

Aider les mères à survivre
Saignements après la naissance - Complète

Guide du prestataire - Deuxième édition



Aider les mères à survivre
Saignements après la naissance Complète

Guide du prestataire

Auteurs

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

Relecteurs

Jen Breads, MSN, MPH
Kayla Britt, BA
Peter Johnson, PhD, CNM
Sheena Currie, RM, MEd
Gaudiosa Tibajuka, MEd, RN, RM
Rosemary Kamunya, MA, DN/M
Bonnie Dowling, MPH, MSN
Barbara Deller, CNM, MPH
Jhpiego

Nester T. Moyo, MScN, SCM, RN
International Confederation of Midwives

Ida Neuman, BPol, MMedSci, MHP
Laerdal Global Health

Comité éditorial du programme Aider les nouveau-nés à respirer

Susan Niermeyer, MD, MPH, FAAP
William J. Keenan, MD, FAAP
George A. Little, MD, FAAP
Nalini Singhal, MD, FRCPC, FAAP

Évaluation et analyse des données

Cherrie Lynn Evans, DrPH, CNM
Eva Bazant, DrPH, MPH
Jhpiego

Éditeur en conception pédagogique / Directeur artistique

Anne Jorunn Svalastog Johnsen
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Illustrateur

Bjorn Mike Boge
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Remerciements

Le module de formation « Gestion des saignements après la naissance » du programme « Aider les mères à survivre » a commencé par le module « Saignement après la naissance » (SAN), un paquet de compétences pour la prévention, la détection et la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum (HPP). Suite aux demandes du monde entier pour étendre le module pour inclure une gestion élargie de l'HPP, le module « Saignements après la naissance - Complète » (SAN-C) a été élaboré. Le premier module « SAN » a été conçu et élaboré par une équipe du Bureau d'apprentissage mondial (Global Learning Office) de Jhpiego dirigé par Cherrie Evans et Peter Johnson. L'élaboration du module SAN-C a été dirigée par Laura Fitzgerald.

Nous exprimons notre sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire les décès inutiles des femmes et de leurs nouveau-nés. Nous souhaitons remercier tout particulièrement ceux qui ont orienté le développement de ces documents, notamment la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Académie Américaine de la Pédiatrie (AAP). Nous souhaitons remercier nos collègues partenaires au Malawi, en Inde, en Tanzanie et en Afghanistan pour avoir contribué à l'expérimentation de ces documents. Nos remerciements à Anne Jorunn Svalastog Johnsen, la conceptrice graphique et l'illustratrice chez Laerdal pour son inestimable collaboration à rendre ce matériel accessible à tous.



Ce travail a été rendu possible grâce au soutien généreux de La Fondation Laerdal pour la médecine d'urgence, et Jhpiego, affilié à l'Université Johns Hopkins, et Laerdal Global Health.



Jhpiego est une organisation de santé à but non lucratif, affiliée à l'Université Johns Hopkins. Pendant 40 ans, Jhpiego a habilité des agents de santé de première ligne à concevoir et mettre en œuvre des solutions pratiques, efficaces et à coût restreint pour renforcer la prestation des soins de santé auprès des femmes et leur famille.



Sauver des vies à la naissance

Les programmes de formation de l'approche «Aider les mères à survivre [Helping Mothers Survive - HMS) et «Aider les bébés à survivre» (Helping Babies Survive - HBS) traitent des besoins en soins vitaux aux femmes et aux nouveau-nés. En renforçant les capacités des professionnels de santé à assurer des soins avant, pendant et après la naissance, des décès inutiles peuvent être évités. En ciblant les prestataires de tout niveau qui assistent aux accouchements ou qui sont appelés à gérer les complications, les formations « Aider les mères à survivre » et « Aider les bébés à survivre » donnent aux prestataires de santé de première ligne les outils nécessaires pour assurer des soins de qualité et basés sur des preuves, et pour identifier et gérer rapidement les complications qui mettent la vie en danger.

Reconnaissant que les soins apportés aux femmes et aux bébés doivent être intégrés afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles, les formations « Aider les mères à survivre » et « Aider les bébés à survivre » utilisent toutes deux des approches pratiques et interactives. Les deux formations incluent l'apprentissage en équipe, la pratique des compétences et la simulation, avec une pratique et une rétroaction immédiates. Chaque module est basé sur un apprentissage interactif à faible dose et haute fréquence (FDHF), suivi d'une pratique répétée en équipe sur le lieu de travail dans le but

de renforcer et de maintenir les compétences.

La formation sur les « Saignements après la Naissance - Complète » (SAN-C) est un pro-gramme de formation conçu pour des équipes d'agents de santé qui fournissent des soins aux femmes et aux nouveau-nés pendant l'accouchement. Il peut s'agir de prestataires qualifiés tels que les sages-femmes, les infirmières et les médecins, et ceux qui les aident. La formation sur le module « Aider les mères à survivre » / SAN-C aide les prestataires à maîtriser les compétences nécessaires pour prévenir, détecter et gérer avec efficacité et en toute sécurité l'hémorragie du post-partum (HPP). Le module de formation SAN-C du programme « Aider les mères à survivre » est conçu sous forme de formation sur le site d'une journée ou deux en fonction du niveau des soins dispensés et des participants.

Les documents inclus dans ce module de formation sont :

1. Les **Plans d'action** sont des aide-mémoires graphiques qui aident les prestataires à prévenir, identifier et gérer l'HPP. Le Plan d'action SAN-C étudié pendant la Journée 1 comprend la Gestion active de la troisième période de l'accouchement, la surveillance et l'identification précoce et la gestion initiale de l'HPP. Le deuxième Plan d'action, étudié pendant la Journée 2, couvre la prévention et la prise en charge du choc dû à l'HPP et comprend des compétences de la gestion plus avancée de l'HPP.

2. Les **tableaux à feuilles mobiles du formateur** sont utilisés à des fins d'instructions et peuvent servir de document de référence après la formation initiale.

3. Ce **Guide du prestataire** est destiné aussi bien aux facilitateurs qu'aux apprenants. Il contient des informations sur la pratique continue ainsi que des renseignements plus détaillés. Après la formation, les apprenants seront dirigés par des coordinateurs pairs sur les sites afin de continuer à pratiquer / perfectionner des compétences nouvelles. Conscient que tout apprenant peut potentiellement coordonner la pratique après la formation initiale, le Guide du prestataire contient des informations utiles pour tout le monde.

Utiliser le Guide du prestataire pour :

- Vous aider à assurer les meilleurs soins aux femmes et à leurs bébés à la naissance.
- Continuer la pratique des compétences avec les pairs dans votre établissement après la journée de formation. Les exercices courts commencent à la page 64 et durent entre 10 à 25 minutes une fois par semaine pendant 10 semaines.
- Avoir plus d'informations et de ressources pour pratiquer vos compétences.

Lorsque vous pratiquez les compétences que vous avez acquises pendant la formation SAN-C, vous contribuez à sauver plus de vies !

Tables des matières

<i>Sauver des vies à la naissance</i>	4
<i>Assurer des soins respectueux aux femmes et à leur familles</i>	6
<i>Communiquer de manière efficace avec la femme et les membres de l'équipe</i>	7

<i>Préparer l'accouchement</i>	8
--------------------------------------	---

<i>Les principales causes de saignement après la naissance</i>	10
--	----

<i>Prendre des décisions rapidement pour la mère et le bébé</i>	12
<i>Soins routiniers pour la mère et le bébé</i>	14
<i>Administer un utérotonique dans la minute suivant la naissance - Ocytocine</i>	16
<i>Administer un utérotonique dans la minute suivant la naissance - Carbétocine</i>	18
<i>Administer un utérotonique dans la minute suivant la naissance - Misoprostol</i>	20
<i>Administer un utérotonique dans la minute suivant la naissance - Ergométrine ou ocytocine / ergométrine à dose fixe</i>	22
<i>Clamper ou faire des nœuds et sectionner le cordon ombilical</i>	24
<i>Effectuer la traction contrôlée du cordon pour délivrer le placenta</i> ...	26
<i>Vérifier la tonicité utérine et vérifier que le placenta est complet</i>	28
<i>Vérifier si les saignements sont normaux</i>	30
<i>Continuer les soins pour la femme et le bébé</i>	32

<i>Encourager la femme à vider la vessie, Répéter 10 unités d'ocytocine, Répéter la traction contrôlée du cordon</i>	34
<i>Si le placenta n'est pas complet ou n'est pas expulsé</i>	36
<i>Rechercher les soins avancés</i>	38
<i>Masser l'utérus, Répéter les médicaments</i>	40
<i>Détecter la présence de déchirures et appuyer sur les déchirures visibles</i>	42
<i>Comprimer l'utérus</i>	44

<i>Poser le pantalon antichoc rapidement</i>	46
<i>Garder au chaud, rechercher les soins avancés</i>	48
<i>Appeler à l'aide, faire une évaluation rapide</i>	50
<i>Commencer la prise en charge d'urgence</i>	52
<i>Continuer à masser l'utérus, Ajouter 20 IU d'ocytocine à la perfusion IV et perfuser rapidement, Comprimer l'utérus</i>	54
<i>Comprimer l'aorte abdominale, Insérer le tamponnement intra-utérin par ballonnet, Rechercher les soins avancés</i>	56
<i>Effectuer la délivrance artificielle du placenta</i>	58
<i>Inspecter, identifier et réparer</i>	60

<i>Continuer les soins après l'HPP</i>	62
--	----

<i>Activités pratiques et d'amélioration de la qualité</i>	64
--	----

<i>Réponses de la séance</i>	70
------------------------------------	----

<i>Plan d'action - Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP</i>	75
<i>Plan d'action - Saignements après la naissance - Complète</i>	76

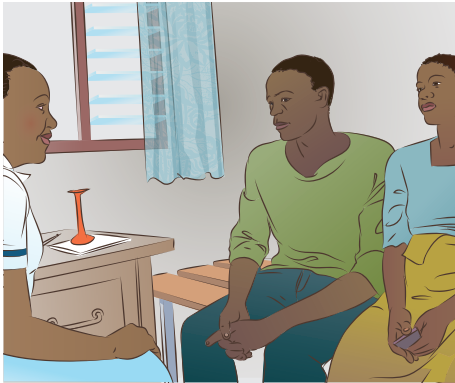
Assurer des soins respectueux aux femmes et à leur familles

Performance attendue

- Communiquer de manière professionnelle et respectueuse avec les femmes et leurs familles.

Points clés

- Chaque personne a droit à des soins respectueux.
- Les soins respectueux permettent de sauver des vies.
- Toute femme a droit à l'intimité et à la confidentialité



Connaissances clés

- Chaque femme est digne de respect.
- Les soins respectueux permettent de sauver la vie ; les femmes sont susceptibles de ne pas se faire soigner lorsqu'elles ne sont pas bien traitées par les prestataires de soins.
- Traitez toutes les femmes de manière égale, indépendamment de leur origine ethnique, leur culture, leur statut social, leur religion, leur niveau d'éducation et leur statut matrimonial ou économique.
- Les femmes ont droit à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité pendant les séances de conseil, les examens physiques, les procédures cliniques ou le traitement des dossiers.
- Respectez le droit d'une femme à avoir un accompagnant(de son choix pendant les soins. La présence d'un accompagnant(e) permet d'améliorer les résultats et peut réduire la durée du travail.
- Les femmes ont le droit de refuser les soins ou de rechercher des soins ailleurs.

Actions clés

- Vous devez toujours expliquer à la femme ce qui se passe et pourquoi.
- Procédez aux soins avec douceur.
- Ne laissez jamais une femme souffrant de complications sans surveillance. Si vous devez vous absenter, demandez à une autre personne de rester avec la femme en lui expliquant comment demander de l'aide en cas de besoin.

Note de conseil

Comment faire preuve de respect :

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

Adapté de l'aide-mémoire de l'USAID/MCHIP/ACNM :
[« Je traite les patientes et leurs familles comme je souhaiterais être traité\(e\) ! »](#)

Communiquer de manière efficace avec la femme et les membres de l'équipe

Performance attendue

Communiquer de manière efficace avec les membres de l'équipe en permanence, en particulier pendant une urgence.

Points clés

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



Connaissances clés

- Les membres de l'équipe comprennent le personnel de votre établissement, le personnel du site de référence, la femme et sa famille.
- Une mauvaise communication peut entraîner de mauvais résultats pour les femmes et les nouveaux-nés.
- Vous devez savoir à qui vous adresser en cas d'urgence.
- L'anxiété et la peur sont des réactions normales en cas d'urgence, mais ces émotions peuvent bloquer une bonne communication. Les prestataires doivent rester calmes et discuter avec leurs collègues, la femme et sa famille de manière claire mais rassurante.
- Le fait d'avoir un plan avant une situation d'urgence et de simuler ce qu'il faut faire pendant une urgence au moyen d'exercices pratiques, renforce la confiance et facilite la communication en cas d'urgence. Les simulations permettent aux prestataires de pratiquer la résolution de

problèmes, le travail d'équipe et la prise de décisions.

Actions clés

- Vous devez alerter les autres membres de votre équipe rapidement en cas d'urgence afin qu'ils puissent répondre le plus tôt possible.
- Communiquez avec confiance et clairement -ne supposez pas que les autres savent ce que vous pensez.
- Parlez suffisamment fort pour assurer que toutes les actions sont déléguées et qu'elles sont effectuées.
- Établissez clairement les rôles de chaque personne. Appelez les personnes par leur nom puis précisez qui doit faire quoi. Demandez à chaque membre de l'équipe de répéter la tâche qui lui a été attribuée.
 - Par exemple, « Je vais commencer une perfusion IV de sérum physiologique » pour montrer que l'instruction a été comprise.

Préparer l'accouchement



Performance attendue

Se préparer pour et effectuer l'accouchement propre et sûr

Points clés

- S'assurer que le lieu de travail est privé, chaud et bien éclairé pour l'accouchement
- Utiliser du matériel approprié et propre et prêt à l'utilisation avant le début du travail.
- Avant CHAQUE NAISSANCE, toujours avoir l'utérotonique chargé et prêt à être administré.
- Tester le bon fonctionnement du sac et du masque.
- Se laver les mains et utiliser les gants stériles et l'équipement stérile ou désinfecté de haut niveau pour réduire le risque d'infection.
- Noter l'heure de la naissance
- Garder la femme et son bébé toujours ensemble.

Connaissances et compétences

- Savoir utiliser le matériel disponible
- Le lavage soigneux des mains, le port de gants stériles et l'utilisation d'instruments stériles ou désinfectés de haut niveau aident à prévenir l'infection.
- Portez un tablier, un masque, des lunettes protectrices pour se protéger contre le risque d'infection.
- Si possible, enflez un double gantage avant la naissance. Le double gantage permet au prestataire de retirer les gants souillés avant de nouer et sectionner le cordon. Cela contribue à protéger le nouveau-né contre les infections.
- Expliquez ce que vous allez faire et pourquoi afin que la femme et l'équipe en soient informés et restent calmes.
- Après la naissance, il est important de garder la femme et son bébé ensemble

Il est très important de charger l'utérotonique injectable dans la seringue ou préparer les comprimés de misoprostol AVANT LA NAISSANCE DU BÉBÉ. Cela vous permettra d'administrer le médicament rapidement afin de prévenir des saignements chez la femme et réduire les délais pour commencer les soins d'urgence si le bébé ne respire pas.



Savon ou solution hydro-alcoolique pour les mains



Des gants



Ciseaux et /ou lame



Serviettes



Pincettes hémostatiques, clamps ou ficelles



Protection personnelle du prestataire de santé



Médicaments



Sondes d'aspiration



Sac de ventilation et masque



Stéthoscope



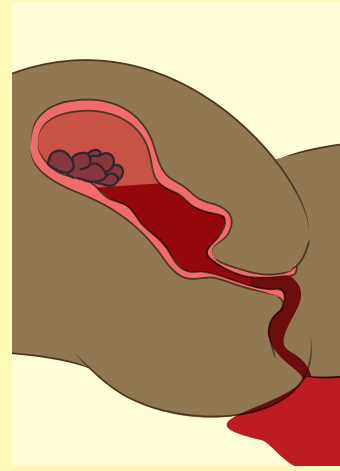
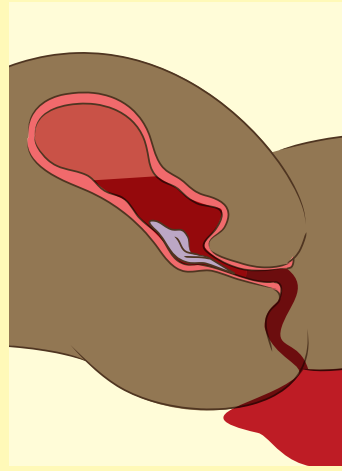
Horloge / montre

Les principales causes de saignements après la naissance

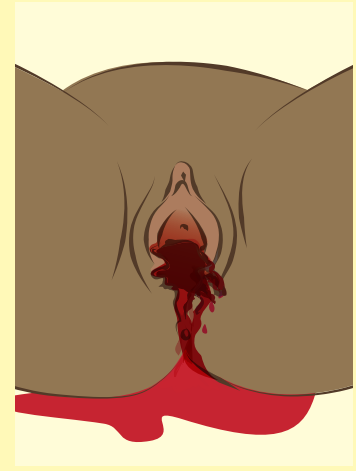
Atonie utérine



Rétention du placenta ou des débris



Déchirures



Performance attendue

Identifier les causes de saignement excessif après la naissance et prendre en charge chacune d'elles correctement.

Points clés

- *L'atonie utérine, les déchirures, et la rétention du placenta ou de débris placentaires et de membranes sont les trois causes principales de l'HPP.*
- *La plupart des saignements après la naissance sont causés par un utérus qui ne se contracte pas (atonie utérine).*
- *Des débris placentaires ou de membranes restants dans l'utérus peuvent également causer le saignement.*
- *Les déchirures peuvent aussi causer une HPP.*
- *Les épisiotomies et les mutilation génitales féminines augmentent le risque de déchirures.*
- *Toute femme peut saigner abondamment après la naissance.*
- *Tout saignement peut menacer la vie.*

Connaissances et compétences

- Les trois principales causes de saignement après la naissance : atonie utérine, déchirures et rétention placentaire complète ou partielle.
- Les saignements peuvent être un écoulement lent et constant ou un jet important. Tous peuvent être dangereux.
- L'HPP se définit à partir d'une perte de sang de 500 mL, même si certaines femmes peuvent en perdre moins et décéder.

Si une femme saigne abondamment, a des saignements qui coulent lentement mais qui ne s'arrêtent pas, ou des caillots plus gros qu'un citron, commencez à la traiter quelle que soit la quantité de sang qu'elle a perdue si elle présente l'un des signes suivants :

- Augmentation du pouls (> 100 bpm ou une augmentation de 20 bpm);
- Baisse de la TA systolique (<100 mmHg ou une diminution de 20 mmHg).

Atonie utérine

- La plupart des saignements après la naissance sont causés par un utérus qui ne se contracte pas (atonie utérine).
- Si l'utérus ne se contracte pas, les petits vais-seaux de l'utérus restent ouverts, ce qui provoque une importante perte sanguine.
- Des bébés de grande taille, des jumeaux, un travail prolongé, des grossesses multiples ou une vessie pleine sont associés à l'atonie utérine.

Rétention de tissus placentaires

- Des débris placentaires ou de membranes retenus peuvent également causer l'HPP.
- Si des débris du placenta ou des membranes sont retenus, l'utérus ne peut pas se contracter et la femme peut perdre beaucoup de sang ou contracter une infection.
- Inspectez le placenta après la délivrance pour être sûr qu'il est complet.

Déchirures

- Les déchirures provoquées par le traumatisme sont fréquemment à l'origine du saignement.
- Les déchirures peuvent être grandes ou petites, à l'intérieur ou à l'extérieur du vagin.
- Essayez délicatement le sang des parties génitales de la femme afin de voir si elle a des déchirures.
- Les épisiotomies entraînent un risque accru de déchirures et de saignement. Elles ne doivent pas être pratiquées de manière routinière.
- Les mutilation génitales féminines augmentent le risque de déchirures.

Note sur les soins avancés

Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Cela peut inclure l'épisiotomie pratiquée pour les indications médicales ou obstétricales.

Prendre des décisions rapidement pour la femme et le bébé



Performance attendue

Reconnaitre les problèmes et prendre des décisions rapidement et efficacement.

Points clés

- *Surveiller les signes de changement de l'état de la femme et du bébé.*
- *Des signes comme la perte de sang, la tonicité utérine et la respiration du nouveau-né doivent guider vos décisions.*
- *Surveiller les signes de danger activement, prendre des décisions et intervenir rapidement ! Ces actions sont essentielles pour aider les femmes et les bébés à survivre.*

Connaissances et compétences

- Après la naissance, l'état de la femme et du bébé peut changer rapidement.
- Surveillez la femme et le bébé étroitement à la recherche des signes de danger afin de prendre rapidement une décision sur la prise en charge.

Pour la mère

- Surveillez étroitement la femme pour dépister un saignement vaginal abondant à partir du moment de la naissance, en attendant la délivrance du placenta, et toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures suivant l'expulsion du placenta.
- Palpez le fond utérin à travers la paroi abdominale pour voir s'il se contracte et observez les signes qui indiquent que la femme perd trop de sang - augmentation du pouls, chute de la tension artérielle ou peau pâle et moite.

Pour le bébé

- Surveillez étroitement le bébé pour voir s'il respire et s'il réagit pendant que vous le séchez.
- Si le bébé ne respire pas, maintenez-le au chaud et commencez la réanimation.

Pour les deux

- Selon ce que vous voyez, palpez ou entendez, prenez des décisions sur les meilleures mesures à prendre pour assurer des soins de qualité aux femmes et aux nouveaux-nés.

Aider les mères à survivre
Saignements après la naissance
 PLAN D'ACTION

Se préparer pour la naissance
 1500 mg x 3 ou 3 - 600 - 600 mg
 Donner les médicaments dans la première minute
 Retarder la section du cordon jusqu'à 1 et 3 minutes

Essayer une traction contrôlée du cordon pour délivrer le placenta
 Placenta expulsé ?
 Non défilé dans les 60 minutes
 Encourager à vider la vessie
 Répéter 10 unités d'ocytocine
 Répéter la traction contrôlée du cordon

Vérifier la tonicité utérine
 Placenta Complet ?
 Soins avancés

Utérus dur ?
 Masser l'utérus
 Répéter les médicaments

Saignement normal ?
 Saignement abondant
 Saignement abondant
 Appuyer sur les déchirures
 Comprimer l'utérus

Continuer les soins
 Poser le pantalon ostéoch rapidement
 Garder au chaud
 Rechercher les soins avancés

Soins routiniers pour la mère et le bébé

Aider les bébés à respirer
 Se préparer à la naissance
 Plan d'action

Sécher complètement
 Bébé pleure ?
 Bébé ne respire pas

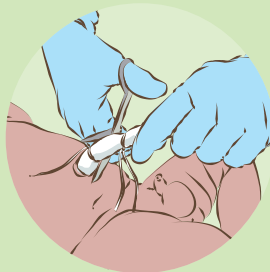
Garder au chaud
 Vérifier la respiration
 Bébé ne respire pas

Couper le cordon
 Bébé respire pas
 Bébé respire pas

Surveiller avec le moussin
 Bébé respire pas
 Bébé respire pas

Améliorer la ventilation
 Bébé respire pas
 Bébé respire pas

Continuer la ventilation
 Considérer soins avancés



Performance attendue

Assurer les soins de routine de qualité à la femme et au bébé immédiatement après la naissance.

Points clés

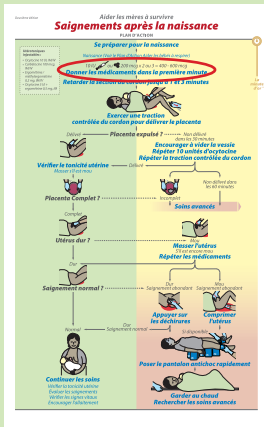
- La troisième période de l'accouchement est la période entre la naissance du bébé et la délivrance du placenta.
- Les trois étapes de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) sont : administrer un utérotonique, exercer la traction contrôlée du cordon (si le prestataire est qualifié) et vérifier la tonicité utérine.
- La GATPA peut accélérer la délivrance du placenta et réduire le saignement après la naissance.
- La première minute après la naissance est un moment critique pour s'assurer que le bébé respire normalement.

Connaissances et compétences

- Après la délivrance, l'utérus se contracte et rétrécit.
- Les contractions permettent au placenta de se détacher de la paroi utérine.
- La séparation et l'expulsion du placenta prennent généralement 8 à 9 minutes, mais peuvent durer jusqu'à une heure.
- L'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'utilisation d'un utérotonique au cours de la troisième période de l'accouchement pour toutes les femmes, car l'utérotonique réduit de 60 à 70% le risque d'hémorragie après la naissance.
- Si le bébé a besoin d'être réanimé et que le prestataire est seul, privilégiez les soins au bébé. Si possible, donner au moins la dose d'utérotonique, de préférence par voie IM, même si la TCC n'est pas possible.
- Lorsque la femme et le bébé se portent bien, les soins routiniers pour tous les deux peuvent se faire en même temps.

Liste de vérification

- Au moment de la naissance, placer le bébé sur le ventre de sa mère.
.....
- Sécher le bébé soigneusement et surveiller les cris ou la respiration ; couvrir le bébé avec un linge propre.
.....
- Palper l'abdomen pour écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant ; en l'absence d'un autre bébé, procéder à la GATPA tout en observant le bébé.
.....
- Administrer l'utérotonique injectable ou le misoprostol à la femme dans la minute qui suit la naissance.
.....
- En attendant la délivrance du placenta, retirer la première paire de gants en cas de double gantage ou changer de gants, puis clamber et sectionner le cordon entre 1 à 3 minutes après la naissance.
.....
- Procéder à la traction contrôlée du cordon pendant les contractions.
.....
- Palper l'utérus après la délivrance du placenta et le masser s'il est mou.
.....
- Vérifier que le placenta est complet.
.....
- Évaluer la perte de sang.
.....
- Détecter la présence de déchirures.
.....
- Continuer à surveiller étroitement la femme et le bébé et fournir les soins routiniers.
.....



Immédiatement après la naissance;
écarter la présence d'un deuxième bébé

Administrer un utérotonique dans la minute suivant la naissance - Ocytocine



Performance attendue

Administrer avec soin et efficacité l'ocytocine dans la minute suivant la naissance du bébé en vue de prévenir l'hémorragie.

Points clés

- L'ocytocine est un utérotonique injectable qui aide l'utérus à se contracter. C'est le médicament de choix pour la GATPA.
- L'ocytocine est peu coûteuse et les effets secondaires sont peu nombreux.
- L'ocytocine doit être conservée à une température de 2-8°C (36-46°F), et ne doit jamais être congelée.
- Écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant avant d'administrer un utérotonique pour la GATPA. Administrer l'ocytocine dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé.
- Posologie : 10 unités par voie IM / par voie IV en bolus.

Connaissances et compétences

Montrez et expliquez comment administrer les médicaments de manière sûre.

- L'ocytocine est un médicament qui provoque des contractions. Quand l'utérus se contracte, le placenta se sépare de l'utérus, et les contractions compriment les vaisseaux sanguins et arrête le saignement.
- L'ocytocine doit être conservée à 2-8°C pendant le transport et le stockage pour préserver la qualité du médicament. Dans les milieux où la conservation recommandée de l'ocytocine ne peut être garantie, un autre médicament utérotonique doit être considéré.
- Respectez les recommandations du transport/stockage du fabricant pour préserver la qualité de l'ocytocine. Ne pas congeler.
- La dose correcte d'ocytocine pour la GATPA est de 10 UI par voie IM ou IV en bolus. Dans les situations où **les femmes ont déjà une voie IV en place**, l'injection par voie IV lente de 10 UI d'ocytocine (sur 1 à 2 minutes) est recommandée plutôt que l'injection en IM.

- Assurez-vous toujours qu'il n'y a pas un autre bébé dans l'utérus avant d'administrer un utérotonique. **NE JAMAIS donner cette dose d'ocytocine avant la naissance du dernier bébé.** Si cette dose d'ocytocine est administrée alors que le bébé se trouve dans l'utérus, la contraction de l'utérus peut être trop forte, ce qui peut tuer la femme et l'enfant.
- Administrer l'ocytocine dans la minute suivant la naissance du dernier bébé.
- Avant d'administrer l'injection, expliquez à la femme que l'ocytocine sert à réduire les saignements.

S'assurer que l'ocytocine est chargée dans la seringue **AVANT LA NAISSANCE !**

Performance attendue

Administrer avec soin et efficacité la carbétocine / la carbétocine thermostable (HSC) dans la minute suivant la naissance du bébé en vue de prévenir l'hémorragie.

Points clés

- La carbétocine est un utérotonique injectable à action prolongée similaire à l'ocytocine. Conserver au réfrigérateur de 2 à 8 °C. Ne pas congeler.
- La carbétocine thermostable (HSC) ne nécessite pas de réfrigération pendant le transport et le stockage et conserve une puissance élevée dans les climats chauds.
- Lorsqu'elle est utilisée pour la prévention de l'HPP, la carbétocine/HSC s'est avérée aussi efficace que l'ocytocine pour réduire l'HPP après un accouchement par voie basse.
- Écarter la présence d'un deuxième bébé avant d'administrer l'ocytocine ! Administrer l'ocytocine dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé.
- Posologie: 100 mcg (1 mL) par voie IM ou IV.
- Ne donner qu'une seule dose de carbétocine/HSC. Ne donnez jamais de doses supplémentaires.

Connaissances et compétences

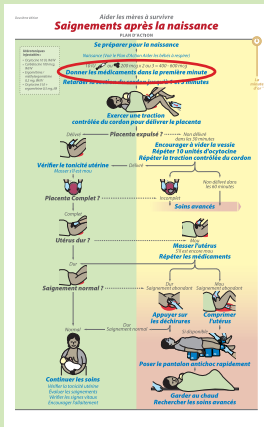
Montrez et expliquez comment administrer les médicaments de manière sûre.

- La carbétocine / HSC est un médicament qui provoque des contractions utérines, comme l'ocytocine.
- Respectez les recommandations du stockage du fabricant. Conserver à une température inférieure à 30 °C ; Ne pas congeler; Conservez les ampoules dans l'emballage extérieur pour les protéger de la lumière.
- La carbétocine/HSC a une durée d'action similaire à celle de l'ocytocine : 60 minutes après une injection IV et 119 minutes après une injection IM.
- **La carbétocine/HSC ne doit JAMAIS être utilisée pour le déclenchement ou l'augmentation du travail, ou le traitement de l'HPP.**
- La dose correcte de la carbétocine / HSC pour la GATPA est de
IM : 100 mcg (1 mL) ou
IV : 100 mcg (1 mL) lentement sur 1 minute
- **Assurez-vous toujours qu'il n'y a pas un autre bébé dans l'utérus avant d'administrer un utérotonique.** Si la dose de carbétocine / HSC est administrée pendant le travail ou alors que le bébé se trouve dans l'utérus, de fortes contractions

peuvent entraîner une rupture de l'utérus ou réduire l'apport d'oxygène au foetus, entraînant une paralysie cérébrale, des dommages aux organes ou la mort.

- Avant d'injecter la carbétocine/HSC, vérifiez l'absence de contre-indications: Grossesse, premier et deuxième stades du travail ; troubles cardiovasculaires graves ; épilepsie ; troubles du foie ou des reins ; Hypersensibilité à la carbétocine, à l'ocytocine ou à l'un des excipients.
- Administrez la carbétocine / HSC dans la minute suivant la naissance du dernier bébé.
- Avant d'administrer l'injection, expliquez à la femme que vous administrez un médicament pour réduire les saignements.
- Ne donnez qu'une seule dose de carbétocine/HSC. Ne donnez jamais de doses supplémentaires.
- Informez la femme des effets secondaires possibles : nausées, douleurs abdominales, maux de tête, frissons et fièvre.

S'assurer que la carbétocine / HSC est chargée dans la seringue AVANT LA NAISSANCE !



Immédiatement après la naissance;
écarter la présence d'un deuxième bébé

**Administrer un
utérotonique dans la
minute suivant la naissance
- Misoprostol**



Performance attendue

Administrer avec soin et efficacité le misoprostol dans la minute suivant la naissance du bébé en vue de prévenir toute hémorragie.

Points clés

- *Le misoprostol est un utérotonique.*
- *Il n'est pas nécessaire de le conserver au frais.*
- *Lorsque l'ocytocine et la carbetocine / HSC ne sont pas disponibles, utiliser du misoprostol.*
- *Écarter la présence d'un deuxième bébé avant d'administrer le misoprostol ! Administrer le misoprostol dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé.*
- *Le misoprostol est un comprimé qui se prend par voie orale. Posologie : 400-600 mcg (deux à trois comprimés de 200 mcg).*

Connaissances et compétences

Montrez et expliquez comment administrer les médicaments de manière sûre.

- Le misoprostol est un médicament qui provoque des contractions utérines. Quand l'utérus se contracte, le placenta se sépare de l'utérus, et les contractions compriment les vaisseaux sanguins et arrêtent le saignement.
- Le misoprostol peut être utilisé lorsque l'ocytocine et la carbetocine / HSC ne sont pas disponibles ou lorsque le prestataire n'a pas les capacités de faire des injections.
- Il n'est pas nécessaire de conserver le misoprostol au frigo.
- La dose correcte de misoprostol est de 400-600 mcg par voie orale – le misoprostol est un comprimé de 200 mcg. Vous devez administrer 2 à 3 comprimés.
- **Assurez-vous toujours qu'il n'y a pas un autre bébé avant d'administrer le misoprostol.** Si cette dose de misoprostol est administrée alors que le bébé se trouve dans l'utérus, la contraction de l'utérus peut être trop

forte, ce qui peut tuer la femme et l'enfant.

- **Le misoprostol doit être administré dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé.**
- Le misoprostol provoque des effets secondaires de courte durée qui ne sont pas dangereux. Il convient de prévenir la femme de ces effets. Les effets secondaires possibles sont les frissons, la nausée, la diarrhée, et la fièvre.
- Avant d'administrer les comprimés, dites à la femme que le misoprostol sert à réduire les saignements.

S'assurer que le misoprostol est préparé
AVANT LA NAISSANCE DU BÉBÉ

Performance attendue

Administer avec soin et efficacité l'ergométrine ou l'ocytocine / ergométrine à dose fixe dans la minute suivant la naissance du bébé en vue de prévenir l'hémorragie.

Points clés

- L'ergométrine est un utérotonique à action prolongée utilisé pour prévenir et traiter l'HPP. Il est également disponible en association à dose fixe avec l'ocytocine.
- Conservez tout produit contenant de l'ergométrine au réfrigérateur à 2-8°C (36 à 46°F) et protégé de la lumière.
- Ne donnez jamais l'ergométrine aux femmes souffrant de la pré-éclampsie, de l'éclampsie ou de l'hypertension car cela augmente le risque de convulsions et d'accident vasculaire cérébral!
- Écartez l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant avant d'administrer l'ergométrine ou l'ocytocine / ergométrine à dose fixe. Administrez le médicament dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé.
- La dose correcte est : Ergométrine (0,2 mg) en IM OU ocytocine / ergométrine à dose fixe : 1 mL = 5 UI d'ocytocine + 0,5 mg d'ergométrine en IM.

Connaissances et compétences

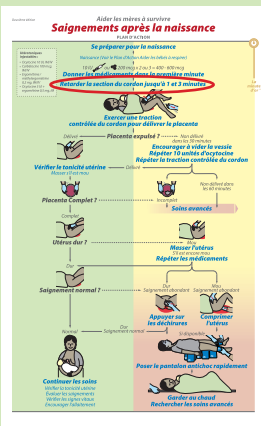
Montrez et expliquez comment administrer les médicaments de manière sûre.

- L'ergométrine est un médicament qui provoque des contractions utérines. Quand l'utérus se contracte, le placenta se sépare de l'utérus, et les contractions compriment les vaisseaux sanguins et arrête le saignement.
- L'ergométrine est plus sensible à la chaleur que l'ocytocine et est également sensible à la lumière. Conservez tout produit contenant de l'ergométrine au réfrigérateur à 2-8°C (36 à 46°F) et protégé de la lumière.
- **N'utilisez l'ergométrine ou l'ergométrine/ocytocine à dose fixe que si l'ocytocine, la carbécocine/HSC ou le misoprostol ne sont pas disponibles.**
- L'ergométrine ne doit JAMAIS être utilisée pour le déclenchement ou l'augmentation du travail, ou le traitement de la rétention placentaire.
- La dose correcte est : Ergométrine (0,2 mg) en IM OU Ocytocine / ergométrine à dose fixe : 1 mL = 5 UI d'ocytocine + 0,5 mg d'ergométrine en IM.
- Avant d'injecter l'ergométrine, vérifiez l'absence des contre-indications : Grossesse, premier et deuxième stades

du travail, pré-éclampsie, éclampsie, hypertension, allergie

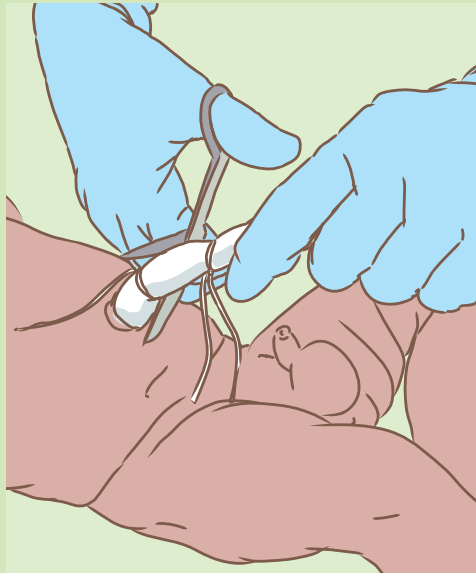
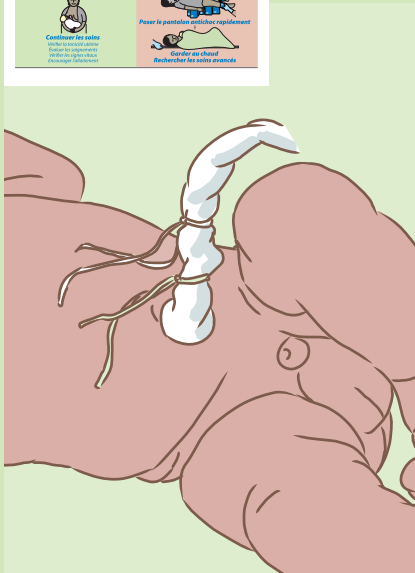
- **Écartez l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant avant d'administrer l'ergométrine ou l'ocytocine / ergométrine à dose fixe.** Si l'ergométrine ou l'ocytocine / ergométrine à dose fixe est administré avant la naissance, cela peut entraîner une contraction trop forte de l'utérus, ce qui peut tuer à la fois la femme et son bébé.
- L'ergométrine ou la dose fixe d'ergométrine/ocytocine doit être administrée dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé.
- Avant d'administrer l'injection, expliquez à la femme que l'ocytocine sert à réduire les saignements.
- Informez la femme des effets secondaires possibles : nausées, vomissements, douleurs abdominales, maux de tête, étourdissements, éruptions cutanées, hypertension, bradycardie, arythmies, douleurs thoraciques.

S'assurer que l'utérotonique injectable est chargée dans la seringue AVANT LA NAISSANCE !



Après 1-3 minutes

Clamper ou faire des nœuds et sectionner le cordon ombilical



Performance attendue

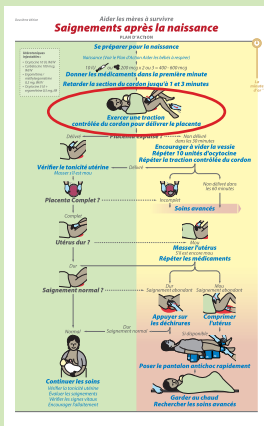
Sectionner le cordon au moment opportun de manière à réduire le risque d'infection pour le bébé.

Points clés

- *Si le bébé respire bien, sectionner le cordon entre une à trois minutes après la naissance.*
- *Avant de sectionner le cordon, retirer la première paire de gants en cas de double gantage ou enfiler une nouvelle paire de gants.*
- *Faire deux nœuds ou placer deux pinces et sectionner entre les deux.*

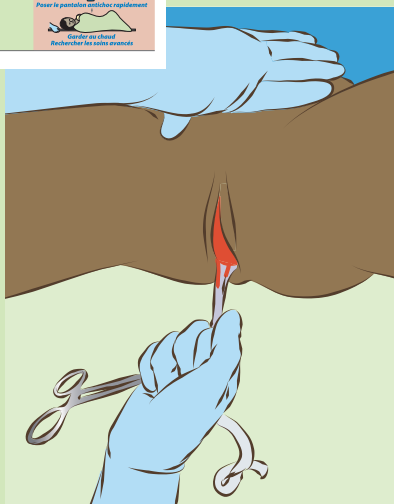
Connaissances et compétences

- Le moment de sectionner le cordon dépend de la condition de la femme et du bébé.
- Si le bébé et la femme vont bien, sectionnez le cordon entre une à trois minutes après la naissance. Cela permet de laisser du temps à l'administration d'un utérotonique (ocytocine ou misoprostol) pour prévenir l'hémorragie.
- Le fait d'attendre au moins une minute permet d'assurer que le bébé reçoit suffisamment de globules rouges du placenta afin de prévenir l'anémie pendant les six premiers mois de vie.
- Si la femme saigne abondamment ou si le bébé respire mal, sectionnez le cordon immédiatement et demandez de l'aide.
- La propreté est importante et permet de prévenir l'infection du cordon. Portez deux paires de gants (double gantage) avant la naissance puis retirez une paire avant de sectionner le cordon. Tout le matériel doit être stérile ou désinfecté de haut niveau.
- Pour sectionner le cordon, placez deux pinces ou faites deux nœuds autour du cordon. Placez la première pince ou le premier nœud autour du cordon à 2 doigts de l'abdomen du bébé.
- Placez la deuxième pince ou le deuxième nœud à 5 doigts de l'abdomen du bébé. Sectionnez le cordon entre les pinces ou les nœuds.
- Lorsque vous sectionnez le cordon, protégez votre visage contre les éclaboussures de sang en couvrant les ciseaux ou la lame avec un morceau mince de gaze stérile avant de le sectionner.

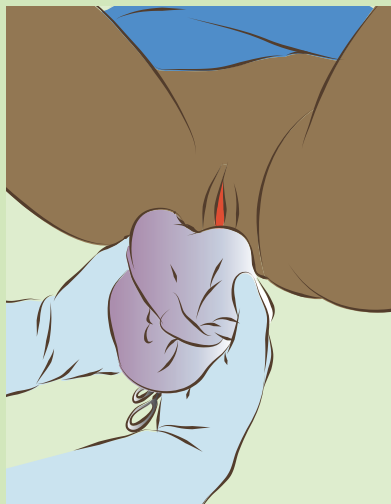


Exercer la contre-traction

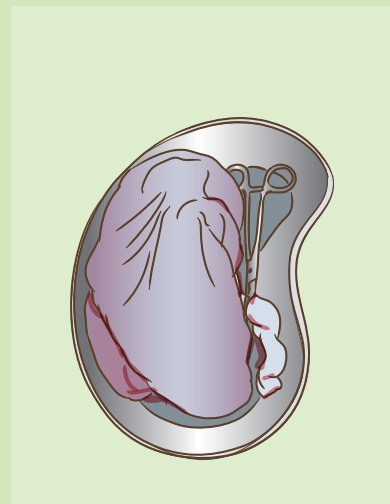
Exercer une traction contrôlée du cordon pour délivrer le placenta



Placer une main sur le ventre de la femme juste au-dessus de l'os pubien, tandis que l'autre main tient le cordon clampé



Utiliser les deux mains pour attrapper le placenta et le faire tourner délicatement pendant qu'il sort du vagin



Placer le placenta dans une cuvette pour voir s'il est complet

Performance attendue

Fournir en toute sécurité une traction contrôlée du cordon.

Points clés

- *L'expulsion du placenta prend généralement 10 minutes, mais peut durer jusqu'à une heure et être normal.*
- *La traction contrôlée du cordon (TCC) est la deuxième étape de la GATPA ; elle ne doit être exercée que par un personnel qualifié.*
- *La TCC accélère l'expulsion du placenta, elle peut pourtant être dangereuse lorsqu'elle n'est pas effectuée correctement.*
- *La TCC doit se faire de façon douce et uniquement pendant les contractions.*
- *L'utérus doit être stabilisé en exerçant une contre-traction vers le haut pendant que l'on exerce la TCC.*
- *Ne jamais tirer trop fort sur le cordon et ne pas tirer en cas de résistance, cela peut rompre le cordon ou causer l'inversion utérine.*
- *Des débris placentaires ou de membranes restant à l'intérieur de l'utérus peuvent provoquer le saignement et l'infection.*

Connaissances et compétences

Fournir en toute sécurité une traction contrôlée du cordon.

Clampez le cordon ombilical à proximité du périnée et attendez que la femme sente une contraction.

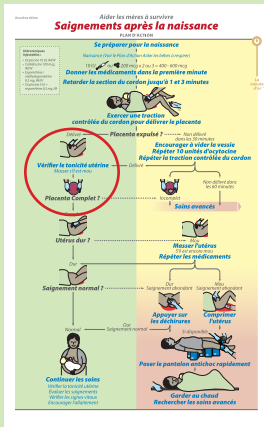
- Attendez l'apparition d'un petit filet de sang ou que le cordon s'allonge, ce qui est le signe d'une contraction ou que le placenta se sépare.
- Exercez une contre traction : Placez une main juste au-dessus de l'os pubien et stabilisez l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut.
- Pendant la contraction, avec l'autre main, tirez très doucement sur le cordon vers le bas. Maintenez une contre traction sur l'utérus au-dessus de l'os pubien.
- En cas de résistance, arrêtez et recommencez lors de la prochaine contraction. NE TIREZ PAS si on sent une résistance ou en l'absence de contractions, cela peut rompre le cordon ou causer l'inversion utérine. Cela peut tuer la femme.
- Cessez de tirer sur le cordon entre les contractions. Il peut prendre plusieurs contractions pour délivrer le placenta.
- Continuez à faire la TCC pendant les contractions jusqu'à ce que le placenta soit visible au niveau du vagin.

Délivrez le placenta sans risque.

- Lorsque le placenta est visible à l'ouverture du vagin, soulevez délicatement le cordon vers le haut pour guider la délivrance du placenta.
- Pendant l'expulsion du placenta, prenez le placenta avec les deux mains et faites-le tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes. Le fait de tourner le placenta lentement pendant son expulsion empêche les membranes de se déchirer.
- Si des débris du placenta ou des membranes restent à l'intérieur de l'utérus, la femme peut saigner abondamment et contracter une infection.
- Le placenta et les membranes doivent être placés dans une cuvette/un bassin pour les examiner plus tard. Vérifiez immédiatement la tonicité utérine et massez l'utérus s'il est mou.

Note sur les soins avancés

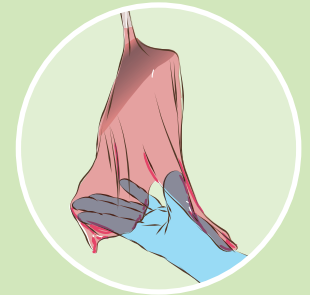
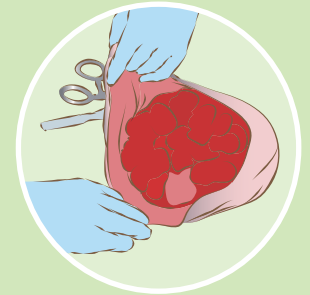
Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Il peut s'agir d'exercer la TCC comme cela est décrit ci-dessus.



Lorsque le placenta est expulsé

Vérifier la tonicité utérine

Vérifier que le placenta est complet



Performance attendue

Après la naissance, vérifier la tonicité utérine et le placenta. Vérifier la tonicité utérine toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures suivant la naissance, puis fréquemment au cours des 24 premières heures suivant la naissance.

Points clés

- Vérifier la tonicité utérine et masser l'utérus s'il est mou. Il s'agit de la troisième étape de la GATPA.
- La tonicité utérine peut changer rapidement. Surveiller l'utérus et les saignements toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures. Révérifier souvent pendant les 24 premières heures.
- Demander à la femme de vous dire si elle remarque un jet ou un filet de sang qui ne s'arrête pas.
- Après avoir vérifié l'utérus, vérifier les deux côtes du placenta pour voir si le placenta et les membranes sont complets.
- Des débris placentaires ou de membranes retenus à l'intérieur de l'utérus peuvent provoquer une hémorragie et une infection.

Apprentissage mixte

Si vous avez la possibilité de regarder des vidéos, voir [« Examen du Placenta »](#).

Connaissances et compétences

Évaluez la tonicité utérine et massez-le s'il est mou.

- Reconnaissez la différence entre un utérus dur et un utérus mou afin de déterminer le moment de commencer le massage. Un utérus bien contracté est aussi dur que votre front et ne nécessite pas d'être massé. Un utérus qui n'est pas bien contracté est aussi mou que le bout de votre nez et doit être massé.
- Le massage de l'utérus est important, mais peut être désagréable pour la femme. Expliquez à la femme pourquoi vous massez son utérus.
- Vérifiez si la vessie est distendue lorsque l'utérus ne se contracte pas. Une vessie pleine peut rendre l'utérus mou même s'il était contracté plus tôt.
- Vérifiez la tonicité utérine et les saignements toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures suivant la naissance.
- Expliquez à la femme comment vérifier et masser son propre utérus et comment vous alerter si elle remarque un jet ou un filet de sang qui ne s'arrête pas ou son utérus est mou.

Vérifiez si le placenta est complet.

Identifiez les deux côtes du placenta:
Le côté maternel du placenta est rouge foncé

et charnu. Il est constitué de lobes. L'autre côté est brillant et gris, recouvert par une membrane.

- Lorsque le placenta est complet, les cotylédons se juxtaposent, formant la galette placentaire. Placez le placenta dans vos mains pour voir s'il manque une partie de la surface maternelle.
- Les membranes doivent également être vérifiées pour les pièces manquantes. Tenez le placenta à l'envers et regardez les membranes pour vous assurer qu'il ne manque pas de gros morceaux.
- Vérifiez s'il y a des vaisseaux sanguins sortant du bord du placenta car ils peuvent indiquer qu'un lobe est toujours à l'intérieur.
- Lorsque des débris placentaires ou de membranes restent dans l'utérus, il ne peut pas se contracter correctement et la femme peut saigner abondamment.
- S'il semble qu'il manque une partie de la surface maternelle ou des membranes, vérifiez le saignement et la tonicité utérine, et recherchez des soins avancés.
- Si tout est normal, examinez les parties génitales pour la présence des déchirures périnéales.

Note sur les soins avancés

Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Il peut s'agir de sonder la vessie si la femme ne peut pas la vider.

Performance attendue

Vérifier le saignement à chaque fois que la tonicité utérine est vérifiée - toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures après la naissance et fréquemment dans les premières 24 heures.

Tout en estimant la perte de sang après avoir vérifié le placenta, vérifiez doucement s'il y a des déchirures génitales.

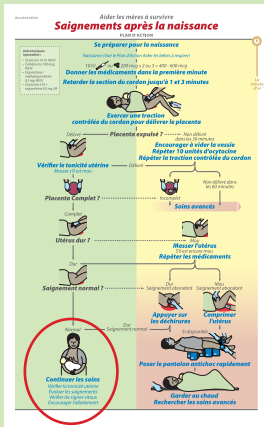
Points clés

- *Le saignement peut être lent ou rapide.*
- *Tout saignement abondant ou qui ne s'arrête pas menace la vie.*
- *Il est essentiel de vérifier et revérifier la tonicité utérine et la perte de sang pendant les 2 premières heures après la naissance.*
- *Dire à la femme d'alerter un prestataire si elle sent que le sang coule abondamment ou si elle note un filet de sang qui ne s'arrête pas ou son utérus est mou.*

Connaissances et compétences

Surveillez constamment les saignements après la naissance.

- Une perte abondante de sang qui ne s'arrête pas met en évidence la vie en danger.
- Un petit filet de sang qui coule lentement sans s'arrêter peut menacer la vie également.
- Évaluez activement la quantité de saignement. Vérifiez le saignement à chaque fois que la tonicité utérine est vérifiée.
- Vérifiez la présence de sang sur le lit, sur les vêtements de la femme et par terre.
- Vérifiez si la vessie est pleine ; vérifiez et revérifiez la tonicité utérine et la perte de sang.
- Que la femme saigne ou non, vous devrez toujours rechercher la présence des déchirures.
- Après avoir vérifié la présence de déchirures, assurez-vous que la femme est propre et confortable.
- Si le saignement est supérieur à la normale, vérifiez la tonicité utérine, palpez la vessie pour évaluer si elle est distendue, vérifiez la TA et le pouls.
- Répondez immédiatement si vous pensez que la femme saigne trop ou si vous diagnostiquez une HPP !!



Si le saignement est normal et l'utérus est dur
Continuer les soins pour la femme et le bébé



Performance attendue

Si la femme ne saigne pas et l'utérus est contracté, lui prodiguer des soins de haute qualité pendant les 24 heures après la naissance.

Points clés

- *La femme et son bébé doivent toujours être ensemble.*
- *Encourager les femmes à allaiter dès que possible dans l'heure suivant la naissance.*
- *Vérifier et révérifier la femme et son bébé pendant cette période importante. Vérifier également la couleur, la respiration et l'activité du bébé.*
- *Vérifier la tonicité utérine et les saignements toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures suivant la naissance.*

Apprentissage mixte

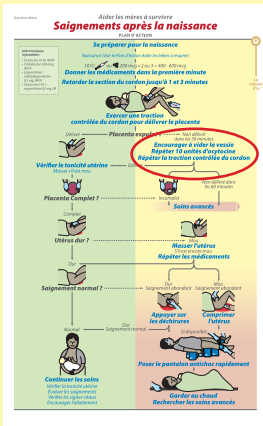
Si vous pouvez montrer des vidéos, regardez

▶ [« Gestion de la troisième phase de l'accouchement »](#).

Connaissances et compétences

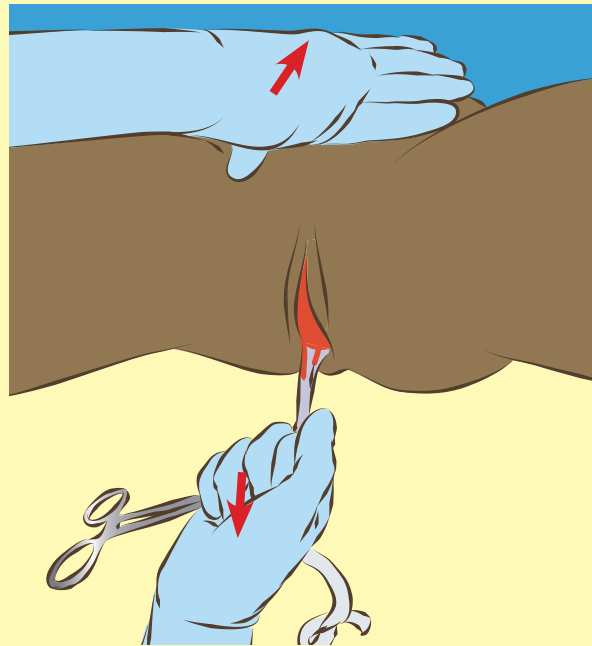
- Une partie des soins de routine est la surveillance continue de la femme et du bébé.
- Tous deux doivent être gardés au chaud et rester ensemble. Si le bébé pleure et respire normalement, posez-le contre la peau de sa mère le plus tôt possible.
- Si la femme et le bébé se portent bien, encouragez la mère à commencer à allaiter dès que possible après la naissance (de préférence dans la première heure)
- Encouragez la femme à vider la vessie.
- Le processus de prise de décision active ne se termine pas à ce stade. Une femme et un bébé qui se portent bien maintenant peuvent avoir des problèmes quelques minutes plus tard.

- Utilisez les compétences apprises ici pour surveiller activement la femme et le bébé et assurer des soins de qualité.
- Les femmes et leurs nouveaux-nés doivent rester dans les établissements de santé pendant au moins 24 heures après un accouchement eutocique par voie basse à des fins de la surveillance, de la fourniture des conseils et de la convalescence.
- Avant la sortie de l'établissement, décrivez l'évolution du saignement post-partum normal et conseillez les femmes sur les signes indiquant un saignement excessif. Expliquez que le saignement est excessif si une serviette hygiénique est trempée du sang en moins de cinq minutes.



Si le placenta n'est pas expulsé dans les 30 minutes

Encourager la femme à vider la vessie
Répéter 10 unités d'ocytocine
Répéter la traction contrôlée du cord



Performance attendue

Reconnaître une rétention placentaire et prendre des mesures pour obtenir des soins avancés.

Points clés

- L'expulsion du placenta prend généralement 10 minutes, mais peut durer jusqu'à une heure.
- Si le placenta n'est pas délivré, l'utérus ne peut pas se contracter pour arrêter le saignement et le risque d'infection est accru.
- L'administration supplémentaire d'ocytocine et la TCC peuvent s'avérer nécessaires pour aider l'expulsion du placenta.
- Si le placenta n'est pas délivré au bout d'une heure OU si la femme saigne abondamment à tout moment, rechercher des soins avancés.

Connaissances et compétences

- Notez le temps écoulé depuis la naissance.
- Notez si les saignements sont normaux ou abondants.
- Poursuivez la TCC. Il peut prendre plusieurs contractions pour la délivrance du placenta.

Si le placenta n'est pas expulsé dans les 30 minutes, **ET si les saignements sont normaux:**

- Encouragez la femme à vider sa vessie.
- Si le placenta n'est toujours pas expulsé, répétez 10 unités d'ocytocine par voie IM. Ne répétez PAS le misoprostol ou la carbétocine / HSC ! Ne donnez pas d'ergométrine. Avant d'administrer l'injection, dites à la femme que l'ocytocine sert à aider à expulser le placenta.
- Aidez la femme à changer de position et à allaiter. Ces actions peuvent contribuer à l'expulsion du placenta.
- Poursuivez la TCC. Le placenta pourra être délivré après plusieurs autres contractions.
- Assurez une traction douce vers le bas uniquement pendant une contraction pour aider l'expulsion du placenta sans risque. Il est dangereux de tirer trop fort sur le cordon ou de tirer quand on sent une

résistance ! Cela peut rompre le cordon ou inverser l'utérus.

- N'oubliez pas de stabiliser l'utérus en exerçant la contre-traction en plaçant une main sur l'os pubien.
- Si le placenta n'est pas délivré dans l'heure qui suit la naissance ou si la femme saigne abondamment, recherchez les soins avancés.
- Un placenta retenu peut ne pas provoquer de saignements abondants au début, mais il peut être très dangereux pour la femme.

REMARQUE : Jusqu'à présent, nous avons examiné les soins pour les femmes à la naissance. Mais parfois, une femme arrive chez vous après avoir accouché et a déjà une rétention placentaire ou une HPP. Dans ces cas, vous devrez adapter votre plan de soins à partir du moment où vous l'avez reçue.

***Note sur les soins avancés ***

Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Il peut s'agir de répéter la TCC comme cela est décrit ci-dessus, de ré-administrer de l'ocytocine ou de sonder la vessie.

Performance attendue

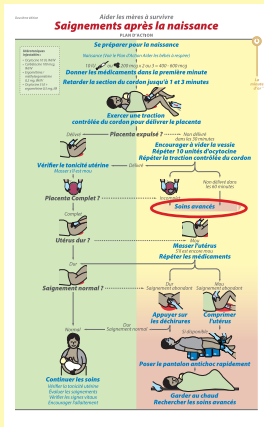
Utiliser la prise de décision active pour reconnaître une rétention placentaire ou un placenta incomplet et prendre des mesures appropriées.

Points clés

- Un placenta ou des débris placentaires retenus peuvent empêcher la contraction de l'utérus. Un placenta ou des parties placentaires retenus peuvent augmenter le risque de saignement.
- Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu 1 heure après la naissance du bébé ou le placenta est incomplet, la femme aura besoin de soins avancés pour extraire le placenta ou les débris placentaires ou de membranes retenus dans l'utérus.

Connaissances et compétences

- Si la femme saigne abondamment, sollicitez les soins avancés immédiatement, que le placenta soit délivré ou non.
 - Surveillez le pouls et la tension artérielle de la femme pour détecter la présence du choc (pouls = ≥ 110 bts/min, tension artérielle systolique < 90 mmHg).
 - Si le placenta est expulsé, examinez soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet.
 - Recherchez les soins avancés si le placenta n'a pas été délivré dans l'heure qui suit l'accouchement, quelque soit la quantité des saignements.
 - Une rétention placentaire peut ne pas causer beaucoup de saignement évident, mais il peut être très dangereux.
 - Les placentas incomplets peuvent être difficiles à identifier. Un saignement constant, ruisselant ou rouge vif peut signifier qu'un morceau du placenta reste à l'intérieur de l'utérus et provoque des saignements.
 - Si l'utérus s'élève au-dessus du nombril, cela pourrait signifier que des caillots sanguins se forment à l'intérieur.
- *Note sur les soins avancés***
- Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Il pourra s'agir de faire une révision utérine pour extraire les gros caillots et les débris placentaires ou la délivrance artificielle. Ces compétences seront couvertes pour les apprenants participant à la Journée 2.
 - En cas de la délivrance artificielle du placenta, la femme devra prendre des antibiotiques pour réduire le risque d'infection.
 - La délivrance artificielle du placenta est très inconfortable / douloureuse pour les femmes et peut être dangereuse.
 - La délivrance artificielle du placenta ne doit JAMAIS être effectuée sans formation appropriée et sans autorisation.



.... Rechercher les soins avancés



Performance attendue

Solliciter des soins avancés rapidement dès que l'état de la femme ou du bébé s'aggrave au-delà de vos capacités à gérer la situation.

Points clés

- *Le fait d'obtenir des soins avancés rapidement peut sauver la vie de la femme ou du bébé.*
- *Ne jamais laisser la femme seule pendant que l'on cherche de l'aide.*
- *Il vaudrait mieux transporter la femme pendant qu'elle est stable que d'attendre que ce soit une urgence. Evaluer souvent l'état de la femme pendant le transport pour détecter un changement ou l'aggravation de son état.*
- *La femme et son bébé doivent toujours être transportés ensemble.*

Connaissances et compétences

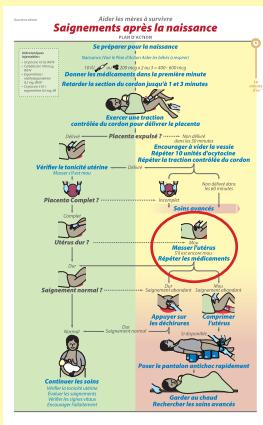
- Le fait de savoir qui peut vous aider et comment l'atteindre rapidement permettra de sauver des vies.
- Les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence - des prestataires de soins avancés et des personnes chargées du transport - doivent être clairement affichées.
- Les prestataires de soins avancés peuvent extraire le placenta manuellement, suturer les déchirures profondes, voire même procéder à des actes chirurgicaux, selon leur spécialité.
- Envoyez du personnel ou de la famille pour obtenir une aide avancée ; Ne quittez JAMAIS la femme.
- Lorsque les soins avancés ne sont pas immédiatement disponibles dans votre établissement, la femme et son bébé doivent être transportés ensemble vers un niveau supérieur de soins.

Lorsque les soins avancés sont nécessaires :

- Appelez immédiatement à l'aide. Demandez au personnel ou à un membre de la famille de solliciter des soins avancés, si disponibles dans votre établissement. Si des soins avancés ne

sont pas immédiatement disponibles dans votre établissement, la femme et son bébé doivent être transportés ensemble vers un niveau supérieur de soins.

- Ne laissez JAMAIS la femme seule et demandez au personnel ou à un membre de la famille de solliciter ses soins avancés.
- Débutez une perfusion IV avec une solution sérum physiologique ou du Ringer lactate.
- En cas d'inondation ou de panne de véhicules, votre établissement doit avoir un plan de secours pour le transport.
- Prévenez la structure de référence que la femme est en route.
- Pendant le transfert, la femme doit être accompagnée d'un prestataire.
- Pendant le transport, vérifiez les saignements et les signes vitaux de la femme et observez-la pour la délivrance du placenta.
- Si le placenta est expulsé ou s'il n'est pas complet, vérifiez la tonicité utérine et massez l'utérus s'il est mou pendant le transport.



Si le placenta est expulsé et l'utérus est mou

Masser l'utérus

S'il est encore mou

Répéter les médicaments



Performance attendue

Si l'utérus est mou après la délivrance du placenta, masser l'utérus et répéter les utérotoniques.

Points clés

- *L'atonie utérine, ou un utérus mou, est la cause principale de l'hémorragie.*
- *Le massage de l'utérus aide l'utérus à se contracter.*
- *L'utérus peut être contracté, mais ensuite devenir mou. Il est important de vérifier et ré-vérifier la tonicité utérine.*
- *Ne pas oublier qu'une vessie pleine contribue à l'atonie utérine.*
- *Si le massage utérin seul n'aide pas l'utérus à se contracter, administrer une autre dose d'un utérotonique et, si l'HPP est diagnostiqué, donner le TXA.*
- *Si l'utérus ne se contracte pas avec le massage et les médicaments, agir rapidement !*
- *Commencer une perfusion IV.*

Connaissances et compétences

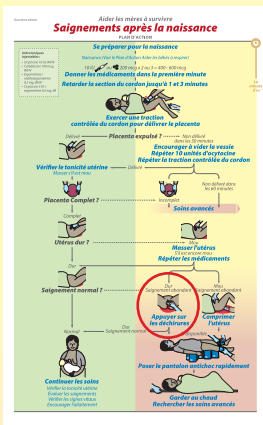
- Un utérus qui ne reste pas contracté après la délivrance du placenta provoque la majorité des HPP.
- Vérifiez la tonicité utérine et les saignements toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures suivant la naissance, puis régulièrement pendant les 24 premières heures.
- Si l'utérus est mou, massez le fond utérin jusqu'à ce qu'il se contracte. Le fait de masser un utérus mou peut stimuler les contractions et expulser également des caillots de sang.
- Il faut vérifier le saignement tout en massant l'utérus pour voir si le saignement ralentit à mesure que l'utérus se contracte.
- Une vessie pleine peut empêcher l'utérus de se contracter. Encouragez la femme à vider la vessie après la naissance ou sondez la vessie au besoin.
- Si l'utérus est encore mou, administrez une deuxième dose d'un utérotonique pour l'aider à se contracter et ralentir ou arrêter le saignement : 10 unités d'ocytocine par voie IM ou IV, OU 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale. **Ne donnez pas de la carbétocine/HSC.**
- **Quelle que soit la cause de l'HPP**, si la femme reçoit un diagnostic d'HPP dans les 3

heures suivant la naissance, administrez 1 g d'acide tranexamique (TXA) dans 10 mL par voie IV pendant 10 minutes. **Ne donnez PAS si l'accouchement a eu lieu il y a plus de 3 heures !** Le TXA empêche les caillots de se décomposer au site de saignement. Ne donnez pas si la femme a des antécédents de caillots sanguins pendant la grossesse.

- Administrez une deuxième dose de TXA si le saignement persiste 30 minutes après la première dose OU si le saignement recommence dans les 24 heures.
- Continuez à masser l'utérus pour l'aider à se contracter et surveillez le saignement en même temps pour savoir si le traitement arrive à maîtriser les saignements.
- Si le saignement continue, mettez immédiatement le plan de transport en action.
- Recherchez les signes du choc (pouls ≥ 110 bts/min, TA systolique < 90 mmHg).

Note sur les soins avancés

Si les apprenants ont une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, ils doivent agir dans leur champ d'exercice. Cela peut inclure de commencer une perfusion IV ou d'administrer d'autres médicaments pour arrêter le saignement.



Si le saignement est excessif
mais le placenta est expulsé et l'utérus est dur

Détecter la présence de déchirures et appuyer sur les déchirures visibles



Performance attendue

Si l'utérus est contracté et la femme continue de saigner, vérifier la présence de déchirures.

Points clés

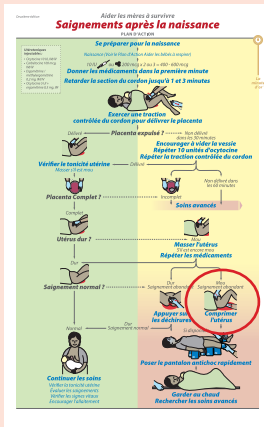
- Les lacérations ou les déchirures constituent la deuxième cause la plus commune du saignement après la naissance.
- Si l'utérus est contracté et que la femme continue de saigner, cela est probablement dû à des déchirures même si elles ne sont pas visibles. Obtenir des soins avancés immédiatement.
- Une femme victime de mutilations génitales ou qui a subi une épisiotomie court un risque accru de saigner suite à des déchirures.

Connaissances et compétences

- Essayez délicatement le sang des parties génitales de la femme afin de voir si elle a des déchirures.
- Les lacérations ou les déchirures augmentent le risque d'infection pour la femme. Pour réduire le risque d'infection, maintenez une technique propre ou stérile pendant que vous examinez la femme pour la présence des déchirures.
- Écartez doucement les lèvres pour détecter les déchirures.
- Exercez une pression ferme et constante sur les déchirures avec un linge propre ou stérile pour réduire la perte sanguine et prévenir l'infection.
- Maintenez la pression sur les déchirures jusqu'à ce que le saignement s'arrête ou que vous ayez atteint des soins avancés.
- Ne retirez pas le linge imbibé de sang, mais placez un autre linge par-dessus.
- Si le saignement ralentit ou s'arrête, laissez le linge en place et demandez à la femme de se tourner sur le côté. Les jambes serrées vont continuer la pression sur la déchirure.
- Une femme peut saigner après la naissance pour plus d'une raison, par exemple une déchirure et un utérus mou. Vous devez donc rechercher d'autres causes.
- Si une HPP est diagnostiquée, quelque soit la cause de l'HPP, en attendant les soins avancés: Administrez une dose de traitement d'utérotonique (10 unités d'ocytocine en IM / IV OU 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale). Si c'est dans les 3 heures suivant la naissance, donnez 1 g de TXA dans 10 mL en 10 minutes .
- Les épisiotomies ne doivent être pratiquées que s'il y a des indications médicales ou obstétricales, par exemple si la femme est une victime de mutilations génitales. Elles ne doivent être pratiquées que par du personnel qualifié.
- Si la déchirure est à l'intérieur du vagin ou au niveau du col, il se peut qu'elle ne soit pas visible.
- Si l'utérus est contracté et la femme continue de saigner, mais que vous ne voyez pas de déchirures, obtenez des soins avancés ou transférez la femme.

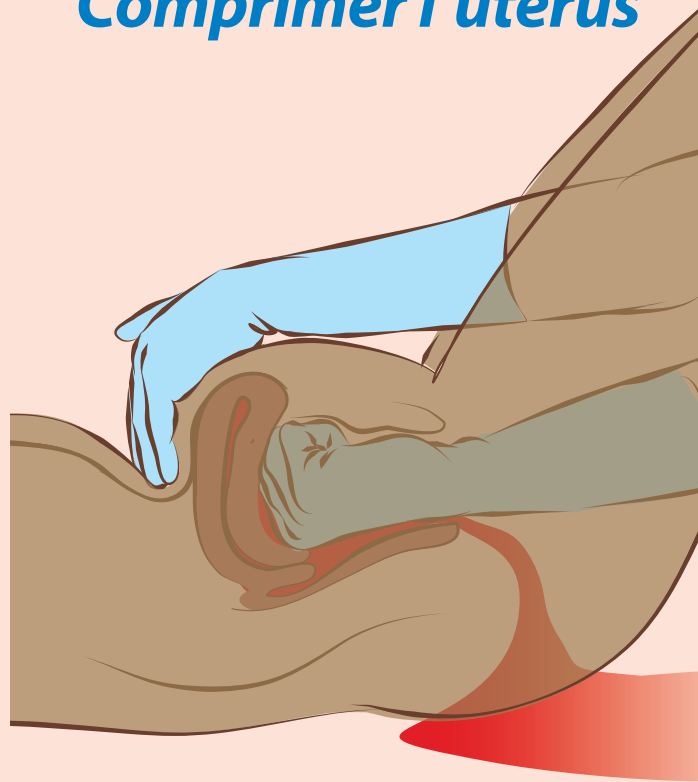
Note sur les soins avancés

Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Il peut s'agir de faire la réfection des déchirures. Cette compétence sera couverte pour les apprenants participant à la Journée 2.



Si le saignement est abondant et l'utérus est mou après des massages répétés et l'administration d'utérotoniques

Comprimer l'utérus



Performance attendue

Si le massage et les médicaments ont été répétés mais que l'utérus est encore mou et que la femme saigne abondamment, effectuer une compression bimanuelle de l'utérus.

Points clés

- *Si l'utérus ne se contracte pas après avoir vidé la vessie, répété les médicaments et massé l'utérus, comprimer l'utérus entre les deux mains (compression bimanuelle de l'utérus) pour arrêter le saignement.*
- *Agir rapidement ! Ne pas attendre que la femme soit en état de choc pour comprimer l'utérus.*
- *La compression bimanuelle de l'utérus fait gagner du temps pour permettre aux utérotoniques d'agir et de commencer / d'atteindre les soins avancés.*
- *Mettre quelque chose dans le vagin après la naissance peut provoquer une infection. Il faut prendre soin de bien se laver les mains et de porter des gants stériles.*

Connaissances et compétences

- La compression bimanuelle de l'utérus exerce une pression sur les vaisseaux et peut aider l'utérus à se contracter et à arrêter le saignement.
- Assurez-vous que la femme a une voie IV, a reçu une dose de traitement d'utérotonique et a reçu une première dose du 1 g de TXA dans 10 mL en 10 minutes (si dans les 3 heures suivant l'accouchement).
- La compression bimanuelle de l'utérus peut augmenter le risque d'infection. Vous devez avoir les mains très propres et des gants longs et stériles pour prévenir une infection à l'intérieur de l'utérus de la femme.
- Les femmes qui nécessitent cette intervention ont déjà perdu beaucoup de sang et sont plus susceptibles de saigner à nouveau. Elles doivent être surveillées de plus près et plus longtemps que les femmes qui n'ont pas saigné autant.
- Si la transfusion sanguine n'est pas disponible dans votre établissement, la femme doit être transférée.
- Lavez-vous rapidement et soigneusement les mains et enflez des gants longs et stériles ou improvisez en utilisant des gants ordinaires pour faire de gants longs.
- Insérez une main aplatie dans le vagin supérieur, puis formez un poing. Placez le poing dans le cul-de-sac antérieur. Placez l'autre main sur l'abdomen au niveau du fond utérin.
- Comprimez l'utérus entre les deux mains jusqu'à ce que le saignement cesse et que l'utérus soit ferme OU qu'une personne prépare un tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB) et l'insère. Si aucun TIUB n'est disponible, attendez au moins 5 minutes avant de retirer votre main pour voir si le saignement a ralenti.

Note sur les soins avancés

Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Cela peut inclure d'insérer un tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB). Cette compétence sera couverte pour les apprenants participant à la Journée 2.

Pour effectuer la compression bimanuelle de l'utérus :

- Si vous êtes seul(e), appelez à l'aide !
- Il s'agit d'une mesure douloureuse mais qui sauve des vies : Il est important de dire à la femme ce que vous allez faire et pourquoi, et que cela sera douloureux.

Aider les mères à survivre

Saignements après la naissance

Se préparer pour la naissance

Assurer un accès à un service de soins d'urgence

Donner les médicaments, dans la première minute

Rechercher la section de cordon jusqu'à 2-3 minutes

Placenta éjecté

Placenta éjecté ?

Encourager à vide la vessie

Rechercher 15 minutes d'expulsion

Répéter la traction contrôlée de cordon

Placenta éjecté ?

Sortir évacués

Uterus dur ?

Masser l'utérus

Répéter les traitements

Saignement normal ?

Appuyer sur le clavier

Compresser

Poser le pantalon antichoc rapidement

Changer ou chaud

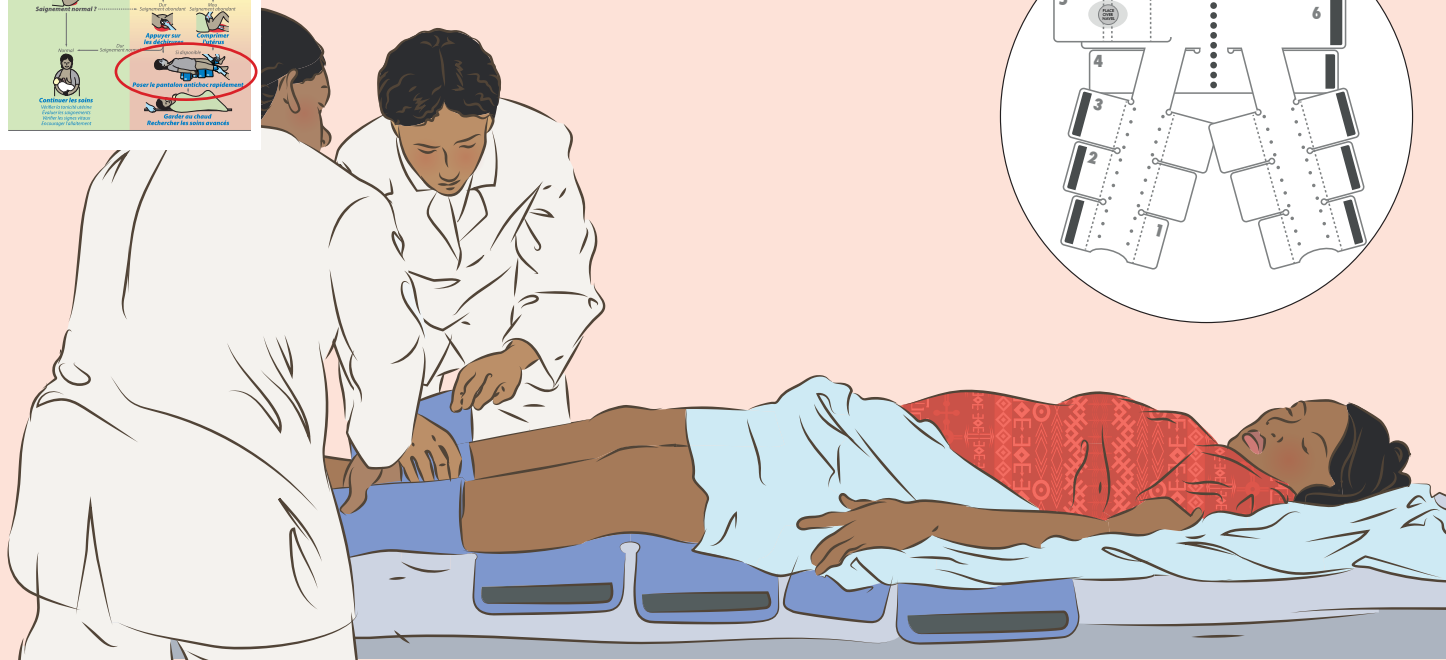
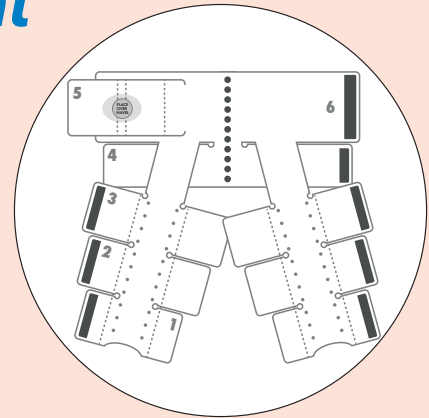
Rechercher les soins évacués

Continuer les soins

Rechercher les soins évacués

Si disponible

Poser le pantalon antichoc rapidement



Performance attendue

Rapidement poser le pantalon anti- choc (PAC) aux femmes atteintes d'HPP qui sont à risque pour OU sont en état de choc.

Points clés

- Le PAC non pneumatique est un vêtement qui applique une pression au bas du corps et à l'abdomen. Il augmente la circulation du sang vers le cœur, les poumons et le cerveau pour stabiliser l'état d'une femme qui est en état de choc.
- Vérifier la tonicité utérine et les signes vitaux; puis poser le PAC non pneumatique aux femmes atteintes d'HPP.
- Les femmes peuvent ensuite recevoir une prise en charge continue, être transportées et survivre à des retards dans la réception du sang et de la chirurgie.
- Le PAC ne traite pas l'HPP, mais fait gagner du temps pendant que l'on recherche un traitement définitif.

Apprentissage mixte

Si vous avez la possibilité de regarder des vidéos, montrez la vidéo [« Utilisation d'un vêtement antichoc »](#).

Connaissances et compétences

Portez toujours des gants pendant la pose, le retrait et le nettoyage du PAC !!

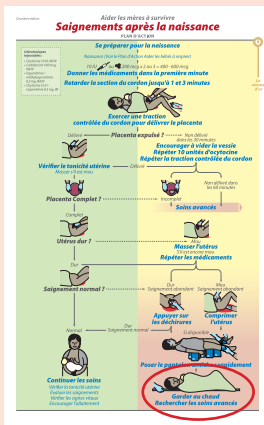
Pour poser le pantalon antichoc :

- Au fur et à mesure que vous expliquez ce que vous faites et pourquoi, placez la femme sur le PAC ouvert - le haut du pantalon doit être placé au niveau des côtes les plus basses et le ballon de pression au niveau du nombril.
- Fermez chaque paire de segments avec autant de force que possible, en commençant par les chevilles puis en terminant par le sixième segment ; vérifiez qu'un son («snap») indiquant sa fermeture est entendu. Les segments 1, 2 et 3 peuvent être appliqués par deux personnes simultanément. Les segments 4, 5 et 6 ne doivent être appliqués que par une seule personne. Vérifiez que la femme peut respirer normalement après avoir fermé le sixième segment.
- Commencez une perfusion IV maintenant (si elle n'est pas déjà en place) avec une solution du Ringer lactate ou du sérum physiologique en utilisant une aiguille de calibre 16 ou 18.
- **Le PAC doit être porté pendant toutes les procédures, y compris pendant la chirurgie, tant que l'origine du saignement n'a pas été trouvée et corrigée, indépendamment du temps que cela prend.**
- Surveillez la femme pour la présence d'es-soufflement ou d'une baisse du débit urinaire. Ce sont des signes pouvant indiquer que le PAC est trop serré. En présence de l'un de ces signes, relâchez les 5e et 6e segments.

REMARQUE : Si vous soupçonnez un choc lorsqu'une femme arrive dans votre service, posez le PAC immédiatement.

Pour retirer le pantalon antichoc :

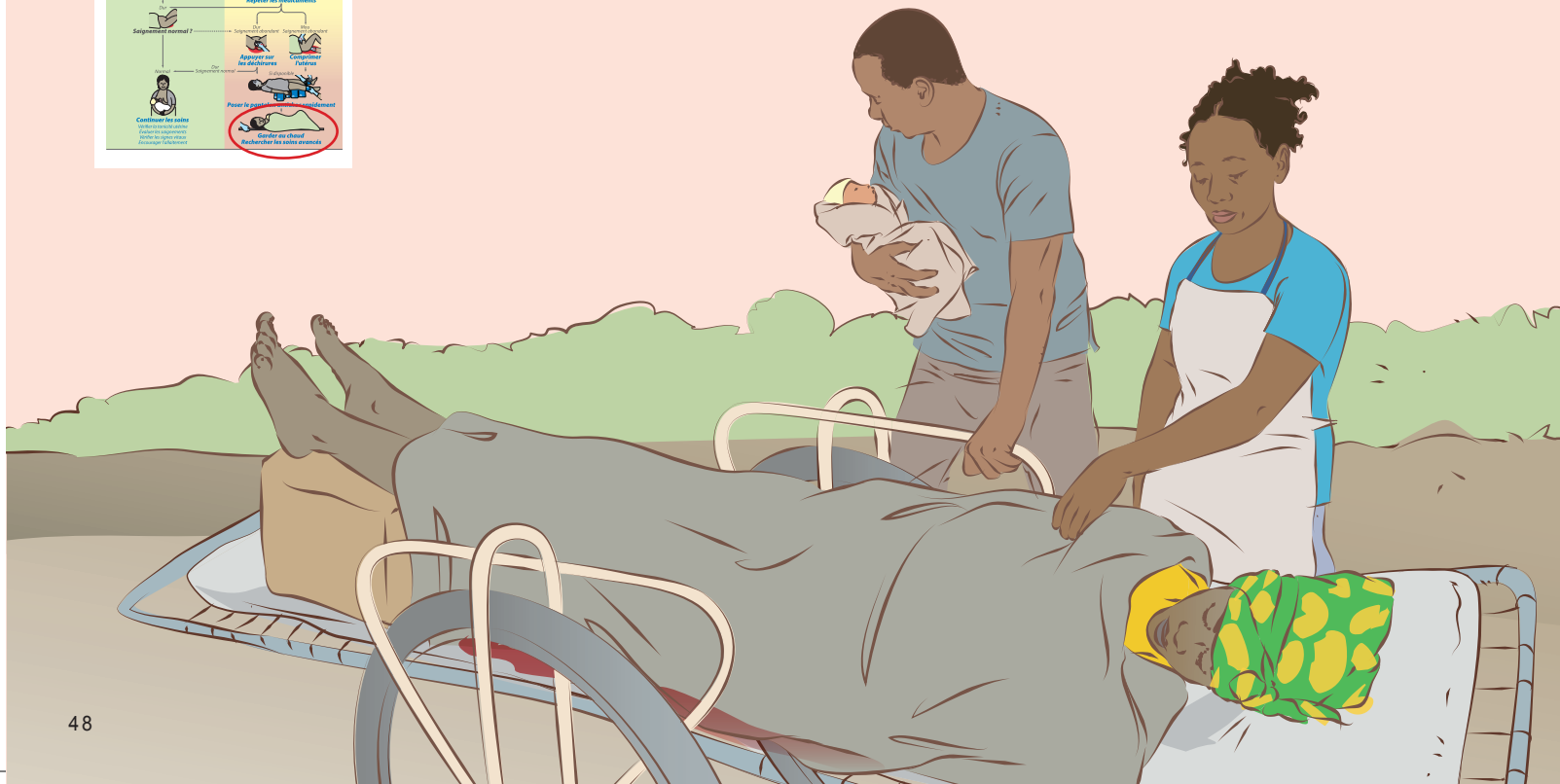
- Ne retirez le PAC que lorsque la femme est stable pendant au moins deux heures :
 - Le pouls est à 100 btts/min ou moins.
 - La tension artérielle systolique (TAS) est à 100 mmHg ou plus.
 - Les saignements ont diminué à un taux postpartum normal attendu.
- Poursuivez la perfusion IV.
- Confirmez le pouls et la TA immédiatement avant de commencer à retirer le PAC. Confirmez que les deux sont stables.
- Commencez en ouvrant les segments autour des chevilles. Ouvrez simultanément chaque paire des segments, attendez 15 minutes, puis reprenez la TA et le pouls.
- Si la TA baisse de 20 mmHG ou plus ou le pouls augmente de 20 battements par minute ou plus après avoir enlevé n'importe lesquels des segments, remplacez rapidement le PAC en commençant par le dernier segment ouvert et continuez du haut vers le bas. Recherchez l'origine du saignement.
- S'il n'y a aucune modification du pouls et de la TA, continuez à ouvrir la prochaine paire de segments, attendez 15 minutes, puis revérifiez les signes vitaux avant d'ouvrir le prochain segment.



Si un transport d'urgence est nécessaire

Garder au chaud

Rechercher les soins avancés



Performance attendue

Solliciter des soins avancés rapidement dès que l'état de la femme ou du bébé s'aggrave au-delà de vos capacités à gérer la situation.

Points clés

- **Agir rapidement !** Si la femme continue de saigner, elle peut subir un choc et décéder. Si elle ne se trouve pas dans un établissement de soins avancés avec un accès au sang et à la chirurgie, un transport d'urgence est nécessaire.
- Si une compression bimanuelle de l'utérus s'est avérée nécessaire pour arrêter le saignement, des soins avancés sont nécessaires même si le saignement a ralenti ou a cessé !
- La femme et son bébé doivent toujours être ensemble et garder au chaud pendant le transport.

Connaissances et compétences

- Un retard dans l'obtention de soins est l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les femmes meurent de l'HPP.
- Tous les prestataires devraient être en mesure de décrire les plans spécifiques de l'établissement pour le transport des femmes vers le niveau supérieur de soins.
- Prenez contact avec l'hôpital de référence à l'avance pour réduire l'attente lorsque la femme y arrive.
- Pendant le transport, surveillez tout changement des signes vitaux et du saignement. Continuez à masser l'utérus selon les besoins.
- En cas de panne de véhicule ou face à d'autres problèmes routiers, utilisez le plan de secours.
- Pendant le transport, gardez la femme et le nouveau-né au chaud et surveillez tout changement des signes vitaux et du saignement.
- Assurez-vous que la femme a une voie IV, a reçu une dose de traitement d'utérotonique et a reçu une première dose de 1 g de TXA dans 10 mL en 10

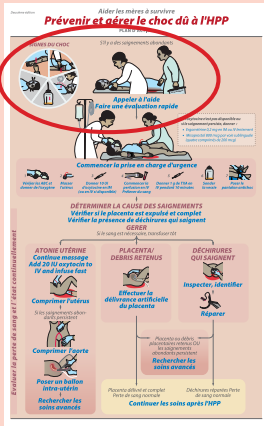
minutes (si dans les 3 heures suivant l'accouchement).

- Continuez à masser l'utérus selon les besoins tout au long du transport pour ralentir le saignement.

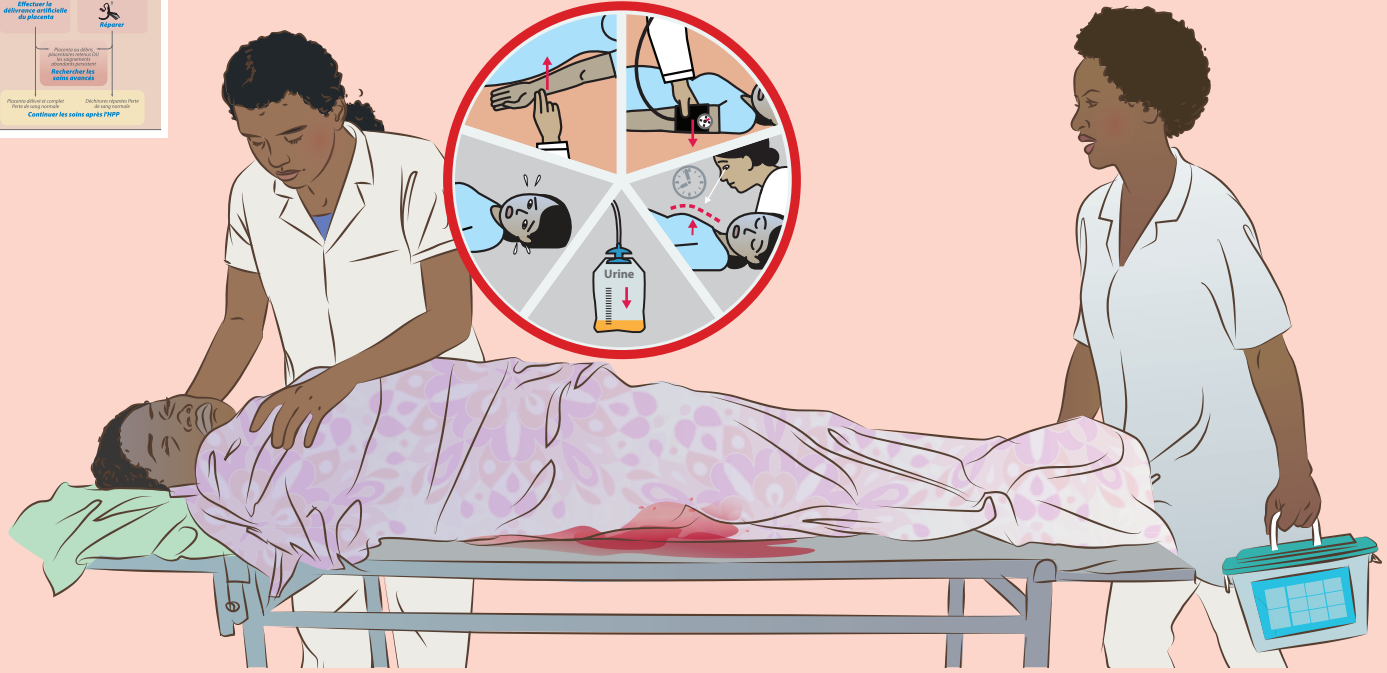
Note sur les soins avancés

Si vous avez une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, vous devez agir dans votre champ d'exercice. Cela peut inclure :

- L'installation de la voie veineuse et la perfusion IV
- La mise en place d'une sonde urinaire (Foley)
- La compression aortique
- Le tamponnement intra-utérin par ballonnet



En cas de saignement abondant
Appeler à l'aide
Faire une évaluation rapide



Performance attendue

Faire une évaluation rapide des femmes lorsque vous commencez à prendre soin d'elles pour écarter une situation d'urgence. Évaluer en permanence les femmes qui saignent abondamment pour des signes du choc.

Points clés

- *Le choc survient lorsque le flux sanguin vers les organes vitaux est insuffisant. L'HPP peut en être la cause.*
- *Si une femme saigne abondamment, rechercher la cause du saignement tout en surveillant étroitement la femme pour les symptômes ou signes cliniques du choc.*
- *Les signes cliniques et les symptômes sont le moyen le plus précis pour déterminer si une femme est en état de choc.*
- *Si le choc est redouté, agir rapidement !*

REMARQUE : Une femme peut présenter des saignements abondants dans l'une des trois situations suivantes : immédiatement après l'accouchement que vous avez effectué,

quelque temps après la naissance lorsque vous assumez la responsabilité de ses soins, ou après avoir accouché à la maison ou dans un autre établissement de soins. Cette évaluation et ces étapes de gestion s'appliquent dans tous les cas.

Connaissances et compétences

Procédez à une évaluation rapide et diagnostiquez un choc en présence de l'un des signes suivants :

- **Pouls rapide et filant (110 btts / minute ou plus)**
OU
- **Tension artérielle systolique basse (inférieure à 90 mm Hg)**

Prenez le pouls rapidement : comptez le rythme cardiaque pendant 6 secondes et multipliez ce chiffre par 10 pour obtenir le nombre de btts/minute.

Une femme qui est en état de choc peut également présenter les symptômes suivants :

- Respiration rapide (plus de 30 respirations par minute)
- Pâleur (en particulier des conjonctives, de

la paume des mains et du contour de la bouche)

- Sueurs ou peau froide et moite
- Changement de l'état mental : anxiété, confusion ou perte de connaissance
- Débit urinaire faible (inférieur à 30 mL par heure)

L'agitation, la confusion ou la perte de connaissance, un pouls rapide et filant et une TA très basse sont des signes d'un choc tardif.

Communiquez avec la femme et rassurez-la. Dites-lui ce que vous allez faire et pourquoi. Anticipez le choc lorsqu'une femme saigne abondamment, qu'elle ait accouché à la maison ou dans un établissement de santé

Évaluez en permanence la présence du choc. Vérifiez et enregistrez la TA, le pouls et la perte de sang au moins toutes les 15 minutes jusqu'à ce que l'état de la femme se stabilise selon les mesures suivantes :

- Pouls de 90 battements / minute ou moins
- TA systolique 100 mmHg ou plus
- Débit urinaire de 30 mL/heure ou plus
- Baisse de la confusion ou de l'anxiété

Aider les mères à survivre
Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP
Prise en charge

ÉTAPES DU CHOC
 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Commencer la prise en charge d'urgence

DÉTERMINER LA CAUSE DES SAIGNEMENTS
 Maintenir la température et respirer et contrôler
 Maintenir la présence de décliveurs qui saignent

ÉTAT DE L'UTÉRUS
 À TONIE UTERINE
 Continuer massage
 Appl 20-30 secondes à 10 minutes
 Compresser l'utérus
 Placer un ballon intra-utérin
 Rechercher les saigns anormaux

PLACENTA/ DÉBRIS RETENUS
 Effectuer la délivrance artificielle de placenta
 Rechercher les saigns anormaux

DÉCLIVEURS CUIR SANGRANT
 Inspecter, identifier
 Réparer

Prise en charge de l'urgence
 Maintenir la température
 Maintenir la présence de décliveurs qui saignent
 Continuer les soins après PPH

Commencer la prise en charge d'urgence



1 2 3 4 5 6 7

Performance attendue

Si une femme saigne abondamment et est en état de choc ou risque d'entrer en état de choc, demander immédiatement de l'aide, mobiliser l'équipe et gérer le choc provoqué par l'HPP conformément aux recommandations.

Points clés

- Le choc est une urgence qui met la vie en péril. **Agir rapidement !**
- Un travail d'équipe coordonné est essentiel pour gérer le choc et sauver des vies.

Connaissances et compétences

Si l'état de la femme évoque un choc, agissez rapidement en équipe. Les membres de l'équipe peuvent effectuer plusieurs tâches en même temps selon les instructions du chef d'équipe.

Pour gérer un choc :

- Appelez à l'aide
- Vérifiez que les voies aériennes sont bien dégagées et que la femme respire. Si elle ne respire pas, commencez la réanimation.
- Si elle respire, administrez 6 - 8 litres d'oxygène par minute
- Vérifiez la tonicité utérine. Massez l'utérus s'il est mou.
- Évaluez les signes vitaux
- Administrez 10 UI d'ocytocine par voie IM.
- Débutez la perfusion intraveineuse avec une aiguille de calibre 16 ou 18.
- Prélevez du sang pour mesurer le taux d'hémoglobine et faire un contrôle de compatibilité et un test de coagulation avant de commencer à perfuser.

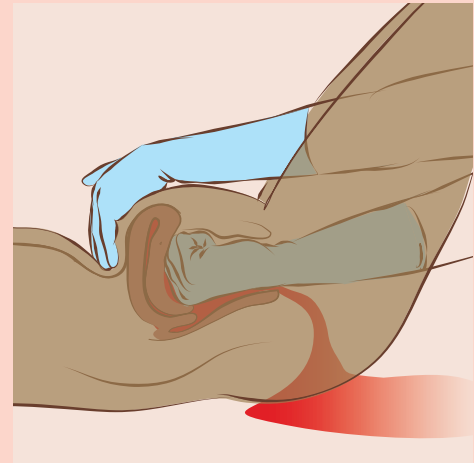
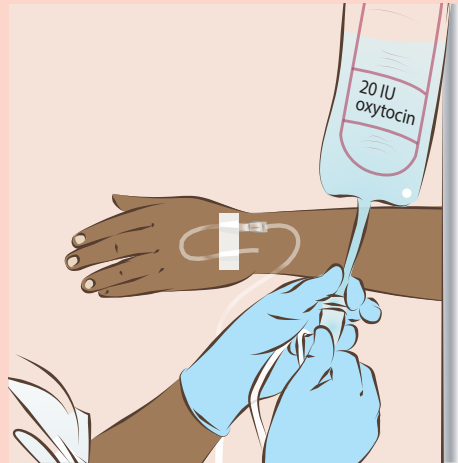
- Administrez 1 g de TXA dans 10 mL de diluant par voie IV pendant 10 minutes si dans les 3 heures suivant la naissance. **Ne donnez pas une première dose de TXA si l'accouchement a eu lieu il y a plus de 3 heures !**

- Perfusez rapidement les fluides IV, soit le Ringer lactate soit le sérum physiologique.
- Videz la vessie. Sondez la vessie au besoin.
- Posez rapidement un pantalon antichoc non pneumatique, si disponible. Le pantalon antichoc peut être posé plus tôt, en fonction des options de soins dans votre établissement et de la prise en charge précédente.
- Si le PAC n'est pas disponible, couvrez la femme, gardez-la au chaud sans la surchauffer et surélevez ses jambes.
- Agissez rapidement pour déterminer l'origine des saignements.

Si la femme a une anémie sévère (le taux d'hémoglobine inférieure à 7 g/dL / 4,3 mmol/L ou l'hématocrite inférieur à 20%), organisez une transfusion sanguine.



ATONIE UTÉRINE
Continuer à masser l'utérus
Ajouter 20 UI d'ocytocine et
perfuser rapidement
Comprimer l'utérus



Performance attendue

Si un saignement abondant dû à l'atonie utérine persiste et que la femme risque d'entrer en état de choc ou est en état de choc, poursuivre la prise en charge de l'atonie utérine avec des médicaments et une compression utérine bimanuelle.

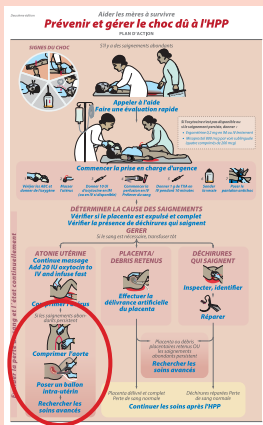
Points clés

- L'atonie utérine provoque la majorité des saignements potentiellement mortels.
- Utiliser le massage et des médicaments pour contracter l'utérus et arrêter le saignement. Si ces mesures n'arrivent pas à maîtriser le saignement, une intervention chirurgicale peut être nécessaire.
- L'acide tranexamique (TXA) doit être administré dans tous les cas d'HPP. Ne donnez pas la première dose de TXA si la naissance a eu lieu il y a plus de 3 heures!

Connaissances et compétences

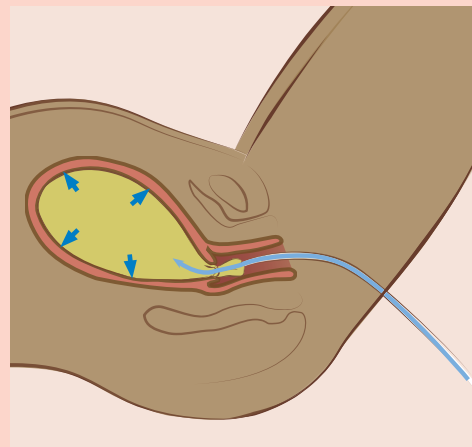
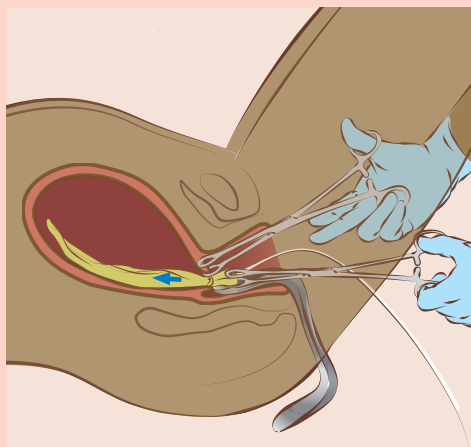
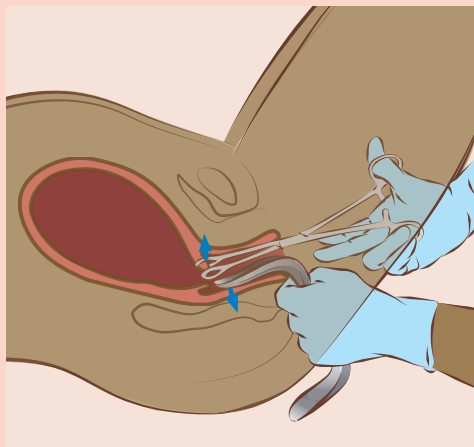
Agissez rapidement ! En cas d'atonie utérine, administrez les médicaments suivants indépendamment de la GATPA :

- 10 UI d'ocytocine par voie IM
 - 20 UI d'ocytocine dans 1 L de sérum physiologique ou de Ringer lactate par perfusion IV le plus rapidement possible. Puis, 20 UI d'ocytocine dans 1 L de sérum physiologique ou de Ringer lactate à raison de 40 gouttes/minute. N'administrez pas plus de 3 L de liquide IV avec l'ocytocine.
 - Si l'ocytocine par voie IV n'est pas disponible immédiatement, ou ne parvient pas à maîtriser les saignements, administrez :
 - 0,2 mg d'ergométrine par voie IM ou IV lentement. **Ne l'administrez pas si la TA est élevée, le placenta n'est pas délivré ou si la femme a des problèmes cardiaques !**
OU
 - 800 mcg (quatre comprimés de 200 mcg) de misoprostol par voie sublinguale.
 - **Administrez 1 g de TXA dans 10 mL de diluant par voie IV en 10 minutes dans tous les cas d'HPP.** Démarrez le TXA dans les 3 heures suivant la naissance. **Ne donnez pas la première dose de TXA si la naissance a eu lieu il y a plus de 3 heures!**
 - Le TXA aide le sang à coaguler sur le site hémorragique (tractus génital ou lit placentaire).
 - Les effets indésirables du TXA sont rares, mais comprennent des nausées, la diarrhée ou une thrombose veineuse profonde.
 - Administrez une deuxième dose de TXA si le saignement persiste 30 minutes après la première dose ou si le saignement reprend dans les 24 heures.
 - Continuez à vérifier la tonicité utérine et le saignement. Massez l'utérus au besoin.
- Si la femme saigne encore abondamment, effectuez une compression bimanuelle de l'utérus. Cela peut être effectuée par un prestataire tandis qu'un autre fournit d'autres interventions pour la gestion de l'HPP et prépare le transfert.**
- Évaluez la réponse de la femme aux liquides dans les 30 minutes pour ces signes d'amélioration:**
- Stabilisation du pouls (90 battements/minute ou moins)
 - Augmentation de la TA systolique (100 mmHg ou plus)
 - Augmentation du débit urinaire (supérieur à 30 mL/heure ou plus)
 - Baisse de la confusion ou de l'anxiété
 - En cas d'amélioration, réduisez le débit de la perfusion IV à 1 L en six heures.
 - Si un saignement vaginal important persiste chez une femme dont l'utérus est bien contracté, évaluez les autres causes du choc (par exemple, les déchirures ou la rétention placentaire ou des débris) et gérez selon le cas.
 - Si la situation n'est pas résolue, recherchez des soins avancés et une transfusion au besoin.



Si les saignements sont toujours abondants

Comprimer l'aorte abdominale Insérer le tamponnement intra-utérin par ballonnet Rechercher les soins avancés



Performance attendue

- Déterminer si le tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB) est le traitement adapté.
- Insérer et gonfler correctement le TIUB.
- Surveiller étroitement les femmes sous TIUB.
- Retirer correctement le TIUB.

Points clés

- Le TIUB traite l'HPP provoquée par l'atonie.
- Le TIUB réduit le besoin de la chirurgie et d'une transfusion sanguine. Il peut être utilisé pendant le tranfert.
- Les fournitures du TIUB sont peu coûteuses et disponibles et doivent être dans le kit d'urgence de l'HPP.
- Vérifier qu'il n'y a pas de débris placentaires retenus ou de déchirures sanglantes avant d'insérer le TIUB.

Connaissances et compétences

REMARQUE : N'insérez le TIUB que s'il est inclus dans les directives nationales pour la gestion de l'HPP. Utilisez ces fournitures pour vous exercer à assembler et à insérer un TIUB, et les ajoutez au kit d'urgence de l'HPP :

- Gants stériles
- Un sac de perfusion, une soluté injectable (sérum physiologique), un tubulaire
- 2 pinces à anneaux, une paire de ciseaux - Des préservatifs
- Un spéculum de Sims
- Une sonde de foley
- Du fil de suture en soie noire.

Si des saignements abondants dus à l'atonie persistent malgré les utérotoniques, le TXA, le massage et la compression bimanuelle, insérez un TIUB :

- Vérifiez qu'il n'y a pas de morceaux placentaires retenus ou de déchirures sanglantes avant d'insérer le TIUB.
- Assemblez le TIUB : attachez le préservatif à la sonde de Foley. Ne gonflez pas le ballon de la sonde.
- Assurez l'intimité. Dites à la femme ce que vous allez faire et pourquoi.
- Administrez une dose unique d'antibiotiques : soit 2g d'ampicilline en IV OU 1g de céfazoline en IV.
- Assurez-vous que la vessie est vide.
- Portez un équipement de protection individuelle, lavez-vous les mains, et enfillez des gants stériles longs.
- Si une assistant exerce la compression utérine bimanuelle, demandez-lui de passer à la compression de l'aorte abdominale jusqu'à ce que le TIUB soit inséré.
- Exposez le col de l'utérus avec le spéculum Sims. Tenez le col de l'utérus avec une pince. Insérez le préservatif attaché à la sonde dans le col de

l'utérus et dans la cavité utérine.

- Gonflez le préservatif : Connectez l'ouverture de la sonde urinaire à la poche de perfusion. Gonflez le préservatif avec une solution IV (300-500 mL) jusqu'à ce que le saignement s'arrête.
- Pliez et nouez la sonde pour retenir le fluide.
- Si le saignement n'est pas contrôlé au bout de 15 minutes suivant l'insertion, procédez immédiatement à une intervention chirurgicale d'urgence !
- Enregistrez l'heure de l'insertion et la quantité de fluides utilisée pour gonfler le préservatif.
- Laissez le préservatif en place pendant 12-24 heures une fois que les saignements sont contrôlés et que l'état de la patiente est stable.
- Une fois que l'état de la femme est stable depuis au moins 12 heures, dégonflez le pré-servatif en laissant échapper 200 mL toutes les heures. Regonflez le préservatif si le saignement recommence.
- Après le retrait, surveillez la femme étroitement pendant les 6 heures suivantes. Vérifiez la TA, le pouls, le débit urinaire, la pâleur, les saignements, et la tonicité utérine :
 - toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures
 - toutes les 30 minutes pendant les 2 heures suivantes
 - toutes les heures pendant les 2 heures suivantes.
- Ne recourez pas au TIUB en présence d'un saignement artériel, du cancer du col de l'utérus ou de l'utérus, d'un risque de la rupture utérine, des anomalies utérines ou de la coagulation intravasculaire disséminée.

Performance attendue

Identifier une rétention du placenta ou des débris placentaires et effectuer la délivrance artificielle du placenta ou la révision utérine.

Points clés

- Une rétention du placenta ou de débris placentaires ou de membranes peuvent provoquer des saignements et une infection.
- L'utérus ne peut pas se contracter s'il contient le placenta, des débris placentaires ou des caillots de sang.
- Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu 30 minutes après la naissance, commencer le traitement.
- Si la délivrance n'a toujours pas eu lieu une heure après la naissance OU si la femme saigne abondamment, effectuer une délivrance artificielle du placenta. Ne pas tarder !
- S'il n'est pas possible d'extraire le placenta ou les débris placentaires, la chirurgie peut être nécessaire.

Connaissances et compétences

Si la délivrance n'a pas eu lieu 30 minutes après la naissance et si **la femme ne saigne pas**, vérifiez que la vessie est vide, répétez la dose de 10 UI d'ocytocine en IM, continuez la traction contrôlée du cordon pendant les contractions et encouragez la femme à pousser, à s'accroupir ou à allaiter. Ne répétez PAS le misoprostol ou la carbétocine / HSC ! Ne donnez pas d'ergométrine. !

Si **la femme saigne abondamment**, OU si le placenta n'est pas complet OU si le traitement débuté à 30 minutes n'aboutit pas à la délivrance dans l'heure qui suit la naissance, extrayez le placenta et les fragments manuellement.

Pour procéder à la délivrance artificielle du placenta :

- Respectez l'intimité. Dites à la femme ce que vous allez faire et pourquoi.
- Demandez à la femme d'uriner ou sondez la vessie au besoin.
- Commencez la perfusion IV.
- Administrez 10 mg de diazépam en IM / IV (si la femme n'est pas en état de choc). En fonction des préférences locales et de la situation clinique, vous pouvez utiliser de la péthidine ou de la kétamine.
- Administrez une dose unique d'antibiotiques : soit 2g d'ampicilline en IV ou 1g de céfazoline en IV.
- Portez un équipement de protection individuelle, lavez-vous les mains, et enfilez des gants stériles longs.

- Tenez le cordon ombilical avec un clamp. Tirez délicatement sur le cordon.
- Engagez une main dans le vagin et remontez jusque dans l'utérus en suivant le cordon pour localiser le placenta.
- Lâchez le cordon et amenez la main qui tenait le cordon sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction.
- Identifiez la surface rugueuse derrière le placenta et séparez-le délicatement de la paroi utérine en balayant doucement les doigts d'avant en arrière.
- Saisissez le placenta et retirez lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta tout en appliquant une contre-traction.
- Vérifiez la tonicité utérine. Massez l'utérus s'il est mou.
- Administrez une perfusion IV de 20 UI d'ocytocine dans un litre de sérum physiologique à raison de 40 gouttes / minute.
- Vérifiez que le placenta est complet.
- Retirez les gants et jetez-les. Lavez-vous les mains.
- Évaluez les saignements et les signes vitaux, et assurez-vous que l'utérus est bien contracté (toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes au cours des 4 prochaines heures).

Aider les mères à survivre
Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP
Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP

ÉVALUATION DU CHOC
 Dès que saignements abondants

Appeler à l'aide
 Faire une évaluation rapide

Combiner la prise en charge d'urgence

DÉTERMINER LA CAUSE DES SAIGNEMENTS
 Maintenir la patiente en position et compacter
 Vérifier la présence de déchirures qui saignent

ATONIE UTERINE
 Continuer massage
 App 20 si disponible
 10 minutes
 Compresser l'utérus

PLACENTA DÉBRIDÉ RETENU
 Effectuer la délivrance artificielle de placenta
 Rechercher les sites avortés

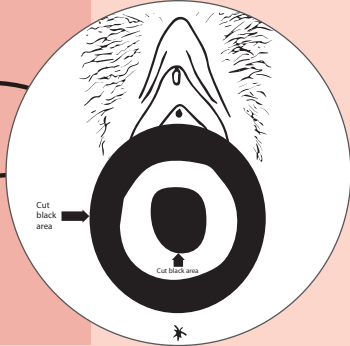
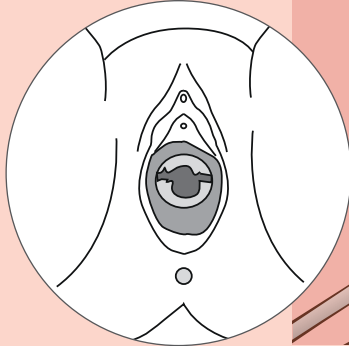
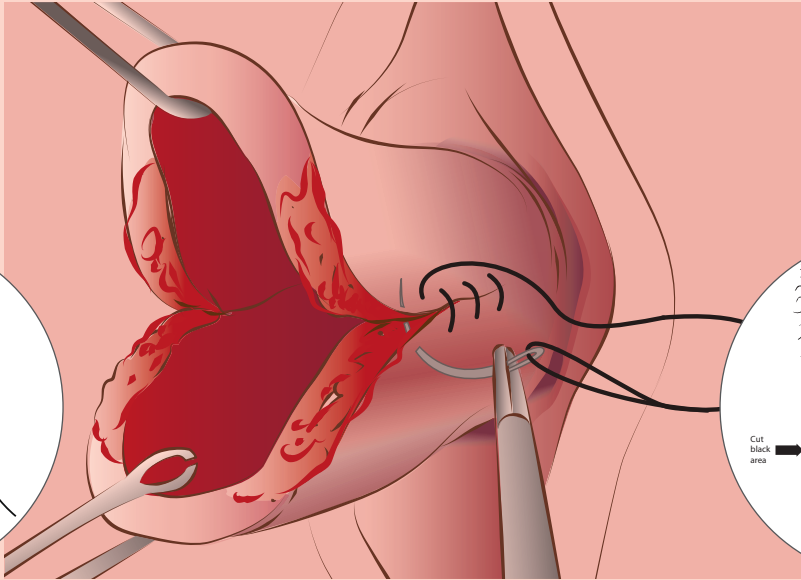
DÉCHIRURES QUI SAIGNENT
 Inspecter, identifier
 Réparer

Placer un ballon intra-utérin
 Rechercher les sites avortés

Placer un ballon intra-utérin
 Continuer les soins après HPP

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT

Inspecter, identifier et réparer



Performance attendue

Identifier les déchirures comme cause de l'HPP et inspecter, identifier et réparer les déchirures vaginales et cervicales profondes.

Points clés

- Les déchirures qui provoquent l'HPP sont souvent des déchirures vaginales ou cervicales profondes.
- Seules les déchirures profondes et qui continuent à saigner doivent être réparées.
- Le saignement d'une déchirure peut suinter lentement, saigner abondamment, ou saigner en jet (plaie d'une artère).

Connaissances et compétences

Les déchirures cervicales se produisent généralement à 3 et 9 heures, en utilisant une horloge comme référence pour le col de l'utérus.

Identifiez et réparez les déchirures :

- Assurez l'intimité et assurez un bon éclairage. Dites à la femme ce que vous faites.

- Assurez-vous que la vessie est vide ou sondez la vessie au besoin.
- Administrez de la péthidine et du diazépam en IV, ou de la kétamine, si les déchirures sont hautes et larges (n'administrez pas ces médicaments si la femme est en état de choc).
- Lavez-vous les mains. Enfilez des gants stériles.
- Nettoyez le périnée, la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Avec une main gantée, écarter les lèvres et examinez la région péri-urétrale, le périnée et l'ouverture vaginale. Appuyez fermement sur la paroi postérieure du vagin avec des doigts recouverts d'une gaze pour évaluer profondément dans le vagin.
- Appuyez délicatement sur la paroi vaginale et déplacez les doigts recouverts d'une gaze tout le long de la paroi, une après l'autre, remontez jusqu'au col de l'utérus.
- Demandez à l'assistant d'exercer une pression sur le fond utérin pour visualiser le col de l'utérus.
- Utilisez une pince porte-tampon pour saisir le col de l'utérus à 12 heures, et une autre pour saisir le col de l'utérus à 3 heures. Inspectez la présence de déchirures entre les pinces.
- Ensuite, déplacez la première pince à 6 heures et inspectez la zone entre les pinces à nouveau pour vérifier la présence de

déchirures. Continuez à faire pivoter les pinces et à inspecter de cette manière jusqu'à ce que le col entier soit inspecté et que les déchirures soient identifiées.

Réparez les déchirures cervicales :

- Après avoir identifié la déchirure cervicale, placez les deux pinces dans une main.
- Utilisez des sutures chromiques ou polyglycoliques de taille 0. Placez la première suture à la partie apicale (extrémité supérieure de la lésion). Fermez la déchirure avec des sutures continues.

Réparez les déchirures vaginales profondes :

- Prélevez 10 mL de lignocaïne à 0,5% dans une seringue. Insérez l'aiguille à partir du bas et sur le côté de la déchirure jusqu'à la partie apicale de la déchirure. Retirez le piston pour être sûr que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau sanguin. Injectez lorsque l'aiguille est retirée. Attendez 2 minutes pour l'effet.
- Placez des sutures 2-0 chromiques ou polyglycoliques continues sur la longueur de la déchirure, en commençant juste au-delà de la partie apicale. Fermez d'abord l'espace profond, puis réévaluez le tissu vaginal. Réparez en deux couches si la déchirure est profonde.
- Passez en revue les soins de plaies et les mesures d'hygiène avec la femme.

Aider les mères à survivre
Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP
Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP

BIEN ÊTRE CHEZ
 Plus de 400 engagements de soins

Appeler à l'aide
 Faire une évaluation rapide

Commencer la prise en charge d'urgence

DÉTERMINER LA CAUSE DES SAIGNEMENTS
 Maintenir la température au chaud et couvert
 Vérifier la présence de déchirures qui saignent

ÉTAT DE L'UTÉRUS
 Continuer massage
 Appuyer 20 fois en rythme à 10 secondes par fois
 Compresser l'utérus

PLACENTA DÉBRIDÉ RETENUE
 Effectuer la délivrance artificielle de placenta

DÉCHIRURES CŒU-SAGINIT
 Inspecter, identifier
 Réparer

Placer un ballon intra-utérin
 Rechercher les saignés dérivés

Rechercher les saignés dérivés

Continuer les soins après l'HPP

Continuer des soins après l'HPP



Performance attendue

Donner des soins continus aux femmes qui se rétablissent de l'HPP et offrir des services de conseils appropriés.

Points clés

- Une femme soignée pour une HPP doit être surveillée étroitement jusqu'à ce que son état s'améliore.
- Les soins maternels et néonataux respectueux et des conseils sont essentiels.
- Les femmes qui se rétablissent de l'HPP peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour commencer et continuer l'allaitement.

Connaissances et compétences

Surveillez attentivement la femme jusqu'à ce qu'elle soit stable :

- Surveillez son état attentivement : prenez les signes vitaux toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'elle se stabilise.

Une fois que son état est stable :

- Ajustez le débit de la perfusion IV à 1 L en 6 heures.
- Commencez à diminuer l'oxygène selon le protocole local.
- Effectuez des tests de laboratoire, y compris le taux d'hémoglobine (24 h après l'arrêt du saignement).

Pour décider si une femme peut rentrer chez elle :

- Les signes vitaux de la femme, la production d'urine et l'état mental doivent revenir à la normale.
- La femme doit être capable de marcher sans vertiges et prendre soin d'elle-même et de son bébé.
- Si le placenta a été délivré artificiellement ou si un TIUB a été inséré, surveillez la femme étroitement pour détecter une infection. Continuez ou commencez les antibiotiques selon le protocole local et ne libérez pas la femme si elle a des signes ou symptômes d'infection.

Conseils à la sortie de l'établissement après une HPP :

- Expliquez à la femme et à sa famille qu'elle a besoin de se reposer pendant sa convalescence. Enseignez-lui les signes de danger de l'anémie, des saignements et de l'infection. Conseillez-la de rechercher des soins si l'un de ces signes apparaît.

- Si le taux d'hémoglobine était inférieure à 7 g/dL ou 4,3 mmol/L : Donnez 120 mg de sul-fate ferreux ou fumarate ferreux PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois. Après 3 mois, poursuivez les suppléments à raison de 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois.
- Si le taux d'hémoglobine est compris entre 7-11 g/dL (de 4,3 à 6,8 mmol/L) : Donnez 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux plus 400 mcg d'acide folique par voie orale une fois par jour pendant 3 mois.
- Fournissez tous les conseils sur les soins de post-partum de routine et la planification familiale.
- Conseillez-la à propos de son régime alimentaire. Il doit comprendre des aliments riches en fer comme la viande / la volaille / le poisson, les arachides, les légumineuses, les haricots, les œufs, les légumes vert foncé et les légumes à feuilles.
- Demandez à la femme de revenir pour un suivi et des soins dans 48 heures, 10 jours et encore dans 6 semaines.
- Si la femme a des déchirures, apprenez-lui à se laver le périnée au moins deux fois par jour (toujours après les selles), à changer fréquemment les serviettes hygiéniques et à se laver les mains après les soins personnels.

PRATIQUE PAR LES PAIRS : Instructions pour la pratique et les activités d'amélioration de la qualité après la formation

Qu'est-ce que la « pratique continue » et pourquoi est-ce important ?

La formation à elle seule n'est pas suffisante pour améliorer les soins. Nous devons ajouter la pratique régulière et d'autres activités pour renforcer les nouvelles connaissances et compétences. La pratique développe également des compétences et améliore le travail d'équipe et la prise de décisions cliniques.

Qui vous aide à pratiquer ?

Une ou deux personnes de votre établissement seront invitées à coordonner des séances pratiques. Le coordinateur vous rappellera de pratiquer et guidera les sessions. Il / elle est un collègue qui a appris à soutenir ces activités. Rappelez-vous cependant que vos pairs et vous-même pouvez pratiquer sans un coordinateur si votre établissement ne l'a pas ou s'il n'est pas disponible.

Objectifs de la pratique des compétences

Les objectifs de chaque séance sont liés aux principaux objectifs d'apprentissage. La pratique des compétences vous aidera à perfectionner vos compétences, en particulier les compétences qui ne sont pas souvent utilisées. Pendant toutes les séances, faites preuve de respect, de bon travail d'équipe et de communication.

Préparation de la séance

Le plan de chaque séance comprend la préparation et une liste de matériels nécessaires. Veuillez consulter les plans de séance et la section avec les réponses (page 66) à l'avance. La section avec les réponses comprend d'autres conseils de facilitation importants. Les coordinateurs de pratique sont responsables de s'assurer que tout est prêt. Les plans de séance comportent également des instructions sur la façon de diriger la séance. Vous aurez besoin d'au moins deux Guides du prestataire (GP) pour servir d'une référence et les Plans d'action. Les coordinateurs vous encadreront au besoin d'une manière amicale et utile.

Simuler les soins avec la pratique des compétences, les jeux de rôle et les exercices

La pratique des compétences, les jeux de rôle et des exercices sont utilisés pour faciliter la pratique des compétences et la prise de décisions cliniques. Lors de la conduite de ces activités, les coordinateurs :

- Établissent un environnement d'apprentissage sûr
- Dirigent les activités
- Font des compte-rendus organisés
- Encouragent la discussion pour améliorer l'apprentissage
- Identifient et explorent les lacunes
- Aident les prestataires à transférer ce qu'ils ont appris dans la pratique clinique

Compte-rendu

Pendant le compte-rendu, les coordinateurs guident les prestataires à analyser leur performance individuelle et collective. Cela permet à chacun d'apprendre en examinant attentivement ce qui s'est passé. Les coordinateurs et les prestataires doivent être constructifs et éviter de mettre les uns et les autres dans l'embarras. L'objectif est l'auto-réflexion et l'amélioration du travail d'équipe.

Séance 1

Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) - Jeu de rôle

20 minutes par prestataire

Lisez les objectifs à haute voix :

- Effectuer la GATPA selon les normes.
- Communiquer complètement, avec efficacité et respect.
- Assurer que le plan de transfert est affiché.

Préparation :

- Préparez l'activité à l'avance.
- Disponibilisez le plan de transport pour le transfert et la liste des coordonnées des personnes responsables.

Matériels :

- Plan d'action
- Ordinateur et projecteur / Vidéos
- Ouvrez le Guide du prestataire à la page 9 et rassemblez toutes les fournitures indiquées dans la liste de matériels.

Activité : Regardez la vidéo [▶ « Gestion de la troisième période de l'accouchement »](#).

Le coordinateur doit expliquer que seuls l'ocytocine et le misoprostol sont abordés, mais que la carbétocine, l'ergométrine et l'ergométrine/ocytocine à dose fixe peuvent également être utilisées.

Activité : Jeu de rôle avec 1 ou 2 prestataires et 1 coordinateur.

Le coordinateur doit :

- Porter un simulateur avec le bébé sur le ventre et le cordon encore attaché. Commencer avec le réservoir de sang fermé.

- Jouer le rôle de la « cliente » et dire : « Vous venez d'effectuer l'accouchement de ce bébé. Lorsque je vous demande de commencer, prenez soin de moi comme vous le feriez pour une femme qui vient d'accoucher sous vos soins. »
- Faire « pleurer » le bébé lorsque le prestataire commence, et ouvrir le réservoir de sang à la normale une fois que le placenta est délivré. Fermer le réservoir de sang une fois que le prestataire a effectué une évaluation appropriée de la tonicité utérine.
- Évaluer les prestataires, puis faire un compte-rendu après que chacun(e) d'eux(elles) a pratiqué (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, à la page 70).

Planification du transfert / la référence :

- Pour les établissements qui réfèrent les malades à un autre établissement en cas de complications, passez en revue le plan de transfert. Vérifiez que le plan est affiché dans un endroit visible (près du lieu où les soins sont fournis) et indique les numéros de téléphone de l'hôpital de référence et du transport. Envisagez de programmer les numéros utiles dans les téléphones portables des membres du personnel / de l'établissement. Vérifiez que les numéros ont été préchargés dans les téléphones et que le personnel documente toutes les communications effectuées. Si aucun plan de transfert n'est affiché, planifiez une réunion pour le rédiger et l'afficher.

Séance 2

Rétention placentaire - Jeu de rôle

10 minutes par prestataire

Lisez les objectifs à haute voix :

- Gérer correctement la rétention placentaire

Matériels et préparation :

- Même matériels que pour la séance 1 :

Activité : Regardez la vidéo [▶ « Examen du placenta »](#). **Le coordinateur doit expliquer l'importance d'examiner soigneusement le placenta immédiatement après la naissance et chaque fois que la femme saigne trop.**

Activité : Jeu de rôle avec 1 ou 2 prestataires et 1 coordinateur.

Le coordinateur doit :

- Porter un simulateur avec le bébé sur le ventre et le cordon encore attaché.
- Jouer le rôle de la « cliente » et dire : « Vous avez assisté à l'accouchement de ma petite fille en bonne santé et vous m'avez administré 10 UI d'ocytocine en IM une minute suivant la naissance et vous avez sectionné le cordon 2 minutes après la naissance. Prenez soin de moi comme vous le feriez normalement. Je commence à sentir une autre contraction ! »
- Laisser les prestataires apporter des soins pendant environ 5 minutes (ou deux contractions simulées). Puis, dire aux prestataires que 30 minutes se sont écoulées.
- Évaluer les prestataires, puis faire un compte-rendu après que chacun(e) d'eux(elles) a pratiqué (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, à la page 70).

Séance 3

Pratique des compétences et jeu, Pantalon antichoc (PAC) non pneumatique

10 minutes par paire de prestataires Remarque : Cette séance a été conçue uniquement pour les établissements ayant accès à des pantalons antichoc non pneumatiques. Si vous n'avez pas de pantalon antichoc, omettez cette séance et passez à la séance 4.

Lisez les objectifs à haute voix :

- Poser le PAC de manière correcte pour les femmes en état de choc ou susceptibles d'entrer en état de choc.
- Décrire comment retirer le PAC en toute sécurité.
- Communiquer complètement, avec efficacité et respect.

Matériels et préparation :

Préparez l'activité à l'avance.

- Équipement de protection individuelle. (EPI)
- Ordinateur et projecteur / Vidéos
- Tensiomètre
- Stéthoscope
- PAC non pneumatique
- Horloge

Demandez à un volontaire de jouer le rôle de la « cliente » s'il n'y a qu'un seul prestataire.

Activité : Regardez la vidéo

▶ [« Utilisation du PAC ».](#)

Activité : Recrutez un volontaire pour agir en tant que « cliente » si vous pratiquez avec un seul prestataire.

- Pratique initiale avec 1 - 2 prestataires et 1

coordinateur. Chaque prestataire doit avoir l'opportunité de jouer le rôle du chef d'équipe dans la pose et le retrait du PAC.

- Évaluez les prestataires, puis faites un compte-rendu après que chacun(e) d'eux(elles) a pratiqué (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, aux pages 70-71.)
- Après la pratique initiale, les prestataires peuvent continuer avec un « jeu » chronométré. Ensuite, le coordonnateur doit dire : « Maintenant, nous allons voir qui peut poser le PAC le plus rapidement possible. L'équipe qui pose CORRECTEMENT le PAC en suivant toutes les étapes dans les plus brefs délais gagne un certificat. » Le coordinateur de pratique est le gardien du temps observe la performance de l'équipe. Déterminez l'équipe qui a posé correctement le PAC le plus rapidement, puis remettez-elle un certificat pour « la Reine rapide » ou « le Roi rapide ».

Séance 4

Exercice sur l'HPP

15-25 minutes par équipe

Lisez les objectifs à haute voix :

- Gérer correctement l'HPP due à l'atonie.

Matériels :

- Simulateur
- Fournitures nécessaires pour l'accouchement (à la page 9 du Guide du prestataire).

Remarque : Assurez-vous que les matériels

sont disponibles sans pour autant les installer à l'avance.

Préparation :

Ceci est un exercice « surprise » que le coordinateur préparera à l'avance avec l'équipe de direction de l'établissement. Pratiquez avec 1 coordinateur en équipes qui reflètent le personnel habituel. Les matériels utilisés pendant l'exercice ne doivent être que ceux disponibles et utilisés dans l'établissement. La session durera plus de 10 minutes en cas d'utilisation d'un pan-talon antichoc.

Activité :

Le coordinateur doit :

- Porter le simulateur avec le bébé et le placenta hors de l'utérus, le ruban cervical serré, et l'utérus mou.
- Jouer le rôle de la « cliente » et dire : « Je suis Madame D qui ai accouché normalement et j'ai reçu 10 UI d'ocytocine 1 minute après la naissance. Et 10 minutes plus tard, vous avez délivré le placenta. Commencez à m'apporter des soins comme vous le feriez en temps normal. »
- Lorsque le prestataire commence, ouvrir le réservoir de sang.
- Évaluer les prestataires, puis faire un compte-rendu après l'exercice (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, à la page 71.)

Remarque : Procédez aux Sessions 5 à 10 uniquement si les prestataires ont complété la Journée 2.

Séance 5

Exercice sur la gestion du choc

20 minutes

Lisez les objectifs à voix haute :

- Gérer le choc causé par l'HPP de manière appropriée
- Communiquer complètement, avec efficacité et respect avec la femme et l'équipe

Matériels :

- Plan d'action de la gestion du choc
- Simulateur
- EPI / Une paire de gants chirurgicaux stériles
- Tensiomètre / Stéthoscope
- Matériels pour la perfusion IV
- Bouteille d'oxygène, masque et tubulure
- Seringues et médicaments utérotoniques
- Sonde urinaire et sac collecteur d'urines
- Couverture
- PAC non pneumatique (s'il est disponible)

Remarque : Assurez-vous que les matériels sont disponibles sans pour autant les installer à l'avance.

Préparation :

- Ceci est un exercice « surprise » que le coordinateur préparera à l'avance avec l'équipe de direction de l'établissement. Pratiquez avec 1 coordinateur en équipes qui reflètent le personnel habituel. Les matériels utilisés pendant l'exercice ne doivent être que ceux disponibles et utilisés dans l'établissement. Le coordinateur porte le simulateur.

Activité :

Le coordinateur doit :

- Installer le simulateur sans le bébé ou le placenta. Commencer par ouvrir le réservoir de sang et serrer le ruban cervical.
- Jouer le rôle de la « cliente » et dire « Je m'appelle Mary et je viens d'accoucher de mon neuvième enfant dans votre établissement. L'accouchement s'est déroulé normalement et vous avez effectué la GATPA correctement. Après la délivrance du placenta, il y a 15 minutes, mon utérus ne se contracte pas. Vous avez estimé que j'ai perdu 500 mL de sang. Je ne me sens pas bien. »
- Évaluer les prestataires, puis faire un compte-rendu après l'exercice (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, aux pages 71-72.)

Séance 6

Assemblage du tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB) avec des préservatifs

10 minutes avec la discussion (cette activité peut être combinée avec la Session 7)

Lisez les objectifs à haute voix :

- Assembler le TIUB avec les préservatifs à partir du Kit de TIUB

Matériels et préparation :

- Ordinateur et projecteur / Vidéos
- Vérifiez que les matériels indiqués à la page 57 du Guide du prestataire sont prêts, sans les installer à l'avance. Trouver un sac ou une boîte hermétique pour le kit. Des instruments

stériles seront également nécessaires pour l'insertion du TIUB, mais ne font pas partie du kit, sachant qu'ils sont utilisés fréquemment à d'autres fins.

Activité : Regardez la vidéo [▶ « TIUB »](#).

Activité :

- Demandez aux prestataires de préparer tous les articles nécessaires pour le kit de TIUB et de les placer dans le sac ou la boîte. Étiqueter le conteneur « tamponnement intra-utérin par ballonnet » en indiquant le contenu sur l'étiquette.
- Facilitez la discussion une fois que les kits sont assemblés (conseils à la section « Réponses » du Guide du prestataire, à la page 72.)

Séance 7

Pratique des compétences, insertion du TIUB

20 minutes par apprenant

Lisez les objectifs à haute voix :

- Démontrer la technique correcte d'insertion du TIUB.
- Décrire comment évaluer si le TIUB est bien placé et comment et à quel moment le retirer.
- Prévoir suffisamment de matériel pour assembler 2 kits de TIUB dans le kit d'urgence.

Matériels et préparation :

Le coordinateur doit avoir des compétences dans l'insertion d'un TIUB. Si ce n'est pas le cas, il doit inviter la personne la plus compétente de l'établissement pour l'assister. Préparez le

simulateur utérin à l'avance ou utilisez une bouteille d'eau de 500 mL. Rassemblez tous les instruments et matériels indiqués à la page 57 du Guide du prestataire.

Activité:

- Pratiquez avec un maximum de 4 prestataires et 1 coordinateur. Cette activité doit être effectuée en binômes. Dirigez les prestataires vers le simulateur et les matériels qui sont posés sur une table.
- Demandez aux prestataires de faire la démonstration correcte de la technique d'insertion du TIUB. Avant de commencer, expliquez aux prestataires qu'ils peuvent s'arrêter et poser des questions afin de pratiquer les actions correctement.
- Observez les apprenants pendant qu'ils/elles pratiquent, et donnez-leur un encadrement de soutien, au besoin. Faites un compte-rendu immédiatement après la pratique avec les apprenants afin de répondre aux questions et de partager les observations.
- Veillez au réapprovisionnement des kits et désignez la personne chargée de vérifier le chariot une fois par semaine pour assurer qu'au moins 2 kits sont disponibles. Placez les kits dans un lieu visible et accessible. Évaluez les prestataires, puis faites un compte-rendu après que chacun(e) d'eux(elles) a pratiqué (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, à la page 72.)

Séance 8

Pratique des compétences, délivrance artificielle du placenta

10 minutes par apprenant

Lisez les objectifs à haute voix :

- Identifier une rétention placentaire
- Effectuer la délivrance artificielle du placenta.

Matériels :

- Plans d'action
- Ordinateur et projecteur / Vidéos
- Simulateur
- Savon or solution hydro-alcoolique pour les mains, gants, long gants, EPI pour le prestataire
- Matériels pour la perfusion IV
- Médicaments (diazépam, ampicilline ou céfazoline)
- Seringues et flacons
- Une paire de gants chirurgicaux stériles
- Sonde urinaire et sac collecteur d'urines

Préparation :

- Préparez les matériels avant l'activité. Les Plans d'action, le Manuel avec les tableaux à feuilles mobiles et le Guide du prestataire doivent être disponibles à des fins de référence.

Activité : Regardez la vidéo

▶ [« Délivrance artificielle du placenta ».](#)

Activité :

- Pratiquez avec un maximum de 4 prestataires et 1 coordinateur. Cette activité doit être effectuée en pairs.

Le coordinateur doit :

- Porter le simulateur avec le bébé né et le placenta non délivré.
- Jouer le rôle de la « cliente » et dire « Aujourd'hui, nous allons simuler comment effectuer la délivrance artificielle du placenta ». Ne rien dire aux apprenants sur la conduite de l'activité.

« J'ai reçu 10 UI d'ocytocine 1 minute après l'accouchement. Après 30 minutes, j'ai vidé ma vessie et ai reçu une autre dose de 10 UI d'ocytocine. Malgré la traction contrôlée du cordon, le placenta n'a pas été délivré. J'ai accouché il y a 60 minutes. Commencez à m'apporter des soins comme vous le feriez en temps normal. »

- Observer les prestataires pendant qu'ils font la démonstration à tour de rôle. Interrompre les apprenants et les encadrer si nécessaire afin qu'ils/elles n'effectuent pas d'actions incorrectes.
- Évaluer les prestataires, puis faire un compte-rendu après que chacun(e) d'eux(elles) a pratiqué (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, aux pages 72-73.)

Séance 9

Pratique des compétences, Déchirures cervicales nécessitant des soins

15 - 20 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Inspecter, identifier et réparer les déchirures cervicales

Matériels :

- Simulateur en bloc de mousse ou serviette enroulée insérée dans le simulateur (1 par apprenant)
- Ordinateur et projecteur / Vidéos
- Une bonne source d'éclairage
- Des marqueurs noirs (1 par apprenant)
- Cutters / couteaux X-acto
- Rouleau du ruban adhésif (en cas d'utilisation de serviettes)
- Solution antiseptique
- Gants stériles
- Kits de suture (fil de suture 2-0 absorbable accompagné d'une aiguille, d'un porte-aiguilles, de pinces/forceps)
- Une pince porte-tampon
- Une paire de ciseaux
- Lignocaine à 0,5% ou à 1%, seringue et aiguille
- Gaze stérile Black markers (1 per learner)

Préparation :

- Le coordinateur doit avoir des compétences dans la réfection des déchirures. Si ce n'est pas le cas, il doit inviter la personne la plus compétente de l'établissement pour l'assister.
- Préparez l'activité à l'avance. Préparez le simulateur en mousse ou la serviette enroulée

selon les recommandations de la page 75 du Guide du prestataire.

Activité : Regardez la vidéo

▶ « [Déchirures du col utérin](#) ».

Activité :

- Pratiquez avec un maximum de 4 prestataires et 1 coordinateur. Cette activité doit être effectuée en binômes.
- Dirigez les prestataires vers le simulateur et les matériels qui sont posés sur une table.
- Demandez aux prestataires de faire la démonstration correcte de la réfection des déchirures. Avant de commencer, expliquez aux prestataires qu'ils peuvent s'arrêter et poser des questions afin de pratiquer les actions correctement.
- Les prestataires pratiquent sur les serviettes individuelles ou sur les blocs de mousse. En cas d'utilisation de la mousse, chaque « côté » peut être utilisé. La pratique peut donc être répétée plusieurs fois. Chaque serviette a deux « côtés », chaque côté peut être réutilisé.
- Évaluez les prestataires, puis faites un compte-rendu après que chacun(e) d'eux(elles) a pratiqué (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, à la page 73).

Séance 10

Exercice intégré

20 - 25 minutes par équipe

Lisez les objectifs à haute voix :

- Fournir des soins de qualité aux femmes en état de choc

- Renforcer les rôles de l'équipe pendant une urgence

Préparation:

Ceci est un exercice « surprise » que le coordinateur préparera à l'avance avec l'équipe de direction de l'établissement. Pratiquez avec 1 coordinateur en équipes qui reflètent le personnel habituel. Les matériels utilisés pendant l'exercice ne doivent être que ceux disponibles et utilisés dans l'établissement. La session durera plus de 10 minutes en cas d'utilisation d'un PAC.

Activité:

- Le coordinateur porte le simulateur et joue le rôle de la « cliente ». Installez le simulateur sans le bébé ou le placenta. Commencez par ouvrir le réservoir de sang et serrer le ruban cervical autour du col.
- Le coordinateur joue le rôle de la « cliente » et dit :
- « J'ai 21 ans. Je viens juste d'accoucher de mon deuxième enfant à la maison. Cela s'est passé si rapidement que personne n'était avec moi sauf ma mère. Tout semblait normal jusqu'à l'expulsion du placenta, il y a deux heures, lorsque j'ai commencé à saigner abondamment. Je me sens faible et confuse. Ma mère m'a accompagnée ici parce que les saignements ne s'arrêtent pas. Pouvez-vous m'aider ? »
- Évaluez les prestataires, puis faites un compte-rendu après l'exercice (les recommandations et les conseils pour l'évaluation sont présentés dans la section « Réponses » du Guide du prestataire, aux pages 73-74.)

RÉPONSES DE LA SÉANCE

Séance 1 : GATPA

Vérifiez si chaque prestataire :

- Sèche le bébé et évalue sa respiration
- Écarte la présence d'un deuxième bébé
- Administre un utérotonique dans la minute suivant la naissance
- En attendant la délivrance du placenta, retire la première paire de gants en cas de double gantage ou change de gants
- Sectionne le cordon entre 1 à 3 minutes après la naissance
- Exerce une traction contrôlée du cordon avec une contre-traction (pendant les contractions uniquement).
- Vérifie la tonicité utérine et masse l'utérus s'il est mou après la délivrance du placenta.
- Vérifie que le placenta est complet
- Examine les voies génitales pour détecter la présence de déchirures
- Vérifie tout saignement.
- Communique avec respect tout au long

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

- Selon vous, comment cela s'est-il passé ? Comment vous sentez-vous ?
- En ce qui concerne l'évaluation, quelles informations avez-vous recueillies et qu'auriez-vous pu demander / évaluer de plus ?
- Qu'avez-vous fait ? Pourquoi ?
- Avons-nous pratiqué la GATPA comme nous l'avons appris dans le module SAN ? Sinon, pour-quoi ? Comment pouvons-nous encourager la GATPA pendant toutes les naissances ?
- Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourriez utiliser avec une cliente réelle ?
- Que peut-on améliorer ?
- L'ocytocine est-elle conservée au frais pour préserver la qualité du médicament ?

Séance 2 : Rétention placentaire

Recommandations du coordinateur pendant l'activité :

Ne délivrez pas le placenta pendant les 5 premières minutes/deux premières contractions. Ensuite, dites « cela fait 30 minutes », délivrez le placenta uniquement si les prestataires répètent l'ocytocine. Fermez le réservoir de sang.

Vérifiez si le prestataire :

- Encourage la femme à vider sa vessie, répète l'ocytocine uniquement (et pas le misoprostol ou tout autre médicament) et répète la traction contrôlée du cordon
- Parce que la femme ne saigne pas, attend encore 30 minutes et alerte les soins avancés
- Délivre le placenta correctement
- Vérifie la tonicité utérine, et masse l'utérus s'il est mou.
- Vérifie que le placenta est complet
- Examine les voies génitales pour détecter la présence de déchirures
- Vérifie tout saignement.
- Communique avec respect tout au long

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

- Selon vous, comment cela s'est-il passé ? Comment vous sentez-vous ?
- En ce qui concerne l'évaluation, quelles informations avez-vous recueillies et qu'auriez-vous pu demander / évaluer de plus ?
- Qu'avez-vous fait ? Pourquoi ?
- Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourriez utiliser avec une cliente réelle ?
- Que peut-on améliorer ?

Séance 3 : Pantalon antichoc non pneumatique

Pendant la pose et le retrait du PAC, vérifiez si le prestataire :

- Place la femme correctement sur le PAC ouvert en assurant que les segments supérieurs du pantalon antichoc sont placés au niveau des côtes les plus basses, et que le ballon de pression est situé au niveau du nombril.
- Ferme la paire de segments des chevilles. Soit un prestataire ferme les deux côtés – ou en cas de travail par paires, un prestataire ferme un segment des segments 1, 2 et 3 et l'autre prestataire ferme l'autre segment. Vérifie qu'un son («snap») indiquant sa fermeture est entendu après avoir fermé chaque segment.
- Continue à fermer les paires de segments du segment 2 au segment 6, avec le ballon de pression au dessus du nombril. Évalue que la femme respire normalement après avoir fermé le sixième segment. Si ce n'est pas le cas, le prestataire relâche les 5e et 6e segments. Pendant le test chronométré de la pose du PAC, arrêtez le chronomètre maintenant.

Après avoir posé correctement le PAC pendant la pratique initiale, le prestataire décrit à quel moment retirer le PAC et comment. Vérifiez si le prestataire :

- Retire le pantalon antichoc une fois que l'origine du saignement a été trouvée et résolue, le pouls est revenu à 100 bts/minute ou moins, la TAS est revenue à 100 mmHg ou plus et le saignement est réduit à un niveau normal pour le postpartum.
- Pour le retrait du PAC : Commence aux segments des chevilles. Ouvre les deux segments des

chevilles, attend 15 minutes, puis reprend la TA et le pouls. Si le pouls n'augmente pas par 20 bttts/minute ou plus, et si la TAS ne baisse pas par 20 mmHg ou plus, continue à ouvrir la pro-chaîne paire de segments, attend 15 minutes, puis vérifie les signes vitaux avant d'ouvrir le prochain segment.

- Communique respectueusement avec la femme tout au long de la procédure.

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

Selon vous, comment cela s'est-il passé ? Comment vous sentez-vous ?

Qu'avez-vous fait et pourquoi ?

Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourrez utiliser avec une cliente réelle ?

Que peut-on améliorer ?

Séance 4 : Exercice sur l'HPP

Recommandations du coordinateur pendant l'activité :

Simulez un utérus mou. Ouvrez le réservoir de sang pour simuler une perte abondante de sang. Simulez un utérus dur et ralentissez le saignement uniquement lorsque l'utérotonique est répété. Gardez l'utérus dur pendant environ 10 secondes, puis simulez un utérus mou et ouvrez le réservoir de sang à nouveau jusqu'à ce que le prestataire effectue la compression bimanuelle de l'utérus.

Vérifiez si les prestataires effectuent les actions suivantes :

- Appellent à l'aide et mobilisent le personnel
- Vérifient la tonicité utérine et les saignements
- Massent l'utérus.

- Lorsque le saignement continue, débutent une IV, administrent une deuxième dose d'utérotonique (10 UI d'ocytocine en IM ou 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale) et administrent la première dose de TXA 1g dans 10 mL par voie iV pendant 10 minutes
- Continuent à masser l'utérus et évaluent le saignement
- Vérifient si le placenta est complet
- Envoyent une personne pour organiser le transport
- Informent la femme qu'elle saigne abondamment et qu'une compression bimanuelle de l'utérus est nécessaire
 - Se lavent les mains et enfilent des gants longs OU improvisent
 - Insérant une main aplatie dans le vagin supérieur, puis forment un poing. Placent le poing dans le cul-de-sac antérieur. Placent l'autre main sur l'abdomen au niveau du fond utérin. Compriment l'utérus entre les deux mains.
 - Relâchent la compression bimanuelle lorsque
 - L'utérus commence à se contracter et que le saignement s'arrête
- Organisent le transport si l'établissement ne dispose pas de services de soins avancés.
 - Posent le PAC en préparant le transfert. Si la femme est dans un établissement de soins avancés, assurent une surveillance étroite
- Communiquent avec respect tout au long de la procédure

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

- Selon vous, comment cela s'est-il passé ? Comment vous sentez-vous ?
- Comment était la communication avec l'équipe et la femme ?
- Qu'avez-vous fait et pourquoi ?
- Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourrez

utiliser avec une cliente réelle ?

- Que peut-on améliorer ?
- Qui est autorisé de pratiquer la compression bimanuelle dans votre établissement ?

Séance 5 : Exercice sur le choc

Recommandations du coordinateur pendant l'activité :

Fermez le réservoir de sang et contractez l'utérus uniquement après que le prestataire a perfusé des fluides IV et l'ocytocine.

Vérifiez si les prestataires effectuent les actions suivantes :

- Appellent à l'aide et mobilisent le personnel
- Vérifient que les voies aériennes sont dégagées et que la femme respire.
- Administrent de l'oxygène si disponible
- Vérifient l'utérus, puis le massent s'il est mou, et évaluent les signes vitaux (s'ils sont évalués, le coordinateur indique que la TA est de 88/52 mmHg et le pouls est à 110 bttts/minute).
- Répètent 10 UI d'ocytocine en IM
- Commencent la perfusion IV
- Font un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine et un contrôle de compatibilité.
- Administrent 1g de TXA dans 10 mL par voie iV pendant 10 minutes
- Perfusent rapidement les fluides IV contenant 20 UI d'ocytocine (1 L toutes les 15 à 20 minutes)
- Placent une sonde de Foley
- Si un PAC est utilisé à ce stade, les prestataires obtiennent le pantalon et disent qu'il va être posé.
- Posent le PAC correctement
- En l'absence du PAC, gardent la femme au chaud en la couvrant avec une couverture tout en évaluant les saignements.

Le coordinateur ferme le réservoir de sang pour arrêter le saignement.

- Expliquent les résultats à l'équipe et à la femme. Réévaluent la situation toutes les 15 minutes. Communiquent respectueusement avec la femme tout au long de la procédure.
- Si les prestataires réévaluent les signes vitaux après une prise en charge appropriée, la « cliente » doit leur dire.
 - La TA est de 100/60 mmHg.
 - Le pouls est à 92 bts/minute

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

- Selon vous, comment cela s'est-il passé ? Comment vous sentez-vous ?
- Comment était la communication avec l'équipe et la femme ?
- Qu'avez-vous fait et pourquoi ?
- Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourriez utiliser avec une cliente réelle ?
- Que peut-on améliorer ?

Séance 6 : Assemblage du TIUB

Pendant la discussion, le coordinateur doit demander :

- Si le ou les prestataires ont identifié une rupture de stock des matériels nécessaires pour le TIUB, discutez de la manière de résoudre le problème. Les ruptures de stock sont-elles fréquentes ?
- Certains produits sont-ils souvent en rupture de stock ?
- Certains matériels sont-ils stockés dans d'autres unités ?
- Facilitez une séance de réflexion sur la manière

de résoudre les goulets d'étranglement. Puis, discutez sur la manière dont l'équipe gèrera le réapprovisionnement des kits une fois qu'ils auront été utilisés. Identifiez une personne qui sera chargée d'assumer la responsabilité d'assurer le restockage du chariot ou du plateau d'urgence en cas d'HPP.

Séance 7 : Pratique du TIUB

Vérifiez si les prestataires :

- Attachent le préservatif à la sonde urinaire de Foley. Ne gonflent pas le ballon de la sonde de Foley.
- Administrent une dose unique d'antibiotiques : 2g d'ampicilline en IV OU 1g de céfazoline en IV.
- Exposent « l'orifice cervical » avec un spéculum.
- Tiennent le « col » avec le forceps.
- Insèrent le préservatif attaché à la sonde en profondeur dans la « cavité utérine » plus haut que le « canal cervical et l'orifice interne »
- Gonflent le préservatif en connectant l'ouverture de la sonde urinaire à la poche de perfusion. Gonflent le préservatif avec 300-500 mL d'une solution (de l'eau ou du sérum physiologique). Les prestataires doivent dire que le gonflement doit cesser lorsque le saignement s'arrête.
- Plient et nouent la sonde.

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

- Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourriez utiliser avec une cliente réelle ?
- Que feriez-vous ensuite ? (Administrez 20 IU d'ocytocine dans 1L de fluides IV à 40 gouttes / minute, surveiller la perte de sang, les signes vitaux,

la tonicité utérine et le débit urinaire.)

- À quel moment devez-vous retirer le TIUB ? (Retirez le TIUB après 12 – 24 heures si les saignements ont cessé et si l'état de la femme est stable, en laissant sortir du préservatif 200 ml des fluides toutes les heures.)

Séance 8 : Délivrance artificielle du placenta

Vérifiez si les prestataires :

- Expliquent à la femme ce qu'ils/elles vont faire et pourquoi.
- Commencent la perfusion IV. Administrent 5g de diazépam en IV.
- Administrent 2g d'ampicilline OU 1g de céfazoline en IV.
- Portent l'EPI, se lavent les mains, enfilent des gants longs et stériles ou improvisent avec deux paires de gants stériles ordinaires.
- Tiennent le cordon ombilical avec un clamp et tirent doucement.
- Engagent une main dans le vagin et remontent jusque dans l'utérus en suivant le cordon pour localiser le placenta.
- Lâchent le cordon et amenant la main qui tenait le cordon sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction.
- Déplacent la face latérale de la main d'avant en arrière dans un mouvement délicat de « balayage » jusqu'à ce que le placenta se sépare de la paroi utérine.
- Retirent la main qui apporte le placenta.

- Vérifient la tonicité utérine. Massent l'utérus s'il est mou.
- Administrent 20 UI d'ocytocine dans un litre de sérum physiologique à 40 gouttes / minute
- Vérifient que le placenta est complet
- Surveillent la tonicité utérine, le saignement, et les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 30 minutes au cours des 4 prochaines heures.

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

- Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourriez utiliser avec une cliente réelle ?
- Qui est autorisé à pratiquer la délivrance artificielle dans votre établissement ?
- Les médicaments nécessaires sont-ils facilement disponibles et accessibles dans cet établissement ?

Séance 9 : Réfection des déchirures

Vérifiez si les prestataires :

- Se lavent les mains
- Enfilent des gants stériles.
- Nettoient le périnée (simulateur), la vulve, le vagin avec une solution antiseptique.
- Demandent à la femme de vider sa vessie ou sondent la vessie au besoin.
- Saisissent le col de l'utérus d'un côté avec une pince porte-tampon, saisissent le col de l'autre côté avec une seconde pince et tirent doucement dans différentes directions pour visualiser le col entier
 - La mobilité cervicale sera limitée par le bloc de mousse, les prestataires devront donc dire les actions à haute voix. La réduction de la mobilité

sera plus importante si une serviette est utilisée.

- Après avoir identifié la déchirure cervicale, placent les deux pinces dans une main.
- Placent la première suture 0,5 cm au-dessus la partie apicale de la déchirure. Ferment la déchirure avec des sutures continues.

Pendant le compte rendu, le coordinateur doit demander :

Qu'avez-vous appris de nouveau que vous pourriez utiliser avec une cliente réelle ?

Séance 10 : Exercice intégré

Recommandations du coordinateur pendant l'activité :

Le coordinateur doit avoir les informations ci-dessous mais ne doit pas les partager tant que le « prestataire » n'a pas effectué une évaluation connexe pendant l'exercice.

- La femme respire
- Le pouls est à 116 btts/minute
- La TA est à 84/58 mmHg
- La respiration est de 32 respirations / minute
- Les signes vitaux resteront les mêmes jusqu'à ce que les saignements cessent après l'insertion du TIUB.
- L'utérus reste mou jusqu'à ce que le TIUB est inséré.
- Confusion et désorientation accrues.

Vérifiez si les prestataires effectuent les actions suivantes :

- Appellent à l'aide et mobilisent le personnel
- Vérifient que les voies aériennes sont dégagées et que la femme respire.
- Administrent de l'oxygène si disponible

- Vérifient la tension artérielle, le pouls et la respiration
- Vérifient la tonicité utérine et massent si l'utérus est mou.
- Administrent 10 IU d'ocytocine par voie IM
- Commencent la perfusion IV. Prélèvent du sang pour mesurer le taux d'hémoglobine et faire un contrôle de la compatibilité.
- Administrent 1g de TXA dans 10 mL par voie IV pendant 10 minutes.
- Perfusent rapidement les fluides IV contenant 20 UI d'ocytocine (1 L toutes les 15 à 20 minutes).
- S'il est utilisé dans cet établissement, posent le PAC. Si ce n'est pas le cas, placent la femme sur le côté gauche, couvrent le haut du corps avec une couverture et surélèvent les jambes.
- Posent une sonde urinaire de Foley, surveillent la production et le débit urinaire
- Continuent à vérifier la tonicité utérine et à masser l'utérus au besoin.
- La « patiente » doit être extrêmement léthargique, confus et semi-conscient.
- Initient la préparation pour la compression bimanuelle.
- Initient la coordination pour mettre en œuvre le plan de transport d'urgence.
- Se lavent les mains (ou utilisent une solution hydro-alcoolique) et enfilent des gants qui arrivent aux coudes.
- Insèrent une main aplatie dans le vagin supérieur, puis forment un poing. Placent le poing dans le cul-de-sac antérieur. Placent l'autre main sur l'abdomen au niveau du fond utérin et compriment l'utérus entre la main et le poing.
- Après 5 minutes—relâchent lentement la pression de la main qui est sur le ventre et relâchent le poing pour voir si le saignement a diminué / cessé.

(Le coordinateur doit arrêter le sang pendant la compression bimanuelle, mais rouvrir le réservoir de sang lorsque la pression est relâchée pour montrer que le saignement ne s'est pas arrêté).

- Préparent et insèrent le TIUB (selon les recommandations de la page 53 du GP).
- Lors du passage au TIUB, le coordinateur doit desserrer le ruban cervical et tenir une bouteille dans l'utérus OU insérer le MamaU à l'intérieur (ou à côté) du simulateur pour pratiquer l'insertion du TIUB.

Activités d'apprentissage

Réfection des déchirures cervicales

Préparez un simulateur pour la réfection des déchirures.

Couper des blocs de mousse pour la simulation. Chaque bloc doit mesurer environ 20 cm sur 20 cm par 20 cm carrés. Les blocs doivent être coupés à partir de mousse provenant de « matelas ». La mousse doit être dense et spongieuse et doit être testée à l'avance pour s'assurer qu'elle ne s'effrite pas lorsqu'elle est suturée.

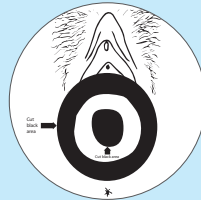
Assemblez les fournitures à l'avance

- Une bonne source d'éclairage
- Simulateur en bloc de mousse (chaque apprenant doit avoir le sien)
- Des marqueurs noirs (1 par apprenant)
- Cutters / couteaux X-acto
- Solution antiseptique
- Gants stériles

- **Fil de suture : suture chromique 2-0 ou 3-0 sur aiguille**

Déchirures cervicales

- Un porte-aiguilles
- Pince / forceps / spéculum
- Deux pinces porte-tampon
- Une paire de ciseaux
- Lignocaine à 0,5% ou à 1%, seringue et aiguille
- Gaze stérile



Faites la démonstration de la préparation des simulateurs en blocs de mousse en dessinant des repères anatomiques vaginaux et cervicaux sur plusieurs surfaces du bloc de mousse (voir diagramme ci-dessus et à gauche). Demandez aux apprenants de suivre les étapes indiquées pour préparer leurs blocs de pratique. Utilisez des cutters ou des ciseaux pour enlever la mousse et former le canal vaginal. Coupez les « déchirures » à l'endroit approprié.

Lorsque la mousse n'est pas facilement disponible, une serviette roulée ou un petit chiffon épais peut être utilisé. Si cette méthode est préférable, vous aurez besoin d'un petit chiffon et d'un rouleau d'un ruban adhésif par prestataire. Vous n'aurez pas besoin de blocs de mousse, de marqueurs ou de cutters.

Pour créer un tissu cervical:

1. Prenez une petite débarbouillette et roulez 2 coins opposés une fois.
2. Pliez une fois les deux coins restants
3. Placez un coin plié dans le sens de la longueur devant vous et enrroulez toute la débarbouillette jusqu'à l'autre coin plié (cela formera un « tube » avec deux extrémités roulées)
4. Placez du ruban adhésif autour de la circonférence des extrémités du « tube » à un pouce ou deux des extrémités.
5. Chaque extrémité simule maintenant un col de l'utérus lacéré qui peut être réparé par des prestataires pour s'entraîner.

Note de facilitation

À l'aide de blocs de mousse ou de serviettes préparés, démontrez la technique de la réfection des déchirures. Circulez pour donner des conseils et faites pratiquer les apprenants.

Alors que le temps est limité pour une pratique structurée pendant la formation, encouragez les apprenants à pratiquer sur leurs propres blocs de mousse à la maison ou pendant les séances de formation à faible dose, haute fréquence dans leur établissement. La création d'un simulateur est une compétence qu'ils doivent partager avec leurs collègues.

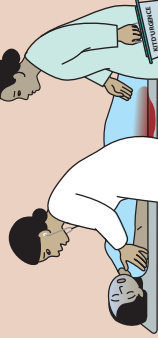
Aider les mères à survivre Prévenir et gérer le choc dû à l'HPP

PLAN D'ACTION

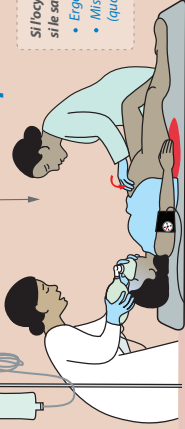
SIGNES DU CHOC



S'il y a des saignements abondants



Appeler à l'aide Faire une évaluation rapide



Commencer la prise en charge d'urgence

- 1 Vérifier les ABC et donner de l'oxygène
- 2 Masser l'utérus
- 3 Donner 10 UI d'ocytocine en IM (ou en IV si disponible)
- 4 Commencer la perfusion en IV (Prélever du sang)
- 5 Donner 1 g de TXA en IV pendant 10 minutes
- 6 Sonder la vessie
- 7 Poser la pantalon anti-choc

Si l'ocytocine n'est pas disponible ou si le saignement persiste, donner :

- Ergométrine 0.2 mg en IM ou IV lentement
- Misoprostol 800 mcg par voie sublinguale (quatre comprimés de 200 mcg)

DÉTERMINER LA CAUSE DES SAIGNEMENTS Vérifier si le placenta est expulsé et complet Vérifier la présence de déchirures qui saignent

GERER

Si le sang est nécessaire, transfuser tôt

ATONIE UTÉRINE

Continue massage
Add 20 IU oxytocin to
IV and infuse fast



Comprimer l'utérus

Si les saignements abondants persistent



Comprimer l'aorte



Poser un ballon intra-utérin

Rechercher les soins avancés

PLACENTA/ DEBRIS RETENUS



Effectuer la délivrance artificielle du placenta

Placenta ou débris
placentaires retenus OU
les saignements
abondants persistent

Rechercher les soins avancés

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT



Inspecter, identifier



Réparer

Placenta délivré et complet
Perte de sang normale

Continuer les soins après l'HPP

Déchirures réparées
Perte de sang normale

Evaluer la perte de sang et l'état continuellement

Aider les mères à survivre Saignements après la naissance

PLAN D'ACTION



Utrérotoniques injectables :

- Oxytocine 10 UI/IM/IV
- Carbocétacine 100mg, IM/IV
- Ergométrine / Ergométrine / 0,2 mg IM/IV
- Oxytocine 5 UI + ergométrine 0,5 mg IM

Se préparer pour la naissance

Naissance (Voir le Plan d'Action Aider les bébés à respirer)

10 IU ou 200 mcg x 2 ou 3 = 400 - 600 mcg

Donner les médicaments dans la première minute
Retarder la section du cordon jusqu'à 1 et 3 minutes



Exercer une traction contrôlée du cordon pour délivrer le placenta

La minute d'or

Placenta expulsé ?



Non délivré dans les 30 minutes

Encourager à vider la vessie
Répéter 10 unités d'oxytocine
Répéter la traction contrôlée du cordon



Non délivré dans les 60 minutes

Placenta Complet ?



Masser s'il est mou

Utérus dur ?



Dur

Masser l'utérus
S'il est encore mou

Répéter les médicaments



Saignement normal ?



Normal

Dur

Saignement normal



Continuer les soins

- Vérifier la tonicité utérine
- Évaluer les saignements
- Vérifier les signes vitaux
- Encourager l'allaitement

Dur

Saignement abondant



Mou

Saignement abondant



Si disponible

Appuyer sur les déchirures



Comprimer l'utérus

Poser le pantalon anti-choc rapidement

Garder au chaud

Rechercher les soins avancés