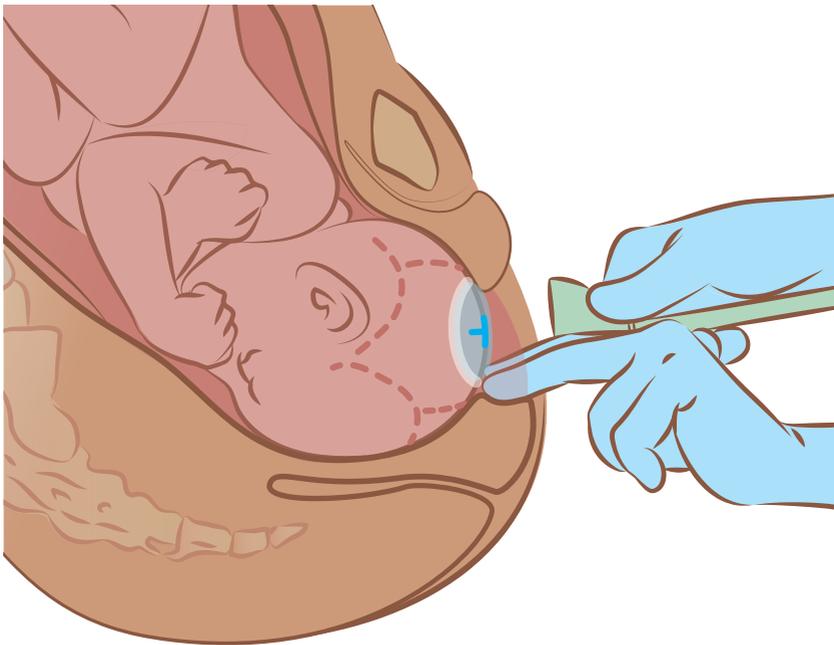


Octobre 2022

Aider les mères à survivre **Accouchement assisté par ventouse**

Guide du prestataire



Remerciements



Jhpiego est une organisation internationale de santé à but non lucratif affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis près de 50 ans, Jhpiego offre aux agents de première ligne des moyens d'agir en concevant et en mettant en œuvre des solutions efficaces, peu coûteuses et pratiques pour renforcer la prestation de services de santé pour les femmes et leurs familles. En intégrant des innovations de santé fondées sur des preuves dans la pratique quotidienne, Jhpiego œuvre en vue de vaincre les obstacles à l'accès aux soins de qualité pour les populations les plus vulnérables dans le monde.

Le module Aider les mères à survivre, Accouchement assisté par ventouse a été conçu et développé par une équipe du bureau de direction technique de Jhpiego et utilise la conception du module créé pour Aider les bébés à respirer (ABB), un module développé par l'Académie américaine de pédiatrie.

Nous exprimons notre sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire les décès inutiles des femmes et de leurs bébés. Nous tenons à remercier tout particulièrement ceux qui nous ont guidés dans l'élaboration de ce matériel, à savoir la Confédération internationale des sage-femmes (ICM), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et l'Académie américaine de pédiatrie (AAP). Nous souhaitons remercier nos collègues partenaires en Tanzanie qui ont soutenu les tests de ce matériel.



Ce travail a été rendu possible grâce au soutien généreux de Laerdal Global Health, de Laerdal Foundation for Acute Medicine, et 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.



Aider les mères à survivre - Accouchement assisté par ventouse

Guide du prestataire

Auteurs

Susheela M. Engelbrecht, MPH, CNM, 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 Tibaijuka, 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 MPH PhD
International Confederation of Midwives

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

Robert B. Clark, MD, MPH, FFAFP
William J. Keenan, MD, FAAP
Sommer Aldulaimi, MD, FFAFP
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

Vous pouvez faire une différence

Cette formation vous aidera, vous et votre équipe, à identifier les femmes qui présentent des indications pour un accouchement assisté par ventouse (AAV), à évaluer les femmes pour s'assurer qu'elles remplissent les critères de l'AAV et qu'elles ne présentent pas de contre-indications, à réaliser l'AAV et à prendre en charge les problèmes maternels et néonataux associés à l'AAV.

Ce module est conçu comme une formation d'une journée dans un établissement de santé qui enseigne comment réaliser un AAV en toute sécurité.

Le matériel pour ce module comprend :

1. Plan d'action

- un outil de travail graphique pour aider les prestataires à identifier les candidates appropriées à l'AAV, à réaliser l'AAV en toute sécurité et à prendre en charge les problèmes lorsqu'ils surviennent.

2. Tableau à feuilles mobiles

- utilisé pour les instructions lors de la journée de formation et peut être une référence après la formation initiale.

3. Ce guide du prestataire (GP) est conçu à la fois pour les facilitateurs et les apprenants. Il contient des outils de travail et des listes de vérification utilisés pendant la journée de formation et pour la pratique clinique, ainsi que des informations plus approfondies. Après la formation, les apprenants continueront à mettre en pratique les compétences nouvelles ou révisées sous la direction des pairs coordinateurs sur place ; le Guide du prestataire contient des instructions pour cette pratique.

Étant donné que tout apprenant peut potentiellement coordonner la pratique après la formation initiale, ce Guide du prestataire comprend des informations destinées à tous.

Servez-vous de ce guide du prestataire pour :

- Vous aider à fournir les meilleurs soins aux femmes qui nécessitent un AAV
- Poursuivre les exercices hebdomadaires avec vos pairs dans votre établissement de santé après la journée de formation. Les exercices courts commencent à la page 55 et durent de 10 à 25 minutes une fois par semaine.
- Vous donner plus d'informations et de ressources pour maintenir vos compétences.

Table des matières

Introduction	2
Soins respectueux, soutien émotionnel, communication et prévention des infections	3
Confirmer les indications pour l'AAV	5
Évaluer si les critères pour l'AAV sont remplis.....	6
Critères pour un AAV	7
Contre-indications à l'AAV.....	7
Évaluation des 4 P.....	8
Classifier	9
Exercice: Revue du module Travail prolongé et dystocie mécanique.....	10
Exercice: Classifier.....	11
Classifier DCP/dystocie mécanique, indications d'une césarienne	14
Exercice: DCP/dystocie mécanique/indications d'une césarienne	15
Soins avant la référence / préopératoires	16
Classifier, Premier stade du travail ou deuxième stade prolongé mais ne remplit pas les critères d'un AAV.....	17
Obtenir le consentement	18
Formulaire de consentement : Accouchement assisté par ventouse	19
Préparer la femme	20
Préparer l'équipement, le personnel et la salle d'accouchement	21
Liste de vérification de la sécurité pour l'AAV	22
Choisir la bonne cupule - type et taille.....	23
Localiser le point de flexion.....	24
Appliquer la cupule sur le point de flexion.....	25
Créer le vide	26
Unités de mesure de la pression du vide.....	27
Ne tirer que pendant les contractions.....	28
Évaluer: Vérifier la descente de la tête après chaque traction / contraction	30
Continuer à surveiller de près	31

<i>Délivrer la tête, Retirer la ventouse</i>	<i>32</i>
<i>Soutenir la naissance, Se préparer à la dystocie des épaules</i>	<i>34</i>
<i>Liste de vérification de l'AAV</i>	<i>36</i>
<i>Exercice: Réaliser un accouchement par ventouse et fournir des soins pendant le troisième stade du travail</i>	<i>40</i>
<i>Évaluer le nouveau-né pour détecter les blessures et les complications</i>	<i>43</i>
<i>Blessures chez le nouveau-né après un AAV.....</i>	<i>45</i>
<i>Évaluer la femme pour les blessures et les complications</i>	<i>47</i>
<i>Tâches après la procédure.....</i>	<i>48</i>
<i>Surveiller de près et continuer les soins</i>	<i>49</i>
<i>Exercice: Révision du module Travail prolongé et dystocie mécanique- Clé des réponses .</i>	<i>51</i>
<i>Exercice: Classifier - Clé de réponses</i>	<i>52</i>
<i>Exercice: Réaliser un accouchement par ventouse et fournir des soins pendant le troisième stade du travail – Clé de réponses</i>	<i>53</i>
<i>Plan d'action d'équipe - pour améliorer les soins pendant le travail et l'accouchement, objectifs SMART.....</i>	<i>54</i>
<i>ACTIVITÉS FDHF-pratique par les pairs.....</i>	<i>55</i>
<i>Plan d'action</i>	<i>64</i>

Introduction

Attentes en matière de performance

- Définir les termes clés utilisés dans le module
- Décrire les compétences requises pour réaliser un AAV en toute sécurité.

Points clés

- Un AAV peut contribuer à réduire les complications du deuxième stade prolongé du travail.
- Les prestataires qui pratiquent un AAV doivent être compétents et avoir confiance dans les compétences requises.

Connaissances et compétences

- **Un accouchement assisté par ventouse (AAV) est la naissance par voie basse d'un bébé réalisée à l'aide d'un instrument d'extraction dont le principe d'action est basé sur le vide.**
- **Le vide est conçu pour produire une traction sur le cuir chevelu du fœtus afin d'aider les efforts d'expulsion de la mère.**

Un AAV peut contribuer à réduire les complications dues à un deuxième stade du travail prolongé.

- L'AAV est une procédure qui permet de sauver la vie lorsqu'elle est utilisée par des cliniciens compétents qui peuvent, en toute confiance et avec compétence :
 - identifier les indications appropriées à la procédure
 - évaluer une femme pour s'assurer que tous les critères de réalisation d'un AAV sont remplis avant de tenter de la réaliser
 - identifier les contre-indications à la réalisation d'un AAV

- fournir des soins aux femmes ayant des indications pour un AAV qui ne remplissent pas les critères
- réaliser l'intervention
- prendre en charge les problèmes et les complications associés à un AAV.
- Utiliser la ventouse pour aider l'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 pas être utilisée pour aider l'accouchement par voie basse lorsque le travail se déroule normalement.

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.

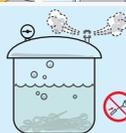
Contre-indications à un AAV

- Un état qui indique qu'un AAV ne doit PAS être effectué même s'il y a une indication

Soins respectueux, soutien émotionnel, communication et prévention des infections



5 indications pour l'hygiène des mains



Matériel propre

Attentes en matière de performance

- Fournir systématiquement des soins respectueux lors de la prise en charge d'une femme nécessitant un AAV.
- Respecter le droit de la femme à l'information, au consentement éclairé, et respecter ses choix et ses préférences.

Points clés

Pour assurer le succès d'un AAV, il est essentiel d'avoir une bonne communication entre :

- Les prestataires et la femme / l'accompagnant(e).
- Les prestataires qui s'occupent de la femme.
- Les prestataires de la salle d'accouchement et les prestataires d'autres services - soins aux nouveau-nés, bloc opératoire, établissements de référence ou médecins spécialistes de l'établissement de santé.

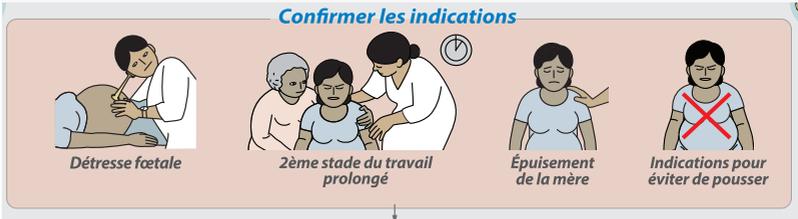
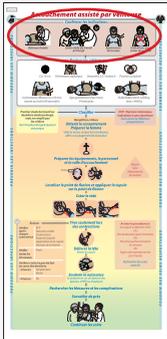
Connaissances et compétences

Une relation positive entre la femme et ses prestataires de soins est d'une importance vitale pour s'assurer qu'elle comprend la nécessité de procéder à un AAV, qu'elle donne son consentement éclairé et qu'elle peut travailler avec les prestataires qui s'occupent d'elle.

- 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.
- Il est particulièrement important de fournir des soins émotionnels lors d'un AAV, car :
 - Les femmes qui ont besoin d'un AAV peuvent avoir l'impression d'avoir « échoué », seront peut-être anxieuses ou auront peut-être peur pour leur propre bien-être ou celui de leur bébé.
 - Son anxiété et sa peur peuvent affecter sa capacité à suivre les instructions et avoir un impact négatif sur la progression du travail.
- Les femmes qui ont subi 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.

- En tant que prestataire, viser à créer une expérience de naissance positive pour autonomiser et réconforter les femmes plutôt que de nuire à leur confiance en soi ou à leur estime de soi.
- 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 propres
 - des mains propres
 - des gants stériles
 - un périnée propre
 - des ventouses, des tubes et des appareils stériles/désinfectés à haut niveau.

Confirmer les indications pour l'AAV



Attentes en matière de performance

- Identifier les femmes au deuxième stade du travail qui ont des indications pour un AAV.

Points clés

- Pour assurer une utilisation sécuritaire et le succès d'un AAV, il est essentiel que :
 - Les prestataires comprennent les indications obstétricales et médicales d'un AAV.
 - Les prestataires n'envisagent un AAV que lorsqu'il existe des indications claires pour son utilisation.

Connaissances et compétences

- La ventouse produit une traction sur le cuir chevelu du fœtus pour aider les efforts de poussée de la mère.
- L'utilisation de la ventouse pour faciliter l'accouchement requiert des compétences et comporte des risques. N'utiliser la ventouse qu'en présence d'une indication obstétricale ou médicale.
- Lorsque l'état de la femme est satisfaisant, que le fœtus se présente bien et que l'on constate des progrès dans la descente de la tête fœtale, il n'y a pas lieu de tenter un AAV.
- La ventouse ne doit pas être utilisée pour « aider » un accouchement par voie basse qui se déroule normalement.

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

Indications d'un AAV :

- **Détresse fœtale au deuxième stade qui nécessitent une naissance immédiate.**

Écouter le rythme cardiaque foetal (RCF) pendant au moins une minute. Écouter pendant une contraction utérine et continuer pendant au moins 30 secondes après la contraction. Les signes de détresse incluent :

- RCF très lent (<100 bpm) entre les contractions ou persistant après les contractions pendant au moins trois contractions.
- RCF rapide (≥ 160 bpm) entre les contractions ou persistant après les contractions pendant au moins trois contractions

- **Deuxième stade prolongé**

- Pour un premier accouchement, la naissance n'est pas terminée après 3 heures de poussée.
- Pour les accouchements suivants, la naissance n'est pas terminée après 2 heures de poussée.

- **Épuisement maternel**

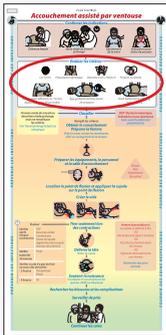
- **Conditions maternelles nécessitant un**

deuxième stade plus court ou dans les cas où la poussée est contre-indiquée, notamment :

- Maladie vasculaire cérébrale, des conditions cardiaques, des affections pulmonaires.

REMARQUE : Ces conditions auraient dû être identifiées avant le 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 aient été écartées.

Évaluer si les critères pour l'AAV sont remplis



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

Attentes en matière de performance

- Évaluer une femme présentant des indications pour un AAV afin d'éliminer les contre-indications et de confirmer qu'elle remplit les critères.

Points clés

- L'AAV a des avantages et des risques. Pour minimiser les risques, les prestataires doivent confirmer qu'une femme remplit les critères avant de tenter un AAV.
- Le deuxième stade du travail peut être prolongé pour plusieurs raisons. Lorsque la seule indication pour un AAV est un deuxième stade prolongé, les prestataires doivent évaluer soigneusement la femme pour identifier la cause plutôt que de tenter systématiquement un AAV chaque fois qu'un deuxième stade prolongé est suspecté.

Connaissances et compétences

Un AAV réussi nécessite une sélection minutieuse de la bonne cliente.

Lorsqu'il y a une indication d'un AAV, confirmer rapidement que tous les critères sont remplis et qu'il n'existe aucune contre-indication à un AAV.

Critères pour un AAV

- Une disproportion céphalo-pelvienne (DCP) et une dystocie mécanique sont exclues.
- Col de l'utérus complètement dilaté (10 cm).
- Présentation céphalique (du sommet)
- Position occipitale de la tête foetale confirmée.
- Tête foetale est engagée [station 0 ou plus bas dans le canal de naissance - 0 à +4] - la tête se trouve au moins au niveau 0 à deux cinquièmes (0/5 à 2/5) de la tête palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
- Il y a au moins 3 contractions/10 minutes, chacune durant au moins 40 secondes

- Âge gestationnel (AG) d'au moins 34 semaines.
- Le poids estimé du fœtus est d'au moins 2500g et ne dépasse pas 4000g
- Si le travail prolongé est la seule indication pour un AAV, évaluer rapidement les quatre « P » (Patiente-Passager-Puissance-Passage) pour identifier la cause du travail prolongé et décider si l'AAV est l'intervention la plus appropriée. Le diagnostic différentiel du deuxième stade prolongé est le suivant :
 - diagnostic erroné 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 mode d'accouchement.

Contre-indications à l'AAV

Un AAV est contre-indiqué si même l'un des éléments suivants est présent :

- AG < 34 semaines ou pas certain
- Bébè pèse <2500 g ou >4000 g ou pas sûr
- Signes de DCP / dystocie mécanique
 - Œdème vulvaire / cervical et/ou
 - Présence de gonflement du segment inférieur de l'utérus et/ou la formation d'un anneau de rétraction avec une vessie vide et/ou
 - Arrêt secondaire de la descente / pas de descente avec au moins 3 contractions/10 minutes, chacune durant au moins 40 secondes et/ou
 - Bosse sérosanguine (caput succédané) 3+ et/ou modelage 3+
- Positions/présentations dystociques qui nécessitent une césarienne (position mento-postérieure ; présentation transversale et de l'épaule, du front, mixte, du siège décomplété mode des pieds, du siège complet ou décomplété avec tête fœtale mal fléchie).
- Présentation non céphalique
- Position non occipitale
- Tête non engagée (descente 3/5 à 5/5 palpable au-dessus de la symphyse pubienne / station -1 à -4)

Si une contre-indication est présente, la femme a besoin des soins avancés.

Évaluation des 4 P

Patiente

1. Comment fait-elle face à la situation ? A-t-elle peur, est-elle anxieuse, en détresse ou ne contrôle-t-elle pas son comportement ?
2. Est-elle accompagnée d'une personne de son choix ?
3. Est-elle déshydratée (acétone dans l'urine ++ ou plus, bouche et langue sèches, yeux enfoncés, soif extrême, urine de couleur foncée, fatigue, vertiges, confusion) ?
4. La vessie est-elle pleine ?
5. A-t-elle choisi la position dans laquelle elle veut pousser ?
6. Présente-t-elle des signes d'infection utérine (température >38°C, sensibilité abdominale/utérine, odeur nauséabonde des pertes vaginales, etc.) ?

Passager

7. Quel est l'âge gestationnel ?
8. Quel est le poids fœtal estimé ?
9. Comment le fœtus tolère-t-il le travail ?
 - Quel est le RCF pendant et après les contractions ? Y a-t-il des signes de détresse fœtale ? RCF <110 bpm ou ≥160 bpm ?
 - Le liquide est-il teinté de méconium ?
10. Quelle est la présentation du fœtus ?
11. La présentation aura-t-elle de chances d'aboutir à un accouchement par voie basse (c'est-à-dire céphalique ou par le siège complet/décomplété) ?
12. La présentation peut-elle être associée à un travail prolongé ?
13. Quelle est la position du fœtus ?
14. Cette position aura-t-elle de chances d'aboutir à un accouchement par voie basse (c.-à-d. occipitale, mento-antérieure ou siège complet /décomplété mode des fesses avec tête bien fléchie) ?
15. La position peut-elle être associée à un travail prolongé ?
16. La tête fœtale est-elle engagée ?
17. La tête fœtale est-elle bien fléchie ?

Puissance

18. Le col de l'utérus est-il complètement dilaté ?
19. Depuis combien de temps la femme est-elle en phase expulsive du deuxième stade ?
20. Combien de contractions a-t-elle par période de 10 minutes ? Combien de secondes dure chaque contraction ?
21. L'utérus se détend-il entre les contractions ?
22. Y a-t-il une descente progressive de la partie du fœtus qui se présente à chaque contraction / effort de poussée ?

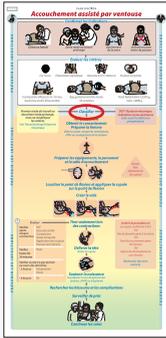
Passage

23. A-t-elle une cicatrice de césarienne ? La césarienne était-elle pour une DCP/DFP ?
24. Y a-t-il des signes d'une dystocie mécanique ou de DCP/DFP ?
 - Détresse maternelle et/ou fœtale et/ou
 - Bosse séro sanguine 3+ et/ou modelage 3+ et/ou
 - Partie inférieure de l'utérus bombée / présence d'un anneau de striction (anneau de Bandl) et/ou
 - Mauvaise descente de la présentation fœtale avec de bonnes contractions.
25. Existe-t-il des problèmes au niveau du canal de naissance pouvant entraîner une obstruction (par exemple, vagin étroit, mutilation génitale féminine ou tumeurs) ?
26. Le bassin est-il déformé ou étroit ?

Assurez-vous de consulter un prestataire expérimenté si vous avez besoin d'aide pour prendre des décisions concernant les suivants :

- Âge gestationnel
- Poids fœtal estimé
- Position du fœtus
- L'adéquation du bassin
- Le mode d'accouchement

Classifier



Attentes en matière de performance

- Classifier avec précision les problèmes de travail lorsqu'il y a des indications pour un AAV.

Points clés

De bons résultats pour la femme et le bébé dépendent des éléments suivants :

- Une évaluation précise du tableau clinique
- Un diagnostic et une classification bien informés du problème
- Un bon plan de soins
- Une communication claire et efficace avec la femme, l'accompagnant(e) et les autres prestataires

Connaissances et compétences

- Un plan de soins optimal dépend de la capacité du prestataire à évaluer et à interpréter avec précision les résultats cliniques.
- Une classification précise des problèmes de travail sur la base des résultats cliniques conduira à des soins optimaux.

Une fois l'évaluation terminée, le plan de soins sera basé sur les classifications.

Classifications

- La femme a besoin de **soins avancés** pour des raisons suivantes :
 - Signes d'une dystocie mécanique / DCP.
 - Les contractions s'arrêtent et une rupture utérine est soupçonnée.
 - Complication qui ne peut pas être prise en charge dans l'établissement de santé.
 - Présentation / position dystocique qui nécessite une césarienne.
 - Détresse maternelle et/ou foetale et la phase expulsive dure depuis plus de 2 heures (multipares)/3 heures (nullipares) MAIS elle ne remplit pas les critères d'un AAV.
- 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 les critères d'un AAV ne sont pas remplis. Se référer à « **AMS Travail prolongé et dystocie mécanique** ».
- **Il y a des indications pour un AAV et les critères pour un AAV sont remplis.**

Expliquer votre évaluation et les options de soins à la femme et à l'accompagnant(e).

EXERCICE

Revue du module Travail prolongé et dystocie mécanique

Travaillez en paires pour réaliser l'exercice ci-dessous afin d'associer les problèmes aux actions à entreprendre pour les prendre en charge. Pour chaque problème énuméré dans la colonne « Problème », choisissez la ou les actions appropriées dans la colonne « Action », puis écrivez la ou les lettres correspondant à cette ou ces actions dans la colonne « Réponse ». Remarquez qu'il peut y avoir plus d'une action correcte pour chaque problème.

Problème	Réponse	Action
Maux de tête sévères, vision floue, crises, douleur du quadrant supérieur droit, fièvre/frissons		A. Effectuer une évaluation rapide et prendre en charge le problème.
Signes de détresse maternelle (pouls ≥ 100 bpm, température $>38^{\circ}\text{C}$, TAs <90 mmHg/ TAd >90 mmHg)		B. Offrir un soutien émotionnel et des encouragements.
La femme est anxieuse		C. La laisser se reposer jusqu'à ce que le col de l'utérus soit complètement dilaté.
La femme a du mal à faire face à la situation		D. S'assurer qu'elle a une personne de son choix à ses côtés et aider l'accompagnant(e) à la soutenir et la reconforter.
Col < 10 cm		E. La laisser se reposer jusqu'à ce qu'elle ait envie de pousser.
La femme a commencé à pousser avant d'avoir envie de pousser		F. L'aider à prendre la position de son choix ou l'encourager à changer de position.
La femme pousse alors qu'elle est sur le dos		G. Donner de l'oxygène, s'assurer que la femme n'est pas sur le dos, donner des liquides et évaluer /prendre en charge s'il y a une cause maternelle (fièvre, déshydratation, anxiété, médicaments).
La femme ne pousse pas dans la position de son choix		H. Offrir des boissons sucrées pour l'énergie ou une perfusion si nécessaire.
La femme est trop fatiguée pour pousser		I. Évaluer si la femme est candidate à une stimulation de l'activité utérine avec de l'ocytocine.
Il y a des signes de déshydratation		J. Stimulation l'activité utérine avec ocytocine.
Il y a moins de 3 contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes		K. Préparer la femme à un accouchement par césarienne.
RCF <110 bpm ou ≥ 160 et/ou méconium épais dans les présentations sans siège.		L. Évaluer la présence des signes de dystocie mécanique/DCP et autres indications pour une césarienne.
Présentation/position autre que l'occipitale		M. Évaluer si la femme répond aux critères d'un AAV.
Arrêt secondaire de la descente / pas de descente		
Bosse sérosanguine 3+ et/ou modelage 3+		
Gonflement de la partie inférieure de l'utérus ou présence d'un anneau de striction (anneau de Bandl) avec une vessie vide		

EXERCISE

Classifier

Vous travaillerez en groupes de 3 à 4 personnes avec un facilitateur portant le simulateur.

Les apprenants seront à tour de rôle « le prestataire », « l'accompagnant(e) » et « l'observateur ».

Le « prestataire » fait les évaluations et le facilitateur ou l'observateur donnera les résultats.

Le facilitateur fera un débriefing après que chaque prestataire a terminé l'évaluation pour passer en revue les éléments suivants :

- 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 se rappeler ?
- Comment pouvons-nous nous aider mutuellement à nous souvenir ?
- Que feriez-vous différemment la prochaine fois pour améliorer votre performance ?

Étude de cas 1

Voici Mme B dont le travail a commencé il y a 16 heures. Elle a eu trois accouchements eutociques et sa DPA est dans une semaine. Elle a refusé d'être accompagnée. Elle est au deuxième stade du travail et pousse depuis 3 heures. RCF : 188 bpm, 192 bpm, 172 bpm après 3 contractions. Mme B. est très fatiguée mais est en mesure de pousser. Signes vitaux : TA 124/72, Pouls 78 bpm, 14 respirations/minute, Température 36,8°C. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de Mme B, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.

Contractions: 3/10 min, durant 50-60 sec

Abdomen :

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie est distendue
- Présentation céphalique

Position: OIGT (occipito-iliaque gauche transversale)

Nombre de fœtus : 1

Poids estimé du fœtus : 2500 g

Descente : 1/5 au-dessus de la symphyse pubienne, +2 station

Col de l'utérus : 10 cm

Liquide amniotique : Teinté de méconium

1. *Y a-t-il des indications pour l'AAV ?*
2. *Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?*
3. *A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?*

Étude de cas 2

Voici Mme C qui reçoit des soins dans notre établissement. Elle n'a jamais accouché auparavant et sa DPA est prévue dans 4 semaines. Le travail a commencé il y a 11 heures et les membranes se sont rompues il y a 4 heures.

Son mari 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 148 bpm pendant une contraction et de 152 bpm 30 secondes après la contraction. Les signes vitaux sont les suivants : TA : 112/62, pouls : 96 bpm, température : 37,6 °C, 14 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de Mme C, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.

Contractions : 4/10 min, durant 40-60 sec.

Abdomen :

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie n'est pas distendue
- Présentation céphalique

Position : OIDP (occipito-iliaque droite postérieure)

Nombre de fœtus : 1

Poids estimé du fœtus : 3500 g

Descente : 1/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station +2

Col de l'utérus : 10 cm

Liquide amniotique : Clair

1. **Y a-t-il des indications pour l'AAV ?**
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**

Étude de cas 3

Voici Mme D qui reçoit des soins dans notre établissement de santé. Elle a déjà accouché une fois. Elle a dépassé d'une semaine sa DPA. Le travail a commencé il y a 16 heures et les membranes se sont rompues il y a 8 heures. Sa mère est avec elle. Elle a poussé pendant 2 heures et demie sur le dos. Elle est fatiguée mais pense qu'elle peut encore pousser. Le rythme cardiaque du bébé était de 112 b/m pendant une contraction et de 156 b/m 30 secondes après la contraction. Les signes vitaux sont : TA : 102/52, pouls : 82 bpm, température : 37,2°C, 16 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de Mme D, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.

Contractions : 2/10 min, durant 30-40 sec

Abdomen :

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie est distendue
- Présentation céphalique

Position : OIDA (occipito-iliaque droite antérieure)

Nombre de fœtus : 1

Poids fœtal estimé : La hauteur du fond de l'utérus est de 40 cm

Descente : 2/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station 0

Col de l'utérus : 10 cm

Liquide amniotique : Clair

1. **Y a-t-il des indications pour l'AAV ?**
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**

Étude de cas 4

Voici Mme E qui a reçu des soins dans notre établissement. Elle a déjà accouché deux fois et sa DPA est prévue dans deux semaines. Le travail a commencé il y a 14 heures et les membranes se sont rompues il y a 12 heures.

Son amie est avec elle. Elle a bien poussé pendant 30 minutes et dit être en mesure de continuer à pousser. Le rythme cardiaque du bébé descend à 108 b/m pendant une contraction et entre 168-188 b/m 30 secondes après la contraction. Les signes vitaux sont les suivants : TA : 118/82, pouls : 86 bpm, température : 37,8°C, 16 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de Mme E, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.

Contractions : 4/10 min, durant 50-60 sec

Abdomen :

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie n'est pas distendue
- Présentation céphalique

Position : OI DT (Occipito-iliaque droite transversale)

Nombre de foetus : 1

Poids foetal estimé : 3500 g

Descente : 0/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station +3

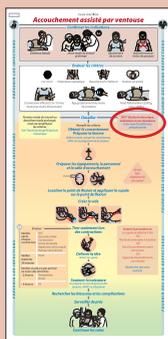
Col de l'utérus : 10 cm

Liquide amniotique : Teinté de méconium

1. **Y a-t-il des indications pour l'AAV ?**
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**

Classifier

DCP/Dystocie mécanique/ Indications pour une césarienne



- ✓ DCP / Dystocie mécanique.
- ✓ Présentation / position dystocique nécessitant une césarienne.
- ✓ Contractions s'arrêtent (rupture utérine soupçonnée).
- ✓ Détresse maternelle et/ou fœtale et la femme présente des contre-indications à l'AAV.

Attentes en matière de performance

- Partager des informations médicales clés et concises avec d'autres prestataires et instaurer la confiance entre les patientes et leur équipe de soins.
- Assurer à la patiente des transitions sûres et coordonnées entre différents établissements de santé et prestataires de soins.

Points clés

- La continuité des soins est un processus qui doit impliquer la patiente et tous les membres de l'équipe soignante.
- Les patientes peuvent être prises en charge par de nombreuses personnes dans des lieux différents lorsqu'une référence ou un transfert est nécessaire. Cela peut augmenter le risque de soins incomplets ou incorrects.

Connaissances et compétences

- 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 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.
 - Communiquer avec soin et sensibilité avec la femme et sa famille au sujet des résultats et de la nécessité d'une référence.

S	Situation. Indiquez votre nom et votre unité ; le nom de la patiente ; une brève description du problème.
A	Antécédents. Donnez brièvement les informations clés liées au problème. Il peut s'agir de la date d'admission, du diagnostic, des antécédents pertinents, des allergies, des médicaments, des signes vitaux, des signes et des symptômes, des résultats de l'évaluation physique, des changements par rapport aux évaluations précédentes, d'un bref examen du traitement à ce jour.
E	Évaluation. Dites ce que vous pensez être le problème basé sur vos conclusions.
R	Recommandations. Dites au prestataire de soins ce dont vous pensez qu'elle a besoin, y compris des examens supplémentaires, et demandez-lui ce qu'il veut que vous fassiez jusqu'à ce qu'elle reçoive des soins définitifs.

EXERCICE

DCP/Dystocie mécanique/Indications d'une césarienne

Passer en revue les informations ci-dessous concernant Mme X., puis préparer la communication **SAER** et communiquer avec votre partenaire.

Informations sur Mme X :

- A poussé à domicile pendant 2+ heures
- G3P2, âgé de 24 ans
- Signes vitaux : TA 132/78, 20 respirations/min, Pouls 88 bpm, Température 37°C
- DPA : 5 semaines à partir de la date d'aujourd'hui (35 semaines + 0 jour).
- RCF: 188 bpm, 192 bpm, 184 bpm

Palpation abdominale :

- Contractions 4 /10 minutes, durant 50-60 sec
- Présentation : céphalique
- 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

Toucher vaginal :

- Col : 10 cm
- Liquide amniotique : Clair
- Station -3
- Position : OIDA (occipito-iliaque droite antérieure)
- Tête fœtale : bosse sérosanguine 3+, modelage 2+

Traitement :

- IV (sérum physiologique) à raison de 125 mL en une heure et le sang envoyé pour l'hémoglobine.
- Positionnée sur son côté gauche.
- Oxygène donné à 4 L/min

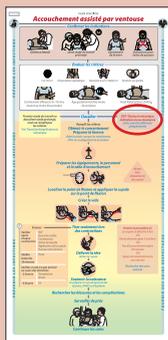
S

A

E

R

Soins avant la référence / préopératoires



Attentes en matière de performance

- Fournir des soins avant la référence ou préopératoires aux femmes qui seront transférées ou référées pour une complication et/ou un accouchement par césarienne.

Points clés

- Pour améliorer les résultats pour la femme et le bébé, fournir des soins continus de qualité jusqu'à ce qu'un prestataire de soins avancés assume les soins.

Connaissances et compétences

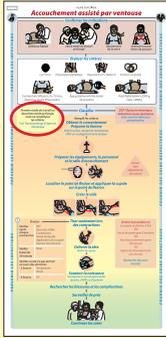
Une fois qu'une décision a été prise de recourir à des soins avancés, continuer les soins et la surveillance jusqu'au transfert à un prestataire de soins avancés.

- Tenir la femme et sa famille informées de ce qui se passe, de ce que l'on fait et pourquoi.
- Ne jamais laisser une femme souffrant d'une complication seule.
- Agir rapidement et s'assurer que les choses urgentes sont faites en premier.
- Si la femme sera transportée vers un autre établissement de santé, activer le plan de transport.
- Si une césarienne sera probablement nécessaire, appeler l'équipe chirurgicale pour qu'elle puisse se préparer.
- Prévenir l'équipe pédiatrique pour accueillir un bébé en détresse.

- Dispenser des soins de soutien et soutenir le travail.
- Discuter avec elle des résultats des tests, expliquer toutes les procédures, obtenir son consentement, l'écouter et être sensible à ses sentiments.
- Placer la femme en position latérale gauche.
- Mettre en place une perfusion de lactate de Ringer ou de sérum physiologique. Prélever du sang pour l'hémoglobine, la compatibilité croisée et le test de coagulation au lit juste avant la perfusion des fluides.
 - En cas de choc avéré ou présumé, entamer immédiatement le traitement. **REMARQUE : ne pas administrer de liquides par voie orale à une femme en état de choc !**
 - Si la femme est déshydratée, entamer immédiatement le traitement.
 - IV d'entretien : perfuser des liquides IV à un taux de 1 L en 6-8 heures.
- Si la femme est en état de choc, présente une PE/E sévère et/ou doit subir une césarienne, placer une sonde de Foley à demeure et enregistrer le débit urinaire.
- Enregistrer tous les liquides perfusés, l'apport de liquides par voie orale et le débit urinaire.
- Administrer des antibiotiques en cas de signes d'infection : ampicilline 2 g IV toutes les six heures PLUS gentamicine 5 mg/kg de poids corporel IV toutes les 24 heures.
- Gérer la douleur au besoin.
- Remplir le formulaire de référence et communiquer avec les prestataires/établissements d'accueil.

Classifier

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



Attentes en matière de performance

- Identifier et prendre en charge les causes d'un deuxième stade prolongé qui ne remplit pas les critères d'un AAV et d'une césarienne.
- Identifier et prendre en charge les cas de deuxième stade du travail mal diagnostiqués.

Points clés

- Un diagnostic correct est nécessaire pour s'assurer qu'une femme reçoit les soins appropriés.
- Un diagnostic erroné et un diagnostic manqué peuvent entraîner une aggravation de l'état jusqu'à ce que le problème soit correctement diagnostiqué.

Connaissances et compétences

- Le plan de soins doit être basé sur les résultats cliniques. Se référer à « *AMS Travail prolongé et dystocie mécanique* ».
- **Si le col de l'utérus n'est pas complètement dilaté et qu'il n'y a pas de signes de DCP/dystocie mécanique :**
 - Déterminer et prendre en charge la cause.
 - S'assurer qu'elle a une personne à ses côtés de son choix. Aider l'accompagnant(e) à lui prodiguer des soins et à la reconforter.
 - Veiller à ce qu'elle bénéficie d'un soulagement adéquat de la douleur.
 - Encourager la femme à être aussi mobile et

debout que possible, à manger et à boire comme elle le souhaite, et à vider la vessie.

- **Si le deuxième stade est prolongé, mais qu'elle ne remplit pas les critères d'un AAV et qu'il n'y a pas de signes de DCP/dystocie mécanique, déterminer et prendre en charge tous les problèmes identifiés :**

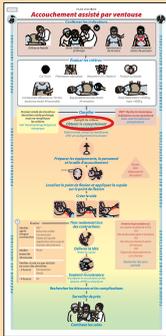
- Si elle est anxieuse ou a du mal à faire face à la situation, apporter un soutien émotionnel et des encouragements !
- S'assurer qu'elle a un accompagnant(e) de son choix et aider ce dernier à la soutenir et à la reconforter.
- Si les contractions utérines sont inefficaces, envisager de stimuler l'activité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

- **Dans tous les cas :**

- Fournir des soins et un soutien émotionnel.
- Continuer à surveiller le bien-être de la femme et du bébé ainsi que l'évolution du travail et réagir immédiatement aux problèmes.

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 assisté par la ventouse
- ✓ A quoi faut-il s'attendre ?

Attentes en matière de performance

- Obtenir le consentement éclairé pour l'AAV.

Points clés

- Pour que le consentement soit éclairé, une patiente doit comprendre les risques et les avantages du traitement qui lui est proposé. Il est essentiel que les patientes comprennent parfaitement afin de pouvoir faire un choix éclairé.

Connaissances et compétences

- L'utilisation de la ventouse dans les bons cas peut sauver la vie, mais les ventouses obstétricales peuvent aussi causer des traumatismes. Il est donc essentiel que la femme donne son consentement éclairé pour la procédure.
- Le consentement éclairé **requiert que la patiente montre qu'elle connaît tous les faits pertinents et qu'elle comprend les risques et les avantages.**
- S'il existe des indications pour un AAV et la femme remplit les critères et ne présente pas de contre-indications, rapidement :

- Informer la femme et son accompagnant(e) des résultats et de ses options de soins.
- Faire un counseling pour obtenir un consentement éclairé pour un AAV.
- Informer la femme et la personne qui l'accompagne :
 - Des indications : lors de l'obtention du consentement, n'inclure 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. Expliquer que des risques sont faibles et la plupart sont évitables lorsque le praticien est expérimenté et que la femme répond aux critères requis 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

Après avoir fourni les informations, demander si la femme et/ou l'accompagnant(e) ont des questions et y répondre.

Utiliser le formulaire de la page suivante et confirmer que la femme donne son consentement oral.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Accouchement assisté par ventouse

Indications : Cochez et expliquez à la femme la ou les raisons pour lesquelles l'AAV est indiqué. N'incluez que celles qui sont pertinentes pour cette femme :

- Vous poussez, mais le bébé ne descend pas.
- Le travail ne progresse pas.
- Vous êtes trop épuisée pour pousser.
- Le rythme cardiaque de votre bébé suggère un problème et il doit être mis au monde plus rapidement.
- Vous avez un problème de santé et vous devez limiter la durée de la poussée.

Cochez et informez la femme des:

Avantages de l'AAV

- Accélère la naissance d'un bébé qui peut être en détresse.
- Peut aider à éviter la césarienne.
- Peut raccourcir la phase de poussée.

Risques potentiels

- Les traumatismes subis par la femme et le bébé sont moins importants à l'aide de cupules souples et d'un instrument plus petit.
- L'accouchement par ventouse ne réussit pas toujours. Dans ce cas, un accouchement par césarienne sera recommandé.

Risques potentiels pour le bébé

- Le bébé aura probablement un petit gonflement sur la tête à l'endroit où la cupule est placée. Ce phénomène est normal et disparaît généralement dans les 24 heures.
- Blessures au cuir chevelu.
- Risque accru de blocage de l'épaule du bébé après l'accouchement de la tête (dystocie des épaules).
- Fracture du crâne (très rare).
- Saignement à l'intérieur du crâne (très rare).

Risques potentiels pour la femme

- Déchirures de l'appareil génital, y compris du sphincter anal.
- Hémorragie du post-partum due à un travail prolongé ou à des déchirures génitales.
- Une infection ou une septicémie post-partum peut survenir en raison de l'augmentation des examens et de la présence d'un instrument dans le vagin et parce que le travail a pu être prolongé.

Alternatives à l'accouchement assisté par ventouse

Les forceps ou la césarienne. Vous pouvez continuer à tenter un accouchement par voie basse sans assistance, mais cela peut être risqué pour vous et le bébé.

À quoi faut-il s'attendre pendant un accouchement assisté par ventouse

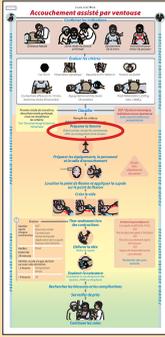
- Pendant un accouchement assisté par ventouse, vous pouvez toujours choisir la position dans laquelle vous voulez accoucher et avoir une personne qui vous soutient.
- Votre prestataire de soins insérera une cupule dans le vagin et l'appliquera sur le dessus de la tête du bébé.
- Pendant l'accouchement, le prestataire utilisera une traction douce et bien contrôlée pour aider à guider le bébé hors du canal de naissance pendant que vous continuez à pousser.
- Une fois la tête du bébé sortie par le prestataire, vous pousserez le bébé jusqu'au bout.
- Si nécessaire, le prestataire peut pratiquer une petite incision, une épisiotomie, pour élargir le canal de naissance.

Obtenir le consentement oral

- Demandez si la femme et/ou la personne qui l'accompagne ont des questions et répondez-y.
- Confirmez que la femme donne son consentement oral.

Si le consentement est donné

Préparer la femme



Attentes en matière de performance

- Préparer la femme physiquement et mentalement à un AAV.
- Prendre en charge la détresse fœtale, la déshydratation et l'infection, si elles sont présentes, lors de la préparation à un AAV.

Points clés

- Pour éviter tout traumatisme, la vessie doit être vide avant toute tentative d'accouchement par ventouse.
- Lorsque la femme est bien préparée, elle peut mieux contribuer aux efforts de poussée.
- Lorsque la personne qui accompagne la femme comprend ce à quoi elle doit s'attendre, elle peut mieux la soutenir.

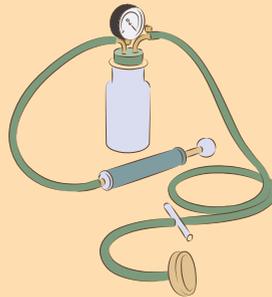
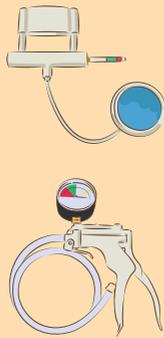
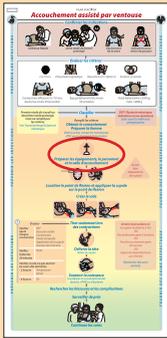
Connaissances et compétences

- Si l'AAV est prévu, le fœtus ou la femme peut avoir besoin d'autres soins en même temps. Au besoin, gérer la détresse fœtale, traiter la déshydratation, administrer des antibiotiques en présence de signes d'infection.
- La femme et l'accompagnant(e) peuvent être anxieuses et auront besoin de soutien émotionnel, assurer donc une bonne communication.
- Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) comment une ventouse fonctionne, à quoi s'attendre et la préparer à l'accouchement.

Expliquer à l'accompagnant(e) comment soutenir la femme.

- S'assurer que la femme a vidé la vessie 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, les rompre avec un instrument stérile entre les contractions.
 - Dire à la femme que l'on va lui demander de :
 - Pousser à chaque contraction pendant que le prestataire exerce une traction.
 - Haleter ou ne donner que de petites poussées avec les contractions lorsque la tête du bébé est née.
 - Ne pas pousser une fois que la tête du bébé est sortie.
 - Dispenser des soins de soutien :
 - Fournir un soutien continu et tenir la femme informée des progrès.
 - Continuer à surveiller la femme, le fœtus et le déroulement du travail.
 - Maintenir la femme bien hydratée.
 - Gérer 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 pour assurer une traction optimale.
- Cependant, la femme peut adopter la position de son choix.** La position de lithotomie de routine n'est pas nécessaire.

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



Attentes en matière de performance

- Préparer et vérifier l'équipement pour l'AAV à l'aide des instructions d'utilisation du type de ventouse disponible dans l'établissement.

Points clés

- Les instructions d'utilisation varient selon le type de ventouse. Il est important de lire attentivement et de suivre le mode d'emploi de la ventouse disponible dans l'établissement.
- Se préparer pour l'HPP, la dystocie des épaules et la réanimation du nouveau-né.

Connaissances et compétences

- Les risques potentiels de l'AAV auxquels il faut se préparer sont la dystocie des épaules, l'HPP, la réanimation du nouveau-né, les lacérations génitales et les blessures du nouveau-né.
- Se laver les mains et mettre un tablier, un écran facial / des lunettes de protection, un masque et d'autres équipements pour l'accouchement, le cas échéant.

Une fois que la décision d'un AAV a été prise :

- Préparer et vérifier l'équipement pour l'AAV **en utilisant le mode d'emploi du type de ventouse disponible dans l'établissement.**
- Préparer et vérifier le matériel 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) par voie intraveineuse à administrer le plus tôt possible après la naissance et au maximum 6 heures après. Lorsque cette association n'est pas disponible, les prestataires doivent utiliser un autre schéma thérapeutique. Suivre les directives locales.
- Appeler les assistants pour :
 - Aider à la surveillance et aux soins de la femme pendant l'AAV et en cas de dystocie des épaules ou d'autres problèmes maternels.
 - Prendre soin du bébé et le réanimer si nécessaire.
- Appeler le bloc opératoire et leur dire de se préparer au cas où l'AAV échouerait.
- Si l'établissement de santé n'est pas doté d'une salle d'opération, activer le plan de transport.
- Attribuer des rôles à tous les assistants en les désignant par leur nom.

Liste de contrôle de sécurité pour l'AAV

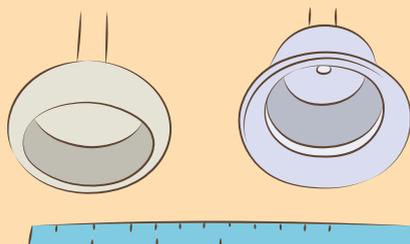
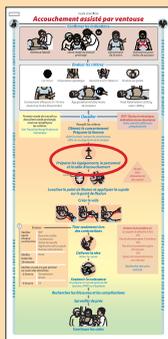
Avant la procédure	Avant d'appliquer la ventouse	Après la procédure
<p>Confirmer les indications de l'AAV</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Détresse fœtale <input type="checkbox"/> Deuxième stade prolongé <input type="checkbox"/> Épuisement maternel <input type="checkbox"/> Indications médicales maternelles <p>Confirmer que la femme répond aux critères de l'AAV</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AG d'au moins 34 semaines <input type="checkbox"/> Col de l'utérus de 10 cm <input type="checkbox"/> Présentation céphalique <input type="checkbox"/> Position occipitale <input type="checkbox"/> Le bébé pèse ≥ 2500 g ou ≤ 4000 g <input type="checkbox"/> Tête engagée <input type="checkbox"/> Contractions efficaces (3+/10 minutes, au moins 40 secondes) <p>Confirmer que la femme est prête</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consentement obtenu <input type="checkbox"/> Vessie vide <input type="checkbox"/> Présence d'un accompagnant(e) <input type="checkbox"/> Membranes rompues <p>Confirmer que l'équipement est prêt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipement de réanimation du NN prêt et vérifié <input type="checkbox"/> Kit HPP prêt et vérifié <input type="checkbox"/> Equipement AAV prêt et vérifié <p>Confirmer que les assistants et la salle d'opération ont été prévenus</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assistant pédiatrique et obstétrique appelé <input type="checkbox"/> Salle d'opération prévenue 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmer que tous les membres de l'équipe se sont présentés par leur nom et leur rôle. <input type="checkbox"/> Assistant(e) obstétrical(e) - Surveiller et soutenir la femme, assister lors de l'accouchement de la tête ou en cas de complications maternelles. <input type="checkbox"/> Assistant pédiatrique <input type="checkbox"/> Confirmer le nom de la femme et de la procédure <p>Événements critiques anticipés Pour l'opérateur de la ventouse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Y a-t-il des préoccupations spécifiques pour cette patiente ? <input type="checkbox"/> Quelles sont les étapes critiques ? <input type="checkbox"/> Comment allez-vous décider si une épisiotomie est nécessaire ? <input type="checkbox"/> Quels sont les signes indiquant que l'AAV n'a pas réussi ? <p>Pour les assistants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A quelle fréquence allez-vous surveiller la femme et le fœtus ? <input type="checkbox"/> Comment réagirez-vous s'il y a des signes de dystocie des épaules ? <input type="checkbox"/> Comment réagirez-vous en cas d'échec de l'AAV ? 	<p>Le prestataire confirme verbalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le nom de la procédure <input type="checkbox"/> S'il y a des problèmes d'équipement à régler <input type="checkbox"/> Les complications du nouveau-né <input type="checkbox"/> Les complications maternelles <input type="checkbox"/> Les principales préoccupations concernant le rétablissement et la prise en charge de cette femme et de ce bébé <input type="checkbox"/> En cas d'échec de l'AAV, causes potentielles et solutions potentielles

Cette liste de vérification ne prétend pas être exhaustive.

Des ajouts et des modifications pour s'adapter aux pratiques locales sont encouragés.

Révisée le 10/2020

Choisir le bon type et la bonne taille de cupule



Attentes en matière de performance

- Choisir la cupule appropriée en fonction de la position de la tête du bébé.

Points clés

- Utiliser la cupule la plus large possible qui soit convenable.
- Les tailles des cupules varient selon les fabricants ; toute taille de cupule standard peut être utilisée pour tout fœtus répondant aux critères requis pour un AAV.

Connaissances et compétences

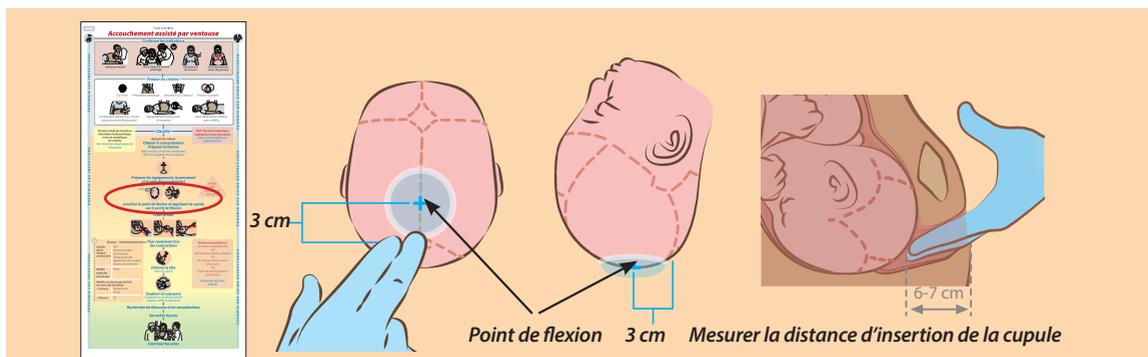
- Il n'y a pas de meilleure cupule. Dans la plupart des cas, on est limité au type de cupules disponibles dans l'établissement de santé.
- **Les cupules souples** sont flexibles et généralement en forme de cloche. Elles conviennent le mieux aux cas où le bébé est en position occipitale antérieure simple 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 si le bébé est en position occipitale postérieure et occipitale transversale ; et les positions 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.
- 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 ventouse) x (aspiration).

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° par rapport à la position occipitale antérieure : Rigide
- Position occipitale transversale : Rigide
- Position occipitale postérieure : Rigide

Localiser le point de flexion



Attentes en matière de performance

- Localiser le point de flexion et calculer la distance d'insertion de la cupule.

Points clés

- Le point de flexion est un endroit de la tête fœtale qui, lorsqu'une traction est appliquée, aide à maintenir le menton sur la poitrine et la tête fléchie.
- Le fait de placer la cupule sur le point de flexion aide la tête fœtale à rester dans le plus petit diamètre possible pour passer à travers le bassin.

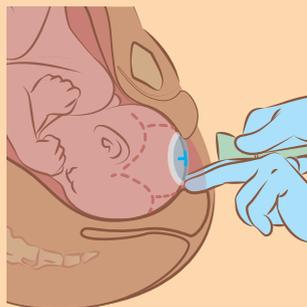
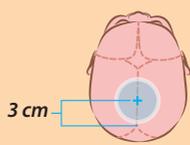
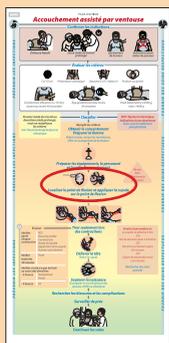
Connaissances et compétences

- Pour permettre au diamètre le plus large de la tête fœtale de passer à travers le bassin, la flexion et la rotation de la tête fœtale sont essentielles.
- Le point de flexion est un endroit sur la tête du fœtus qui, lorsqu'une traction est appliquée, aide à maintenir le menton sur la poitrine et la tête fléchie. Placer la cupule sur le point de flexion favorise la flexion, la descente et l'autorotation avec la traction.
- Le point de flexion se situe à 3 cm en avant de la fontanelle postérieure.
- La distance d'insertion de la cupule est la distance à laquelle la cupule doit être insérée.
- Dire à la femme et à son accompagnant(e)

ce que sera fait, écouter attentivement et répondre à leurs questions.

- Apporter un soutien émotionnel et un réconfort soutenus.
- Demander à l'accompagnant(e) ou à un autre prestataire de se tenir à côté de la femme pour la soutenir et l'encourager.
- Placer la femme en position de semi-fowler ou la position de son choix.
- 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.
- Localiser le point de flexion: Identifier la fontanelle postérieure. 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, 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 l'on retire le doigt d'examen 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.

Appliquer la cupule sur le point de flexion



Attentes en matière de performance

- Appliquer correctement la cupule sur le point de flexion.

Points clés

- Le placement correct de la cupule sur le point de flexion est essentiel pour réussir.
- Un placement incorrect de la cupule augmente le risque de traumatisme.
- Une antibioprophylaxie de routine est recommandée pour les femmes qui accouchent avec l'aide d'une ventouse.

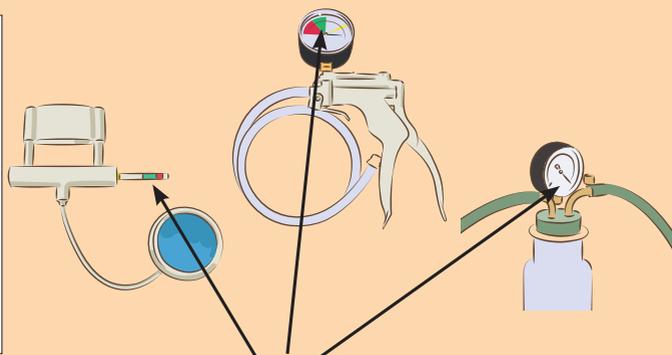
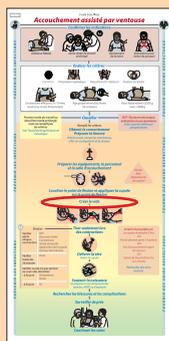
Connaissances et compétences

Le degré de flexion modifiera le diamètre de la tête du bébé lors de son déplacement dans le bassin.

- Appliquer la cupule sur le point de flexion
- Lorsque la tête est bien fléchie, le menton du bébé est replié sur la poitrine, et l'arrière de la tête, le plus petit diamètre, se présente en premier.
- Le placement correct de la cupule assure une flexion maximale de la tête.
- Un placement correct de la cupule sur le point de flexion placera le bord de la cupule à environ 1 cm en avant de la fontanelle postérieure.

- Un placement incorrect, par exemple sur le côté de la suture sagittale ou plus près de la fontanelle antérieure, favorise l'asynclitisme et la déflexion et la cupule risque de se détacher.
- S'assurer que la femme a vidé la vessie et que les membranes sont rompues avant de tenter l'AAV.
- Continuer à expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui va se passer et leur apporter soutien et réconfort.
- Fixer l'extrémité du tube de la pompe à vide à la cupule.
- Lubrifier la cupule avec de l'eau propre ou de la gelée lubrifiante si le vagin est sec.
- En tenant la cupule, rétracter le périnée avec deux doigts.
- Insérer la cupule dans l'introitus.
- Insérer la cupule jusqu'à la marque de distance mesurée pour faciliter le placement de la cupule sur le point de flexion.
- Déplacer la cupule sur le point de flexion.
- Ne PAS pratiquer systématiquement une épisiotomie. N'envisager l'épisiotomie que si le périnée interfère avec l'axe de traction.
- Appliquer la plus grande cupule possible, en plaçant le centre de la cupule sur le point de flexion. Le bord de la cupule doit se trouver à environ 1 cm en avant de la fontanelle postérieure.
- Vérifier l'application. Maintenir la cupule en place et passer un doigt de l'autre main autour de la cupule pour s'assurer qu'aucun tissu vaginal n'est coincé entre la cupule et le cuir chevelu.

Créer le vide



Indicateur de la pression du vide

Attentes en matière de performance

- Créer un vide sans coincer les tissus maternels.

Points clés

- Le pression du vide est mesurée en différentes unités, selon l'appareil. Utiliser l'indicateur de la pression du vide correspondant au dispositif utilisé dans l'établissement.
- Avec la pompe, créer d'abord une pression du vide de 0,2 kg/cm², s'assurer qu'aucun tissu maternel n'est coincé, puis augmenter la pression du vide jusqu'à 0,8 kg/cm².

Connaissances et compétences

- Assurer une pression du vide de 500 à 600 mmHg (0,8 kg/cm²) pendant la traction :
 - Une pression du vide inférieure à 500 mmHg (0,68 kg/cm²) augmente le risque de détachement de la cupule.
 - Une pression du vide supérieure à 600 mmHg (0,8 kg/cm²) augmente les

risques de traumatisme du cuir chevelu du bébé et d'hémorragie cérébrale, crânienne et du cuir chevelu.

- Apporter un soutien continu à la femme et la tenir informée des progrès réalisés.
- Après avoir confirmé que la cupule est placée dans la bonne position, créer une pression du vide de 0,2 kg/cm² avec la pompe [ou demander à un assistant de créer et 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.
- Augmenter rapidement la pression du vide jusqu'à 0,8 kg/cm² et vérifier que la cupule est bien appliquée. Appliquer la traction avec une pression du vide de 0,8 kg/cm².
- Pour obtenir les meilleurs résultats, veiller à ce que les cuisses de la femme soient fléchies vers l'abdomen, en particulier pendant la poussée et la traction.

Unités de mesure de la pression du vide

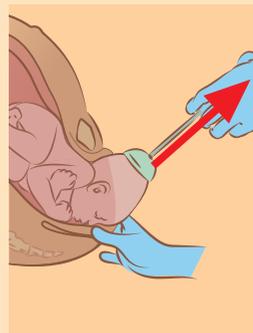
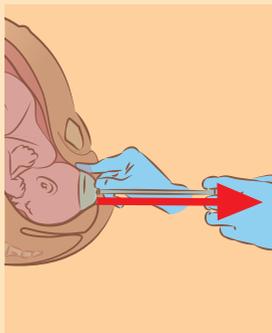
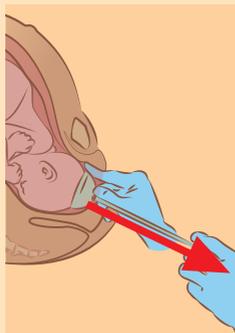
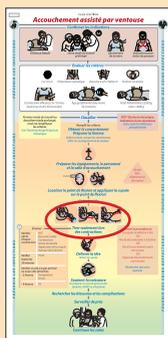
La pression du vide est mesurée en différentes unités : utiliser les unités pour mesurer la pression du vide pour l'appareil qui se trouve dans votre établissement de santé :

Kg/cm2	kPa	mmHg	InHg	cmH2O	lb/in2	bar
0.13	13	100	3.9	134	1.9	0.13
0.27	27	200	7.9	268	3.9	0.26
0.41	40	300	11.8	402	5.8	0.39
0.54	53	400	15.7	536	7.7	0.53
0.68	67	500	19.7	670	9.7	0.66
0.82	80	600	23.6	804	11.6	0.79
0.95	93	700	27.0	938	13.5	0.92
1.03	101	760	29.9	1018	14.7	1.00

Utiliser une pression du vide de 500 à 600 mmHg (0,8 kg/cm²) pendant la traction :

- Une pression du vide inférieure à 500 mmHg (0,68 kg/cm²) augmente le risque du détachement de la cupule.
- Une pression du vide supérieure à 600 mmHg (0,8 kg/cm²) augmente les risques de traumatisme du cuir chevelu du bébé et d'hémorragie cérébrale, crânienne et du cuir chevelu.

Tirer seulement lors des contractions



Attentes en matière de performance

- Appliquer correctement la traction pendant une contraction. Évaluer les progrès à chaque contraction.

Points clés

- N'appliquer la traction que pendant une contraction.
- Maintenir une pression de vide de 500 à 600 mmHg (0,8 kg/cm²), même lorsque l'on n'applique pas de traction.
- On doit constater une descente de la tête fœtale à chaque traction. La tête fœtale devrait être délivrée après 3 à 4 tractions.

Connaissances et compétences

- 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 la procédure 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.
 - Laisser la poignée de l'appareil tourner passivement pendant que la tête fait une rotation naturellement en descendant.
- Ne jamais tourner la poignée de l'appareil**

activement pour faire tourner la tête.

- S'assurer qu'aucun tissu maternel n'est coincé sous la cupule.
- Vérifier l'absence de traumatisme du cuir chevelu après chaque traction.

Pendant une contraction :

- Encourager la femme à pousser pendant les contractions pour aider à 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.

REMARQUE : On devrait constater une descente de la tête fœtale 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 la cupule !

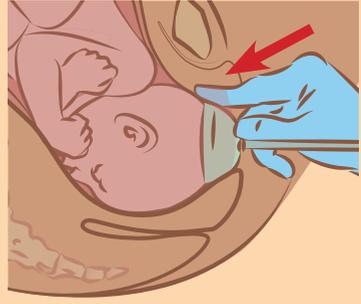
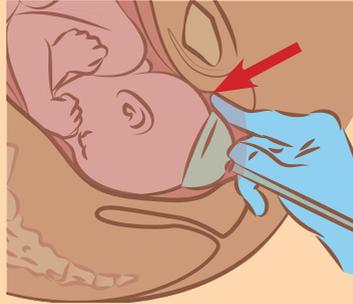
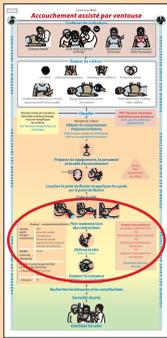
Entre les contractions :

• Ne pas appliquer de traction

- 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.

Évaluer

Vérifier la descente de la tête après chaque traction / contraction



Attentes en matière de performance

- Évaluer les progrès réalisés à chaque traction.
- Décider en toute sécurité d'abandonner la procédure lorsque cela est indiqué.

Points clés

- Des progrès doivent être réalisés à chaque traction.
- L'AAV doit être abandonné s'il y a des indications d'échec.
- Ne PAS tenter une autre technique d'assister un accouchement par voie basse, par exemple les forceps, en cas d'échec de l'AAV.

Connaissances et compétences

- Évaluer le progrès après chaque traction et décider de poursuivre ou d'abandonner la procédure.
- Il est essentiel d'être disposé et capable d'arrêter d'utiliser la ventouse et de procéder rapidement à une césarienne si l'AAV ne réussit pas.
- Ne **PAS** essayer d'utiliser une autre technique d'assister un accouchement par voie basse,

comme les forceps, en cas d'échec de l'AAV.

- **Évaluer le progrès et la descente après chaque traction.**
 - Vérifier la progression
 - Vérifier s'il y a un traumatisme du cuir chevelu
 - Décider si on peut continuer

Arrêter la procédure si :

*La cupule se détache 3 fois
OU*

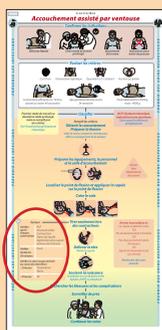
*Pas de descente après 3 tractions
OU*

*Pas de naissance après 30 minutes
OU*

*Preuve d'un traumatisme
du cuir chevelu*

**Rechercher des soins
avancés**

Continuer à 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

Attentes en matière de performance

- Évaluer le bien-être maternel et fœtal pendant la procédure. Réagir immédiatement en cas de signes de détresse fœtale ou maternelle.

Points clés

- Tenir la femme et l'accompagnant(e) au courant des résultats en utilisant un langage simple.
- Surveiller en permanence le bien-être de la femme et du fœtus ainsi que la progression du travail pendant l'intervention.

Connaissances et compétences

- Évaluer continuellement pour voir si le bébé descend et pour s'assurer que la femme et le bébé se portent bien. Agir rapidement ! Commencer le traitement ou référer en cas de complications !

Évaluer et noter les éléments suivants dans le dossier de la femme :

- Après chaque contraction :
 - RCF : normale 110-159 battements par minute

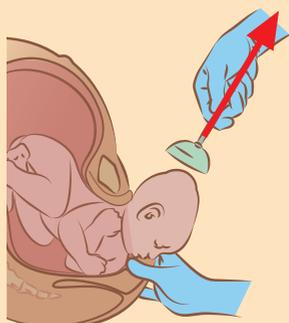
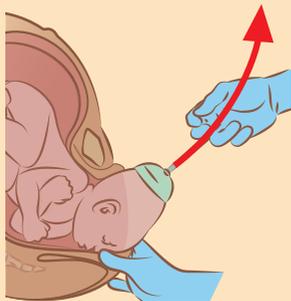
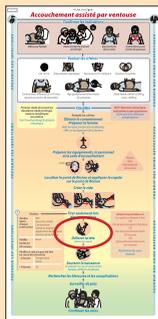
- Descente visible de la tête du fœtus
 - Nombre et durée des contractions (normal : au moins 3/10 minutes ; chacune dure au moins 40 sec)
 - État du liquide amniotique
 - Application de la cupule
 - Présence/absence de traumatisme du cuir chevelu
 - Humeur et comportement de la femme : comment fait-elle face à la situation ?
- Toutes les 30 minutes
 - Pouls de la femme : la normale est de 60 à 119 battements par minute.

Évaluations supplémentaires à vérifier en fonction du moment où les dernières mesures ont été prises pendant le travail :

- Évaluer si non vérifié au cours des 2 dernières heures :
 - Température (normale : < 38° C)
 - La vessie doit être vide au début de la procédure.
- Évaluer si non vérifié au cours des 4 dernières heures :
 - TA de la femme (normale : TA systolique 90-139 mmHg/ TA diastolique 60-89 mmHg).

Si l'AAV ne réussit pas, il faut continuer la surveillance jusqu'à ce qu'une césarienne soit pratiquée. Poursuivre les soins respectueux de soutien et de soutien émotionnel.

Délivrer la tête et retirer la cupule



Attentes en matière de performance

- Décider si une épisiotomie est nécessaire. Délivrer la tête en toute sécurité et relâcher le vide.

Points clés

- Soutenir le périnée pendant la naissance de la tête.
- Ne pas pratiquer systématiquement une épisiotomie. N'envisager l'épisiotomie que si le périnée gêne la descente et la naissance de la tête.
- Maintenir le cordon intact aussi longtemps que possible.

Connaissances et compétences

- Délivrer la tête lentement et protéger le périnée pour éviter les déchirures.
- Dès que la mâchoire du bébé est accessible, relâcher le vide et retirer la cupule.
- Apporter un soutien continu à la femme et l'informer de son progrès.
- Demander à la femme de haletter 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 [ou demander à un assistant de soutenir doucement le périnée].
 - Protéger le périnée en soutenant le périnée antérieur et postérieur avec les deux mains. Cela protège les tissus, maintient la flexion de la tête et aide à contrôler la naissance de la tête.
 - Si un seul prestataire contrôle à la fois la traction et la pression du vide, il contrôlera la flexion de la tête et un autre prestataire devra protéger le périnée.

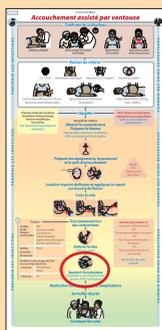
- Par ailleurs, un prestataire peut contrôler la pompe à vide tandis que l'autre contrôle la traction et la flexion de la tête et protège le périnée.
- Une fois que la tête du bébé est née, demander à la femme de ne pas pousser.
- Relâcher le vide, retirer la cupule et se préparer à achever la naissance du bébé.
- Après la naissance de la tête, passer la main autour de son cou pour rechercher le cordon ombilical.

Si le cordon est enroulé autour du cou (cordon nucal) :

- Essayer d'éviter de couper un cordon nucal serré. Cela augmente le risque d'asphyxie, de paralysie cérébrale et de décès lors d'une dystocie des épaules sévère.
 - Faire glisser le cordon par-dessus la tête du bébé ou autour des épaules et faire glisser le bébé à travers du 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.
 - Maintenir le cordon intact aussi longtemps que possible.
-
- Après utilisation, mettre tous les instruments dans un récipient fermé, étanche et résistant aux perforations.

Soutenir la naissance

Se préparer à la dystocie des épaules



Attentes en matière de performance

- Soutenir la naissance du bébé.
- Fournir des soins immédiats au nouveau-né, la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA), et des soins immédiats à la femme.

Points clés

- Les femmes qui ont subi un AAV peuvent présenter un risque plus élevé de dystocie des épaules. Se préparer à réagir !
- Se préparer pour un nouveau-né qui a besoin d'aide pour respirer.
- Se préparer à faire face à une HPP. Fournir la GATPA.

Connaissances

- Laisser la rotation de la tête se faire spontanément.
- Ensuite, poser une main de chaque côté de la tête de l'enfant et demander à la femme de pousser calmement à la contraction suivante.
- Dégager 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 reste du corps de l'enfant d'une main pendant qu'il se dégage. 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. Si le bébé ne respire pas à la naissance, commencer la réanimation dans la première minute qui suit la naissance.
- Garder le bébé au sec, au chaud et en contact avec la peau de la mère pendant au moins une heure.

- Si la femme et le bébé se portent bien, retarder le clampage du cordon jusqu'à 1-3 minutes après la naissance.
- Ecarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant.
- Administrer un utérotonique dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé :
 - Ocytocine 10 UI en IM/IV.
 - Si l'ocytocine n'est pas disponible ou si la qualité de l'ocytocine ne peut être garantie, administrer : carbétocine 100 µg en IM/IV OU misoprostol 400-600 µg par voie orale OU ergométrine / méthyle rgométrine 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).
- Si le prestataire est formé, délivrer le placenta avec une traction contrôlée du cordon.
- Immédiatement après la délivrance du placenta :
 - Vérifier la tonicité utérine et masser l'utérus s'il est mou.
 - Montrer à la femme à vérifier son utérus et à le masser s'il est mou. Si elle sent qu'il est mou ou qu'elle a l'impression de saigner, lui demander d'appeler un prestataire immédiatement.
 - Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. S'il n'est pas complet, agir !
 - Examiner soigneusement la femme pour les déchirures et procéder, le cas échéant, à la réfection.
- Si la femme n'est pas sous traitement avec des antibiotiques et ne présente aucun signe d'infection, administrer une dose unique d'amoxicilline (1 g) et d'acide clavulanique (200 mg) en prophylaxie en IV dès que possible et au plus tard 6 heures après la naissance.
- Garder la femme et son bébé dans la salle d'accouchement pendant au moins une heure après la naissance. Ne les laisser jamais seuls !

Liste de vérification de l'AAV

REMARQUE : certaines des tâches suivantes doivent être effectuées simultanément par plusieurs prestataires.

Tâche
Se préparer
1. Préparer et vérifier l'équipement nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> • Matériel pour l'AAV • Matériel pour la réanimation du nouveau-né • Kit d'HPP
2. S'assurer que la femme a un accompagnant(e) de son choix.
3. Revoir et confirmer que les critères suivants pour l'AAV sont remplis : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AG confirmé \geq 34 semaines <input type="checkbox"/> Col de l'utérus complètement dilaté (10 cm) <input type="checkbox"/> Présentation céphalique <input type="checkbox"/> Position occipitale <input type="checkbox"/> Tête engagée (descente au niveau 0/5 à 2/5 / au moins 0 station) <input type="checkbox"/> Contractions efficaces (3+/10 minutes, au moins 40 secondes) <input type="checkbox"/> Poids foetal estimé entre 2500g et 4000g
4. Fournir des informations pour le consentement éclairé : <ul style="list-style-type: none"> • Indication • Avantages de l'AAV • Risques potentiels pour le bébé • Risques potentiels pour la femme • Alternatives à l'AAV • À quoi s'attendre
5. Obtenir le consentement oral
6. Être sûr que des assistants sont disponibles et attribuer des rôles à chaque assistant. <ul style="list-style-type: none"> • Un assistant pour aider à surveiller et à soigner la femme pendant l'intervention et en cas de dystocie des épaules ou d'autres problèmes. • Un assistant pour s'occuper du bébé et le réanimer si nécessaire.
7. Appeler le bloc opératoire et leur dire de se préparer au cas où l'intervention échouerait.
Tâches avant la procédure
1. Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui va être fait, écouter attentivement et répondre à toutes les questions et préoccupations.
2. Fournir un soutien émotionnel continu et du réconfort, dans la mesure du possible, et tenir la femme et l'accompagnant(e) au courant des progrès réalisés.
3. Prendre en charge la détresse foetale si elle est présente.
4. Administrer des antibiotiques en cas de signes d'infection : température $>38^{\circ}\text{C}$, leucorrhées nauséabondes, sensibilité utérine.
5. Gérer la douleur, si nécessaire.

Tâche
6. Aider la femme à se mettre dans la position de son choix pour l'accouchement.
7. Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon et les sécher.
8. Mettre un tablier et d'autres équipements pour l'accouchement, le cas échéant.
9. Mettre des gants chirurgicaux stériles sur les deux mains.
10. Nettoyer la vulve avec une solution antiseptique et placer un drap sous les fesses de la femme et sur l'abdomen.
11. Poser une sonde urinaire, si nécessaire.
12. Rompre les membranes, si nécessaire.
13. Vérifier toutes les connexions de la ventouse et tester le vide sur une main gantée.
Localiser le point de flexion
1. Évaluer la position de la tête fœtale en utilisant les points de repère du crâne fœtal.
2. Repérer la fontanelle postérieure.
3. Localiser le point de flexion. Déplacer le doigt sur une distance d'environ 3 cm ou 1 pouce sur le long de la suture sagittale vers la fontanelle antérieure.
4. Calculer la distance d'insertion de la cupule : <ul style="list-style-type: none"> • Avec le doigt sur le point de flexion et la paume tournée vers le haut, remarquer où le dos du doigt entre en contact avec le périnée. • 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 ventouse du périnée au point de flexion.
Appliquer la cupule sur le point de flexion
1. Choisir la cupule la plus large possible qui convienne.
2. Relier la cupule avec le tube de connexion à la pompe à vide.
3. Lubrifier la cupule avec de l'eau propre ou de la gelée lubrifiante si le vagin est sec.
4. En tenant la cupule, rétracter le périnée avec deux doigts.
5. Insérer la cupule dans l'introitus.
6. Insérer la cupule jusqu'à la marque de distance mesurée et la placer sur le point de flexion. Le bord de la cupule doit se trouver à environ 1 cm en avant de la fontanelle postérieure.
7. Vérifier l'application. Maintenir la cupule en place et balayer un doigt de l'autre main autour de la cupule pour s'assurer qu'aucun tissu vaginal n'est coincé entre la cupule et le cuir chevelu.
Créer le vide
1. Créer / Demander à l'assistant de créer un vide de 0,2 kg/cm ² de pression négative avec la pompe.
2. Vérifier l'application de la cupule (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de tissu maternel [col de l'utérus ou vagin] dans le périmètre de la cupule). Si nécessaire, relâcher la pression et réappliquer la cupule.
3. Augmenter le vide à une pression négative de 0,8 kg/cm ² , vérifier que la cupule est bien appliquée et attendre 2 minutes pour que le chignon du cuir chevelu fœtal se forme dans la cupule (c'est-à-dire attendre la prochaine contraction) afin que la cupule ne glisse pas vers l'avant sur la tête du fœtus lorsque l'on commence la traction.

Tâche

Appliquer la traction

1. Rappeler à la femme qu'elle sera demandée de pousser à chaque contraction pour aider avec la traction.
2. Fournir un soutien continu à la femme et la tenir informée des progrès accomplis.
3. À la contraction suivante, commencer la traction vers le dos de la femme, utiliser deux doigts pour surveiller l'application de la cupule et la descente de la tête foetale (le pouce appuyant sur la cupule et l'index devant la cupule sur le cuir chevelu du fœtus). Ne tirer que lors des contractions.
 - Laisser la manette de l'appareil tourner passivement comme la tête tourne naturellement lors de sa descente.
 - Ne jamais tourner activement la manette pour faire tourner la tête.
 - Si la tête du fœtus est inclinée d'un côté ou n'est pas bien fléchie, la traction vers le dos de la femme corrigera l'inclinaison ou la déflexion de la tête.
4. Maintenir la traction pendant toute la durée de la contraction, en coordination avec les efforts de poussée de la femme.
5. Lorsque la tête est en train de se couronner, évaluer la nécessité d'une épisiotomie et la pratiquer si nécessaire.
6. Arrêter progressivement la traction lorsque la contraction se termine ou que la femme cesse de pousser.
7. Entre les contractions :
 - ne pas appliquer de traction
 - maintenir une pression du vide de 500 à 600 mmHg (0,8 kg/cm²)
 - vérifier le RCF
 - vérifier l'application de la cupule
 - vérifier s'il y a un traumatisme du cuir chevelu
 - noter la durée et la fréquence des contractions.
8. Il doit y avoir des progrès à chaque traction. S'il n'y a pas de progrès à un moment donné, il faut interrompre la procédure et consulter un collègue plus expérimenté ou référer la femme à un établissement de santé de niveau supérieur. La tête foetale doit être délivrée en 3 à 4 tractions.
9. 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 foetale après 3 tractions OU
 - Il n'y a pas d'accouchement après 30 minutes d'application OU
 - Il y a des signes de traumatisme du cuir chevelu

Tâche
Délivrer le bébé
1. Lorsque la tête a été délivrée, relâcher le vide, retirer la cupule et terminer l'accouchement.
2. Après utilisation, mettre tous les instruments dans un récipient fermé, étanche et résistant aux perforations.
3. Sécher le bébé, évaluer la respiration, pratiquer la réanimation du nouveau-né si nécessaire, retarder le clampage du cordon de 1 à 3 minutes, maintenir le contact peau à peau du bébé avec la mère et faciliter l'allaitement précoce et exclusif.
4. Effectuer une gestion active de la troisième période de l'accouchement.
5. Vérifier la tonicité utérine et masser l'utérus s'il est mou. Apprendre à la femme à surveiller et à masser l'utérus s'il est mou.
6. Vérifier soigneusement que le placenta est complet, et intervenir immédiatement s'il est incomplet.
7. Vérifier soigneusement la présence de déchirures dans le canal de naissance après l'accouchement et faire la réfection si nécessaire.
8. Réparer l'épisiotomie, le cas échéant.
9. Vérifier soigneusement que le bébé n'est pas blessé et intervenir, si nécessaire.
10. Enlever et jeter les gants. Se laver les mains à l'eau et au savon et les sécher.
11. Si la femme n'est pas sous traitement des antibiotiques et ne présente aucun signe d'infection, administrer une dose unique d'amoxicilline (1 g) et d'acide clavulanique (200 mg) par voie intraveineuse.
12. Fournir des soins immédiats du post-partum et au nouveau-né.
13. Discuter de la procédure, des problèmes rencontrés et du plan de soins avec la femme et l'accompagnant(e).
TÂCHES POST-PROCÉDURE
1. Documenter la procédure.
2. Nettoyer et traiter l'équipement en suivant les instructions d'utilisation du type de ventouse utilisé.
3. Remonter l'équipement et vérifier l'appareil.

EXERCISE

Réaliser un AAV et fournir des soins pendant le troisième stade du travail

Vous travaillerez en groupes de 3-4 personnes et serez à tour de rôle « le prestataire », la « femme », « l'accompagnant(e) » et « l'observateur ».

La « femme » portera le simulateur et placera le bébé dans la position prévue pour le cas.

Le « prestataire » doit effectuer les évaluations.

« L'observateur » doit donner le résultat de l'évaluation, si elle est faite. S'il n'y a que 3 apprenants dans le groupe, « l'accompagnant(e) » doit donner les résultats des évaluations.

Votre facilitateur vous donnera 4 feuilles de papier pliées. Chaque papier porte un numéro de 1 à 5.

« L'accompagnant(e) » choisira au hasard un morceau de papier et effectuera ensuite l'évaluation pour le cas qui correspond au numéro sur le papier. Si la femme du cas choisi n'est pas éligible pour un AAV, le prestataire doit choisir un autre papier. Si elle est éligible, le prestataire doit tenter l'AAV, en commençant

par la localisation du point de flexion jusqu'à l'accouchement du bébé.

Après chaque démonstration, vous devez décider :

- Y a-t-il une indication 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 ?

Le facilitateur va faire un débriefing après que chaque « prestataire » ait terminé l'évaluation :

- 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 ?

Étude de cas 1

«Voici Mme Q dont le travail a commencé il y a 16 heures. Elle a eu trois accouchements eutociques et sa DPA est dans une semaine. Elle préfère ne pas avoir un accompagnant(e).

Elle est au deuxième stade et pousse depuis 3 heures. RCF : 188 bpm, 192 bpm, 172 bpm après 3 contractions. Mme Q est très fatiguée mais est en mesure de pousser.

Signes vitaux : BP 124/72, Pouls 78 bpm, 14 respirations/minute, Température 36,8°C. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de soins de Mme Q, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.»

Contractions : 3/10 min, durant 50-60 sec

Abdomen :

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie est distendue
- Présentation céphalique

Position : Occipitale gauche transversale

Nombre de fœtus : 1

Poids estimé du fœtus : 2500 g

Descente : 1/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station +2

Col : 10 cm

Liquide amniotique : méconium

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

Étude de cas 2

<p>«Voici Mme R. qui reçoit des soins dans notre établissement de santé. Elle n'a jamais accouché auparavant et sa DPA est prévue dans 4 semaines. Le travail a commencé il y a 11 heures et ses membranes se sont rompues il y a 4 heures.</p> <p>Son mari 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 148 bpm pendant une contraction et de 152 bpm 30 secondes après la contraction.</p> <p>Signes vitaux : TA 112/62, pouls : 96 bpm, température 37,6 °C, 14 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.</p> <p>En tant que prestataire de soins de Mme R., veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.»</p>	<p>Contractions : 4/10 min, durant 40-60 sec</p> <p>Abdomen :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas d'anneau de Bandl• La vessie n'est pas distendue• Présentation céphalique <p>Position: Occipitale droite postérieure</p> <p>Nombre de fœtus : 1</p> <p>Poids fœtal estimé : 3500 g</p> <p>Descente : 0/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station +2</p> <p>Col : 10 cm</p> <p>Liquide amniotique : clair</p>
---	---

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

Étude de cas 3

<p>«Voici Mme S. qui reçoit des soins dans notre établissement de santé. Elle a déjà accouché une fois et sa DPA était il y a une semaine. Le travail a commencé il y a 16 heures et ses membranes se sont rompues il y a 8 heures.</p> <p>Sa mère est avec elle. Elle a poussé pendant 2 heures et demie sur le dos. Elle est fatiguée mais pense qu'elle peut encore pousser. Le rythme cardiaque du bébé était de 112 bpm pendant une contraction et de 156 bpm 30 secondes après la contraction.</p> <p>Signes vitaux : TA 102/52, pouls : 82 bpm, température 37,2°C, 16 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.</p> <p>En tant que prestataire de soins de Mme S., veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.»</p>	<p>Contractions: 2/10 min, lasting 30-40 sec</p> <p>Abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas d'anneau de Bandl• La vessie est distendue• Présentation céphalique <p>Position: Occipitale droite antérieure</p> <p>Nombre de fœtus : 1</p> <p>Poids fœtal estimé :3500 g</p> <p>Descente : 2/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station 0</p> <p>Col : 10 cm</p> <p>Liquide amniotique : clair</p>
--	---

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

Étude de cas 4

«Voici Mme T. reçoit des soins dans notre établissement. Elle a déjà accouché deux fois et sa date limite d'accouchement est fixée à deux semaines. Le travail a commencé il y a 14 heures et les membranes se sont rompues il y a 12 heures.

Son amie est avec elle. Elle a bien poussé pendant 30 minutes et se dit en mesure de continuer à pousser.

Le rythme cardiaque du bébé descend à 108 bpm pendant une contraction et entre 168-188 bpm 30 secondes après la contraction. Les signes vitaux sont : TA 118/82, pouls : 86 bpm, température : 37,8°C, 16 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de soins de Mme T, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.»

Contractions: 4/10 min, durant 50-60 sec

Abdomen :

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie n'est pas distendue
- Présentation céphalique

Position : Occipitale droite transversale

Nombre de fœtus : 1

Poids fœtal estimé : 3500 g

Descente : 0/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station +3

Col : 10 cm

Liquide amniotique : Méconium

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

Étude de cas 5

«Voici Mme U qui reçoit des soins dans notre établissement de santé. Elle n'a jamais accouché auparavant et sa DPA est prévue dans 3 semaines. Le travail a commencé il y a 13 heures et ses membranes se sont rompues il y a 2 heures.

Sa tante est avec elle. Elle souffre d'anémie sévère, d'insuffisance cardiaque congestive et d'un souffle cardiaque grave. Elle n'a pas encore envie de pousser.

Le rythme cardiaque du bébé descend à 122 bpm pendant une contraction et entre 124-146 bpm 30 secondes après la contraction. Les signes vitaux sont : TA 138/88, pouls : 98 bpm, température : 36,8°C, 22 respirations/minute. Elle n'a pas reçu d'anesthésie régionale, de fluides IV ou de médicaments.

En tant que prestataire de soins de Mme U, veuillez évaluer si elle est candidate à un AAV.»

Contractions : 4/10 min, durant 40-50 sec

Abdomen:

- Pas d'anneau de Bandl
- La vessie n'est pas distendue
- Présentation céphalique

Position : Occipitale droite antérieure (OIDA)

Nombre de fœtus : 1

Poids fœtal estimé : 2500 g

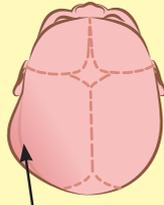
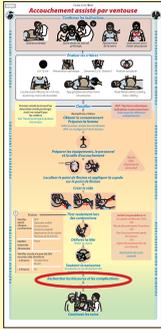
Descente : 2/5 au-dessus de la symphyse pubienne, station 0

Col : 10 cm

Liquide amniotique : Clair

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

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



Hémorragie extracrânienne



Jaunisse

Attentes en matière de performance

- Examiner le nouveau-né à la recherche de blessures après un AAV. Identifier les blessures et les prendre en charge. Expliquer les blessures et les soins nécessaires à la mère et à l'accompagnant(e).

Points clés

- Même si le risque de mort fœtale ou de blessure grave lié à un AAV est très faible, des blessures peuvent survenir même si l'AAV s'est bien déroulé.
- Examiner soigneusement le nouveau-né, observer toute blessure et fournir des soins ou référer, si nécessaire.

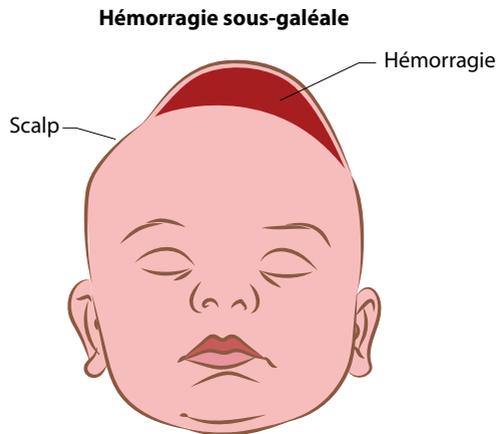
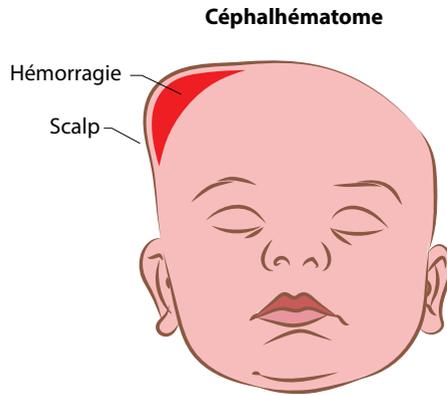
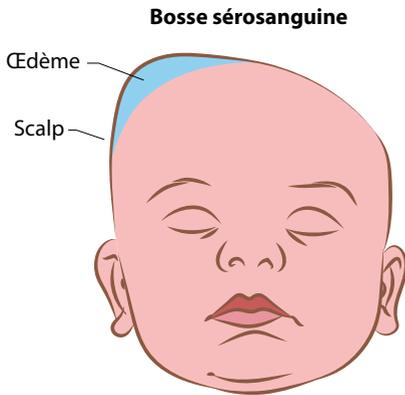
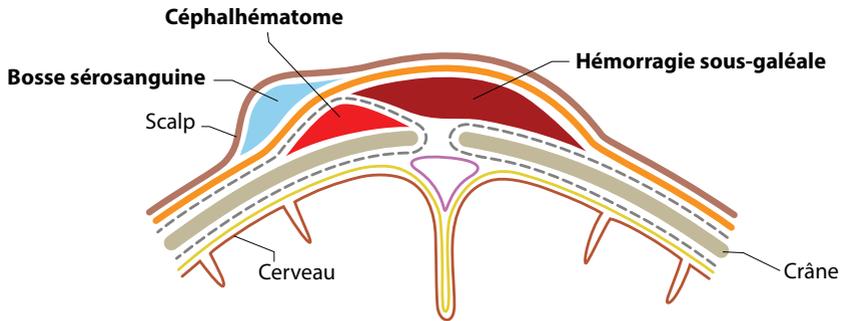
Connaissances et compétences

- Presque tous les enfants nés à l'aide d'une ventouse obstétricale présentent des lésions des tissus mous du cuir chevelu (voir les pages 44 à 46) et, bien que ces lésions soient généralement insignifiantes, elles peuvent être source d'anxiété pour les parents. Expliquer clairement vos conclusions.
- **Les abrasions du cuir chevelu, les lacérations et l'œdème localisé du cuir chevelu** (bosse sérosanguine) sont fréquents et généralement sans danger.
- Les deux types d'hématomes qui peuvent se produire à la suite d'un AAV sont les suivants :
 - **Céphalhématome** : hémorragie confinée à l'espace situé sous la couverture fibreuse de

l'os du crâne. Ce type d'hématome entraîne rarement des complications

- **Hématome / Hémorragie sous-galéale(e) (HSG)** : le sang s'accumule juste sous le cuir chevelu. L'espace sous-galéal étant vaste, une quantité importante de sang peut être perdue dans cette zone du crâne.
- Les soins et l'évaluation du bébé doivent commencer peu après la naissance, car la plupart des HSG seront apparentes dans la période postnatale précoce :
 - Donner de la vitamine K en IM immédiatement après la naissance.
 - Inspecter le cuir chevelu à la recherche d'abrasions et de lacérations.
 - Inspecter et palper le cuir chevelu pour évaluer la présence/résolution de la bosse sérosanguine (caput succédané) et à la recherche de toute masse pouvant être ballottée ou tout mouvement de liquide (dépendant de la gravité) dans le cuir chevelu
 - Remarquer la couleur et la forme de la tête, y compris le déplacement des oreilles ou la présence de l'œdème piquant.
 - En cas d'inquiétude d'une HSG, vérifier la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la couleur (pâleur) et l'activité. Appeler les services d'urgence au besoin !
- Répéter l'observation et la palpation du cuir chevelu du nouveau-né chaque fois que le bébé est surveillé ou examiné jusqu'à sa sortie de l'établissement de santé.

Identifier les blessures chez le nouveau-né



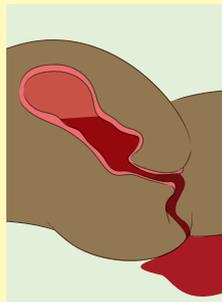
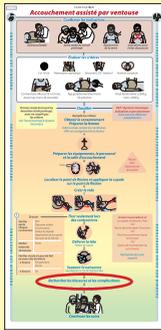
Blessures chez le nouveau-né après un AAV

Diagnostic	Caractéristiques	Durée	Pronostic	Prise en charge
Abrasion du cuir chevelu	<ul style="list-style-type: none"> • Abrasions sur le cuir chevelu à l'endroit où la ventouse a été placée 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut prendre 2 à 3 jours pour résoudre 	<ul style="list-style-type: none"> • Excellent 	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer et examiner les lacérations pour déterminer si des points de sutures sont nécessaires.
Modelage	<ul style="list-style-type: none"> • Chevauchement des os le long des lignes de suture 	<ul style="list-style-type: none"> • Présent à la naissance • Se résoud dans les premiers jours ou semaines de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Excellent 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer que la pression exercée sur la tête par l'étroitesse du canal de naissance peut « modeler » la tête en une forme oblongue plutôt que ronde. • Aucun traitement nécessaire.
Bosse séro sanguine (Caput succédané)	<ul style="list-style-type: none"> • Œdème mou, piquant et superficiel • Gonflement traversant les lignes de suture • Bords irréguliers • Ecchymose, pétéchie ou purpura 	<ul style="list-style-type: none"> • Taille maximale à la naissance • Se résoud dans les premiers jours de la vie • Perte de sang minimale 	<ul style="list-style-type: none"> • Excellent 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer la raison du gonflement et dire qu'il disparaîtra dans quelques heures. • Rassurer les parents en leur disant que ce n'est pas un signe de dommages à long terme. • Aucun traitement nécessaire.
Hémorragie rétinienne	<ul style="list-style-type: none"> • Uniquement visible par examen fundoscopique 		<ul style="list-style-type: none"> • Excellent 	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents doivent être assurés qu'elle disparaîtra sans traitement.
Céphalématome	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie sous-périostée • La tuméfaction ne traverse pas les lignes de suture • Gonflement tendu • Généralement située au-dessus de l'os pariétal • Pas de décoloration du cuir chevelu • Bords distincts 	<ul style="list-style-type: none"> • Se développe progressivement au cours des 12-24 premières heures de vie. • Peut prendre 2 à 3 mois pour se résoudre 	<ul style="list-style-type: none"> • Rarement associé à une perte de sang importante, une hémorragie intracrânienne et une infection. • Le caillot lui-même ne présente aucun risque pour le cerveau. • Il peut provoquer une jaunisse lorsque le caillot sanguin se résorbe avec le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation - disparaît généralement en trois ou quatre semaines.

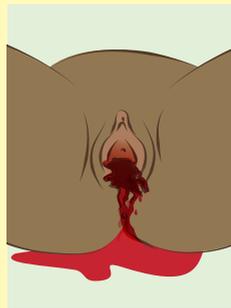
Diagnostic	Caractéristiques	Durée	Pronostic	Prise en charge
Hémorragie sous-galéale	<ul style="list-style-type: none"> • Gonflement du cuir chevelu fluctuant ou tendu, qui peut se déplacer avec le mouvement et s'amplifier en cas de saignement continu. • Traverse les lignes de suture • Gonflement diffus s'étendant progressivement de la base du cou aux orbites et aux oreilles. • Tuméfaction périorbitaire possible (peut ne pas apparaître initialement) • Crépitation possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Se développe progressivement 12-72 heures après l'accouchement • Peut être remarquée immédiatement après la naissance dans les cas graves. • Peut durer des semaines • Peut progresser 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité de 25 %. • Possibilité de saigner abondamment à partir de vaisseaux sanguins rompus sous le cuir chevelu. • Associée à une chute de l'hématocrite, une tachycardie, une baisse de la tension artérielle, une hypotonie, une pâleur, un choc hypovolémique, des convulsions, une détresse respiratoire et une fracture du crâne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite des soins intensifs néonataux immédiats

Jaunisse néonatale	<ul style="list-style-type: none"> • Signes de taux élevés de bilirubine chez les nouveau-nés atteints de jaunisse (sommolence extrême, convulsions, rigidité musculaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les bébés nés suite à un AAV doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pendant 2 à 3 jours après la naissance afin de détecter un jaunissement de la peau et de la conjonctive 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout nouveau-né souffrant de blessures et d'ecchymoses est exposé à un risque de jaunisse due à la dégradation des globules rouges endommagés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les signes d'une jaunisse importante chez les nouveau-nés comprennent une sommolence extrême, des convulsions et une rigidité musculaire. Ces nouveau-nés nécessitent des soins avancés ou doivent être référés.
---------------------------	--	---	--	--

Évaluer la femme pour les blessures et les complications



Atonie utérine



Déchirures

Attentes en matière de performance

- Évaluer et prendre en charge toute blessure ou complication liée à un AAV.

Points clés

- Les principaux risques pour la femme sont les déchirures cervicales, vaginales et périnéales et l'hémorragie du post-partum (HPP).
- Les femmes qui ont subi un AAV peuvent présenter un risque accru d'infection, d'HPP et de déchirures génitales.

Connaissances et compétences

Pour éviter les déchirures génitales :

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

Les femmes qui ont subi un AAV peuvent être exposées à un risque accru d'infection, d'HPP et de déchirures génitales parce que :

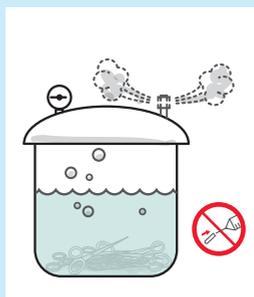
- Elles peuvent avoir eu un premier et/ou deuxième stade du travail prolongé .

- Un instrument est introduit dans le vagin et les prestataires introduisent leur main dans le vagin pour évaluer la position et localiser le point de flexion, appliquer la cupule et appliquer la traction.
- Le fœtus peut être gros.
- L'AAV a été pratiquée en raison de problèmes médicaux maternels.
- Pour identifier les complications potentielles :
 - Examiner soigneusement le périnée, le vagin et le col de l'utérus à la recherche de déchirures.
 - Si elles sont présentes, référez-vous à « **AMS Saignement après la naissance – complet** » et procéder, le cas échéant, à la réfection ; donner ensuite des instructions sur le soin des déchirures et l'hygiène personnelle.
- Surveiller attentivement la tonicité utérine et les saignements vaginaux et réagir rapidement si elle saigne trop ou si son utérus ne se contracte pas.
 - Si l'utérus n'est pas bien contracté ou si les saignements sont excessifs, se reporter à « **AMS Saignement après la naissance – complet** » pour identifier et gérer la cause.
- Surveiller attentivement les signes vitaux de la femme et réagir rapidement si elle a de la fièvre ou des signes de choc dus à une hémorragie.
 - Si elle a de la fièvre (température $>38^{\circ}\text{C}$), l'évaluer et prendre en charge la cause.
 - Si elle est en état de choc, se reporter à « **AMS Saignement après la naissance – complet** ».

Tâches après la procédure



Documenter



Nettoyer l'équipement

Attentes en matière de performance

- Communiquer les résultats avec la femme et l'accompagnant(e).
- Documenter les résultats et les soins fournis pendant l'AAV.
- Traiter le matériel après l'accouchement et le préparer pour une utilisation ultérieure.

Points clés

- Une communication claire avec la femme et l'accompagnant(e) est importante pour assurer la continuité des soins et rassurer.
- Une documentation manquante, incomplète ou illisible peut nuire aux soins des patientes.
- Assurer le traitement et la préparation corrects du matériel afin que celui-ci soit prêt pour le prochain AAV.

Connaissances

- Passer en revue la naissance, les problèmes rencontrés et le plan de soins avec la femme et l'accompagnant(e).
- Une documentation complète et claire est un mécanisme essentiel pour assurer la continuité des soins et la communication entre tous les prestataires impliqués dans les soins d'un patient.

Documentez :

- Indication pour l'AAV
 - Que les critères pour l'AAV étaient remplis
 - Statut fœtal au moment de la pose de la cupule : Position de la tête fœtale (OIDA, OIGA, OIDP, OIGP, OIGT, OIDT) et si asynclitique, Station, Estimation du poids du fœtus, Interprétation du RCF, AG
 - 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 ventouse, durée totale d'application du vide et si le vide a été réduit entre les contractions, pression maximale du vide atteint, 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 du bébé
 - Position à la naissance (OIDA, OIGA, OIDP, OIGP, OIGT, OIDT))
 - État du bébé à la naissance, couleur, respiration et réanimation éventuelle, position du caput succédané et contusions éventuelles.
 - Détails du troisième stade du travail
 - Détails des médicaments utilisés
 - État de la femme après l'intervention
 - Toute complication affectant la femme ou le bébé.
- Nettoyer, traiter, et rassembler l'équipement en suivant les instructions d'utilisation.

Surveiller de près et continuer les soins



Attentes en matière de performance

- Surveiller et prendre soin de la femme et du nouveau-né jusqu'à la sortie de l'hôpital.
- Identifier et répondre aux complications chez la femme et le nouveau-né.

Points clés

- Si le bébé a une HSG elle sera apparente dans la période postnatale précoce.
- Surveiller de près une éventuelle HPP.

Connaissances et compétences

Pendant les 6 premières heures du post-partum, la femme et le bébé doivent se reposer confortablement dans un endroit où ils peuvent être surveillés de près.

Surveiller la femme et le bébé :

- Toutes les 15 minutes pendant la première heure
- Toutes les 30 minutes pendant deux heures
- Toutes les 60 minutes pendant les trois heures
- 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 l'évaluation et à la prise en charge d'une HPP.
- Donner des soins de routine et un counseling sur les interventions d'auto-prise en charge.

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. Rechercher les signes de HSG ou de jaunisse importante : Léthargie, Crises néonatales, Apnée, Difficultés d'alimentation, Irritabilité, Fontanelle bombée, Respiration superficielle ou tendue, Tonus anormal, Altération de l'état de conscience
- Veiller à ce que le bébé soit sec et chaud, qu'il soit mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, et qu'il soit avec sa mère 24h/24.
- Laisser le bébé en contact peau à peau avec sa mère pendant au moins une heure après la naissance.
- Donner les soins essentiels de routine.
- Conseiller les parents sur les soins du nouveau-né.

Prendre soin de la femme et du nouveau-né pendant leur présence dans l'établissement de santé :

- Garder la femme et le bébé dans l'établissement pendant au moins 24 heures après la naissance. Les garder plus longtemps en cas de problèmes.
- Préparer un plan 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

Révision du module "Travail prolongé et dystocie"

- Clé des réponses

Problème	Réponse	Action
Maux de tête sévères, vision floue, crises, douleur du quadrant supérieur droit, fièvre/frissons	A	A. Effectuer une évaluation rapide et prendre en charge le problème
Signes de détresse maternelle (pouls ≥ 100 bpm, température $> 38^{\circ}\text{C}$, TAs < 90 mmHg/ TAd > 90 mmHg)	A	B. Offrir un soutien émotionnel et des encouragements
La femme est anxieuse	B, D	C. La laisser se reposer jusqu'à ce que le col de l'utérus soit complètement dilaté
La femme a du mal à faire face à la situation	B, D	D. S'assurer qu'elle a une personne de son choix à ses côtés et aider l'accompagnant(e) à la soutenir et la reconforter.
Col < 10 cm	C	E. La laisser se reposer jusqu'à ce qu'elle ait envie de pousser.
La femme a commencé à pousser avant d'avoir envie de pousser	E	F. L'aider à prendre la position de son choix ou l'encourager à changer de position
La femme pousse alors qu'elle est sur le dos	F	G. Donner de l'oxygène, s'assurer que la femme n'est pas sur le dos, donner des liquides et évaluer /prendre en charge s'il y a une cause maternelle (fièvre, déshydratation, anxiété, médicaments)
La femme ne pousse pas dans la position de son choix	F	H. Offrir des boissons sucrées pour l'énergie ou une perfusion si nécessaire
La femme est trop fatiguée pour pousser	M	I. Evaluer si la femme est candidate à une stimulation de l'activité utérine avec de l'ocytocine.
Il y a des signes de déshydratation	H	J. Stimulation l'activité utérine avec ocytocine.
Il y a moins de 3 contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes	I	K. Préparer la femme à un accouchement par césarienne
RCF < 110 bpm ou ≥ 160 et/ou méconium épais dans les présentations sans siège.	G	L. Evaluer la présence des signes de dystocie mécanique/DCP et autres indications pour une césarienne.
Présentation/position autre que l'occipitale	L	M. Evaluer si la femme répond aux critères d'un AAV.
Arrêt secondaire de la descente / pas de descente	K	
Bosse sérosanguine 3+ et/ou modelage 3+	K	
Gonflement de la partie inférieure de l'utérus ou présence d'un anneau de striction (anneau de Bandl) avec une vessie vide	K	

EXERCICE

Classifier - Clé de réponses

Étude de cas 1

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Deuxième stade prolongé, détresse fœtale, vessie distendue.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Aider la femme à vider la vessie, procéder à un AAV si elle donne son consentement.

Étude de cas 2

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Deuxième stade prolongé, épuisement maternel.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Non, procédez à l'AAV si elle donne son consentement.

Étude de cas 3

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Deuxième stade prolongé, vessie distendue.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Oui, contractions inefficaces
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Stimulation de l'activité utérine avec l'ocytocine, l'aider à vider la vessie, changement de position maternelle.

Étude de cas 4

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Détresse fœtale
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Non, procéder à l'AAV si elle donne son consentement.

EXERCICE

Réaliser un accouchement par ventouse et fournir des soins pendant le troisième stade du travail
– Clé de réponses

Étude de cas 1

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Deuxième stade prolongé, détresse fœtale, vessie distendue.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Aider la femme à vider la vessie, procéder à l'AAV si elle donne son consentement.

Étude de cas 2

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Deuxième stade prolongé, épuisement maternel.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Non, procéder à l'AAV si elle donne son consentement.

Étude de cas 3

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Deuxième stade prolongé, vessie distendue.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Oui, contractions inefficaces
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Stimulation de l'activité utérine avec l'ocytocine, aider la femme à vider la vessie, changement de position de la mère.

Étude de cas 4

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Détresse fœtale
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Non, procéder à l'AAV si elle donne son consentement.

Étude de cas 5

1. **Y a-t-il une indication pour un AAV ?**
Condition maternelle qui nécessite de raccourcir le deuxième stade du travail pour réduire l'effort maternel.
2. **Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?**
Non
3. **A-t-elle besoin d'autres interventions à la place ou en plus de l'AAV ?**
Surveillance attentive de son état cardiaque.

Plan d'action de l'équipe pour améliorer les soins du travail et de l'accouchement

À Faire/ Action	Objectifs S.M.A.R.T	Personne responsable	Délai d'exécution
	S M A R T
	S M A R T
	S M A R T

PRATIQUE PAR LES PAIRS

Instructions pour la pratique et les activités d'amélioration de la qualité après la formation

Que signifie « pratique continue » et pourquoi est-elle importante ?

La formation seule ne suffit pas à améliorer les soins. Il faut y ajouter une pratique régulière et d'autres activités pour renforcer les nouvelles connaissances et compétences.

La pratique permet également de développer les compétences et d'améliorer le travail d'équipe et la prise de décision clinique.

Qui vous aide à la pratique ?

Une ou deux personnes de votre établissement seront chargées de coordonner les sessions de pratique. Le coordinateur vous rappellera de pratiquer et guidera les sessions. Cette personne est un collègue qui a appris à soutenir ces activités.

N'oubliez pas que vous et vos pairs pouvez vous exercer sans coordinateur si vous n'en avez pas ou s'il n'est pas disponible.

Objectifs de la pratique de compétences

Les objectifs de chaque session sont liés aux principaux objectifs d'apprentissage. La pratique des compétences vous aidera à affiner vos compétences, en particulier pour les compétences qui ne sont pas utilisées souvent. Au cours de toutes les sessions, faites preuve de soins respectueux, d'un bon travail d'équipe et de communication.

Préparation des sessions

Chaque plan de session comprend une préparation et une liste de matériel nécessaire. Veuillez revoir les plans de session et la section des réponses à l'avance. La section des réponses comprend des conseils supplémentaires importants pour la facilitation. Les coordinateurs sont chargés de s'assurer que tout est prêt. Les plans de la session

comprennent également des instructions sur le déroulement de la session. Vous aurez besoin d'au moins deux guides du prestataire (GP) pour référence et des plans d'action. Les coordinateurs donneront des conseils si nécessaire, de manière amicale et utile.

Simulation des soins par la pratique des compétences, les jeux de rôle et les exercices

Pour faciliter la pratique des compétences et la prise de décision clinique, on utilise les jeux de rôle et les exercices. Lorsqu'ils mènent ces activités, les coordinateurs doivent :

- Établir un environnement d'apprentissage sûr
- Réaliser l'activité
- Effectuer un débriefing organisé
- Soutenir la discussion pour améliorer l'apprentissage
- Identifier et explorer les lacunes
- Aider les prestataires à transférer ce qu'ils ont appris dans la pratique clinique

Débriefing

Pendant le débriefing, les coordinateurs guident les prestataires pour qu'ils analysent leur performance individuelle et en équipe. Cela donne à chacun la possibilité d'apprendre en examinant attentivement ce qui s'est passé. Les coordinateurs et les prestataires doivent être constructifs et éviter de s'embarrasser mutuellement. L'objectif est l'autoréflexion et l'amélioration de l'équipe.

ACTIVITÉS FDHF

Session 1 :

Passer en revue : Agir !

45 minutes.

Lisez les objectifs à haute voix :

- Passer en revue les engagements personnels et les objectifs SMART de l'équipe pris à la fin des activités de formation.
- Mettre à jour les engagements et les objectifs.

Préparation :

- Passer en revue les objectifs de l'équipe.
- Inviter tous les membres du personnel qui sont de service le jour de la session à y participer, même s'ils n'ont pas participé à la formation initiale.

Matériels :

- Marqueur/stylos/papier
- Plan d'action « Agir ! »

Activité :

20 minutes

Commencez par demander au personnel qui était présent pour la formation de se souvenir de l'activité de clôture.

Demandez aux prestataires, « **Vous souvenez-vous des objectifs SMART que nous avons convenu d'améliorer ensemble ?** »

Partagez le plan d'action Agir ! et demandez à un volontaire de le passer en revue avec le groupe. Dites :

« **Veillez vous rendre à la page 54 du Guide du prestataire et écrire chaque objectif SMART au fur et à mesure que nous le passons en revue.** »

Faites une pause après chaque objectif et demandez :

- « **Avons-nous besoin de ressources ou de soutien supplémentaires pour atteindre cet objectif ? Si oui, comment pouvons-nous obtenir ces ressources ?** »
- « **Quelles activités ou tâches devons-nous accomplir pour atteindre cet objectif ?** »

- « **Qui sera chargé de le faire progresser ?** »
- « **Devons-nous ajuster cet objectif ?** »

Mettez à jour le plan d'action si nécessaire et assurez-vous que chacun a un rôle à jouer. Dites aux prestataires que vous vous réunirez à nouveau dans 6 semaines pour examiner les progrès accomplis.

Part II: Visite de la salle d'accouchement

25 minutes

Après avoir mis à jour le plan d'action, dites, « **Nous allons maintenant faire le tour de notre salle d'accouchement ensemble. Nous voulons savoir s'il existe des obstacles pour les femmes au cours du deuxième stade qui peuvent conduire à un deuxième stade de travail prolongé.** »

Demandez à un volontaire de prendre des notes pendant la visite de la salle d'accouchement.

Discutez les différents aspects des soins, s'ils ne sont pas fournis, pourraient affecter la progression du deuxième stade du travail.

- « **Pouvons-nous préserver l'intimité et la confidentialité des femmes ici ?** »
- « **Pouvons-nous accueillir des accompagnants ici ?** »
- « **Les femmes peuvent-elles choisir la position dans laquelle elles accouchent ?** »
- « **Les femmes reçoivent-elles des fluides pendant le deuxième stade ?** »
- « **Les femmes reçoivent-elles un soutien émotionnel adéquat pendant le deuxième stade du travail ?** »

Puis demandez :

- « **Quelles améliorations pouvons-nous apporter nous-mêmes, par exemple en déplaçant des meubles ou en ajoutant des rideaux, pour améliorer l'intimité, encourager la présence d'un(e)**

accompagnant(e) et donner aux femmes la possibilité d'accoucher dans la position de leur choix ? »

- « *Comment pouvons-nous nous assurer que les femmes sont correctement hydratées pendant le deuxième stade ?* »
- « *Que pouvons-nous faire pour nous assurer que les femmes reçoivent un soutien émotionnel ?* »

Mettez à jour le plan d'action Agir! avec toute intervention supplémentaire visant à améliorer l'expérience des clientes en matière de soins.

Session 2:

Vérifier la ventouse obstétricale

15 minutes par apprenant - groupe ou individuel

Lisez les objectifs à haute voix :

- Préparer l'équipement pour l'AAV en utilisant les instructions d'utilisation du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé.
- Nettoyer et désinfecter l'équipement pour l'AAV.

Préparation :

- Examiner les instructions d'utilisation du type de ventouse disponible dans l'établissement de santé.
- Assembler l'équipement pour l'AAV.
- Inviter tous les membres du personnel qui sont de service le jour de la session à participer.

Matériels :

- Instructions d'utilisation de la ventouse disponible dans l'établissement de santé.
- Ventouse, dispositif de traction et cupules

Activité :

Demandez aux participants :

- D'identifier les différentes parties du

dispositif.

- D'assembler l'appareil.
- De tester la pompe à vide en mettant la cupule contre la paume d'une main gantée.
- De démonter l'appareil.

Session 3:

Identifier les femmes qui présentent des indications pour un AAV

30 minutes – groupe ou individuel

Lisez les objectifs à haute voix:

- Évaluer et classer les femmes qui présentent des indications pour un AAV.
- Établir un plan de soins basé sur l'évaluation.

Préparation :

- Revoir l'évaluation et la classification d'une femme présentant des indications pour un AAV.
- Inviter tout le personnel en service.

Matériels :

- Simulateur
- Tensiomètre, stéthoscope, foetoscope, gants, montre avec trotteuse

Activité :

Demandez à des volontaires de jouer le rôle de la femme et du prestataire. En tant que coordinateur de la pratique, portez le simulateur avec le bébé en position occipitale postérieure, 1/5 au-dessus de la symphyse pubienne. Demandez au prestataire d'évaluer une femme ayant une indication d'AAV pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications.

Dites, « *Je suis Mme A et je reçois des soins dans cet établissement. J'ai eu un accouchement par voie basse auparavant et ma DPA est dans une semaine. Le travail a commencé il y a 16 heures et mes membranes se sont rompues il y a 3 heures lorsque le deuxième stade a commencé. Ma mère est avec moi. J'ai*

poussé pendant 2,5 heures et je suis épuisée. Je ne peux plus pousser. Le RCF était de 112 bpm pendant une contraction et de 182 bpm 30 secondes après la contraction. Mes signes vitaux sont : TA 122/72, pouls : 82 bpm, température : 37,8°C, 16 respirations/minute. »

Fournissez les informations suivantes si le prestataire les évalue :

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

Débriefing

Lorsque tous les groupes ont terminé, demandez aux apprenants :

- « ***Y a-t-il une indication pour l'AAV ?*** »
- « ***Y a-t-il des contre-indications à l'AAV ?*** »
- « ***Quel est votre plan de soins ?*** »

Demandez au prestataire :

- « ***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 se rappeler ?*** »
- « ***Comment pouvons-nous nous aider mutuellement à nous souvenir ?*** »
- « ***Que feriez-vous différemment la prochaine fois pour améliorer votre performance ?*** »

Session 4:

Réaliser l'AAV

20 minutes par apprenant

Lisez les objectifs à haute voix:

- Obtenir le consentement éclairé pour l'AAV.
- Réaliser un AAV.

Préparation :

- Revoir la liste de vérification pour l'AAV à la page 33.
- Revoir le formulaire de consentement.
- Inviter tous les membres du personnel qui sont de service.

Matériels :

- Formulaire de consentement
- Simulateur d'accouchement
- Tensiomètre, stéthoscope, foetoscope, gants, montre avec trotteuse
- Ventouse, dispositif de traction et cupules

Activité :

Demandez à des volontaires de jouer le rôle de la femme et du prestataire. En tant que coordinateur de la pratique, portez le simulateur avec le bébé en position occipitale postérieure, 1/5 au-dessus de la symphyse pubienne. Les indications pour l'AAV sont la détresse fœtale (RCF >160 bpm avec méconium) et l'épuisement maternel. Elle n'a aucune contre-indication à l'AAV.

Demandez au prestataire d'obtenir le consentement puis de procéder à l'AAV, en suivant la liste de vérification.

Une fois la démonstration terminée, demandez au prestataire :

- « ***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 se rappeler ?*** »
- « ***Comment pouvons-nous nous aider mutuellement à nous souvenir ?*** »
- « ***Que feriez-vous différemment la prochaine fois pour améliorer votre performance ?*** »

Donnez aux autres l'occasion de s'exercer à obtenir le consentement et à pratiquer l'AAV.

Session 5:
Améliorer la documentation
30 minutes

Lisez les objectifs à haute voix:

- Documenter avec exactitude l'AAV
- Identifier les lacunes dans la documentation.

Préparation :

- Examiner la documentation après que l'accouchement d'une femme a été assisté par une ventouse obstétricale.
- Inviter tout le personnel en service.

Matériels :

- Stylos et papier

Activité :

Mme A a eu un AAV réussi et a donné naissance à une petite fille pesant 2800 g. Lorsque vous consultez la documentation, vous trouvez les éléments suivants :

« Mme A. a accouché par voie basse à 10h15 avec l'assistance d'une ventouse obstétricale en raison de l'épuisement maternel et de la détresse fœtale. La petite fille a respiré à la naissance et pesait 2800g. Le placenta a été délivré 3 minutes après la naissance du bébé après l'administration de 10 UI d'ocytocine en IM et la réalisation d'une TCC. Le placenta était complet. La mère et le bébé se portent bien. »

Laissez 5 minutes aux apprenants pour remarquer les informations manquantes sur une feuille de papier. Puis, demandez au groupe :

- « **Quelle documentation manque ?** »
- « **Que pouvez-vous faire pour améliorer la documentation ?** »

Session 6:
Identification des complications chez le nouveau-né
30 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Évaluer avec précision les complications chez les nouveau-nés après un AAV.
- Identifier et prendre en charge les complications néonatales dues à l'AAV.

Préparation :

- Revoir l'évaluation du nouveau-né pour les blessures et les complications
- Inviter tout le personnel en service.
REMARQUE : cette activité peut être réalisée individuellement selon les besoins de l'unité.

Matériels :

- Simulateur de nouveau-né, stéthoscope, montre avec trotteuse

Activité :

Lisez les cas et demandez aux apprenants de se reporter aux pages 43-46, de répondre aux questions et d'effectuer toute évaluation sur le simulateur de nouveau-né pour parvenir à un diagnostic.

Cas 1 :

Un mâle de 2800 g est né à 39 semaines de gestation d'une mère multigeste. Le travail était spontané et la présentation était occipitale antérieure. Un AAV a été tentée avec 2 tractions.. Les scores d'Apgar étaient de 9 et 10 à 1 et 5 minutes respectivement. Le bébé a respiré spontanément après la naissance. À la naissance, vous remarquez un œdème superficiel, mou et piquant, qui traverse les lignes de suture.

- « **Qu'allez-vous examiner pour déterminer le problème ?** »
- « **Quel est le diagnostic le plus probable ? Comment allez-vous prendre soin du bébé ?** »

Cas 2 :

Une petite fille de 3891g est née à 41 semaines de gestation d'une mère primigeste. Le travail était spontané et la présentation était d'occiput postérieur. Après rotation de la tête, un AAV a été tentée avec 3 ou 4 tractions. Un cordon nuchal serré a été coupé environ 50 secondes avant l'accouchement. Il y avait une légère dystocie des épaules. Les scores d'Apgar étaient de 3, 4 et 7 à 1, 5 et 10 minutes respectivement. Le bébé a eu besoin d'une ventilation au sac et au masque pendant une courte période. Le bébé a été initialement décrit comme étant flasque et ayant l'air « choqué ». À l'âge d'une heure et demie, vous remarquez que le bébé est plus pâle et ne répond pas.

- « **Qu'allez-vous examiner pour déterminer le problème ?** »
- « **Quel est le diagnostic le plus probable ?** »
- **Comment allez-vous prendre soin du bébé ?** »
- **Comment cela aurait-il pu être évité ?** »

Session 7:

Soins en cas de contre-indications à l'AAV

30 minutes

Lisez les objectifs à haute voix:

- Identifier avec précision les femmes qui nécessitent des soins avancés.
- Fournir des soins avant la référence / préopératoires.

Préparation :

- Revoir les soins avant la référence / préopératoires.
- Inviter tout le personnel en service.

Matériels :

- Simulateur
- Tensiomètre, stéthoscope, fœtoscope, gants, montre avec trotteuse.
- Kit d'administration d'IV et de fluides IV
- Antibiotiques factices

Activité :

En tant que facilitateur, portez le simulateur avec le fœtus en position ROA (occipito iliaque droit antérieur). Dites : « **Je vais vous donner les détails de mon cas et vous demander ensuite de me fournir des soins.** »

Présentez les éléments suivants :

- Poussée pendant 3 heures
- G3P2, âge 26 ans
- DPA : 2 semaines à partir de la date d'aujourd'hui (38 semaines + 0 jour).
- TA 112/68 mmHg ; pouls 98 bpm ; respirations 16 respirations/minute ; température 38,9°C
- RCF : 188 bpm, 192 bpm, 184 bpm
- Contractions : 4/10 min, durant 50-60 sec.
- Utérus sensible
- Présentation et position : Céphalique (occipitale droite antérieure)
- Nombre de fœtus : 1
- Poids estimé du fœtus : 3000 g
- 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 : méconium
- Tête foetale : bosse sérosanguine 3+, modelage 2+

Demandez aux apprenants :

- « **Cette femme est-elle une candidate à l'AAV ? Pourquoi ou pourquoi pas ?** »
- « **Démontrez comment vous allez vous occuper de moi.** »
- « **Utilisez SAER pour communiquer avec le prestataire à qui vous allez transférer ses soins.** »

RÉPONSES AUX QUESTIONS DES SESSIONS

Session 3:

Identifier les femmes qui présentent des indications pour un AAV

« Y a-t-il une indication pour l'AAV ? »

Oui, les indications pour un AAV sont la détresse fœtale (RCF > 160 bpm avec méconium) et l'épuisement maternel.

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

Non

« Quel est votre plan de soins ? »

La préparer pour un AAV et obtenir son consentement. Choisir une cupule rigide si le choix est possible.

Session 5:

Améliorer la documentation

« Quelle documentation manque ? »

- Les critères pour l'AAV étaient remplis : col de l'utérus complètement dilaté, vessie vide, membranes rompues, aucune contre-indication.
- Statut fœtal au moment de l'application du vide : Position de la tête fœtale (OP), station, poids fœtal estimé, AG
- Compte rendu de la discussion avec la femme
- 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 le vide a été réduit entre les contractions, vide maximal atteint, nombre de tractions et de contractions, nombre de détachements de la cupule, description de la progression à chaque traction, si une épisiotomie a été pratiquée ou non.
- Position à la naissance
- Position du «chignon» et ecchymoses éventuelles.
- Toute complication affectant la femme ou le bébé.

« Que pouvez-vous faire pour améliorer la documentation ? »

Utiliser un aide-mémoire lors de la documentation, élaborer un formulaire à remplir lorsque l'AAV a été réalisé.

Session 6:

Identifier les complications chez le nouveau-né

Cas 1 :

« Qu'allez-vous examiner pour déterminer le problème ? »

Inspecter et palper le cuir chevelu et évaluer les éléments suivants :

- Remarquer la couleur et la forme de la tête, y compris le déplacement des oreilles ou l'œdème piquant.
 - Remarquer les blessures éventuelles
 - Palper pour évaluer la résolution du chignon (bosse séro-sangue).
 - Palper pour remarquer la présence d'une masse pouvant être ballottée ou d'un mouvement de liquide (dépendant de la gravité) dans le cuir chevelu ou d'un gonflement tendu.
 - Remarquer l'emplacement du gonflement.
 - Palper pour vérifier si le gonflement traverse ou non les lignes de suture.
- Vérifier la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la couleur (pâleur) et l'activité. Si possible, utiliser un oxymètre de pouls qui peut s'avérer utile pour détecter une tachycardie progressive et une perfusion inadéquate.

« Quel est le diagnostic le plus probable ? »

- Hémorragie sous-galéale

« Comment allez-vous prendre soin du bébé ? »

- Le personnel médical néonatal doit être informé et invité à prendre le bébé en charge

« Comment cela aurait-il pu être évité ? »

- Surveillance et examen attentifs du nouveau-né et réaction rapide avant que l'état du bébé ne se détériore à ce point.

Cas 2 :

« Qu'allez-vous examiner pour déterminer le problème ? »

- Inspecter et palper le cuir chevelu et évaluer les éléments suivants :
 - Remarquer la couleur et la forme de la tête, y compris le déplacement des oreilles ou l'œdème piquant.
 - Remarquer les blessures éventuelles
 - Palper pour évaluer la résolution du chignon (bosse séro-sangune).
 - Palper pour remarquer toute masse pouvant être ballottée ou tout mouvement de liquide (dépendant de la gravité) dans le cuir chevelu ou tout gonflement tendu.
 - Remarquer l'emplacement du gonflement.
 - Palper pour voir si le gonflement traverse ou non les lignes de suture
- Vérifier la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la couleur (pâleur) et l'activité. Si possible, utiliser un oxymètre de pouls qui peut s'avérer utile pour détecter une tachycardie progressive et une perfusion inadéquate.

« Quel est le diagnostic le plus probable ? »

- Bosse sérosanguine.

« Comment allez-vous prendre soin du bébé ? »

- Expliquer aux parents la raison du gonflement et leur dire qu'elle disparaîtra dans quelques heures.
- Rassurer les parents en leur disant que ce n'est pas un signe de dommages à long terme.
- Aucun traitement nécessaire.

Session 7:

Soins en cas de contre-indications à l'AAV

« Cette femme est-elle une candidate à l'AAV ? Pourquoi ou pourquoi pas ? »

Non. Détresse fœtale avec signes d'une dystocie mécanique - Anneau de Bandl, bosse sérosanguine 3+

« Démontrez comment vous allez vous occuper de moi. »

Les prestataires doivent :

- Faire preuve de soins maternels respectueux (SMR) en communiquant continuellement avec la femme et sa famille sur ce qui se passe, ce qu'ils font et pourquoi.
- En cas de transport vers un autre établissement, commencer le plan de transport OU
- Appeler l'équipe chirurgicale pour qu'elle puisse se préparer.
- Prévenir l'équipe pédiatrique pour qu'elle accueille un bébé en détresse.
- Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui se passe et pourquoi une césarienne ou la référence vers un autre établissement de santé est nécessaire.
- Donner des soins de soutien et un soutien au travail.
 - Expliquer toutes les procédures, obtenir son consentement, discuter avec elle des résultats des tests, écouter et être sensible.
 - Placer la femme en position latérale gauche.
 - Installer une perfusion (Ringer's Lactate ou sérum physiologique). Prélever du sang pour l'hémoglobine, le test de compatibilité croisée et le test de coagulation au lit juste avant la perfusion des liquides. Perfuser les fluides IV à un taux de 1 L en 6-8 heures.
- Donner des antibiotiques - ampicilline 2 g IV toutes les six heures PLUS gentamicine 5 mg/kg de poids corporel IV toutes les 24 heures.
- Fournir une gestion de la douleur au besoin.
- Continuer à surveiller de près l'évolution du travail et l'état de la femme et du fœtus. Ne

- jamais laisser la femme seule.
- Compléter le formulaire de référence.

« Comment allez-vous communiquer avec le prestataire à qui vous allez transférer ses soins ? »

S=Situation. « Je suis (nom) de la salle de travail de (établissement) et je m'occupe de Mme X qui est en salle d'accouchement. Le col de l'utérus est complètement dilaté. et elle pousse depuis 3 heures. RCF : 188 bpm, 192 bpm, 184 bpm. Il y a un anneau de Bandl et la vessie n'est pas distendue. Nous avons constaté une bosse sérosanguine 3+ et un modelage 2+. »

A=Antécédents. « Mme X. est une G3P2 de 26 ans. Son âge gestationnel est de 38 semaines selon la DDR. TA 112/68 mmHg ; pouls 98 bpm ; 16 respirations/minute ; température 38,9°C L'utérus est sensible à la palpation abdominale. 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 fœtal est estimé à 3000 grammes. Nous ne sommes pas sûrs du moment de la rupture des membranes, mais le liquide est teinté de méconium. La position est d'occiput antérieure droite. Nous avons placé Mme X sur son côté gauche, nous lui donnons de l'oxygène à 4L/min, et nous avons commencé une IV avec une solution de sérum physiologique à 125 mL en 1 heure. Nous avons envoyé son sang pour l'hémoglobine. Elle a reçu une première dose d'ampicilline IV et de gentamycine.

E=Évaluation. « Je pense qu'il y a une dystocie mécanique et une détresse fœtale. Elle a aussi probablement une chorioamnionite. »

R=Recommandation. « 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 ? »

Accouchement assisté par ventouse

PRÉVENIR LES INFECTIONS

PRÉVENIR LES INFECTIONS

PRÉVENIR LES INFECTIONS

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

Confirmer les indications



Détresse fœtale



2ème stade du travail prolongé



Épaulement 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 34 semaines



Poids fœtal estimé ≥2500 g, mais <4000 g

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

Classifier

Remplit 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 césarienne
Soins 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 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



Continuer les soins

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