

*Aider les mères à survivre*

# ***Travail prolongé & dystocie mécanique***

*Partie 1 sur 2 : Évaluation*



*Remarque : tous les prestataires doivent avoir terminé le module sur les « Soins essentiels pendant le travail et l'accouchement » avant de commencer ce module.*

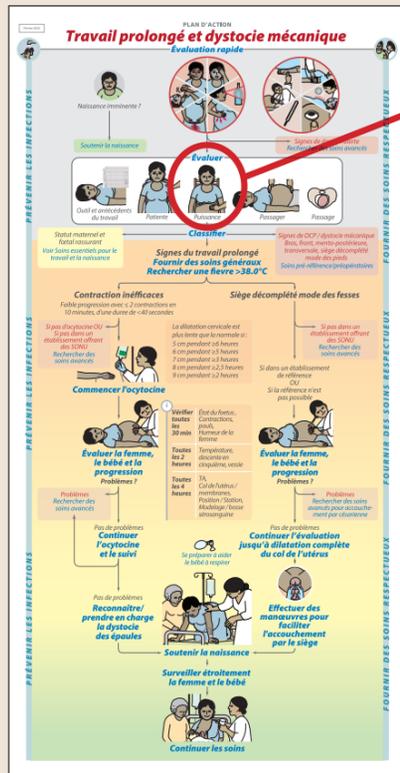


# Comment utiliser les matériels de cours

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

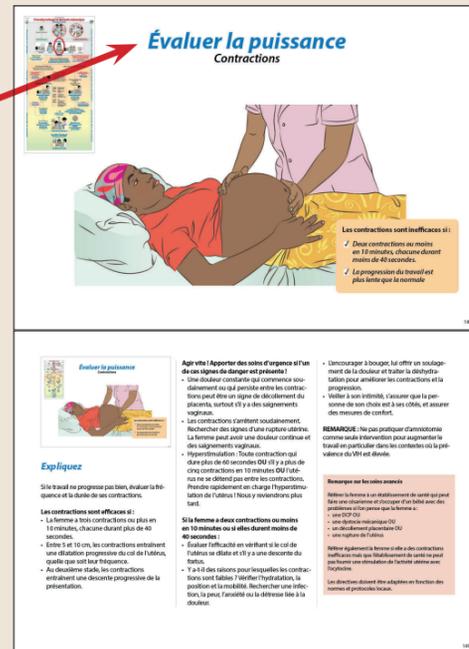
## Plan d'action

Demandez à un participant d'indiquer l'action pertinente

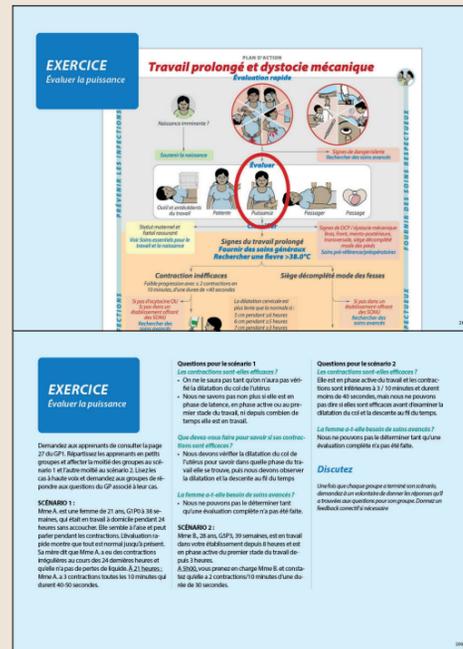


## Tableau à feuilles mobiles

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



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



## Guide du prestataire

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



## Pratique FDHF

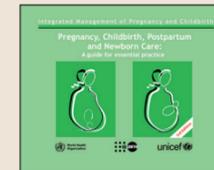
Utilisez les sessions FDHF à la fin du Guide du prestataire (GP) pour assurer une pratique continue dans l'établissement de santé.



## Ressources supplémentaires



[IMPAC Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement >](#)



[IMPAC Soins liés à la grossesse, à l'accouchement au post-partum et à la période néonatale >](#)



[Cadre de qualité des soins de l'OMS >](#)



[Survive & Thrive Améliorez la qualité Cahier d'exercices >](#)



[Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement](#)

## Scanner le code QR

Utilisez l'appareil photo si vous avez un iPhone, ou téléchargez l'application QR Code pour aller directement à [helpingmotherssurvive.org](http://helpingmotherssurvive.org)



[www.helpingmotherssurvive.org](http://www.helpingmotherssurvive.org)

## Expliquez et démontrez

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

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

## Pratiquez

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

## Discutez

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

## Vérification des connaissances

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

## Vous pouvez faire une différence



## Expliquez

### Commencez par une histoire.

Dites aux apprenants, « Fermez les yeux et imaginez qu'une femme est référée à votre établissement de santé parce qu'elle n'a pas pu accoucher après avoir poussé pendant des heures. Vous découvrez qu'elle est en état de choc, que les contractions se sont arrêtées, que la tête est sur le périnée et que son utérus s'est rompu ». (Pause) « Elle est morte pendant l'opération ». Faites une nouvelle pause pour permettre aux apprenants de réfléchir. Dites : « Ouvrez les yeux. Que ressentez-vous ? Avez-vous connu des femmes qui sont mortes à cause d'un mauvais diagnostic ou parce qu'elles n'ont pas reçu les soins dont elles avaient besoin » ?

Laissez les apprenants répondre. Dites : « Imaginez qu'une autre femme soit envoyée dans votre hôpital pour un travail prolongé. Au centre de santé, la sage-femme examine soigneusement la femme, vérifie le rythme

cardiaque du fœtus et examine son dossier de travail. Elle soupçonne une dystocie mécanique et elle l'a référée pour une césarienne. Elle est arrivée ici avec une perfusion en place et tous les soins pré-références avaient été donnés. Elle a eu un accouchement par césarienne réussi et une petite fille en bonne santé ». Faites une pause, puis demandez : « Maintenant, comment vous sentez-vous ? Quelqu'un veut-il partager » ? Remerciez les apprenants et dites : « Chaque femme a besoin d'un prestataire qualifié qui la prend en charge pendant le travail et l'accouchement pour fournir un suivi étroit et des bons soins. Ainsi, elle, son bébé et la progression du travail peuvent être surveillés de près et les problèmes peuvent être détectés et pris en charge rapidement. Sa vie et celle de son bébé dépendent de vous. Nous pouvons faire une différence ». « Aujourd'hui, nous allons passer en revue les connaissances, les compétences et les décisions à prendre lorsque le travail ne progresse pas comme prévu ou lorsque le fœtus n'est pas dans la position habituelle. Vous devriez tous avoir suivi le module Soins essentiels pendant le travail et l'accouchement. Pouvons-nous confirmer que tout le monde l'a fait ? Très bien, commençons » !

## Aider les mères et les bébés à survivre

Les modules « Aider les mères à survivre » (AMS) et « Aider les bébés à survivre » (ABS) renforcent la capacité de tous les prestataires à

prodiguer des soins compatissants, de routine et qui sauvent la vie des femmes et des bébés; des soins qui respectent les choix des femmes.

### Matériel d'apprentissage AMS :

**Plan d'action** : aide à identifier et à prendre en charge les problèmes liés au travail et à l'accouchement. **Tableau à feuilles mobiles** : utilisé pour l'enseignement. **Guide du prestataire** : comprend des listes de vérification, des informations supplémentaires et des conseils pour une pratique continue. Nous allons utiliser ce matériel aujourd'hui pour certaines activités.

Dites : « Nous allons combiner notre apprentissage aujourd'hui avec des ressources en ligne et des vidéos. Après la session d'aujourd'hui, vous continuerez à faire de courtes sessions de pratique et d'autres activités avec un coordinateur pair de votre établissement de santé pour maintenir à jour vos compétences ».

Dites : « Tout au long de la journée, nous noterons les points à améliorer dans cet établissement, comme les difficultés de communication ou le fait d'être en mesure d'évaluer et de suivre de près les femmes en travail prolongé. Nous reviendrons sur ces points ensemble plus tard. Puis-je demander à un volontaire de les noter au fur et à mesure qu'ils se présentent » ?

## Discutez

Présentez-vous et présentez les autres formateurs, si vous ne l'avez pas déjà fait. Demandez aux apprenants de se présenter s'ils ne se connaissent pas.

# ***Vous pouvez faire une différence***





## Expliquez

En cas de complication, les SMR sont une présence apaisante. Rappelez-vous :

- D'établir un contact visuel.
- De parler calmement et directement à la femme.
- De valider son expérience ; elle peut être très émotive et il peut être difficile pour elle de communiquer.
- Un geste calme et non verbal peut être rassurant.

**Demandez : « Lorsqu'une femme ou son nouveau-né souffre d'une complication, comment pouvez-vous respecter le droit de la femme à l'information, au consentement et à ses choix, qui peuvent inclure le refus de procédures médicales » ?**

- Donner des informations claires et faciles à comprendre sur ce qui se passe et sur les options qui s'offrent à elle.
- Obtenir toujours un consentement oral ou écrit avant de prodiguer des soins.
- Si la femme a décliné une intervention pour elle-même ou son nouveau né, s'assurer qu'elle a compris les avantages et les risques de ce refus. Noter cela dans le dossier.
- Même lorsqu'une femme a décliné un médicament ou une procédure, continuer à fournir des soins de qualité et respectueux.

**« Comment pouvez-vous vous assurer le respect du droit de la femme à l'intimité et à la confidentialité lorsque vous devez la transférer vers un autre établissement de santé ou prestataire en raison d'un problème » ?**

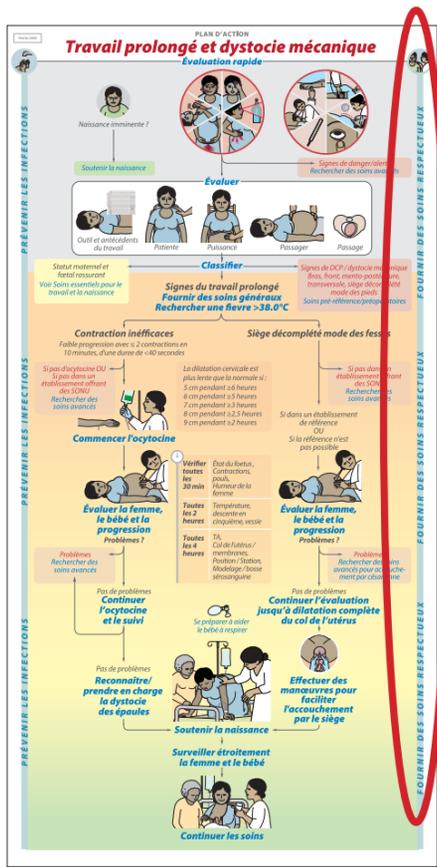
- Ne partager ses informations qu'avec son consentement.
- Lorsque des informations sont partagées avec un autre prestataire pour assurer la continuité des soins, veiller à ce que seuls les prestataires qui ont besoin de ces informations les entendent.

**« Comment pouvez-vous protéger le droit d'un nouveau-né à être avec ses parents ou les personnes qui en sont responsables » ?**

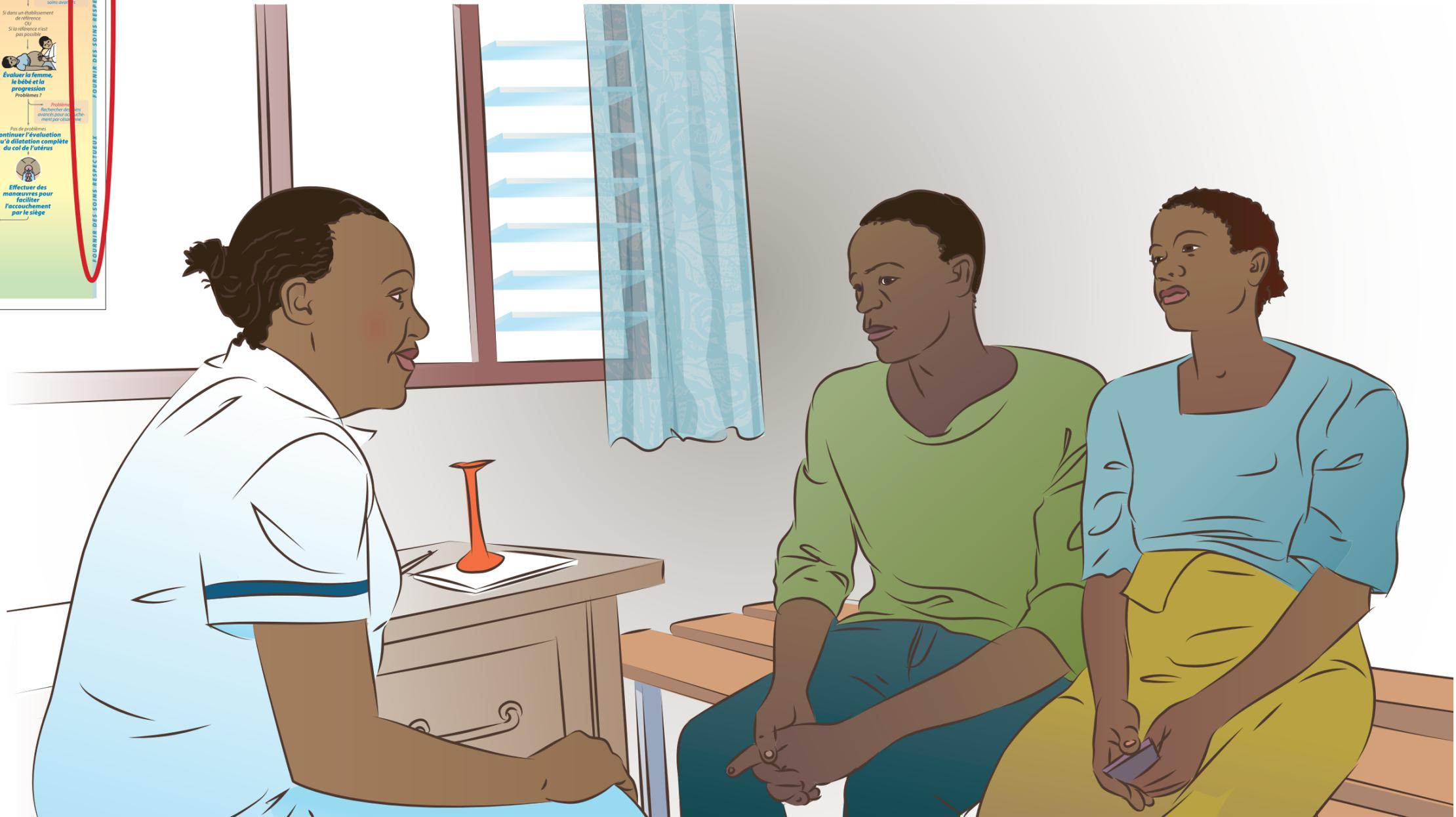
- Garder la femme et son bébé ensemble à tout moment.
- Ne pas enlever le nouveau-né de sa mère sans son consentement.
- Surveiller et donner des soins au bébé en présence de la mère, même en peau à peau si possible.
- Si le nouveau-né est petit ou prématuré, le laisser toujours avec sa mère, sauf s'il a besoin de soins dans une pouponnière de soins spéciaux
- Si le bébé est placé dans une pouponnière spécialisée, s'assurer que la femme peut rendre visite à son bébé

## Discutez

1. Qu'avez-vous fait depuis que vous avez terminé le module « Soins essentiels pendant le travail et l'accouchement » pour vous assurer que les femmes reçoivent des soins respectueux dans votre établissement de santé ?
2. Quelles difficultés avez-vous rencontrées lorsque vous avez essayé de mettre en œuvre des changements ? Comment avez-vous relevé ces défis ?



# Fournir des soins respectueux



### Offrir un soutien émotionnel



## Expliquez

Les femmes qui ont des complications peuvent avoir du mal à parler et à expliquer le problème. Il est de la responsabilité de toute l'équipe de parler à la femme avec respect et de la mettre à l'aise.

Lorsqu'une femme, le fœtus ou son nouveau né présentent une complication :

- Ecouter la femme et sa famille et les encourager à exprimer leurs préoccupations ; essayer de ne pas les interrompre.
- Respecter l'intimité et la pudeur de la femme en fermant la porte ou les rideaux.
- Faire savoir à la femme que l'on l'écoute attentivement.
- Répondre directement et calmement aux questions de la femme. La rassurer. Informer autant que possible la femme et sa famille de ce qui se passe. Souvent, une simple

explication de ce qui se passe et de ce à quoi il faut s'attendre peut calmer leurs craintes et les préparer à ce qui va se passer.

- Etre honnête. Ne pas hésiter à admettre ce que l'on ne sait pas. Il est plus important de maintenir la confiance que de paraître bien informé.
- S'assurer que la femme et la personne qui l'accompagne ont bien compris les informations fournies et leur demander s'ils ont d'autres questions.

## Pratiquez

**En groupes de trois, exercez-vous à fournir des informations à une femme qui est référée pour une dystocie mécanique.**

Une personne jouera le rôle du prestataire, la deuxième personne sera la femme enceinte et la troisième personne sera l'accompagnant(e).

Lisez les informations suivantes aux apprenants:

**Le prestataire :**

Vous travaillez dans un centre de santé. Vous avez identifié un anneau de Bandl et vous préparez à référer la femme pour un accouchement par césarienne avant que l'utérus ne se déchire.

**La femme :**

Vous avez mal et vous avez peur.

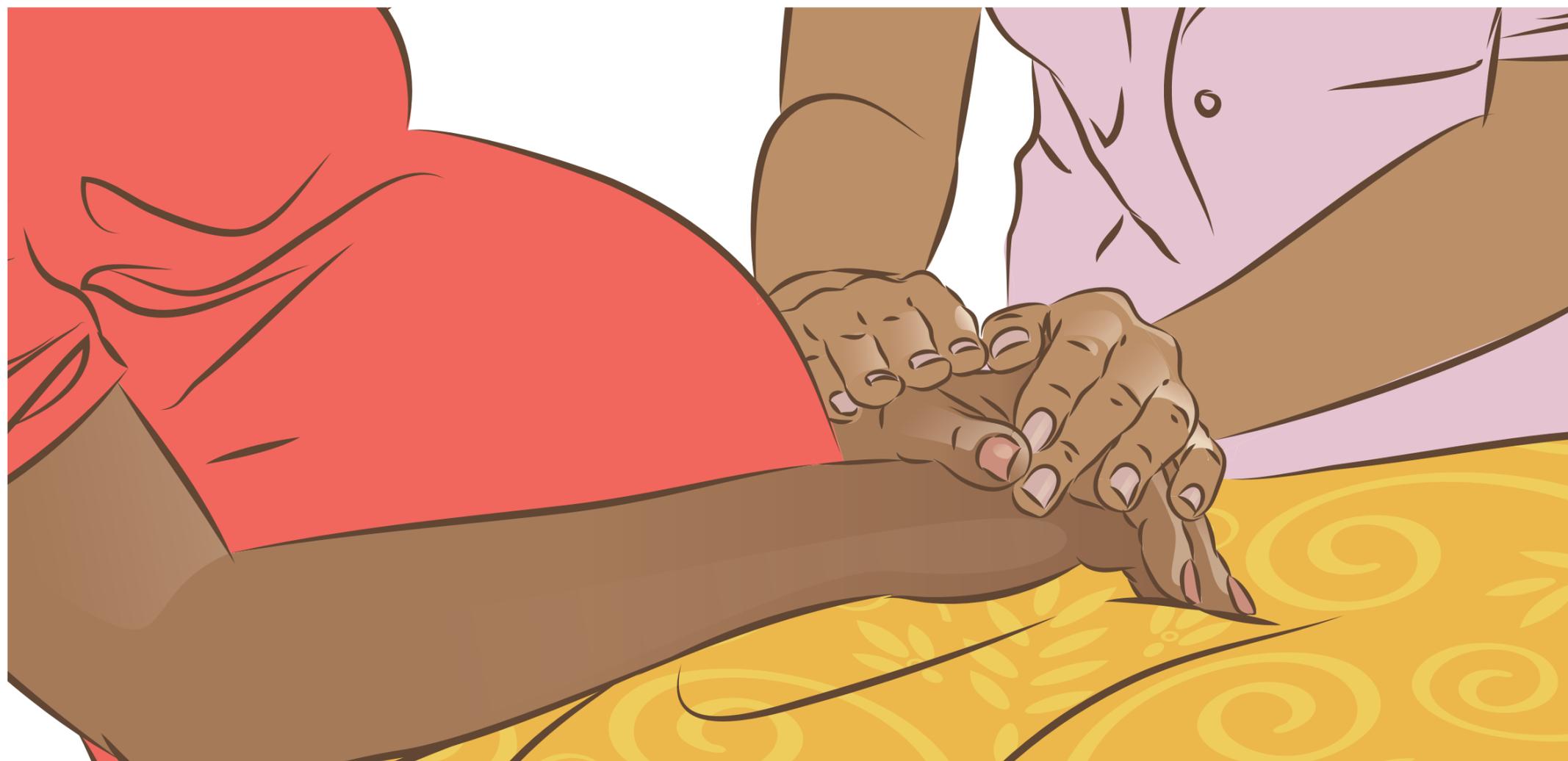
**L'accompagnant(e) :**

Vous êtes effrayé(e) et anxieux(se).

## Discutez

1. Quelles sont les pratiques culturelles médicales dans votre pays concernant l'information des gens sur les « mauvaises nouvelles » et les complications ?
2. En quoi cela diffère-t-il de ce dont nous avons discuté ?
3. Dans quelle mesure sera-t-il difficile pour vous de changer votre façon de parler aux femmes des complications et de les soutenir ?

# *Offrir un soutien émotionnel*



## Communication



## Expliquez

**Une communication efficace est importante à tout moment, et encore plus lorsqu'il y a des complications. Une bonne communication permet d'établir et de maintenir des relations solides entre les prestataires et les clientes, les prestataires et les collègues, et entre les superviseurs et le personnel.**

Lorsque les prestataires ne communiquent pas efficacement, la sécurité des patientes est menacée car :

- les informations critiques peuvent ne pas être partagées
- l'information peut ne pas être comprise
- les ordres peuvent ne pas être clairs
- les bons soins peuvent ne pas être donnés
- les changements de statut peuvent passer inaperçus

Nous utiliserons un outil de communication « SBAR » (SAER en français : situation, antécédents, évaluation et recommandation) plus tard dans la journée pour améliorer nos compétences en communication.

### **Un prestataire devrait communiquer avec :**

- les clientes et leur famille au sujet de l'admission, des complications, du traitement et des instructions relatives aux soins d'auto-prise en charge
- les prestataires de soins concernant la prise en charge des patientes, la réanimation et les soins d'urgence, et lors des transferts
- les autres services tels que la pharmacie, le laboratoire, l'imagerie, la salle d'opération et l'unité de soins intensifs
- les prestataires d'autres établissements de santé lorsqu'une cliente est transférée.

### **Les femmes ont plus de chances de connaître une expérience positive, quel que soit le résultat, si elles :**

- se sentent libres de faire leurs propres choix, même lorsqu'il y a des problèmes
- se sentent en sécurité et prises en charge
- se sentent liées aux prestataires, à leur famille et à leur bébé
- sentent qu'elles sont traitées avec respect
- comprennent ce qui s'est passé
- comprennent qu'elles ne peuvent pas toujours contrôler ce qui se passe pendant le tra-

vail et l'accouchement et que les complications ne sont pas de leur faute.

### **En cas de problème, communiquer rapidement avec les membres de l'équipe.**

- Communiquer toujours avec respect. Communiquer avec assurance et clarté. Ne pas supposer que les autres savent ce que l'on pense.
- Donner des informations claires et concises sur le statut de la femme.
- Identifier les membres de l'équipe, y compris le chef d'équipe, et définir clairement le rôle de chacun.
- Savoir qui appeler si on a besoin d'une consultation médicale ou d'un transfert.
- Communiquer avec l'hôpital avant de transporter la femme afin de réduire le temps d'attente et d'assurer la sécurité des soins.

## Discutez

Quelles sont les difficultés rencontrées dans votre établissement de santé pour communiquer avec :

1. Les établissements de référence ou avec les établissements de santé qui ont référé des patientes vers votre établissement de santé ?
2. Les prestataires qui vous remplacent à la fin de votre quart de travail ?

# *Communication*



## EXERCICE

### Communication

Répartissez les apprenants en groupes de 3-4 et référez-vous aux scénarios de la page 5 du GP1. Pour chaque scénario, les apprenants doivent décider comment ils pourraient améliorer la communication qui a mené à des soins non sécuritaires.

#### SCÉNARIO 1 :

Mme M. ne parle que l'arabe et le docteur A. parle mal l'arabe. Le Dr A. utilise son mauvais arabe pour informer Mme M. qu'elle doit subir une césarienne à cause d'une dystocie mécanique. Mme M. pense que le Dr A. lui proposait une césarienne comme option, mais que ce n'était pas nécessaire, alors elle refuse l'intervention. Le fœtus de Mme M. meurt et Mme M. a maintenant une fistule.

**Comment pourriez-vous améliorer la communication dans ce cas qui a entraîné des soins non sécuritaires ?**

Solutions possibles :

- S'assurer qu'il n'y a pas de barrière linguistique entre le prestataire et la femme - faire appel à des interprètes ou à des prestataires qui parlent la même langue.

- Utiliser un langage simple pour expliquer les options de soins et les risques.
- Utiliser des explications culturellement appropriées qui tiennent compte des obstacles culturels à l'acceptation des soins.
- Envisager d'avoir des informations écrites pour les complications courantes dans plusieurs langues si dans un milieu où l'on parle plus d'une langue.

#### SCÉNARIO 2 :

Mme N. souffre d'hypertension et, après l'accouchement, elle fait une hémorragie du post-partum. Lorsque le médecin arrive pour aider la sage-femme à prendre en charge l'urgence, il ne lit pas le dossier médical et la sage-femme n'informe pas le médecin que Mme N souffre de l'hypertension. Le médecin administre de l'ergométrine par injection IV et Mme N. fait un accident vasculaire cérébral.

**Comment pourriez-vous améliorer la communication dans ce cas qui a entraîné des soins non sécuritaires ? Solutions possibles :**

- Utiliser un outil de communication pour partager les informations essentielles lors de la référence à un autre prestataire.
- S'assurer de partager toutes les informations essentielles lors du transfert des soins d'un prestataire à un autre.

#### SCÉNARIO 3 :

Mme O. a une infection utérine pendant le travail. La sage-femme junior appelle une sage-femme

senior pour l'aider à prendre en charge l'infection. La sage-femme junior oublie que la femme est allergique à la pénicilline et la sage-femme senior ne lit pas le dossier médical et ne demande pas à la femme si elle a des allergies. La sage-femme senior donne de l'ampicilline 2 g en IV plus de la gentamicine 5 mg/kg de poids corporel en IV. Mme O. fait un choc anaphylactique.

**Comment pourriez-vous améliorer la communication dans ce cas qui a entraîné des soins non sécuritaires ? Solutions possibles :**

- Indiquer clairement les allergies dans le dossier médical de la cliente.
- Utiliser un outil de communication pour partager les informations clés lors du transfert vers un autre prestataire.

Dites aux prestataires qu'ils vont bientôt apprendre à utiliser un outil de communication appelé SAER.

### Discutez

Une fois que chaque groupe a complété les scénarios, demandez :

1. Avez-vous des exemples (sans citer de noms) de cas où une communication incomplète ou médiocre a entraîné des soins non sécuritaires ?
2. Que pouvons-nous faire pour améliorer la communication afin de nous assurer que toutes les femmes reçoivent des soins sécuritaires dans votre établissement de santé ?

# EXERCICE

## Communication

PRÉVENIR LES INFECTIONS

### PLAN D'ACTION

## Travail prolongé et dystocie mécanique

### Évaluation rapide

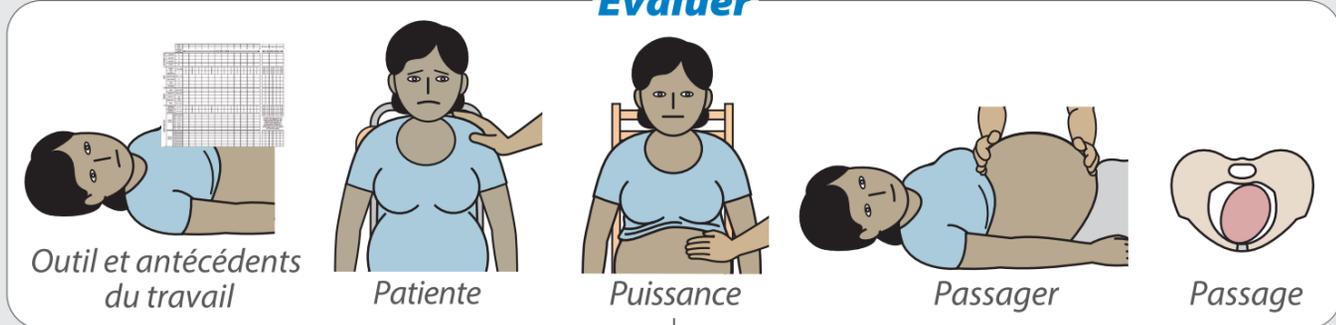
 Naissance imminente ?

Soutenir la naissance



Signes de danger/alerte  
Rechercher des soins avancés

### Évaluer



### Classifier

Statut maternel et foetal rassurant  
Voir Soins essentiels pour le travail et la naissance

**Signes du travail prolongé**  
**Fournir des soins généraux**  
**Rechercher une fièvre >38.0°C**

Signes de DCP / dystocie mécanique  
Bras, front, mento-postérieure, transversale, siège décomplété mode des pieds  
Soins pré-référence/préopératoires

### Contraction inefficaces

Faible progression avec  $\leq 2$  contractions en 10 minutes, d'une durée de <40 secondes

Si pas d'ocytocine OU  
Si pas dans un établissement offrant des SONU  
Rechercher des soins avancés

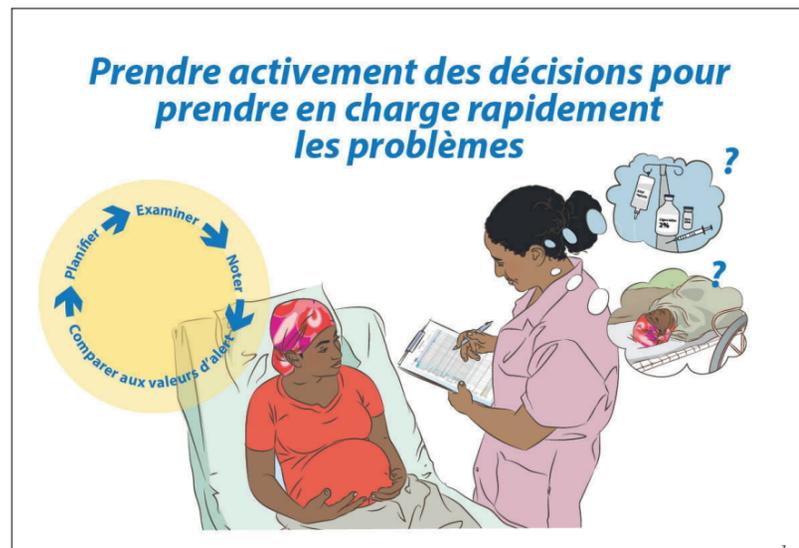
La dilatation cervicale est plus lente que la normale si :  
5 cm pendant  $\geq 6$  heures  
6 cm pendant  $\geq 5$  heures  
7 cm pendant  $\geq 3$  heures  
8 cm pendant  $\geq 2,5$  heures

### Siège décomplété mode des fesses

Si pas dans un établissement offrant des SONU  
Rechercher des soins avancés

Si dans un établissement

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX



## Expliquez

**Lorsqu'un prestataire s'occupe d'une femme en travail, il doit prendre activement des décisions pour gérer rapidement les problèmes et améliorer les résultats.**

Montrez le cercle jaune de la première page et expliquez les étapes. Chaque fois que vous évaluez ou **examinez** la femme, le fœtus et la progression du travail, vous devez **noter** vos résultats, les **comparer aux valeurs d'alerte**, puis développer un **plan** de soins basé sur les résultats et les décisions partagées avec la femme.

**Après avoir examiné une femme lors du suivi de routine ou lorsqu'elle présente un problème, enregistrer les résultats et les comparer aux valeurs d'alerte pour aider à prendre une décision :**

- Quels signes ou symptômes ne sont pas normaux ?
- Si les résultats ne sont pas normaux, quel est le diagnostic le plus probable ? Infection, pré-éclampsie, anxiété, autre ?

**Après avoir comparé les résultats avec les valeurs d'alerte, expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) les soins dont elle pourrait avoir besoin :**

- **Soins d'urgence ?**
- **Soins immédiats et continus ?**
- Si elle peut être prise en charge dans cet établissement de santé mais que le prestataire a besoin d'aide :
  - Qui devrait être appelé ?
  - Quand l'aide arrivera-t-elle ?
- **Si la femme devrait être transférée à un autre établissement de santé :**
  - Où va-t-elle aller ?
  - Combien de temps faudra-t-il pour y arriver ?
  - Que faut-il faire pour l'y transporter en toute sécurité ?
  - Que faut-il pour s'assurer qu'elle puisse être surveillée et que les problèmes soient gérés pendant le transport ?
  - Peut-elle être transférée en toute sécurité avant qu'elle n'accouche ?

## Discutez

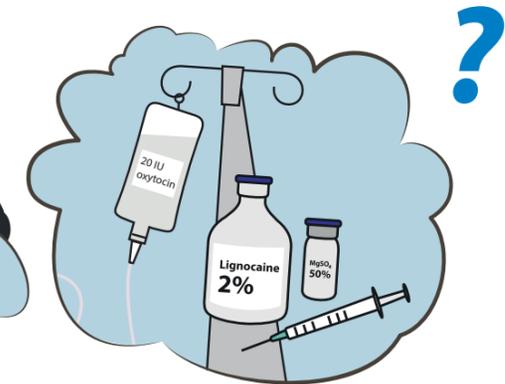
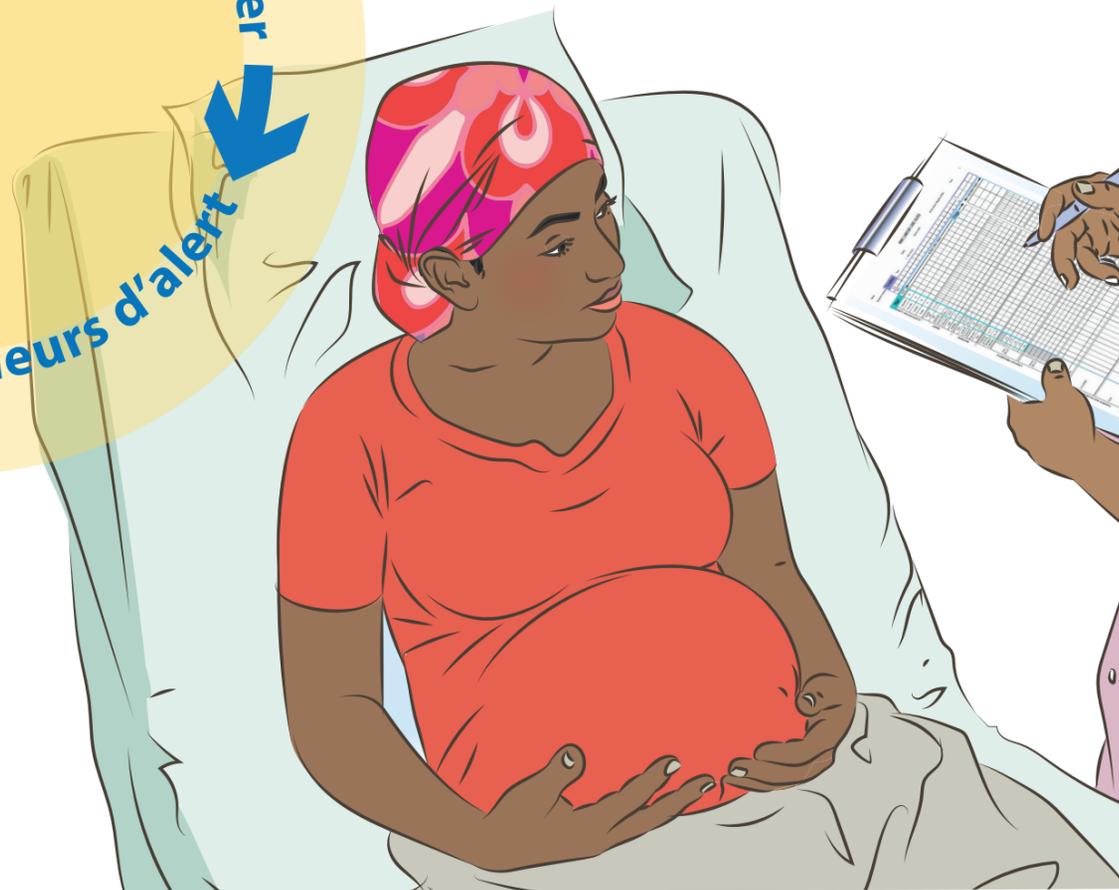
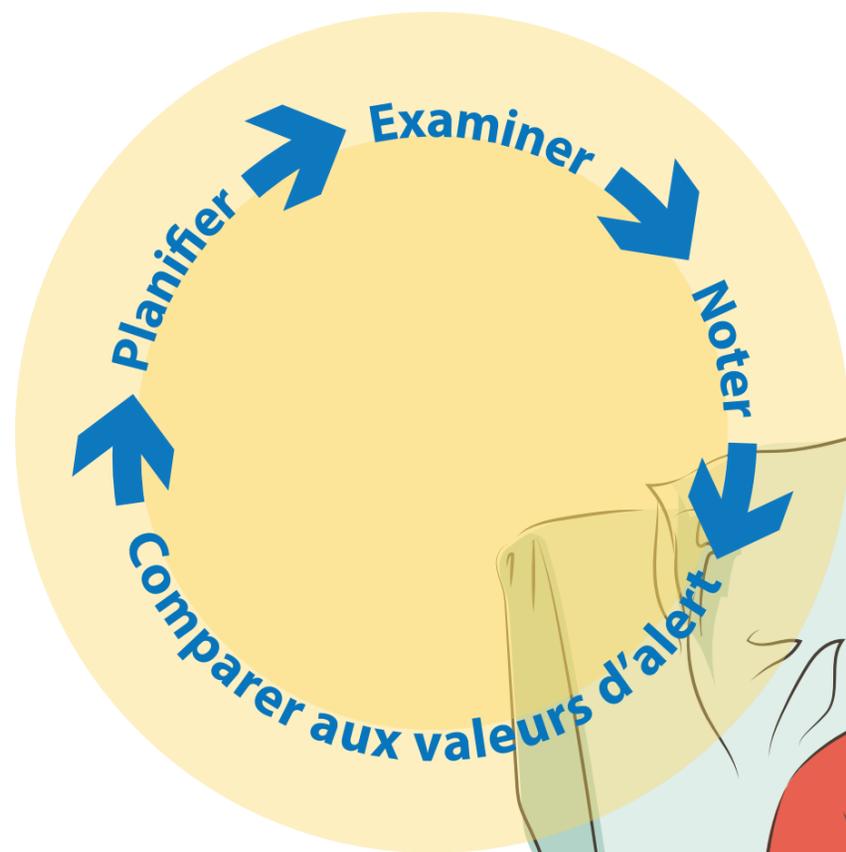
1. Que sont les soins avancés dans cet établissement de santé ?
2. Qui appelez-vous si vous avez un problème que vous ne pouvez pas prendre en charge ?

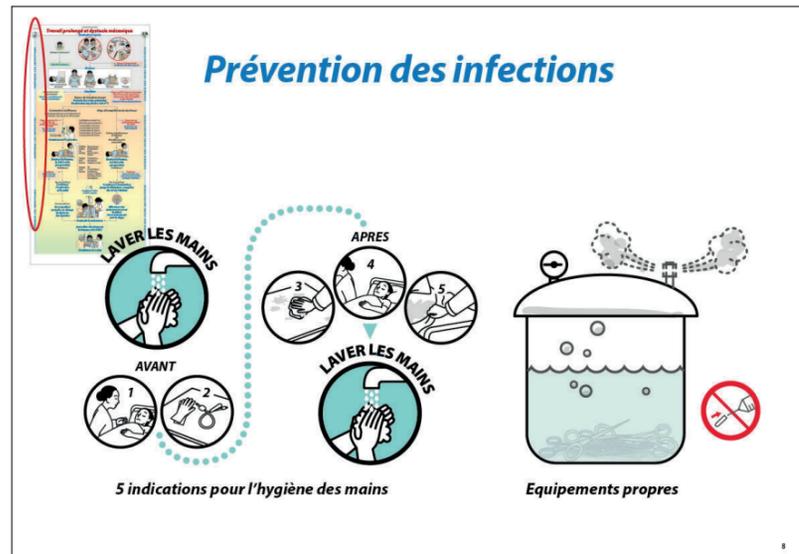
### Remarque sur les soins avancés

Dans les établissements de santé qui n'ont pas la capacité de pratiquer des césariennes ou de fournir des soins avancés, les femmes qui ont peu de chances d'accoucher par voie basse ou qui présentent des complications doivent être référées vers un établissement de santé où les soins appropriés sont disponibles.

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

# Prendre activement des décisions pour prendre en charge rapidement les problèmes





## Expliquez

Nous avons passé en revue la prévention des infections pour toutes les femmes lors de la formation sur Les soins essentiels pendant le travail et l'accouchement. Cependant, la prévention des infections est encore plus importante lorsque vous vous occupez de femmes dont le travail est prolongé ou dystocique. La femme et son bébé courent un plus grand risque d'infection car les femmes peuvent :

- Subir des interventions qui augmentent le risque d'infection, comme des examens vaginaux multiples, des injections IV ou IM, un cathétérisme, une césarienne ou un accouchement instrumental par voie basse
- Avoir des membranes rompues depuis longtemps

- Être plus exposées aux bactéries dans la salle de travail car le travail dure plus longtemps.
- Être épuisées et moins aptes à combattre l'infection.

Demandez : « **Quelqu'un se souvient-il de la chose la plus importante pour prévenir les infections** » ?

Réponse - *Se laver les mains !*

## Démontrez

La prévention des infections par le lavage des mains ► [Se laver les mains](#)

## Discutez

1. Quelles mesures avez-vous prises depuis que vous avez terminé le module « Soins essentiels pour le travail et l'accouchement » pour améliorer la prévention des infections dans votre établissement de santé ?
2. Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, comment les avez-vous relevés ?
3. Selon vous, que faut-il faire de plus pour améliorer les pratiques de prévention des infections dans votre établissement de santé ?

## Lorsque la vidéo n'est pas disponible

Posez les questions suivantes pour passer en revue les informations contenues dans les Soins essentiels pendant le travail et l'accouchement:

**Quels sont les 5 moments de l'OMS pour l'hygiène des mains ?**

1. Avant de toucher les clientes/de mettre des gants
2. Avant les procédures « propres »/ aseptiques
3. Après l'exposition aux fluides corporels
4. Après avoir touché les clientes/enlevé les gants
5. Après avoir été en contact avec l'environnement de la cliente

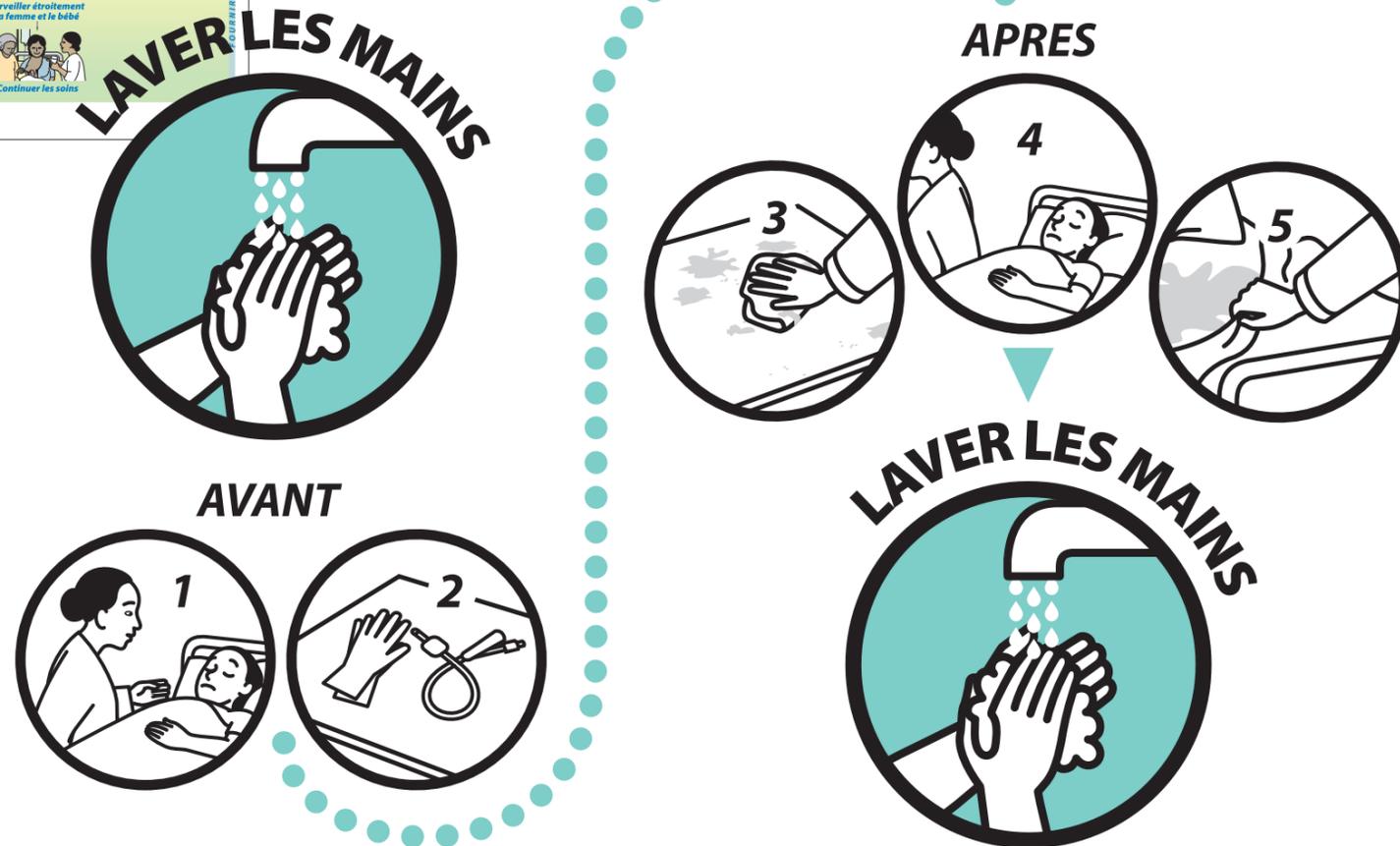
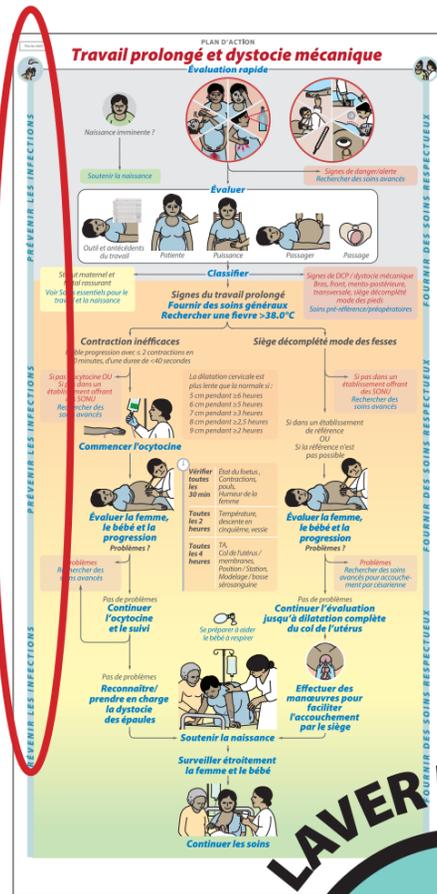
**Comment se nettoyer les mains qui ne sont pas visiblement souillées ?**

Frottez vos mains pendant 20 à 30 secondes avec un désinfectant à base d'alcool.

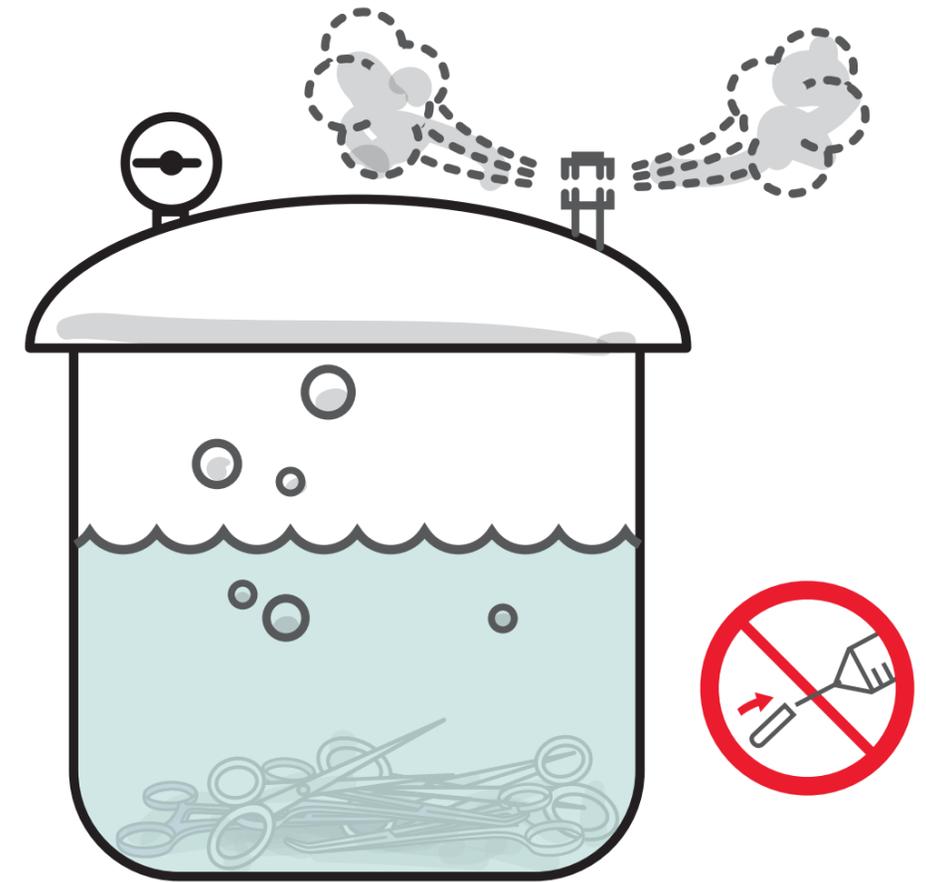
**Comment devez-vous traiter les équipements et les instruments après utilisation ?**

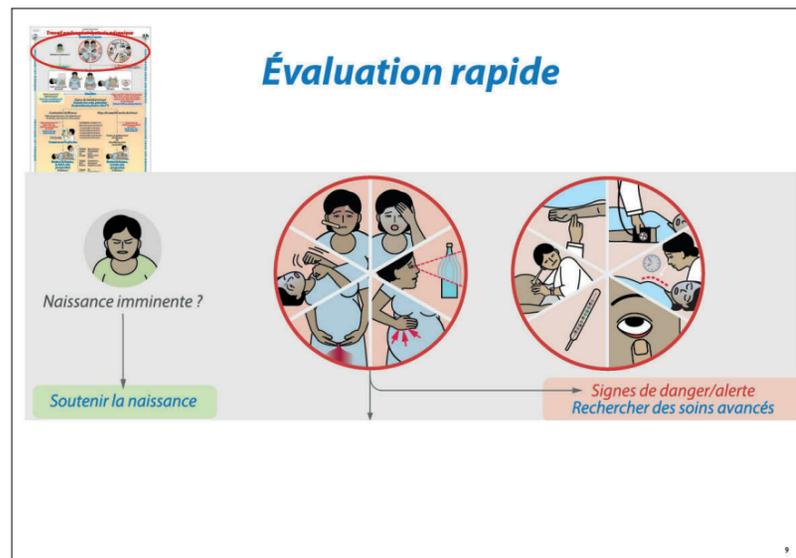
Après utilisation, mettez tous les instruments dans des récipients fermés, étanches et résistants aux perforations. Les laver à l'eau savonneuse, les rincer, les sécher et les stériliser ou procéder à une DHN avant de les réutiliser.

# Prévention des infections



5 indications pour l'hygiène des mains





## Expliquez

Faire une évaluation rapide pour identifier les problèmes et décider si une femme a besoin de soins urgents ou d'évaluations supplémentaires. Ne pas oublier qu'une femme peut avoir plusieurs problèmes et qu'ils doivent tous être gérés.

### Faire une évaluation rapide si :

- une femme est transférée d'un autre établissement
- OU**
- on soupçonne qu'une femme a un problème
- OU**
- un prestataire prend en charge les soins d'une femme d'un autre prestataire.

L'accueillir, écouter attentivement le rapport donné par le prestataire qui l'a référée et l'évaluer rapidement pour voir si elle a besoin d'un traitement d'urgence.

## Démontrez

Portez le simulateur et demandez à un apprenant d'effectuer une évaluation rapide, à l'aide de la liste de vérification de la page 8 du GP1.

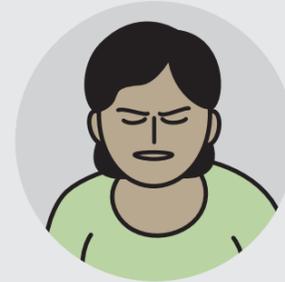
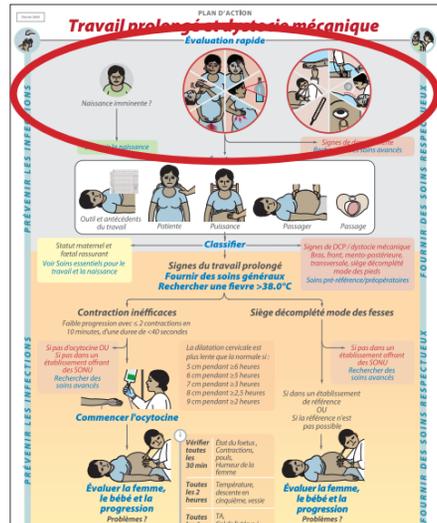
- Accueillir la femme et l'accompagnant(e) et se présenter.
- Expliquer que l'on va vérifier ses signes vitaux et lui demander si elle a des inquiétudes ou des problèmes.
- Se laver les mains ou utiliser un désinfectant pour les mains.
- Assurer l'intimité et la confidentialité.
- Vérifier si l'accouchement est imminent.
- Vérifier comment elle fait face à la situation.
- Vérifier si elle présente des signes de danger. Lui montrer les cercles de la page de garde.
- Vérifier si ses signes vitaux sont normaux et voir s'il y a des signes de choc :
  - Pouls normal de 60 à 100 battements par minute (choc : pouls de **110 battements par minute ou plus**)
  - Température normale inférieure ou égale à 38 °C (choc : **peau froide et moite**)
  - TA systolique normale comprise entre 90 et 139 mmHg et TA diastolique comprise entre 60 et 89 mmHg. (choc : TA systolique **inférieure à 90 mmHg**)
  - Respiration normale entre 12 et 20 respirations par minute (choc : **30 respirations par minute ou plus**)
- Vérifier si elle présente des signes d'anémie. Examiner sa conjonctive et ses paumes à la recherche d'une pâleur évocatrice d'anémie.

- Vérifier si elle semble déshydratée
  - Vérifier si les yeux sont enfoncés et si la bouche est sèche.
  - Pincer la peau de son avant-bras pour voir si elle regagne sa position originale lentement.
  - Si elle présente des signes de déshydratation, vérifier la présence d'acétone ++ ou plus dans l'urine.
- Vérifier le rythme cardiaque foetal pendant au moins une minute. Écouter pendant une contraction et continuer pendant au moins 30 secondes après la contraction. La normale est de 110 - 159 bpm.
- En fonction des résultats, décider si :
  - L'accouchement est proche ? - Se préparer à l'accouchement.
  - Des signes de danger ou d'alerte qui nécessitent des soins urgents ?
  - Des évaluations supplémentaires qui doivent être faites ?
  - A-t-elle besoin de soins avancés ?
- Partager les résultats avec la femme et l'accompagnant(e)
- Répondre à ses préoccupations.

## Discutez

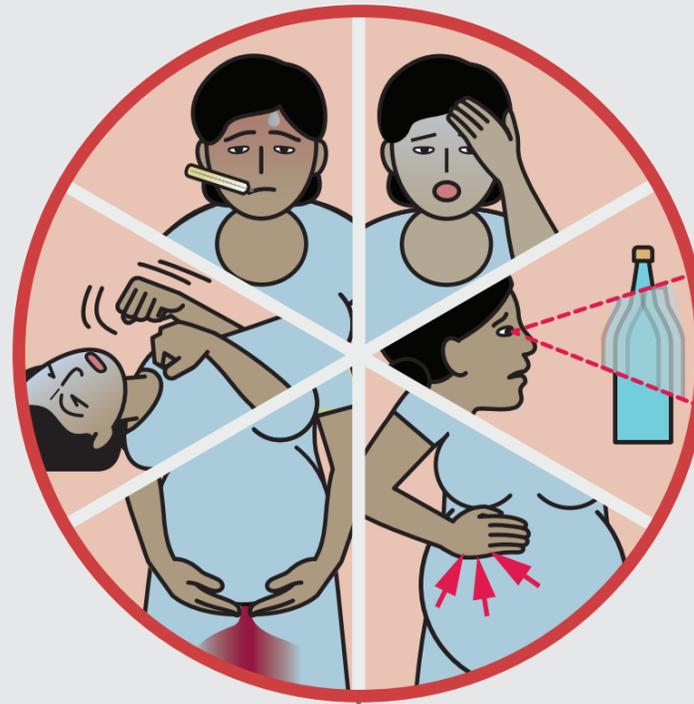
1. Faites-vous des évaluations rapides si une femme vient vous voir avec des problèmes ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
2. Comment faire en sorte qu'une évaluation rapide soit effectuée pour chaque femme qui pourrait avoir un problème ?

# Évaluation rapide



Naissance imminente ?

Soutenir la naissance



Signes de danger/alerte  
Rechercher des soins avancés



### Prendre en charge un rythme cardiaque fœtal anormal

## Expliquez

Reconnaître rapidement que le RCF est trop élevé ou trop bas peut sauver la vie.

- Un RCF normal peut ralentir pendant une contraction mais revient à la normale dès que la contraction est terminée.
- Un RCF très lent en l'absence de contractions ou persistant après les contractions peut signifier une détresse fœtale.
- Les causes d'un RCF lent comprennent la compression de la tête pendant une descente rapide et la poussée, l'hypoxie, l'acidose, l'hyperstimulation, le bloc cardiaque fœtal ou la compression du cordon ombilical. À la fin du deuxième stade, le RCF peut diminuer pendant la poussée.

## Démontrez

### ▶ Écouter le cœur du bébé

Rappelez aux apprenants que les femmes doivent être couvertes et non à plat sur le dos.

## Lorsque la vidéo n'est pas disponible

*Demandez aux apprenants de se référer à la page 10 du GP pour suivre la démonstration avec la liste de vérification. Avec un volontaire portant le simulateur de naissance, démontrez l'évaluation lorsque le RCF est inférieur à 110 ou supérieur à 159 battements par minute. Vous devez agir rapidement !*

### Veiller à obtenir une mesure précise du RCF :

- Relever la femme ou la placer sur le côté gauche.
- Arrêter l'ocytocine si elle est administrée.
- Administrer de l'oxygène à 4-6 litres.
- Administrer des liquides par voie orale ou intraveineuse.
- Confirmer l'âge gestationnel du fœtus. Un fœtus prématuré peut avoir un RCF plus élevé.

### Rechercher une cause maternelle et traiter toute affection identifiée :

- Si une cause maternelle n'est pas identifiée, faire un toucher vaginal pour rechercher un prolapsus du cordon ou un accouchement imminent.

**Après 5 minutes, vérifier à nouveau le RCF pendant une minute complète pendant une contraction et pendant 30 secondes après la fin de la contraction pour évaluer si la prise en charge a été efficace.**

- **En l'absence d'amélioration**, rechercher des soins avancés dans un établissement pouvant effectuer une césarienne.

- **En cas d'amélioration**, continuer le même traitement, continuer à évaluer le RCF et compléter l'évaluation de la femme. Informer la femme des résultats et répondre à ses préoccupations.

### Remarque sur les soins avancés

Référer la femme vers un établissement de santé qui peut faire une césarienne et s'occuper d'un bébé ayant des problèmes si :

- Le RCF reste anormal pendant 10 minutes ou plus OU
- Le RCF ne s'améliore pas après un changement de position de la mère / des interventions maternelles OU
- Le RCF tombe en dessous de 100 pendant une contraction et reste bas pendant une minute après la contraction.

Les conseils doivent être adaptés en fonction des protocoles locaux.

## Vérification des connaissances

*Le RCF était de 115 bpm pendant la contraction et de 148 bpm pendant une minute après la fin de la contraction. Ce RCF est-il normal ? Pourquoi ?*

*Oui. Un RCF normal peut ralentir pendant une contraction.*

*Le RCF était de 78-90 bpm entre 3 contractions. Ce RCF est-il normal ? Quelle pourrait en être la cause ?*

*Non. Causes possibles : compression de la tête du fœtus, utérus ne se relâchant pas entre les contractions ou hyperstimulation, hypoxie fœtale, acidose fœtale, compression du cordon ombilical, bloc cardiaque fœtal ou audition du pouls maternel.*





## Expliquez

Près de la moitié des morts fœtales tardives surviennent lors de grossesses qui semblaient normales.

**Mort fœtale antepartum :** Mort avant le début du travail.

**Mort fœtale intra-partum :** Mort après le début du travail, mais avant l'accouchement

**Si le rythme cardiaque fœtal ne peut pas être entendu :**

- Demander à d'autres personnes d'écouter.
- Utiliser un stéthoscope Doppler, si possible.
- Confirmer la mort fœtale par échographie, si disponible.

**Si la mort fœtale est confirmée :**

- Offrir un counseling et des informations dans un langage clair et simple. Il peut être nécessaire de répéter les informations.

Demandez aux apprenants de se référer à la page 11 du GP. Demandez à des volontaires de lire les points de counseling sous chacune des puces ci-dessous à haute voix :

- **Au moment du diagnostic**
- **A l'accouchement et immédiatement après l'accouchement**
- **Dans le post-partum**

## Expliquez

- Après l'accouchement, examiner le bébé et le placenta et expliquer les résultats aux parents. Si la cause du décès est connue, fournir des informations claires sur la cause. Ne PAS deviner !
- Traiter le bébé avec respect. S'il y a des malformations, les expliquer aux parents et rendre le bébé aussi présentable que possible.
- **REMARQUE :** Expliquer clairement que rien de ce que la femme a mangé, fait ou n'a pas fait n'a causé la mort du fœtus.
- Respecter les préférences des parents concernant le fait de voir et de tenir le bébé. Le fait de voir le mort-né est la preuve de sa naissance, de son existence et de sa mort. Tenir le bébé aide au processus de deuil, mais ne pas les forcer.
- **REMARQUE :** Si les parents choisissent de tenir le bébé dans les bras, leur donner du temps seuls avec le bébé.
- Placer un symbole ou une marque sur la porte, le lit ou le rideau pour signaler que

les parents ont perdu leur bébé. Si l'établissement de santé ne le fait pas, demander à votre volontaire de l'ajouter à la liste des points à discuter plus tard.

- Aider les parents à rassembler des objets qui peuvent les aider à faire leur deuil, comme des photos, des empreintes de mains et de pieds, des mèches de cheveux, des bracelets de poignet ou de pied de l'hôpital.

## Discutez

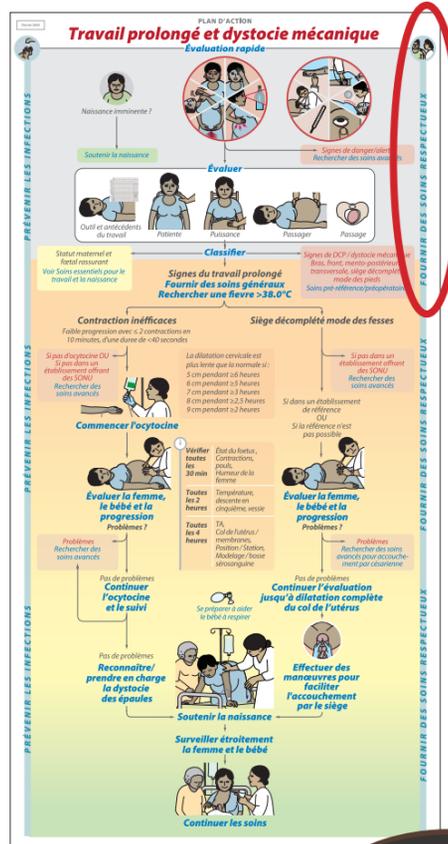
Dans votre établissement de santé :

1. Comment diagnostiquez-vous la mort fœtale intrapartum ?
2. Comment annoncez-vous cette nouvelle aux parents ? Est-ce un défi ? Qu'est-ce qui peut rendre cela plus facile ?
3. Quels services sont disponibles pour les parents dont le bébé est mort-né ? Y a-t-il quelque chose que vous pourriez faire pour offrir un soutien supplémentaire ?

## Vérification des connaissances

*Quand faut-il offrir un counseling aux femmes dont le bébé est décédé ?*

- **Au moment du diagnostic**
- **À l'accouchement et dans le post-partum immédiat**
- **Dans le post-partum**



# Absence de rythme cardiaque fœtal

## Offrir un counseling



# EXERCICE

## Évaluation rapide

Répartissez les apprenants en groupes de quatre ou moins. En tant que facilitateur, portez le simulateur et jouez le rôle de la femme. Deux apprenants seront le prestataire et votre accompagnant(e).

Demandez aux apprenants de suivre la liste de vérification de la page 8 du GP1 et de s'exercer à effectuer l'évaluation rapide. Référez-les aux pages 12-16 pour la prise en charge des problèmes identifiés.

Lisez le scénario 1 et demandez aux prestataires de commencer les soins. Ne donnez aux prestataires que les réponses aux questions qu'ils posent ou aux évaluations qu'ils effectuent, ne pas fournir d'informations si elles ne sont pas demandées ou si l'évaluation n'a pas été effectuée

### SCÉNARIO 1:

**« Je suis Mme B., j'ai 28 ans, et j'en suis à ma cinquième grossesse. J'ai eu trois accouchements à terme. Je pense que le travail a commencé et je ne me sens pas bien. La grossesse a 39 semaines d'après la DDR. Je peux parler pendant les contractions et je n'ai pas envie de pousser. S'il vous plaît, occupez-vous de moi ».**

### Membranes :

- Intactes

### Signes de danger :

- Se plaint de fièvre et de frissons

### Inquiétudes :

- Dites : « je ne me sens pas bien »

### Signes vitaux :

- Pouls 108 b/min
- Température 39,8 °C
- TA 112/72
- 18 respirations/minute

### Conjonctives :

- Pâle

### Signes de déshydratation :

- Bouche humide
- La peau se remet rapidement à la normale quand on la pince

### RCF :

- 180-188 bpm (écouté pendant une minute complète) entre 3 contractions

Quand ces évaluations sont faites, demandez au groupe :

### Est-ce que Mme B. présente des signes de danger

- Forte fièvre - T 39,8 °C
- RCF 180-188 bpm entre 3 contractions

### D'autres résultats anormaux ?

- Conjonctives : Pâle
- Pouls 108

### A-t-elle des signes de choc ?

- Non

### Quelle est la cause la plus probable du RCF rapide ?

- Le RCF rapide peut être une réponse à la fièvre ou à l'anémie de la mère. En raison de la rapidité du pouls maternel et de la fièvre, il est très probable que le RCF rapide ne soit pas un signe de détresse foetale.

Demandez aux apprenants d'utiliser le tableau «Interventions en cas de résultats anormaux» aux pages 12-16 du GP pour répondre aux questions suivantes:

### Quelles évaluations supplémentaires allez-vous faire ?

- Évaluer la cause de la fièvre maternelle.

### Quelles actions devez-vous entreprendre immédiatement ?

- Prendre en charge un RCF élevé
- Donner du paracétamol pour la fièvre
- Prendre en charge la cause de l'élévation de la température

### A-t-elle besoin de soins avancés ?

- Pas pour l'instant

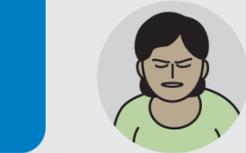
# EXERCICE

## Évaluation rapide

### PLAN D'ACTION

## Travail prolongé et dystocie mécanique

#### Évaluation rapide

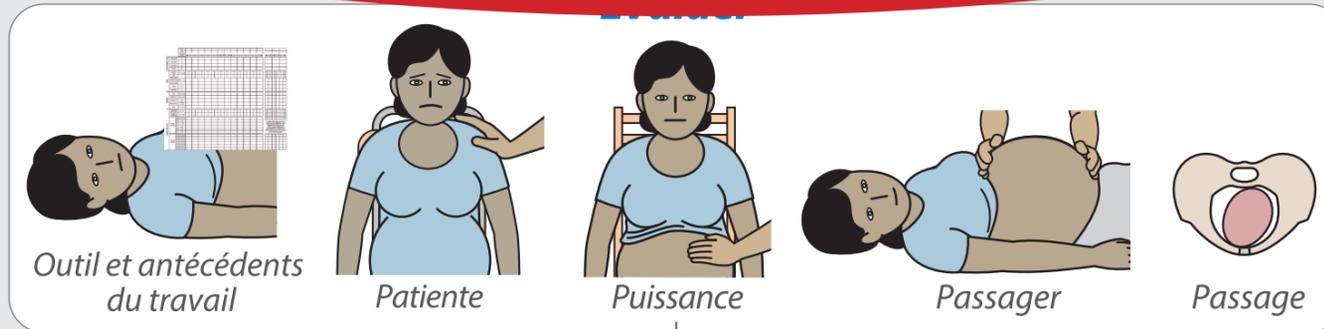


Naissance imminente ?

Soutenir la naissance



Signes de danger/alerte  
Rechercher des soins avancés



#### Classifier

Statut maternel et foetal rassurant  
Voir Soins essentiels pour le travail et la naissance

**Signes du travail prolongé**  
**Fournir des soins généraux**  
**Rechercher une fièvre >38.0°C**

Signes de DCP / dystocie mécanique  
Bras, front, mento-postérieure, transversale, siège décomplété mode des pieds  
Soins pré-référence/préopératoires

#### Contraction inefficaces

Faible progression avec  $\leq 2$  contractions en 10 minutes, d'une durée de <40 secondes

Si pas d'ocytocine OU  
Si pas dans un établissement offrant des SONU  
Rechercher des soins avancés



La dilatation cervicale est plus lente que la normale si :

- 5 cm pendant  $\geq 6$  heures
- 6 cm pendant  $\geq 5$  heures
- 7 cm pendant  $\geq 3$  heures
- 8 cm pendant  $\geq 2,5$  heures
- 9 cm pendant  $\geq 2$  heures

#### Siège décomplété mode des fesses

Si pas dans un établissement offrant des SONU  
Rechercher des soins avancés

Si dans un établissement de référence  
OU

PRÉVENIR LES INFECTIONS

INFECTIONS



Fournir des soins respectueux

RESPECTUEUX



## Expliquez

Au cours de l'évaluation rapide, si un signe de danger ou une complication est identifié(e) que le prestataire ne peut pas prendre en charge, rechercher des soins avancés.

- Donner des soins urgents jusqu'à ce que la femme puisse recevoir des soins avancés. Administrer des traitements tels que l'oxygène, le MgSO<sub>4</sub>, les antibiotiques, les fluides IV, etc. en fonction du problème.
- Ne pas oublier pas d'apporter un soutien émotionnel !
- Appeler un prestataire senior, si on est dans un établissement de santé qui fournit des soins avancés.
- Commencer le plan de référence si la femme n'est pas dans un établissement capable de donner des soins avancés et remplir le formulaire de référence. Remarque : si l'accouchement est imminent, ne pas la transférer.

Communiquer tous les résultats concernant l'état de la patiente aux autres membres de l'équipe en utilisant l'outil **SAER**. *Demandez aux apprenants de se référer à l'outil SAER à la page 18 du GP1 et expliquez chaque élément de l'outil.*

- S'assurer que le prestataire qui reçoit le rapport a bien compris tout ce qu'il contient. Si un prestataire donne une commande, répéter la commande, en particulier avec les commandes de médicaments. C'est ce qu'on appelle la communication « en boucle fermée ».

## Démontrez

*Demandez aux apprenants de se référer à l'outil SAER pendant que vous lisez à haute voix :*

**Mme X., une G3P2 de 32 ans, 38 semaines d'AG selon la DDR est arrivée en travail, se plaignant de saignements vaginaux abondants. Résultats de l'évaluation rapide : TA 102/58, pouls 102 bpm, 28 respirations par minute, température 37,5°C, et RCF 90-100 bpm entre 3 contractions. Mesures prises: envoi de sang pour analyse de l'hémoglobine et un contrôle de compatibilité, administration d'oxygène et mise en place d'une perfusion de sérum physiologique à raison de 1 litre en 1 heure.**

*Maintenant, en tant que facilitateur, faites semblant d'appeler votre consultant au téléphone et donnez les éléments du SAER ci-dessous pour 'Mme X. :*

**S = Situation :** « Je suis (nom) de la salle de travail de (établissement de santé) et je m'occupe de

Mme X qui est venue à l'hôpital en travail parce qu'elle saignait ».

**A = Antécédents :** « Mme X. est une G3P2 de 32 ans. A l'admission, ses signes vitaux étaient les suivants : TA 102/58, pouls 102 bpm, 28 respirations par minute, température 37,5, et RCF 90-100 bpm entre 3 contractions. Son âge gestationnel est de 38 semaines d'après les résultats de la DDR et ses vêtements sont tachés de sang. Nous avons envoyé du sang pour l'hémoglobine et un contrôle de compatibilité, nous donnons de l'oxygène et nous avons commencé une IV avec une solution de sérum physiologique à 1L en 1 heure ».

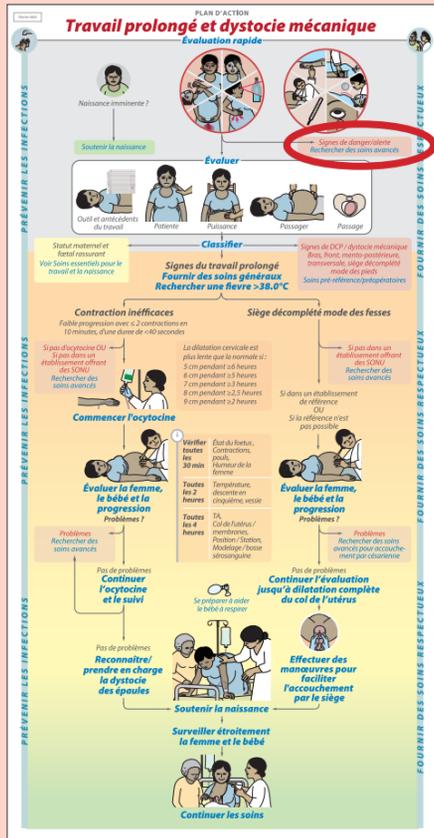
**E = Évaluation :** « Je pense qu'elle a un placenta prævia ou un hématome rétroplacentaire (décollement prématuré du placenta) avec détresse foetale ».

**R = Recommandation :** « Je pense que Mme X a besoin d'une césarienne. Voulez-vous que je fasse quelque chose en attendant votre arrivée ? ».

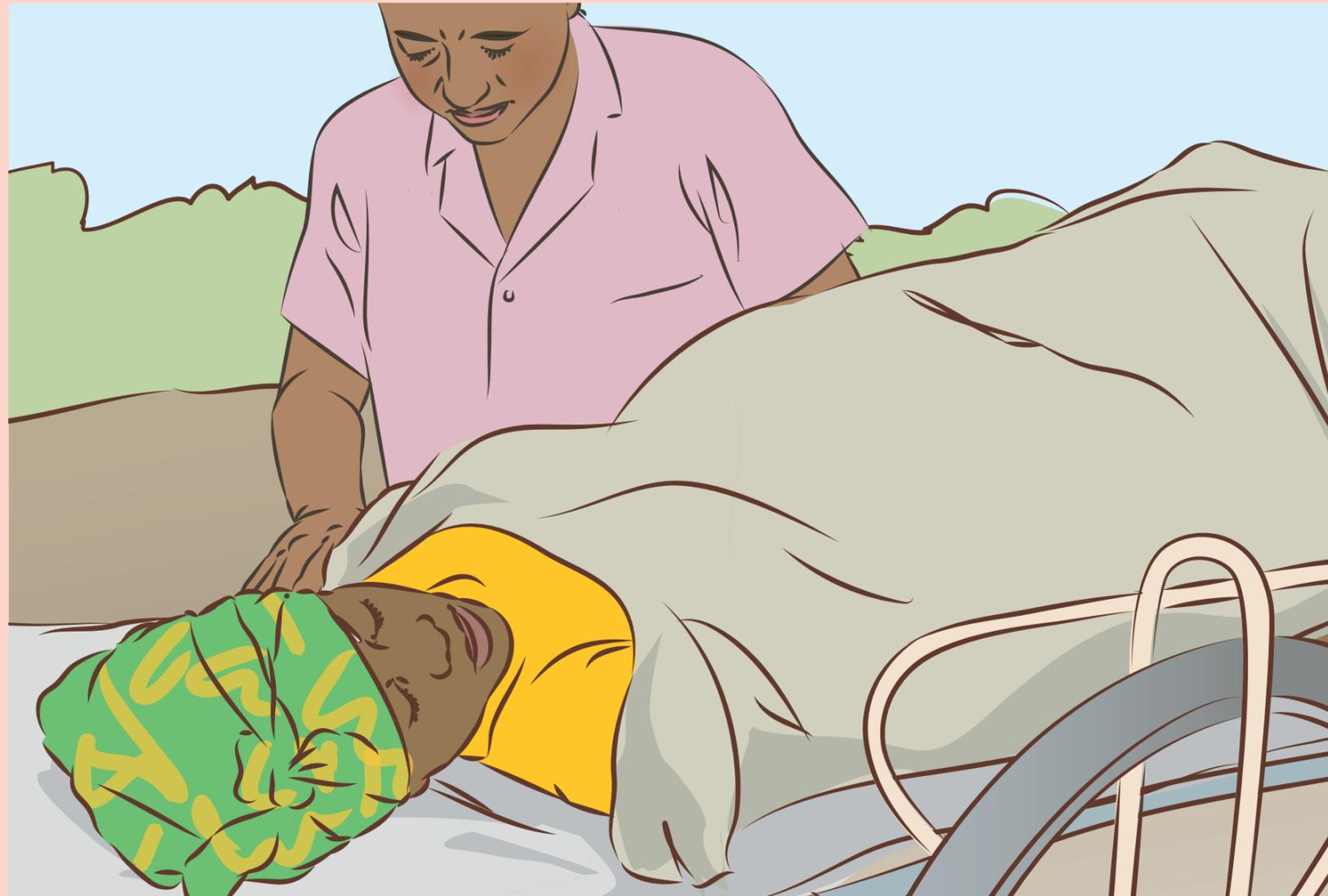
## Pratiquez

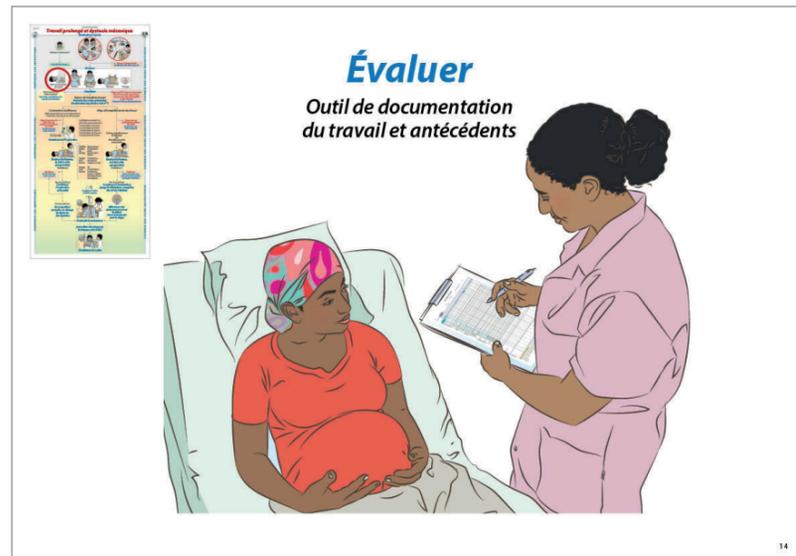
*Après la démonstration, demandez aux apprenants de travailler en paires et de préparer une communication SAER sur le cas pratique de Mme Z. à la page 17, (outil SAER à la page 18 et outil de documentation du travail de la page 19 du GP1).*

*Demandez à une paire d'apprenants de présenter leur communication SAER. Facilitez un débriefing de soutien avec le groupe.*



Si vous identifiez un **signe de danger ou d'alerte**  
**Rechercher des soins avancés**





## Expliquez

- Une fois que l'évaluation rapide est effectuée et que la femme ne présente pas de signes de danger ou d'alerte et que l'accouchement n'est pas proche, procéder à une anamnèse complète et examiner son dossier. Cela aidera à identifier rapidement les problèmes.
- Si la femme a été référée par un autre établissement de santé ou prestataire, essayer de parler directement au prestataire qui l'a référée pour comprendre les soins qu'elle a reçus jusqu'à présent.

## Discutez

*Demandez aux apprenants de se référer à la liste de vérification sur le recueil des antécédents à la page 20 du GP1 pour répondre aux questions ci-dessous.*

### Quels problèmes existants ou potentiels pouvez-vous identifier en examinant les antécédents de ce travail ?

- Problèmes actuels, traitement et réponse. Le traitement peut devoir être modifié.
- Problèmes ou complications qui n'ont pas été abordés
- DCP ou dystocie mécanique : un déroulement défavorable du travail avec de bonnes contractions, col de l'utérus oedémateux, bosse sérosanguine 3+ et/ou modelage 3+, détresse maternelle et/ou foetale.
- Un déroulement défavorable du travail
- Détresse foetale : antécédents de RCF, liquide amniotique
- Infection : température, signes/symptômes, état du liquide ou de l'écoulement
- La femme ne peut pas faire face au stress
- Présentation ou position dystocique

### Comment les informations sur les antécédents des grossesses antérieures vous aideront-elles à identifier les problèmes existants ou potentiels de ce travail ou de cet accouchement ?

- La parité peut affecter la durée du travail.
- S'il y a eu des antécédents d'accouchement instrumental ou par césarienne, la raison peut affecter ce travail et cet accouchement.
- Si elle a eu des problèmes liés à la grossesse lors de ses précédentes grossesses, elle peut être à risque pendant ce travail.
- Si elle a eu une complication antérieure ou une mortinaissance intrapartum, elle peut être anxieuse.

### Pourquoi avez-vous besoin de passer en revue ses antécédents ?

- Le travail peut aggraver certains problèmes médicaux chroniques.
- Si elle a un problème médical chronique, un spécialiste peut-être consulté pour aider à prendre en charge ce problème.

### Comment les informations sur les antécédents de cette grossesse vous aideront-elles à identifier les problèmes existants ou potentiels de ce travail ?

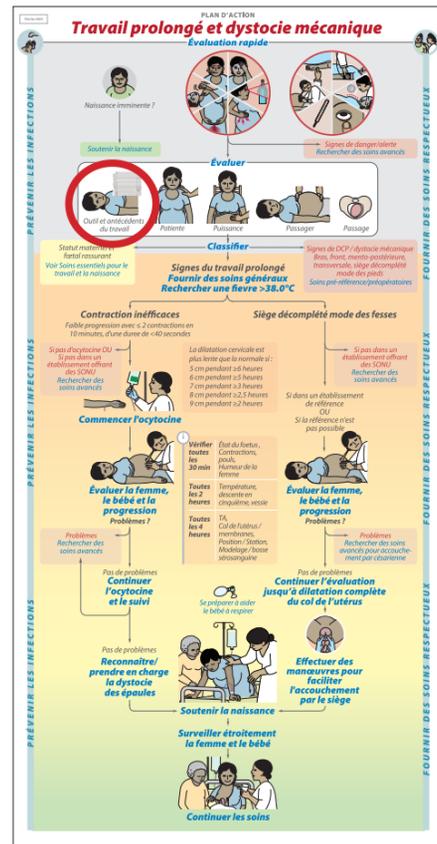
- Si le bébé est prématuré ou très postmaturé, il aura besoin de soins particuliers.
- Y a-t-il des problèmes, des complications, des infections qui n'ont pas été abordés ?
- Si elle est anémique, elle court un plus grand risque d'infection et d'épuisement et devra être surveillée de près.

## Activité d'apprentissage

*Demandez aux apprenants de se référer à l'étude de cas de la page 21 du GP1. Après qu'ils aient lu l'étude de cas, dites :*

### Quels problèmes potentiels avez-vous identifiés ?

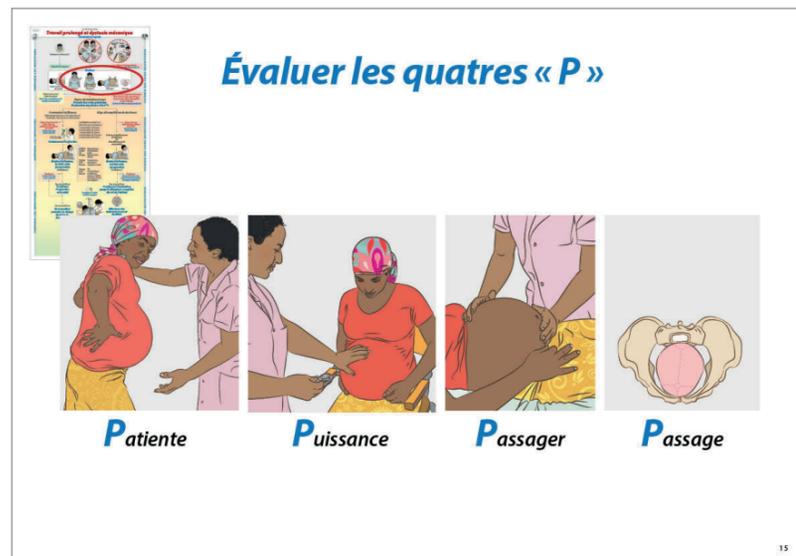
*Travail pendant 12 heures ; décès précoce du nouveau-né ; antécédents de dystocie des épaules.*



# Évaluer

## Outil de documentation du travail et antécédents





## Expliquez

Si le travail ne progresse pas, décider rapidement si le travail est **prolongé** en raison de contractions inefficaces ou s'il est prolongé en raison d'une **dystocie mécanique**. La prise en charge est très différente pour chaque cas, mais les deux exigent que l'on agisse rapidement ! De plus, les deux peuvent augmenter le risque d'épuisement, d'infection, d'hémorragie du post-partum (HPP), de dystocie des épaules, d'asphyxie et de décès maternel et fœtal.

Pour comprendre pourquoi le travail est prolongé et savoir s'il s'agit d'une dystocie mécanique, évaluer soigneusement **les quatre « P »** :

- **Patiente** : Adaptation, épuisement, déshydratation, anxiété, détresse, vessie pleine et position
- **Puissance** : Durée et fréquence des contractions avec une dilatation progressive du col de l'utérus.
- **Passager** : Position, présentation et taille du fœtus

- **Passage** : Relation entre la taille, la présentation et la position du fœtus et le bassin.

Se rappeler que la phase active du premier stade du travail se situe entre 5 cm et la dilatation complète. Cette phase dure généralement 12 heures ou moins pour les premiers accouchements et 10 heures ou moins pour les accouchements suivants. Si la femme et le fœtus se portent bien, ne pas intervenir.

**La phase active prolongée** du 1er stade du travail est diagnostiquée quand :

- elle s'étend au-delà de 12 heures lors des premiers travaux ou au-delà de 10 heures lors des travaux suivants **OU**
- il y a un arrêt secondaire de la dilatation cervicale et de la descente de la présentation

**Le deuxième stade de travail prolongé** est diagnostiqué lorsque :

- la naissance ne se produit pas dans les 3 heures au cours du premier accouchement ou dans les 2 heures au cours du travail suivant **OU**
- le col est complètement dilaté, que la femme a envie de pousser, mais qu'il n'y a pas de descente du fœtus.

*Demandez : **Quelles sont les causes d'un travail prolongé sans signes d'une dystocie mécanique ?***

*Les réponses doivent inclure : Anxiété, épuisement, déshydratation, contractions utérines inefficaces, mauvaise position maternelle comme couchée sur le dos, infection, position/présentation dystocique.*

**Une dystocie mécanique** peut se produire au 1er ou au 2e stade du travail lorsque le fœtus ne peut pas passer dans le bassin parce qu'il est bloqué et que la tête ou le corps du bébé ne peut pas passer dans le bassin. Ce phénomène est appelé disproportion céphalopelvienne (DCP) ou disproportion fœtopelvienne (DFP).

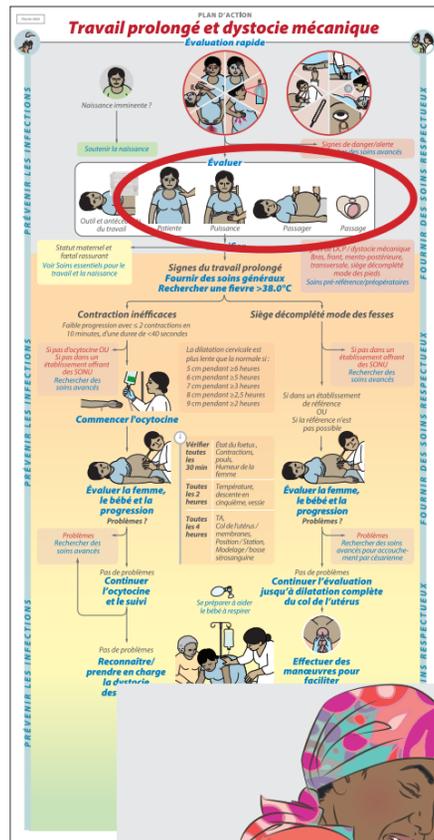
- Les signes d'une dystocie mécanique comprennent l'un des éléments suivants : bosse sérosanguine 3+, modelage 3+, présentation mal appliquée sur le col, col oedémateux, gonflement du segment inférieur de l'utérus, formation d'un anneau de rétraction souvent appelé anneau de Bandl.
- Il peut y avoir un arrêt secondaire de la dilatation cervicale et de la descente de la présentation, ce qui signifie qu'il n'y a pas eu de changement dans la dilatation cervicale pendant au moins 2 heures avec de bonnes contractions.

*Demandez : **Quelles sont les causes d'une dystocie mécanique ?***

**Les causes d'un travail obstrué sont les suivantes**

: Un bébé très gros, un bébé présentant une anomalie congénitale ou un bébé en position/présentation dystocique. Du côté maternel, un bassin petit ou déformé, une obstruction du canal de naissance telle qu'un vagin étroit, une mutilation génitale féminine ou des tumeurs.

**Si la dystocie mécanique est confirmée, il s'agit d'une urgence qui nécessite une césarienne !**



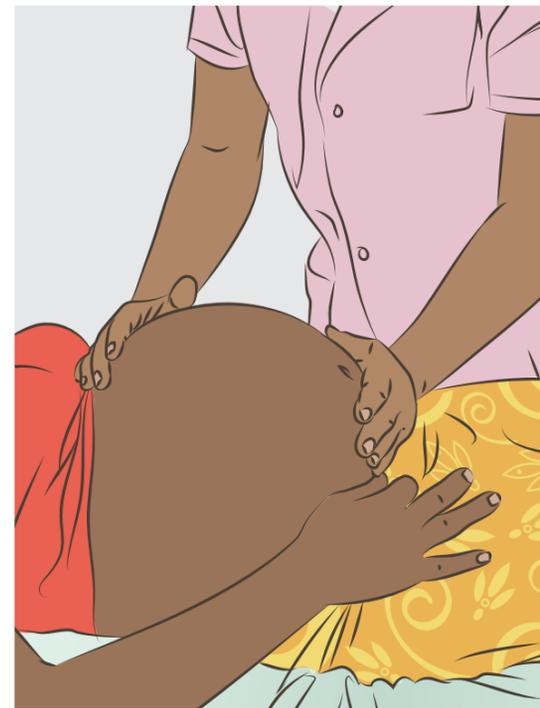
# Évaluer les quatres « P »



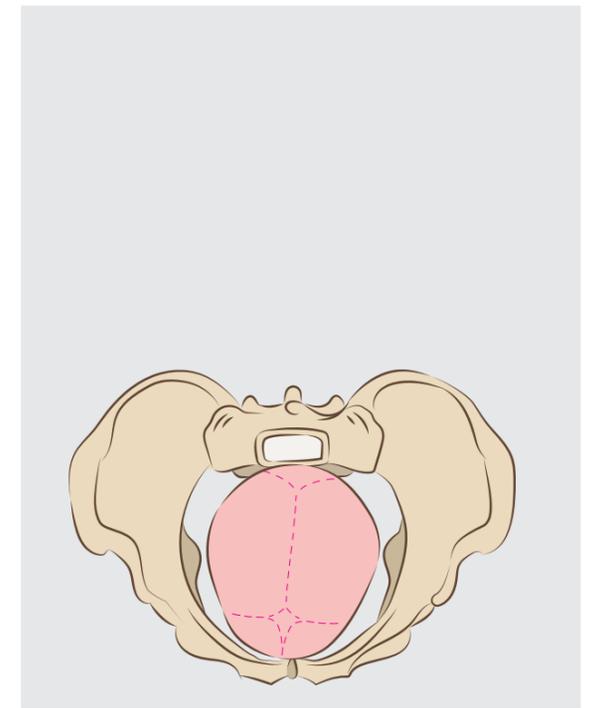
**P**atiente



**P**uissance



**P**assager



**P**assage



## Expliquez

Si une femme a peur, cela peut ralentir la progression du travail. La peur peut aussi augmenter la douleur.

Lorsque le travail ne progresse pas normalement, vérifier ce qui peut en être la cause :

- Est-ce qu'elle fait face à la situation ? A-t-elle peur, est-elle anxieuse, en détresse ou ne peut pas se contrôler ?
- Est-elle accompagnée par une personne de son choix ? Si oui, aider la personne qui l'accompagne à la reconforter et à la soutenir.
- Reçoit-elle un soulagement de la douleur ?
- Aider la femme dès que l'on remarque qu'elle n'arrive pas à faire face au stress ou qu'elle est angoissée par la douleur.

## Discutez

*Demandez aux apprenants de se référer au GP1 de la page 23 et de revoir ce qu'il faut évaluer et comment réagir si la femme n'arrive pas à faire face au stress. Demandez à des volontaires de lire chaque puce sous chaque problème :*

### Prévenir et prendre en charge l'anxiété et la peur :

- S'assurer que son intimité est préservée
- Lui expliquer le déroulement du travail, la progression, ce à quoi elle doit s'attendre et les options de soins.
- La féliciter, l'encourager et la rassurer.
- L'écouter et être sensible à ses sentiments.
- Lui offrir un soutien, des encouragements et des soins respectueux pour l'aider à faire face à la situation.

### Si elle a besoin d'aide pour faire face à la douleur :

- Lui suggérer de changer de position.
- L'encourager à bouger et à marcher.
- Encourager la personne qui l'accompagne à lui masser le dos, à lui éponger le visage ou à placer un linge frais sur sa nuque.
- Lui expliquer comment utiliser les techniques de respiration.
- L'encourager à prendre un bain ou une douche chaude si possible.
- Proposer d'autres options de gestion de la douleur selon les préférences de la femme, les

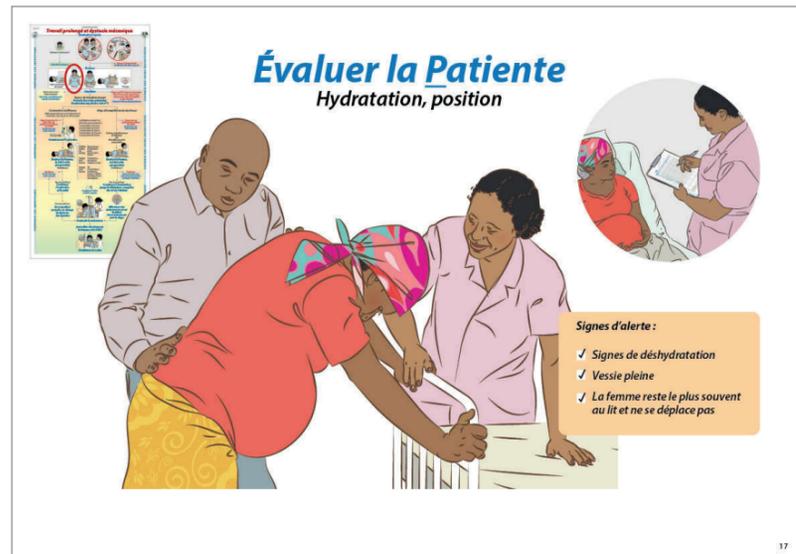
directives nationales, la disponibilité et l'expérience du prestataire (analgésie épidurale ou opioïde).

- Si elle n'a pas un accompagnant de son choix, lui proposer d'appeler quelqu'un qu'elle choisira.
- Si elle a un/e accompagnant(e) de son choix, s'assurer que celle-ci sait comment la soutenir et sait quand et comment appeler à l'aide.

## Pratiquez

*Demandez aux apprenants de consulter la page 23 du GP1 et de travailler en groupes de 2 ou 3. L'un d'entre eux jouera le rôle du prestataire, un autre celui de la femme en détresse et le dernier celui de l'accompagnant(e). Circulez entre les groupes pour vous assurer qu'ils donnent de bons soins et un bon soutien.*





## Expliquez

Il est important d'encourager toutes les femmes en travail à :

- boire les liquides qu'elles choisissent
- être mobiles si elles le souhaitent
- garder la vessie vide

Si une femme en travail est déshydratée, cela peut prolonger le travail et conduire à l'épuisement. Si elle n'est pas mobile ou ne peut pas choisir une position de confort, le travail peut être prolongé. Une vessie pleine peut affaiblir les contractions, empêcher le bébé de se mettre dans une bonne position et causer des douleurs et des lésions à la vessie.

## Discutez

**Demandez : Comment pouvez-vous aider les femmes à rester hydratées et à avoir de l'énergie pendant le travail ?**

Les réponses doivent inclure :

- Chaque fois qu'une femme est surveillée, vérifier ce qu'elle boit. Si elle boit moins d'un verre de liquide par heure, proposer de lui apporter quelque chose.
- S'assurer qu'elle boit des liquides sucrés comme du jus, du thé sucré ou des boissons gazeuses.
- La laisser manger si elle le souhaite.
- Vérifier fréquemment si il y a des signes de déshydratation : Sa bouche est-elle sèche ? Ses yeux sont-ils enfoncés ? Son urine est-elle foncée ou contient-elle de l'acétone ++ ou plus ? Est-elle extrêmement fatiguée, a-t-elle des vertiges ou est-elle confuse ?
- Si elle est déshydratée et ne peut pas boire, lui donner un bolus IV de 500 mL en 30 minutes. L'évaluer après le bolus. On peut administrer jusqu'à 4 bolus pour un total de 2L.

**Demandez : Que faire pour éviter une vessie pleine ?** Les réponses doivent inclure :

- Vérifier si la vessie est pleine et lui demander si elle urine régulièrement.
- L'encourager à uriner souvent
- Si la vessie est pleine et qu'elle ne peut pas uriner, sonder la vessie.

**Demandez : Quelle position la femme doit-elle adopter pendant le travail et l'accouchement ?**

Les réponses doivent inclure :

- Toute position qu'elle préfère ! Chaque fois qu'une femme est surveillée, l'encourager à être mobile si elle le peut.
- Encourager la position debout autant que possible. Toutefois, laisser la femme choisir sa position et prendre des périodes de repos périodiques pour éviter l'épuisement.

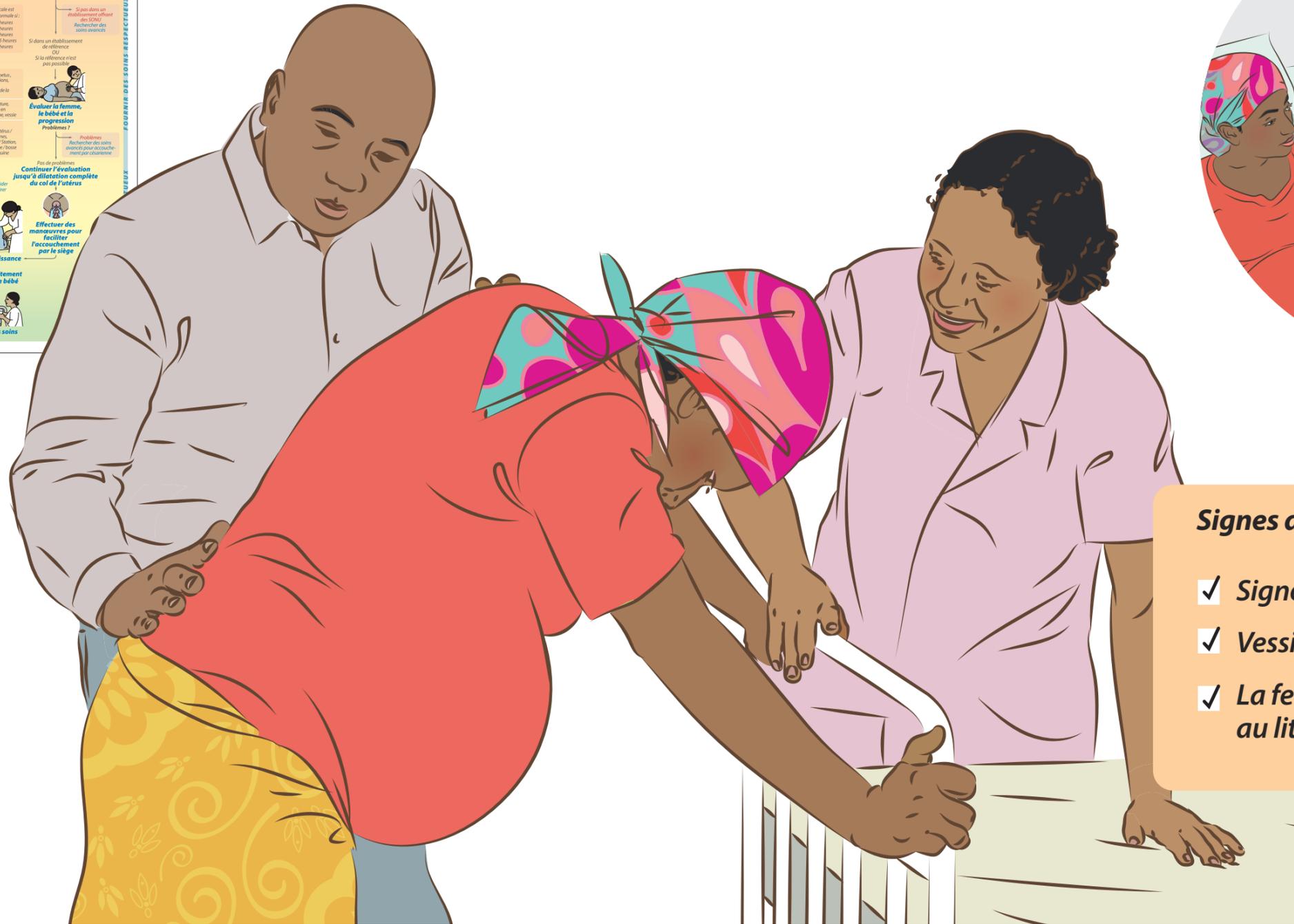
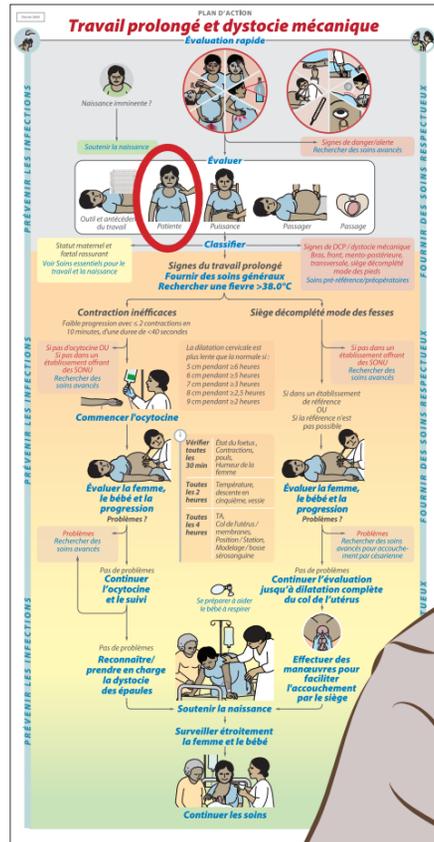
## Vérification des connaissances

**Comment évaluer une femme pour voir si elle est déshydratée ?**

- Vérifier si elle a la bouche et la langue sèches ou si ses yeux sont enfoncés.
- Pincer la peau de l'avant-bras pour voir si elle se rétracte lentement.
- Vérifier si l'urine est de couleur foncée et s'il y a ++ d'acétone dans l'urine.
- A-t-elle l'air confuse ?
- Lui demander si elle a des vertiges.

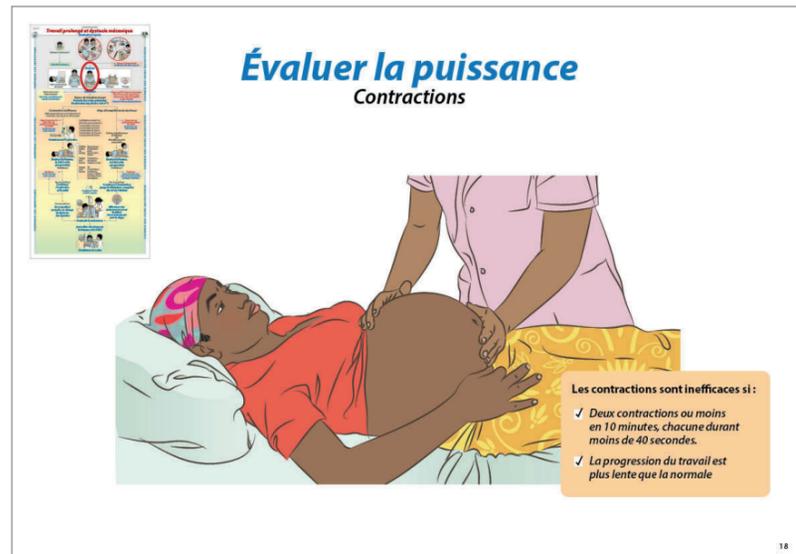
# Évaluer la Patiente

## Hydratation, position



### Signes d'alerte :

- ✓ Signes de déshydratation
- ✓ Vessie pleine
- ✓ La femme reste le plus souvent au lit et ne se déplace pas



## Expliquez

Si le travail ne progresse pas bien, évaluer la fréquence et la durée de ses contractions.

### Les contractions sont efficaces si :

- La femme a trois contractions ou plus en 10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes.
- Entre 5 et 10 cm, les contractions entraînent une dilatation progressive du col de l'utérus, quelle que soit leur fréquence.
- Au deuxième stade, les contractions entraînent une descente progressive de la présentation.

### Agir vite ! Apporter des soins d'urgence si l'un de ces signes de danger est présente !

- Une douleur constante qui commence soudainement ou qui persiste entre les contractions peut être un signe de décollement du placenta, surtout s'il y a des saignements vaginaux.
- Les contractions s'arrêtent soudainement. Rechercher des signes d'une rupture utérine. La femme peut avoir une douleur continue et des saignements vaginaux.
- Hyperstimulation : Toute contraction qui dure plus de 60 secondes **OU** s'il y a plus de cinq contractions en 10 minutes **OU** l'utérus ne se détend pas entre les contractions. Prendre rapidement en charge l'hyperstimulation de l'utérus ! Nous y reviendrons plus tard.

### Si la femme a deux contractions ou moins en 10 minutes ou si elles durent moins de 40 secondes :

- Évaluer l'efficacité en vérifiant si le col de l'utérus se dilate et s'il y a une descente du fœtus.
- Y a-t-il des raisons pour lesquelles les contractions sont faibles ? Vérifier l'hydratation, la position et la mobilité. Rechercher une infection, la peur, l'anxiété ou la détresse liée à la douleur.

- L'encourager à bouger, lui offrir un soulagement de la douleur et traiter la déshydratation pour améliorer les contractions et la progression.
- Veiller à son intimité, s'assurer que la personne de son choix est à ses côtés, et assurer des mesures de confort.

**REMARQUE :** Ne pas pratiquer d'amniotomie comme seule intervention pour augmenter le travail en particulier dans les contextes où la prévalence du VIH est élevée.

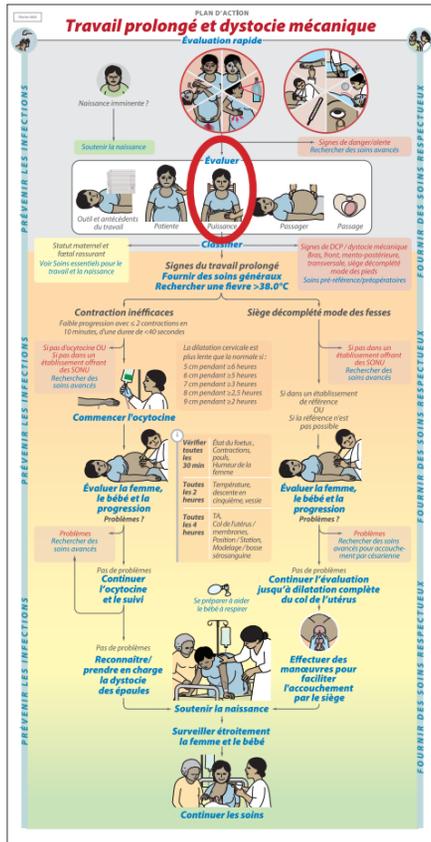
#### Remarque sur les soins avancés

Référer la femme à un établissement de santé qui peut faire une césarienne et s'occuper d'un bébé avec des problèmes si l'on pense que la femme a :

- une DCP OU
- une dystocie mécanique OU
- un décollement placentaire OU
- une rupture de l'utérus

Référer également la femme si elle a des contractions inefficaces mais que l'établissement de santé ne peut pas fournir une stimulation de l'activité utérine avec l'ocytocine.

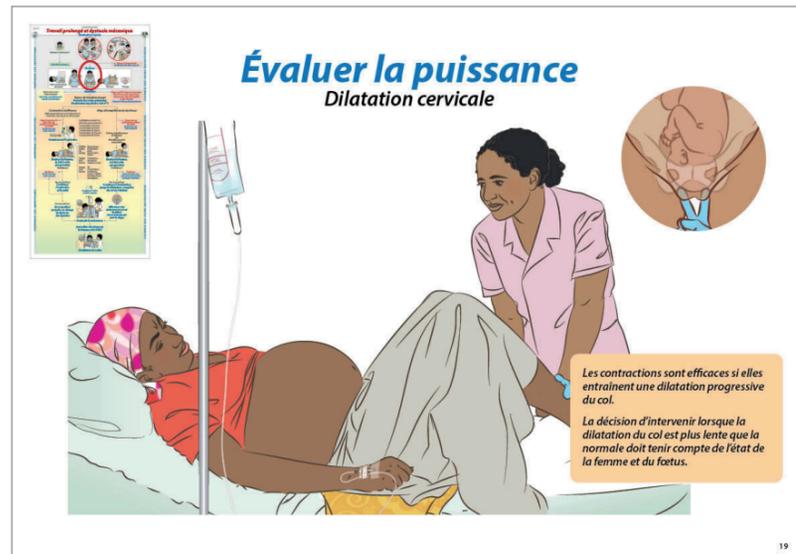
Les directives doivent être adaptées en fonction des normes et protocoles locaux.



# Évaluer la puissance Contractions



- Les contractions sont inefficaces si :**
- ✓ *Deux contractions ou moins en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes.*
  - ✓ *La progression du travail est plus lente que la normale*



## Expliquez

La durée et le déroulement de chaque accouchement peuvent être très différents selon les femmes. Ils peuvent même être différents pour la même femme d'un accouchement à l'autre.

**Ne pas oublier que la durée du premier stade du travail, de 5 à 10 cm de dilatation, ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements et 10 heures pour les accouchements suivants.**

Examiner le dossier de la femme et l'outil de documentation du travail pour observer la progression de la dilatation du col, la descente, et le schéma des contractions au fil du temps.

Diagnostiquer une progression plus lente que la normale si le col de l'utérus se maintient à :

- 5 cm pendant 6 heures ou plus
- 6 cm pendant 5 heures ou plus
- 7 cm pendant 3 heures ou plus
- 8 cm pendant 2,5 heures ou plus
- 9 cm pendant 2 heures ou plus

**Si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes, la constatation d'une dilatation cervicale inférieure à 1 cm/heure pendant la phase active du travail ne doit pas être la seule raison d'essayer d'accélérer le travail de quelque manière que ce soit.**

- Si le partogramme est utilisé, la ligne d'alerte du partogramme peut être utilisée pour identifier les femmes qui pourraient avoir besoin d'être transférées vers un établissement de soins avancés. Si la femme ne se trouve pas dans un établissement de soins avancés, envisager de transférer la femme si la dilatation cervicale est plus lente que 1 cm/heure.

**Écarter une DCP, une dystocie mécanique, et une position/présentation dystocique si la femme a trois contractions ou plus en 10 minutes, chacune durant 40 à 60 secondes, mais :**

- La dilatation cervicale est plus lente que la normale en **phase active**.
- Il y a un arrêt de la dilatation cervicale en **phase active**.

## Vérification des connaissances

**Qu'allez-vous évaluer au cours d'un toucher vaginal ?**

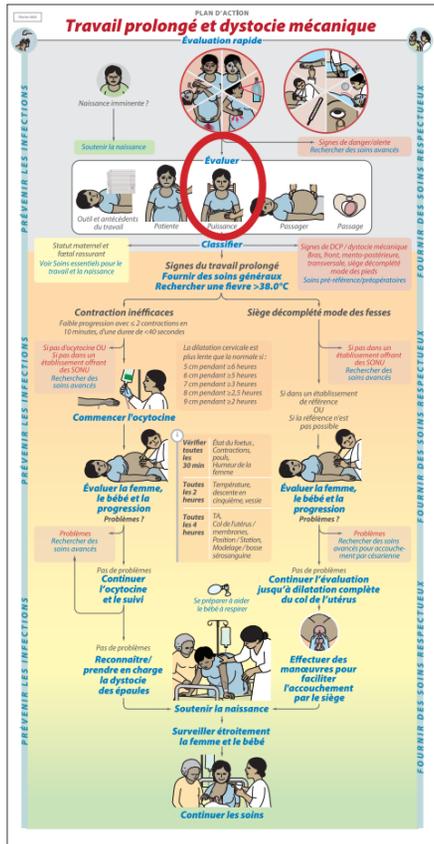
- L'état des membranes
- La couleur et l'odeur du liquide ou des pertes
- Les plaies et les cicatrices
- La position du col de l'utérus
- La longueur, l'effacement, la consistance (molle, ferme) et la dilatation du col de l'utérus. Est-il oedémateux ?
- La partie présentante
- La position de la partie présentante
- La présence et le degré de modelage et de bosse sérosanguine

**Quels résultats du toucher vaginal peuvent indiquer une dystocie mécanique / DCP ?**

- Un col de l'utérus oedémateux
- Présentation mal appliquée sur le col de l'utérus
- Modelage +3 - Les os se chevauchent et que le chevauchement est irréductible
- Bosse sérosanguine +3
- Gonflement diffus du cuir chevelu

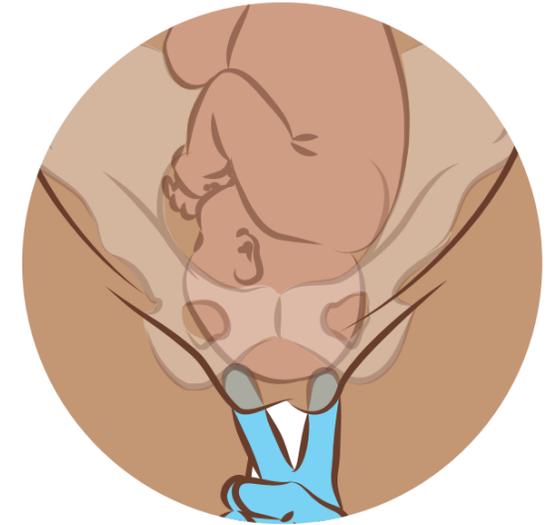
**Si la dilatation du col est plus lente que 1 cm/heure, qu'est-ce qui peut indiquer qu'il y a un problème ?**

- Les conditions fœtales et/ou maternelles ne sont pas rassurantes et/ou
- Les contractions utérines sont efficaces



# Évaluer la puissance

## Dilatation cervicale



**Les contractions sont efficaces si elles entraînent une dilatation progressive du col.**

**La décision d'intervenir lorsque la dilatation du col est plus lente que la normale doit tenir compte de l'état de la femme et du fœtus.**

# EXERCICE

## Évaluer la puissance

Demandez aux apprenants de consulter la page 27 du GP1. Répartissez les apprenants en petits groupes et affecter la moitié des groupes au scénario 1 et l'autre moitié au scénario 2. Lisez les cas à haute voix et demandez aux groupes de répondre aux questions du GP associé à leur cas.

### SCÉNARIO 1 :

Mme A. est une femme de 21 ans, G1P0 à 38 semaines, qui était en travail à domicile pendant 24 heures sans accoucher. Elle semble à l'aise et peut parler pendant les contractions. L'évaluation rapide montre que tout est normal jusqu'à présent. Sa mère dit que Mme A. a eu des contractions irrégulières au cours des 24 dernières heures et qu'elle n'a pas de pertes de liquide. À 21 heures : Mme A. a 3 contractions toutes les 10 minutes qui durent 40-50 secondes.

### Questions pour le scénario 1

#### *Les contractions sont-elles efficaces ?*

- On ne le saura pas tant qu'on n'aura pas vérifié la dilatation du col de l'utérus
- Nous ne savons pas non plus si elle est en phase de latence, en phase active ou au premier stade du travail, ni depuis combien de temps elle est en travail.

#### *Que devez-vous faire pour savoir si ses contractions sont efficaces ?*

- Nous devons vérifier la dilatation du col de l'utérus pour savoir dans quelle phase du travail elle se trouve, puis nous devons observer la dilatation et la descente au fil du temps

#### *La femme a-t-elle besoin de soins avancés ?*

- Nous ne pouvons pas le déterminer tant qu'une évaluation complète n'a pas été faite.

### SCÉNARIO 2 :

Mme B., 28 ans, G5P3, 39 semaines, est en travail dans votre établissement depuis 8 heures et est en phase active du premier stade du travail depuis 3 heures.

A 5h00, vous prenez en charge Mme B. et constatez qu'elle a 2 contractions/10 minutes d'une durée de 30 secondes.

### Questions pour le scénario 2

#### *Les contractions sont-elles efficaces ?*

Elle est en phase active du travail et les contractions sont inférieures à 3 / 10 minutes et durent moins de 40 secondes, mais nous ne pouvons pas dire si elles sont efficaces avant d'examiner la dilatation du col et la descente au fil du temps.

#### *La femme a-t-elle besoin de soins avancés ?*

Nous ne pouvons pas le déterminer tant qu'une évaluation complète n'a pas été faite.

## Discutez

*Une fois que chaque groupe a terminé son scénario, demandez à un volontaire de donner les réponses qu'il a trouvées aux questions pour son groupe. Donnez un feedback correctif si nécessaire*

# EXERCICE

## Évaluer la puissance

PRÉVENIR LES INFECTIONS

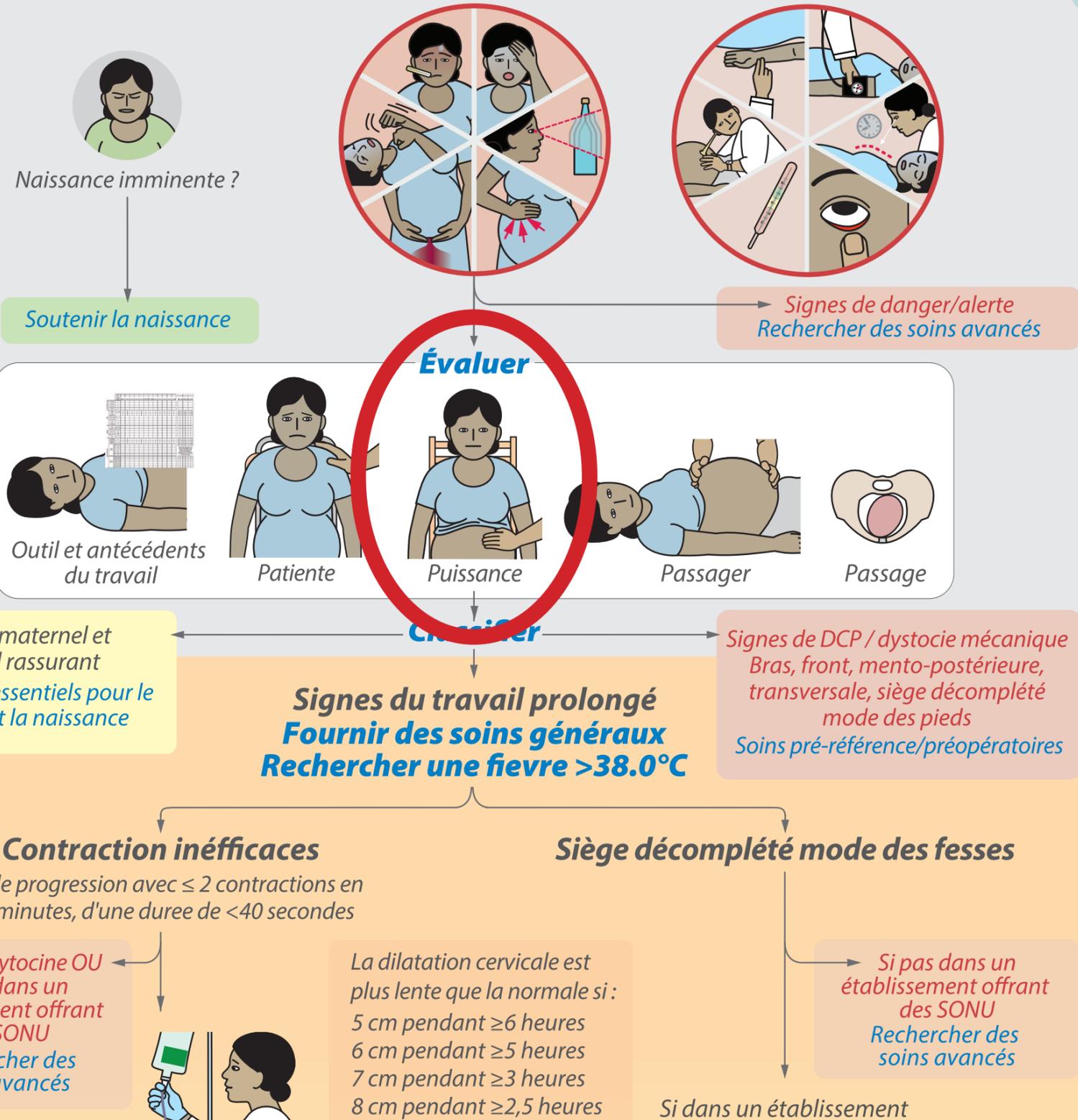


FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

### PLAN D'ACTION

## Travail prolongé et dystocie mécanique

### Évaluation rapide





## Expliquez & Démontrez

La descente du fœtus commence pendant la phase active du premier stade du travail. L'absence de descente avec des contractions efficaces peut être un signe de DCP ou d'obstruction.

**Remarque pour le facilitateur :** Pendant que vous décrivez la descente et la station, pointez vers la page de garde du tableau à feuilles mobiles.

- Lors de la palpation abdominale, évaluer la descente du fœtus en termes de cinquièmes de la tête fœtale palpables au-dessus de la symphyse pubienne.
- Pendant le toucher vaginal, évaluer la station fœtale en comparant l'endroit où se trouve le plus grand diamètre de la partie qui se présente par rapport aux épines ischiatiques.
- La station de -4 à zéro indique que la présentation est au-dessus des épines ischiatiques.

- La station de 0 à +4 indiquent que la partie présentatrice est descendue sous les épines ischiatiques.
  - À la station -4 ou -3, la tête du fœtus est encore « flottante » et n'est pas encore engagée.
  - À la station -2 ou -1, elle descend plus près des épines ischiatiques.
  - La tête du bébé est « engagée » (station zéro) lorsque le plus grand diamètre de la tête fœtale (le diamètre bipariétal) est aligné avec les épines ischiatiques de la femme.
  - La station zéro équivaut à 2/5 de la tête palpable au-dessus de la symphyse pubienne. Le sinciput et une partie de l'occiput sont palpés.
  - À la station +3, la tête du bébé est couronnée, ou visible à l'ouverture vaginale même entre les contractions.

**Remarque :** Comparer la descente obtenue par palpation abdominale à la station déterminée par le toucher vaginal. Savoir que si le bébé a une grande bosse sérosanguine ou un modelage important, il peut être difficile d'évaluer avec précision la station. Dans ce cas, l'évaluation de la descente par palpation abdominale peut être plus utile.

**Soupçonner une dystocie mécanique ou une DCP et agir rapidement si la femme a trois contractions ou plus en 10 minutes, chacune durant 40 - 60 secondes mais :**

- La tête du fœtus n'est pas engagée.

- Il y a un arrêt secondaire de la descente de la partie qui se présente.
- Le col de l'utérus est complètement dilaté et la femme a envie de pousser, mais il n'y a pas de descente.

## Vérification des connaissances

*Si la tête est haute avec plus de 2 travers de doigts palpables au-dessus de la symphyse pubienne à 8 cm de dilatation cervicale, que devez-vous exclure ?*

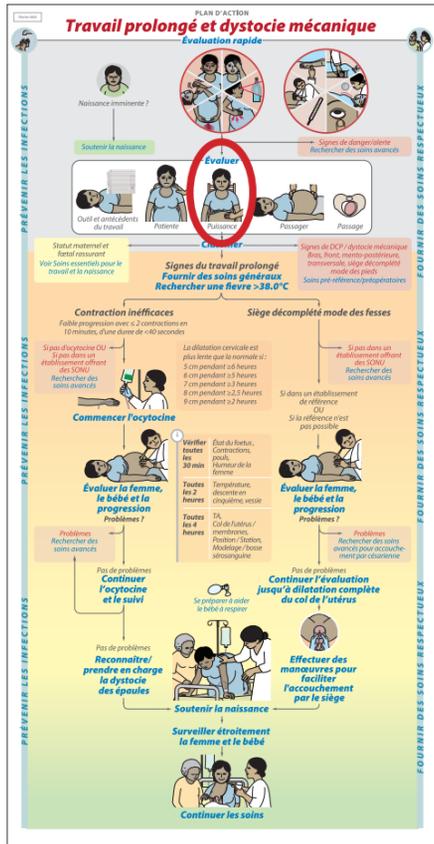
- *Des contractions inefficaces, une obstruction ou une DCP.*

### Remarque sur les soins avancés

Référer la femme à un établissement de santé qui peut faire une césarienne et s'occuper d'un bébé ayant des problèmes si :

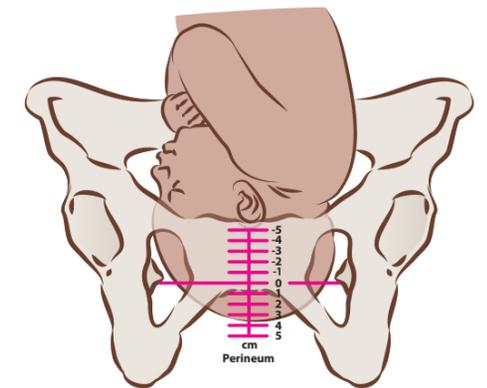
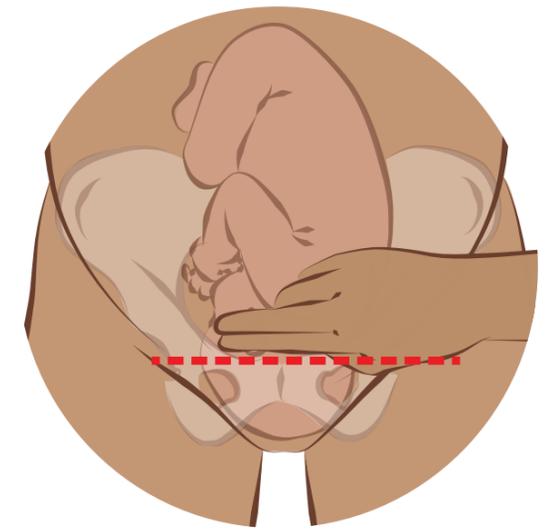
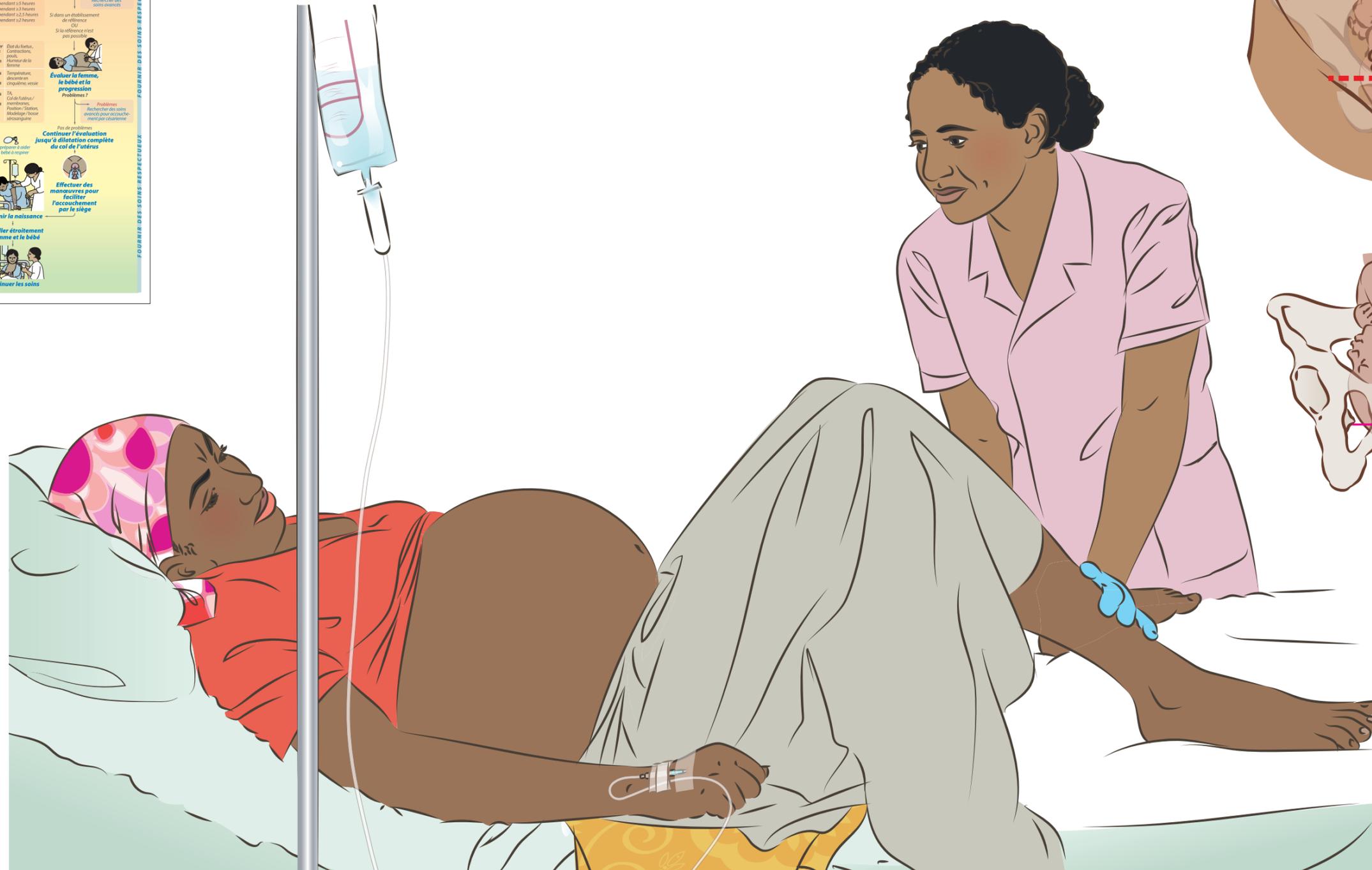
- Le col de l'utérus ne se dilate pas avec des contractions efficaces, est oedémateux ou la tête fœtale n'y est pas bien appliquée. Ce sont tous des signes de dystocie mécanique.
- Dans la phase active du premier stade du travail, il n'y a pas de descente fœtale progressive avec des contractions efficaces.

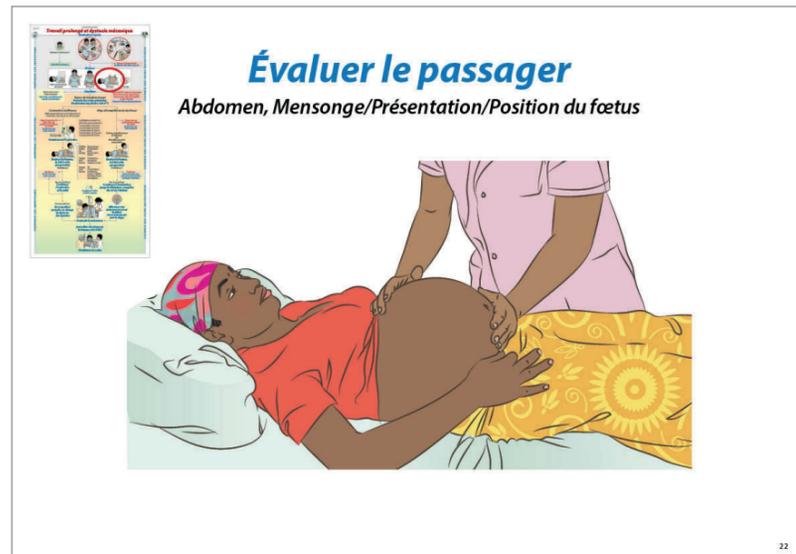
Suivre les protocoles et les normes locales.



# Évaluer la puissance

## Descente/station du bébé





## Expliquez

Une présentation anormale, un mensonge anormal, une position anormale ou un bébé trop grand pour le bassin de la femme peuvent empêcher le travail de se dérouler normalement.

- **Présentation dystocique :** Le fœtus est dans toute présentation autre que céphalique et tout mensonge autre que longitudinal. Cela augmente le risque de complications telles que le prolapsus du cordon ou la rupture utérine due à une dystocie mécanique.
- **Position dystocique :** La tête du fœtus est dans une position anormale par rapport au bassin de la femme.

Confirmer la position et la présentation pendant le toucher vaginal. Avant de procéder à un examen, revoir les résultats des examens précédents pour les comparer.

## Pratiquez

Dites : **Décrivez ce que vous constateriez à la palpation abdominale pour chacune des présentations ou positions dystociques suivantes :** Complétez les informations avec **le texte en vert**. Pour chaque position, après qu'un volontaire ait décrit les résultats, demandez-lui de se lever et de tenir le simulateur fœtal devant son abdomen dans la présentation/position identifiée pour en faire la démonstration. Pour faciliter la tâche, vous pouvez choisir de faire la démonstration de la première position.

**Position occipitale postérieure :** **Une dépression en forme de soucoupe au niveau ou juste en dessous de l'ombilic, la tête haute avec la dépression au-dessus ressemblant à une vessie pleine.**

**Présentation du front :** **Plus de la moitié de la tête fœtale est au-dessus de la symphyse pubienne et l'occiput est palpable plus haut que le sinciput.**

**Présentation de la face :** **On sent un sillon entre l'occiput et le dos.**

**Présentation du siège :** **La tête est palpable dans le fond utérin et le siège dans le bord pelvien.**

**Mensonge transversal et présentation de l'épaule :** **On ne peut sentir ni la tête, ni les fesses au niveau de la symphyse pubienne et on sent généralement la tête dans un flanc.**

**Grossesse multiple :** **Pôles et parties fœtales multiples ressentis à la palpation abdominale.**

## Vérification des connaissances

Quelles sont les constatations de la palpation abdominale qui peuvent être des signes de dystocie mécanique ou de DCP ?

- Un sillon horizontal dans la partie inférieure de l'abdomen - l'anneau de Bandl - ou un ballonnement du segment inférieur de l'utérus.
- Descente lente ou arrêtée.

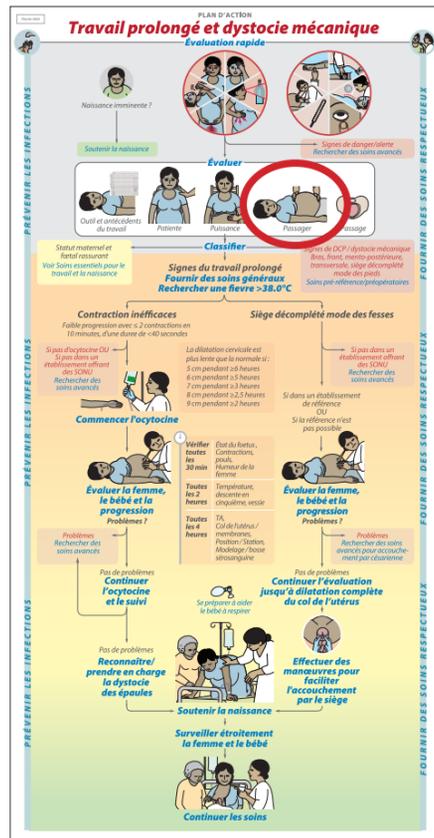
Quelle peut être la cause d'une sensibilité abdominale ou utérine ?

- Infection, décollement du placenta ou rupture de l'utérus.

### Remarque sur les soins avancés

Selon les normes et protocoles locaux, référer les femmes présentant les résultats suivants si votre établissement de santé ne peut pas réaliser un accouchement par le siège OU une césarienne OU s'occuper d'un bébé présentant des problèmes :

- Signes de dystocie mécanique (ballonnement du segment inférieur de l'utérus, anneau de Bandl).
- Présentation du siège
- Grossesse multiple



# Évaluer le passager

Abdomen, Mensonge/Présentation/Position du fœtus





## Expliquez

Lors du toucher vaginal, rechercher les résultats qui peuvent indiquer un problème et confirmer la position du fœtus. Comparer avec les résultats de la palpation abdominale. Si une échographie est disponible, confirmer la présentation et la position à l'aide de l'échographie.

## Pratiquez

Dites : **Décrivez ce que vous trouveriez lors du toucher vaginal pour chacune des présentations ou positions suivantes.**

Lorsque les apprenants répondent, complétez les informations si nécessaire. Après avoir décrit les résultats, demandez-leur de mettre le fœtus dans le simulateur dans la présentation et la position et de faire un toucher vaginal pour valider les réponses.

**Positions mento-postérieures :** Le doigt de l'examineur entre facilement dans la bouche et les mâchoires sont palpables. Le menton est postérieur par rapport au bassin de la femme.

Dites : **La position mento-postérieure implique généralement un accouchement par césarienne. La position mento-antérieure peut entraîner un accouchement par voie basse.**

### Mensonge transversal et présentation de l'épaule :

Au toucher vaginal, on peut sentir une épaule, mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive qu'il y ait procidence d'un bras et que l'on sente le coude, le bras ou la main dans le vagin. Remarque : La présentation transversale et de l'épaule nécessite toujours des soins avancés.

**Présentation du front :** La fontanelle antérieure et les orbites sont palpées. Remarque : la présentation du front nécessite généralement une césarienne.

**Position occipitale postérieure (OP) :** La fontanelle postérieure se trouve vers le sacrum et la fontanelle antérieure peut être facilement ressentie si la tête n'est pas fléchie. Remarque : la position OP peut prolonger le travail.

**Position asynclitique :** Le centre de la tête n'est pas au milieu du bassin lorsque le col de l'utérus est  $\geq 5$  cm dilaté. Le col de l'utérus peut être plus épais d'un côté. Remarque : L'asynclitisme peut prolonger le travail.

Dites aux apprenants que des conseils utiles pour diagnostiquer les positions et présentations dystociques se trouvent aux pages 30-34 du GP1.

## Vérification des connaissances

Que constatez-vous lors du toucher vaginal si la tête du bébé est bien fléchie ?

L'occiput du fœtus est plus bas dans le vagin que le sinciput.

Quels constatations faites lors du toucher vaginal peuvent être des signes d'infection utérine ?

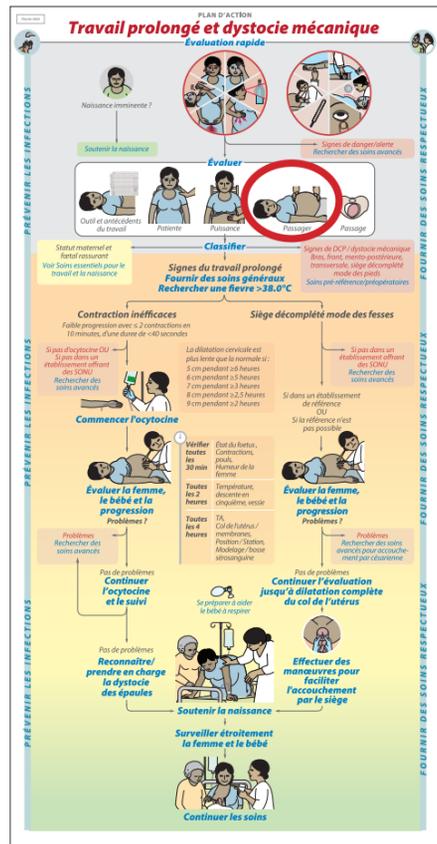
Liquide amniotique verdâtre, purulent ou malodorant.

### Remarque sur les soins avancés

Référer les femmes présentant les résultats suivants si l'établissement ne peut pas réaliser un accouchement par césarienne ou s'occuper d'un bébé présentant des problèmes :

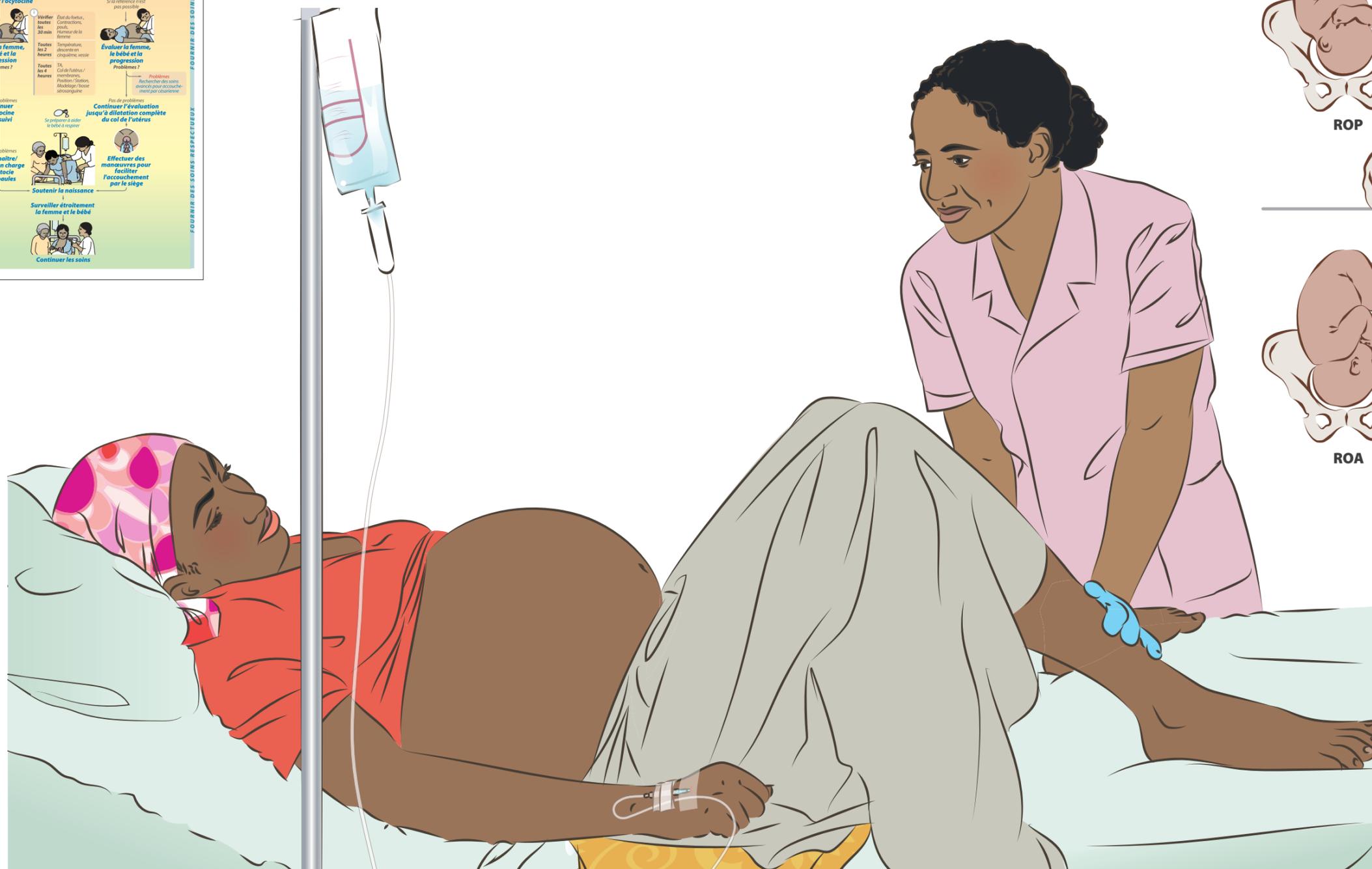
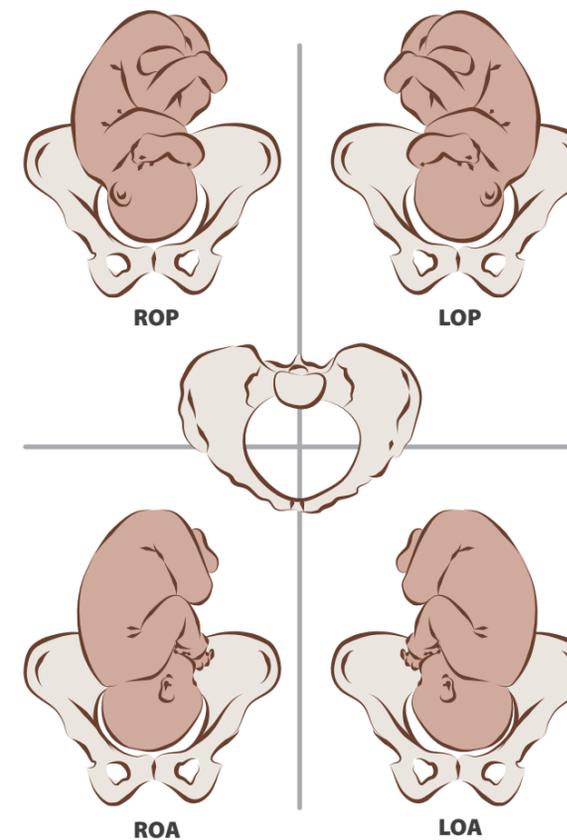
- Mensonge transversal ou présentation de l'épaule OU
- Signes de dystocie mécanique ou de DCP, OU
- Positions mento-postérieures OU
- Présentation du front, siège décomplété mode des pieds, des bras, des épaules. OU
- Siège décomplété mode des fesses OU
- L'asynclitisme qui ne se corrige pas spontanément

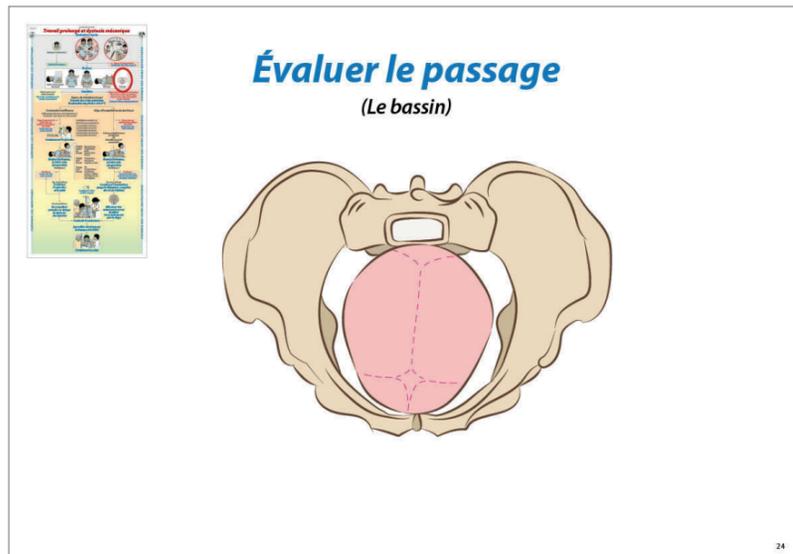
Les directives doivent être adaptées en fonction des normes et protocoles locaux.



# Évaluer le passager

## Confirmer la position du bébé





## Expliquez

La pelvimétrie clinique est utilisée pour aider à déterminer si le bassin permettra au fœtus de passer par le canal vaginal.

La DCP se manifeste lorsque la tête du bébé est trop grosse ou que le canal vaginal d'une femme est trop étroit pour permettre un bébé de passer. Cela peut être dû à un petit bassin, à un gros fœtus, à une position défavorable du fœtus ou à une combinaison de ces facteurs.

**Rappel :** Une tête qui n'est pas fléchie et qui est en position occipitale postérieure peut avoir des difficultés dans n'importe quel bassin. Cependant, un gros bébé, dans une position favorable avec une tête bien fléchie, s'adaptera probablement bien à un bassin de taille normale.

Si le travail ne progresse pas normalement, des prestataires expérimentés et formés peuvent utiliser la pelvimétrie clinique pour voir si le bassin est suffisamment large pour permettre au bébé de naître par voie basse.

- Les femmes ne doivent pas être empêchées de tenter le travail sur la seule base de la pelvimétrie.
- La pelvimétrie clinique ne doit être utilisée que si le travail ne progresse pas comme prévu.

Lors du toucher vaginal, rechercher :

- Des problèmes avec le canal de naissance qui peuvent causer une dystocie mécanique, comme un vagin étroit, une mutilation génitale féminine ou des tumeurs
- Un bassin déformé ou étroit
- Une descente insatisfaisante dans la phase active du premier stade et dans le deuxième stade avec des contractions adéquates.

## Vérification des connaissances

Quelle est la position de la tête du bébé dans l'illustration ?

*Position occipitale postérieure*

### Remarque sur les soins avancés

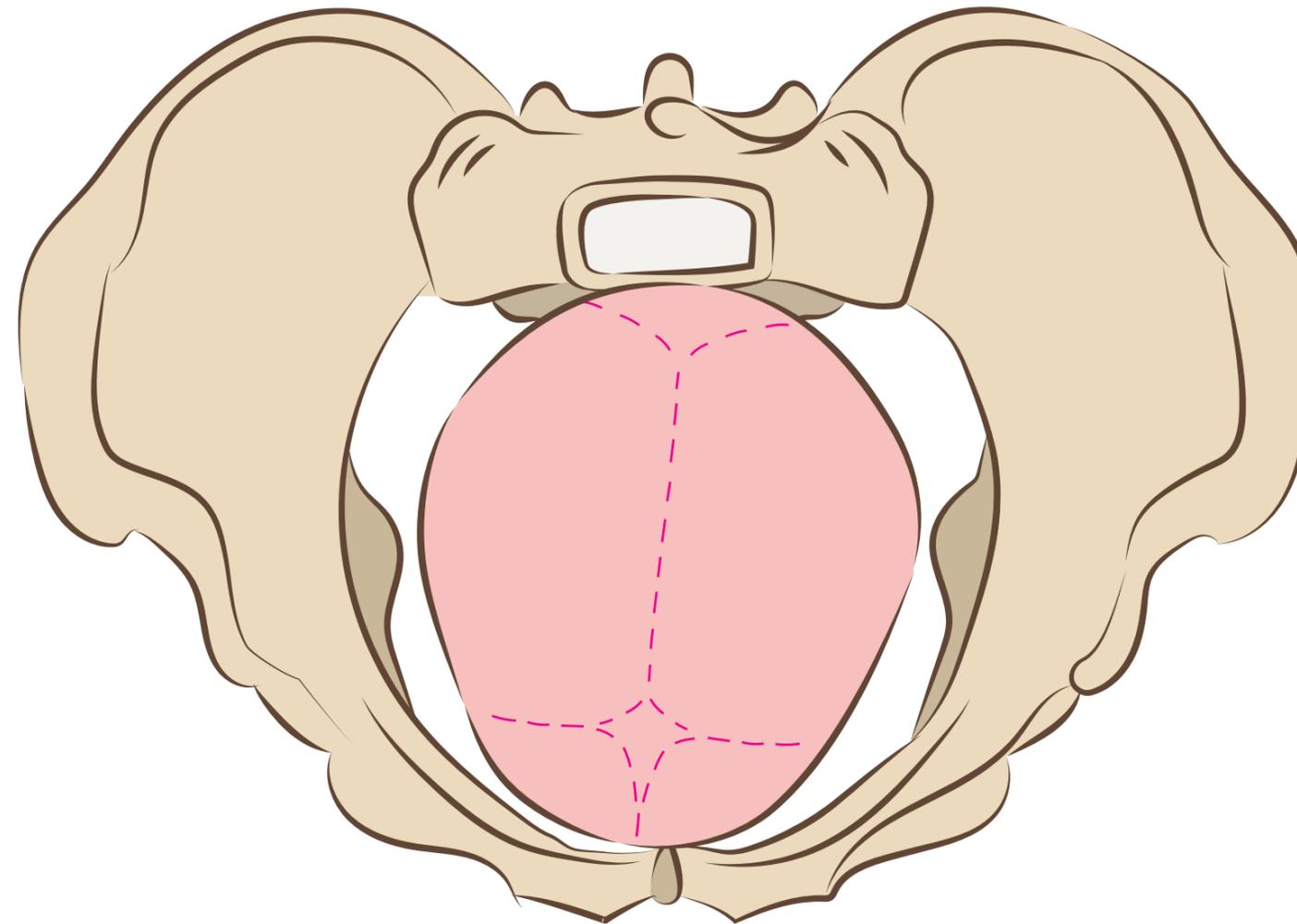
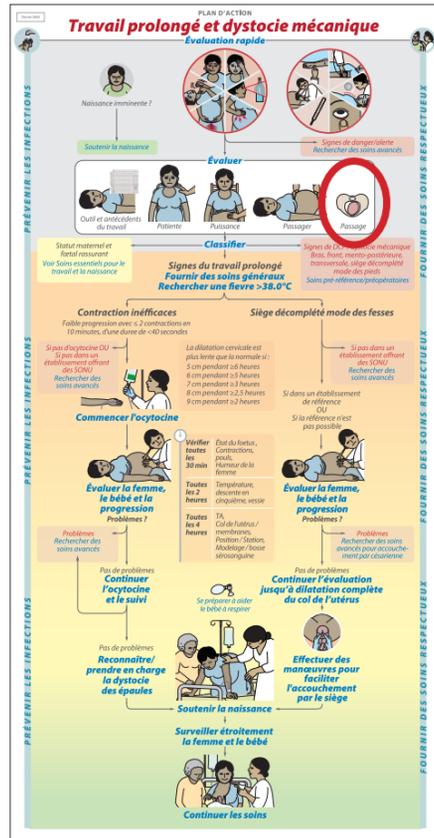
Selon les normes et protocoles locaux, rechercher immédiatement des soins avancés si vous remarquer un des signes suivants :

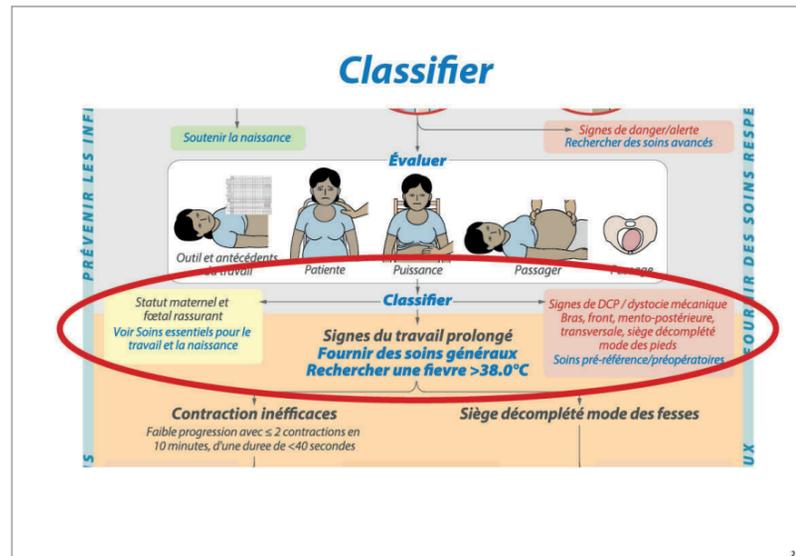
- Signes de DCP : arrêt secondaire de la dilatation cervicale - aucun changement dans la dilatation du col et/ou la descente pendant au moins 2 heures avec de bonnes contractions.
- Si le travail ne progresse pas normalement et que la cause semble être que le bassin est trop petit pour ce fœtus ou qu'elle peut avoir une déformation pelvienne ou des problèmes avec le canal vaginal.

Si les apprenants ont une formation et une autorisation supplémentaires pour fournir des soins avancés, ils doivent agir dans leur champ d'exercice.

Les directives doivent être adaptées en fonction des normes et protocoles locaux.

# Évaluer le passage (Le bassin)





## Expliquez

L'évaluation complète permettra de déterminer s'il s'agit d'une dystocie mécanique, d'un travail prolongé ou d'un travail normal.

Indiquez aux prestataires la section « Classifier » du plan d'action.

Une fois que l'évaluation est terminée, décider si :

### 1. La femme a besoin de soins avancés :

- Dystocie mécanique OU
- Signes de DCP OU
- Complication qui ne peut pas être prise en charge dans cet établissement OU
- Présentation/position dystocique qui nécessite une césarienne. Demandez : **Quelqu'un peut-il les nommer ?** Mensonge transversal ; position mento-postérieure ; présentation mixte ; présentation de l'épaule,

du front, du siège mode des pieds, du siège complet ou décompleté avec tête fœtale mal fléchi.

### 2. Le travail est prolongé et il n'y a pas de signes de DCP/dystocie mécanique.

- Prendre en charge en fonction de la cause.

Demandez : **Quelqu'un peut-il nommer les causes ?**

Anxiété, épuisement, déshydratation, contractions utérines inefficaces, mauvaise position maternelle comme la femme couchée sur le dos, infection, position/présentation dystocique.

### 3. Le travail n'est pas prolongé, il n'y a pas de signes de dystocie mécanique et les conditions maternelles et fœtales sont rassurantes.

- Fournir des soins de soutien au travail.

Dites : **Vous souvenez-vous de ce que nous avons appris dans le module AMS Soins essentiels pour le travail et l'accouchement ? Quelqu'un peut-il me donner des exemples de la manière de soutenir la femme ?**

L'encourager à se déplacer, à vider la vessie, à boire des liquides sucrés, et aider l'accompagnant(e) à la reconforter. Offrir des encouragements.

**Rappel :** Lorsque le travail est prolongé, la partie la plus importante de l'évaluation consiste à écarter la DCP ou la dystocie mécanique. Si le diagnostic est retardé, l'état de la femme et de son bébé peut se détériorer rapidement, entraînant des complications graves, voire la mort.

## Vérification des connaissances

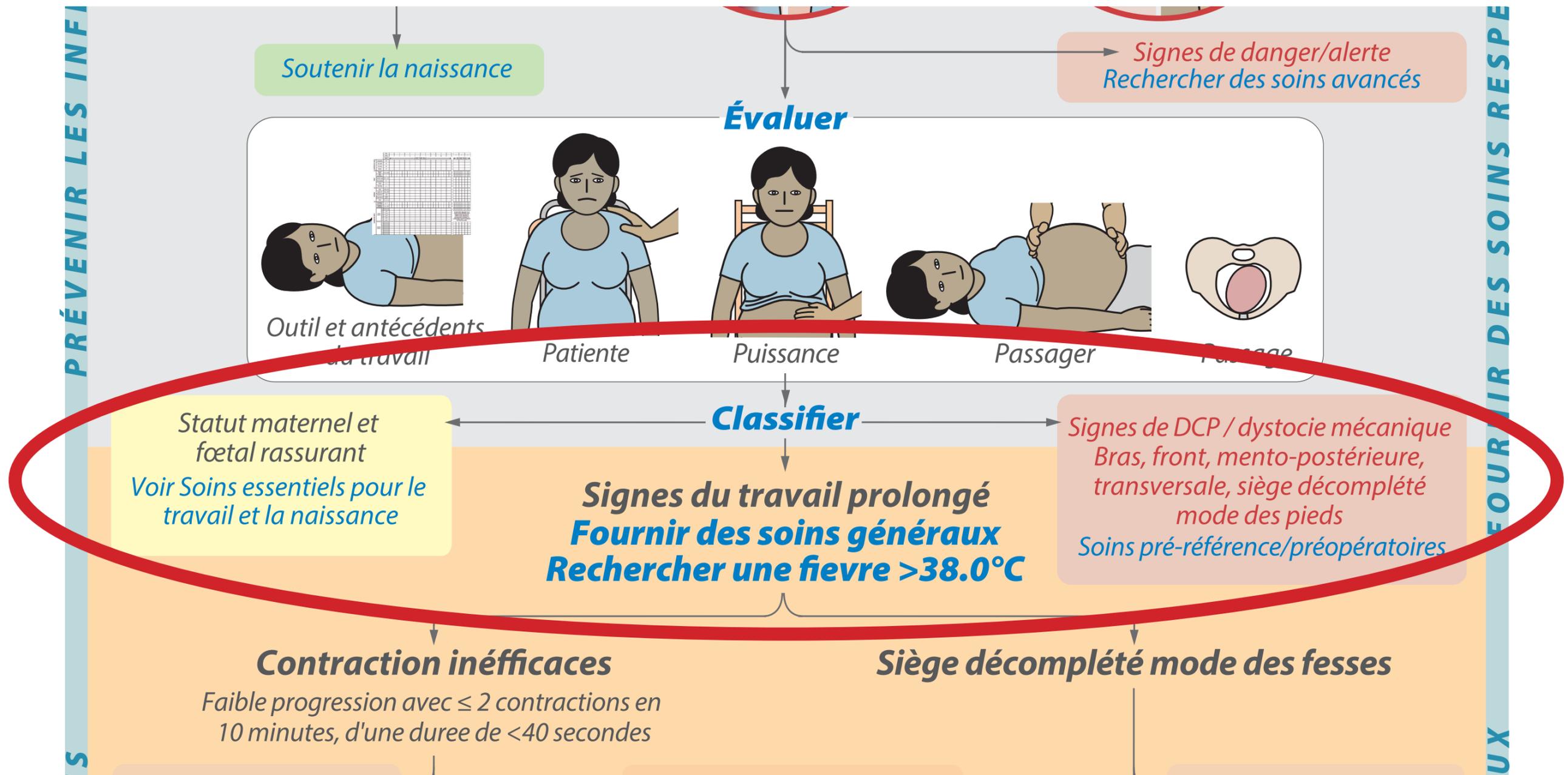
Quelle est la différence entre travail prolongé et dystocie mécanique ?

- Lorsque le travail est prolongé, les contractions peuvent être inefficaces, la femme peut être en détresse ou déshydratée ou avoir une infection, ou le bébé peut être dans une position autre que la position occipitale antérieure.
- En cas de dystocie mécanique, les contractions sont généralement efficaces mais le travail ne progresse pas normalement.

Quels sont les risques du travail prolongé et de la dystocie mécanique ?

- Infection, rupture utérine, fistule obstétricale, détresse fœtale, dystocie des épaules, asphyxie, HPP et décès maternel et fœtal.

# Classifier



# EXERCICE

## Classifier

### PLAN D'ACTION

# Travail prolongé et dystocie mécanique

## Évaluation rapide



PRÉVENIR LES INFECTIONS

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

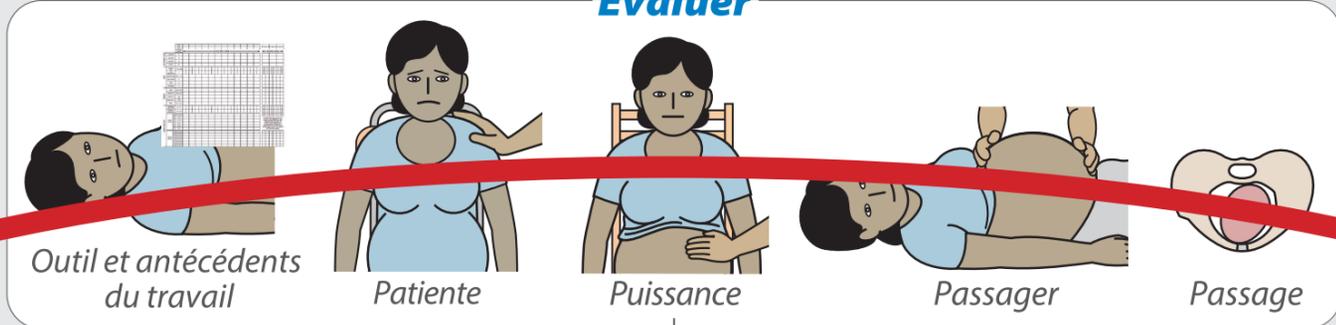
Naissance imminente ?

Soutenir la naissance



Signes de danger/alerte  
Rechercher des soins avancés

### Évaluer



### Classifier

Statut maternel et foetal rassurant  
Voir Soins essentiels pour le travail et la naissance

**Signes du travail prolongé**  
**Fournir des soins généraux**  
**Rechercher une fièvre >38.0°C**

Signes de DCP / dystocie mécanique  
Bras, front, mento-postérieure, transversale, siège décompleté mode des pieds  
Soins pré-référence/préopératoires

### Contraction inefficaces

Faible progression avec  $\leq 2$  contractions en 10 minutes, d'une durée de <40 secondes

Si pas d'ocytocine OU  
Si pas dans un établissement offrant des SONU  
Rechercher des soins avancés

La dilatation cervicale est plus lente que la normale si :

- 5 cm pendant  $\geq 6$  heures
- 6 cm pendant  $\geq 5$  heures
- 7 cm pendant  $\geq 3$  heures
- 8 cm pendant  $\geq 2,5$  heures

### Siège décompleté mode des fesses

Si pas dans un établissement offrant des SONU  
Rechercher des soins avancés

Si dans un établissement

# EXERCICE

## Classifier

Pratiquez en groupes de 3-4 personnes. Portez le simulateur avec l'insert de 6 cm en place et le bébé en position occipitale gauche postérieure. Demandez à un volontaire d'être le prestataire et à un autre d'être votre accompagnant(e). Vous ne donnerez les résultats des évaluations du scénario ci-dessous que si l'apprenant jouant le rôle du prestataire a effectué l'évaluation.

Dites : **Mme A., 21 ans, G1P0, est venue de chez elle après avoir ressenti des douleurs de travail pendant 24 heures. Lors de son admission, elle marchait avec l'aide de ses proches et semblait épuisée. Il est 21h00 et je suis Mme A. Commencez votre évaluation.**

### **Évaluation rapide à 21 heures :**

- Aucun signe de danger et signale des mouvements fœtaux positifs.
- Signes vitaux : T 37,9°C, Pouls 110 et régulier, TA 118/72, Respirations 22.
- RCF : 152/minute entre les contractions.
- Yeux enfoncés, bouche sèche et la peau de son avant-bras se rétracte lentement

lorsqu'on pince. Elle dit qu'elle n'urine pas beaucoup.

- Les conjonctives sont roses.
- Tolère et peut parler durant les contractions.

### **Antécédents et examen du dossier de travail :**

- Pas de dossier de travail disponible.
- Contractions irrégulières pendant 24 heures, perte de liquide clair pendant 3-4 heures.
- Pas de visites de CPN, mais dit que les dernières règles remontent à environ 9 mois.
- Pas d'antécédents de chirurgie gynécologique ou obstétrique.
- Antécédents médicaux sans particularité
- Elle vit avec son mari.
- Pas d'antécédents de maladie chronique ni de tabagisme, d'alcoolisme ou de toxicomanie.

### **Examen :**

- La hauteur du fond utérin est de 37 cm.
- Contractions 2/10 minutes durant 30 secondes.
- L'utérus n'est pas sensible.
- La vessie n'est pas distendue.
- Présentation : Céphalique
- Niveau d'engagement : 3/5
- Toucher vaginal : 6 cm et souple.
- Les membranes sont rompues, liquide est clair.
- Position : occipitale gauche postérieure
- Pas de bosse sérosanguine ni de modelage.

Après avoir terminé l'évaluation, demandez aux prestataires :

### **Quel est le diagnostic le plus probable ?**

- Phase active du premier stade, moins de 3 contractions en 10 minutes durant moins de 40 secondes, déshydratation, position dystocique.

### **Mme A a-t-elle des signes de DCP ou de dystocie mécanique ?**

- Pas pour le moment

### **Mme A a-t-elle besoin de soins avancés ?**

- Pas pour le moment

### **Débriefing**

Lorsque vous avez terminé, faites un débriefing avec l'équipe. Demandez au prestataire d'évaluer sa performance, puis invitez les autres à faire des commentaires :

- **Qu'est-ce que le prestataire a bien fait ?**
- **Y a-t-il quelque chose que le prestataire a oublié de faire ?**
- **Quels sont les examens ou examens de laboratoire supplémentaires à faire ? (Examens de laboratoire pendant la grossesse.)**
- **Y a-t-il des informations supplémentaires que l'intervenant doit obtenir de la femme ?**



## Expliquez

**Agir rapidement et s'assurer que les urgences sont traitées en premier.** Stabiliser rapidement la femme. L'évaluation aidera à décider des soins dont elle a besoin. Par exemple, elle aura besoin d'une perfusion en IV et, selon l'évaluation, d'antibiotiques, d'oxygène ou d'analgésiques. Si le bébé est mort, la femme et sa famille ont besoin de conseils pour se préparer à la naissance d'un enfant mort-né. Dans certains endroits, une craniotomie peut être pratiquée pour éviter une césarienne si le bébé est mort.

**S'il s'agit d'une DCP, d'une dystocie mécanique, d'une position/présentation dystocique, ou d'une complication qui ne peut pas être prise en charge dans cet établissement :**

- Donner des soins pré-référence et / ou préopératoires.

- Si des soins avancés sont disponibles dans cet établissement, contacter le médecin pour qu'il vienne apporter des conseils sur ses soins. Mettre en place le plan de transport si elle doit être référée.
- Jusqu'à ce que les soins de la femme soient transférés à l'équipe chirurgicale :
  - Préparer la femme aux soins avancés.
  - Apporter un soutien général au travail et un soutien émotionnel.
  - Surveiller de très près la femme, son bébé et l'évolution du travail.
  - S'assurer qu'elle bénéficie d'un soulagement adéquat de la douleur !
  - Veiller à consigner toutes les constatations sur le dossier de travail ou le partogramme, y compris la position/présentation dystocique.

## Discutez

*Demandez aux apprenants de se reporter aux « Actions clés » pour les soins pré-référence aux pages 38-39 du GP1 pour répondre aux questions suivantes.*

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

- Expliquer à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui se passe et pourquoi une césarienne ou une référence est nécessaire. Répondre à toutes les questions.
- Donner des soins de soutien et un soutien au travail. Discuter des résultats avec elle, expli-

quer les tests et procédures proposés, l'écouter et être sensible à ses sentiments, obtenir son consentement.

**Quelles femmes doivent prendre des antibiotiques ?**

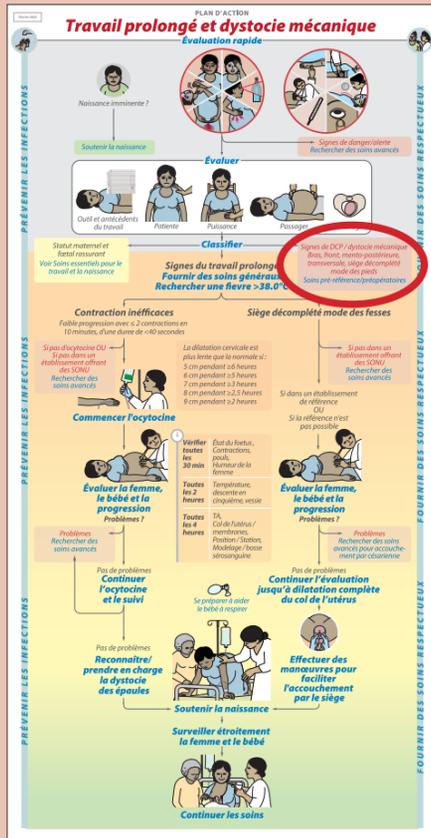
- Administrer des antibiotiques en présence de signes d'infection (température >38°C, pertes vaginales malodorantes, sensibilité utérine).
  - ampicilline 2 g IV toutes les six heures PLUS
  - gentamicine 5 mg/kg de poids corporel IV toutes les 24 heures.

**Comment allez-vous prendre en charge les liquides ?**

- Placer une perfusion (lactate de Ringer ou solution sérum physiologique).
- Si la femme est en état de choc ou si elle doit subir une césarienne, placer une sonde de Foley à demeure dans la vessie pour vous assurer qu'elle reste vide et pour enregistrer avec précision le débit.
- Enregistrer tous les liquides perfusés, l'apport de liquides par voie orale et le débit urinaire.
- **Remarque :** Ne pas administrer de liquides par voie orale à une femme en état de choc !

**Quels autres soins allez-vous fournir ?**

- Placer la femme en position latérale gauche pour améliorer la circulation sanguine vers l'utérus et les autres organes vitaux.
- Assurer le traitement de la douleur si nécessaire.
- Continuer à surveiller de près la progression du travail et l'état de la femme et de son fœtus. Ne jamais la laisser seule.



En cas de signes de DCP/dystocie mécanique ou de présentation/position dystocique nécessitant une césarienne

# Donner des soins pré-référence / préopératoires



- ✓ Signes de dystocie mécanique
- ✓ Signes de DCP
- ✓ Présentation mixte, mensonge transversal
- ✓ Position mento-postérieure
- ✓ Présentation du front, de l'épaule, du siège mode des pieds, du siège complet ou décompleté avec tête fœtale mal fléchie



## Expliquez

Avant de prendre en charge un travail prolongé, s'assurer d'avoir exclu la dystocie mécanique, la DCP et les positions dystociques nécessitant une césarienne.

Il faut se rappeler que le col de l'utérus peut ne pas se dilater à une vitesse de 1 cm/heure même pendant la phase active. **Si la femme et son bébé se portent bien, qu'il n'y a aucun signe de dystocie mécanique ou de DCP, et que le travail progresse au moins lentement, ne pas essayer d'accélérer le travail et l'accouchement par augmentation ou césarienne.**

- Donner des soins de soutien qui peuvent améliorer les contractions et les progrès.
- Expliquer toujours ce qui se passe, les options qui s'offrent à elle, et obtenir son consentement avant de procéder.
- Continuer à surveiller de près la femme, son bébé et la progression du travail afin de pouvoir identifier rapidement tout problème et agir vite.

## Démontrez

### Soins à prodiguer pendant l'accouchement

#### Lorsque la vidéo n'est pas disponible

##### Démontrez

##### • Donner des soins de soutien :

- Veiller à préserver l'intimité.
- L'encourager à avoir une personne de son choix à ses côtés.
- Encourager l'accompagnant(e) à la reconforter. Lui demander de frotter le dos de la femme, d'essuyer son visage et son front avec un linge frais, de l'aider à se déplacer et à changer de position.
- La soutenir et l'encourager. Respecter ses souhaits.
- Montrer et encourager les techniques de respiration.
- Si la raison pour laquelle le travail se prolonge est identifiée, prendre en charge le problème.
- Continuer à surveiller et à enregistrer le bien-être de la femme et de son bébé et **réagir immédiatement si un problème quelconque est identifié :**
  - Progression de la dilatation du col
  - RCF
  - Modelage
  - Liquide amniotique
  - Descente du fœtus
  - Contractions utérines

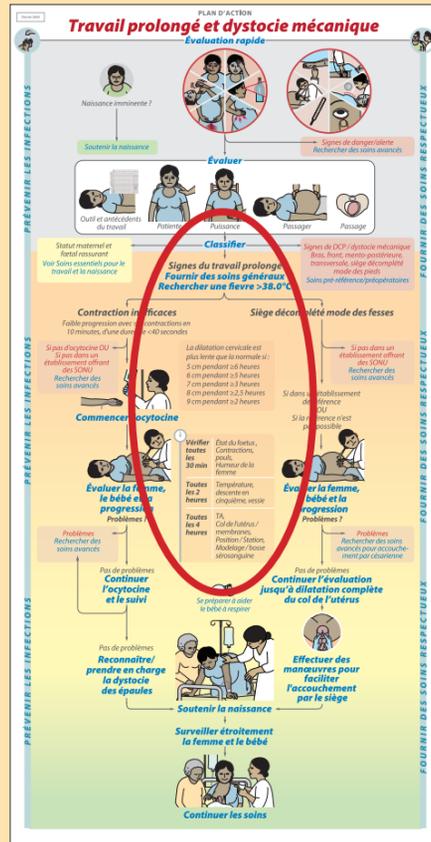
- Température maternelle (agir si élevée), pouls, TA et débit urinaire
- Adaptation maternelle
- Encourager la femme à vider régulièrement la vessie.
- L'encourager à boire au moins une tasse de liquide par heure.
- L'encourager à manger si elle a faim.
- L'encourager à bouger et à rester debout plutôt qu'allongée si possible.
- Expliquer les résultats de toutes les évaluations à la femme et à l'accompagnant(e).
- Proposer une prise en charge de la douleur pendant le travail en fonction des préférences de la femme et de la disponibilité : techniques de relaxation, soutien émotionnel, massage, compresses chaudes ou froides, respiration, bain, péridurale ou analgésie aux opioïdes.
- Si certaines constatations ne sont pas rassurantes, agir rapidement et rechercher des soins avancés.

##### Remarque sur les soins avancés

En fonction des protocoles et des normes locales, rechercher immédiatement des soins avancés si le travail continue à progresser lentement malgré les soins ou si l'état maternel et/ou fœtal n'est pas rassurant.

Si les apprenants ont une formation et une autorisation supplémentaires pour fournir des soins avancés, ils doivent agir dans leur champ d'exercice.

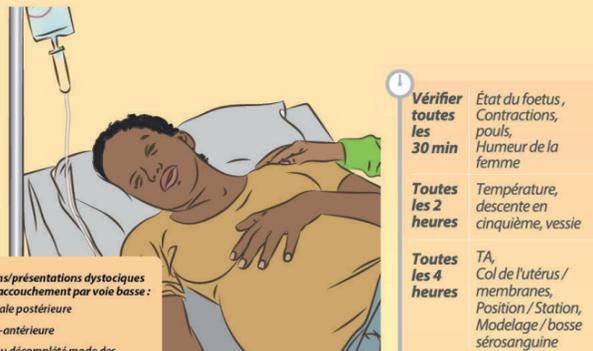
# En cas de signes de travail prolongé Fournir des soins généraux



- ✓ La dilatation du col de l'utérus est plus lente que la normale.
- ✓ La descente est plus lente que la normale.
- ✓ L'accouchement n'a pas eu lieu dans les 2 (multipares) ou 3 heures (nullipares) après l'envie spontanée de pousser au deuxième stade.

<b>Vérifier toutes les 30 min</b>	État du fœtus, Contractions, pouls, Humeur de la femme
<b>Toutes les 2 heures</b>	Température, descente en cinquième, vessie
<b>Toutes les 4 heures</b>	TA, Col de l'utérus / membranes, Position / Station, Modelage / bosse sérosanguine

En cas de signes de travail prolongé avec position dystocique  
**Fournir des soins généraux**



**Vérifier toutes les 30 min** État du fœtus, Contractions, pouls, Humeur de la femme

**Toutes les 2 heures** Température, descente en cinquième, vessie

**Toutes les 4 heures** TA, Col de l'utérus / membranes, Position / Station, Modelage / bosse sérosanguine

Seules ces positions/présentations dystociques ont une chance d'accouchement par voie basse :

- ✓ position occipitale postérieure
- ✓ position mento-antérieure
- ✓ siège complet ou décompleté mode des fesses avec une tête fœtale bien fléchie

## Expliquez

Seules ces positions / présentations pourraient éventuellement permettre à la femme d'accoucher par voie basse :

- position occipitale postérieure
- position mento-antérieure
- présentation du siège complet ou décompleté mode des fesses avec une tête fœtale bien fléchie

**Si une échographie est disponible**, confirmer la présentation et la position à l'aide de l'échographie. Agir rapidement si les suivantes sont identifiées : une position mento-postérieure ; un mensonge transversal ; une présentation mixte, de l'épaule, du front, du siège décompleté mode des pieds ; du siège complet ou décompleté avec une tête fœtale mal fléchie !

**Elle a besoin de soins avancés et peut avoir besoin d'une césarienne.**

Fournir des soins généraux et surveiller de près la femme, le bébé et le déroulement du travail.

**Agir rapidement en cas de résultats anormaux !**

## Vérification des connaissances

**Comment prendriez-vous en charge une femme dont le fœtus est en position occipitale postérieure ?**

- Dites à la femme et à l'accompagnant(e) que la position occipitale postérieure peut ralentir sa progression et provoquer des douleurs dorsales.
- Demandez-lui de se mettre à quatre pattes pour aider le fœtus à changer de position et à passer en position occipitale antérieure.
- Réévaluez la position à chaque toucher vaginal.

**Comment prendriez-vous en charge une femme dont le fœtus présente un asynclitisme ?**

- Expliquez-lui ce que cela signifie et que de nombreux bébés entrent dans le bassin dans cette position. Dites-lui que la plupart des bébés se redressent pendant le travail.
- Dites-lui que cela peut ralentir la progression du travail et qu'elle peut ressentir une douleur dans une hanche ou l'autre.
- Demandez-lui d'essayer 1) de s'agenouiller en avant, les bras croisés sur le sol devant elle, la tête reposant sur ses bras. 2) de monter et de descendre des escaliers ou, s'il n'y en a pas, de faire de petits pas vers l'avant en position semi-acroupie ou complètement accroupie.
- Réévaluez la position à chaque toucher vaginal.

**Quel est le risque pour le travail si le fœtus est en position occipitale ou en position asynclique ?**

- Un travail prolongé ou une dystocie mécanique.

**Comment allez-vous surveiller les femmes ayant une position/présentation dystocique qui a une chance d'accouchement par voie basse ?**

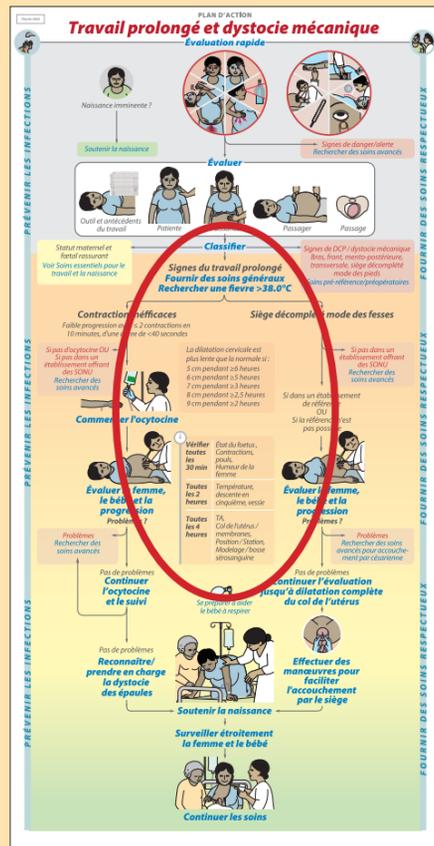
- Fournissez un soutien général au travail.
- Surveillez la femme, son bébé et l'évolution du travail de très près car elle risque un travail prolongé ou une dystocie mécanique.
- Assurez-vous qu'elle bénéficie d'un soulagement adéquat de la douleur !
- Veillez à noter tous les résultats sur le dossier de travail ou le partogramme, y compris la position/présentation.
- Si l'on soupçonne une dystocie mécanique ou une DCP, la femme doit être référée pour des soins avancés.

### Remarque sur les soins avancés

Selon les normes et protocoles locaux, rechercher immédiatement des soins avancés si :

- Le travail ne progresse pas normalement avec une présentation du siège complète, ou décompletée mode des fesses, une position occipitale postérieure ou de l'asynclitisme.
- Il n'y a pas de prestataires compétents et à l'aise pour aider à un accouchement par le siège par voie basse.

Si les apprenants ont une formation et une autorisation supplémentaires pour prodiguer des soins avancés, ils doivent agir dans leur champ d'exercice. Idéalement, les accouchements par le siège ne devraient avoir lieu que dans des établissements de santé ayant la possibilité de pratiquer une césarienne.



# En cas de signes de travail prolongé *avec position dystocique* **Fournir des soins généraux**



**Seules ces positions/présentations dystociques ont une chance d'accouchement par voie basse :**

- ✓ position occipitale postérieure
- ✓ position mento-antérieure
- ✓ siège complet ou décompleté mode des fesses avec une tête fœtale bien fléchie

<b>Vérifier toutes les 30 min</b>	État du fœtus, Contractions, pouls, Humeur de la femme
<b>Toutes les 2 heures</b>	Température, descente en cinquième, vessie
<b>Toutes les 4 heures</b>	TA, Col de l'utérus / membranes, Position / Station, Modelage / bosse sérosanguine



## Expliquez

Une femme dont le travail est prolongé peut avoir un risque accru d'infection. Surveiller attentivement sa température et réagir immédiatement si elle est supérieure à 38°C.

Il y a 4 causes principales de fièvre pendant le travail :

- Infection utérine ou chorioamnionite
- Infection non-obstétricale
- Température excessive ou déshydratation
- Périurale pendant plus de 4 heures

**La chorioamnionite met en danger la femme et le fœtus et doit toujours être écartée lorsque la température de la femme est élevée et/ou que le RCF est plus rapide que la normale.**

Etre attentif aux causes courantes de la fièvre dans la communauté. Effectuer une anamnèse et un examen physique ciblés pour trouver la cause.

## Démontrez

Démontrez comment identifier la cause la plus probable de la fièvre pendant le travail, en demandant à un volontaire de porter le simulateur. Demandez aux apprenants de se référer aux pages 43-46 du GP1 pendant votre démonstration.

- Effectuer un **examen rapide** de l'état général de la femme, y compris les signes vitaux, le comportement, la perte de sang et la couleur de la peau.
- **Si un choc est suspecté**, agir rapidement pour la traiter !
- Vérifier le rythme cardiaque fœtal.
- Effectuer un examen physique ciblé en fonction des signes et des symptômes.
- Vérifier si elle présente une sensibilité abdominale, des pertes vaginales malodorantes, une douleur à la miction, une douleur dorsale intense autour des reins, une toux productive, un essoufflement, une douleur thoracique, une douleur à la respiration, un mal de gorge, un mal de tête, des frissons, une douleur abdominale, une diarrhée, des vomissements, etc.
- Poser des questions sur l'exposition au paludisme ou à d'autres maladies.
- Examiner le dossier et les antécédents du travail, y compris les aspects médicaux, obstétricaux, la grossesse actuelle et le travail.
- Effectuer des tests de laboratoire selon les indications de l'examen.
- Poser un diagnostic et prendre en charge la fièvre en fonction de sa cause.

- Continuer à surveiller de près la femme, le fœtus et l'évolution du travail.

## Vérification des connaissances

**Quels sont les signes d'une infection utérine pendant le travail ?**

*Température >38°C, sensibilité abdominale ou utérine, pertes vaginales ou liquide amniotique malodorants, RCF rapide >160 bpm, pouls maternel rapide >100 bpm. D'autres signes peuvent inclure des frissons ou des saignements vaginaux légers.*

**Quelles sont les autres causes possibles de la fièvre pendant le travail ?**

*Infection des voies urinaires, pyélonéphrite, pneumonie, paludisme, déshydratation, anesthésie péridurale.*

**Quel pouls et quelle TA indiquent que la femme est peut-être en état de choc ?**

- *Pouls rapide et faible : 110 battements par minute ou plus*
- *TA basse : TA systolique inférieure à 90 mmHg*
- *Respirations rapides : 30 ou plus par minute.*



# EXERCICE

## Cause de la fièvre maternelle

Repartissez les apprenants en groupes de 3-4 personnes. En tant que facilitateur, jouez le rôle de la « femme » et ne donnez les résultats des évaluations que si l'apprenant jouant le rôle du « prestataire » fait chaque évaluation.

### SCÉNARIO :

Mme L. a été en travail à la maison pendant environ 4 heures avant de venir au centre de santé. Elle dit que les membranes se sont rompues environ une heure après le début du travail. Elle vit dans une région où le paludisme est endémique et a reçu sa dernière dose de Fansidar 2 semaines avant le début du travail.

### Contractions :

- Mme L. parle pendant ses contractions et n'a pas envie de pousser. Elle a 3 contractions en 10 minutes, chacune durant 60 secondes.

### Signes de danger :

- Se plaint d'une forte fièvre et de frissons

### Signes vitaux :

- Pouls 100 b/min
- Température 39,8°C
- TA 112/72

### Conjonctives :

- Pales

### Signes de déshydratation :

- La bouche est sèche
- La peau se remet lentement à la normale lorsqu'elle est pincée

### Psyché :

- Anxieuse et effrayée par l'accouchement imminent

### Signes/Symptômes :

- Elle nie avoir des envies fréquentes et douloureuses d'uriner, une toux productive, des douleurs thoraciques, des douleurs à la respiration, des maux de gorge, des maux de tête, des diarrhées et des vomissements.

### Examen physique ciblé :

- La nuque n'est pas raide
- Le bruit des poumons est clair
- L'utérus est sensible
- Présentation : Céphalique
- RCF : 164 bpm
- La vessie n'est pas sensible, il n'y a pas de sensibilité au niveau de l'angle costo-vertébral.

- Toucher vaginal : La vulve n'est pas œdémateuse, liquide amniotique verdâtre et malodorant.
- Examen du col de l'utérus : 6 cm, souple, position occipitale antérieure

### Laboratoire :

- Cétones ++, leucocytes 0, nitrites 0, protéines +.
- Test rapide de paludisme négatif

*Demandez au prestataire ;*

### Quelle est la cause la plus probable de la fièvre ?

- Infection utérine (ou chorioamnionite)
- Déshydratation

### Debrief

*Une fois le scénario terminé, demandez au prestataire d'évaluer sa performance, puis invitez les autres à faire des observations :*

1. Qu'est-ce que le prestataire a fait de bien ?
2. Le prestataire a-t-il manqué quelque chose ?
3. Quels sont les examens ou les analyses supplémentaires à effectuer ?
4. Y a-t-il des informations supplémentaires que le prestataire doit obtenir de la femme ?

# EXERCICE

Cause de la fièvre  
maternelle

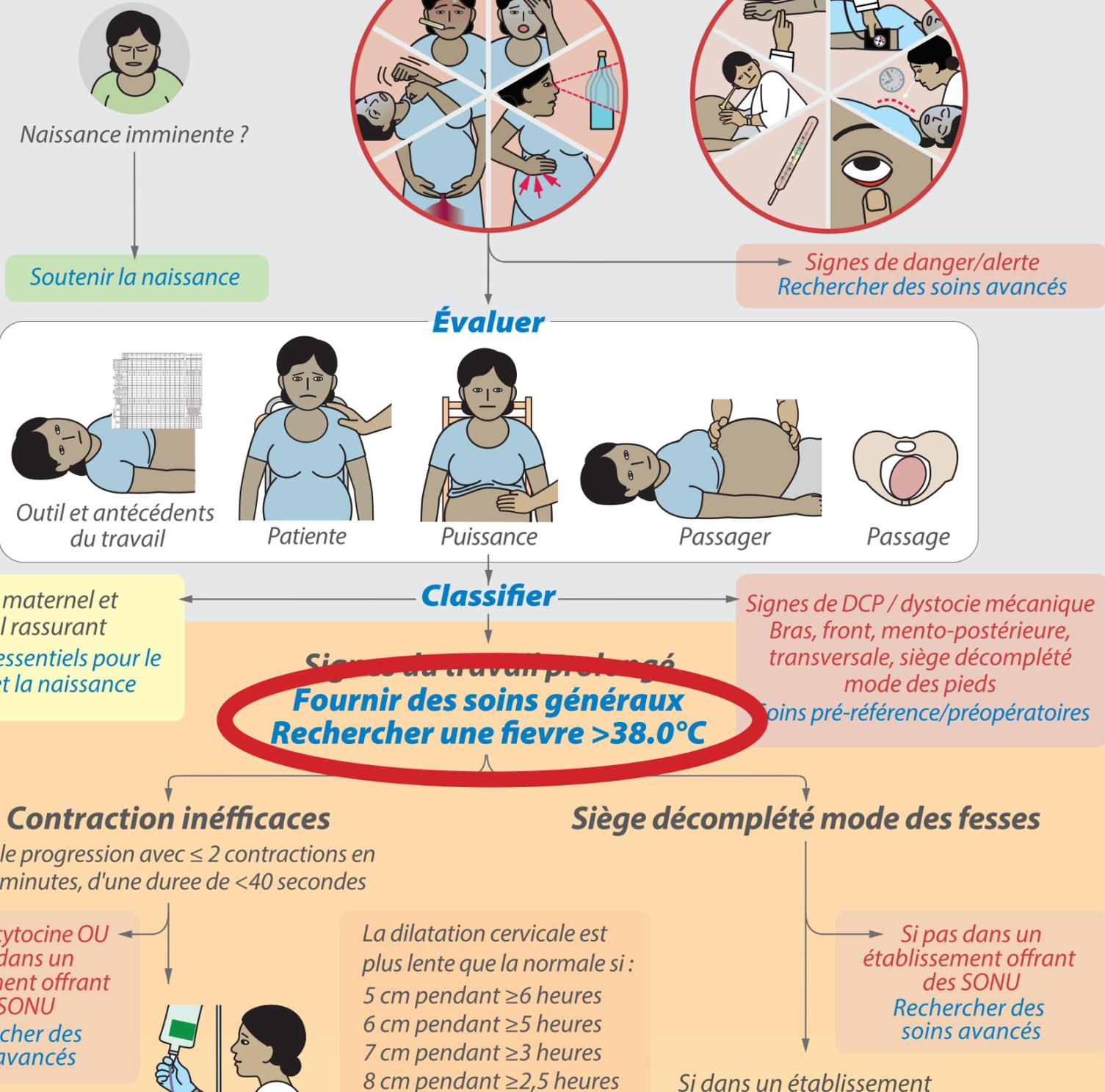
PRÉVENIR LES INFECTIONS

INFECTIONS

PLAN D'ACTION

## Travail prolongé et dystocie mécanique

Évaluation rapide



FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX



## Expliquez

Un diagnostic et un traitement précoces de l'infection utérine améliorent les chances d'une femme et d'un bébé en bonne santé.

- Une femme présentant une infection utérine peut développer un choc dû à une septicémie. C'est une des principales causes de décès maternel et néonatal.
- Surveiller étroitement la femme, son bébé et le déroulement du travail.
- Après l'accouchement, donner au bébé des antibiotiques prophylactiques pendant au moins 2 jours et rechercher de près les signes de septicémie !

**Traiter l'infection utérine pendant le travail : Antibiotiques.** Suivre les protocoles locaux ou donnez :

- Ampicilline 2 g IV toutes les 6 heures PLUS
- Gentamicine 5 mg/kg de poids corporel IV toutes les 24 heures

Si la femme doit avoir un accouchement par césarienne, nettoyer le vagin avec de la polyvidone iodée avant l'opération.

### Soins de soutien

Si un **choc est suspecté**, commencer immédiatement le traitement. S'il n'y a pas de signes de choc, garder le choc à l'esprit et agir rapidement s'il se développe !

- Encourager l'administration de liquides (par voie orale ou intraveineuse). Si la déshydratation est soupçonnée, ajuster le débit de la perfusion pour remplacer les liquides et traiter la déshydratation.
  - **En cas de choc**, perfuser rapidement des liquides IV (solution sérum physiologique ou lactate de Ringer) à raison de 1 L en 15-20 minutes. Donner au moins 2 litres au cours de la première heure. Si l'état de la femme s'améliore, ajuster le taux de perfusion à 1 L en six heures.
  - En cas de fièvre ou de déshydratation, perfuser initialement des liquides IV à raison de 1 litre en 4 heures. Si l'état de la femme s'améliore, ajuster le taux de perfusion à 1 L en six-huit heures.
  - Pour une perfusion d'entretien, perfuser des liquides IV à raison de 1 L en 6 heures.
- Utiliser un ventilateur ou une éponge fraîche pour apporter du confort et aider à réduire la température.
- Donner du paracétamol 500-1000 mg toutes

les six à huit heures (maximum de 3000 mg en 24 heures) pour réduire la température.

- **S'assurer qu'elle bénéficie d'un traitement adéquat de la douleur.** Les contractions d'un utérus infecté peuvent être très douloureuses !

### Suivi

Surveiller de près la femme, le déroulement du travail et le bébé.

- Commencer un traitement supplémentaire ou s'adresser à un spécialiste si son état s'aggrave.
- Tant que tous les autres résultats restent normaux, poursuivre le traitement de l'infection et apporter un soutien affectif et un réconfort continus.

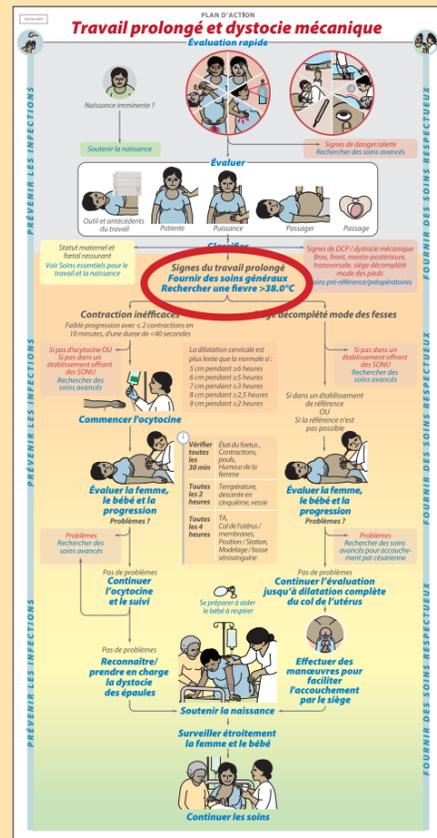
## Démontrez

### ▶ Infection utérine

*Si vous le pouvez, montrez la vidéo pour revoir la prise en charge des femmes souffrant d'une infection utérine pendant le travail. Si la vidéo n'est pas disponible, faites une démonstration de l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse.*

## Vérification des connaissances

*Quelle est la dose recommandée d'antibiotiques pour traiter une infection utérine pendant le travail ?  
Ampicilline 2gm IV toutes les 6 heures et Gentamicine 5mg/kg IV par jour - à ajuster selon le protocole local.*



# En cas d'infection utérine

## Donner des fluides et des antibiotiques par voie IV

## Donner un réducteur de fièvre



✓ Température >38 °C

PLUS

✓ Sensibilité du fond utérin

ET/OU

✓ Pertes vaginales malodorantes

# Remerciements



## Aider les mères à survivre - Travail prolongé et dystocie mécanique

### Tableaux à feuilles mobiles du facilitateur

#### Auteurs

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

Nuriya Robinson, MD, FACOG Harbor-UCLA  
Medical Center

#### Réviseurs

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

Florence West, RNM MIPH PhD  
International Confederation of Midwives

Michelle Acorn, DNP, NP PHC/Adult,  
CGNC, FCAN, FAAN ICN Chief Nurse  
International Council of Nurses

Gaudiosa Tibajuka, MEd, RN, RM  
Chrisostom Lipingu, MD, MMED OBGYN  
John E. Varallo, MD, MPH, FACOG  
Jhpiego

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

France Donnay, MD, FACOG, FRCOG, MPH  
Kings College, London  
Vineeta Gupta MD, JD, LL.M  
Melvin H. Seid, MD, FACOG, Kybele, Inc.

#### Directeur artistique en conception pédagogique

Anne Jorunn Svalastog Johnsen  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norway

#### Illustrateur

Bjørn Mike Boge  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norway

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

*Le module « Aider les mères à survivre – Travail prolongé et dystocie mécanique » a été conçu et élaboré par une équipe du Leadership technique de Jhpiego en partenariat avec le Collège américain des obstétriciens et gynécologues.*

.....

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



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

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



*La traduction française du Travail prolongé et dystocie mécanique a été rendue possible grâce à la généreuse donation du Dr Jim et Patti Walker.*