du travail prolongé
- Équipement de la mère
- Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

- Cof 10 cm
- Présentation céphalique
- Descente 0-2,5 / Station 0
- Position occipitale
- Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes)
- Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
- Poids fœtal estimé 1200g, mais <4000g

Classer

Premier stade du travail ou deuxième stade prolongé, mais ne remplit pas les critères
Voir Travail prolongé & dystocie mécanique

Remplir les critères
Obtenir le consentement
Préparer la femme
Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

DCP (Dystocie mécanique, indications à une élastine)
Saisir avant la référence/ préparatoire

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Tirer seulement lors des contractions

Délivrer la tête
Retirer la cupule

Soutenir la naissance
Surveiller en cas de dystocie des épaules, épaule ou dystocie

Rechercher les blessures et les complications
Surveiller de près

Continuer les soins

Évaluer

- ICP
- Descente visible
- Contractions
- Statut du liquide
- Application de la cupule
- Humeur de la femme
- Poids

Arrêter la procédure si:

- La cupule se détache 3 fois
- OU
- Pas de descente après 3 tractions
- OU
- Pas d'accouchement après 30 minutes
- OU
- Signes de traumatisme du cuir cheville

Rechercher des soins avancés

Surveiller si cela n'a pas été fait au cours des dernières 2 heures

- Température
- Hémo

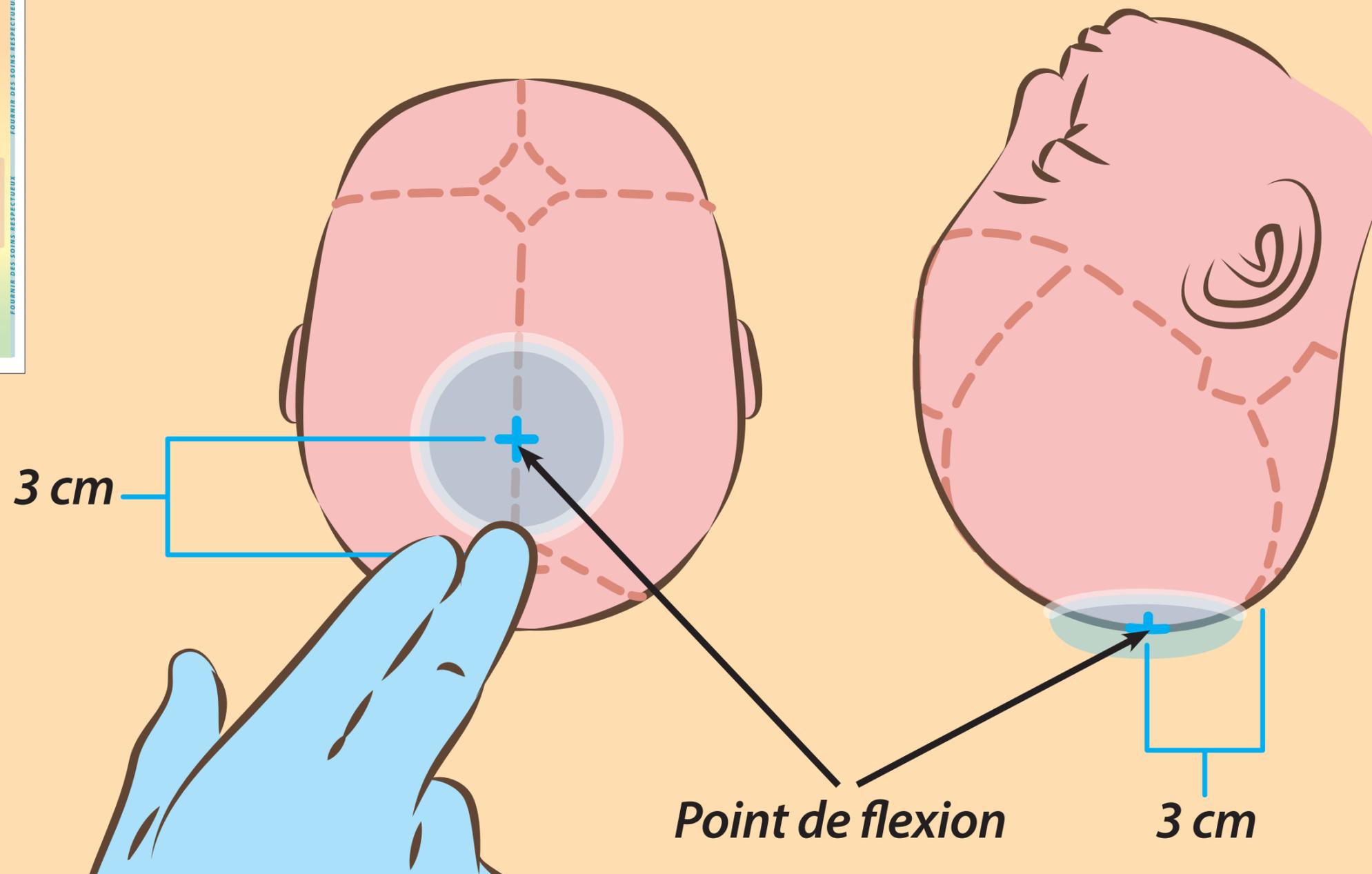
Surveiller si cela n'a pas été fait au cours des dernières 4 heures

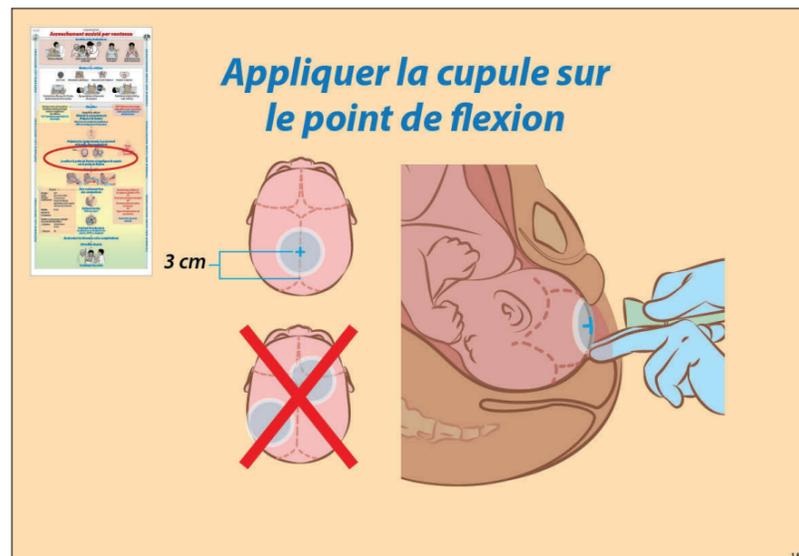
- TR

Prévenir les infections

Fournir des soins respectueux

Localiser le point de flexion





Expliquez

Le placement correct de la cupule sur le point de flexion est essentiel pour la réussite de l'AAV. Un placement incorrect, tel que sur le côté de la suture sagittale ou plus près de la fontanelle antérieure peut entraîner un asynclitisme, une déflexion et le détachement de la cupule. Cela augmente le risque de traumatisme de la tête fœtale.

- **Ne PAS pratiquer** systématiquement une épisiotomie. N'envisager l'épisiotomie que si le périnée interfère avec l'axe de traction.
- Insérer la cupule jusqu'à la marque de distance mesurée et la placer sur le point de flexion.
- Après avoir placé la cupule sur le point de flexion, passer un doigt de l'autre main autour de la cupule pour vous assurer qu'aucun tissu vaginal n'est coincé entre la cupule et le cuir chevelu. Si des tissus vaginaux sont

coincés sous la cupule, cela peut causer un traumatisme et provoquer le détachement de la cupule.

- S'assurer que la femme a vidé la vessie et que les membranes sont rompues avant d'appliquer la cupule.

Démontrez

Retirez la « peau » abdominale du simulateur.

Placez le simulateur de nouveau-né en position OA dans le simulateur d'accouchement et demandez à un volontaire de le porter. Cela vous aidera à montrer aux apprenants comment le placement de la cupule sur le point de flexion maintient la tête fléchie pendant la démonstration :

- Placez la cupule correctement sur le point de flexion, maintenez la cupule en place et passez un doigt de l'autre main autour de la cupule pour vous assurer qu'aucun tissu vaginal n'est coincé entre la cupule et le cuir chevelu. Ensuite, créez le vide (vous l'expliquerez à la page suivante). La traction doit être appliquée de manière régulière et à angle droit par rapport au plan de la cupule.
Montrez aux apprenants comment cela permet de maintenir la tête fléchie.
- Ensuite, placez la cupule sur le côté de la fontanelle antérieure, créez le vide et tirez vers le dos de la femme.
Montrez aux apprenants comment cela peut provoquer une déflexion ou un asynclitisme.

Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

Évaluer les critères

Classer

Obtenir le consentement

Préparer la femme

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Tirer seulement lors des contractions

Délivrer la tête

Soutenir la naissance

Rechercher les blessures et les complications

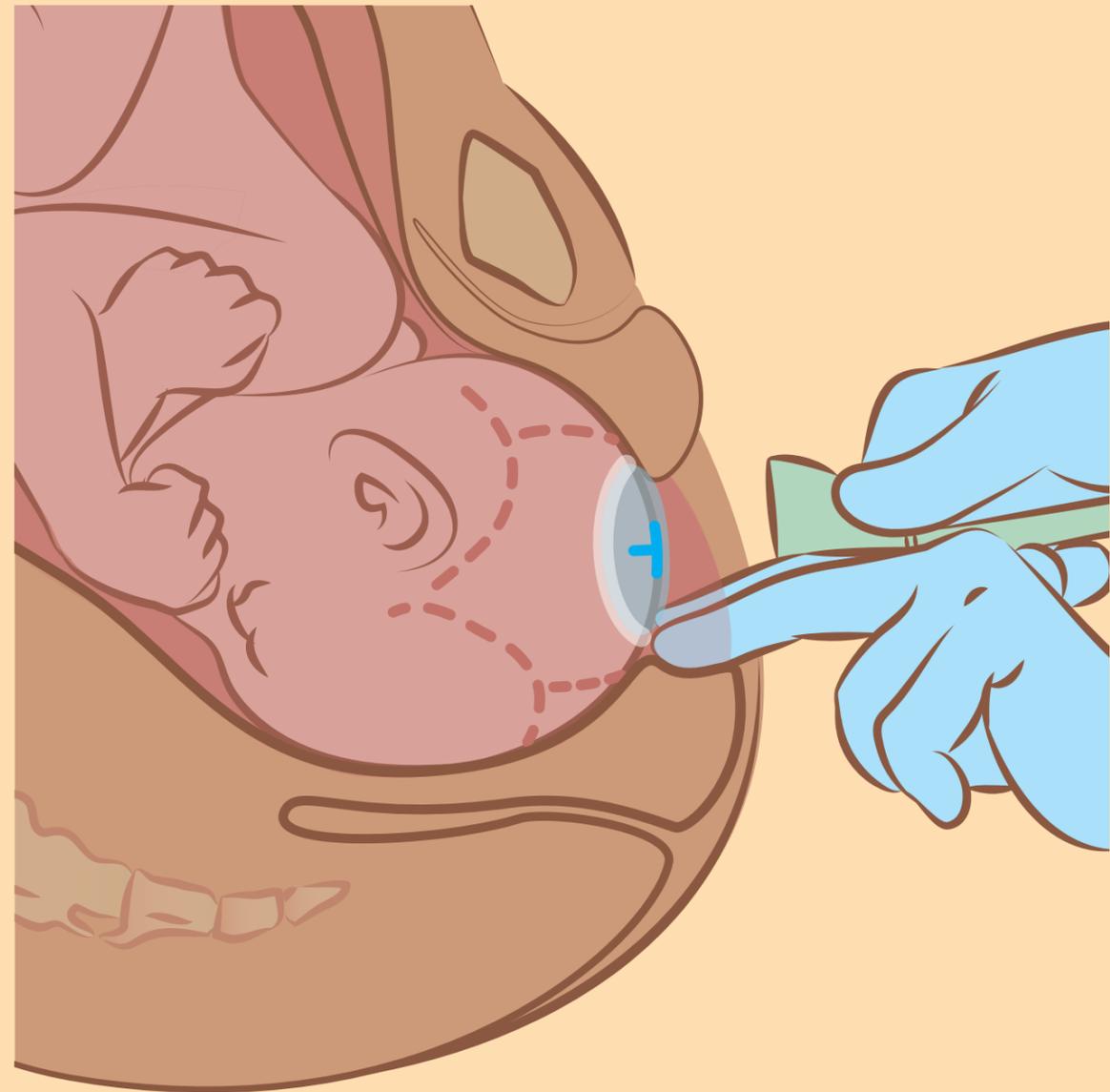
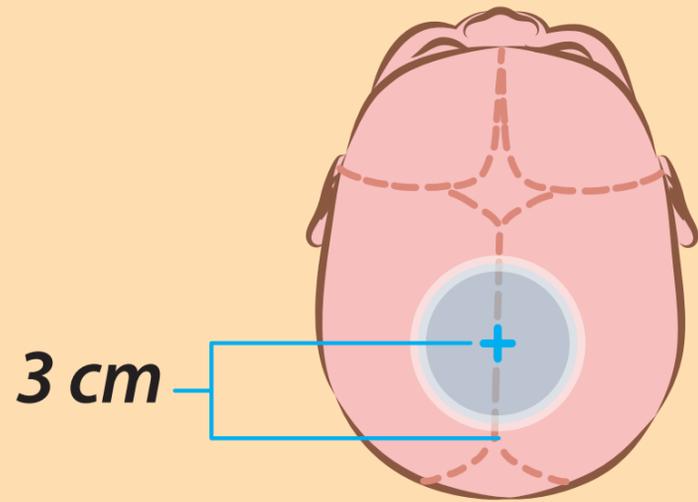
Surveiller de près

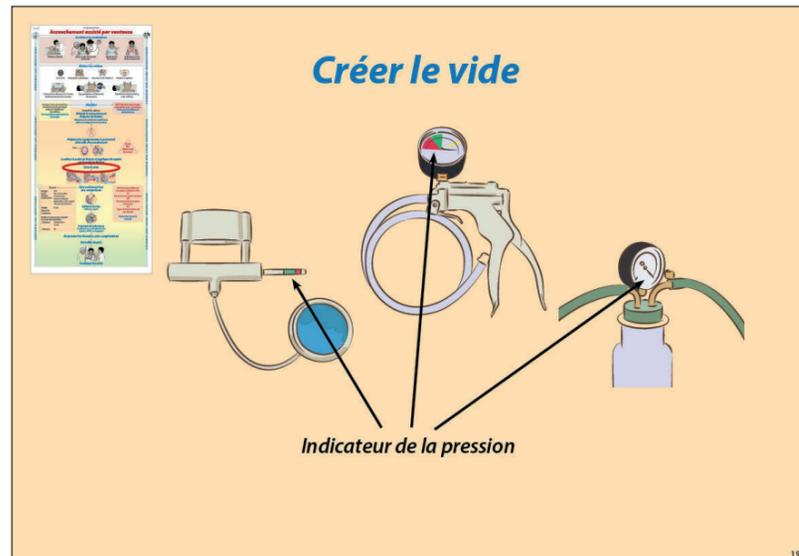
Continuer les soins

Prévenir les infections

Fournir des soins respectueux

Appliquer la cupule sur le point de flexion





Remarque à l'intention du facilitateur

Vérifiez les unités pour mesurer la pression du vide pour l'appareil qui se trouve dans votre établissement de santé et utilisez ces unités lorsque vous expliquez et démontrez comment créer le vide.

La pression du vide est mesurée en différentes unités.

Vous n'avez pas besoin de les lire, mais ayez-les à portée de main comme référence pour l'appareil que vous utilisez :

- $0.2 \text{ kg/cm}^2 = 20 \text{ kPA} = 150 \text{ mmHg} = 5.8 \text{ inHg} = 200 \text{ cmH}_2\text{O} = 2.8 \text{ lb/in}^2 = 0.20 \text{ bar}$
- $0.8 \text{ kg/cm}^2 = 80 \text{ kPA} = 600 \text{ mmHg} = 23.6 \text{ inHg} = 800 \text{ cmH}_2\text{O} = 11.6 \text{ lb/in}^2 = 0.79 \text{ bar}$

Expliquez

- Après avoir confirmé que la cupule est correctement placée, créer un vide de $0,2 \text{ kg/cm}^2$ (150 mmHg) de pression négative. Alternativement, demander à un assistant de contrôler la pompe.
- Passer les doigts sur les bords de la cupule une deuxième fois pour s'assurer qu'aucun tissu maternel n'est coincé.
- Pour obtenir les meilleurs résultats, s'assurer que les cuisses de la femme sont fléchies vers l'abdomen, surtout pendant la poussée et la traction.
- Augmenter rapidement la pression du vide à $0,8 \text{ kg/cm}^2$ (500 à 600 mmHg) et vérifier que la cupule est bien appliquée.
- Utiliser une pression du vide de $0,8 \text{ kg/cm}^2$ pendant la traction :
 - Une pression du vide inférieure à 500 mmHg ($0,68 \text{ kg/cm}^2$) augmente le risque le détachement de la cupule.
 - Une pression du vide supérieure à 600 mmHg ($0,8 \text{ kg/cm}^2$) augmente les risques de traumatisme du cuir chevelu du bébé et d'hémorragie cérébrale, crânienne et du cuir chevelu.

Créer le vide

PLAN D'ACTION
Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

Déresse fœtale
2ème stade du travail prolongé
Équipement de la mère
Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

Cof 10 cm
Présentation céphalique
Descente 0-2,5 / Station 0
Position occipitale

Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes)
Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
Poids fœtal estimé < 2500 g, mais > 4000 g

Classer

Premier stade du travail ou deuxième stade prolongé, mais ne remplit pas les critères
Obtenir le consentement
Préparer la femme
Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

DCP (Dystocie mécanique, indications à une épaule basse)
Saisir avant la référence/ postopératoire

Remplir les critères

Préparer le personnel et la salle d'accouchement

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur la partie de flexion

Créer le vide

Tirer seulement lors des contractions

Arrêter la procédure si:
La cupule se détache 3 fois
OUI
Pas de descente après 3 tractions
OUI
Pas d'accouchement après 30 minutes
OUI
Signes de traumatisme du cuir cheville
Rechercher des soins avancés

Délivrer la tête

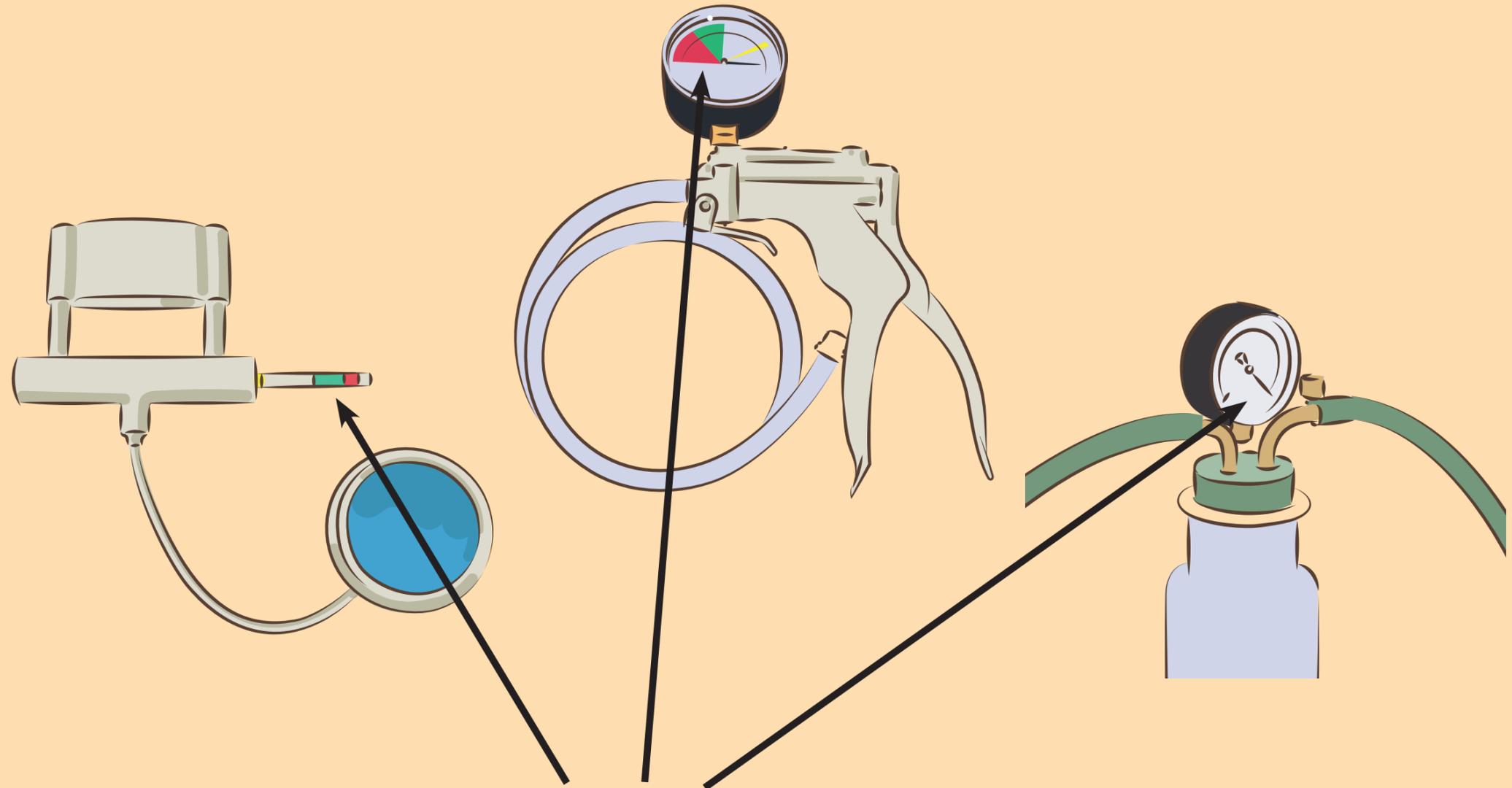
Soutenir la naissance

Rechercher les blessures et les complications

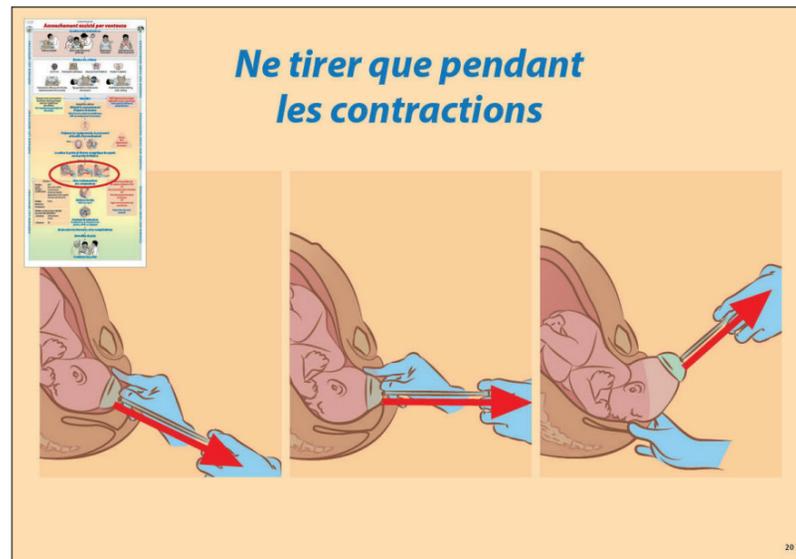
Surveiller de près

Continuer les soins

PRÉVENIR LES INFECTIONS
Fournir des soins respectueux



Indicateur de la pression



Expliquez

Remarque à l'intention du facilitateur :

Démontrez la direction de la traction et utilisez le doigt de votre main non dominante sur le cuir chevelu à côté de la cupule pour évaluer le glissement et la descente éventuels.

- L'utilisation correcte et sûre de la ventouse permet d'éviter les blessures. Une utilisation incorrecte peut causer des dommages.
- Il n'est PAS vrai que la cupule est « conçue pour se détacher avant que des dommages ne se produisent ». Ne pas considérer le détachement comme un mécanisme de sécurité !
- **Décider continuellement si l'accouchement assisté par une ventouse doit se poursuivre :** s'il y a des progrès et si le fœtus tolère la pression du vide et la traction, continuer les tractions de « guidage » **pendant 30 minutes au maximum.**

Pour éviter les traumatismes :

- N'appliquer la traction que pendant une contraction. Ne pas effectuer de mouvements brusques ou de mouvements de bascule pour appliquer la traction, car cela pourrait provoquer un détachement.
- Utiliser une traction régulière à angle droit par rapport au plan de la cupule, en laissant la direction de traction d'être guidée par la rotation naturelle de la tête. **Ne jamais tourner la poignée de l'appareil activement pour faire tourner la tête.**
- S'assurer en permanence qu'aucun tissu maternel n'est coincé sous la cupule.
- Rechercher un traumatisme du cuir chevelu après chaque traction.

Pendant une contraction :

- Encourager la femme à pousser pendant les contractions pour faciliter la traction.
- Utiliser une pression du vide de 0,8 kg/cm² pendant la traction.
- Utiliser le bout des doigts de votre main dominante pour tirer la barre transversale de la poignée.
- Placer un doigt de la main non dominante sur le cuir chevelu à côté de la cupule pendant la traction pour évaluer le risque de glissement et de descente de la tête. **On devrait constater une descente à chaque traction. La tête fœtale devrait généralement être délivrée en 3-4 tractions.**
- Appliquer la traction progressivement au fur et à mesure que la contraction se développe.
- La première traction aide à trouver la bonne direction pour la descente et provoque une flexion.

- **Appliquer la traction dans le sens de l'axe du bassin maternel** - d'abord vers le dos de la femme et finalement vers l'abdomen de la femme, lorsque la tête émerge du bassin et se couronne.
- Maintenir la traction pendant toute la durée de la contraction, en coordination avec les efforts de poussée de la femme.
- Arrêter progressivement la traction lorsque la contraction s'arrête ou que la femme cesse de pousser.

Si la cupule se détache :

- Après un ou deux détachements, réévaluer soigneusement la situation avant de réappliquer.
- Après 3 détachements, ne pas réappliquer le vide !

Entre les contractions :

- Maintenir une pression du vide de 500 à 600 mmHg (0,8 kg/cm²).
- Vérifier le rythme cardiaque du fœtus
- Vérifier l'application de la cupule
- Vérifier s'il y a un traumatisme du cuir chevelu
- Lorsque la tête est en train de se couronner, évaluer la nécessité d'une épisiotomie et ne la pratiquer que si elle est nécessaire.

Rappel : respecter les protocoles locaux pour la pratique de l'AAV.

Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

- Déresse fœtale
- 2ème stade du travail prolongé
- Équipement de la mère
- Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

- Cof 10 cm
- Présentation céphalique
- Descente 0-2,5 / Station 0
- Position occipitale
- Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes)
- Âge gestationnel d'au moins 34 semaines
- Poids fœtal estimé > 2500g, mais < 4000g

Classer

Remplir les critères

Obtenir le consentement

Préparer la femme

Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

3 cm

Ne pas faire d'épisiotomie de routine

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Tirer seulement lors des contractions

Évaluer

- ICP
- Descente relative
- Contractions
- Status du liquide
- Application de la cupule
- Humeur de la femme

Délivrer la tête

Retenir la cupule

Soutenir la naissance

Se préparer en cas de dystocie des épaules, d'EPH ou d'asphyxie

Rechercher les blessures et les complications

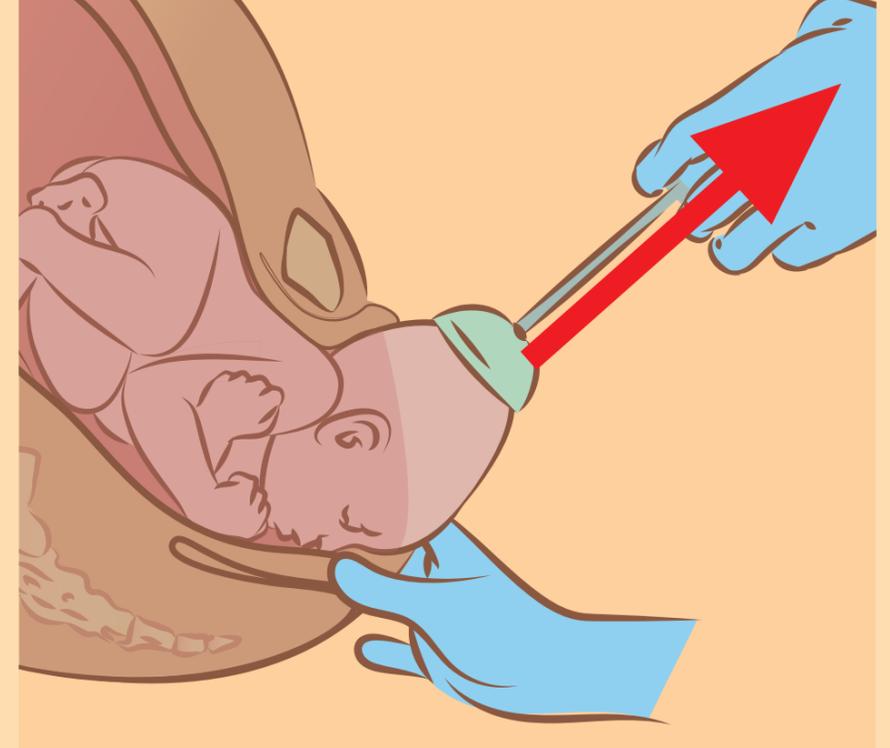
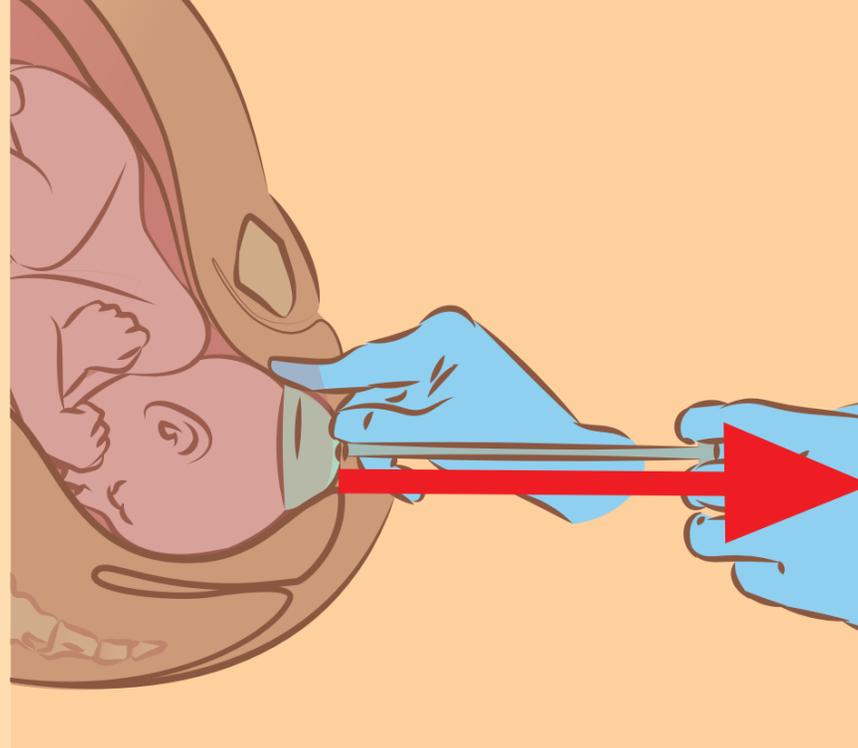
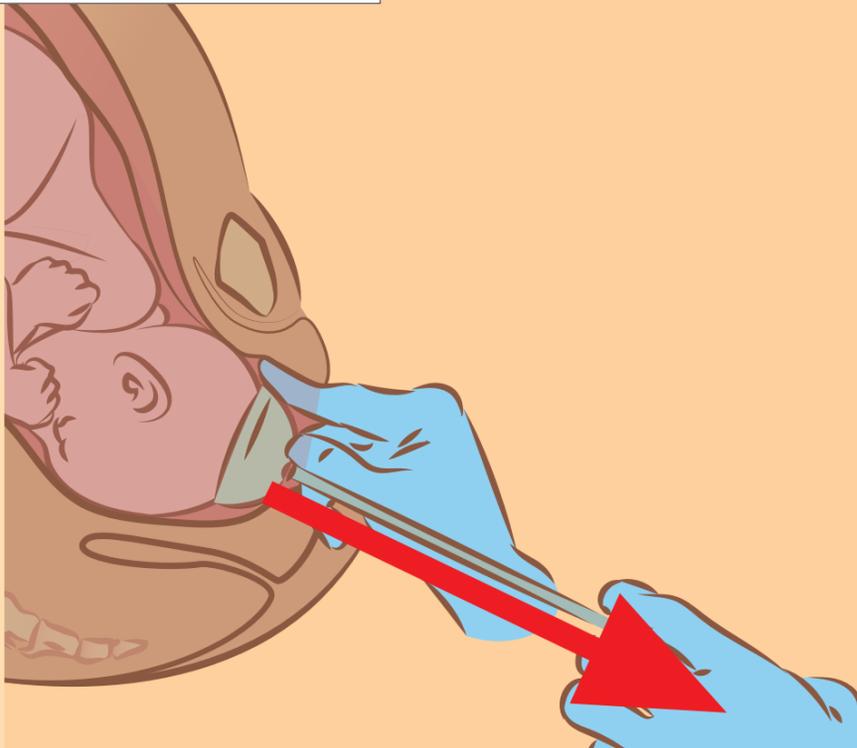
Surveiller de près

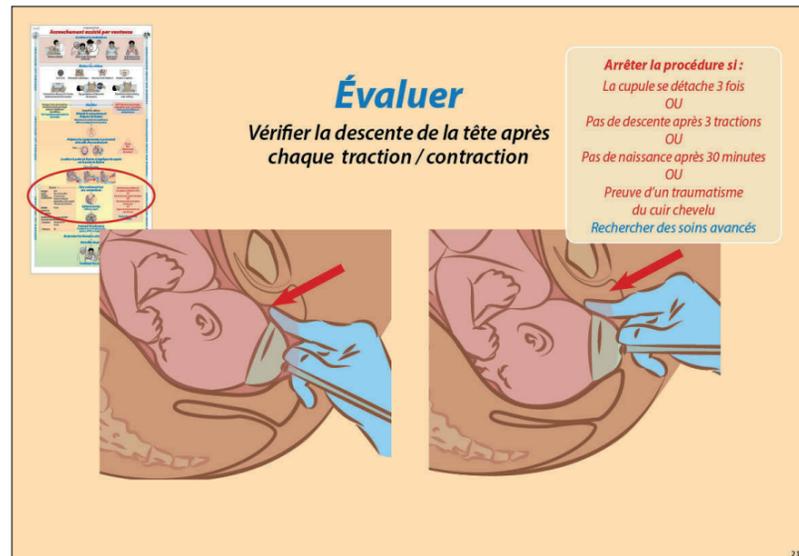
Continuer les soins

Prévenir les infections

Fournir des soins respectueux

Ne tirer que pendant les contractions





Expliquez

Lors de la réalisation d'un AAV, il est essentiel d'être prêt à arrêter la procédure et à procéder rapidement à une césarienne si l'AAV ne réussit pas.

Après chaque traction :

- Évaluer la progression et la descente.
- Vérifier s'il y a un traumatisme du cuir chevelu.
- Décider si l'on doit continuer la procédure.

Arrêter la procédure si :

- La cupule se détache de la tête 3 fois dans le bon sens de traction avec une pression du vide maximale OU
- Il n'y a pas de descente de la tête fœtale après 3 tractions OU
- Il n'y a pas de naissance après 30 minutes d'application OU

- Il y a des signes de traumatisme du cuir chevelu

Ne **PAS** tenter une autre technique d'assister un accouchement par voie basse, comme les forceps, en cas d'échec de l'AAV.

Vérification des connaissances Vrai ou faux

Si la cupule se détache une fois, vous devez arrêter la procédure et procéder à une césarienne.

Faux

Si après 20 minutes d'application de la traction, il y a des progrès et que la femme et le bébé sont stables, il est acceptable de continuer avec l'AAV.

Vrai

Même s'il y a des progrès, vous devez abandonner la procédure après 30 minutes de traction.

Vrai

Discutez

1. Dans votre établissement de santé, quelles sont les indications pour arrêter l'AAV et passer à la césarienne ?
2. Quel est le protocole de prise en charge des femmes après l'échec de la ventouse ?

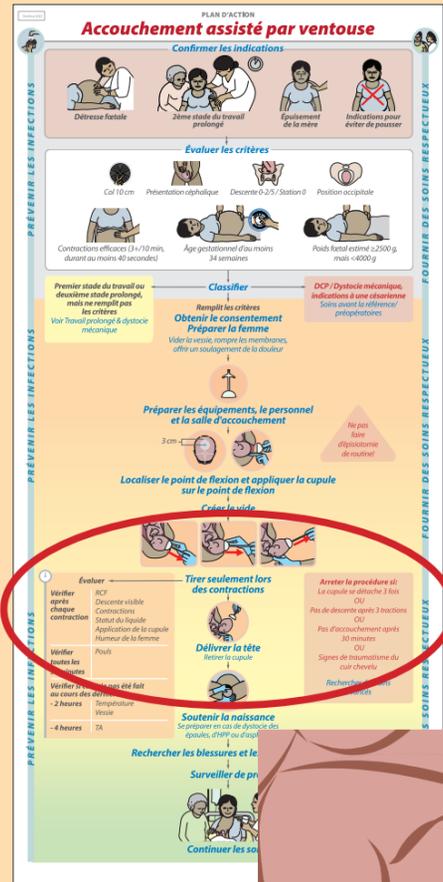
Remarque sur les soins avancés

Selon les protocoles et les normes locales, rechercher des soins avancés pour un accouchement par césarienne immédiatement si l'AAV ne réussit pas.

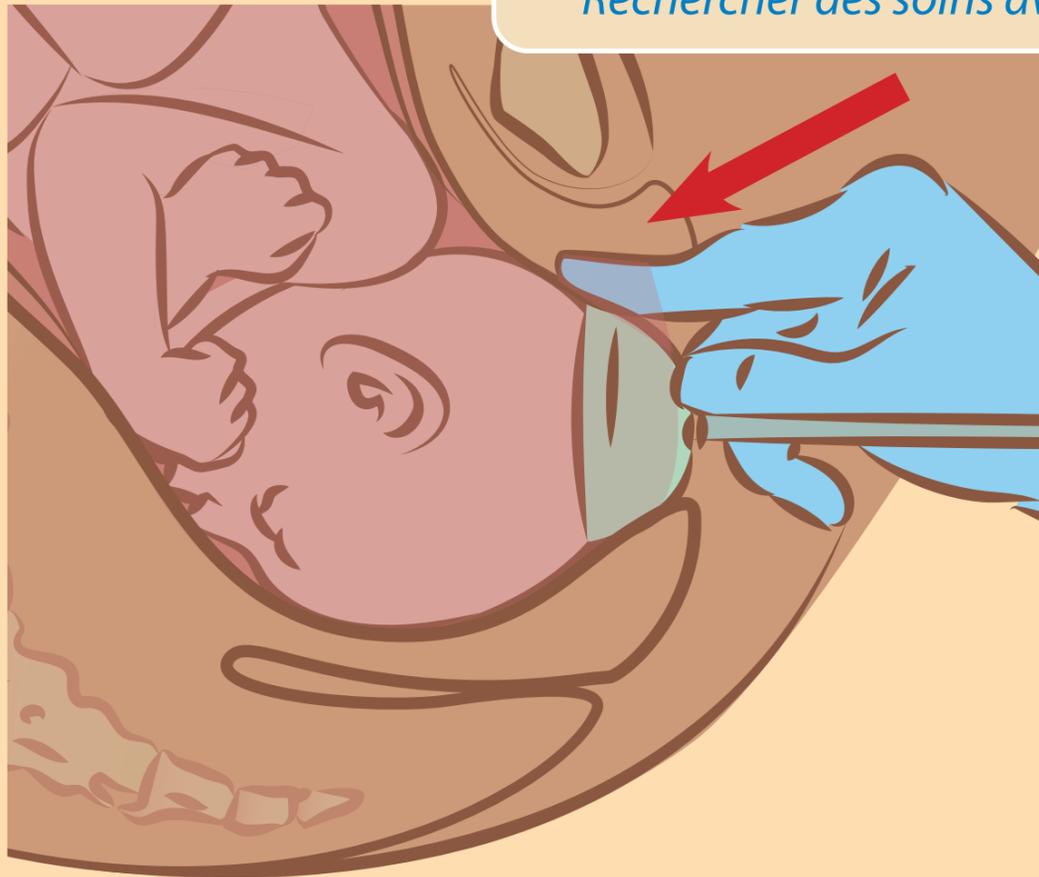
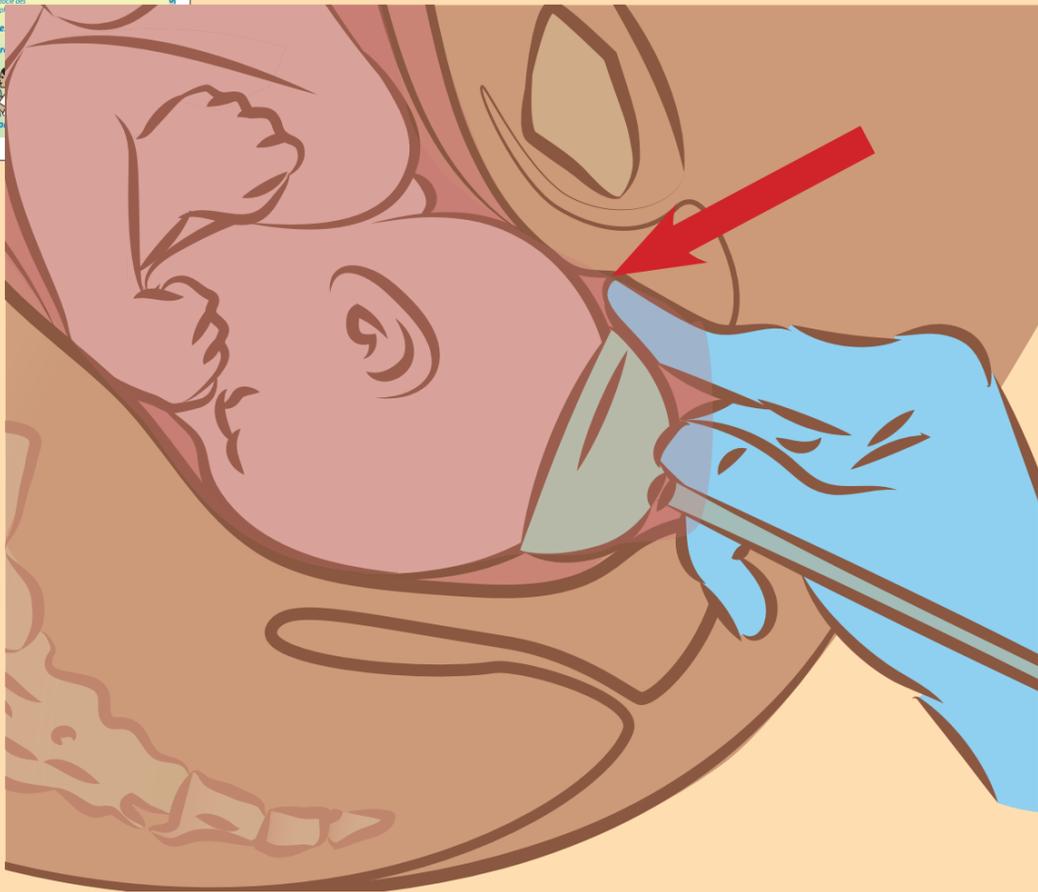
Si les apprenants disposent d'une formation et d'une autorisation supplémentaires pour prodiguer des soins avancés, ils doivent agir dans le cadre de leur champ de pratique.

Évaluer

Vérifier la descente de la tête après chaque traction / contraction



Arrêter la procédure si :
 La cupule se détache 3 fois
 OU
 Pas de descente après 3 tractions
 OU
 Pas de naissance après 30 minutes
 OU
 Preuve d'un traumatisme du cuir chevelu
 Rechercher des soins avancés





Évaluer

Vérifier après chaque contraction	RCF Descente visible Contractions Statut du liquide Application de la cupule Humeur de la femme
Vérifier toutes les 30 minutes	Pouls
Vérifier si cela n'a pas été fait au cours des dernières	
- 2 heures	Température Vessie
- 4 heures	TA

Expliquez

Évaluer continuellement pour voir si le bébé descend et pour vous assurer que la femme et le bébé se portent bien. Agir vite ! Commencer le traitement et rechercher des soins avancés en cas de complications !

Ne pas oublier de tenir la femme et sa famille informées des résultats en utilisant un langage simple et d'associer la femme aux décisions concernant ses soins.

Demander à un assistant d'aider à vérifier et à enregistrer les évaluations ci-dessous dans le dossier de la femme.

Les éléments doivent être évalués au moins aussi fréquemment que :

Après chaque contraction

- Taux de fréquence cardiaque fœtale : la normale est de 110 à 159 bpm.
- Durée de la contraction (normale : chacune dure au moins 40 secondes).
- Nombre de contractions sur une période de 10 minutes : la normale est d'au moins 3/10 minutes.
- Descente visible de la tête fœtale pendant les contractions.
- Etat du liquide amniotique
- Application de la cupule
- Présence/absence de traumatisme du cuir chevelu
- Humeur et comportement de la femme : comment fait-elle face à la situation?

Toutes les 30 minutes

- Pouls de la femme : la normale est de 60 à 100 b/min.

Les autres évaluations à vérifier dépend du moment où les dernières mesures ont été prises pendant le travail :

- Évaluer si non vérifiée au cours des 2 dernières heures
 - Température (normale : <38 °C)
 - Encourager la femme à uriner afin de garder la vessie vide.

- Évaluer si non vérifiée au cours des 4 dernières heures.
 - TA de la femme (normale : TA systolique 90-139 mmHg/ TA diastolique 60-89 mmHg)

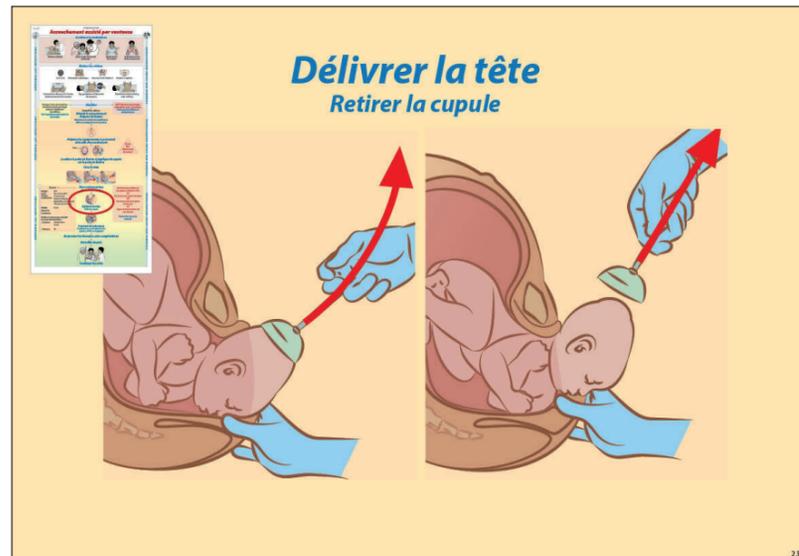
Comme pour toute évaluation, la vérification du RCF ou la prise des signes vitaux peuvent être effectuées plus fréquemment en fonction de l'état maternel ou fœtal.

Si l'AAV ne réussit pas, il faut continuer à surveiller la femme jusqu'à ce qu'une césarienne soit pratiquée. Ne pas tenter de recourir aux forceps après l'échec d'un accouchement assisté par ventouse.

Poursuivre les soins respectueux de soutien et le soutien émotionnel.

Discutez

1. Êtes-vous en mesure de suivre les femmes aussi étroitement que ce qui est recommandé ? Si non, pourquoi ?
2. Y a-t-il des moyens d'améliorer la surveillance ?



Expliquez

Dès que la mâchoire du fœtus est accessible, relâcher le vide et retirer la cupule.

Afin de protéger le périnée et d'éviter les déchirures :

- Demander à la femme de haleter ou de ne faire que de petites poussées au fur et à mesure de la naissance de la tête du bébé.
- N'envisager l'épisiotomie que si le périnée gêne la descente et la naissance de la tête.
- Placer les doigts d'une main contre la tête du bébé pour la maintenir fléchie de sorte que le plus petit diamètre de la tête passe au-dessus du périnée.

- Soutenir délicatement le périnée pendant la naissance de la tête du bébé. Demander l'assistance d'un assistant.
 - Pour protéger le périnée, soutenir le périnée antérieur et postérieur avec les deux mains. Cela permet de maintenir la flexion et de contrôler la naissance de la tête.
 - Si un prestataire contrôle à la fois la traction et la pompe à vide, il contrôlera la flexion de la tête et un autre prestataire devra protéger le périnée.
 - Alternativement, un prestataire peut contrôler la pompe à vide tandis que l'autre contrôle la traction et la flexion de la tête et protège le périnée.
- Une fois que la tête du bébé est née, demander à la femme de ne pas pousser.
- Relâcher le vide, retirer la cupule et se préparer à compléter la naissance du bébé.

Après la naissance de la tête, passer la main autour du cou du bébé pour vérifier le cordon ombilical :

S'il y a un cordon nuchal, maintenir le cordon intact aussi longtemps que possible :

- Essayer d'éviter de sectionner un cordon nuchal serré. Cela augmente le risque d'asphyxie, de paralysie cérébrale et de décès lors d'une dystocie des épaules sévère.
- Faire passer le cordon au-dessus de la tête ou autour des épaules et faire glisser le bébé à travers le cordon.

- Initier la « manœuvre de culbute ». Aider le bébé à sortir lentement et amener le visage du bébé vers la cuisse de la mère au moment de sa naissance. Maintenir le bébé bas, près du périnée, pendant la naissance, afin de minimiser la traction sur le cordon..

Remarque à l'intention du facilitateur :

Si nécessaire, faites une démonstration de la « manœuvre de culbute » sur le simulateur d'accouchement.

Délivrer la tête

Retirer la cupule

PLAN D'ACTION
Accouchement assisté par ventouse

Confirmer les indications

Déresse fœtale, 2ème stade du travail prolongé, Équilibre de la mère, Indications pour éviter de pousser

Évaluer les critères

Cof 10 cm, Présentation céphalique, Descente 0-2,5 / Station 0, Position occipitale

Contractions efficaces (1 à 10 min, durant au moins 40 secondes), Âge gestationnel d'au moins 34 semaines, Poids fœtal estimé >2500g, mais <4000g

Classer

Premier stade du travail ou deuxième stade prolongé, mais ne remplit pas les critères. Voir Travail prolongé & dystocie mécanique.

Remplir les critères

Obtenir le consentement
Préparer la femme
Vider la vessie, rompre les membranes, offrir un soulagement de la douleur

DCP (Dystocie mécanique, indications à une épaule basse)
Saisir avant la référence/ préparatoires

Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement

3 cm, Ne pas faire d'épisiotomie de routine

Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Créer le vide

Tirer seulement lors

Évaluer: ICP, Descente visible, Contractions, Statut du liquide, Application de la cupule, Hauteur de la femme.

Délivrer la tête
Retirer la cupule

Arrêter la procédure si:
La cupule se détache 3 fois
O2
Pas de descente après 3 tentatives
O2
Pas d'accouchement après 30 minutes
O2
Signes de traumatisme du cuir cheville
Rechercher des soins avancés

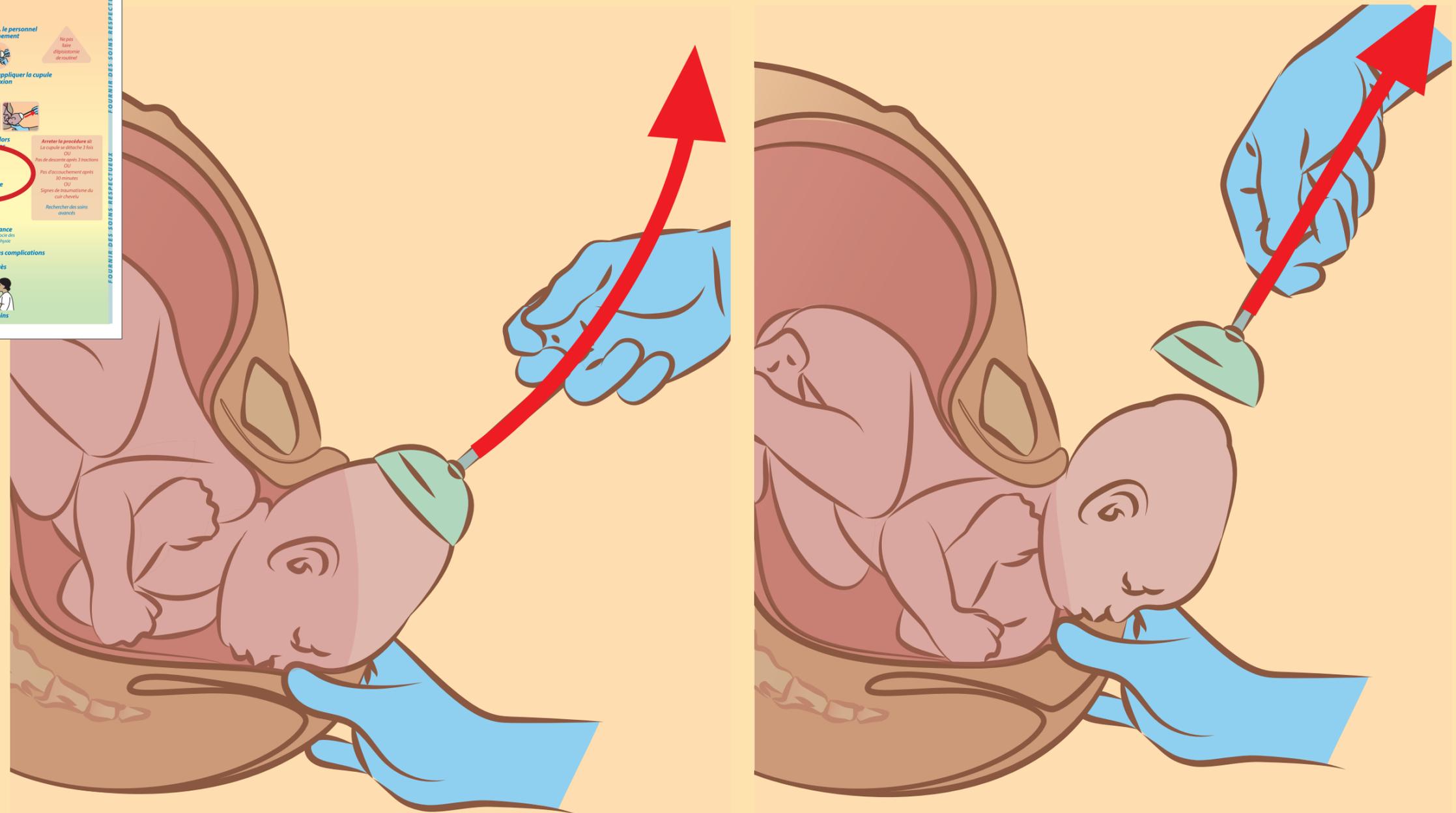
Soutenir la naissance
Surveiller en cas de dystocie des épaules, épaule ou dystocie

Rechercher les blessures et les complications

Surveiller de près

Continuer les soins

PRÉVENIR LES INFECTIONS, FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX





Expliquez

Favoriser un accouchement normal et éviter toute intervention supplémentaire, sauf en cas d'indication claire. Fournir la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA).

Se préparer pour :

- Une dystocie des épaules - se référer à AMS – *Travail prolongé et dystocie mécanique*
- Un nouveau-né qui a besoin d'aide pour respirer - voir *ABS Aider les Bébé à Respirer*
- HPP – voir *AMS Saignements après la naissance - Complet 2.0*

Discutez

Demandez aux apprenants :

« **Comment réduire les déchirures maternelles lors de la délivrance des épaules ?** »

- Laisser la tête du bébé faire une rotation spontanée.

- Une fois que la tête a fait sa rotation, placer une main de chaque côté de la tête du bébé. Dire à la femme de pousser doucement à la prochaine contraction.
- Ne dégager qu'une épaule à la fois. Ramener la tête du bébé vers le coccyx de la femme pour faciliter le dégagement de l'épaule antérieure.
Remarque : Si une dystocie des épaules est soupçonnée, appeler à l'aide !
- Soulever la tête du bébé vers l'os pubien de la femme pour dégager l'épaule postérieure.
- Soutenir le bébé lorsqu'il sort.

« **Quels soins allez-vous donner au bébé immédiatement après la naissance ?** »

- Placer le bébé sur le ventre de la mère.
- Sécher immédiatement le bébé, vérifier s'il respire et le couvrir avec un linge propre et sec et un bonnet.
- Retarder le clampage du cordon jusqu'à 1-3 minutes après la naissance
- Garder le bébé au sec, au chaud et en contact avec la peau de la mère pendant au moins une heure

« **Si le bébé ne respire pas à la naissance, quand faut-il commencer la réanimation ?** »

- Dès que l'on voit que la stimulation ne donne pas de résultats et dans la première minute qui suit la naissance.

« **Que vérifiez-vous avant d'administrer un médicament utérotonique pour la GATPA ?** »

- Ecarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant.

« **Quel utérotonique donnerez-vous pour la GATPA ?** »

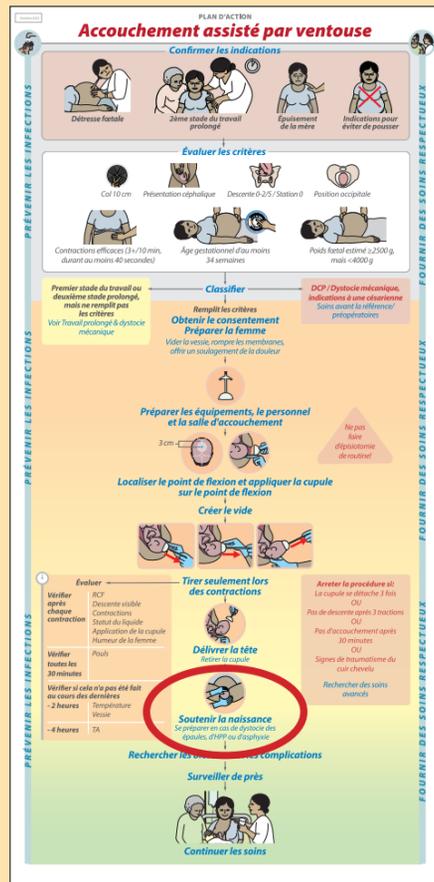
- Ocytocine 10 UI en IV lente si une IV est en place. En l'absence d'une voie IV, donner de l'ocytocine 10 UI en IM. Si l'ocytocine n'est pas disponible ou si la qualité ne peut être assurée, donner : carbétocine 100 mcg en IM/ IV OU misoprostol 400-600 mcg par voie orale OU l'ergométrine / méthylergométrine 0,2 mg en IM OU l'association fixe d'ocytocine et d'ergométrine en IM (1 ml = 5 UI d'ocytocine + 0,5 mg d'ergométrine).

« **Que vérifiez-vous chez la femme après la délivrance du placenta ?** »

- Immédiatement après la délivrance du placenta, vérifier la tonicité utérine et le masser s'il est mou.
- Montrer à la femme à vérifier l'utérus et à le masser s'il est mou. Si l'utérus est mou ou qu'elle a l'impression de saigner, lui demander d'appeler un prestataire immédiatement.
- Vérifier que le placenta est complet. S'il n'est pas complet, agir vite !
- Vérifier les déchirures génitales et procéder, le cas échéant, à la réfection.

« **A quelles femmes faut-il administrer des antibiotiques ?** »

- Toute femme présentant des signes d'infection ;
- Toutes les femmes qui ne sont pas sous traitement d'antibiotiques et ne présentent aucun signe d'infection, administrer une dose unique d'antibiotiques en prophylaxie (dose unique d'amoxicilline 1 g et d'acide clavulanique 200 mg en IV OU suivre les recommandations locales).



Soutenir la naissance

Se préparer à la dystocie des épaules



EXERCICE

- **Accouchement par ventouse**
- **Fournir des soins pendant le 3ème stade du travail**

Démontrez

En tant que facilitateur, faites la démonstration de la procédure sur un volontaire portant un simulateur. Demandez aux apprenants de se référer à la liste de vérification pour l'accouchement assisté par ventouse aux pages 36-39 du GP pendant qu'ils suivent la démonstration.

Pratiquez

Répartissez les apprenants en groupes de 4 ou moins. Les facilitateurs portent le simulateur avec le simulateur de nouveau-né en position occipitale droite antérieure. Demandez à un apprenant d'être le prestataire et à un autre d'être l'accompagnant(e) de la femme. Les observateurs doivent suivre les étapes du plan d'action et de la liste de vérification.

Dites aux « prestataires » qu'ils doivent effectuer les évaluations réelles. **Ne donnez les résultats que si le prestataire fait l'évaluation.**

Dites, « **Je m'appelle Mme B et mon travail a commencé il y a 12 heures. J'ai eu un premier accouchement eutocique et ma DPA est dans 2 semaines. Je suis au deuxième stade et je pousse depuis 3 heures et je suis épuisée. Je ne suis pas sous anesthésie régionale. RCF : 193 bpm, 188 bpm, 184 bpm après 3 contractions. En tant que mon prestataire, veuillez évaluer si je suis une candidate pour un AAV.** »

- AG : 38 semaines + 0 jours
- Contractions 4 /10 min, durant 50-60 sec.
- Pas d'anneau de Bandl
- Présentation et position : céphalique, occipitale antérieure droite
- Nombre de fœtus : 1
- Poids fœtal estimé : 3000 g
- Descente : 1/5 et +2 station
- Col de l'utérus : 10 cm
- Liquide amniotique : clair
- Tête fœtale : pas de bosse sérosanguine, modelage 1+

Observez la simulation. Assurez-vous que les apprenants restent sur la bonne voie, mais ne les corrigez pas et ne les interrompez pas.

Lorsque les apprenants ont terminé l'évaluation, demandez : « **Quelle est votre évaluation et votre plan ?** » Deuxième stade prolongé, détresse fœtale, épuisement maternel. Prévoir un AAV.

S'ils disent qu'ils effectueraient un AAV, demandez : « **Quelles sont les indications pour un AAV ?** »

Accouchement non réalisé après 3 heures chez une multipare sans anesthésie régionale, épuisement maternel, détresse fœtale.

« **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?** »

Non

« **Que ferez-vous ensuite ?** »

Dites à Mme B. que le rythme cardiaque de son bébé est trop rapide. Comme elle a poussé pendant 3 heures et qu'elle est épuisée, vous recommandez d'utiliser une extraction par ventouse pour aider le bébé à naître rapidement. Obtenir un consentement éclairé.

Dites : « **Très bien, veuillez procéder à un AAV, puis gérer le troisième stade du travail.** »

Arrêtez la simulation après l'expulsion du placenta.

Facilitez un débriefing en demandant :

- **Qu'avez-vous fait bien ?**
- **Y a-t-il quelque chose que vous avez oublié de faire ?**
- **Qu'est-ce qui a été difficile à faire ou à retenir ?**
- **Comment pouvons-nous nous aider mutuellement à nous souvenir ?**
- **Que feriez-vous différemment la prochaine fois pour améliorer votre performance ?**

Après le débriefing, vous restez un « facilitateur » et donnez aux autres apprenants l'occasion de s'exercer. Utilisez les cas des pages 40-43 du GP. Veillez à faire un débriefing après chaque cas.

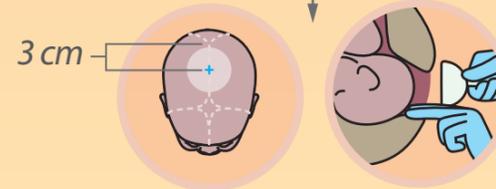
EXERCISE

- Accouchement par ventouse
- Fournir des soins pendant l'accouchement

obtenir un soulagement de la douleur



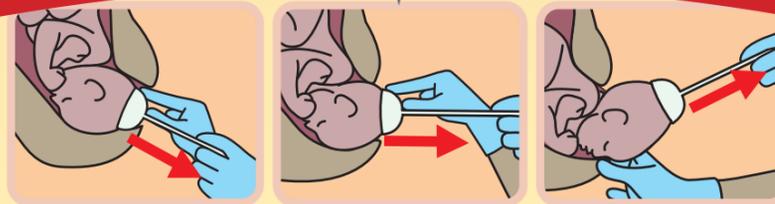
Préparer les équipements, le personnel et la salle d'accouchement



Localiser le point de flexion et appliquer la cupule sur le point de flexion

Ne pas faire d'épisiotomie de routine!

Créer le vide



Tirer seulement lors des contractions



Délivrer la tête
Retirer la cupule



Soutenir la naissance
Se préparer en cas de dystocie des épaules, d'HPP ou d'asphyxie

Rechercher les blessures et les complications

Surveiller de près



Évaluer	
Vérifier après chaque contraction	RCF Descente visible Contractions Statut du liquide Application de la cupule Humeur de la femme
Vérifier toutes les 30 minutes	Pouls
Vérifier si cela n'a pas été fait au cours des dernières	
- 2 heures	Température Vessie
- 4 heures	TA

Arrêter la procédure si:
 La cupule se détache 3 fois
 OU
 Pas de descente après 3 tractions
 OU
 Pas d'accouchement après 30 minutes
 OU
 Signes de traumatisme du cuir chevelu
 Rechercher des soins avancés

PRÉVENIR LES INFECTIONS

PRÉVENIR LES INFECTIONS

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX



Expliquez

Même si le risque de mort fœtale ou de blessure grave liées à un AAV est très faible, des blessures peuvent survenir même si la procédure s'est bien déroulée. Examiner attentivement le nouveau-né, constater toute blessure et fournir des soins ou référer, si nécessaire.

- **Les abrasions du cuir chevelu** sont courantes et inoffensives, mais des lacérations peuvent survenir. Nettoyer et examiner les lacérations pour déterminer si des points de suture sont nécessaires.
- **Les œdèmes localisés du cuir chevelu** tels que la bosse sérosanguine, qui apparaît sous la cupule, peuvent être observés juste après la naissance et sont inoffensifs. Expliquer la raison de l'œdème et préciser qu'il disparaîtra en quelques heures. Rassurer les parents

en leur disant que ce n'est pas le signe de dommages à long terme.

- **L'hémorragie rétinienne** ne se voit qu'à l'examen fundoscopique et est inoffensive. Si elle est remarquée, les parents doivent être assurés qu'elle disparaîtra sans traitement.

Discutez

Demandez aux apprenants de se reporter au tableau des pages 44-46 du GP pour répondre aux questions sur chaque complication ou blessure.

1. **Le céphalématome** est un caillot de sang qui se forme dans le tissu recouvrant l'os du crâne et qui ne traverse pas les lignes de suture.
 - **Quand apparaît-il ?**
 - **Comment le diagnostiquer ?**
 - **Quel risque présente-t-il pour le cerveau ?**
 - **Est-il associé à la jaunisse ?**
 - **Comment le traiter ?**
2. **L'hématome sous-galéal ou l'hémorragie sous-galéale** est un saignement entre le crâne et le cuir chevelu qui traverse les lignes de suture, entraînant un gonflement.
 - **À quel point est-ce courant ?**
 - **Quand apparaît-elle ?**
 - **Comment allez-vous la diagnostiquer ?**
 - **Quels sont les risques associés à l'HSG ?**
 - **Comment allez-vous la prendre en charge ?**

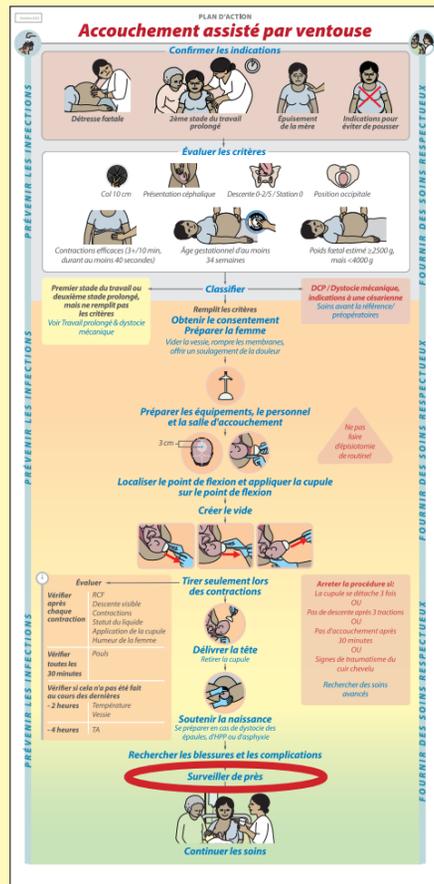
3. **Jaunisse du nouveau-né** : les nouveau-nés mis au monde par AAV nécessitent une surveillance attentive pendant 2 à 3 jours après la naissance afin de rechercher un jaunissement de la peau et des conjonctives.

- **Pourquoi les nouveau-nés accouchés par AAV sont-ils plus susceptibles de développer une jaunisse ?**
- **Quels sont les signes d'une jaunisse importante chez les nouveau-nés ?**
- **Comment traiter les nouveau-nés atteints de jaunisse significative ?**

Remarque sur les soins avancés

Référer les nouveau-nés pour des soins spécialisés s'ils présentent une hémorragie sous-galéale ou des taux élevés de bilirubine avec jaunisse. Les directives doivent être adaptées en fonction des normes et protocoles locaux.

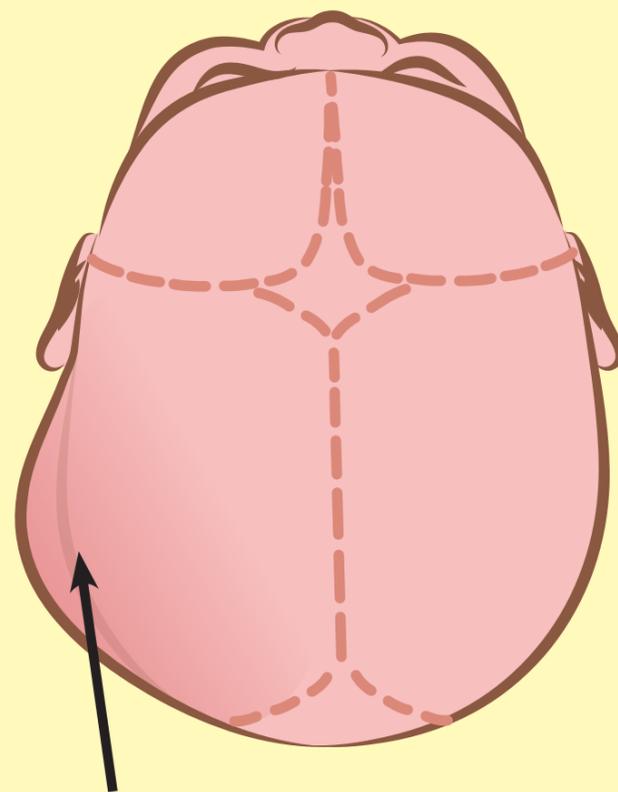
Rappelez aux apprenants l'importance de diagnostiquer soigneusement les blessures chez le nouveau-né pour s'assurer qu'il reçoit les soins dont il a besoin, en particulier dans le cas d'un hématome sous-galéal ou d'une hémorragie sous-galéale.



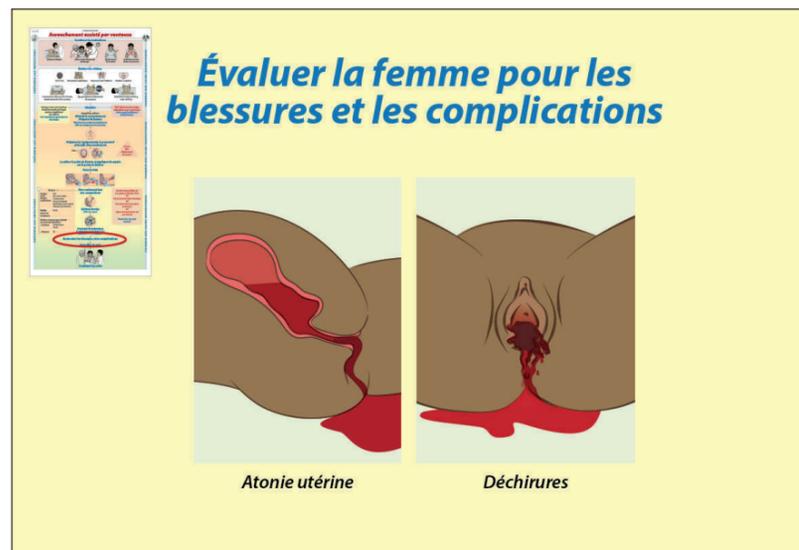
Évaluer le nouveau-né pour détecter les blessures et les complications



Jaunisse



Hémorragie extracrânienne



Expliquez

Les principaux risques pour la femme sont les lacérations cervicales, les lacérations vaginales graves, les hématomes labiaux et les déchirures du troisième et du quatrième degré (déchirures périnéales complètes et complètes compliquées).

Pour prévenir les déchirures génitales :

- S'assurer que le col de l'utérus est complètement dilaté avant de tenter un AAV.
- Éviter de coincer les tissus maternels entre la cupule et la tête foetale.
- Ne pratiquer l'épisiotomie qu'en cas d'indications médicales ou obstétricales.
- Guider les efforts de poussée et protéger le périnée pendant la délivrance de la tête.

Les femmes qui nécessitent un AAV peuvent être exposées à un risque accru d'hémorragie du

post-partum et de déchirures génitales, y compris les lacérations du 3e et 4e degré, car le travail a pu être prolongé ou le fœtus peut être gros. Veuillez consulter le module *Saignement après la naissance - complet 2.0* pour des rappels sur la prise en charge de l'HPP et des lacérations.

Les femmes qui ont subi un AAV sont plus exposées au risque d'infection car le travail a pu être prolongé, un instrument a été introduit dans le vagin et d'autres examens vaginaux ont probablement été effectués pour évaluer la position de la tête, localiser le point de flexion et appliquer la cupule. Veuillez consulter le module *Travail prolongé et dystocie mécanique*.

Si la femme n'est pas sous traitement des antibiotiques et ne présente aucun signe d'infection, s'assurer qu'elle reçoit une dose unique des antibiotiques prophylactiques : amoxicilline (1 g) et acide clavulanique (200 mg) par voie IV administrée le plus tôt possible après la naissance mais avant 6 heures après la naissance.

Discutez

Demandez aux apprenants :

« Comment allez-vous identifier les complications chez la femme après un AAV ? »

Les réponses correctes incluent :

- Examiner le périnée, le vagin et le col de l'utérus de la femme pour identifier les déchirures et procéder à la réfection si nécessaire.
- Surveiller la tonicité utérine et les saignements vaginaux pour détecter les signes d'hémorragie.

- Surveiller les signes vitaux pour détecter et prendre en charge la fièvre ou le choc dû à une hémorragie ou à une septicémie.

Demandez aux apprenants de se référer aux pages 43-47 du GP pour répondre aux questions ci-dessous.

Vérification des connaissances

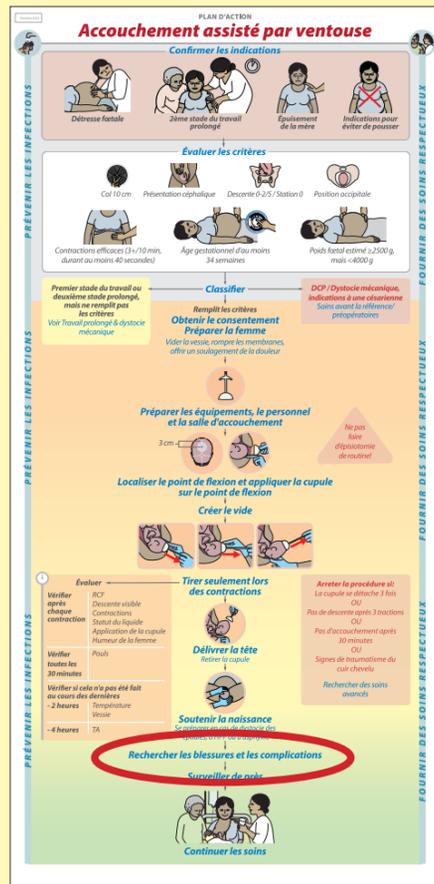
Parmi les trois traumatismes crâniens - bosse sérosanguine, céphalématome et hématome sous-galéal - lequel met potentiellement la vie en danger ?
Hématome sous-galéal

Pourquoi les nouveau-nés présentant des blessures et des hématomes sont-ils exposés à la jaunisse ?
En raison de la dégradation des globules rouges endommagés.

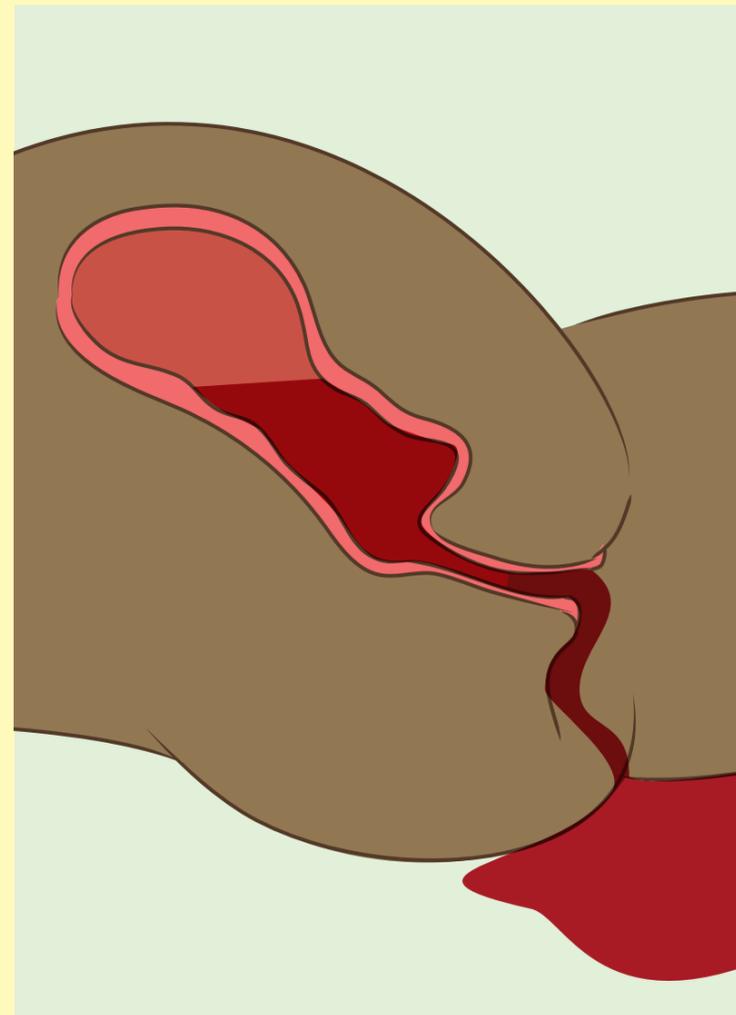
Parmi les trois blessures à la tête – bosse sérosanguine, céphalématome et hématome sous-galéal - laquelle est présente à la naissance et n'augmentera pas de taille après la naissance ?
Bosse sérosanguine

Quels sont les principaux risques pour la femme après un AAV ? **Lacérations cervicales, lacérations vaginales graves, hématomes vaginaux et déchirures du troisième et du quatrième degré.**

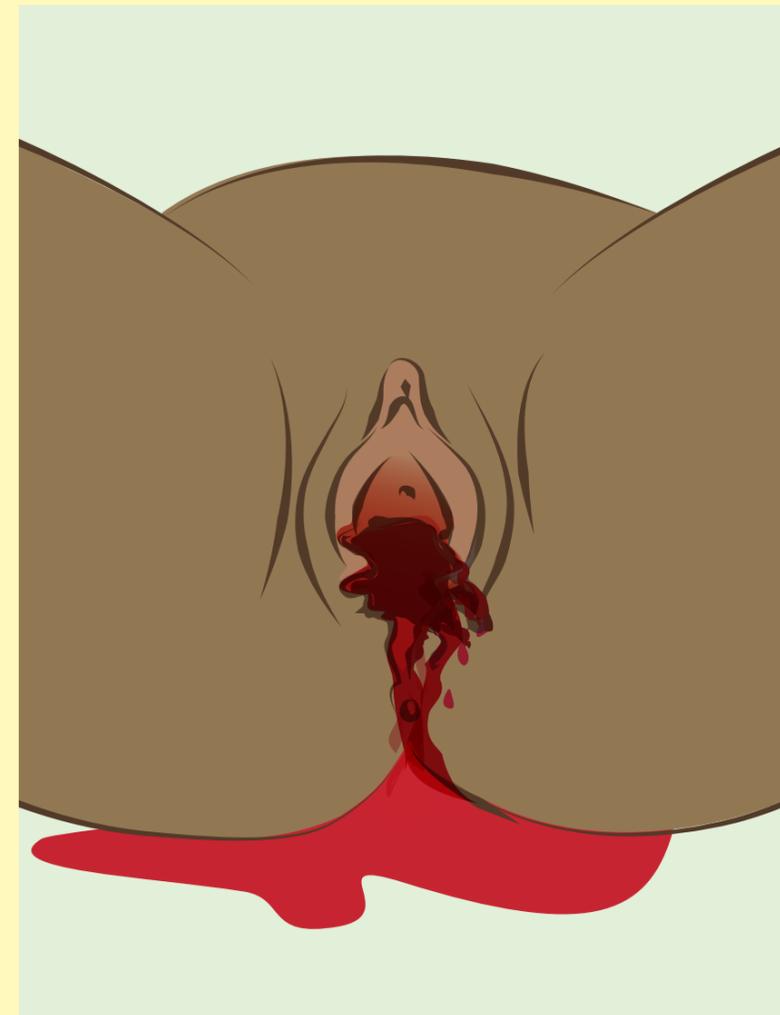
Que pouvez-vous faire pour éviter les déchirures génitales pendant l'AAV ?
Assurer une dilatation cervicale complète, éviter de piéger les tissus maternels sous la cupule, ne pratiquer l'épisiotomie qu'en cas d'indications médicales ou obstétricales, contrôler la délivrance de la tête, protéger le périnée.



Évaluer la femme pour les blessures et les complications



Atonie utérine



Déchirures

Tâches après la procédure



Documenter



Nettoyer l'équipement

Expliquez

Note au facilitateur : Assurez-vous d'utiliser le mode d'emploi du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé.

Discuter de la procédure d'AAV avec la femme et son accompagnant(e).

- Une fois que la femme a eu le temps de s'attacher à son bébé, lui donner l'occasion de passer en revue le déroulement de l'accouchement, les problèmes rencontrés et la manière dont ils ont été pris en charge. Expliquer le plan de soins pour elle et son nouveau-né.

Documenter

Demandez aux apprenants de se référer à la page 48 du GP pour la documentation après un accouchement assisté par ventouse.

Noter sur le dossier de la cliente :

- Indications pour l'AAV
- Que les critères pour l'AAV étaient remplis : col de l'utérus complètement dilaté, vessie maternelle vide, membranes rompues, pas de contre-indications
- État du fœtus au moment de l'application de la cupule :
 - Position de la tête fœtale (OIDA, OIGA, OIDP, OIGP, OIGT, OIDT) et si asynclitique
 - Station
 - Estimation du poids du fœtus
 - Interprétation de la fréquence cardiaque fœtale
 - AG
- Compte rendu de la discussion avec la femme et le type de consentement obtenu
- Date et heure du début de la procédure
- Nom du prestataire effectuant l'AAV et noms des assistants.
- Type de cupule, durée totale d'application du vide et si la pression du vide a été réduit entre les contractions, la pression maximale du vide atteinte, nombre de tractions et de contractions, nombre de détachements, description de la progression à chaque traction, si une épisiotomie a été pratiquée ou non.
- Heure de la naissance.
- Position de la tête fœtale à la naissance (OIDA, OIGA, OIDP, OIGP, OIGT, OIDT)

- État du bébé à la naissance, couleur, respiration et si une réanimation était nécessaire, ainsi que la position de la bosse sérosanguine et les éventuelles contusions.
- Détails du troisième stade du travail.
- Médicaments administrés
- État de la mère après la naissance
- Toute complication affectant la femme ou le bébé.

Traiter le matériel

- Nettoyer et traiter le matériel en suivant le mode d'emploi du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé.
- Rassembler la ventouse et tester le vide sur une main gantée.

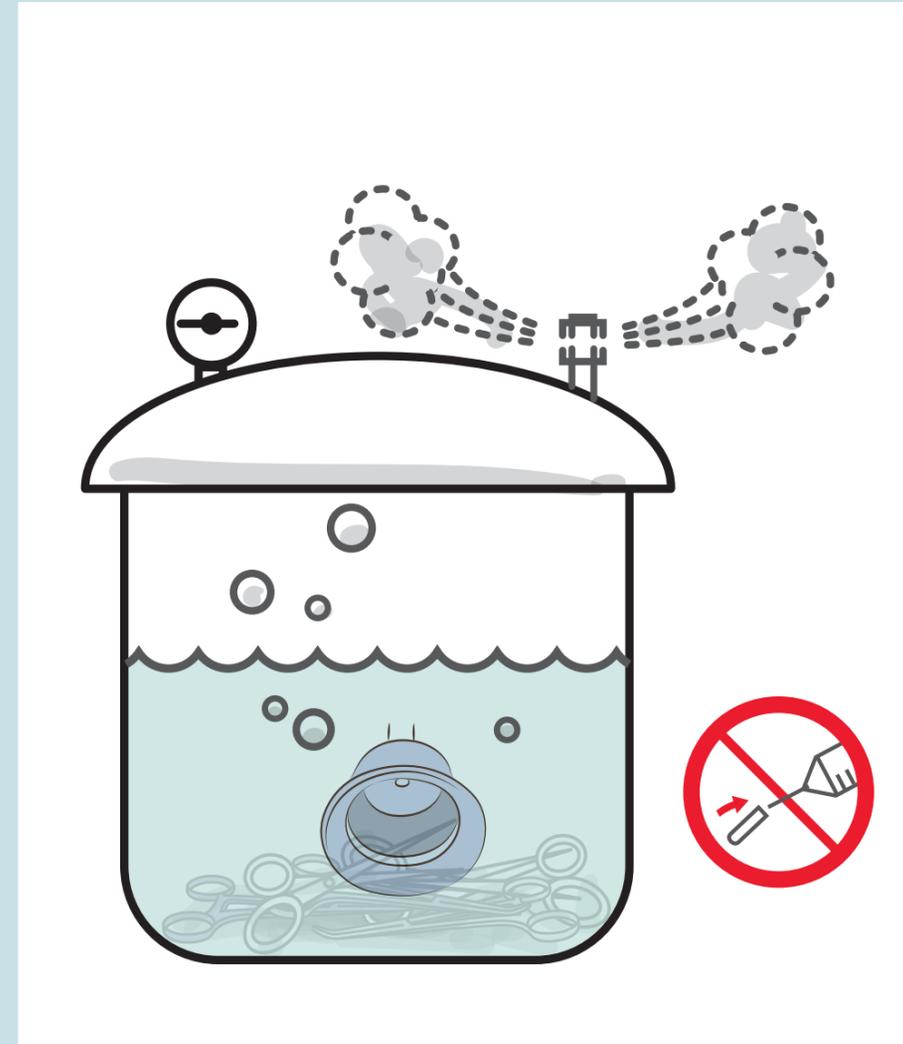
Pratiquez

Répartissez les apprenants en groupes de 4 ou moins. Demandez aux apprenants de s'entraîner à démonter et à remonter l'équipement en utilisant le mode d'emploi du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé.

Tâches après la procédure



Documenter



Nettoyer l'équipement



Expliquez

Comme pour toutes les femmes qui accouchent par voie basse, laisser la femme et le bébé se reposer confortablement dans un endroit où ils peuvent être surveillés de près. Pendant les 6 premières heures du post-partum :

Surveiller la femme et le bébé :

- Toutes les 15 minutes pendant la première heure après la naissance
- Toutes les 30 minutes pendant les deux heures suivantes
- Toutes les 60 minutes pendant les trois heures suivantes
- Puis au moins toutes les 6-8 heures jusqu'à la sortie de l'établissement de santé.

Surveiller et prendre soin de la femme :

- Surveiller le pouls, la température, la TA, la tonicité utérine et les saignements vaginaux.
- Faire très attention à la recherche et à la prise en charge de l'HPP et d'une infection.
- Fournir des soins de routine et un counseling sur les interventions d'auto-prise en charge.
- S'assurer que la femme a un plan de planification familiale avant qu'elle ne rentre chez elle.

Surveiller et prendre soin du bébé :

- Surveiller la respiration du bébé, sa couleur, sa température, son tonus corporel, l'allaitement et le cordon pour détecter les saignements. Examiner et palper la tête/le cuir chevelu lors de la surveillance.
- S'assurer que le bébé est sec et chaud, que le cordon est bien clampé et qu'il est mis au sein dans l'heure qui suit la naissance.
- Maintenir le bébé en contact peau à peau pendant au moins une heure après la naissance.
- Rechercher les signes d'hématome sous-galéal ou de jaunisse importante :
 - Léthargie
 - Convulsions néonatales
 - Apnée
 - Difficultés d'alimentation
 - Irritabilité
 - Fontanelle bombée

- Respiration superficielle ou difficile
- Tonus anormal
- Altération de l'état de conscience
- Fournir les soins essentiels de routine au nouveau-né.
- Conseiller les parents sur les soins à donner au bébé.

Passez en revue les meilleures pratiques pour les soins immédiats de la femme et du nouveau-né, demandez :

« Que devez-vous faire pour toutes les femmes et leurs bébés pour qu'ils bénéficient de soins continus après la naissance ? »

- Garder la femme et le bébé dans l'établissement de santé pendant au moins 24 heures après la naissance. Ils peuvent rentrer chez eux si leur état est normal et si le bébé se nourrit bien.
- Laisser ensemble la femme et son bébé 24 heures sur 24 pour assurer un allaitement optimal.
- Passer en revue le plan de préparation en cas de complications pour la femme et le nouveau-né avant la sortie.
- Effectuer la première visite postnatale pour la femme et le nouveau-né avant la sortie de l'établissement de santé.

EXERCICE

Se préparer pour les activités FDHF - Agir !

Dites, « **Rafraîchissons-nous la mémoire au sujet de FDHF. Quelqu'un peut-il expliquer FDHF ? FDHF signifie, « faible dose, haute fréquence ».** C'est une approche de la formation où nous faisons de courtes formations d'apprentissage et de pratique dans nos établissements de santé et avec nos collègues pour faciliter la prestation des meilleurs soins possibles. »

Demandez aux apprenants de se rendre à la page 55 du Guide du prestataire afin qu'ils puissent voir les activités de pratique des compétences et d'amélioration de la qualité qu'ils feront après aujourd'hui. Ces activités seront coordonnées par un pair à qui on demandera d'aider. Expliquez qu'ils vont travailler en équipe et s'entraider pour réaliser les activités.

Demandez-leur d'inclure tout le personnel dans ces sessions, même s'ils n'ont pas participé à la formation aujourd'hui.

Agir !

Que ferons-nous différemment ensemble ?

Prenez 5 à 10 minutes et demandez aux membres du groupe de partager leurs expériences en matière de formation de base ou de pratique clinique de l'accouchement assisté par ventouse. Demandez-leur comment ils se sentent maintenant après avoir reçu une formation de recyclage.

Ensuite, demandez au volontaire de lire la liste des problèmes qu'il a notés pendant les discussions d'aujourd'hui.

Demandez au groupe :

- « **Lesquels de ces points voulons-nous aborder ?**
- **Comment allons-nous effectuer ces changements ? »**

Montrez le tableau à feuilles mobiles et dites :

« **Pour nous aider à effectuer ces changements, nous allons créer des objectifs SMART.** »

En utilisant l'exemple, rappelez aux apprenants ce qu'est un objectif « SMART ». Si c'est un large groupe, répartissez en groupes de 6 personnes ou moins et demandez-leur de trouver 3 à 5 objectifs SMART. Donnez-leur 15 minutes pour cette activité. S'il y a plus d'un groupe, demandez-leur de partager leurs objectifs. Faites remarquer que le premier exercice de FDHF consiste à mettre leurs plans en action !

EXERCICE

Se préparer pour les activités FDHF - Agir !

FDHF

Pratique continue et activités d'amélioration de la qualité

Passer à l'action avec les objectifs S.M.A.R.T

Spécifique	Les prestataires autorisés peuvent effectuer l'AAV
Mesurable	80 % des prestataires autorisés sont compétents et à l'aise pour effectuer un AAV
Atteignable	Nous disposons d'un personnel autorisé à effectuer un AAV et pouvons obtenir toutes les ressources nécessaires.
Réaliste	L'AAV peut réduire les mortinaissances récentes ainsi que la morbidité et la mortalité maternelles associées à un deuxième stade de travail prolongé.
Temporel	Il nous faudra jusqu'à 3 mois pour que le personnel acquière la confiance nécessaire à la pratique de l'AAV et obtienne l'équipement et les fournitures.

Remerciements



Aider les mères à respirer Accouchement assisté par ventouse

Tableau à feuilles mobiles du

Facilitateur

Susheela Engelbrecht, CNM, MPH, MSN
Cherrie Lynn Evans, DrPH, CNM
Jhpiego

Réviseurs

Blami Dao, MD
Mark Hathaway MD, MPH
Chrisostom Lipingu, MD, MMED OBGYN
Kusum Thapa, FRCOG, MPH
Gaudiosa Tibajjuka, MEd, RN, RM
John E. Varallo, MD, MPH, FACOG
Jhpiego

Wanda Nicholson, MD, MPH, on behalf of the Committee on Childbirth and Postpartum Haemorrhage
Fekade Ayenachew, MD, on behalf of the Committee on Obstetric Fistula
International Federation of Gynecology and Obstetrics

Florence West, RNM MIPH PhD
International Confederation of Midwives

Michelle Acorn, DNP, FCAN, FAAN
International Council of Nurses, Chief Nurse

Robert B. Clark, MD, MPH, FAAFP
William J. Keenan, MD, FAAP
Sommer Aldulaimi, MD, FAAFP
American Academy of Pediatrics,
Helping Babies Survive Planning Group

Maureen Ries, MD, FACOG
Seed Global Health & UC San Diego

Directeur artistique en conception pédagogique

Anne Jorunn Svalastog Johnsen
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Illustrateur

Bjørn Mike Boge
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Jhpiego est une organisation internationale de santé à but non lucratif affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis près de 50 ans, Jhpiego donne des moyens d'action aux agents de santé de première ligne en concevant et en mettant en œuvre des solutions pratiques efficaces et peu coûteuses pour renforcer la fourniture de services de santé aux femmes et à leurs familles. En mettant en pratique au quotidien des innovations sanitaires fondées sur des données probantes, Jhpiego s'efforce d'éliminer les obstacles à des soins de santé de qualité pour les populations les plus vulnérables du monde.

Le module Aider les mères à survivre, Accouchement assisté par ventouse a été conçu et développé par une équipe du Technical Leadership Office de Jhpiego et utilise la conception du module créé pour Aider les bébés à respirer (ABB), un module développé par American Academy of Pediatrics.

Nous exprimons notre sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire les décès inutiles de femmes et de leurs bébés. Nous tenons à remercier tout particulièrement ceux qui nous ont guidés dans l'élaboration de ces documents, à savoir la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) et l'American Academy of Pediatrics (AAP).

Nous tenons à remercier nos collègues partenaires en Tanzanie qui ont apporté leur soutien aux tests de ces matériels



American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Ce travail a été rendu possible grâce au soutien généreux de Laerdal Global Health, de la Laerdal Foundation for Acute Medicine et de Jhpiego, une filiale de l'université Johns Hopkins.

Nous remercions tout particulièrement Tore Laerdal pour son dévouement sans faille à la vie des femmes et de leurs nouveau-nés dans le monde entier.

