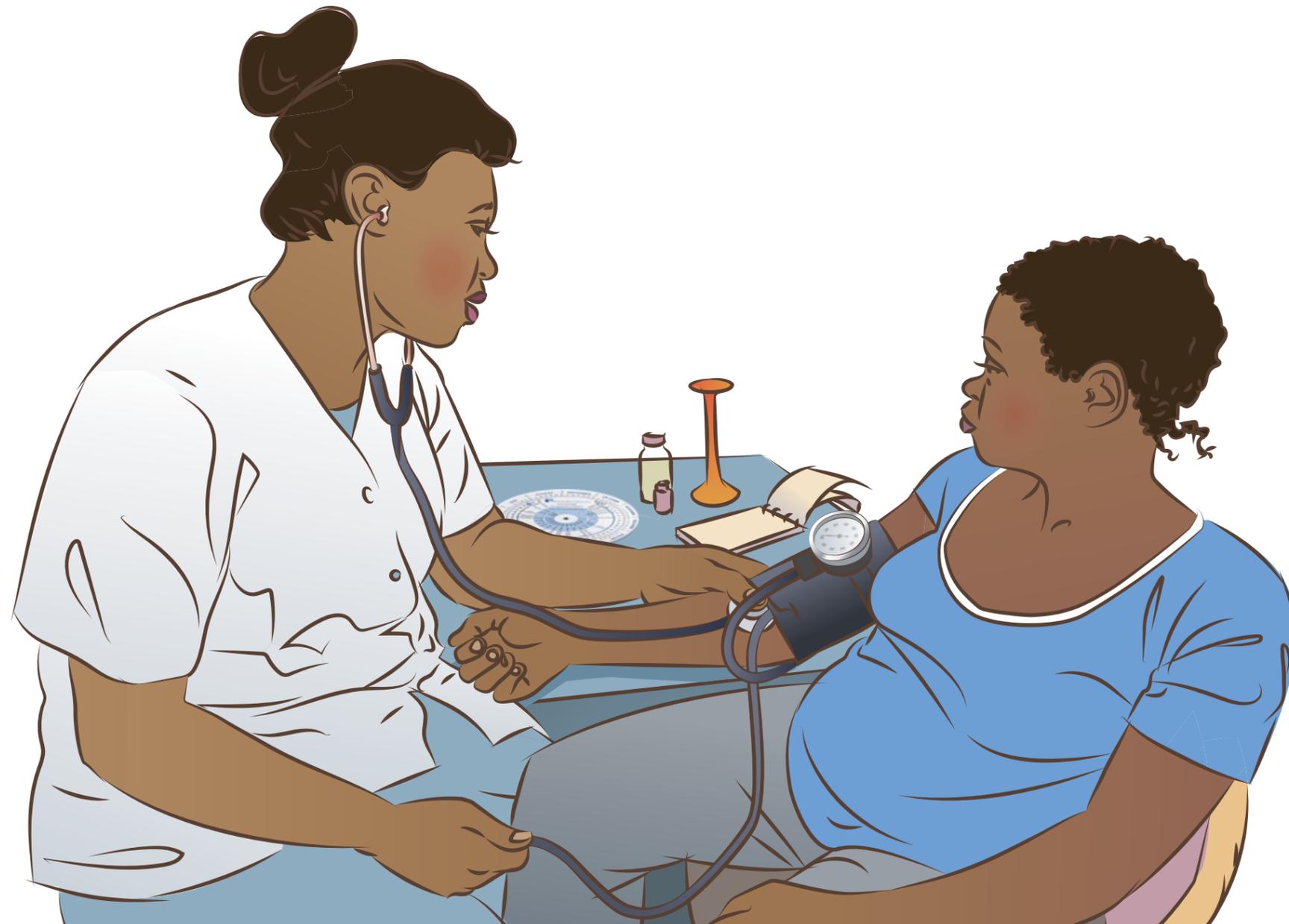


*Aider les mères et les bébés à survivre*  
**Pré-éclampsie et éclampsie**

*Tableaux à feuilles mobiles du formateur*



# Ce que l'animateur doit connaître et faire

## AVANT - PENDANT - APRÈS la journée de formation

Utilisez cette section pour vous préparer à jouer le rôle de l'animateur et pour orienter le développement international d'un programme Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) avant, pendant et après la journée de formation.

En tant qu'animateur, vous jouez un rôle clé pour atteindre l'objectif de former des prestataires compétents et équipés pour offrir une qualité élevée, des soins respectueux aux femmes et à leurs nouveau-nés.

### AVANT

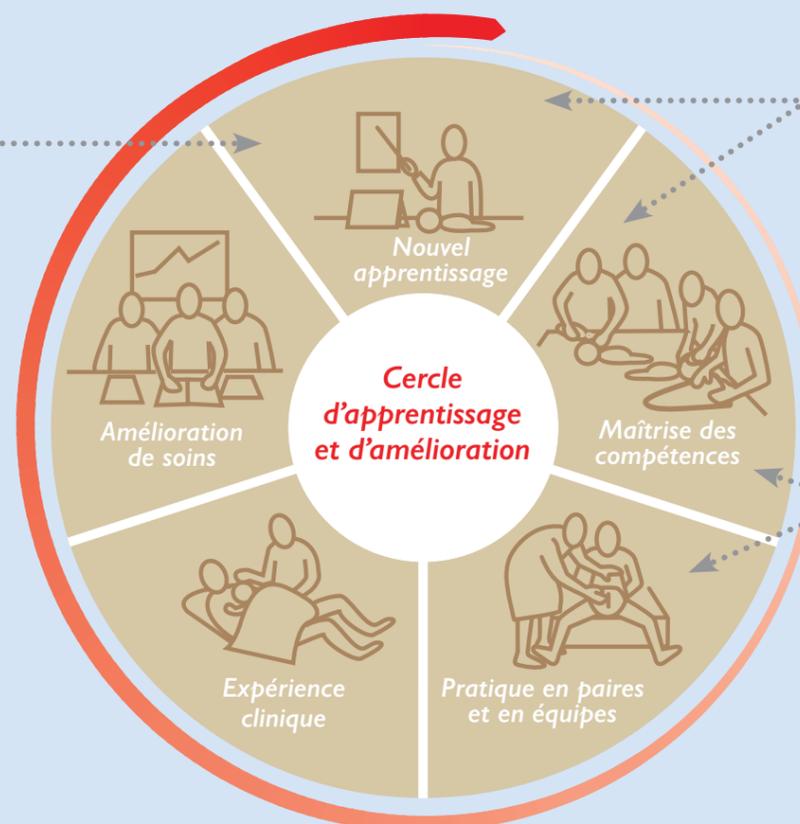
#### Commencer à planifier la formation Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) avec les dirigeants

- Rendez-vous sur le site [www.helpingmotherssurvive.org](http://www.helpingmotherssurvive.org) pour trouver les outils dont vous aurez besoin. Vous pouvez télécharger des modules de formation, une liste de contrôle sur la préparation de la formation, des exemples de programmes et d'autres ressources utiles, notamment comment commander des simulateurs lorsque cela est nécessaire.
- Consultez les données sur la prestation des services avec l'équipe de direction de l'établissement pour examiner les points forts et les lacunes liées au domaine clinique.



#### Préparez-vous en qualité d'animateur

- En qualité d'animateur, vous serez familiarisé avec une formation du programme Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive). Désormais, il est important de lire avec attention le Guide du prestataire et le Manuel illustré.
- Lisez les sections « Encouragez la discussion », « Notes d'animation » et « Contrôle rapide » afin de pouvoir diriger les discussions, répondre aux questions et obtenir des conseils pédagogiques.
- Étudiez les jeux de rôle et les activités d'apprentissage avec attention afin d'impliquer les participants.
- Organisez l'espace pour faciliter l'apprentissage en utilisant 1 animateurs pour chaque groupe de 6 participants.



### PENDANT

#### Évaluez les connaissances et les compétences

- Évaluer les participants d'une manière qui les encourage à apprendre.
- Utilisez le test de connaissance pour chaque module en pré-test et post-test.
- Utilisez les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) pour chaque module pour évaluer le transfert de compétences à la fin de la formation.

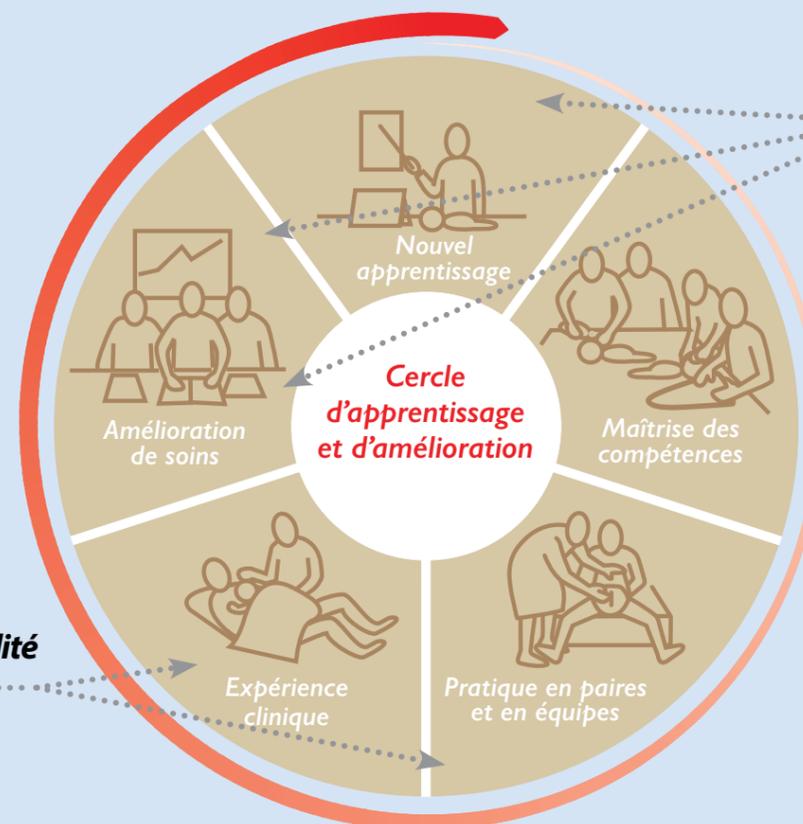
#### Impliquez chaque participant dans la discussion, puis pratiquez en paires

- Les modules « Aider les mères à survivre » (Helping Mothers Survive) sont des modules actifs et pratiques. Pendant que vous enseignez et faites des démonstrations, impliquez les participants en « Encourageant la discussion », et en les faisant participer à la pratique et aux jeux de rôle.
- Passez plus de temps dans les activités d'apprentissage que de parler pour s'assurer que les compétences sont maîtrisées. Expliquez aux participants qu'ils ou elles doivent s'attendre à faire de la pratique au cours des prochaines semaines pour les aider à améliorer leurs compétences.
- Pendant les activités pratiques, encouragez l'autoréflexion, la rétroaction et l'examen des actions afin d'améliorer la performance (compte-rendu).
- Insistez toujours sur le modèle des soins respectueux et d'une bonne communication entre la femme et les prestataires, et également entre les prestataires.
- Utilisez les questions relatives à « Encouragez la discussion » pour identifier les problèmes locaux et trouver des solutions pour surmonter les obstacles à la qualité des soins.
- Identifiez 2 sages-femmes ou infirmières dans chaque établissement pour aider leurs pairs à pratiquer après la formation. Vous les aiderez à devenir des Coordinateurs pairs de pratique après la journée de formation.

# APRÈS

**Identifier et appuyer les responsables et les coordinateurs de la pratique dans chaque établissement qui encourage la pratique continue.**

- Orientez les coordinateurs de pratique à leur rôle de promotion des activités pratiques en continu après la journée de formation. Il s'agira de courtes activités hebdomadaires que les prestataires effectueront en groupes ou seuls avec le coordinateur.
- Encouragez les prestataires à utiliser l'autoréflexion, la rétroaction et l'examen de leurs actions pendant la pratique et après les situations cliniques.
- Faites la promotion de la collaboration avec le système de santé local afin de recueillir les données sur la performance et les résultats cliniques, et d'utiliser ces données dans le cadre de la prise de décision.
- Soutenez les activités d'amélioration et partagez les expériences entre les établissements.
- Devenez membre du programme Aider les mères à survivre à l'adresse [www.helpingmotherssurvive.org](http://www.helpingmotherssurvive.org) et enregistrez les informations relatives à la formation - l'intitulé du module, le nombre de participants, le lieu et la date.
- Ressources à l'adresse [www.helpingmotherssurvive.org](http://www.helpingmotherssurvive.org).
  - Guide de mise en œuvre du programme Aider les mères à survivre (HMS)
  - Auto-certification
  - Guide d'amélioration : Améliorer les soins apportés aux mères et aux bébés
  - Liens vers les autres modules et ressources du programme Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) et Aider les bébés à survivre.



# PENDANT

**Impliquez les participants dans l'amélioration continue de la qualité**

- Sauver la vie des femmes et leurs nouveau-nés après la formation Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) nécessite de pratiquer des activités intenses, progressives et d'amélioration de la qualité dans l'établissement afin de changer les soins cliniques.
- Réfléchissez avec les participants sur
  - Ce que vous ferez différemment ?
  - Ce que vous ne ferez plus ?
  - Ce dont vous avez besoin pour concrétiser ces changements ?
  - Qui doit être impliqué ?
- Utilisez le plan pour la pratique hebdomadaire à la fin de chaque module du Guide du prestataire.
- Aidez les participants à planifier un changement qui améliorera les soins dans l'établissement.
- Ressources :
  - Activités « LDHF » (petite dose, haute fréquence) dans chaque module du Manuel du prestataire



## Sauver des vies à la naissance



- Les programmes de formation de l'approche Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive - HMS) et Aider les bébés à survivre (Helping Babies Survive - HBS) renforcent les capacités des prestataires à assurer des soins vitaux aux femmes et aux nouveau-nés.
- Les programmes HMS et HBS ciblent les prestataires de tout niveau qui assistent aux accouchements ou qui sont appelés à gérer les complications.
- Les programmes HMS et HBS offrent aux prestataires les outils leur permettant de détecter et de prendre en charge rapidement les complications qui mettent la vie en péril.
- Les programmes HMS et HBS utilisent la simulation et des scénarios d'apprentissage et comprennent des activités pratiques et une rétroaction.
- La formation est suivie d'une pratique continue dans l'établissement afin de renforcer et de maintenir ces compétences.

## Ceux qui s'occupent des femmes pendant l'accouchement

- Le module de formation du programme HMS sur la pré-éclampsie et l'éclampsie (PE/E) aide les apprenants à maîtriser les compétences nécessaires pour détecter, classifier et prendre en charge la PE/E en toute sécurité et de manière efficace.
- Le module de formation du programme HMS sur la pré-éclampsie et l'éclampsie (PE/E) est conçu sous forme de formation en établissement d'une journée ou deux en fonction du niveau des soins dispensés.
- Après la formation, les prestataires doivent continuer à pratiquer en utilisant des compétences nouvelles ou actualisées avec un mentor pair désigné par leur établissement.

### Matériel de formation :

- 1. Plan d'action 1 and Plan d'action 2** - Les outils graphiques contribuent à identifier et à prendre en charge la PE/E. Le Plan d'action 1 cible principalement les établissements de santé primaire et comprend l'évaluation initiale, le diagnostic et l'initiation du traitement. Le Plan d'action 2 vise à être utilisé dans les services spécialisés qui fournissent une prise en charge continue.
- 2. Ce tableau multi-feuilles** - est utilisé pour les instructions.
- 3. Le Guide du prestataire** - contient des informations cliniques détaillées et appuie la pratique continue. Il vous sera remis à la fin de la formation.

## Notes d'animation

Ouvrez le Tableaux à feuilles mobiles sur cette page au début de la Journée 1. Les fournitures doivent être préparées pour chaque poste de travail.

### Fournitures

- Tous les articles du kit d'urgence PE / E (page 19b)
- Un tensiomètre, un stéthoscope
- Un foétoscope
- Des bandelettes urinaires, un marteau à réflexes
- Un cathéter de Foley, une seringue, de l'eau
- Des sacs collecteurs d'urine
- Des gants
- Du sulfate de magnésium, des médicaments antihypertenseurs

Après avoir présenté cette page, commencez par un jeu de rôle sur une femme qui se plaint de violents maux de tête une journée après le post-partum et qui commence à avoir des convulsions, puis perd connaissance. Si vous êtes le seul, demandez à un(e) participant(e) de jouer le rôle de la femme. Demandez de l'aide, mais n'intervenez pas.

Ensuite, orientez la discussion :

- Vous est-il arrivé d'assister à une convulsion éclamptique ou au décès d'une femme dû à une éclampsie ?
- Que s'est-il passé ?
- Qu'est-ce qui aurait pu améliorer les soins ?

# ***Sauver des vies à la naissance***



## Points clés

### Assurer des soins respectueux aux femmes et à leur famille



- Chaque femme mérite des soins maternels respectueux (SMR)
- Les soins respectueux permettent de sauver des vies.
- Les femmes ont le droit à l'intimité et à la confidentialité des informations personnelles ainsi que le secret professionnel.

## Connaissances et compétences

- Les femmes méritent le respect, indépendamment de l'origine ethnique, de la culture, du statut social, de la religion, du niveau d'éducation et du statut matrimonial ou économique.
- Les soins respectueux permettent de sauver des vies : les femmes sont susceptibles de ne pas recourir aux soins si elles pensent qu'elles ne seront pas traitées de manière appropriée.
- Administrez des soins adaptés à l'âge.
- Les femmes ont le droit à l'intimité et à la confidentialité des informations personnelles ainsi que le secret professionnel pendant les séances de conseil, les examens physiques, les procédures cliniques ou le traitement des dossiers.
- Respectez le droit d'une femme à avoir un/une accompagnant(e) de son choix. La présence d'un /une accompagnant(e) permet d'améliorer les résultats et peut réduire la durée du travail.
- Les femmes ont le droit de refuser les soins ou de rechercher des soins ailleurs.
- Vous devez toujours expliquer à la femme ce qui se passe et pourquoi.
- Apportez des soins pratiques avec douceur.

- Ne jamais laisser une femme atteinte de PES ou d'éclampsie seule. Si vous devez vous absenter, demandez à quelqu'un d'autre de rester avec elle et assurez-vous qu'il ou elle sait comment obtenir de l'aide si nécessaire.

## Encouragez la discussion

Demandez aux apprenants, « De quelle manière pouvez-vous montrer du respect pour les femmes que vous soignez ? »

Voici quelques bonnes réponses :

- Se présenter par son nom et sourire.
- Regarder les femmes auxquelles on s'adresse.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Parler calmement.
- Porter une attention à ce que la femme dit.
- Inclure les femmes et les familles dans les discussions relatives aux soins.
- Toujours expliquer toute procédure et obtenir son autorisation avant de commencer.

Demandez aux apprenants, « Vous est-il arrivé d'avoir une cliente qui refusait vos soins ? Cette femme a-t-elle été traitée avec respect ? Que feriez-vous différemment dans une situation identique la prochaine fois ? »

# *Assurer des soins respectueux aux femmes et à leur famille*



## Points clés

### Communiquer de manière efficace avec l'équipe de la prise en charge



- Une bonne communication permet de sauver des vies.
- Savoir à qui demander de l'aide.
- Attribuez un rôle à chaque membre de l'équipe.
- Préparez un plan en cas d'urgence.

## Connaissances et compétences

- Les membres de l'équipe sont la femme (et son entourage si elle le souhaite) et le personnel de l'établissement dans lequel la femme reçoit les soins.
- Une mauvaise communication peut entraîner de mauvais résultats.
- Vous devez savoir à qui vous adresser en cas d'urgence.
- L'anxiété et la peur sont normales en cas d'urgence, mais ces émotions peuvent bloquer la communication. Vous devez rester calme pour être le plus efficace possible.
- Vous devez alerter les autres membres de votre équipe rapidement en cas d'urgence afin qu'ils puissent répondre le plus tôt possible.
- Communiquez avec confiance et clairement - ne supposez pas que les autres savent ce que vous pensez.
- Établissez clairement les rôles de chaque personne pour répondre à une urgence. Appelez les personnes par leur nom puis précisez qui doit faire quoi. Demandez à chaque personne de répéter la tâche qui lui a été attribuée - par exemple, « Je vais

commencer une perfusion IV de sérum physiologique » - pour montrer que l'instruction a été entendue et comprise.

- Les simulations permettent aux prestataires de pratiquer la résolution de problèmes, le travail d'équipe, la communication et la prise de décision en cas d'urgence. Les simulations offrent également l'occasion d'établir des rôles de soins en cas d'urgence.

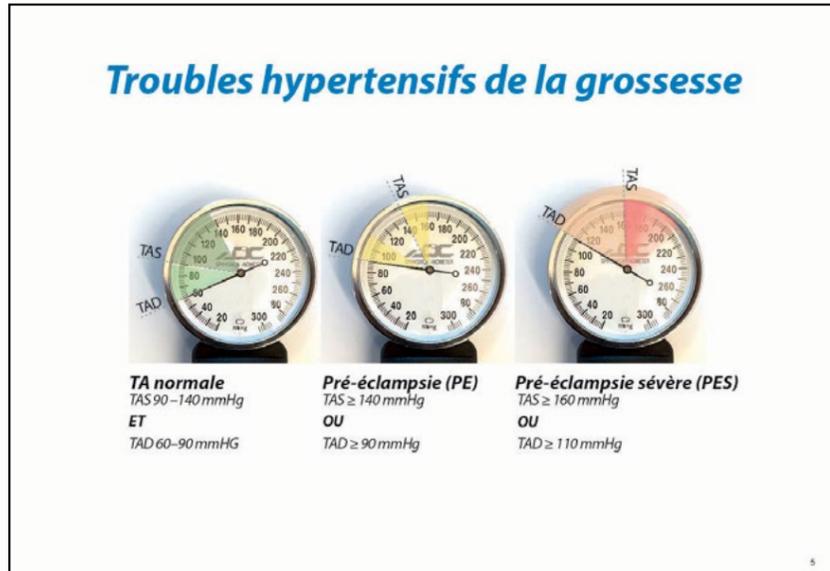
## Encouragez la discussion

Demandez aux apprenants : « Vous est-il arrivé de rencontrer une situation dans laquelle une mauvaise communication a entraîné un mauvais résultat? Demandez-leur de partager leurs expériences.

# *Communiquer de manière efficace avec l'équipe de la prise en charge*



## Points clés



- La pré-éclampsie (PE) et l'éclampsie (E) sont sur un continuum de troubles de la tension artérielle (TA) qui incluent l'hypertension (HTN) chronique, la HTN gestationnelle, et la PE/E. Ce module se concentre sur la PE/E.
- La PE/E sont les principales causes de décès ; **toutes** les femmes enceintes, en travail et en post-partum y sont à risque.
- La progression vers une maladie grave peut se produire rapidement. La pré-éclampsie sévère (PES) et l'éclampsie sont des urgences potentiellement mortelles !
- La TA doit être vérifiée à chaque visite prénatale, à l'admission pour le travail, pendant le travail, après la naissance, lors des visites du post-partum, et chaque fois qu'une femme enceinte / en post-partum présente un problème.

## Classification

Après 20 semaines de grossesse :

### Pré-éclampsie (PE)

Nouvelle survenue de TA élevée au cours de 2 lectures à au moins 4 heures d'intervalle :

- TA systolique (TAS)  $\geq 140$  mmHg **ou** TA diastolique (TAD)  $\geq 90$  mmHg **plus**
- Protéinurie  $\geq 300$  mg de protéine dans un échantillon d'urine sur 24 heures ou 2+ sur la bandelette urinaire

### Pré-éclampsie sévère (PES)

1. Nouvelle survenue d'une TA systolique élevée (TAS  $\geq 160$  mmHg **ou** TA diastolique (TAD)  $\geq 110$  mmHg **avec** une protéinurie comme ci-dessus **ou**
2. Une PE telle que définie ci-dessus **plus** l'un des symptômes suivants :
  - **Signes de danger** signalés par la femme
    - Maux de tête sévères non soulagés par des analgésiques
    - Changements affectant la vision
    - Barre épigastrique
    - Difficultés à respirer**ou**
  - **Signes de danger** qui peuvent être mesurés :
    - Œdème pulmonaire
    - Oligurie  $< 400$  ml de production d'urine en 24 heures

- Plaquettes faibles, créatinine sérique élevée ou élévation des enzymes hépatiques

### Éclampsie (E)

- PE telle que définie ci-dessus **plus** convulsions ou perte de conscience

## Connaissances et compétences

### Dépistez la PE / E chez toutes les femmes enceintes de plus de 20 semaines de gestation et toutes les femmes en post-partum

- Prenez la TA avec précision et enregistrez-la.
- Si la TA est élevée, vérifiez le niveau de protéine dans les urines.
- Évaluez toutes les femmes pour la présence de **signes de danger** et effectuez des analyses de laboratoire lorsque cela est possible.
- **En cas de suspicion de PES, n'attendez PAS 4 heures pour reprendre la TA. Commencez le traitement immédiatement !**
- Apprenez aux femmes et aux familles à reconnaître les signes de danger de la PE/E. Remarque : certaines femmes développent une éclampsie même en l'absence d'hypertension ou de protéinurie.
  - Les femmes présentant une PE peuvent développer des complications dangereuses.
  - La PE peut progresser rapidement sans avertissement, vers une éclampsie.

# Troubles hypertensifs de la grossesse



**TA normale**  
TAS 90–140 mmHg  
**ET**  
TAD 60–90 mmHg



**Pré-éclampsie (PE)**  
TAS  $\geq 140$  mmHg  
**OU**  
TAD  $\geq 90$  mmHg



**Pré-éclampsie sévère (PES)**  
TAS  $\geq 160$  mmHg  
**OU**  
TAD  $\geq 110$  mmHg

## Points clés



- Des mesures précises de la TA sont essentielles pour poser un diagnostic !

## Connaissances et compétences

- Les lectures de la TA peuvent être peu fiables en raison d'une mauvaise technique ou d'un dispositif défectueux.
- La TA peut être élevée en raison de facteurs chimiques (tabac ou caféine) ou émotionnels (peur ou stress).
- Le diagnostic est posé si la TA est élevée pendant deux lectures consécutives prises au moins à 4 heures d'intervalle avec une femme au repos et sans antécédents de TA élevée. **Cependant, une TAS  $\geq 160$  OU TAD  $\geq 110$  est une URGENCE ! Prenez des mesures immédiates pour la prendre en charge !**

## Pratiquez les compétences clés : Évaluez la tension artérielle Note d'animation

Demandez à une volontaire de se faire prendre sa TA. Montrez la technique appropriée, en soulignant les principales étapes pendant la démonstration. Quelle que soit la TA mesurée, indiquez qu'elle est de 152/94. Conseillez de manière appropriée et respectueuse la nécessité de reprendre la TA dans 4 heures. Après la démonstration, dites à la volontaire quelle est sa TA réelle.

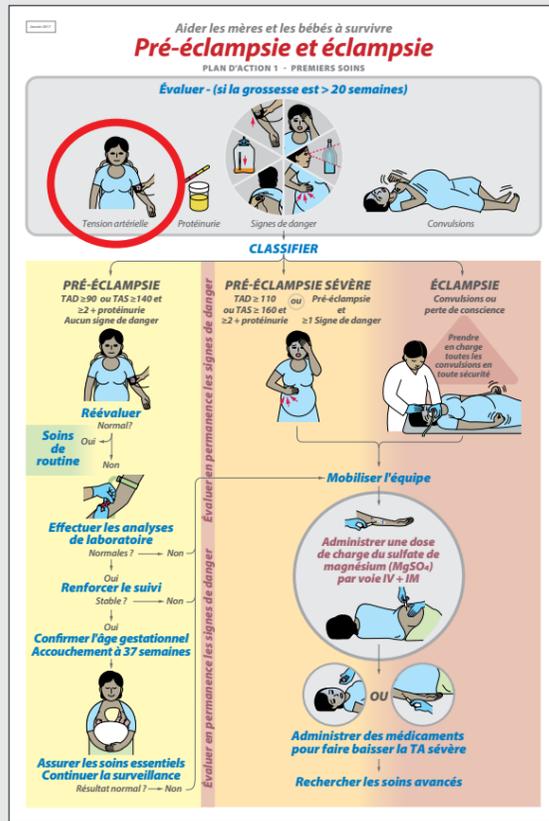
Demandez aux apprenants : « *Dans votre établissement, les prestataires ont-ils de problèmes pour prendre une TA précise ? Quelles améliorations peuvent-elle être apportées ? Les femmes accepteront-elles d'attendre 4 heures pour une nouvelle prise de TA ?* »

Divisez les groupes avec un facilitateur pour 6 apprenants. Faites travailler les apprenants par groupes de deux pour pratiquer la prise de la TA. Assurez-vous d'avoir un stéthoscope et un tensiomètre pour chaque paire. Faites attention aux techniques des apprenants. Fournissez une correction de soutien au besoin. Une fois que la première moitié des participants ont pris la TA, demandez à chaque paire de partager ses mesures. Vérifiez si les chiffres de 120/80 ou 130/80 ou d'autres chiffres sont sur-représentés.

Si c'est le cas, demandez aux apprenants s'ils ont remarqué quelque chose d'inhabituel à propos des prises de TA. Encouragez-les à devenir des « experts » de la prise de TA, puis inversez les rôles.

### Technique correcte de mesure de la tension artérielle

1. Assurez-vous que la femme est correctement positionnée, assise, les deux jambes à plat sur le sol, avec le bras au niveau de son cœur.
2. Enroulez le brassard fermement autour du bras avec le bord inférieur du brassard placé 2 cm au-dessus de la pliure du coude.
3. Assurez-vous que l'aiguille est à zéro au début et à la fin de la mesure. Utilisez la touche d'étalonnage si nécessaire pour faire revenir l'aiguille à zéro.
4. Les écouteurs du stéthoscope doivent être placés en direction de votre nez.
5. Gonflez rapidement le brassard à 180mmHg, puis relâchez l'air à environ 3mmHg / sec.
6. La TAS est notée lorsque le premier battement est entendu. La TAD est notée lorsque les battements s'arrêtent.
7. Il est important d'utiliser ce que vous écoutez et non pas ce que vous voyez pour noter chaque mesure.
8. N'arrondissez pas le chiffre à la baisse ou à la hausse, mais indiquez le chiffre précis. Notez que chaque barre sur un tensiomètre manuel correspond à 2 mmHg.



# Évaluer la tension artérielle



## Points clés



- Les femmes enceintes en bonne santé ne doivent pas avoir un taux de protéines supérieur à 1 dans leurs urines.
- La protéinurie associée à la PE est :
  - $\geq 300$  mg de protéines dans un échantillon d'urine sur 24 heures, ou
  - ratio protéine : créatinine dans l'urine d'au moins 0,3, ou
  - $\geq 2+$  sur une bandelette urinaire.
- **Remarque : Si vous ne pouvez pas vérifier le taux de protéines, commencez immédiatement le traitement pour les femmes qui répondent autrement à la définition de la PES. Agissez maintenant !**

## Connaissances et compétences

- Vérifiez s'il y a une protéinurie à chaque fois qu'une femme enceinte de plus de 20 semaines de gestation a une TA élevée.
- La bandelette urinaire ne doit être utilisée que lorsque des méthodes de test plus fiables ne sont pas disponibles (comme la collecte d'urine sur 24 heures ou le ratio protéine: créatinine dans l'urine).
- La protéinurie peut indiquer une contamination due aux pertes vaginales, au sang ou au liquide amniotique. La protéinurie se retrouve également dans d'autres conditions cliniques. Cependant, le PE / E est la cause la plus fréquente de la protéinurie pendant la grossesse.
- Si vous utilisez une bandelette, l'urine doit être obtenue selon une technique stérile pour éviter toute contamination : demandez à la femme de nettoyer sa vulve avec de l'eau, de libérer une petite quantité d'urine, puis de placer une tasse propre et sèche pour collecter l'urine.
- **Si vous utilisez des bandelettes pour mesurer la protéine, et que la protéine est inférieure à 2 + mais que la femme a des signes de danger ou une TA de catégorie sévère, commencez le traitement immédiatement !**

- Une fois que la protéinurie est détectée et que le diagnostic de PE ou de PES est posé, il est inutile de vérifier la protéinurie à nouveau.

## Encouragez la discussion

Quelle méthode votre établissement utilise-t-il pour évaluer la protéinurie ?

Quand vérifiez-vous la protéinurie ?

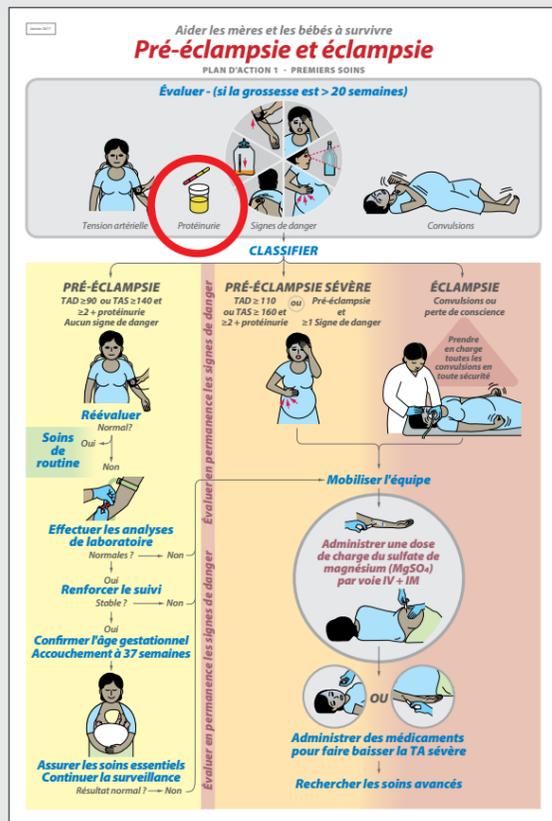
Existe-t-il des obstacles à votre capacité à évaluer régulièrement l'urine ?

Que peut-on faire pour améliorer le contrôle de la protéinurie ?

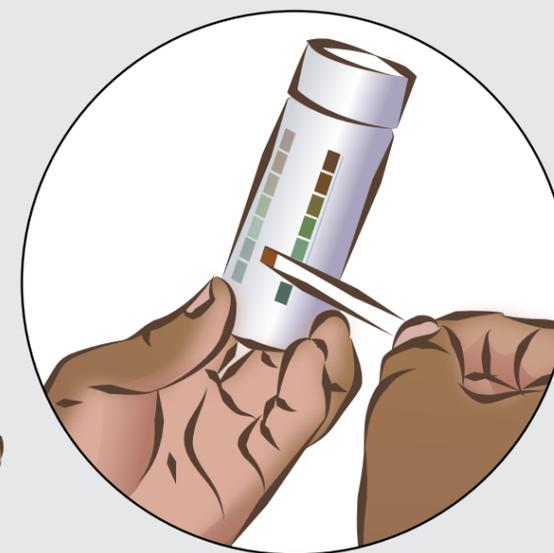
## Notes d'animation

Utilisez le blanc d'un œuf, mélangé à de l'eau pour préparer un liquide adapté à un test par bandelette. Montrez aux apprenants comment utiliser la bandelette et comment la lire selon les instructions du produit.

En petits groupes composés d'un facilitateur pour 6 apprenants, pratiquez l'utilisation de la bandelette.



# Évaluer la présence de protéines dans les urines



## Points clés



- Les femmes présentant une TA élevée doivent toujours faire l'objet d'un dépistage des signes de danger.
- Une nouvelle survenue de TA élevée accompagnée d'au moins un signe de danger indique la présence d'une PES. Il s'agit d'une urgence médicale !
- Il est important de noter que la TA dans la catégorie sévère n'est PAS nécessaire pour diagnostiquer la PES. Une femme peut avoir une TA entrant dans une catégorie moins grave, mais si elle présente au moins un signe de danger, elle a une PES !
- **Diagnostiquer et traiter la PES si la TA est légèrement élevée (TAS  $\geq$  140 mmHg OU TAD  $\geq$  90 mmHg) et si la femme présente un signe de danger !**

## Connaissances et compétences

**Toutes les femmes enceintes, en cours de travail et post-partum doivent être évaluées pour ces signes de danger :**

- La TA dans la catégorie « sévère » (TAS  $\geq$  160 mmHg OU TAD  $\geq$  110 mmHg)
- Maux de tête sévères non soulagés par des analgésiques
- Troubles de la vision tels qu'une vision floue ou l'apparition de lumières ou de tâches.
- Douleurs au quadrant supérieur droit (QSD)
- Œdème pulmonaire = difficulté à respirer et / ou râles (sifflements anormaux) entendus pendant l'auscultation des poumons
- Oligurie = passage de moins de 400 ml d'urine en 24 heures
- Les plaquettes faibles, la créatinine sérique élevée et les enzymes hépatiques élevées sont également des signes de danger.

L'oligurie doit être mesurée de façon objective pour poser le diagnostic de PES, sachant que le passage fréquent de petites quantités d'urine est courant pendant la grossesse. Les femmes peuvent signaler une réduction du débit urinaire lorsqu'on le leur demande. Les prestataires doivent être conscients de cet important signe diagnostique, mais ne doivent pas le demander pendant le conseil et le dépistage.

Des analyses supplémentaires peuvent être nécessaires pour poser un diagnostic définitif de PES, mais vous devez supposer une PES tant qu'elle n'a pas été écartée.

Dans le passé, l'œdème des pieds et des jambes était considéré comme un signe de PE. Ce n'est plus un signe diagnostique aujourd'hui. Informez toutes les femmes enceintes et post-partum et leurs familles au sujet des signes de danger de PES et E.

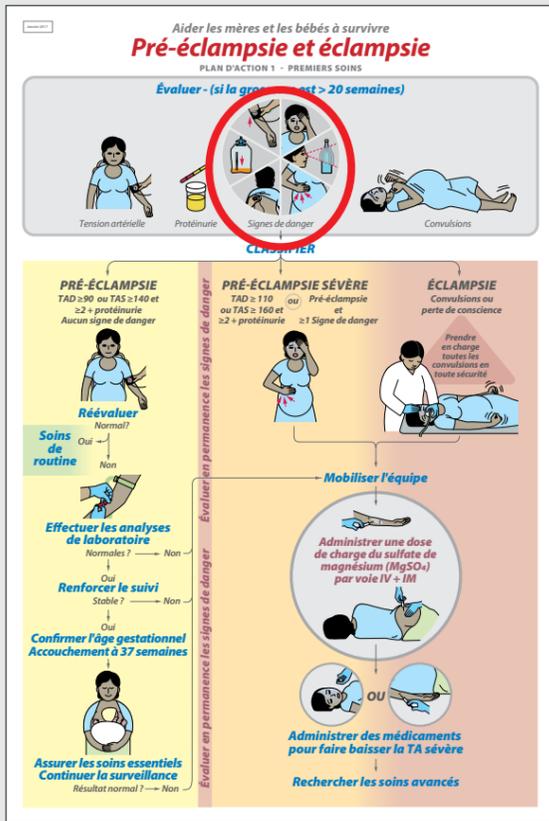
## Encouragez la discussion

- Chez toute femme enceinte, en travail ou en post-partum présentant une TA élevée, est-ce que la pratique habituelle dans votre établissement est de la conseiller sur les signes de danger de la PES et d'assurer le dépistage de la PES?
- Sinon, comment pouvez-vous assurer que toutes les femmes sont dépistées pour la PES?

## Contrôle des connaissances rapide

**Si une femme a une TA de 148/92, 2+ une protéinurie et vision floue, quel est son diagnostic?**  
PES

**Si sa TA est 162/108 avec une protéinurie de +2 et pas de signes de danger, quel est son diagnostic ?**  
PES



# Évaluer la présence des signes de danger



## Points clés



**Les convulsions sont une urgence vitale !  
Mobilisez votre équipe maintenant !**

## Connaissances et compétences

- Si une femme enceinte, en cours de travail ou en post-partum récent est inconsciente, fait une convulsion ou signale une convulsion récente, l'éclampsie doit être suspectée et immédiatement traitée ! Une fois que le traitement a commencé, d'autres causes - telles que le paludisme, la méningite, les troubles convulsifs - peuvent être exclues.
- Les femmes peuvent perdre conscience après les convulsions.
- Les convulsions peuvent se reproduire en séquences rapides et une femme peut mourir après une ou deux convulsions.

- Les convulsions éclamptiques sont difficiles à prévoir et :
  - Peuvent se produire indépendamment du niveau de la TA.
  - Peuvent se produire chez les femmes ayant une TA normale
  - Peuvent se produire sans maux de tête ou sans changements affectant la vision

### Lorsqu'une femme convulse :

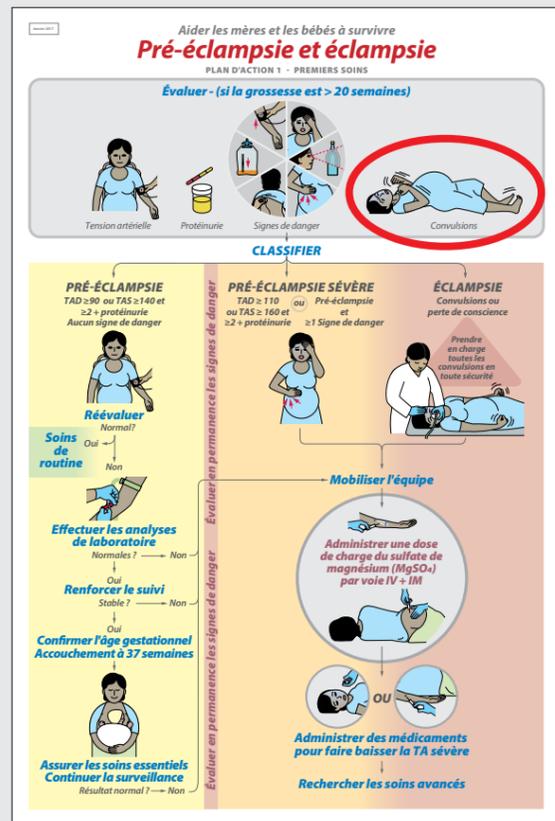
1. **APPELEZ À L'AIDE !**  
Demandez le kit d'urgence.
2. Voies respiratoires : Tournez la femme sur son côté pour éviter l'aspiration. Assurez-vous que les voies aériennes sont bien dégagées.
3. S'il est disponible, administrez de l'oxygène à 4-6 L par minute par le biais d'un masque ou d'une canule.
4. Respiration : Si la femme ne respire pas, commencez la ventilation avec un sac et un masque et assurez-vous que l'aide arrive.
5. Circulation : Si le pouls est absent, commencez le massage cardiaque.
6. Protégez la femme contre les blessures mais ne cherchez pas à l'immobiliser
7. Ne placez rien dans sa bouche.
8. Évaluez les signes vitaux Si la TA est

élevée, supposez une éclampsie et commencez le traitement.

9. Ne laissez jamais la femme sans surveillance.
10. Pendant les soins, demandez aux membres de la famille quels sont les antécédents médicaux de la patiente et la présence de tout signe de maladie récente, notamment de la fièvre, des frissons, des maux de tête, une rigidité du cou.

### Soins à apporter après la convulsion :

- Continuez à contrôler les voies aériennes et la respiration ; aspirez des sécrétions si nécessaire.
- Observez la couleur de la peau de la femme, puis évaluez la nécessité de poursuivre l'oxygène à 4-6 L par minute, si disponible.
- Toujours auscultez les poumons après les convulsions pour voir si elle a aspiré du liquide.
- Vérifiez à nouveau les signes vitaux et la fréquence cardiaque fœtale si le bébé n'est pas encore né.
- Même si l'éclampsie n'a pas encore été diagnostiquée, traitez immédiatement comme une éclampsie pendant que vous confirmez le diagnostic !



# Évaluer les convulsions



**Activité d'apprentissage**  
**Jeu de rôle : Classifier**

				
<b>Pré-éclampsie (PE)</b>	TAS $\geq$ 140 mmHg OU TAD $\geq$ 90 mmHg  (Avec 2 lectures à au moins 4 heures d'intervalle)	Bandelette urinaire 2+ OU $\geq$ 300 mg de protéines dans un échantillon d'urine sur 24 heures OU ratio protéine : créatinine urinaire d'au moins 0,3	AUCUN	AUCUN
<b>Pré-éclampsie sévère (PES)</b>	TA telle que mentionnée ci-dessus PLUS un signe de danger au moins OU TAS $\geq$ 160 OU TAD $\geq$ 110	Généralement : la protéinurie est associée à la PE (ci-dessus)	Au moins un des signes suivants: 1. Douleurs au quadrant supérieur droit 2. Maux de tête sévères 3. Vision trouble 4. Œdème pulmonaire 5. Oligurie 6. Plaquettes anormales, créatinine sérique anormales ou enzymes hépatiques anormales	AUCUN
<b>Éclampsie (E)</b>	Généralement : TAS $\geq$ 140 OU TAD $\geq$ 90	Généralement : la protéinurie est associée à la PE (ci-dessus)	Peut présenter au moins l'un des signes de danger ci-dessus ou ne peut en présenter aucun	A fait au moins une convulsion ou est inconsciente

## Note de formation

**Divisez le groupe en groupes de deux personnes. Demandez à un/e apprenant/e de jouer le rôle de la femme. Demandez à l'autre apprenant/e de jouer le rôle du prestataire de soins. Faites venir les « femmes » dans un coin de la salle pour leur donner des instructions en privé. Demandez-leur d'apporter des feuilles de papier et un stylo pour enregistrer leurs mesures.**

**Donnez aux « femmes » les informations suivantes en privé .**

- Âge de 25 ans, AG de 33 semaines
- La TA est de 144/88
- Protéinurie 2+
- Signes de danger : absence de maux de tête, de troubles de la vision et de douleurs au quadrant supérieur droit, pas de difficultés à respirer, et absence de râles.

Demandez-leur de ne donner ces informations qu'en réponse aux mesures prises par les « prestataires ». Demandez aux « prestataires » de prendre les mesures réelles pendant ce jeu de rôle et ne pas se contenter de dire ce qu'ils vont faire. Demandez aux « femmes » de retourner à leur poste de travail où elles se présenteront pour une consultation prénatale (CPN).

**Lisez le paragraphe suivant aux participants avant qu'ils ne commencent.**  
« Mme M se présente pour sa troisième visite de CPN. Veuillez l'interroger et procéder comme pour une visite de routine à 35 semaines. Si vous prenez sa tension artérielle ou si vous auscultez ses poumons ou si vous mesurez la protéinurie, faites-le. Votre cliente vous indiquera les constats. »

Observez le jeu de rôle. Vérifiez que les participants sont sur la bonne voie, mais vous ne devez pas corriger ou interrompre le jeu de rôle.

**Compte-rendu :** Rappelez-vous que l'apprentissage vient de tous les participants grâce à une bonne discussion. L'apprentissage ne vient pas seulement du formateur.

**Lorsque toutes les équipes ont terminé l'évaluation, demandez aux « prestataires »**

« Quel est votre diagnostic le plus probable ? Pourquoi ? »

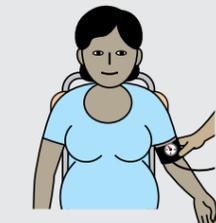
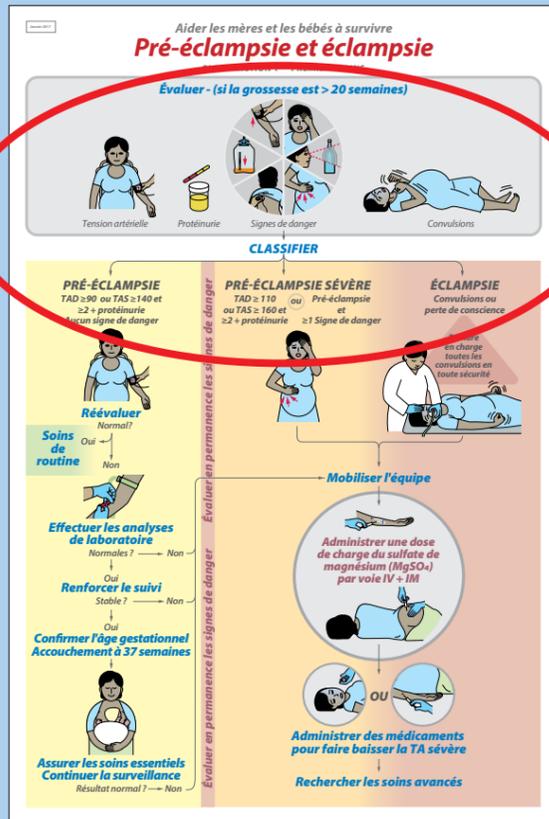
**La bonne réponse est la PE parce que la TA est dans la catégorie non sévère et que la protéinurie est supérieure à 2. Demandez, « Avez-vous pensé à poser des questions sur tous les signes de danger ? Avez-vous ausculté ses poumons ? »**

**Puis demandez : « Que ferez-vous ensuite ? » Réponse correcte : « Demandez à Mme M d'attendre 4 heures avant de vérifier sa TA à nouveau. »**

*Lorsque la discussion est terminée, demandez « Grâce à cet exercice, qu'est-ce que vous n'oubliez pas de faire lorsque vous consulterez une femme pendant une visite de CPN de routine présentant une TA anormale ? »*

*Encouragez les réponses : demander à une femme si elle présente des signes de danger, vérifier la présence de la protéine dans son urine, ausculter ses poumons, puis lui demander d'attendre 4 heures avant de vérifier la TA à nouveau.*

# Activité d'apprentissage Jeu de rôle : Classifier



Tension artérielle



Protéinurie



Convulsions

## Pré-éclampsie (PE)

TAS ≥ 140 mmHg  
OU  
TAD ≥ 90 mmHg  
  
(Avec 2 lectures à au moins  
4 heures d'intervalle)

Bandelette urinaire 2 +  
OU  
≥ 300 mg de protéines dans un  
échantillon d'urine sur 24 heures  
OU  
ratio protéine : créatinine  
urinaire d'au moins 0,3

AUCUN

AUCUN

## Pré-éclampsie sévère (PES)

TA telle que mentionnée  
ci-dessus PLUS un signe de  
danger au moins  
OU  
TAS ≥ 160  
OU TAD ≥ 110

Généralement :  
la protéinurie est associée à la  
PE (ci-dessus)

Au moins un des signes suivants:

1. Douleurs au quadrant supérieur droit
2. Maux de tête sévères
3. Vision trouble
4. Œdème pulmonaire
5. Oligurie
6. Plaquettes anormales, créatinine sérique anormales ou enzymes hépatiques anormales

AUCUN

## Éclampsie (E)

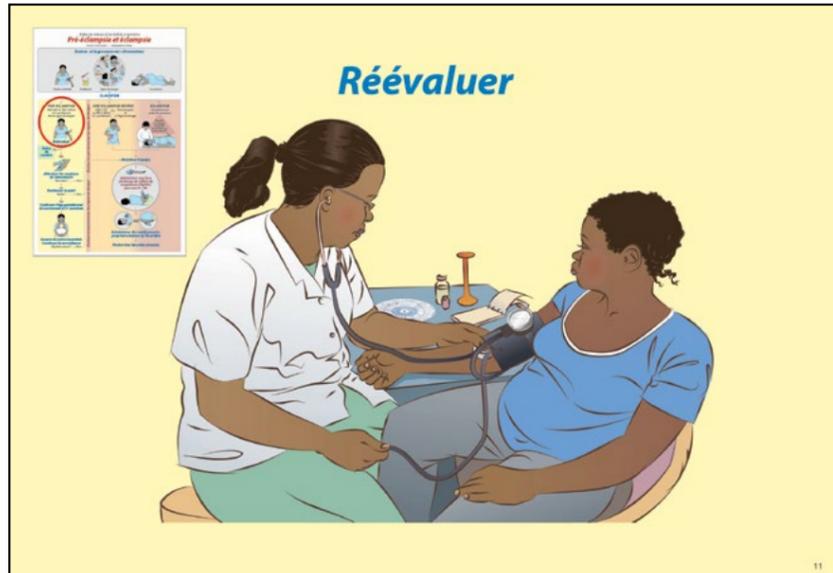
Généralement :  
TAS ≥ 140 OU  
TAD ≥ 90

Généralement :  
la protéinurie est associée à la  
PE (ci-dessus)

Peut présenter au moins l'un  
des signes de danger ci-dessus  
ou ne peut en présenter aucun

A fait au moins une  
convulsion ou est inconsciente

## Points clés



- Lorsque vous réévaluez la femme dans les 4 heures suivant la TA initiale élevée, ou lorsque vous recevez une femme référée pour une suspicion de PE, vous devez :
  - Reprenez la TA
  - Analysez l'urine pour les protéines si cela n'a pas été fait ou si cela a été fait ailleurs
  - Détectez tout signe de danger ou toute convulsion.
- **Si vous suspectez une PES, vous ne devez pas attendre 4 heures pour prendre la TA à nouveau. Commencez le traitement immédiatement !**

## Connaissances et compétences

- Lorsqu'une femme suspectée de PE est référée chez vous, vérifiez rapidement que son état est stable et effectuez une évaluation de routine.
- Les femmes peuvent être référées dans votre service avec des informations incomplètes ou peu fiables telles qu'une lecture de la TA unique ou inexacte, un test de protéinurie à partir d'urine contaminée ou un manque de détection des symptômes sévères. Vous devez toujours recueillir les informations pour confirmer le diagnostic vous-même.
- Si elle ne répond pas aux critères de la PE, excluez les autres problèmes, lui apprenez les signes de danger de la grossesse, assurez le plan de préparation à l'accouchement et aux complications, puis confirmez la prochaine visite de CPN.
- Si la femme répond aux critères de diagnostic de la PE :
  - Effectuez les analyses de laboratoire.
  - Augmentez la fréquence des visites de CPN
  - Apprenez à la femme les signes de danger de la PES / E.
  - Vérifiez qu'elle dispose d'un plan d'accouchement, y compris d'un plan en cas de complications.
- Conseillez à la femme de rechercher des soins immédiatement dans les cas suivants :
  1. Maux de tête sévères
  2. Changements affectant la vision

3. Douleurs sévères au quadrant supérieur droit
  4. Difficultés à respirer
  5. Convulsions
- Veillez à ce que les partenaires et les membres de la famille connaissent également les signes de danger, la nécessité d'un suivi immédiat et où obtenir des soins.
  - Eduquez la femme sur les signes de travail, la rupture des membranes, et la diminution des mouvements fœtaux. Dites à la femme de rechercher des soins, SANS ATTENDRE, si l'un des signes suivants se présente

### Contrôle des connaissances rapide

**À quel moment devez-vous toujours vérifier la TA d'une femme ?**

1. Pendant les visites de CPN
2. Dès son admission et pendant le travail
3. Pendant la période immédiate suivant le postpartum
4. Pendant toutes les visites du postpartum
5. Si la femme se plaint de l'un des signes de danger de PES

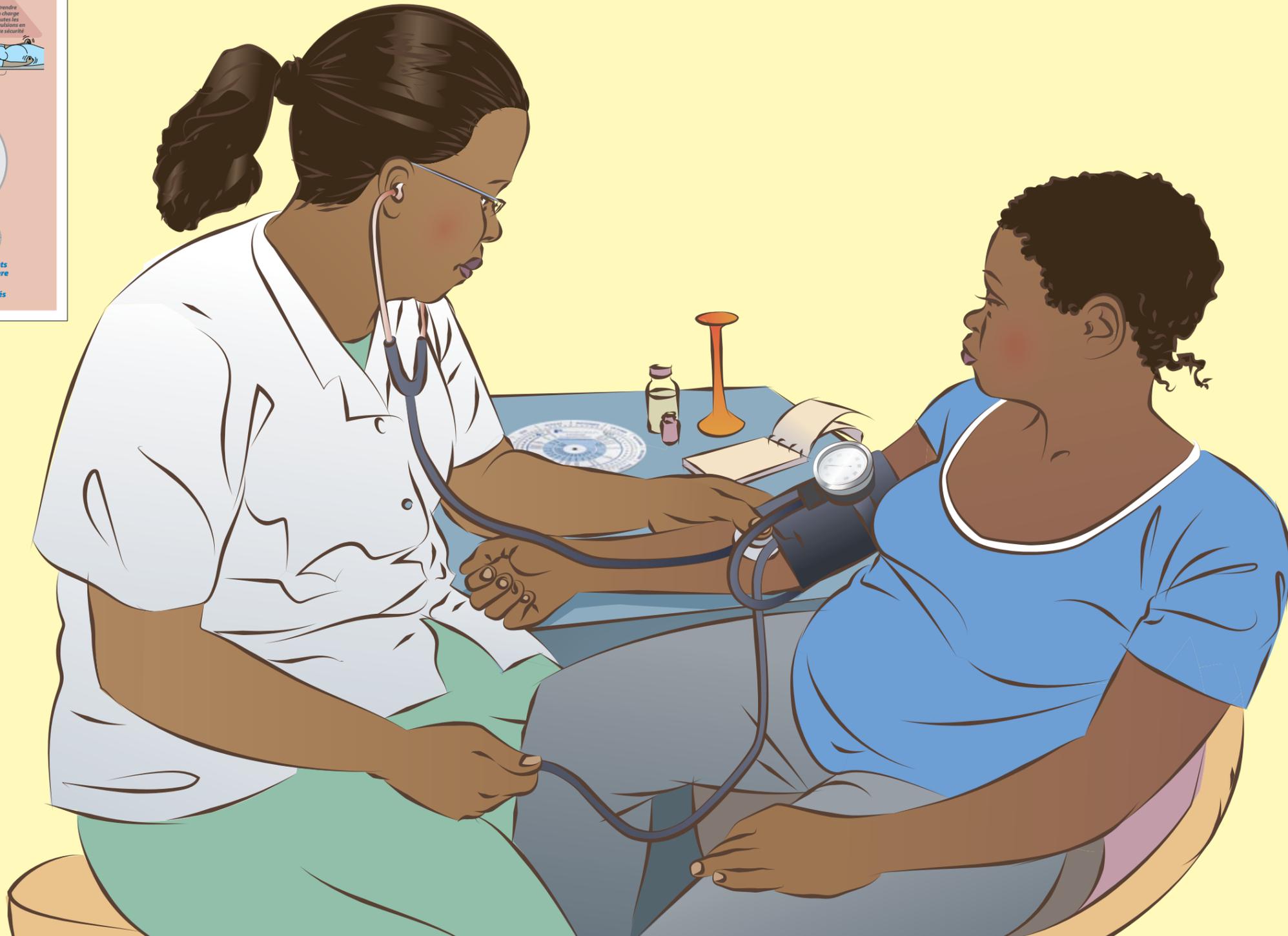
### Encouragez la discussion

Demandez, « Comment devez-vous conseiller la femme de se préparer en cas de complications ? »

Avec les participants, vérifiez que les femmes et leurs familles ont les numéros de téléphone d'urgence, les plans de transport d'urgence, une personne pour s'occuper des enfants et de la maison, et de l'argent en cas d'urgence.



# Réévaluer



## Points clés



- Des valeurs de laboratoire normales en l'absence de signe de danger sont rassurantes et indiquent qu'il est sûr de prendre la femme en charge en ambulatoire.
- Des résultats de laboratoire qui ne sont pas normaux nécessitent des soins avancés.
- Si vous êtes dans un établissement de soins spécialisés, le protocole de prise en charge de la PE peut vous imposer de faire des analyses de laboratoire en cas de suspicion de PE ou de PES

## Connaissances et compétences

- Les analyses de laboratoire contribuent à détecter l'aggravation d'une maladie. Lorsqu'elles sont disponibles, elles appuient la prise de décision clinique et accélèrent le transfert vers des soins spécialisés.
- Vous devez réaliser ces analyses lorsque vous suspectez une PE ou une PES et qu'un laboratoire est disponible :
  - NFS avec numération des plaquettes :** une numération des plaquettes  $< 100\ 000$  est un signe de danger !
  - Créatinine sérique :**  $\geq 1.1$  mg/dL or 2x le niveau de référence suggère une fonction rénale défaillante
  - Enzymes hépatiques :** AST/ALT: 2x normal suggèrent une fonction hépatique défaillante
- Les analyses doivent être effectuées chaque semaine, mais vous pouvez les effectuer plus souvent en fonction de votre jugement clinique.
- Si les résultats des analyses sont anormaux ou s'aggravent et que la femme ne se trouve pas dans un établissement de soins spécialisés, vous devez la transférer rapidement.
- Respectez les précautions universelles et les mesures de prévention des infections lorsque vous prélevez ou manipulez du sang et éliminez les outils de prélèvement et les déchets.

- Expliquez à la femme pourquoi les tests sont importants ; partager les résultats et leur signification.

## Encouragez la discussion

Demandez aux apprenants, « Avez-vous un laboratoire dans cet établissement ? Si oui, peuvent-ils faire ces tests ? »

Si non, demandez « Comment faites-vous ? Les femmes doivent-elles parcourir de longues distances ? afin de se rendre dans un laboratoire ? »

## Contrôle des connaissances rapide

### À quel moment devez-vous diagnostiquer une PES ?

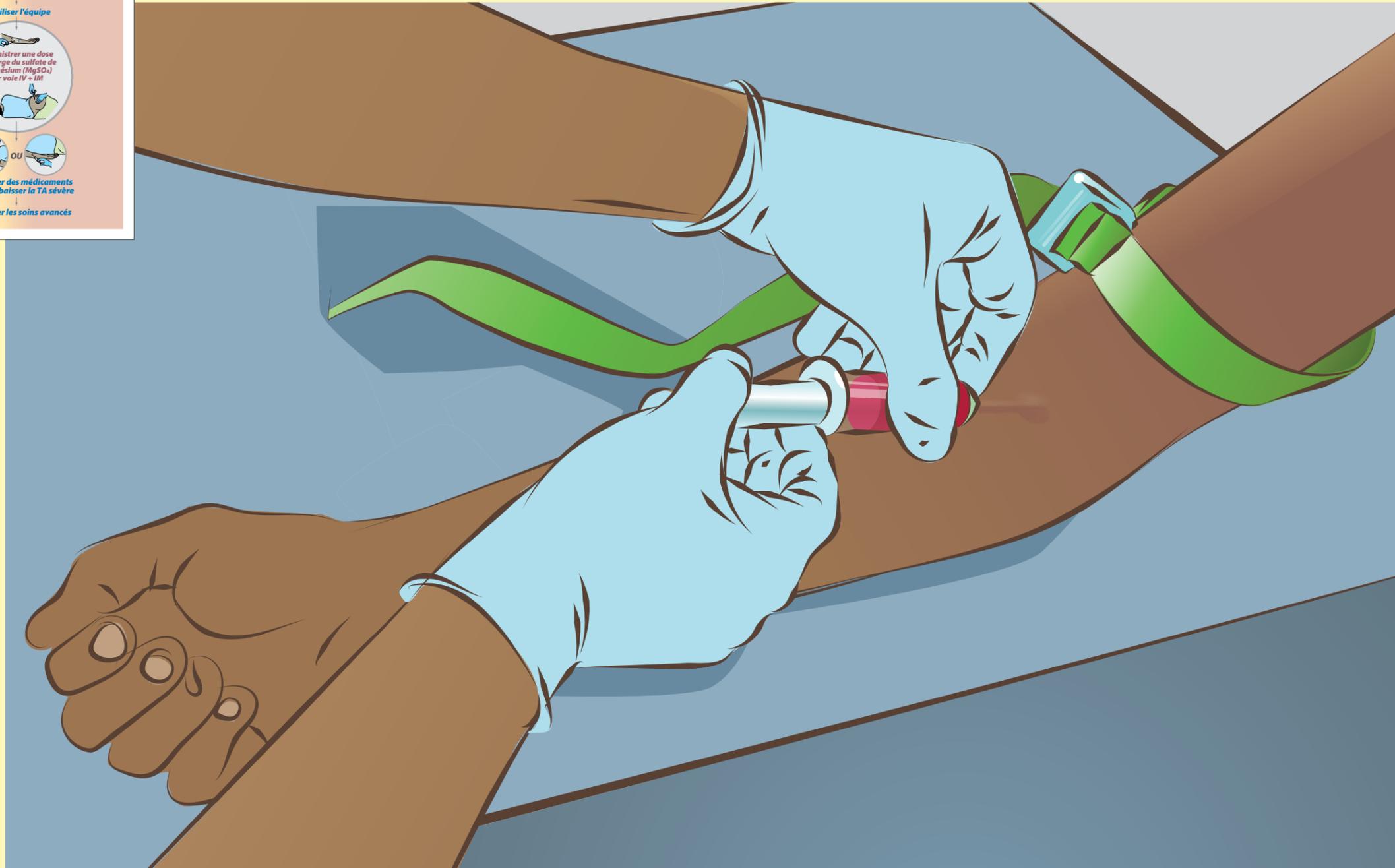
- $TAS \geq 160$  mmHg OU  $TAD \geq 110$  mmHg
- Une protéinurie supérieure à 2+ OU
- $TAS \geq 140$  mmHg Ou  $TAD \geq 90$  mmHg
- Une protéinurie supérieure à 2+

### ET L'UN DES SIGNES DE DANGER SUIVANTS :

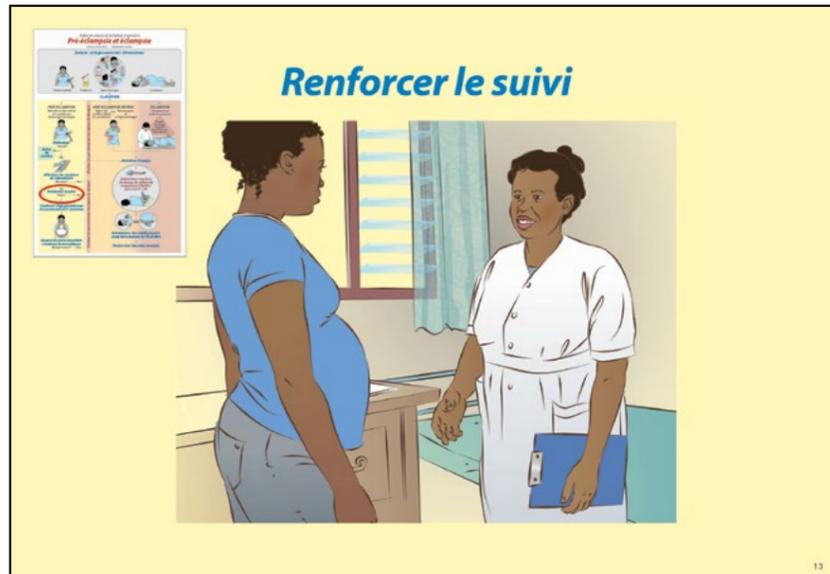
- Maux de tête sévères non soulagés par des analgésiques
- Troubles de la vision ou apparition de points lumineux
- Douleurs au quadrant supérieur droit
- Œdème pulmonaire = difficultés respiratoires et /ou râles
- Passage de  $< 400$  ml d'urine en 24 heures
- $< 100\ 000$  plaquettes,  $\geq 1.1$  mg/dL créatinine sérique 2x normal TFH (AST, ALT)



# Effectuer les analyses de laboratoire



## Points clés



- Les femmes atteintes de PE - sans signes de danger ! - doivent être consultées deux fois par semaines jusqu'à la semaine 37. Pendant chaque visite :
  - Vérifiez la tension artérielle
  - Surveillez le fœtus
  - Évaluez les signes de danger de PES
  - Écoutez les poumons
  - Vérifiez les réflexes
- Vérifiez les tests de laboratoire chaque semaine
- Toute femme atteinte de PE qui ne peut pas se rendre aux consultations deux fois par semaine doit être admise ou transférée dans un hôpital pour des soins spécialisés.

**Si à tout moment, une PES se développe, agissez rapidement !**

## Connaissances et compétences

- Les femmes ayant un diagnostic de PE dont le travail n'a pas commencé et dont les valeurs de laboratoire sont normales ne seront pas nécessairement hospitalisées si elles peuvent venir deux fois par semaine pour des contrôles et si elles peuvent obtenir des soins immédiatement en cas de signes de danger.
- Pour ces femmes, pendant chaque visite :
  - Prenez la TA.
  - Surveillez la croissance du fœtus, les mouvements fœtaux et la fréquence cardiaque du fœtus. S'il existe des signes de danger pour le fœtus, recourez à des soins avancés.
  - **Évaluez les signes de danger de PES pendant chaque visite !**
  - Auscultez les poumons
  - Vérifiez les réflexes
- Poursuivez les analyses de laboratoire chaque semaine, dans la mesure du possible.
- Veillez à ce que les femmes bénéficient de soins immédiatement en cas de signes de danger.
- Recherchez des soins avancés pour toutes les femmes présentant une PES.

## Contrôle des connaissances rapide

**À quelle fréquence devez-vous examiner une femme présentant une PE ?**

*Deux fois par semaine*

**Que devez-vous vérifier pendant chaque visite ?**

- TA
- Fœtus (rythme cardiaque, mouvement, croissance du fœtus)
- Présence des signes de danger de la PES ou d'autres complications de la grossesse

**Que devez-vous vérifier une fois par semaine ?**

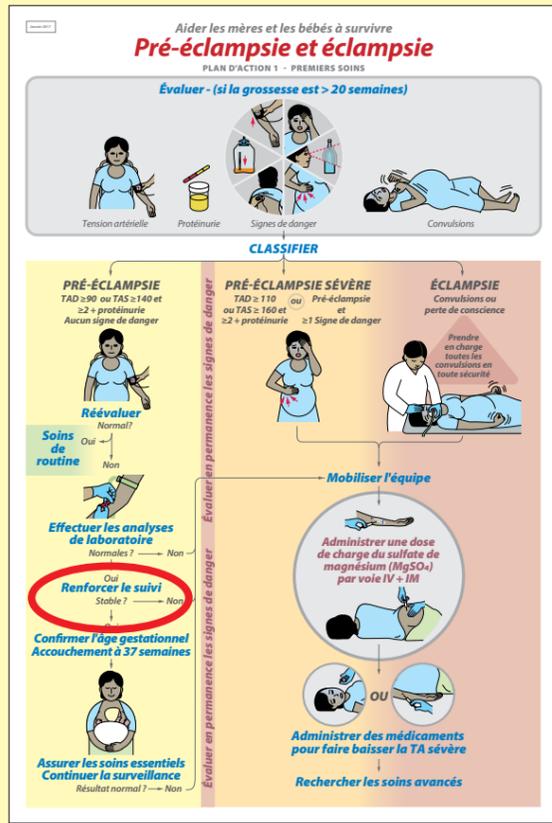
*Les analyses de laboratoire (NFS avec plaquettes, tests de la fonction hépatique (TFH), créatinine sérique)*

## Pratiquer les compétences clés

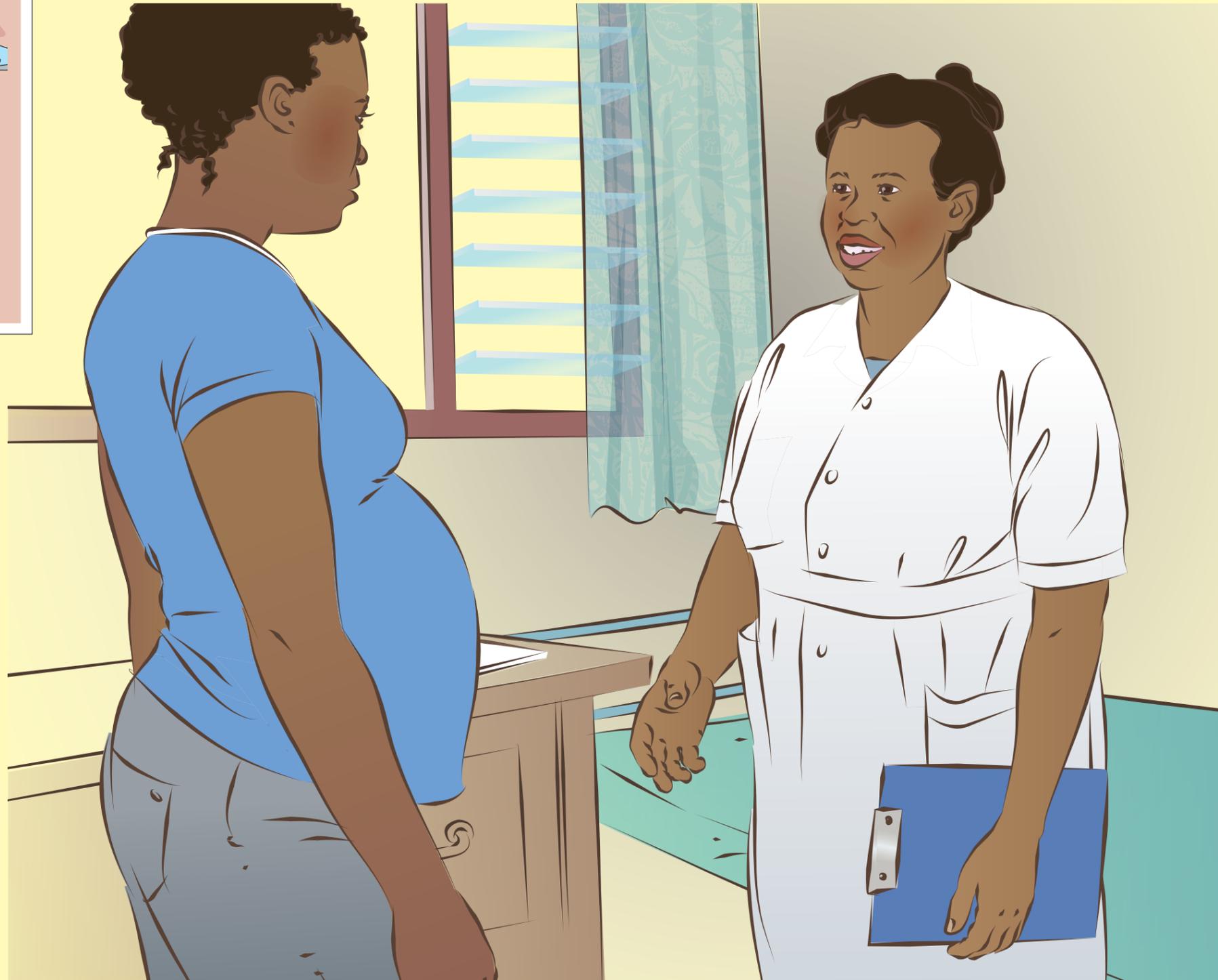
### Tester les réflexes

Demandez à un apprenant de montrer comment tester les réflexes rotuliens avec un marteau à réflexes :

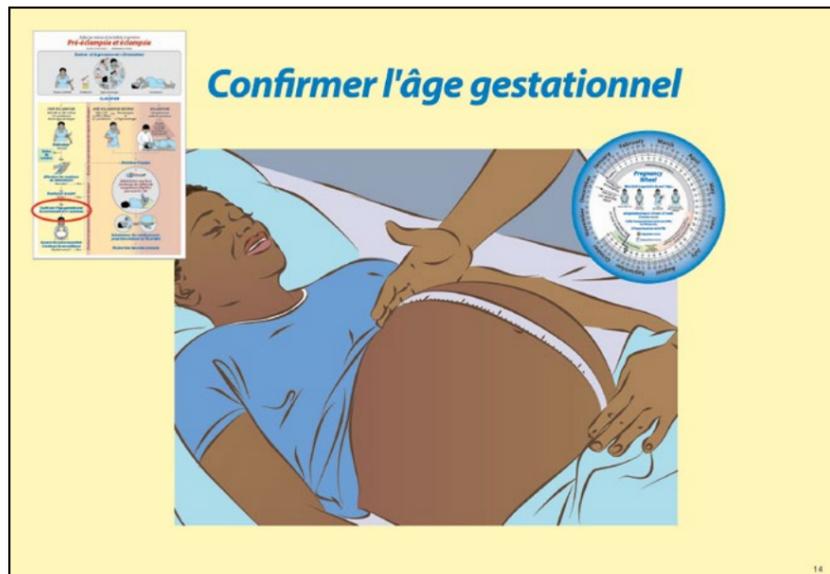
1. Demandez à un volontaire de s'asseoir en laissant ses jambes pendre librement.
2. Palpez le tendon juste en dessous de la rotule.
3. Avec un marteau à réflexes, le bord d'un stéthoscope ou le côté de votre main, donnez un coup bref et rapide, d'intensité moyenne, sur le tendon situé en dessous de la rotule.
4. Le fait de frapper le tendon doit faire redresser la jambe inférieure. Vérifier le temps de réaction. C'est la vitesse de la réaction et non pas l'ampleur du mouvement de la jambe qui indique si les réflexes sont normaux.



# Renforcer le suivi



## Points clés



- L'exactitude de l'âge gestationnel (AG) est importante pour décider ;:
  - Si une grossesse est > 20 semaines pour le diagnostic.
  - Si la croissance foetale est acceptable.
  - Si le foetus est prématuré et nécessite des soins spéciaux.
  - Si le moment de l'accouchement est arrivé.

## Connaissances et compétences

- Un AG précis nous aide à décider si nous pouvons surveiller une femme présentant une PE ou si elle doit accoucher.
- Dans le cas de la PE, un AG précis lui permet d'accoucher à 37 semaines.
- Dans le cadre de la PES et de l'éclampsie, un AG précis nous permet de décider si les corticostéroïdes sont nécessaires pour aider le renforcement des poumons et des vaisseaux sanguins du foetus, et déterminer

le moment de l'accouchement.

- Vérifiez dans le dossier de la femme la date prévue d'accouchement (DPA), puis notez la méthode utilisée :
  - (1) Date des dernières règles,
  - (2) Mesure de la hauteur du fond utérin de la partie supérieure de la symphyse pubienne à la partie supérieure du fond utérin, et/ou
  - (3) échographie — examiner l'AG à partir de l'échographie
- À partir de cette DPA, vous calculerez l'AG : Utilisez un disque de grossesse ou vérifiez sur une application mobile, le cas échéant OU
  - Comptez le nombre de semaines écoulées depuis la date des dernières règles OU le nombre de semaines entre la date du jour et la DPA :  $AG = 40 - (\text{nombre de semaines entre aujourd'hui et la DPA})$
- Lorsqu'aucune DPA n'est documentée, calculez-la en utilisant un disque de grossesse ou la méthode calendaire à l'aide de la « règle de Naegele » :
  - (Premier jour des règles) + (7 jours) - (3 mois), OU (Premier jour des règles) - (7 jours) + (9 mois)
- À partir de là, calculez l'AG comme indiqué ci-dessus, puis confirmez l'AG avec la hauteur utérine :
  - À 20 semaines de grossesse, l'utérus est à hauteur de l'ombilic.
  - Après 20 semaines, mesure du haut de l'os pubien jusqu'au fond utérin. Centimètres = Semaines de gestation.

- Lorsque la date des dernières règles n'est pas connue, la femme allaitait au début de la grossesse ou si elle utilisait une méthode de contraception hormonale dans les 3 mois précédant la grossesse, utilisez la hauteur du fond utérin.

## Encouragez la discussion

Demandez aux apprenants, « Comment déterminez-vous l'AG ? Utilisez-vous des disques de grossesse ? Un calendrier ? Quels critères utilisez-vous pour mesurer la hauteur utérine ? Avez-vous des mètres rubans ?

## Pratiquez les compétences clés

### Estimez l'âge gestationnel

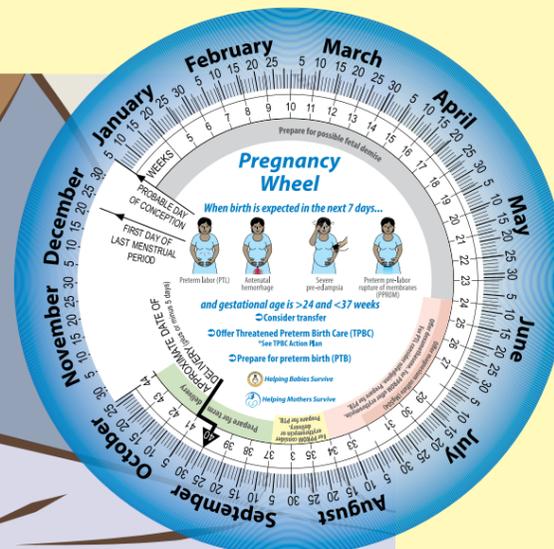
Fournitures nécessaires pour la pratique :

- Disques de grossesse
- Calendriers
- Du papier et des stylos

En groupes de 6 participants ou moins, le facilitateur doit demander aux apprenants de donner leurs dates de naissance.

Le facilitateur sélectionnera ensuite les plus récentes et chacun devra les utiliser comme date de dernières règles d'une femme. Demandez-leur de calculer la DPA et l'AG aujourd'hui. Si cela s'avère difficile, faites le premier calcul en tant que groupe. Continuez à utiliser les dates d'anniversaire des autres pour pratiquer le calcul de la DPA et de l'AG.

# Confirmer l'âge gestationnel



## Points clés



- Le remède de la PE est l'accouchement !
- Une femme présentant une PE et un AG **fiable** doit accoucher dans les 24–48 heures après avoir atteint 37 semaines et 0 jour. Mais si une femme ne connaît pas la date de ses dernières règles ou si elle n'a pas d'échographie fiable du premier trimestre, et que l'état de la femme et du fœtus est rassurant, le travail ne doit pas être déclenché.
- Si le travail doit être provoqué, transférez la femme vers des soins spécialisés.
- Les femmes présentant une PE sont exposées au risque de développer une PES ou une éclampsie pendant le travail, l'accouchement et le post-partum. Continuez une surveillance étroite !
- Suivez les directives de l'OMS pour la surveillance du travail et les meilleures pratiques pour un accouchement propre et sûr.

## Connaissances et compétences

- Pour les femmes atteintes de PE, la poursuite de la grossesse après 37 semaines expose la femme et le fœtus à des risques.
- Informez les femmes et leurs familles que l'accouchement est recommandé à 37 semaines.
- Si la femme ne peut pas donner de dates fiables :
  - Envisagez de poser d'autres questions pour établir la date des dernières règles.
  - Renvoyez la femme vers une échographie afin d'identifier la date.
  - Si aucune autre information n'est disponible, utilisez la meilleure estimation clinique avec la hauteur du fond utérin.
- Le déclenchement du travail et de l'accouchement ne doit avoir lieu que dans des établissements spécialisés dans l'accouchement par césarienne.
- À l'aide du partogramme, surveillez la femme atteinte de PE comme vous le feriez pour toute autre femme pendant le travail, conformément aux recommandations de l'OMS.
- Évaluez régulièrement les signes de danger
- Vérifiez la tension artérielle au moins toutes les 4 heures.
- Continuez à ausculter les poumons pour vérifier la présence d'un œdème pulmonaire.
- Procédez à la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA).

Administrez à toutes les femmes 10 IU d'ocytocine par voie IM OU 600 mcg de misoprostol par voie orale dans la minute qui suit l'accouchement.

### Ne pas donner d'ergométrine !

- Si une PE est diagnostiquée pendant le travail, prélevez du sang pour des analyses de laboratoire, si possible.
- Si à tout moment, la femme développe des signes de danger, posez le diagnostic de PES, appelez de l'aide et commencez le traitement.

## Encouragez la discussion

Quelle est la pratique courante ici pour les femmes enceintes de 37 semaines présentant une PE ? Pouvez-vous déclencher le travail ? Procéder à un accouchement par césarienne ?

Y a-t-il des difficultés à assurer l'accouchement de ces femmes à 37 semaines ?

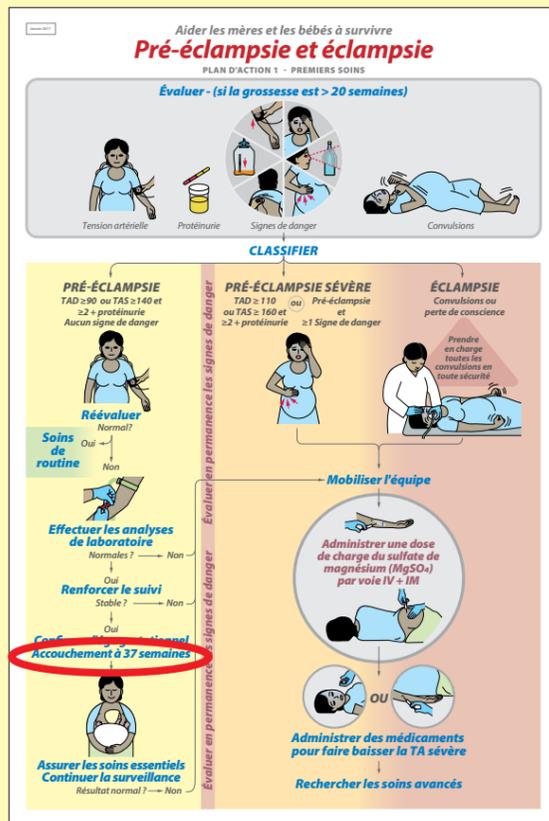
## Contrôle des connaissances rapide

**Quels examens de laboratoire feriez-vous si le diagnostic était posé pour la première fois pendant le travail ?**

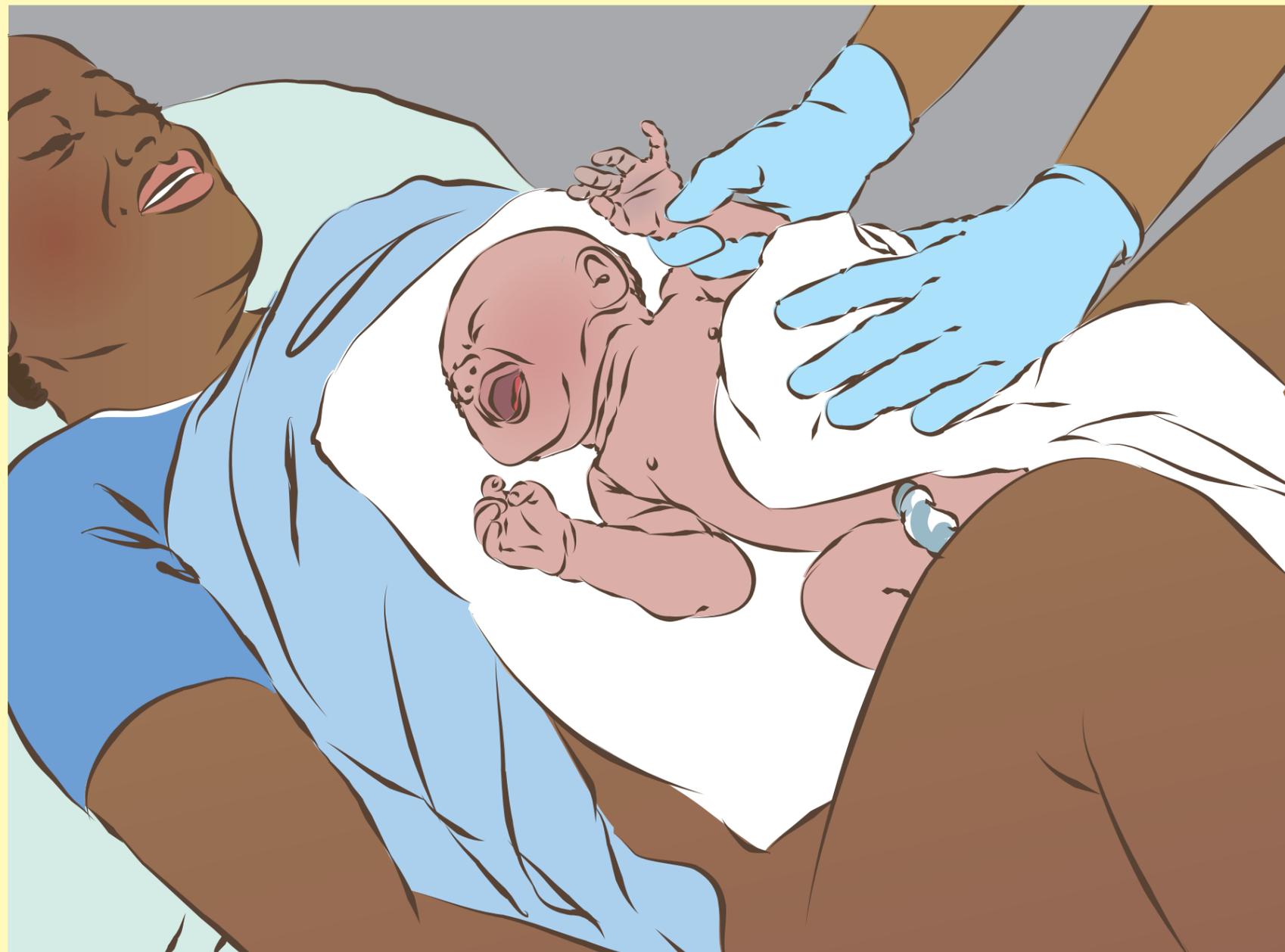
*NFS avec numération des plaquettes, créatinine sérique, et TFH*

**Si la TA d'une femme est de 148/94, quels signes de danger évoqueraient une PES ?**

*Maux de tête, troubles visuels sévères, douleurs du quadrant supérieur droit, œdème pulmonaire, ou oligurie*



# Accouchement à 37 semaines



## Points clés



- Les femmes atteintes de la PE sont exposées au risque de développer une PES ou une éclampsie pendant ou après l'accouchement et doivent être surveillées pendant au moins 72 heures. Près de 40% des éclampsie commencent pendant la période du postpartum.
- Des soins post-partum essentiels doivent être administrés à toutes les femmes.
- Tous les nourrissons doivent bénéficier de soins néonataux essentiels.
- Assurez un suivi pendant 1 semaine pour vérifier la TA, évaluer les signes de danger, et fournir des soins de routine pour la femme et le nouveau-né.

## Connaissances et compétences

### Pour la femme :

- Surveillez la femme étroitement pendant au moins 72 heures après l'accouchement.
- Continuez à ausculter les poumons pour vérifier la présence d'un œdème pulmonaire.
- Continuez à évaluer tout signe de danger.
- Décrivez à la femme les signes de danger et la manière de les résoudre.
- Assurez les soins de routine du postpartum et la surveillance selon les recommandations nationales.
- Informez les femmes qu'elles présentent un risque important d'avoir une PE / E au cours des grossesses futures et qu'elles doivent commencer les CPN dès qu'elles pensent être enceintes. Les femmes sont également exposées au risque de développer une hypertension plus tard dans la vie.

### Pour le nouveau-né :

- Assurez des soins peau contre peau pendant au moins une heure après la naissance et encouragez l'allaitement au cours de la première heure de vie.

- Assurez des soins essentiels aux nouveau-nés. Demandez aux apprenants de se référer au Guide du prestataire, page. 25 pour plus d'informations.
- Les femmes atteintes de la PE et de PES sont exposées à un risque plus élevé d'accouchement prématuré et de bébés petits par rapport à l'âge gestationnel. Préparez-vous à fournir des soins supplémentaires aux bébés prématurés ou aux petits bébés.
- Pesez le bébé.
  - Les bébés pesant moins de 2500 grammes pourraient avoir besoin de soins spéciaux.
  - Les bébés pesant moins de 2000 grammes doivent recevoir des soins peau contre peau prolongés.
  - Les bébés pesant moins de 1500 grammes doivent recevoir des soins avancés.

## Encouragez la discussion

Quels conseils donnez-vous aux femmes atteintes de la PE pendant les prochaines grossesses ?

Que leur dites-vous sur le risque de TA élevée plus tard dans leur vie ?



# Assurer les soins maternels et néonataux essentiels



## Points clés



- Répondez à la PES/E en tant qu'urgence, puis travailler rapidement en équipe. Agissez rapidement !
- Le sulfate de magnésium ( $MgSO_4$ ) est le meilleur anticonvulsivant pour traiter la PES/E.
- La dose de charge préférée comprend à la fois :
  - 4g  $MgSO_4$  dans une solution à 20% par voie IV **ET**
  - 10 g  $MgSO_4$  à 50% par voie IM (5 g dans chaque fesse)
- Préparez un kit d'urgence de PE/E avec toutes les fournitures nécessaires en cas de PES/E.

## Connaissances et compétences

Le  $MgSO_4$  sauves des vies : Lorsqu'il est administré correctement, les effets secondaires sont rares.

- Utilisez les préparations correctes de  $MgSO_4$  (50% ou 20%) pour assurer l'effet maximum

et réduire le risque de toxicité.

- L'OMS préfère le traitement par voie IV/IM (Pritchard) où les débits IV ne peuvent pas être surveillés avec précision.
- Le  $MgSO_4$  provoque la transpiration et des bouffées de chaleur. Rares sont la nausée, les vomissements, la faiblesse et les palpitations. Les injections par voie IM sont douloureuses. Expliquez ce à quoi elle doit s'attendre et soyez rassurant.
- Préparez un kit d'urgence pour la PE/E avec les médicaments et les fournitures, voir page 18b. Vérifiez que chacun sait où le trouver et qu'il soit facilement accessible.

## Encouragez la discussion

Comment le  $MgSO_4$  est-il fourni ici ? Avez-vous plus d'une concentration ? Avez-vous des sources uniques ou multi-usages pour diluer le  $MgSO_4$  en cas de besoin ?

**En cas d'utilisation multiple, aspirez préalablement la dilution. Pour administrer la dose de charge de  $MgSO_4$  : En utilisant du  $MgSO_4$ , 1g dans 2 mL**

1. Administrez 4 g de solution IV de  $MgSO_4$  à 20% :
  - Aspirez 8 ml (4g) de  $MgSO_4$  à 50% dans une seringue stérile de 20 ml.
  - Ajouter 12 ml d'eau stérile dans la même seringue = 20 mL de solution à 20% ou 4 g de  $MgSO_4$ .
  - Administrez par voie IV pendant 5–20 minutes.

2. Administrez une solution de 5 g  $MgSO_4$  à 50% par voie IM dans chaque fesse :
  - Aspirez 10 ml (5g) de  $MgSO_4$  à 50% dans chacune des deux seringues stériles de 20 ml.
  - Ajoutez 1 ml de lignocaïne à 2% dans chaque seringue.
  - Faites une injection par voie IM dans le quadrant supérieur extérieur de chaque fesse
- Si les convulsions reprennent au bout de 15 minutes, administrez 2 g de  $MgSO_4$  à 20% par voie IV.
  - Aspirez 4 mL (2g) de  $MgSO_4$  à 50% dans une seringue stérile de 10 mL.
  - Ajoutez 6 mL d'eau stérile dans la même seringue = 10 mL de solution à 20% ou 2g de  $MgSO_4$ .
  - Administrez par voie IV pendant 5 minutes.
- Enregistrez les informations sur le Formulaire de suivi du  $MgSO_4$ . Voir les Ressources.
- Si des soins spécialisés ne sont pas possible dans les 4 heures, administrez la première dose d'entretien (5g de  $MgSO_4$  dans une solution à 50% + 1 mL lignocaïne à 2% par injection IM dans une fesse) 4 heures après la dose de charge. Suspendez la dose en présence de l'un des 3 signes de toxicité :
  - Fréquence respiratoire < 16 respirations par minute
  - Reflexes rotuliens absents
  - Débit urinaire < 30 mL par heure au cours des 4 heures précédentes

Se référer au Guide du prestataire, page 31 pour les instructions sur la surveillance des femmes sous  $MgSO_4$ .

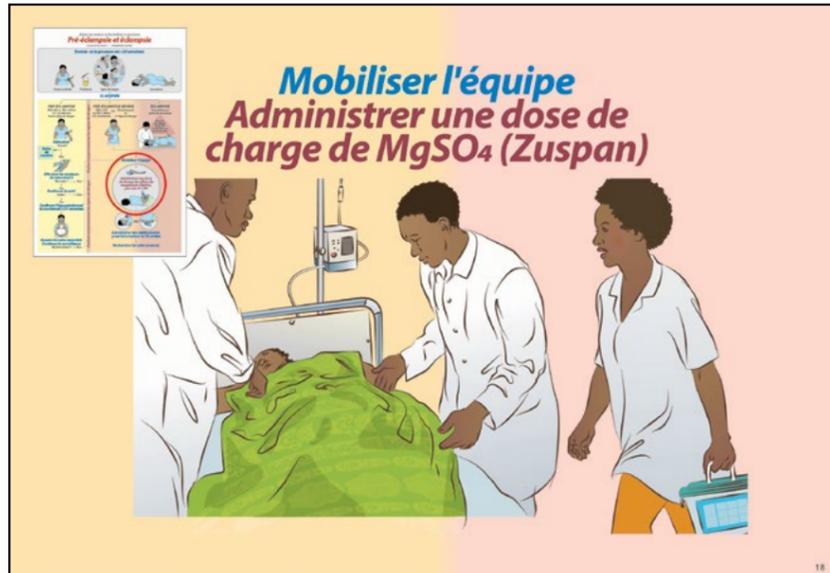


# Mobiliser l'équipe

## Administrer une dose de charge de MgSO<sub>4</sub>



## Note de formation



Avant la journée de formation, évaluez si une surveillance précise des taux de débit par voie IV avec des pompes à perfusion ou une perfusion par gravité est réalisable dans cet établissement et si les prestataires ont le personnel et sont qualifiés pour ce niveau de précision. **Si ces critères ne sont pas remplis, administrez le premier point clé**, puis passez à la page suivantes.

### Points clés

Aussi bien les schémas thérapeutiques par voie IV uniquement (Zuspan) et par voie IV et IM (Pritchard) préviennent avec efficacité les convulsions chez les femmes atteintes de la PES.

- Le schéma thérapeutique Zuspan ne doit être considéré que si une surveillance précise des taux de débit IV est possible. Une pompe à perfusion est la méthode préférée.

Lorsque l'expérience le permet et que le personnel infirmier est suffisamment qualifié, la perfusion par gravité peut être utilisée. Le traitement par Zuspan ne doit jamais être utilisé dans les établissements qui ne peuvent fournir que le traitement initial de la PES/E avant le transfert pour une prise en charge continue.

### Connaissances et compétences

Rien ne prouve qu'un traitement soit plus efficace que l'autre sur le plan clinique.

- Le schéma thérapeutique Zuspan ne doit être administré que dans les établissements où :
  - Il n'est pas nécessaire de transférer les femmes d'un établissement à l'autre.
  - Le personnel est suffisamment nombreux pour assurer une surveillance continue de la femme et de la perfusion IV.
  - Les prestataires utilisées des pompes à perfusion automatiques ou sont très qualifiés pour calculer les taux de débit et utiliser la perfusion par gravité.
- Les bénéfices du schéma thérapeutique Zuspan sont les suivants :
  - Un début plus rapide de l'effet thérapeutique.
  - Les injections par voie IM ne sont pas nécessaires car elles peuvent être douloureuses et provoquer une inflammation au site d'injection.

- La dose de charge du schéma thérapeutique Zuspan est de 4 g de MgSO<sub>4</sub> dans 20 ml (solution à 20%) administrés par voie IV pendant 5–20 minutes.
- La dose d'entretien est de 1 g de MgSO<sub>4</sub> par heure par perfusion IV. Préparez la poche / la bouteille à perfusion:  
10 g de MgSO<sub>4</sub> à 50% dans 500 ml de sérum physiologique ou de solution de lactate de Ringer (LR). Perfuser à 50 ml /heure **par perfusion par gravité ou par pompe de perfusion.**

OU

- 20 g de MgSO<sub>4</sub> à 50% dans 1000 ml de sérum physiologique ou de solution de lactate de Ringer (LR). Perfuser à 50 ml / heure **par pompe de perfusion uniquement.**
- Évaluez la femme pour la présence des signes de toxicité toutes les heures (voir page 17b). En cas de signes de toxicité, suspendre la perfusion IV.

### Contrôle des connaissances rapide

**Quelle est la dose de charge du traitement préféré de l'OMS utilisant la voie IM et la voie IV ?**

*Une solution de 4 g MgSO<sub>4</sub> à 20% par voie IV ET  
Une solution de 10 g MgSO<sub>4</sub> à 50% par voie IM  
(5 g dans chaque fesse)*

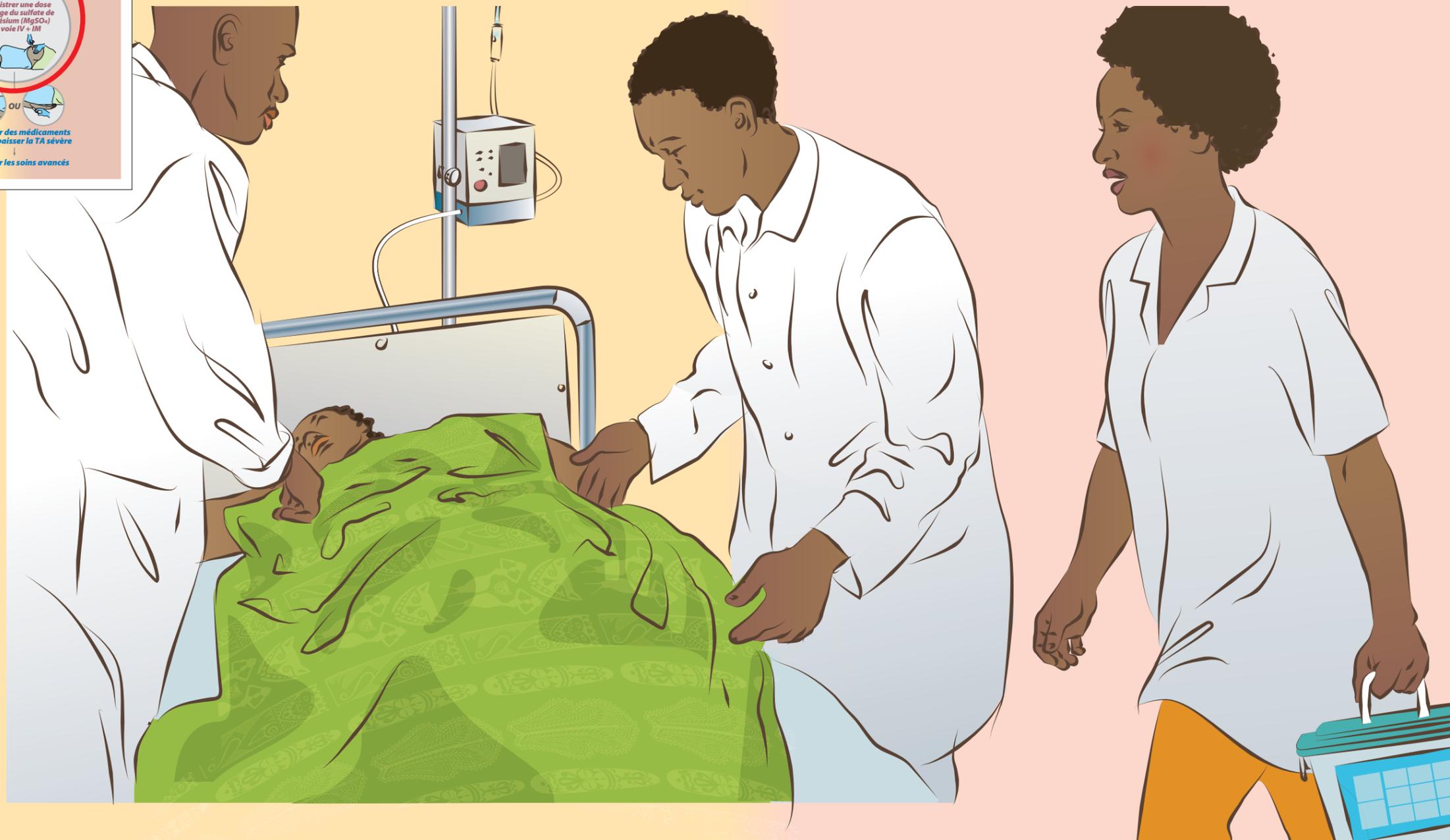
**Quelle est la dose de charge et la dose d'entretien qui doit suivre immédiatement après la dose de charge du schéma thérapeutique Zuspan ?**

*Une solution de 4 g de MgSO<sub>4</sub> à 20% par voie IV suivi de 1 g de MgSO<sub>4</sub> par perfusion IV par heure*



# Mobiliser l'équipe

## Administrer une dose de charge de MgSO<sub>4</sub> (Zuspan)



## Note de formation



**Vérifiez si la dilution provient d'une source à plusieurs utilisations telles qu'une poche / bouteille IV qui sera utilisée pour d'autres patients ou si la dilution est à usage unique. S'il s'agit d'une source à plusieurs utilisations, vérifiez que les prestataires aspirent la dilution en premier afin d'éviter toute contamination du MgSO<sub>4</sub> et qu'ils utilisent une technique stérile pour diminuer le risque de contamination.**

Montrez la préparation et l'administration du MgSO<sub>4</sub>. Expliquez chaque étape puis répondez à toute question que les apprenants peuvent poser.

Avec vos conseils, faites travailler les apprenants par groupes de deux pour pratiquer la préparation de la dose de charge de MgSO<sub>4</sub> en utilisant les médicaments simulés. Demandez leur d'expliquer comment

faire une injection IV lentement et de faire la démonstration d'une injection IM dans un melon ou tout autre objet identique. Si vous utilisez un melon, il est recommandé de le vider préalablement.

## Ressources et fournitures

- Contenu du **kit d'urgence de la PE/E**
- Seringues locales avec des aiguilles IM de 20 ml de préférence
- Le MgSO<sub>4</sub> simulé représenté en concentration locale ; utilisez des flacons d'eau stérile et les étiqueter avec la concentration
- La lignocaïne simulée à 2%; comme pour le faux MgSO<sub>4</sub>
- Récipient résistant à la perforation pour les objets tranchants
- Un melon ou des fruits / légumes du même type pour les injections IM

## Encouragez la discussion

**Demandez aux apprenants, « Disposez-vous d'un kit d'urgence de PE/E dans votre établissement ?**

- *Qui en est responsable ?*
- *Le réapprovisionnement se fait-il immédiatement après l'utilisation ?*
- *Est-il vérifié chaque semaine afin d'assurer qu'il est complet et que les médicaments n'ont pas expiré ?*

S'ils ne disposent pas de kit, ont-ils le matériel nécessaire pour en préparer un ?

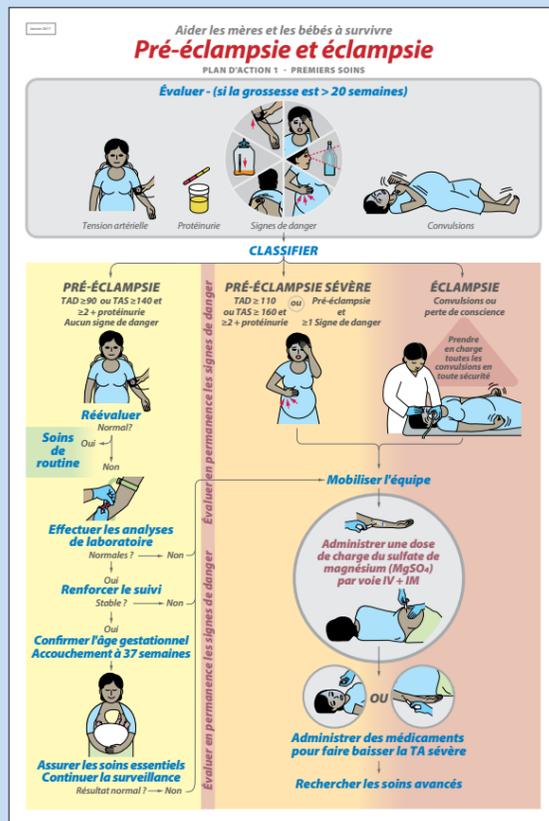
- Demandez à l'équipe de décider qui sera chargé de réunir les fournitures pour ce kit ?
- Qui le vérifiera régulièrement afin d'assurer qu'il est complet et que les fluides et les médicaments n'ont pas expiré ?

Soulignez l'importance de réapprovisionner le kit dans sa totalité après chaque utilisation.

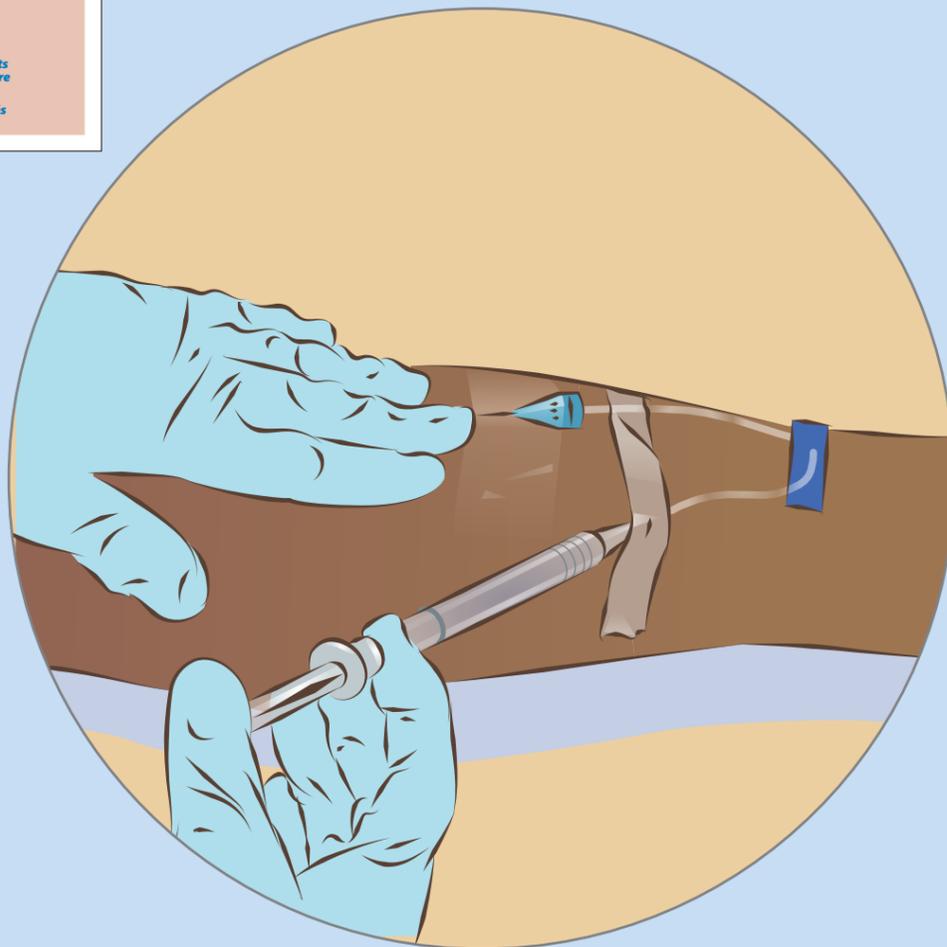
## Kit d'urgence pour la PE/E

Placez toutes les fournitures ci-dessous dans une boîte étiquetée « Kit d'urgence pour la PE /E » :

- MgSO<sub>4</sub> : au moins 14g
- Lignocaïne à 2%
- Eau stérile / IV pour dilution
- Seringues de 20cc : au moins 3
- Aiguilles IM : au moins 3
- Solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate)
- Kit IV et aiguilles IV
- Tampons d'alcool, garrot, gants
- Gluconate de calcium à 10%



# Activité d'apprentissage : Préparation et administration du MgSO<sub>4</sub>



## Points clés



- Toutes les femmes atteintes d'hypertension sévère doivent être traitées avec un médicament antihypertenseur.
- La sélection des médicaments doit reposer sur la disponibilité locale, l'expérience du prestataire, les effets secondaires et les contre-indications.

## Note de formation

Avant la formation, il convient de comprendre quels médicaments antihypertenseurs sont utilisés dans l'établissement. Pourvoir les informations et mettre l'accent sur ces médicaments.

## Connaissances et compétences

- Une femme qui a un TAS  $\geq 160$  mmHg OU TAD  $\geq 110$  mmHg a besoin d'un traitement antihypertenseur d'urgence pour contrôler sa TA.

- Le  $MgSO_4$  peut légèrement abaisser la TA, mais ne doit jamais être utilisé seul pour traiter l'hypertension. **Utilisez la TA du diagnostic pour déterminer la nécessité des antihypertenseurs.**
- **TA cible : 140–155 mmHg/90–100 mmHg ; atteindre cette TA en 1–2 heures**
  - Un niveau plus faible que la cible est susceptible de provoquer une chute brutale du débit placentaire et la détresse foetale
  - Une TA supérieure à la cible peut provoquer un accident vasculaire cérébral (AVC).
- Le choix du traitement antihypertenseur dépend de la disponibilité locale. Les médicaments suivants sont recommandés pour une prise en charge d'une hypertension grave pendant la grossesse et le postpartum :
  - **Nifédipine à libération immédiate uniquement** : 5–10mg par voie orale, sucée puis avalée, répétez toutes les 30 minutes jusqu'à ce que la cible ait été atteinte. Dose initiale maximum de 30 mg. *Remarque : La nifédipine est disponible dans plus d'une formulation (libération immédiate, libération intermédiaire, libération prolongée). Seule la nifédipine à libération immédiate est incluse dans la Liste 2015 des médicaments essentiels de l'OMS. En outre, d'autres antihypertenseurs doivent être utilisés si la TA cible n'est pas atteinte en 90 min en utilisant 30 mg de nifédipine à libération immédiate.*

- **Hydralazine** : 5mg par voie IV lentement, répétez 5mg toutes les 5 minutes jusqu'à ce que l'objectif soit atteint, maximum de 20mg en 24 heures. Répétez toutes les heures selon les besoins ou donnez 12,5 mg par voie IM toutes les deux heures selon les besoins.
- **Labétalol oral** : 200 mg par voie orale, répétez toutes les heures si nécessaire pour atteindre l'objectif. La dose maximum est de 1200 mg par 24 heures.
- **Labétalol IV** : 10 mg IV, double dose toutes les 10 minutes jusqu'à 80 mg jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. Dose maximale de 300 mg, puis passer au labétalol par voie orale. *Remarque : Ne pas utiliser le labétalol chez les femmes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, de choc hypovolémique ou d'asthme.*
- Le  $MgSO_4$  peut être utilisé en toute sécurité avec des antihypertenseurs.

## Contrôle des connaissances rapide

**Quel est le seuil de la TA pour les médicaments antihypertenseurs ?**

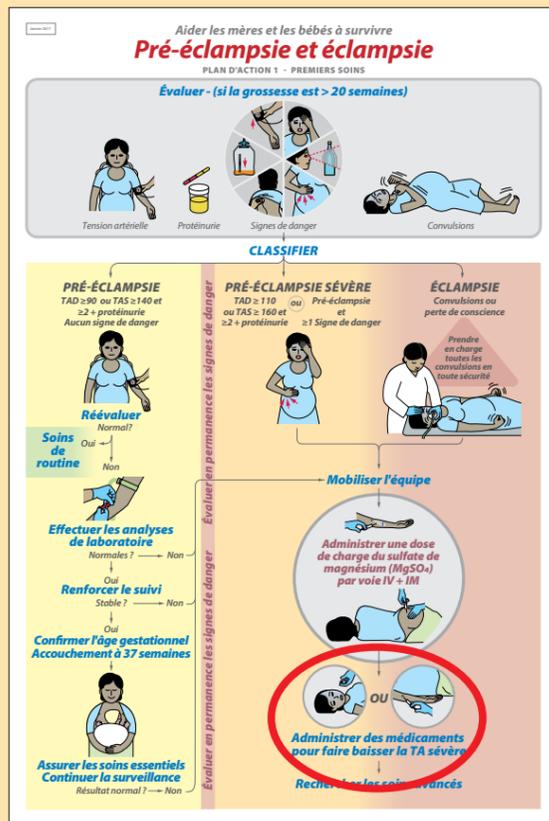
**TAS  $\geq 160$  mmHg OU TAD  $\geq 110$  mmHg**

**Quelle est la TA cible ?**

**140–155 mmHg/90–100 mmHg en 1–2 heures**

## Encouragez la discussion

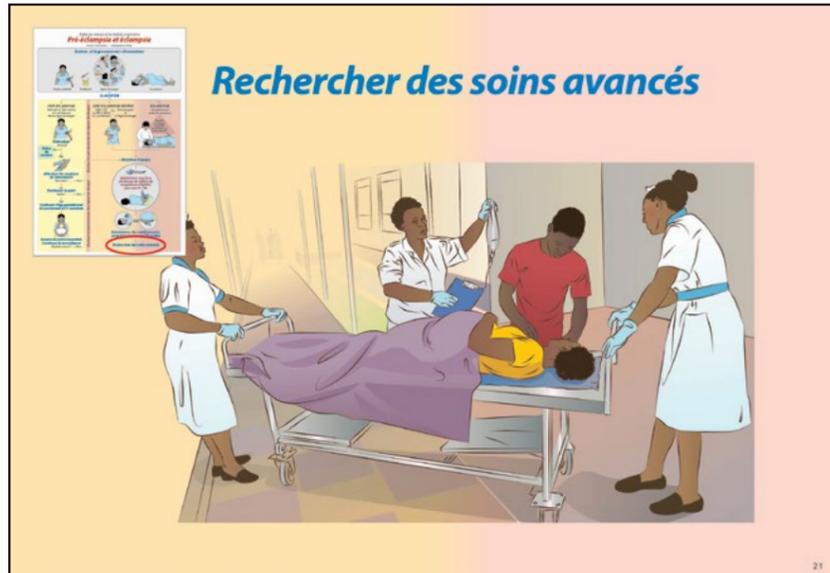
**Demandez aux apprenants,** « Quels antihypertenseurs sont utilisés dans votre établissement ? Quelles doses utilisez-vous pour une hypertension sévère liée à la PE » « Avez-vous des recommandations sur l'utilisation des antihypertenseurs pour la PES / E ? »



# Donner les médicaments pour faire baisser la TA sévère



## Points clés



- Les femmes atteintes de PES / E doivent être prises en charge dans des établissements où elles peuvent être surveillées de près.
- Si vous devez transférer une femme dans un autre établissement pour des soins, **administrez rapidement une dose de charge de MgSO<sub>4</sub> avant le transfert !**
- **De plus, administrez rapidement une dose initiale d'antihypertenseur, le cas échéant, avant le transfert !**
- Après une première stabilisation et un premier traitement, coordonnez le transfert par :
  - Un travail d'équipe et une mobilisation opportune
  - Une prise de décision précise
  - Une préparation avancée
  - Une communication efficace
  - Le formulaire de référence indiquant le diagnostic, les signes vitaux et les traitements administrés

## Connaissances et compétences

- Les établissements doivent pouvoir surveiller de près les femmes atteintes de PES / E.
- Si votre établissement est équipé pour assurer une surveillance étroite, des soins avancés peuvent signifier de transférer la femme du service ambulatoire à la salle d'hospitalisation.
- Lorsqu'un établissement ne peut pas assurer une surveillance étroite, les femmes atteintes de PES doivent être transférées le plus rapidement possible à un établissement offrant des soins avancés.
- **Il faut toujours stabiliser la patiente et commencer un traitement approprié avant le transfert !**
- Expliquez à la femme et à sa famille qu'elle a besoin de plus de services et d'un suivi plus étroit que ceux que votre établissement peuvent fournir.

### Contrôle des connaissances rapide

**Quelle est la dose de charge pour le MgSO<sub>4</sub> pour le schéma thérapeutique Pritchard ?**

*4 g de solution de MgSO<sub>4</sub> à 20% par voie IV ET  
10 g MgSO<sub>4</sub> à 50% par voie IM (5 g dans chaque fesse)*

**Quelle est la dose correcte des antihypertenseurs que vous utilisez dans votre établissement ?**

*L'un des suivants :  
Labétalol 10 mg par voie IV, Nifédipine 5–10 mg par voie orale à sucer puis à avaler OU Hydralazine 5 mg par voie IV*

## Encouragez la discussion

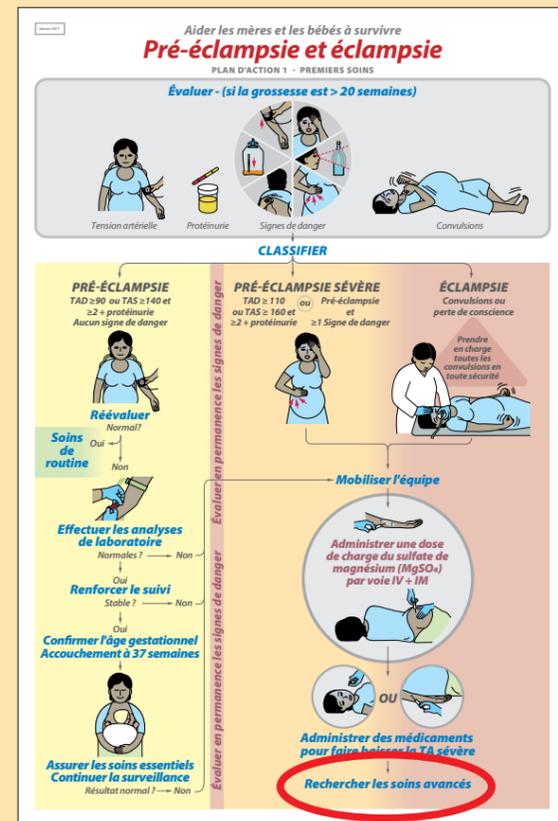
**Demandez**, « Que sont les 'soins avancés' dans votre établissement ?

Votre établissement est-il en mesure d'assurer une surveillance étroite et continue ?

Si ce n'est pas le cas, où se trouve l'établissement spécialisé le plus proche ?

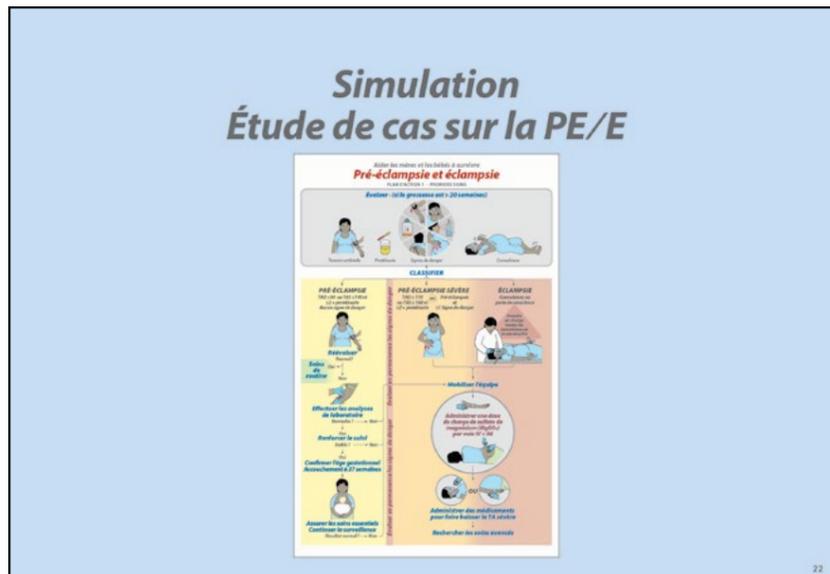
**Demandez**, « Quelles sont les étapes de la réalisation d'un transfert efficace ? » Orientez les apprenants vers les réponses suivantes :

1. Organisez un transport fiable.
2. Communiquez avec l'établissement spécialisé :
  - Expliquez son diagnostic et son état.
  - Décrivez les soins fournis, y compris les médicaments administrés.
  - Estimez son heure d'arrivée.
3. Vérifiez que la femme est accompagnée d'une personne.
4. Si possible, faites-la accompagner par un prestataire pour :
  - La surveiller ainsi que le fœtus ou le nouveau-né
  - Administrez la première dose d'entretien de MgSO<sub>4</sub> si elle n'est pas transférée dans un établissement spécialisé dans les 4 heures
5. Maintenez la voie veineuse et la perfusion.
6. Complétez le formulaire de référence qui accompagnera la femme.
7. Enregistrez le transfert.
8. Demandez le rapport du contre-référence à l'établissement spécialisé et assurez-vous que la femme reçoive des soins de suivi.



# Rechercher des soins avancés





## Note de formation

**Expliquez aux apprenants qu'ils / elles procéderont à une simulation. Les participants doivent agir comme s'ils/elles prodiguaient des soins à une femme réelle. Les observateurs doivent être prêts à fournir une rétroaction. S'il y a plus de 3 participants, une deuxième simulation sera nécessaire afin que tous les apprenants puissent participer activement.**

**En qualité du facilitateur, vous serez Mme C. Désignez 3 participants qui joueront le rôle de prestataires et les autres apprenants devront observer et faire part de leurs commentaires après le jeu de rôle.**

**Prévoyez environ 15 minutes pour cette activité. Le but est que les apprenants puissent diagnostiquer et initier le traitement de Mme C, qui souffre d'une PES même si elle ne présente pas de signes de danger et semble être normale. Sa TA est dangereusement élevée et l'équipe doit**

**identifier et commencer rapidement le traitement. Lisez au groupe le scénario suivant :**

**Cas n°1 :** « Je suis Mme C, j'ai 27 ans et suis enceinte de 39 semaines de mon premier enfant. J'ai fait 4 CPNs sans problèmes et je pense que le travail a commencé. Veuillez commencer votre évaluation et dites-moi ce que vous faites. Si vous décidez d'évaluer quelque chose, faites-le et je vous donnerai les résultats. Ensuite, nous ferons le compte-rendu en équipe ».

Donnez les informations suivantes uniquement si la femme est évaluée :

- TA 178/112
- Aucun signe de danger
- Protéinurie 2+
- Fréquence cardiaque fœtale supérieure à 140 bttts/min ; présence de mouvements
- Examen vaginal : la dilatation du col de l'utérus est de 4 cm.
- 3 contractions en 10 minutes durant 45 secondes
- Tous les autres constats sont normaux

**Compte-rendu :** Après avoir terminé le jeu de rôle, commencez à faire un compte-rendu structuré. Assurez-vous d'inclure une rétroaction sur la communication et les soins maternels respectueux. Inclure les informations suivantes :

- Confirmez le diagnostic correct et les traitements - PES et dose de charge de MgSO<sub>4</sub> (par voie IV et IM) et traitement antihypertenseur. Si les participants n'assistent qu'à la première journée de la formation, ils ou elles doivent assurer un transfert vers des soins spécialisés.

- Posez les questions suivantes : « Pourquoi ce diagnostic ? Qu'est-ce qui s'est bien déroulé ? Avez-vous manqué quelque chose ? Comment l'équipe a-t-elle fonctionné ? Qu'avez-vous appris de nouveau aujourd'hui que vous n'oublierez pas la prochaine fois ?
- Aidez les apprenants à identifier comment une femme peut avoir une PES sans signes de danger. L'équipe doit passer rapidement de l'évaluation et du diagnostic à la prise en charge.
- Assurez-vous de répondre à toute lacune de communication. Les membres de l'équipe ont-ils ou elles bien travaillé / délégué ensemble ? En qualité de patiente, expliquez comment VOUS vous êtes sentie. Ont-ils/elles délégué, communiqué, assuré des soins de maternité respectueux ?

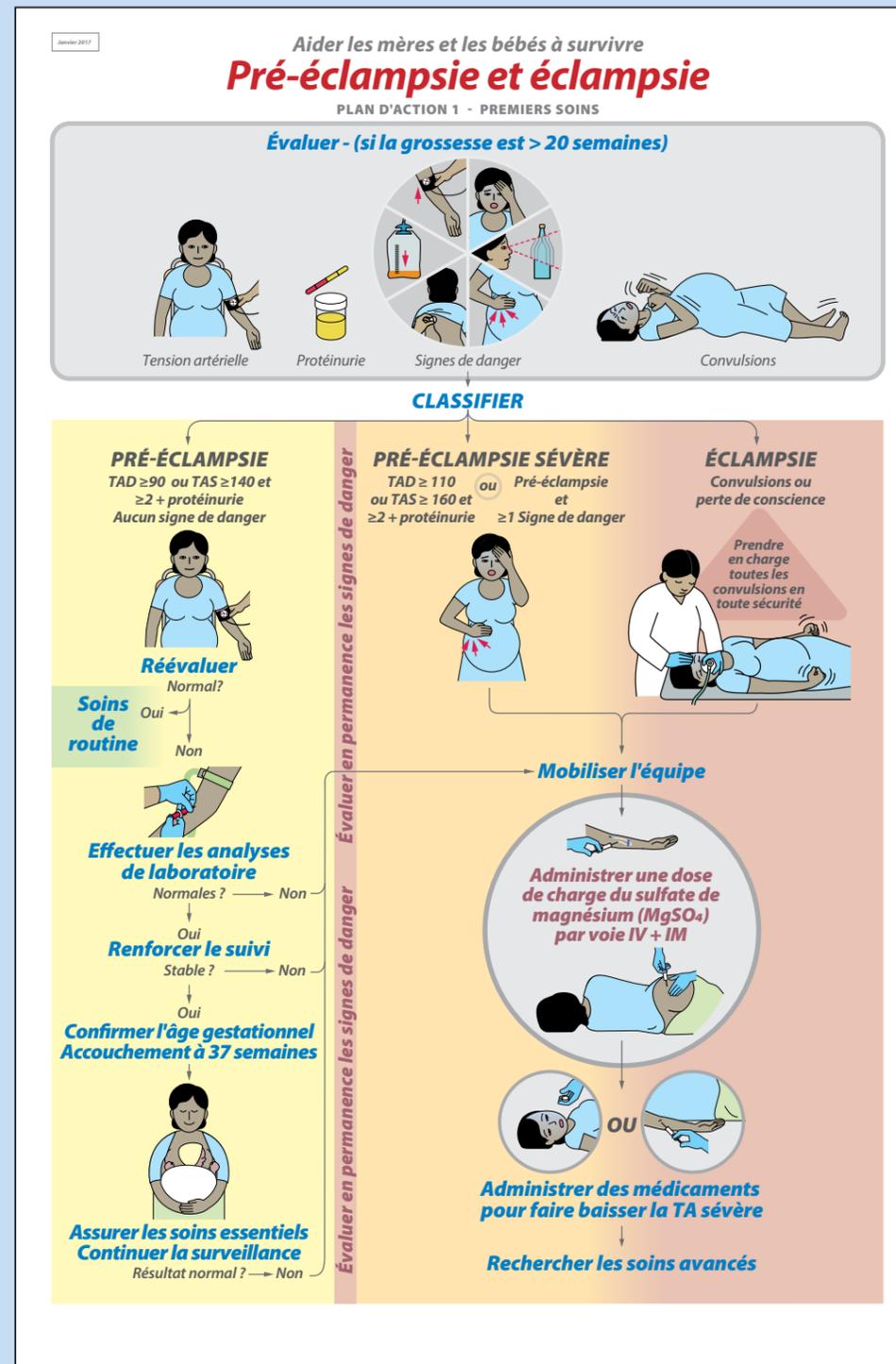
**Afin d'assurer la participation de tous les apprenants en qualité de prestataires, répétez le cas n°2 si nécessaire.**

**Cas n°2 :** Lisez le même cas en utilisant les mesures suivantes uniquement si la femme est évaluée :

- TA 156/106
- Vision trouble
- Protéinurie 2+
- Fréquence cardiaque supérieure à 150; présence de mouvements
- Examen vaginal : la dilatation du col de l'utérus est de 7 cm.
- Contractions toutes les 3 minutes durant 60 secondes, modérées
- Tous les autres constats sont normaux

# Simulation

## Étude de cas sur la PE/E



## Points clés



- Une femme peut être référée chez vous depuis un autre établissement OU le diagnostic aurait pu être posé dans votre hôpital.
- Si vous n'avez pas posé le diagnostic initial, faites une évaluation initiale rapide, puis examinez les informations provenant de l'établissement spécialisé ou de l'unité de votre hôpital.

## Connaissances et compétences

### Évaluez rapidement :

- La respiration, le pouls, la TA, les réflexes et l'état de conscience
- Les poumons
- La fréquence cardiaque et mouvements du fœtus
- Confirmez l'AG
- Si la femme est en travail
- L'état des membranes

Fournissez des soins d'urgence immédiatement si nécessaire. Examinez le formulaire de transfert ou discutez avec le prestataire qui a procédé au transfert du diagnostic et du traitement qui a été administré, y compris :

### Médicaments anticonvulsifs

- La femme présentait-elle des convulsions ou des autres signes de danger ?
- Une dose de charge de  $MgSO_4$  a-t-elle été administrée ?
  - Si oui, comment ?
  - D'autres doses ont-elles été administrées ?
  - À quel moment la prochaine dose est-elle prévue ?
  - Y a-t-il des signes de toxicité ?

### Médicaments antihypertenseurs

- Quelle était la TA initiale de la femme ?
  - À combien est-elle maintenant ?
- Des médicaments antihypertenseurs ont-ils été administrés ?
  - Si oui, quels médicaments, quelles doses et à quelle heure ?

- Poursuivre le traitement antihypertenseur, si nécessaire.
- **Équilibre hydrique**  
La femme reçoit-elle des fluides par voie IV ?
- Existe-t-il des signes d'œdème pulmonaire (râles) ?
  - Si ce n'est pas le cas, commencez / poursuivez l'administration de fluides par voie IV.
- Une sonde urinaire a-t-elle été placée ?
  - Si oui, videz-la puis enregistrez la quantité.
  - Si non, insérez une sonde puis utilisez un graphique précis représentant l'équilibre hydrique (les quantités de liquide administrées et la diurèse)

Faites à nouveau les investigations de laboratoire. Examinez ou utilisez le Formulaire de suivi du  $MgSO_4$

## Contrôle des connaissances rapide

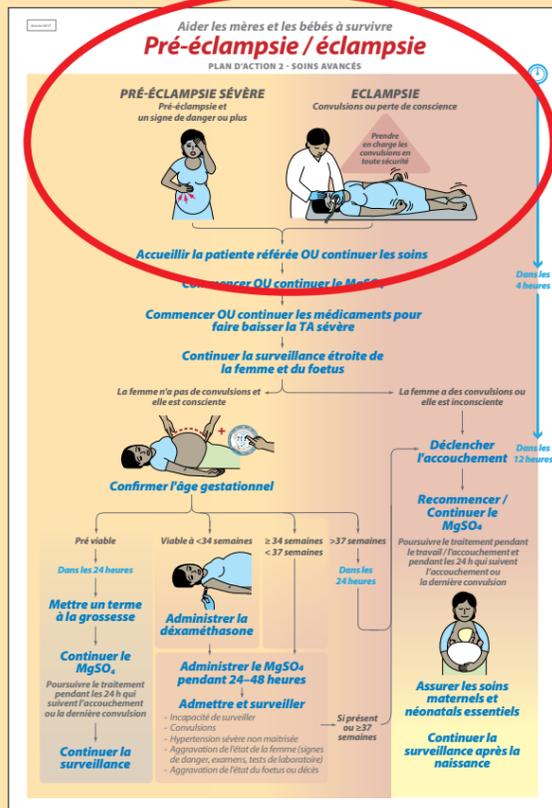
**Quel niveau de TA nécessite des médicaments antihypertenseurs ?**

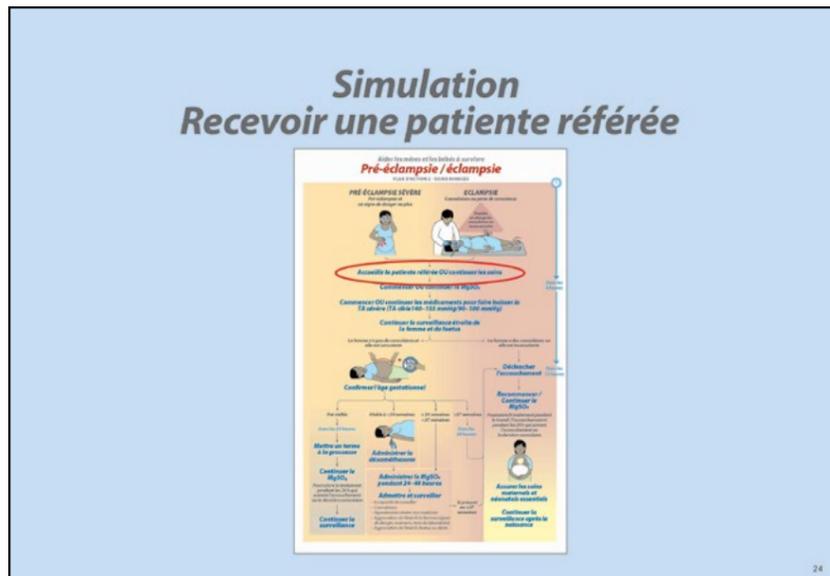
**$TAS \geq 160$  ou  $TAD \geq 110$  ?**

**À quel niveau la TAD doit-elle être maintenue ?**

**Entre 90 et 100 mmHg.**

# Hospitaliser la patiente référée, ou continuer les soins pour la femme déjà hospitalisée





## Note de formation

**Expliquez aux apprenants qu'ils /elles procéderont à une simulation identique à l'activité précédente. Les participants doivent agir comme s'ils/elles prodiguaient des soins réels. Les observateurs doivent être prêts à fournir une rétroaction. S'il y a plus de 3 participants, une deuxième simulation sera nécessaire afin que tous les apprenants puissent participer activement.**

**Désignez 3 participants qui joueront le rôle de prestataires.**

**Prévoyez environ 15 minutes pour cette activité. Le but est que les apprenants puissent faire une évaluation rapidement et assurer un traitement continu à Mme K, qui vient d'arriver par ambulance d'un centre de santé situé à proximité. Préparez à l'avance un volontaire à jouer le rôle de Mme K.**

**Cas n°1 :** « Mme K vient d'arriver par ambulance et a un formulaire de référence qui indique « Crise d'éclampsie à 38 semaines. 6h30. 4 g de MgSO<sub>4</sub> par voie IV et 10g par voie IM (5g dans chaque fesse) à 7h00 ». Elle a une perfusion IV de lactate de Ringer à un taux de débit minimal. Aucun cathéter urinaire n'est en place. Pouvez-vous l'aider SVP ? »

Donnez les informations suivantes uniquement si la femme est évaluée :

- TA: 188/106
- Taux respiratoire: 20, poumons dégagés, pouls 80, reflexes 1+
- La perfusion IV: IV est ouverte et non-obstruée
- Si un cathéter est placé, 140 ml d'urine recueillies, protéinurie : 2+
- Évaluation de l'état du fœtus: Mouvements et fréquence cardiaque fœtale 144
- Confirmation de l'AG : 38 semaines selon la date des dernières règles
- Confirmation de l'administration des antihypertenseurs: Pas administrés
- Confirmation de l'heure des doses par voie IM et par voie IV : 3 heures avant l'heure actuelle
- Prélèvements du sang pour la créatinine sérique, la NFS les plaquettes, les enzymes hépatiques: Tous les résultats sont normaux
- Signes de danger: Aucun
- Signes de travail: Aucun
- Autres mesures: Normales

**Compte-rendu :** Après avoir terminé le jeu de rôle, commencez à faire un compte-rendu structuré. Inclure les informations suivantes :

- Confirmez les diagnostic correct : éclampsie

- Confirmez l'ouverture d'une perfusion IV et le placement d'un cathéter urinaire
- Administrez des médicaments antihypertenseurs immédiatement ; le choix dépend de la situation :
  - Labétalol à 20mg par voie IV, 20–80mg par voie IV toutes les 30 minutes max 300 mg **OU**
  - Nifédipine 5–10 mg par voie orale, ou sucée puis avalée toutes les 30 minutes **OU**
  - Hydralazine 5 mg par voie IV, 5–10 mg toutes les 30 minutes, max 20 mg par voie IV
- Prévoyez 5 g de MgSO<sub>4</sub> par voie IM dans une heure (ou t4 heures après l'heure documentée de la dose de charge).
- Commencez à remplir le formulaire de MgSO<sub>4</sub>
- Posez les mêmes questions que pour le compte-rendu précédent, « Qu'est-ce qui s'est bien passé ? Avez-vous manqué quelque chose ? Comment l'équipe a-t-elle fonctionné ? Qu'avez-vous appris de nouveau aujourd'hui que vous n'oublierez pas la prochaine fois ? Veillez à aborder les lacunes de communication, le travail d'équipe, les soins de maternité respectueux, etc.

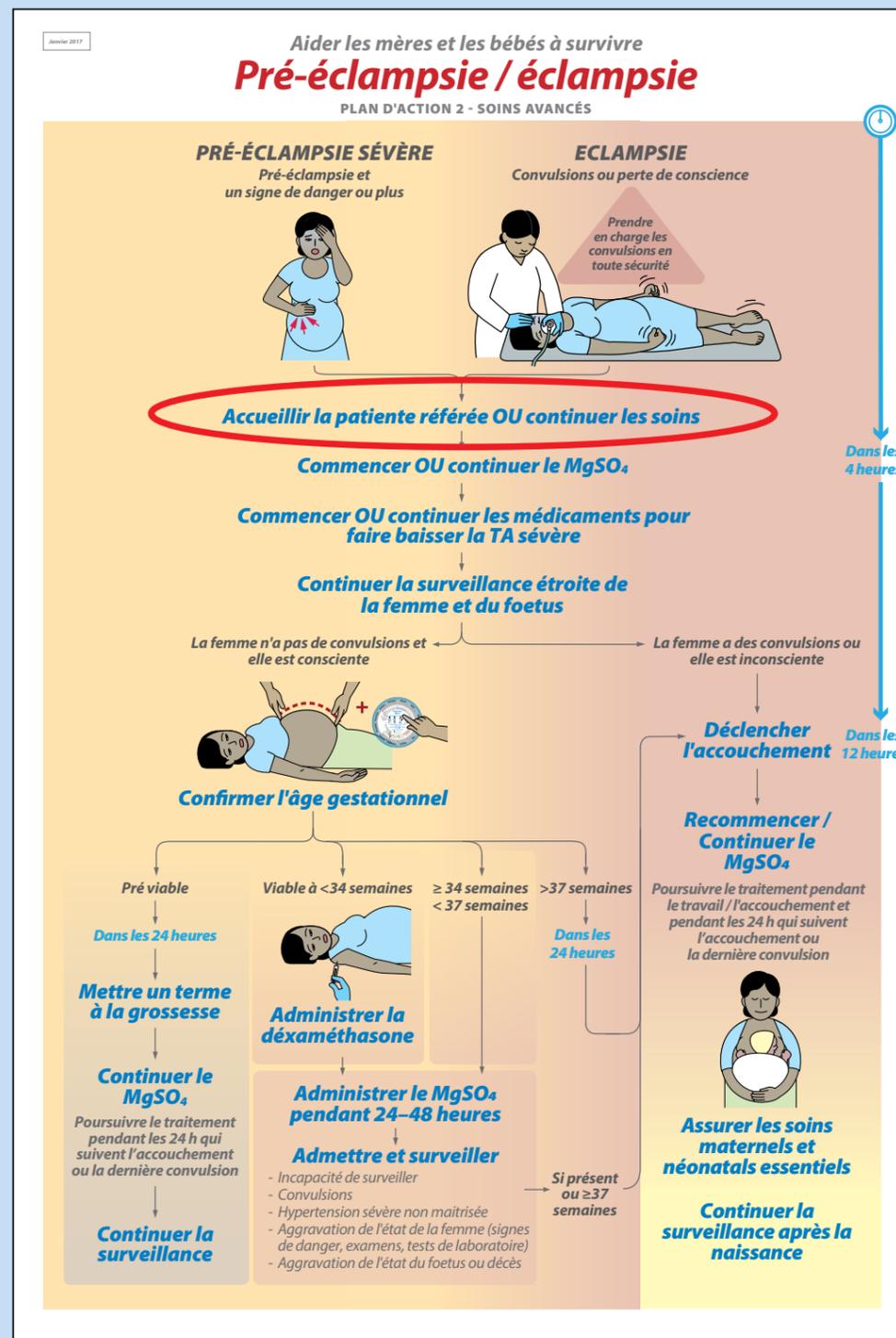
**Afin d'assurer la participation de tous les apprenants en qualité de prestataires, répétez le cas n°2 si nécessaire.**

**Cas n°2 :** Donnez les mêmes mesures que pour le cas n°1, mais modifiez les points suivants uniquement si la patiente est évaluée :

- TA 164/110, fréquence respiratoire 18
- Contractions modérées toutes les 3 minutes, col de l'utérus 5 cm

# Simulation

## Recevoir une patiente référée



## Points clés



- Si vous utilisez du MgSO<sub>4</sub> par voie IM pour les doses d'entretien (Pritchard), vérifiez qu'il n'y a aucun signe de toxicité avant d'administrer la prochaine dose.
- Si vous utilisez du MgSO<sub>4</sub> par voie IV (Zuspan), utilisez une pompe à gravité ou à perfusion et surveillez la toxicité du MgSO<sub>4</sub> toutes les heures.
- Surveillez la toxicité du MgSO<sub>4</sub> chez toutes les femmes chaque heure.
- **Le MgSO<sub>4</sub> doit être administré en continu pendant 24 après l'accouchement, MAIS en présence de convulsions après la naissance, le MgSO<sub>4</sub> doit être poursuivi pendant 24 heures après la dernière convulsion.**
- Le gluconate de calcium inverse la toxicité du MgSO<sub>4</sub>. Utilisez-le en cas d'arrêt respiratoire. Gardez-le à portée de main.
- Utilisez des antihypertenseurs pour maintenir la TA entre 140–155 mmHg/90–100 mmHg.

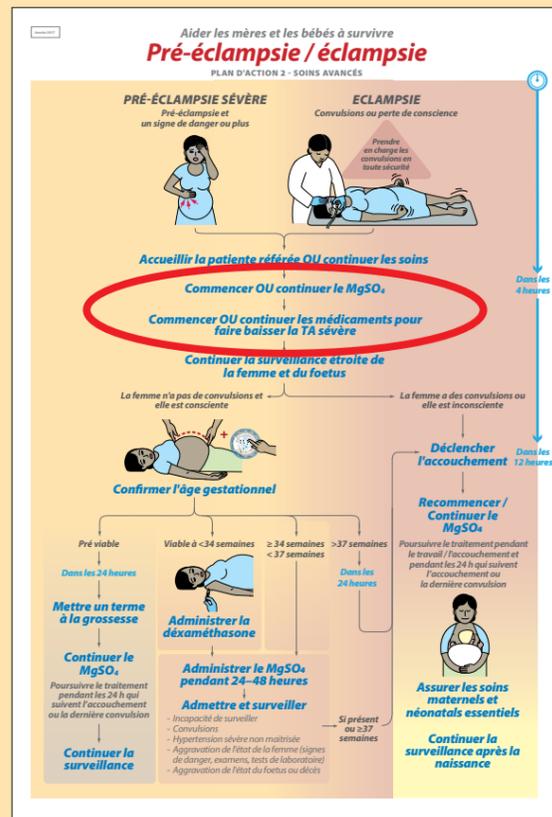
## Connaissances et compétences

Documentez l'état de santé en utilisant le Formulaire de suivi du MgSO<sub>4</sub> toutes les heures : l'heure, les réflexes, la respiration, le débit urinaire, les convulsions et le MgSO<sub>4</sub> lorsqu'il est administré.

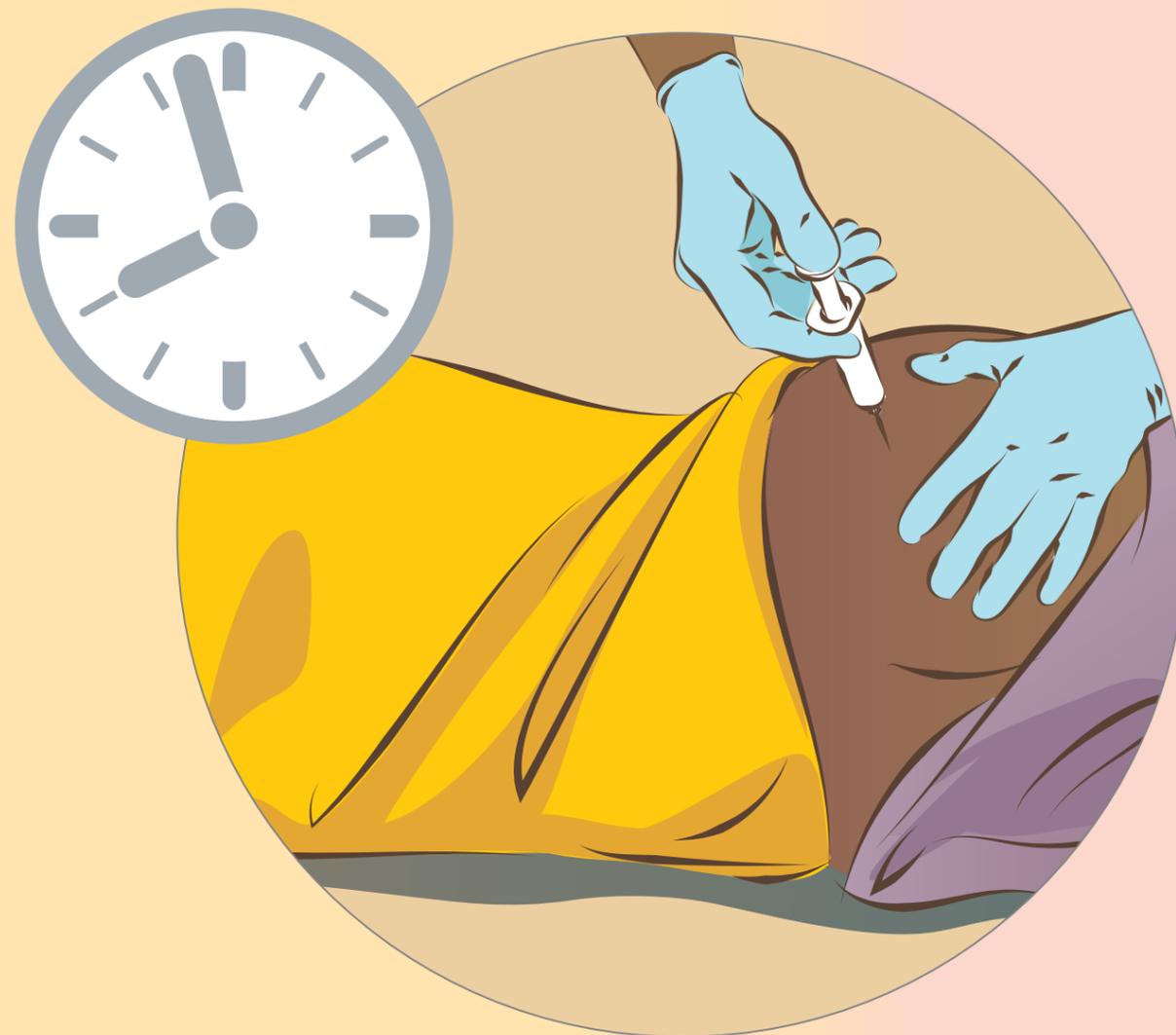
- Les femmes doivent recevoir du MgSO<sub>4</sub> par voie IM toutes les 4 heures OU en continu par voie IV à 1g/heure lorsque le MgSO<sub>4</sub> est administré uniquement par voie IV.
- Avant de recommencer l'administration de MgSO<sub>4</sub>, vérifiez la toxicité et vérifiez que :
  - La fréquence respiratoire est  $\geq 16$  respirations par minute
  - Les réflexes rotuliens sont présents
  - Le débit urinaire est  $\geq 30$  ml par heure en moyenne sur les 4 heures précédentes.
- En l'absence de signes de toxicité, administrez : 5 g de MgSO<sub>4</sub> (solution à 50%) + 1 ml de lignocaïne à 2% par voie IM toutes les 4 heures en alternant les fesses.
- **Si vous suspendez l'administration de MgSO<sub>4</sub> pour cause de toxicité, continuez à vérifier toutes les heures et documentez le Formulaire de suivi du MgSO<sub>4</sub> . Recommencez dès que les signes de toxicité auront disparu.**
- Limitez l'administration des fluides à 1 L /12 heures (2 L par 24 heures)
- Si le débit urinaire est inférieur à 30 ml/heure : Administrez une perfusion de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison d'1 L en 8 h

et surveillez la présence d'un oedème pulmonaire.

- Lorsque des râles se font entendre : Suspendre l'administration des fluides, puis donnez 40 mg de furosémide par voie IV une seule fois.
- En cas d'arrêt respiratoire :
  - Appelez à l'aide
  - Réanimatez la femme avec un ambubag et un masque.
  - Administrez 1g gluconate de calcium (10 ml de solution à 10% solution) par voie IV lentement pendant 3 minutes.
- Le MgSO<sub>4</sub> doit être administré en continu pendant 24 après l'accouchement, MAIS en présence de convulsions après la naissance, le MgSO<sub>4</sub> doit être poursuivi pendant 24 heures après la dernière convulsion.
- Si la femme a reçu un antihypertenseur en raison d'une TA élevée sévère, continuez son utilisation pour maintenir la TA entre 140–155 mmHg/90–100 mmHg
- Si la TA tombe en dessous de 140/90 mmHg, cela réduira la circulation du sang vers le fœtus et peut causer une détresse. Diminuez la dose ou la fréquence si nécessaire pour maintenir la TA dans les valeurs acceptables.
- Si la TA est supérieure à 160/110 mmHg, la femme est exposée au risque d'un AVC. Augmentez la dose ou la fréquence de l'antihypertenseur ou changez le médicament antihypertenseur.



# Commencer ou continuer l'administration de MgSO<sub>4</sub> et de médicaments pour faire baisser la TA sévère



## Points clés



- N'oubliez pas que le remède de la PES / E est l'accouchement. En attendant l'accouchement, la femme et le fœtus doivent être surveillés étroitement. La surveillance doit se faire toutes les heures.
- Les femmes présentant une éclampsie doivent accoucher dès que leur état est stable mais dans les 12 heures. En règle générale, les femmes présentant une PES doivent accoucher dans les 24 heures.
- Dans certains cas de PES, lorsque le fœtus est entre la viabilité et 37 semaines et que l'état de femme est stable, l'accouchement peut être reporté. **Cela ne peut se produire que si la femme et le fœtus sont surveillés étroitement !**
- Si les prestataires ou les établissements ne peuvent pas assurer une surveillance étroite,

procédez à l'accouchement de la femme ou transférez-la vers un établissement spécialisé qui pourra la surveiller.

- Ne laissez jamais une femme atteinte de PES ou d'éclampsie seule.

## Connaissances et compétences

- Les femmes atteintes de SPE et E courent un grand risque de convulsions, d'aggravation des maladies et de décès.
- Une surveillance maternelle et foetale étroite comprend une évaluation continue et une réponse rapide et appropriée en cas d'aggravation de son état.
- Maintenez un Tableau précis d'équilibre hydrique pour surveiller l'utilisation des fluides administrés et le débit urinaire afin d'éviter une surcharge hydrique.
- Évaluez régulièrement le fœtus. Utilisez l'échographie pour évaluer la croissance foetale et le volume du liquide amniotique.
- Évaluez régulièrement les signes de danger de la maladie sévère
- Vérifiez toutes les heures ou plus souvent :
  - Demandez-lui comment elle se sent : Maux de tête ou changements affectant la vision ? Le bébé bouge-t-il ?

A-t-elle des contractions, des fuites liquides ou des saignements vaginaux ?

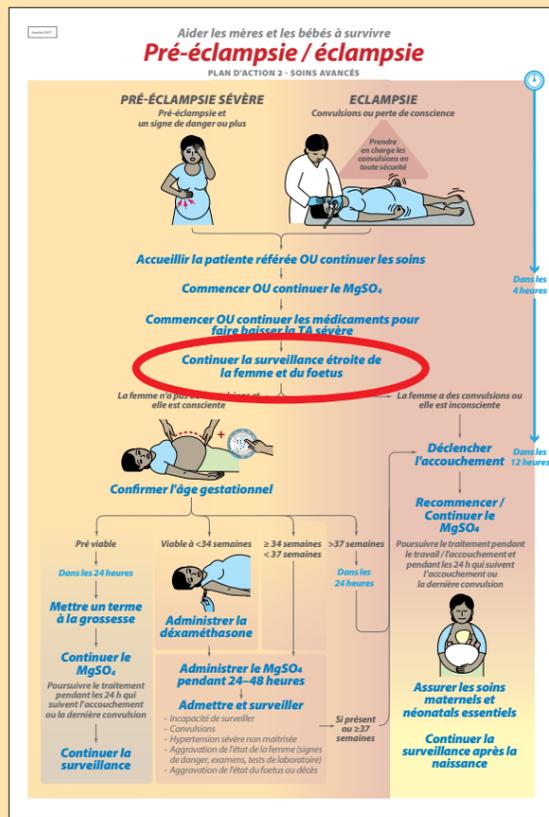
- TA, pouls, et respiration
  - Couleur de la peau
  - Réflexes
  - Administration de fluides et débit urinaire
  - Écoutez ses poumons pour la présence de râles qui indiquent un œdème pulmonaire. En présence de râles, suspendre l'administration des fluides, puis donnez 40 mg de furosémide par voie IV une seule fois.
  - Palpez l'abdomen et vérifiez la sensibilité du foie.
  - Vérifiez la fréquence cardiaque foetale.
- Vérifiez la température toutes les 4 heures.
  - Si la femme a commencé le travail, utilisez un partogramme et vérifiez la fréquence cardiaque foetale toutes les 30 minutes.

## Encouragez la discussion

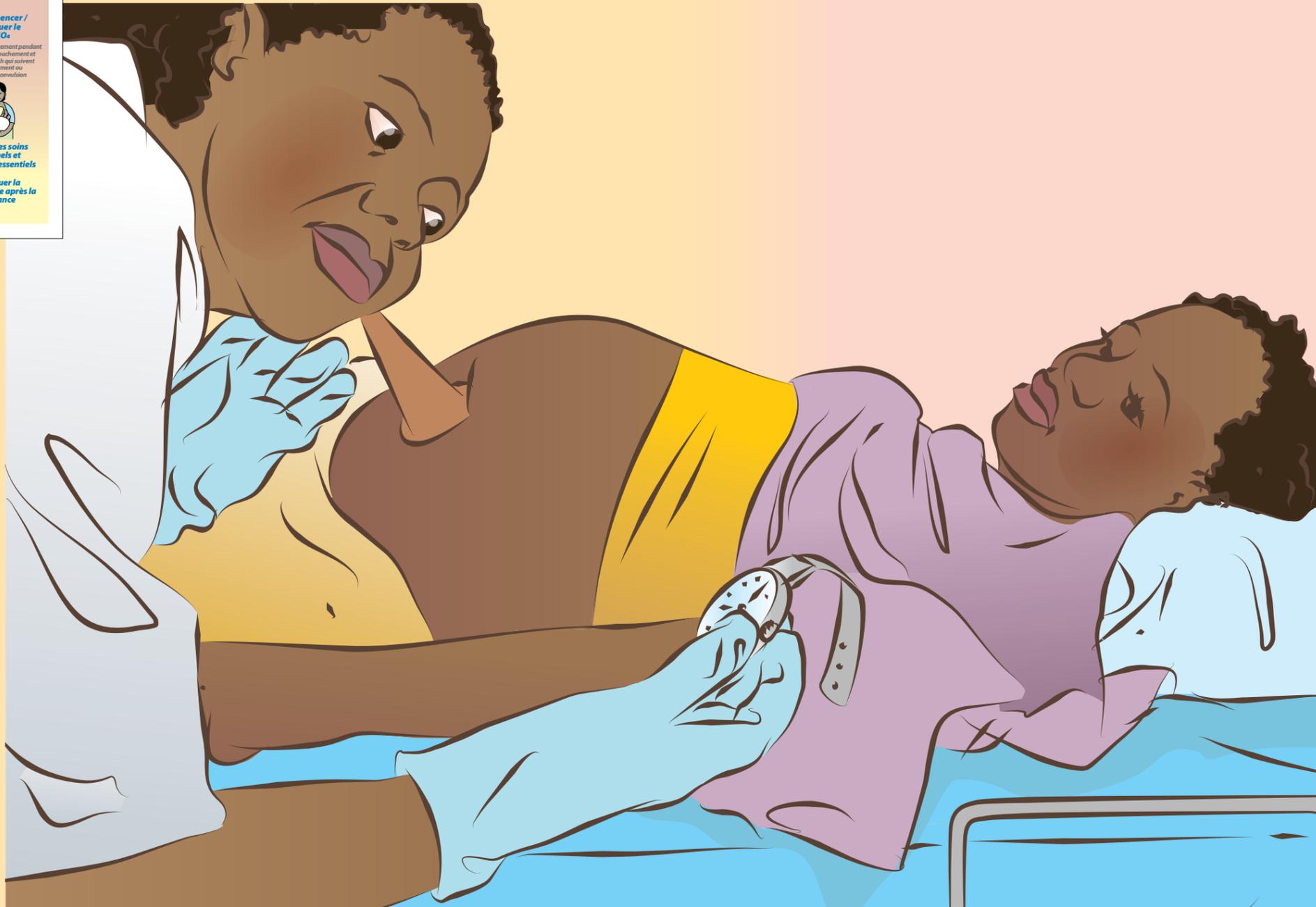
De quelle manière ces recommandations correspondent-elles à la pratique habituelle de votre établissement ?

Avez-vous des difficultés à suivre une surveillance aussi étroite ?

Que peut-on faire pour relever ces défis ?



# Continuer la surveillance étroite de la femme et du fœtus



## Points clés



- Dès que vous avez commencé l'administration de  $MgSO_4$  et des médicaments antihypertenseurs chez une femme enceinte présentant une PES, vous devez confirmer l'AG pour décider si elle doit prendre des corticostéroïdes prénatals pour contribuer à la maturité du fœtus et savoir à quel moment l'accouchement devrait avoir lieu.
- En fonction de l'AG, la femme sera classée dans l'une des trois catégories suivantes :
  - pré-viable
  - viable à 37 semaines OU
  - 37 semaines ou plus
- Chaque catégorie nécessite des soins différents, c'est pourquoi l'AG doit être confirmé.

## Connaissances et compétences

Il est important de prévoir l'accouchement afin de prévenir les complications graves et la mort de la mère et du nouveau-né et d'offrir les meilleures chances de survie au nouveau-né.

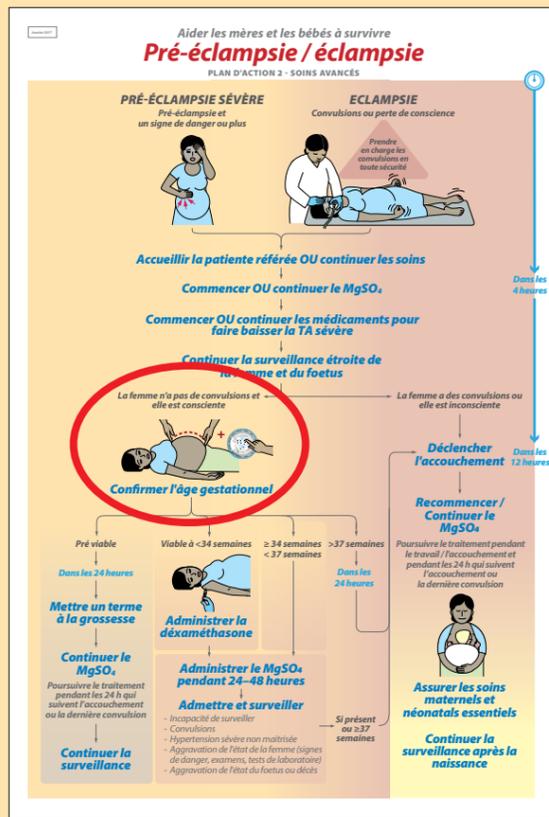
- Le traitement définitif de la PES / E pour la femme est l'accouchement.
- La PES / E et la naissance prématurée augmentent le risque pour le nouveau-né.
- Des mesures peuvent être prises pour améliorer la maturité pulmonaire d'un fœtus de moins de 34 semaines.
- Si une femme a des convulsions ou est inconsciente, elle a une éclampsie et doit accoucher dans les 12 heures.

Étant donné que les interventions sont basées sur l'AG, et parce que les interventions incorrectes peuvent causer des dommages, il est important de confirmer l'AG.

Lorsque la DPA n'est pas claire, il est conseillé d'examiner les informations que vous avez avec des membres expérimentés de votre équipe de travail.

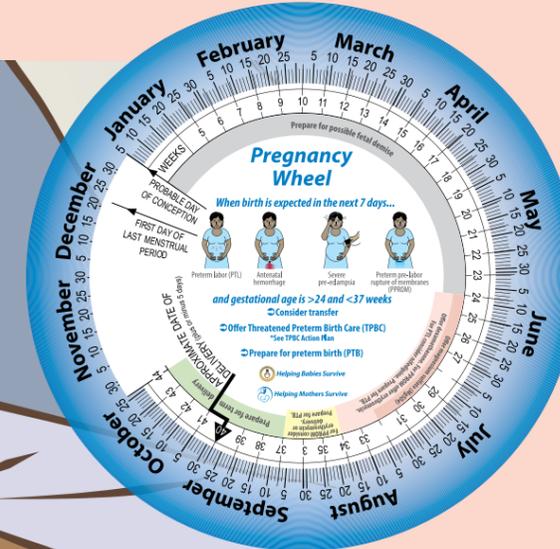
## Encouragez la discussion

Que faites-vous lorsqu'une femme présentant une PES ne connaît pas ses dates (date des dernières règles et/ou date prévue de l'accouchement) ?



# Si la femme n'a pas de convulsions et elle est consciente

## Confirmer l'âge gestationnel



## Points clés



- Si une femme développe une PES lorsque le fœtus est trop prématuré pour survivre (pré-viable), le fait de mettre fin à la grossesse dans les 24 heures pourrait sauver la vie de la femme
- Des soins respectueux et compatissants sont essentiels. Offrez des conseils pour surmonter le deuil à la femme et à sa famille
- Continuez l'administration du  $MgSO_4$  pendant 24 heures après l'accouchement ou la dernière convulsion, puis poursuivez la surveillance.
- Informez la femme qu'elle risque de présenter une PE/E au cours de ses grossesses futures et de souffrir d'hypertension plus tard dans sa vie.
- Donnez lui des conseil sur l'importance de l'espacement des grossesses et assurez-vous qu'elle quitte l'établissement avec une méthode contraceptive de son choix.

## Connaissances et compétences

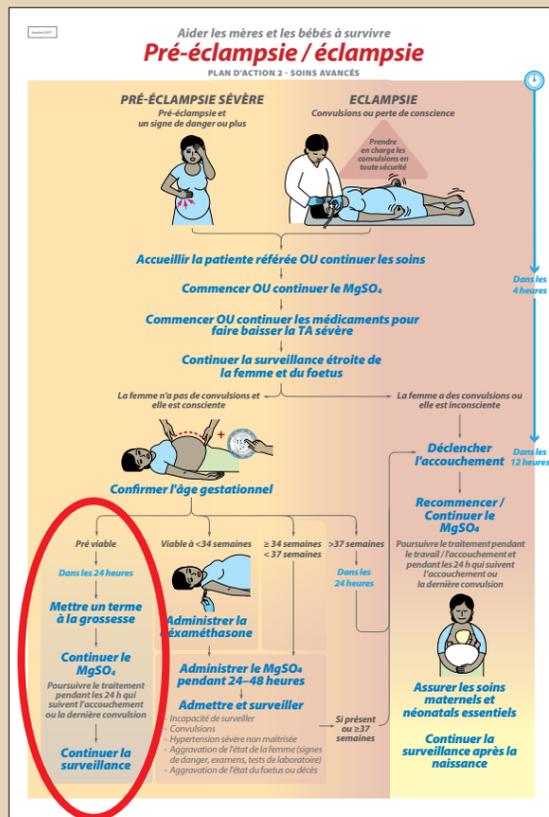
- L'évaluation précise de l'AG est essentielle pour déterminer si le fœtus est pré-viable.
- Un fœtus pré-viable est trop prématuré pour survivre. Le moment de la viabilité dépend de l'installation et des ressources du pays.
- Si le fœtus n'est pas viable, la gestion expectative (conservatrice) augmente le risque de morti- natalité et de décès maternel.
- Le fait de retarder l'accouchement pour améliorer la maturité fœtale n'est pas susceptible d'améliorer les résultats du nouveau-né.
- Parce que la PES est progressive et que l'accouchement est le seul remède, le fait de mettre fin à la grossesse pourrait sauver la vie de la femme.
- La décision de mettre fin à la grossesse doit se prendre en consultation avec la femme (et son entourage si elle le souhaite), les spécialistes en obstétrique et pédiatrie lorsqu'ils sont disponibles. Chaque cas est unique et doit être évalué individuellement.
- Informez avec respect les femmes et leurs familles pourquoi il est recommandé de mettre fin à la grossesse.
- La méthode pour mettre fin à une grossesse dépend de l'âge gestationnel, des normes locales et de l'expérience du prestataire.
- Conseillez la femme sur le risque de TA élevée et de PES/E à l'avenir et assurez-vous que le femme a une méthode contraceptive de son choix avant sa sortie.

## Encouragez la discussion

**Demandez aux apprenants,** « *Quel âge gestationnel est généralement considéré viable dans l'établissement où vous travaillez ? Que devez-vous faire si une PES est diagnostiquées avant que le fœtus ne soit viable ? Comment pouvez-vous aider les familles à surmonter cette perte ?* »

Encouragez ces réponses :

- Reconnaissez l'expérience du chagrin et de la tristesse qui suit la perte de la grossesse /du bébé.
- Annoncez les nouvelles en privé, d'une manière opportune et patiente.
- Répondez aux questions honnêtement.
- Rappelez aux femmes, aux partenaires et aux familles que la PE/E n'est pas de leur faute.
- Encouragez la présence d'une personne de confiance choisie par la femme tout au long des soins et des conseils.



# Fœtus est pré-viable

## Mettre un terme à la grossesse



## Points clés



- Administrez de la dexaméthasone pour améliorer les résultats néonataux chez les femmes dont le foetus est viable mais est âgé de moins de 34 semaines d'AG. Le bénéfice maximal est atteint après 48 heures suivant l'administration de la première dose.
- NE PAS en administrer si vous ne pouvez pas confirmer que l'AG est  $> 24$  semaines mais  $< 34$  semaines.
- NE PAS en administrer si vous pensez que la femme peut avoir une infection, ou si le bébé prématuré ne peut pas recevoir les soins adéquats, si nécessaire.

## Connaissances et compétences

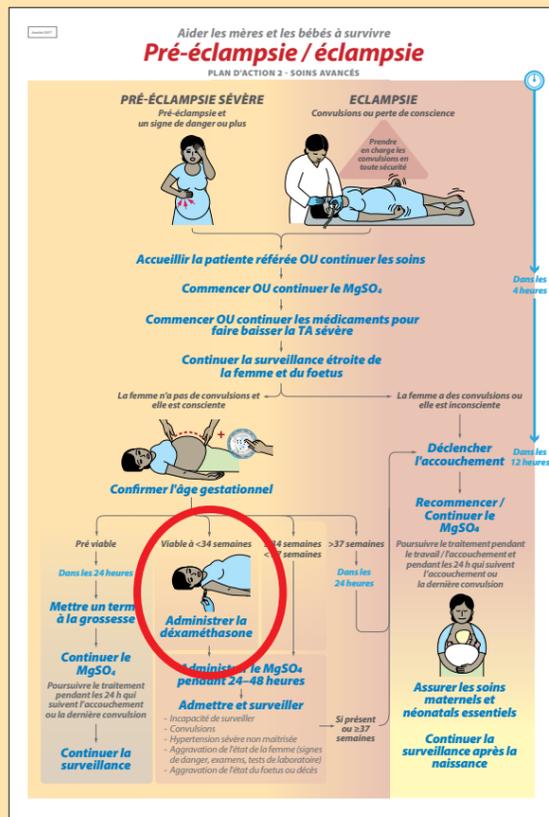
- La dexaméthasone est un corticostéroïde prénatal (CSP). Le CSP réduit de 31% la mortalité des bébés prématurés en aidant les poumons foetaux à se renforcer et en protégeant les intestins et les vaisseaux sanguins du cerveau.
- Administrez de la dexaméthasone uniquement si :
  - Il y a un haut niveau de confiance que l'AG est  $< 34$  semaines.
  - Il y a un haut niveau de confiance que la femme va accoucher au cours des 7 prochains jours
  - Il n'y a pas de preuve clinique d'infection maternelle (chorioamnionite et septicémie)
  - Des soins adéquats pour l'accouchement sont disponibles (y compris la capacité de reconnaître et de gérer en toute sécurité le travail et l'accouchement prématurés).
  - Des soins postnatals adaptés aux accouchements prématurés sont disponibles (y compris la réanimation, les soins thermiques, le soutien alimentaire, le traitement des infections et l'utilisation sûre de l'oxygène)
- Administrez 12 mg de dexaméthasone par voie IM dès que possible, suivi d'une autre dose de 12 mg par voie IM 24 heures plus tard.
- La dexaméthasone peut augmenter le risque de septicémie maternelle et de mortalité néonatale des nourrissons nés à  $\geq 37$  semaines d'AG.

- Le bénéfice maximal est observé 48 heures après la première dose, mais l'accouchement même quelques heures après l'administration d'une dose peut augmenter les chances de survie du nouveau-né.
- Ne retardez pas l'accouchement pour donner la deuxième dose si un accouchement rapide s'avère nécessaire pour protéger la femme ou le foetus.
- Renouvelez la corticothérapie prénatale une seule fois si l'accouchement prématuré n'est pas survenu dans les 7 jours après le traitement initial et si l'AG est 34 semaines et un examen clinique ultérieur révèle une menace élevée d'accouchement prématuré dans les 7 jours à venir. **Ne donnez jamais plus de deux séries de doses.**
- La bétaméthasone peut également être utilisée à la place de la dexaméthasone, mais elle est moins disponible et plus coûteuse que la dexaméthasone. Le traitement suggéré est également de 12 mg par voie IM dès que possible, suivi de 12 mg 24 heures plus tard.

### Contrôle des connaissances rapide

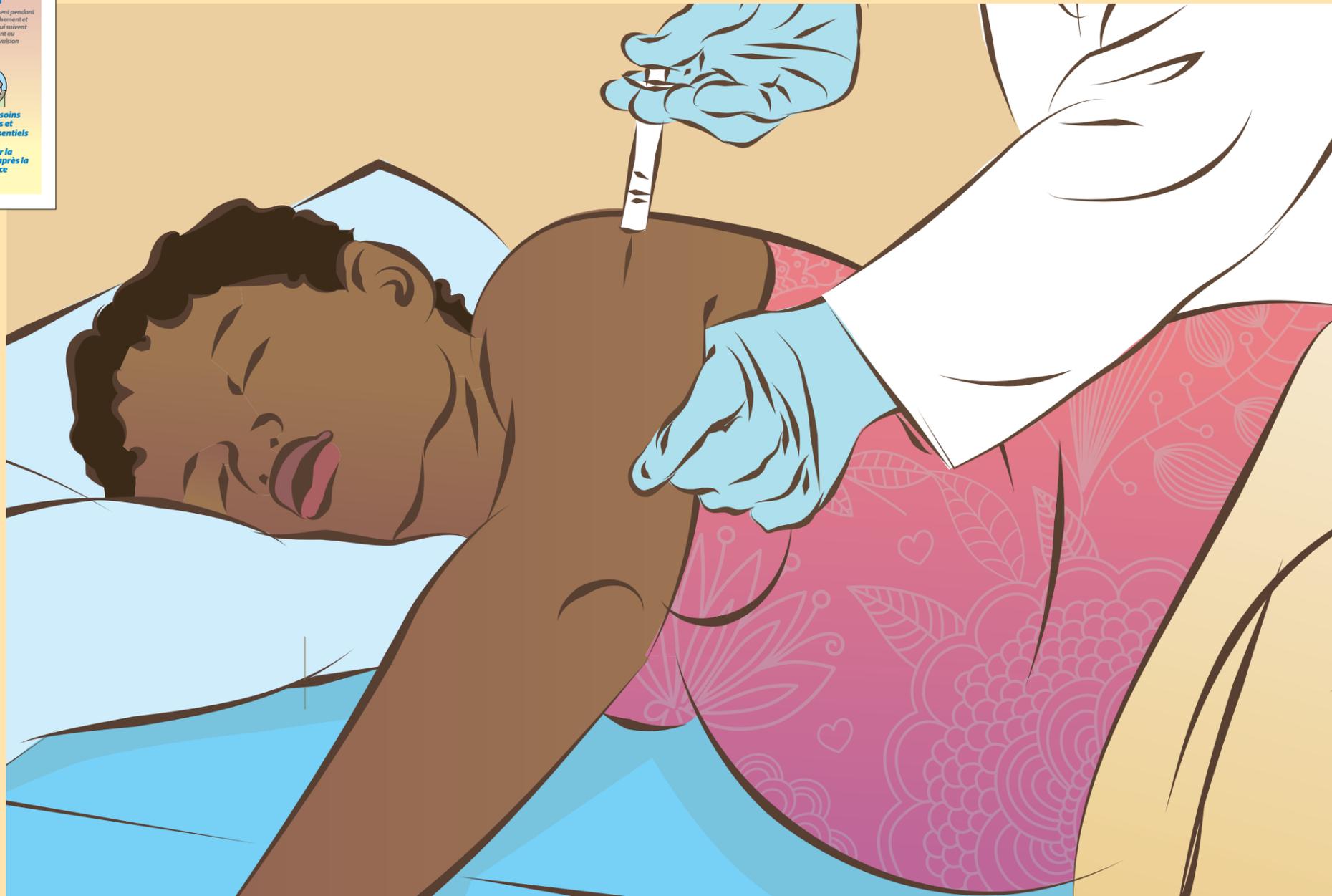
**Dans quels cas ne faut-il JAMAIS administrer un CSP ?**

1. Lorsque la femme est à  $> 34$  semaines de grossesse OU
2. Lorsque la femme a une infection OU
3. Si elle a déjà reçu deux traitements de CSP



# Fœtus est viable de moins de 34 semaines d'AG

## Administ. de la dexaméthasone



## Note de formation



**Avant la journée de formation, évaluez si une surveillance étroite est possible dans cet établissement.**

La PES peut progresser rapidement et mettre la vie de la femme et du fœtus en danger. Pour envisager la possibilité de retarder l'accouchement, l'établissement doit être en mesure de :

- Déclencher le travail de manière sûre et rapide, si nécessaire
- Assurer une chirurgie sûre et des soins post-opératoires sûrs
- Prendre en charge les bébés prématurés ou malades

En outre, l'établissement doit pouvoir assurer une Évaluation maternelle et fœtale précise (3ème colonne de cette page). Si ces critères ne peuvent être satisfaits, citez le premier point clé ci-dessous et passez à la page suivante.

## Points clés

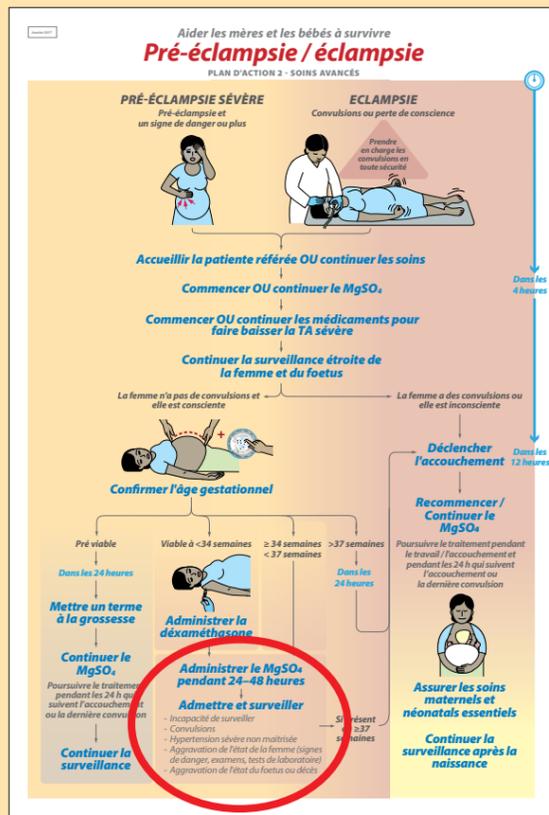
- **Une attitude d'expectative des femmes atteintes de PES est une option seulement si une femme et son fœtus sont stables, l'AG est de moins de 37 semaines, et si une surveillance continue est disponible.**
- Si à tout moment une femme souffre d'une contre-indication à une prise en charge non interventionniste, elle doit accoucher dans les 24 heures.

## Connaissances et compétences

- Entre la viabilité et 37 semaines de grossesse, il est possible de prolonger la grossesse pour réduire la mortalité néonatale si :
  - La femme et le fœtus sont stables.
  - La femme peut bénéficier d'une surveillance étroite et de soins dans un hôpital spécialisé.
- Une attitude d'expectative peut être envisagée sous réserve de l'absence des suivants: éclampsie ; œdème pulmonaire ; hypertension artérielle non maîtrisée et sévère ; symptômes persistants (maux de tête, troubles de la vision, douleurs du QSD) ; aggravation des dysfonctionnements organiques chez la femme; syndrome HELLP (créatinine sérique élevée, hémolyse, enzymes hépatiques élevées et faible taux de plaquettes) ; coagulation intravasculaire disséminée (CID) ; décollement prématuré du placenta ; choc maternel; souffrance fœtale, ; mort fœtale in utero; travail prématuré; ou rupture prématurée des membranes.

- Évaluation maternelle : signes vitaux, équilibre hydrique, évaluation du travail et de l'abdomen toutes les 8 heures, analyses quotidiennes de laboratoire. Les analyses peuvent être effectuées tous les deux jours si l'état de la femme est stable et si elle ne présente pas de symptômes.
- Évaluation fœtale : contrôle quotidien des mouvements fœtaux et examen de réactivité fœtale, indice du liquide amniotique deux fois par semaine, contrôle de la croissance fœtale par échographie toutes les 2-3 semaines.
- Le MgSO<sub>4</sub> est administré pendant 24–48 heures puis est interrompu. Son administration recommence au début du travail ou en cas d'aggravation de l'état de la femme.
- Administrez des antihypertenseurs selon les besoins.
- L'exposition au MgSO<sub>4</sub> diminue l'incidence et la gravité de la paralysie cérébrale. Si l'AG est < 32 semaines et que l'accouchement peut survenir dans les 24 heures, administrez uniquement le MgSO<sub>4</sub> par voie IV (le schéma thérapeutique Zuspan) à des fins de neuroprotection fœtale si des pompes à perfusion sont disponibles.

**Procédez à l'accouchement rapidement ou transférez la patiente si l'une des contre-indications se développe ou si les critères de surveillance ne peuvent pas être satisfaits !**

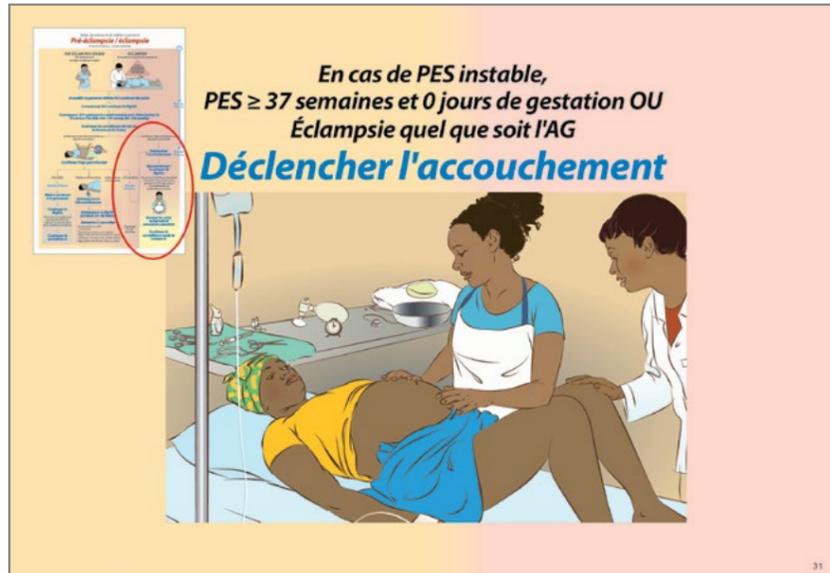


**Fœtus est viable de moins de 37 semaines d'AG  
ET une surveillance étroite peut être assurée**

**Hospitaliser la femme et assurer  
une surveillance étroite**



## Points clés



- Une femme atteinte de la PES à  $\geq 37$  semaines et 0 jours doit accoucher dans les 24 heures.
- Une femme atteinte de la PES quel que soit l'AG et dont l'état n'est pas stable doit accoucher dans les 24 heures.
- Une femme atteinte de la PES quel que soit l'AG et qui ne peut pas être surveillée étroitement doit accoucher dans les 24 heures.
- Une femme atteinte de l'éclampsie, quel que soit l'âge gestationnel, doit accoucher dans les 12 heures.
- Le mode d'accouchement privilégié est par voie vaginale, si possible.

## Connaissances et compétences

- L'accouchement est le traitement définitif de la PES/E.
- Une femme atteinte de la PES doit accoucher dans les 24 heures si :
  - L'AG est de  $< 37$  semaines et elle présente une contre-indication à une prise en charge expectative (conservatrice) OU une surveillance étroite ne peut pas être assurée
  - Elle est enceinte de  $\geq 37$  semaines et 0 jours
- La décision sur le mode d'accouchement doit être basée sur si la femme est en travail, l'AG, l'état du col et la position/présentation du fœtus.
- Une femme atteinte de l'éclampsie, quel que soit l'âge gestationnel, doit accoucher dans les 12 heures.
- Si indiqué, administrez la première dose de CSP afin d'améliorer les résultats du nouveau-né, mais uniquement si cela ne retarde pas l'accouchement.
- Continuez la surveillance maternelle et fœtale pendant le travail et l'accouchement, enregistrez les résultats de la surveillance de routine sur le partogramme conformément aux protocoles.
- Continuez l'administration de  $MgSO_4$  tout au long de la période intrapartum, quel que soit le mode d'accouchement.

- Continuez le remplissage du Formulaire de suivi du  $MgSO_4$  pendant le travail, l'accouchement et le postpartum.
- Continuez l'administration des médicaments antihypertenseurs selon les besoins pendant le travail, l'accouchement et le postpartum.
- Procédez à la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) chez toutes les femmes, en administrant 10 IU d'ocytocine par voie IM OU 600 mcg de misoprostol par voie orale dans la minute suivant l'accouchement.  
**Ne pas utiliser d'ergométrine : elle peut provoquer une crise d'hypertension.**

### Contrôle des connaissances rapide

À quel moment faut-il administrer un CSP afin d'améliorer les résultats néonataux ?

Entre l'âge de la viabilité et un AG de 34 semaines

Lorsqu'une femme présente une éclampsie quel que soit l'AG, à quel moment faut-il procéder à l'accouchement ?

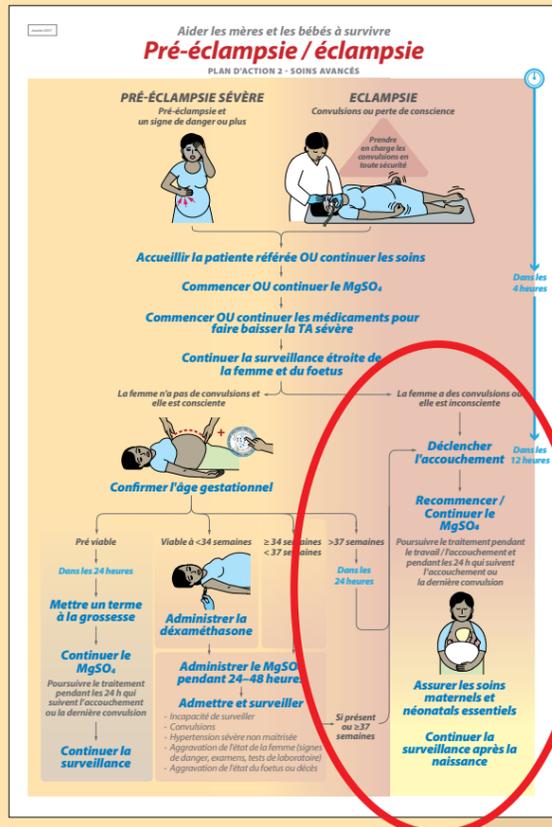
Dès que son état est stable mais dans les 12 heures

Combien de temps une femme doit-elle être sous  $MgSO_4$  ?

24 heures après l'accouchement, mais si elle a une convulsion, 24 heures après la dernière convulsion

### Encouragez la discussion

Quelle est la pratique actuelle de votre établissement pour l'accouchement des femmes atteintes de PES ou d'éclampsie ?



**En cas de PES instable,  
PES ≥ 37 semaines et 0 jours de gestation OU  
Éclampsie quel que soit l'AG  
Déclencher l'accouchement**



## Points clés



- Les femmes restent exposées au risque de PE/E après l'accouchement.
- Toutes les femmes doivent bénéficier de soins essentiels dans le post-partum.
- Tous les nourrissons doivent bénéficier de soins néonataux essentiels.

## Connaissances et compétences

- Pour les femmes présentant une PES ou une éclampsie, poursuivez la surveillance étroite pendant au moins 72 heures suivant le postpartum dans un établissement.
- Continuez l'administration du  $MgSO_4$  après l'accouchement ou après la dernière convulsion, selon la dernière éventualité. Surveillez étroitement la toxicité toutes les heures à l'aide du Formulaire de suivi du  $MgSO_4$ .
- Continuez à évaluer la présence des signes de danger.
- Continuez à ausculter la base des poumons
- Continuez à vérifier l'apport des fluides et la diurèse.

- Continuez l'administration d'un traitement antihypertenseur selon les besoins. Maintenez la TA entre 140–155 mmHg/90–100 mmHg
- N'administrez pas de médicaments anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) aux femmes dont l'hypertension n'est pas maîtrisée ou qui présentent une oligurie, une insuffisance rénale ou un faible niveau de plaquettes.
- Encouragez l'allaitement précoce pendant la première heure qui suit la naissance.
- Assurez les soins de routine du post-partum et la surveillance selon les recommandations nationales.
- Assurez les soins essentiels au nouveau-né détaillée dans le Guide du prestataire page 25.
- Assurez-vous que la femme comprend les signes de danger et peut rechercher des soins s'ils apparaissent. Prévoyez une consultation dans 7 jours ou avant.
- Vérifiez qu'elle a bénéficié des conseils sur la planification familiale et a reçu la méthode de son choix avant de la laisser rentrer chez elle.
- Informez-la qu'elle risque de présenter une PE/E au cours de ses grossesses futures et de souffrir d'hypertension plus tard dans sa vie.

## Note de formation

**Expliquez aux apprenants qu'ils /elles procéderont à une simulation. S'il y a plus de 5 participants, divisez le groupe des apprenants en groupes de trois personnes. Deux personnes joueront le rôle des prestataires, et une personne celui de la femme. Demandez à toutes les personnes qui jouent le rôle de « la femme » de simuler des « convulsions » pendant 20 secondes à**

**l'arrivée du prestataire, puis de simuler une perte de conscience. Prévoyez environ 15 minutes pour cette activité. Lisez ce qui suit au groupe :**

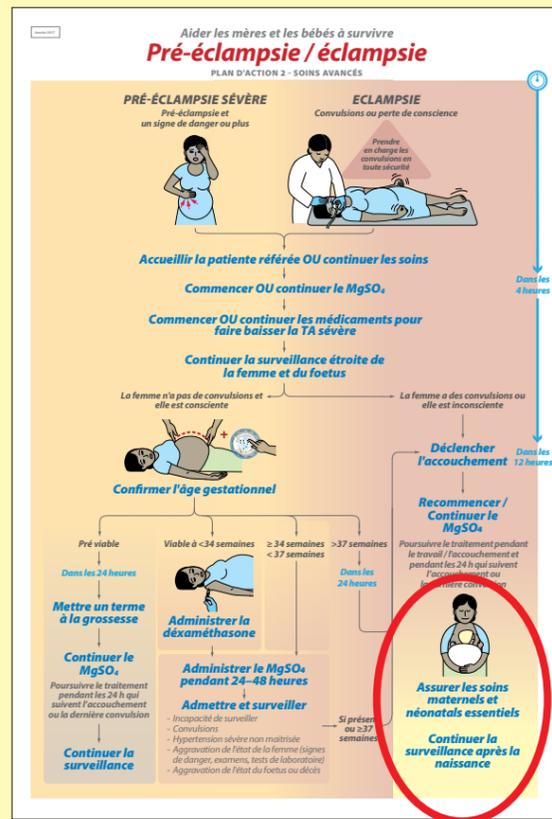
« Mme A a 24 ans et a accouché sans problèmes il y a 4 heures. À présent, elle signale qu'elle souffre de maux de tête violents. La sage-femme arrive et commence à évaluer la femme. Veuillez assurer les soins comme vous le feriez pour une femme réelle ».

Observez et notez si les apprenants effectuent les actions suivantes. Donnez les résultats uniquement lorsqu'elles sont demandées.

- Appelez à l'aide
- Évaluez les voies respiratoires, la respiration et la circulation : fréquence respiratoire 22, pouls 104, perte de conscience
- N'immobilisez pas la femme, ne mettez rien dans sa bouche
- Administrer 4 à 6 l d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une canule nasale
- Posez une sonde urinaire: 100ml d'urine
- Administrez la dose de charge de  $MgSO_4$  correctement et rapidement
- Évaluez la TA (158/102)
- Auscultez les poumons (absence de râles)
- Réalisez des prélèvements sanguins (NFS avec plaquettes, créatinine sérique, TFH) :

### Compte-rendu :

Confirmez le diagnostic—Éclampsie  
Comme pour les simulations précédentes, demandez aux apprenant d'évaluer leur performance, y compris le diagnostic, le traitement et le travail d'équipe.



# Après la naissance, assurer une surveillance étroite et des soins maternels et néonataux essentiels



## Note de formation



Demandez aux participants de se répartir en 2 équipes. Alternez les questions entre les équipes. Chaque réponse correcte rapporte un point. Lorsqu'une équipe donne une réponse incorrecte, l'autre équipe peut proposer une réponse. L'équipe gagnante est celle qui répond correctement au plus grand nombre de questions.

### Actualisation des connaissances

**Vrai/Faux ? Une femme a le droit de refuser les services qu'elle ne souhaite pas recevoir.**

**Vrai**

**Pendant la préparation de la dose de charge de MgSO<sub>4</sub>, si vous utilisez une source de dilution à usage multiple telle qu'une bouteille IV, qu'introduisez-vous en premier dans la seringue ? De l'eau stérile ou du sérum physiologique**

**À quel moment les femmes sont-elles exposées au risque le plus élevé de PE et d'éclampsie ? 20 semaines de grossesse ou plus, pendant le travail et l'accouchement et le postpartum**

**Comment devez-vous administrer la dose d'entretien du MgSO<sub>4</sub> du schéma thérapeutique Pritchard (veuillez indiquer le médicament, la dose, le mode d'administration et la fréquence) ?**

**5 g de MgSO<sub>4</sub> (solution à 50%) + 1 ml de lignocaïne à 2 % par voie IM toutes les quatre heures en alternant les fesses.**

**Que faut-il évaluer avant de répéter la dose d'entretien de MgSO<sub>4</sub> ? Donnez les critères pour chacun.**

1. La fréquence respiratoire  $\geq$  16 respirations par minute
2. Les réflexes rotuliens sont présents
3. Le débit urinaire est  $\geq$  30 ml par heure pendant 4 h d'affilée

**À quelle fréquence devez-vous évaluer la toxicité du MgSO<sub>4</sub> ?**

**Toutes les heures**

**Que faut-il faire lorsque vous détectez un signe de toxicité du MgSO<sub>4</sub> ?**

**Suspendre la dose d'entretien de MgSO<sub>4</sub>**

**Vous avez administré une dose d'entretien de MgSO<sub>4</sub> à votre patiente il y a 4 heures. Vous revenez pour l'évaluer et constatez que son débit urinaire est de 90 ml sur les 4 heures passées. Que devez-vous faire ensuite ?**

**Administrer des fluides par voie IV à un débit de 1 L sur 8 heures et surveiller toute présence d'œdème pulmonaire et suspendre l'administration de MgSO<sub>4</sub>**

**Vous vérifiez l'état de cette femme une heure plus tard, puis vous constatez qu'il y a des râles dans ses poumons. Que devez-vous faire ensuite ?**

**Suspendre l'administration des fluides, administrer du furosémide à 40mg par voie IV une fois, puis poursuivre la surveillance**

**Une femme sous MgSO<sub>4</sub> présente un arrêt respiratoire et cesse de respirer. Que devez-vous faire ensuite ?**

**Appelez à l'aide, ventilez avec un sa et un masque, administrer du gluconate de calcium (10 ml de solution à 10%) par voie IV pendant 3 minutes.**

**Quels sont les risques de la dexaméthasone pour une mère enceinte qui a une infection ? Septicémie maternelle**

**Pendant combien de temps après l'accouchement devez-vous poursuivre l'administration de MgSO<sub>4</sub> ?**

**Pendant 24 heures après la naissance ou 24 heures après la dernière convulsion, selon la dernière éventualité.**

**Quelle est la TA cible lorsque vous utilisez des antihypertenseurs chez une femme enceinte ?**

**Entre 140 et 155 mmHg pour la TAS / 90 et 100 mmHg pour la TAD**

**Que faire si la TAD est inférieure à 90mmHg et pourquoi ?**

**Réduire la fréquence ou la dose de l'antihypertenseur. Si vous abaissez la TA, cela peut être nocif pour le fœtus.**

En cas d'égalité du score, posez la question à la prochaine équipe. En cas d'égalité, la personne qui lève la main la première répond à la question.

**Une femme qui souffre de la PE ou d'éclampsie cours des risques élevés de souffrir de quelles conditions dans l'avenir ?**

1. PE/E au cours des prochaines grossesses
2. TA élevée plus tard dans la vie

# *Activité d'apprentissage*

## *Actualisation des connaissances*



# Remerciements

innovating to save lives



an affiliate of Johns Hopkins University

## Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) Pré-éclampsie et éclampsie

Tableaux à feuilles mobiles du formateur

### Auteurs

Laura Fitzgerald, MPH, CNM  
Jhpiego  
Baltimore, MD.

Cherrie Evans, DrPH, CNM  
Jhpiego  
Baltimore, MD.

### Relecteurs

Nester T. Moyo, MScN, SCM, RN  
Confédération internationale des sages-femmes  
La Haye, Pays-Bas

Suzanne Stalls, MA, CNM, FACNM  
American College of Nurse-Midwives  
Washington, DC.

Vineeta Gupta MD, JD, LL.M  
American College of Obstetricians and  
Gynecologists  
Washington, DC.

Donna Vivio, MS, MPH, CNM  
Agence des États-Unis pour le  
développement international  
Washington, DC.

Beena D. Kamath-Rayne, MD, MPH, FAAP  
American Academy of Pediatrics.  
Cincinnati, Ohio

Donna Dizon-Townson, M.D.  
Latter Day Saints Charities  
Intermountain Health Care

### Évaluation et analyse des données

Cherrie Evans, DrPH, CNM  
Jennifer Breads, MSN, MPH, RN  
Sara Chace, BA  
Eva Bazant, DrPH, MPH  
Jhpiego  
Baltimore, MD.

### Illustratrice pédagogique / Directrice artistique

Anne Jorunn Svalastog Johnsen  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

### Illustrateur

Bjørn Mike Boge  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

*Jhpiego est une organisation de santé internationale à but non lucratif, affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis plus de 40 ans, Jhpiego offre aux agents de santé 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 soins de santé auprès des femmes et de leur famille. 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 de formation sur la pré-éclampsie et l'éclampsie du programme Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) a été conçu et mis au point par une équipe du Bureau de la direction technique de Jhpiego et utilise la conception du module créée pour le programme Aider les nouveau-nés à respirer (Helping Babies Breathe - HBB), un programme développé par l'American Academy of Pediatrics.*

*Jhpiego exprime sa sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire les décès inutiles des femmes et de leurs nouveau-nés. Nous souhaitons remercier tout particulièrement ceux qui ont orienté le développement de ces documents, notamment la Confédération internationale des sages-femmes, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Organisation mondiale de la santé, le Programme de survie de la mère et de l'enfant, l'American College of Nurse-Midwives et l'American Academy of Pediatrics. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (Ordre des obstétriciens et des gynécologues des États-Unis) appuie la valeur de ce document clinique en tant qu'outil pédagogique, janvier 2017. Nous souhaitons remercier nos collègues partenaires en Ouganda qui ont appuyer les tests de ces documents.*



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

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

*Ce travail a été rendu possible grâce au soutien généreux de Laerdal Global Health, de la Fondation Laerdal For Acute Medicine, et Jhpiego – une filiale de l'Université Johns Hopkins. Nous remercions vivement Tore Laerdal pour son dévouement sans failles pour sauver la vie des femmes et de leurs nouveau-nés dans le monde.*

