

Aider les mères à survivre

Saignements après la naissance - Complète

Tableaux à feuilles mobiles du formateur - Deuxième édition



AVANT - PENDANT - APRÈS la journée de formation

Utilisez cette section pour vous préparer à jouer le rôle du facilitateur et pour orienter le développement d'un programme « Aider les mères à survivre » (Helping Mothers Survive) avant, pendant et après la journée de formation. En tant que facilitateur, vous jouez un rôle clé pour atteindre l'objectif de former des prestataires compétents et les équiper à offrir des soins respectueux et de haute qualité aux femmes et à leurs nouveau-nés.

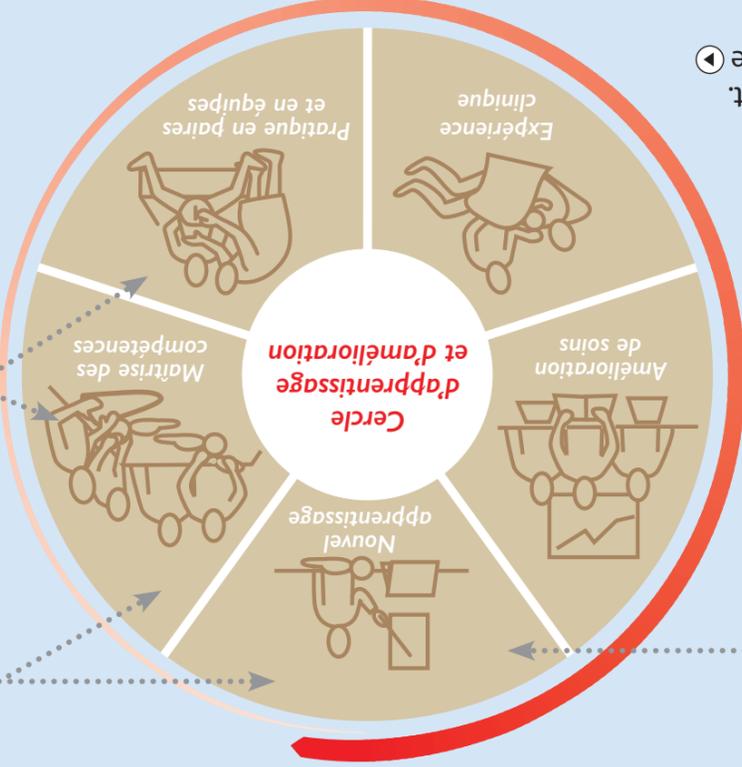
Commencez à planifier la formation « Aider les mères à survivre » (Helping Mothers Survive) avec les leaders locaux

- Accédez au site web www.helpingmotherssurvive.org et hmsb.org pour trouver les outils dont vous aurez besoin.
- Vous pouvez télécharger des modules de formation, une liste de contrôle pour la préparation de la formation, des exemples de programmes de formation, et d'autres ressources utiles, notamment comment commander des simulateurs lorsque cela est nécessaire.
- Consultez les données sur la prestation des services avec l'équipe de direction de l'établissement pour examiner les points forts et les lacunes liés au domaine clinique.
- Voir les pages 5b, 28b, 30b, 32b pour les listes. Si vous utilisez le pantalon anti-choc, ayez-en au moins un pour la démonstration et la pratique.
- Téléchargez le [livre de chapitres vidéo](#) créé par Global Health Media Project.
- Vous utiliserez les clips vidéo de ce livre vidéo lorsque vous verrez cette icône



Préparez-vous en qualité de facilitateur

- Il s'agit d'une formation d'une journée ou deux en fonction des capacités de l'établissement et des participants. La journée 1 est consacrée à toutes les personnes qui assistent à l'accouchement, et la journée 2 est consacrée aux compétences avancées des sages-femmes qualifiées. Votre programme peut décider de ne pas enseigner la réfection des déchirures cervicales si les prestataires n'y sont pas autorisés ou de ne pas utiliser le pantalon anti-choc non pneumatique s'il n'est pas disponible.
- En qualité de facilitateur, vous êtes familier avec la formation du programme Aider les mères à survivre. Désormais, il est important de lire avec attention le Guide du prestataire et le Manuel avec les tableaux à feuilles mobiles.
- Lisez les sections « Encouragez la discussion », « Notes de facilitation » et « Contrôle des connaissances » afin de pouvoir diriger les discussions, répondre aux questions et obtenir des conseils pédagogiques.
- Étudiez les jeux de rôle et les activités d'apprentissage avec attention afin d'impliquer les participants. Pratiquez chacune des démonstrations et des simulations à l'avance afin d'être un facilitateur efficace.
- Organisez l'espace pour faciliter l'apprentissage en assurant 1 facilitateur pour chaque groupe de 6 participants.



Évaluez les connaissances et les compétences

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

Impliquez chaque participant dans la discussion puis pratiquez en paires

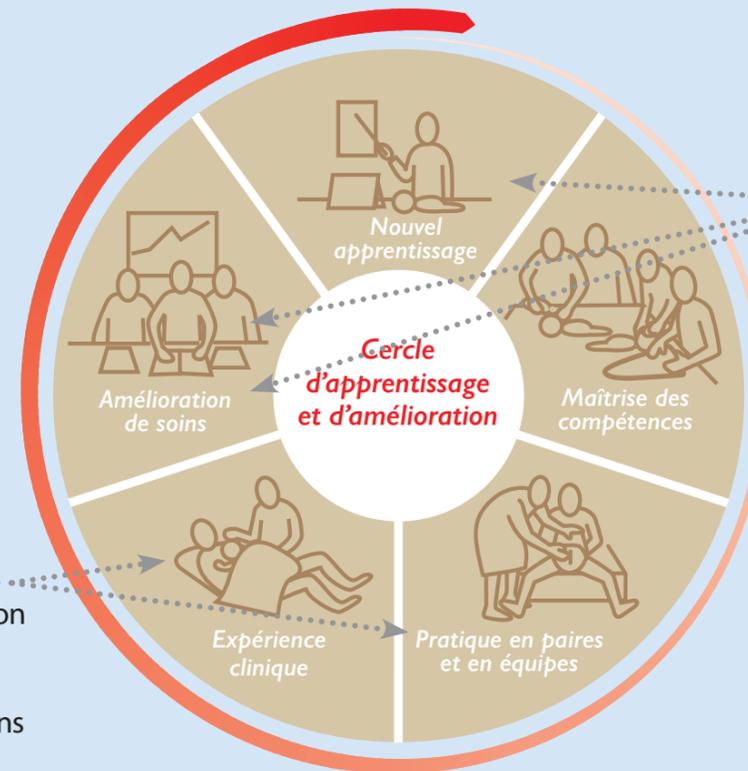
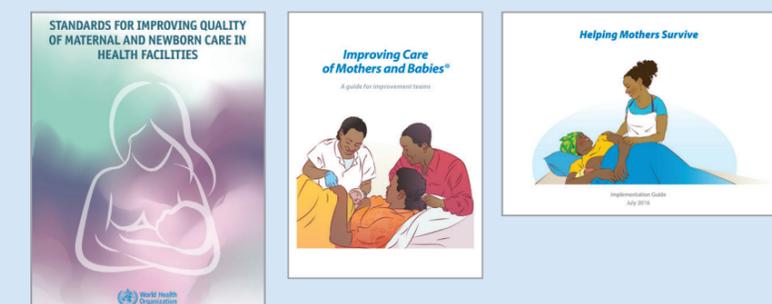
- Les modules « Aider les mères à survivre » (Helping Mothers Survive) sont des modules pratiques qui facilitent un apprentissage actif.
- Pendant que vous enseignez et faites des démonstrations, impliquez les participants en « Encourageant la discussion », et en faisant participer à la pratique et aux jeux de rôle.
- Consacrez davantage de temps aux activités d'apprentissage plutôt que de parler pour s'assurer que les compétences sont maîtrisées. Expliquez aux participants qu'ils ou elles doivent s'attendre à faire la pratique continue pendant plusieurs semaines suivant la formation pour les aider à améliorer leurs compétences.
- Insistez toujours sur le modèle des soins respectueux et une bonne communication entre la femme et les prestataires, et également entre les prestataires.
- Il est également possible de montrer les vidéos. Si vous pouvez diffuser des vidéos pendant la formation, il convient de les télécharger à l'avance pour les projeter sur l'écran d'un ordinateur portable ou sur un mur. La version électronique de cet livre illustre également les liens actifs et les adresses internet sont indiquées dans les pages correspondantes du Guide du prestataire. Vous trouverez également les liens sur le site web du programme HMS pour ce module. Lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser la vidéo, les étapes des démonstrations sont clairement expliquées.
- Utilisez les questions relatives à la section « Encouragez la discussion » pour identifier les problèmes locaux et trouver des solutions pour surmonter les obstacles à la qualité des soins.
- Identifiez 2 prestataires dans chaque établissement pour aider chacun à pratiquer après la formation. Vous les aiderez à devenir des Coordinateurs pairs de pratique après la journée de formation.

APRÈS

Dans chaque établissement, identifiez et appuyez les responsables et les coordinateurs de la pratique qui encouragent la pratique continue.

- Orientez les coordinateurs de la pratique à leur rôle de promotion des activités pratiques en continu après la journée de la formation. Il s'agira de courtes activités hebdomadaires que les prestataires effectueront en groupes ou seuls avec le coordinateur.
- Encouragez les prestataires à utiliser l'auto-réflexion, la rétroaction et une revue de leurs actions pendant la pratique et après la prise en charge des complications
- Promouvez la collaboration avec le système de santé local pour collecter les données sur la performance clinique et les résultats, et utilisez ces données pour la prise de décisions.
- Soutenez les activités d'amélioration de la qualité et partagez les expériences entre les établissements.
- Devenez membre du programme « Aider les mères à survivre » au site web www.helpingmotherssurvive.org et connectez-vous avec les autres champions du programme. Vous trouverez plus de ressources et d'informations, et pourrez enregistrer vos données de formation -l'intitulé du module, le nombre de participants, le lieu et la date.

- [Guide de mise en œuvre du programme](#)
- [Aider les mères à survivre \(HMS\)](#)
- [Auto-certification](#)
- [Guide d'amélioration : Améliorer les soins apportés aux mères et aux bébés](#)
- [Modules Aider les mères à survivre](#)
- [Modules Aider les nouveau-nés à survivre](#)



PENDANT

Impliquez les participants dans l'amélioration continue de la qualité

- Sauver des vies des femmes et de leurs nouveau-nés après une formation de « Aider les mères à survivre » nécessite la pratique répétée et à haute fréquence des nouvelles compétences ainsi qu'une approche d'amélioration de la qualité dans l'établissement afin de changer les soins cliniques.
- Réfléchissez avec les participants :
 - Qu'allez-vous faire différemment ?
 - Qu'allez-vous cesser de faire ?
 - De quoi avez-vous besoin pour concrétiser ces changements ?
 - Qui doit être impliqué ?
- Utilisez le plan pour la pratique hebdomadaire à la fin de chaque module du Guide du prestataire et désignez deux pairs de chaque établissement pour faciliter la pratique.
- Aidez les participants à planifier un changement qui améliorera les soins dans leur établissement.
- Ressources
 - Activités « LDHF » (petite dose, haute fréquence) dans chaque module du Guide du prestataire



Sauver des vies à la naissance



Les programmes de formation de l'approche « Aider les mères à survivre » (Helping Mothers Survive - HMS) et « Aider les bébés à survivre » (Helping Babies Survive - HBS) renforcent les capacités des prestataires à assurer des soins vitaux aux femmes et aux nouveau-nés.

Les programmes HMS et HBS ciblent les prestataires de tout niveau qui assistent aux accouchements ou qui sont appelés à gérer les urgences.

Les programmes HMS et HBS offrent aux prestataires les outils leur permettant de détecter et de prendre en charge rapidement les complications qui mettent la vie en péril.

Les programmes HMS et HBS utilisent la simulation et des scénarios pour l'apprentissage et comprennent des activités pratiques et une rétroaction. La formation est suivie d'une pratique continue des compétences sur le lieu de travail afin de renforcer et de maintenir les compétences.

A ceux qui assurent les soins des femmes pendant la naissance

- Deux personnes ont besoin de nos soins : la femme et le nouveau-né. La survie du bébé peut dépendre de la survie de sa mère.
- Le module de formation « Saignements après la naissance - Complète » (SAN-C) du programme « Aider les mères à survivre » aide les apprenants à maîtriser les compétences nécessaires pour prévenir, détecter et gérer l'hémorragie du post-partum (HPP) en toute sécurité et de manière efficace.
- 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. La première journée est destinée à tous les apprenants, tandis que la deuxième journée est destinée aux sages-femmes expérimentées et se focalise sur les soins avancés.

Le matériel de formation est composé de:

- Plan d'action SAN-C et Plan d'action sur la prévention et la gestion du choc
- Les tableaux à feuilles mobiles du formateur
 - Le manuel avec les tableaux est utilisé à des fins d'instructions.
- Le Guide du prestataire - contient des informations cliniques détaillées et appuie la pratique continue. Il vous sera remis à la fin de la formation.

Note de facilitation

Ouvrez le Manuel avec les tableaux à feuilles mobiles sur cette page au début de la Journée 1. Avant de commencer la formation, des matériels nécessaires pour un accouchement propre et sûr doivent être sortis et prêts. Référez-vous à la liste des matériels à la page 5b. Préparez un simulateur qui peut « saigner » sur demande. Commencez la formation par le jeu de rôle d'une naissance normale qui progresse vers l'HPP et entraîne le décès. Si vous êtes le seul facilitateur, demandez à un(e) participant(e) de vous aider. Cela vous donnera une idée de la façon dont les apprenants pratiquent en temps normal et de ce qui doit être souligné pendant la formation.

Discussion

- Avez-vous déjà vu quelqu'un mourir du saignement après la naissance ?
- Que s'est-il passé ?
- Y avait-il autre chose qui aurait pu être faite si la femme avait été ailleurs ?

Contrôle des connaissances

Pourquoi est-il important pour la santé et la survie du bébé que sa mère soit bien prise en charge ?
Si sa mère meurt, le bébé a également un plus grand risque de décéder.

Sauver des vies à la naissance



Expliquer

Assurer les soins respectueux aux femmes et à leurs familles



- Chaque femme mérite le respect, indépendamment de l'origine ethnique, de la culture, du statut social, de la religion, du niveau d'éducation et du statut matrimonial ou économique.
- Les soins respectueux permettent de sauver des vies ; les femmes peuvent ne pas rechercher de soins si elles pensent qu'elles ne seront pas bien traitées.
- Toute femme a droit à l'intimité et à la confidentialité pendant les séances de conseil, les examens physiques, les procédures cliniques ou le traitement des dossiers.

- Respecter le droit d'une femme à avoir un accompagnant(e) de son choix. 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.
- Expliquer toujours à la femme ce qui se passe et pourquoi.
- Administrer des soins adaptés à l'âge.
- Procéder aux procédures cliniques avec douceur.

Discussion

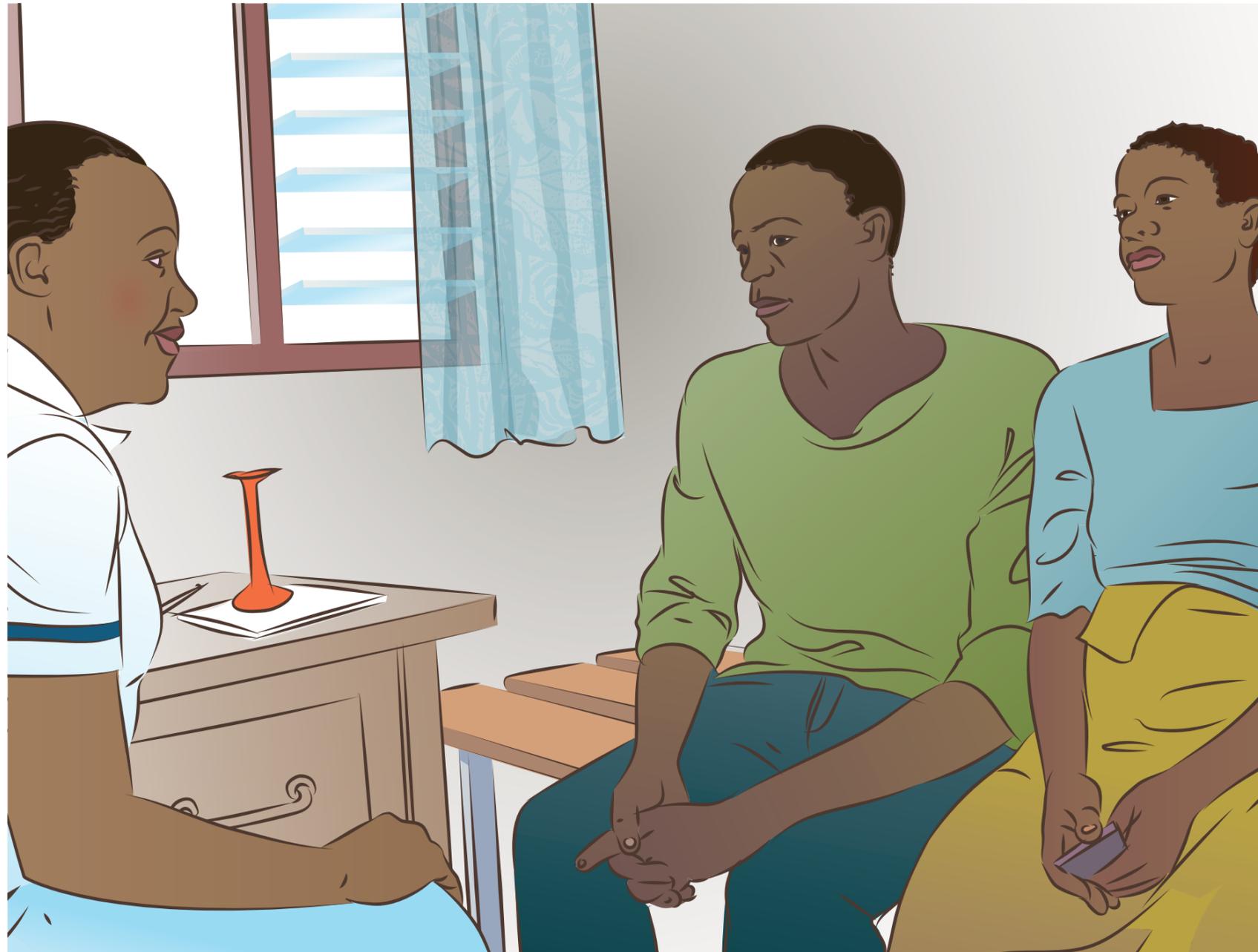
Demandez aux apprenants,
« *De quelle manière pouvez-vous montrer du respect pour les femmes que vous soignez ?* »

Voici quelques bonnes réponses :

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

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

Assurer les soins respectueux aux femmes et à leurs familles



Expliquer



Une bonne communication permet de sauver des vies et une mauvaise communication peut entraîner de mauvais résultats.

Il est essentiel d'avoir un plan d'urgence en place et que tout le personnel sache qui appeler en cas d'urgence. Alerter rapidement les autres membres de l'équipe en cas d'urgence afin qu'ils puissent agir rapidement.

- Les membres de l'équipe comprennent le personnel de votre établissement, le personnel du site de référence, la femme et sa famille.
- Communiquer avec confiance et clairement - ne pas supposer que les autres savent ce que vous pensez.

- Parler suffisamment fort afin que chacun sache ce qui doit être fait.
- En cas d'urgence, établir clairement les rôles de chaque personne. S'adresser aux personnes par leur nom et préciser qui fera quoi. Demander à chaque personne de répéter la tâche qui lui a été assignée - par exemple, « Je vais commencer une IV de solution saline normale » - pour montrer que l'instruction a été entendue et comprise.
- L'anxiété et la peur sont normales en cas d'urgence, mais ces émotions peuvent bloquer la communication. Rester calme pour être efficace.

Discussion

Demandez aux apprenants :

« Vous est-il arrivé de rencontrer une situation dans laquelle une mauvaise communication a entraîné un mauvais résultat ? »

Demandez-leur de partager leurs expériences.

Ensuite dites :

« Les simulations que nous ferons ici aujourd'hui permettront à chacun de pratiquer la résolution de problèmes, le travail d'équipe, la communication et la prise de décision en cas d'urgence. Les simulations offrent également l'occasion d'établir des rôles en cas d'urgence. »

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



Expliquer



- S'assurer que la salle de naissance est privée, chaude et bien éclairée. Rassembler les fournitures et l'équipement.
- 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.
- Savoir utiliser le matériel disponible permet de réduire le stress et d'améliorer les soins.
- AVANT CHAQUE NAISSANCE, préparer l'utérotonique et s'assurer qu'il est prêt à être administré. Tester le bon fonctionnement du sac et du masque pour la réanimation.

- Le port d'un tablier, un masque et une protection oculaire protège les prestataires des infections. Porter des doubles gants avant l'accouchement afin de pouvoir retirer les gants sales avant de serrer et de couper le cordon. Cela aide à protéger le bébé contre les infections.
- Expliquer ce que sera fait et pourquoi afin que la femme et l'équipe en soient informés et restent calmes.
- Noter l'heure de la naissance.
- Après la naissance, il est important de garder la femme et son bébé ensemble.

Note de facilitation

Lorsque vous faites une démonstration ou une simulation, assurez-vous de modéliser des soins respectueux pour les apprenants.

Simulation supplies

Préparez les fournitures pour la naissance et aménagez-les avec soin pour la démonstration.

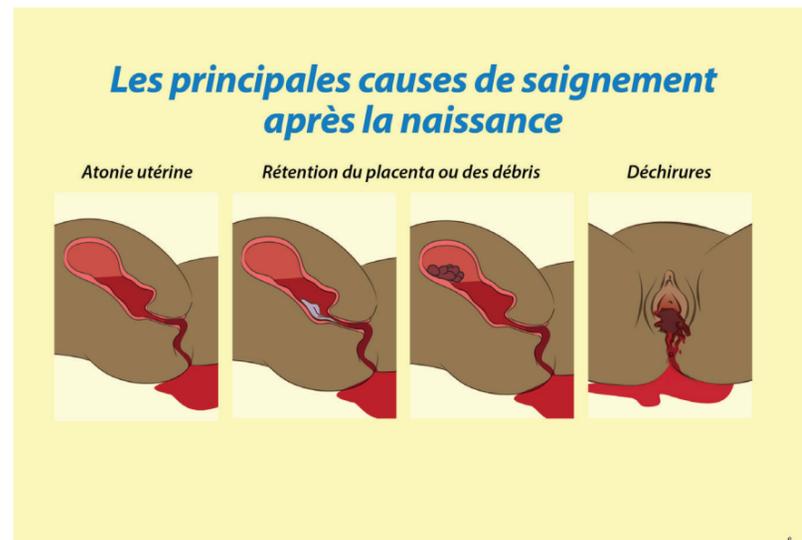
- **Gants stériles**
- **Tablier**
- **Une paire de ciseaux**
- **Serviettes**
- **Attaches**
- **Pincés hémostatiques ou ficelles**
- **Horloge**
- **Médicaments**
- **Poire d'aspiration**
- **Sac et masque**
- **Stéthoscope**

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 l'utérotonique rapidement afin de prévenir des saignements chez la femme et réduire les délais pour commencer les soins d'urgence si le bébé a besoin d'aide pour respirer.

Préparer l'accouchement



Expliquer



Toute femme peut saigner abondamment après la naissance. Tout saignement peut mettre la vie de la femme en péril.

L'atonie utérine, la rétention du placenta ou de débris placentaires et de membranes, et les déchirures, sont les trois causes principales de l'HPP. Parmi ceux-ci, l'atonie utérine, ou un utérus qui ne se contracte pas, est à l'origine du plus grand nombre de cas de saignement après la naissance.

Les saignements peuvent être un écoulement lent et constant ou un jet important. Tous peuvent être dangereux. Répondre rapidement **AVANT** que la femme n'ait une PPH. 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 a 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 symptômes 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).

Note de facilitation

Si disponible, montrez la vidéo  « [Saignement après la naissance](#) » (10 minutes) des vidéos du module SAN-C. La vidéo donnera un aperçu des sujets qui seront renforcés au cours de la formation.

Si vous ne pouvez pas montrer la vidéo, expliquez :

- 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 vaisseaux 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.
- Toute femme est exposée à l'atonie utérine.
- Nous devons surveiller de près les femmes parce qu'un utérus contracté peut devenir atonique.
- Si des débris placentaires ou des membranes restent dans l'utérus, l'utérus peut ne pas se contracter et la femme peut saigner ou contracter une infection.
- Les déchirures sont fréquemment à l'origine du saignement. Les déchirures peuvent être grandes ou petites, à l'intérieur ou à l'extérieur du vagin.

- Les épisiotomies entraînent un risque accru de déchirures et de saignement. Elles ne doivent pas être pratiquées de manière routinière.
- Les déchirures sont plus courantes chez les femmes victimes de mutilations génitales.

Contrôle des connaissances

Qui est exposé au risque de saignement ?
Toutes les femmes

Quelles sont les trois principales causes de saignement après la naissance ?
L'atonie utérine, les déchirures, la rétention du placenta ou de débris placentaires et de membranes

Lorsqu'une femme saigne abondamment, que devez-vous vérifier en priorité ?
Vérifiez si l'utérus n'est pas contracté.

Pourquoi est-il important de vérifier le placenta et les membranes ?
Pour être sûr qu'il n'y a pas de débris à l'intérieur de l'utérus qui peuvent empêcher l'utérus de se contracter et provoquer des saignements abondants

Note sur les soins avancés

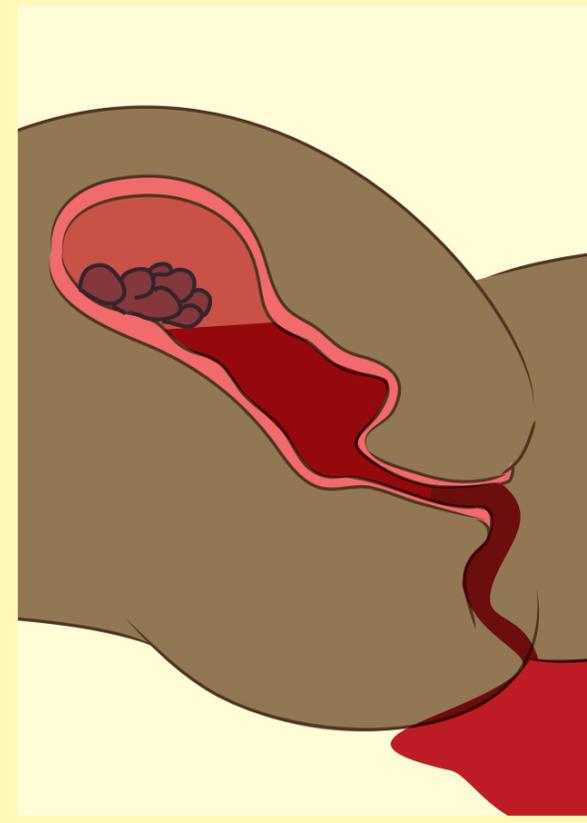
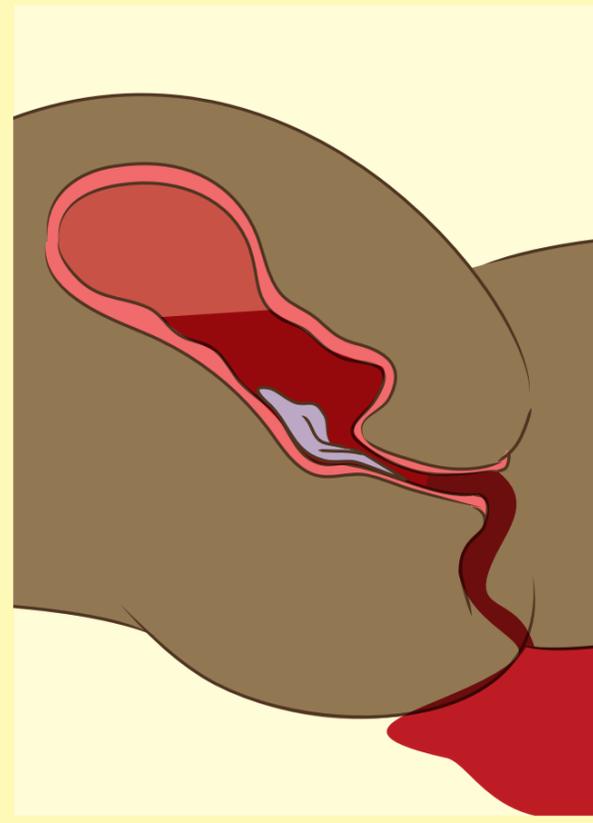
Si les apprenants ont une formation supplémentaire et l'autorisation de fournir des soins à des niveaux plus avancés, ils doivent agir dans leur champ d'exercice. Cela peut inclure l'épisiotomie pratiquée pour les indications médicales ou obstétricales.

Les principales causes de saignement après la naissance

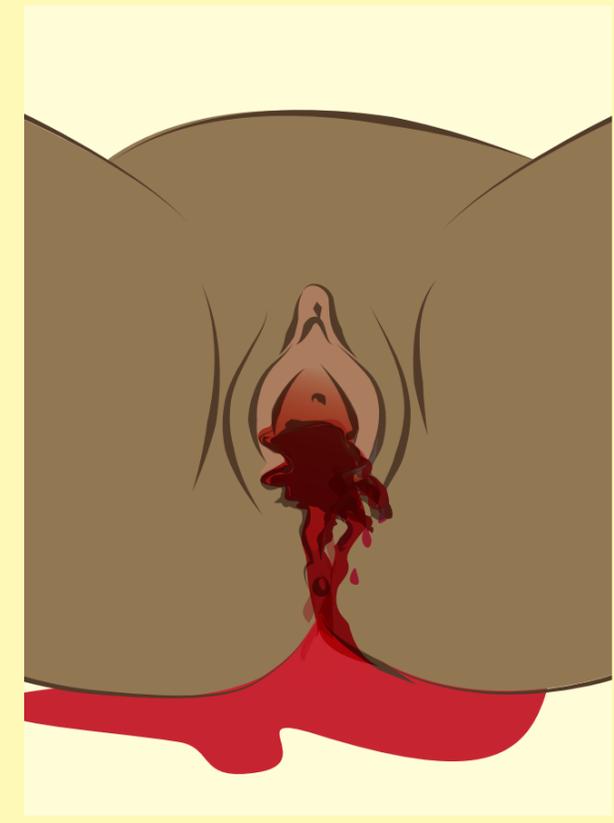
Atonie utérine



Rétention du placenta ou des débris



Déchirures



Expliquer

Prendre des décisions rapidement pour la femme et le bébé



Après la naissance, l'état de la femme et du bébé peut changer rapidement. La femme et son bébé doivent être surveillés de près. La première minute de vie est critique pour assurer que le bébé respire normalement.

Rechercher activement les signes de danger, prendre des décisions et agir vite pour sauver des vies ! Surveiller attentivement la perte de sang vaginal, la tonicité utérine et la respiration du nouveau-né pour guider les décisions en ce qui concerne la surveillance et la prise en charge :

- Pour la femme, cela signifie de surveiller la femme étroitement pour dépister un saignement vaginal abondant à partir du moment de la naissance, en attendant la

délivrance du placenta, **et au moins toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures suivant l'accouchement.** Cela signifie également qu'il faut palper l'utérus pour voir s'il se contracte et rechercher 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, cela signifie qu'il faut le surveiller étroitement pour voir s'il respire et s'il réagit pendant le séchage. Si le bébé ne respire pas, maintenir le bébé au chaud et commencer la réanimation.
- Le prestataire doit utiliser ce qu'il observe, palpe, et entend pour prendre activement des décisions sur ce que devrait être fait ensuite pour prendre la femme ou son bébé en charge.

Contrôle des connaissances

Que devriez-vous surveiller de façon routinière chez la femme pendant les deux premières heures après la naissance ?

Évaluer la tonicité utérine et la quantité de saignement vaginal et rechercher les signes de danger tels que la peau pâle, l'hypotension artérielle, le pouls rapide.

À quelle fréquence devez-vous surveiller la femme pendant les deux premières heures après la naissance ?

Au moins toutes les 15 minutes

Prendre des décisions rapidement pour la femme et le bébé



Les facilitateurs feront la démonstration des soins de routine apportés à la femme et au bébé



Expliquer

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 :

1. L'administration d'un utérotonique,
2. La traction contrôlée du cordon (TCC), si le prestataire est qualifié,
3. La vérification de la tonicité utérine et le massage utérin s'il n'est pas bien contracté.

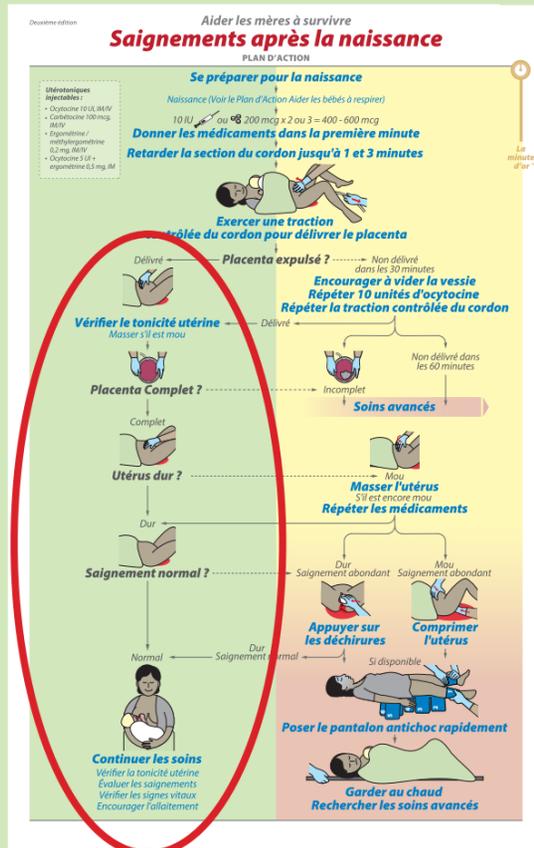
La GATPA peut accélérer la délivrance du placenta et réduire les saignements. Si le bébé a besoin d'être réanimé et que le prestataire est seul, il faudrait privilégier les soins du bébé. Si possible, au moins donner un utérotonique, de préférence par voie IM, même si la TCC n'est pas possible.

- En attendant la délivrance du placenta, vérifier les signes vitaux toutes les 15 minutes après la naissance : une tension artérielle systolique < 90 mmHg ou un pouls ≥ 110 btts/minute signifie que la femme est en état de choc !

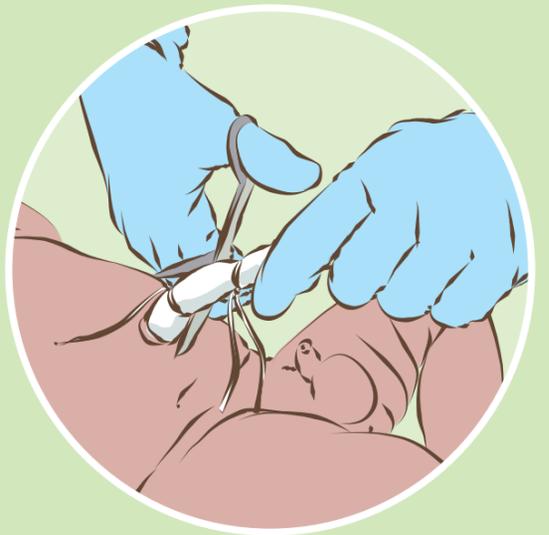
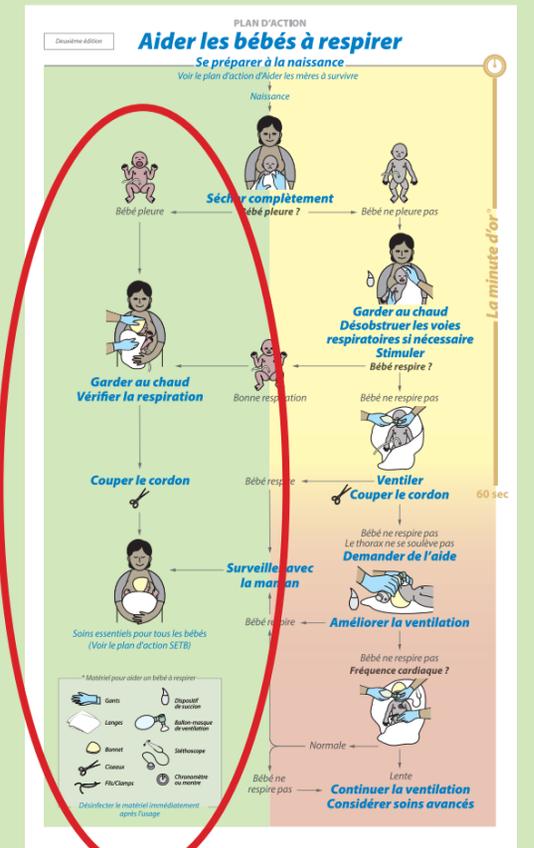
Note de facilitation

Commencez cette page en présentant le Plan d'action et le lien avec le module « Aider les bébés à respirer ». Ensuite, présentez le simulateur avec lequel la formation sera effectuée. Prenez un moment pour expliquer le fonctionnement du simulateur. Ensuite, parcourez les 10 pages suivantes du Manuel avec les tableaux à feuilles mobiles jusqu'à la section « Soins routiniers ». Insistez sur chaque action du plan d'action pendant votre présentation et assurez-vous de poser toutes les questions de contrôle des connaissances.

Lorsque vous aurez terminé ces pages, refaites la démonstration de toute la séquence du début à la fin. Si vous dispensez la formation seul, sélectionnez le prestataire le plus qualifié pour vous aider à faire la démonstration d'un accouchement eutocique, en montrant les soins routiniers pour la femme et le bébé. Demandez à l'apprenant de jouer le rôle de la femme, afin que vous puissiez démontrer la GATPA et les soins du nouveau-né.



Soins routiniers pour la femme et le bébé



Expliquer



L'ocytocine est un utérotonique à action prolongée qui provoque la contraction de l'utérus. Il est recommandé pour la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) et peut être utilisé pour le traitement de l'HPP. L'ocytocine est préférée parce qu'elle est peu coûteuse, largement disponible et qu'elle agit rapidement. Les effets secondaires sont peu nombreux et elle peut être utilisée chez toutes les femmes.

- L'ocytocine doit être conservée à une température de 2-8° C (36-45° F), et ne doit jamais être congelée, pour préserver la qualité de l'ocytocine. Dans les milieux où la conservation recommandée de l'ocytocine ne peut être garantie, un autre médicament utérotonique doit être utilisé. Respecter les recommandations du fabricant en ce qui concerne le transport/stockage.

- Le début d'action de l'ocytocine est immédiat s'il est administré par voie IV et 2-3 minutes s'il est administré par voie IM.
- La durée d'action est de 60 minutes en cas d'administration par voie IV et de 2 à 3 heures en cas d'administration par voie IM.
- La dose correcte d'ocytocine pour la GATPA est de 10 UI par voie IM ou IV en bolus, **administrée dans la minute suivant la naissance du dernier bébé.**
- 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. Ne pas démarrer une voie IV s'il n'y en a pas une en place.
- **Écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant avant d'administrer un utérotonique pour la GATPA. NE JAMAIS** donner d'utérotonique avant la naissance du dernier bébé. Si l'ocytocine est administrée lorsqu'un bébé est dans l'utérus, cela peut provoquer une contraction trop forte de l'utérus, ce qui peut rompre l'utérus ou réduire l'oxygène pour le bébé. Cela peut entraîner la mort de la femme et peut provoquer une paralysie cérébrale ou la mort du bébé.

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

Discussion

Demandez aux apprenants l'utérotonique qu'ils / elles utilisent. Discutez avec eux des problèmes qu'ils pourraient avoir concernant son utilisation : ruptures de stock, stockage, confort avec l'utilisation, acceptation par les femmes.

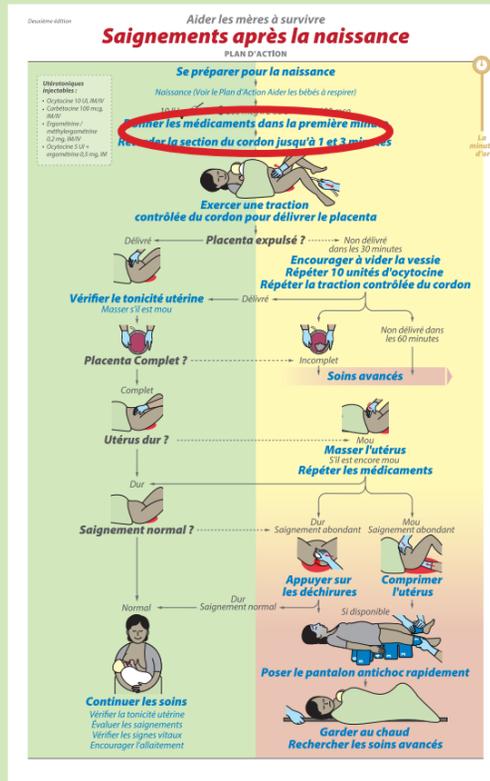
Contrôle des connaissances

Quelles sont les trois principales causes de saignement après la naissance ?

Atonie utérine, déchirures, rétention placentaire complète ou partielle

Quelle est/sont la / les cause(s) de l'HPP que l'on pourrait prévenir par l'administration d'un utérotonique pour la GATPA ?

Atonie utérine, rétention placentaire



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

**Administrer l'utérotonique
 dans la minute suivant
 la naissance
 - Ocytocine**



Expliquer



La **carbétoquine** est un utérotonique à action prolongée similaire à l'ocytocine. Conserver au réfrigérateur de 2 à 8 °C (36 à 46 °F). Ne pas congeler. Suivre toujours les recommandations du fabricant.

La **carbétoquine thermostable (HSC)** ne nécessite pas de réfrigération pendant le transport et le stockage et conserve une puissance élevée dans les climats chauds. Il doit être protégé de la lumière. Suivre toujours les recommandations du fabricant.

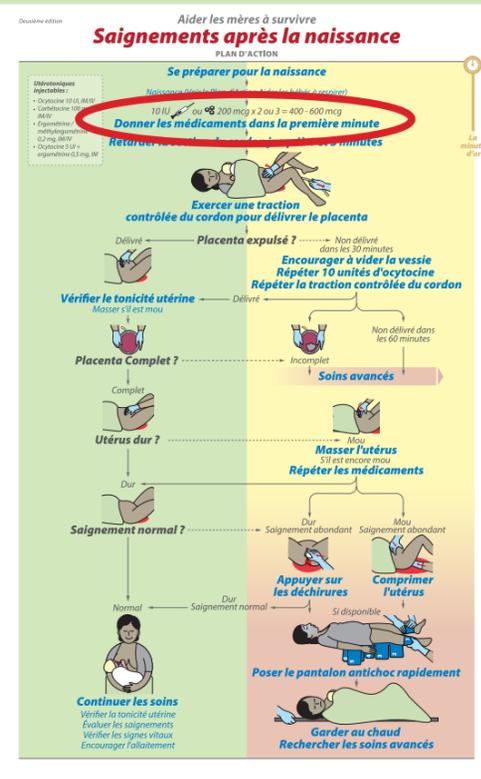
Lorsqu'elle est utilisée pour la prévention de l'HPP, la carbétoquine/HSC s'est avérée aussi efficace que l'ocytocine pour réduire l'HPP après un accouchement par voie basse et est recommandée pour la GATPA lorsque l'ocytocine n'est pas disponible ou que sa qualité ne peut être garantie.

- Le début d'action de la carbétoquine/HSC est d'environ 1 minute après une injection en IV et d'environ 2 minutes après une injection en IM.
- La durée d'action de la carbétoquine/HSC est de 1 heure après l'injection en IV et de 2 heures après l'injection en IM, ce qui est similaire à l'ocytocine.
- La dose correcte de la carbétoquine / HSC pour la GATPA est de **100 mcg (1 mL) par voie IM ou IV, administrée dans la minute suivant la naissance du dernier bébé. Si la carbétoquine est donnée par voie IV, injecter 100 mcg sur 1 minute.**
- Contrairement à l'ocytocine, la carbétoquine/ HSC ne doit JAMAIS être utilisée pour le déclenchement ou l'augmentation du travail, ou le traitement de l'HPP. Si elle est utilisée pendant le travail, de fortes contractions peuvent entraîner une rupture de l'utérus ou réduire l'apport d'oxygène au fœtus, entraînant une paralysie cérébrale, des dommages aux organes ou la mort.
- **Écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant avant d'administrer la carbétoquine / HSC pour la GATPA.** Si la carbétoquine / HSC est administrée avant la naissance, cela peut provoquer la mort de la femme ou du bébé.

HSC maintient une puissance élevée pour :

- Un minimum de 4 ans à 30°C et 75%d'humidité relative
 - Au moins 6 mois à 40°C et 75%d'humidité relative
 - 3 mois à 50°C
 - 1 mois à 60°C
- Avant d'injecter la carbétoquine/HSC, vérifier l'absence de contre-indications :
 - Grossesse
 - Premier et deuxième stades du travail
 - Troubles cardiovasculaires graves
 - Épilepsie
 - Troubles du foie ou des reins
 - **Ne donner qu'une seule dose de carbétoquine/HSC. Des doses supplémentaires ne doivent jamais être administrées.**
 - Informer la femme des effets secondaires possibles : nausées, douleurs abdominales, maux de tête, frissons et fièvre.

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



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

Administrez l'utérotonique dans la minute suivant la naissance
- Carbétocine / Carbétocine thermostable



Expliquer

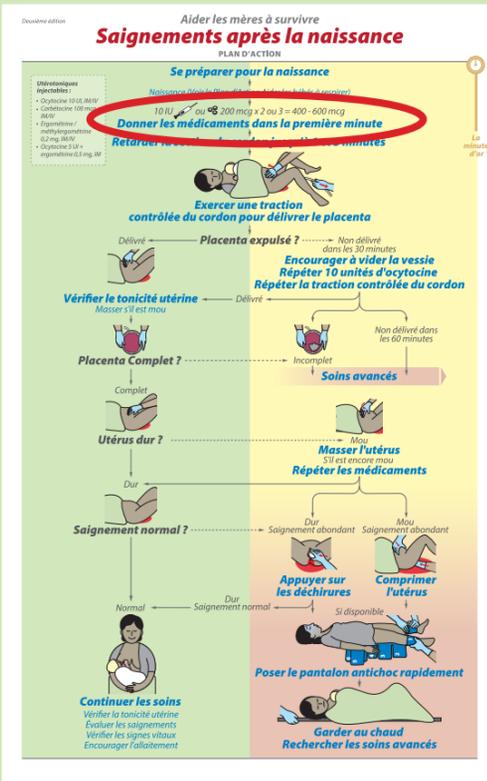


- Lorsque l'ocytocine ou la carbétocine/HSC ne sont pas disponibles, le misoprostol doit être utilisé pour la GATPA. Semblable à d'autres utérotoniques, le misoprostol provoque la contraction de l'utérus, mais il n'a pas besoin d'être maintenu au froid. Il est peu coûteux et peut être utilisé par des agents de santé non professionnels en milieu communautaire ou par des prestataires qui ne peuvent pas faire d'injections. Suivre toujours les recommandations du fabricant pour le transport et le stockage.
- La dose correcte de misoprostol est de 400 - 600 mcg par voie orale, **administré dans la minute qui suit la naissance du dernier bébé**. Le misoprostol est généralement

vendu en pharmacie sous forme de comprimés de 200 mcg (μg). Administrer 2 à 3 comprimés, selon les protocoles locaux.

- Si des doses élevées (400-600 mcg) de misoprostol sont utilisées pendant le travail, de fortes contractions peuvent provoquer la rupture de l'utérus ou réduire l'apport d'oxygène au fœtus, entraînant une paralysie cérébrale, des dommages aux organes ou la mort.
- **Ecarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant avant d'administrer le misoprostol.** Si cette dose de misoprostol est administrée avant la naissance, cela peut provoquer la mort de la femme ou du bébé.
- Le misoprostol provoque des effets secondaires de courte durée qui ne sont pas dangereux. Il convient de prévenir la femme de ces effets : frissons, nausée, diarrhée et fièvre.

Il est très important de préparer
le misoprostol **AVANT LA NAISSANCE
DU BÉBÉ**

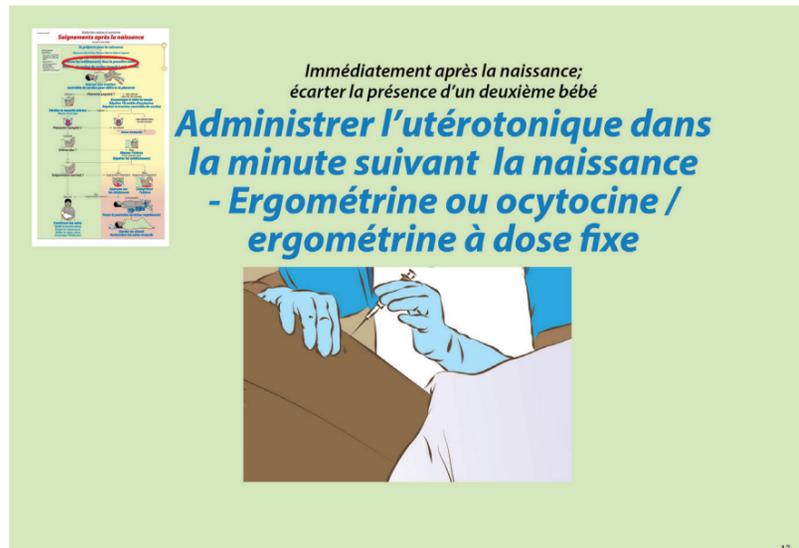


Immédiatement après la naissance;
 écarter la présence d'un deuxième bébé

Administer l'utérotonique dans la minute suivant la naissance - Misoprostol



Expliquer



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

Administer l'utérotonique dans la minute suivant la naissance
- Ergométrine ou ocytocine / ergométrine à dose fixe

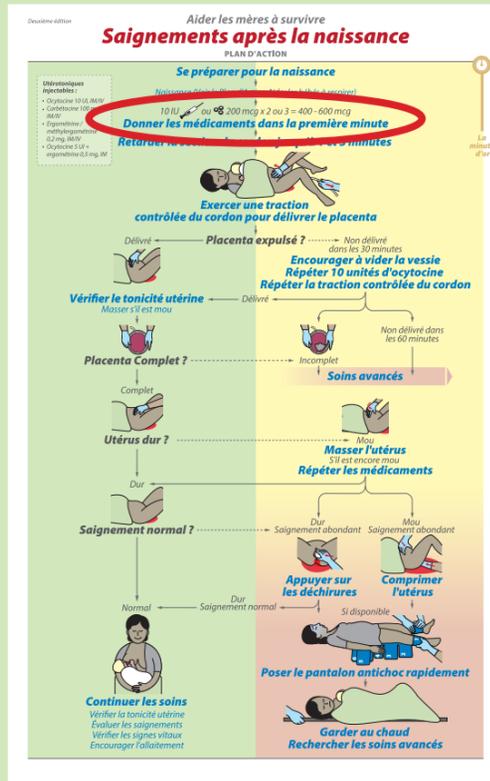
L'ergométrine est un utérotonique à action prolongée utilisé pour prévenir et traiter l'HPP. Il est également disponible en association à dose fixe avec l'ocytocine. Parce qu'il a certaines contre-indications et qu'il peut avoir plus d'effets secondaires, l'ergométrine ou l'ergométrine en combinaison avec l'ocytocine n'est pas le premier choix pour la GATPA. **N'utiliser l'ergométrine ou l'ergométrine/ocytocine à dose fixe que si l'ocytocine, la carbétocine/HSC ou le misoprostol ne sont pas disponibles.**

- **Ne jamais donner 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 !**

- Le début d'action de l'ergométrine est immédiat s'il est administré par voie IV et 2-7 minutes s'il est administré par voie IM.
- La durée d'action est de 45 minutes en cas d'administration par voie IV et de plus de 3 heures en cas d'administration par voie IM.
- L'ergométrine est plus sensible à la chaleur que l'ocytocine et est également sensible à la lumière. Tout produit contenant de l'ergométrine doit être conservé au réfrigérateur à 2-8°C (36 à 46°F) et ne doit pas être congelé. Pour protéger cet utérotonique de la lumière, conserver les ampoules dans la boîte. Suivre toujours les instructions du fabricant pour le transport et le stockage.
- L'ergométrine ou la dose fixe d'ergométrine/ocytocine pour la GATPA doit être administrée 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.
- Semblable à la carbétocine/HSC, l'ergométrine ne doit JAMAIS être utilisée pour le déclenchement ou l'augmentation du travail, ou le traitement de la rétention placentaire.

- Avant d'injecter l'ergométrine, vérifiez l'absence des contre-indications :
 - Grossesse / Premier et deuxième stades du travail
 - Pré-éclampsie, éclampsie ou hypertension
 - Allergie
- **Ecarter 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.
- Informer 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 chargé dans la seringue **AVANT LA NAISSANCE !**



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

Administrez l'utérotonique dans la minute suivant la naissance
- Ergométrine ou ocytocine / ergométrine à dose fixe



Expliquer

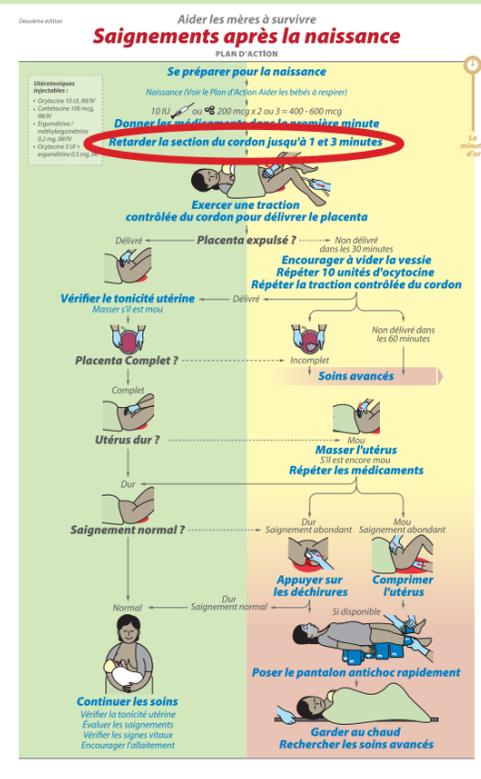


Le moment de sectionner le cordon dépend de la condition de la femme et du bébé. Sectionner le cordon entre une et trois minutes après la naissance si la femme et le bébé vont bien. Cela permet de donner des utérotoniques pour prévenir les saignements vaginaux. Le fait d'attendre au moins une minute 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 ne respire pas bien, sectionner le cordon plus tôt et demander de l'aide.
- La propreté est importante et permet de prévenir l'infection du cordon. Porter deux paires de gants (double gantage) avant la

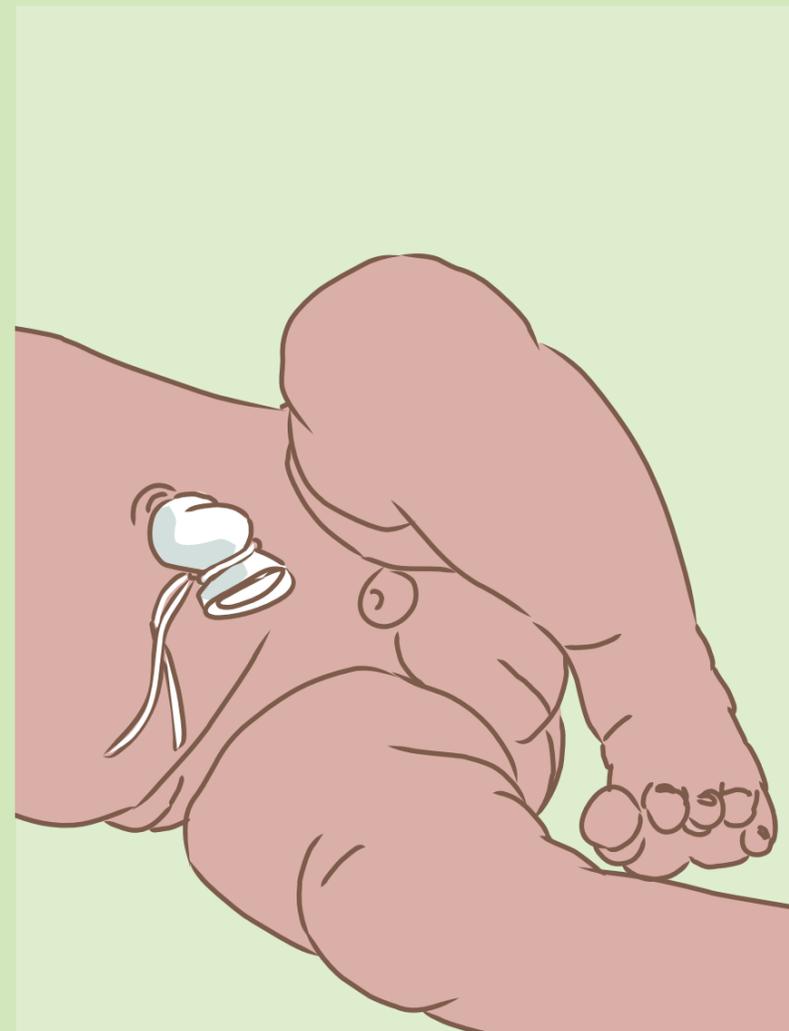
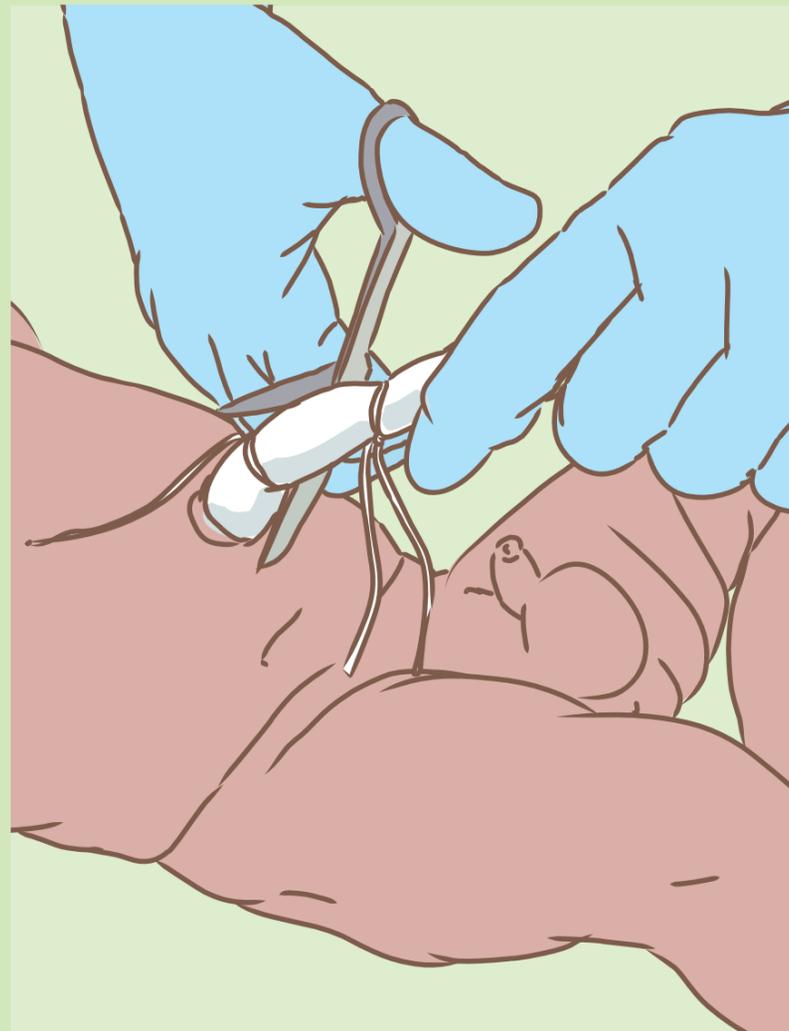
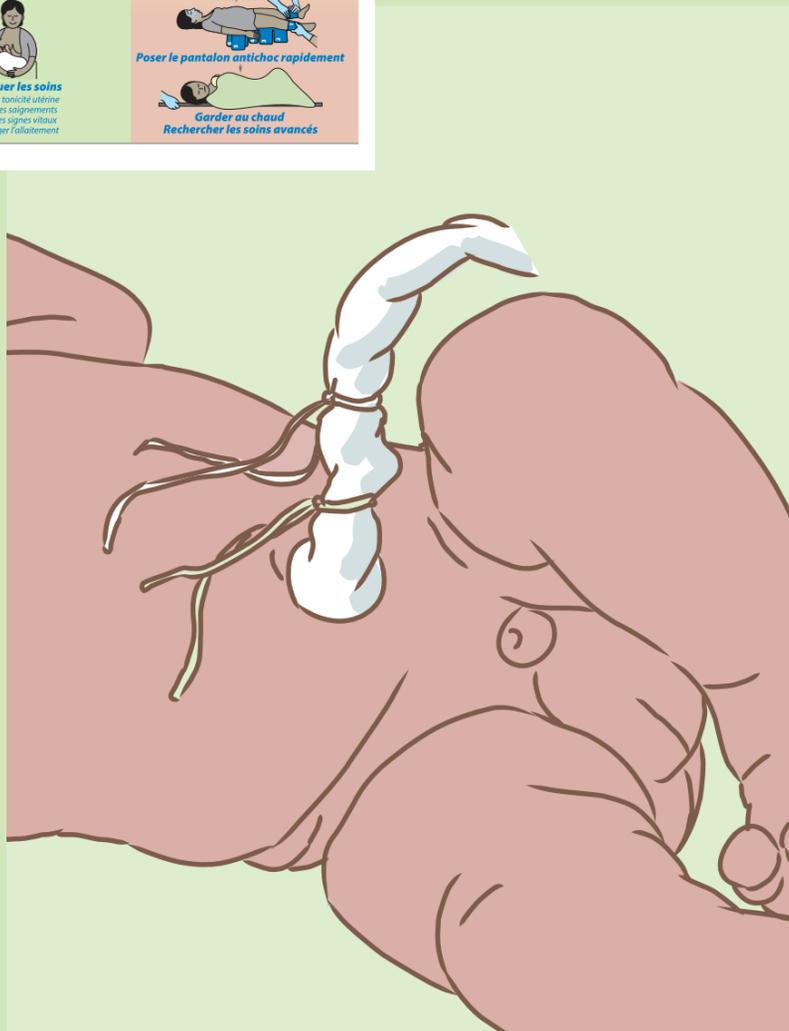
naissance puis retirer une paire avant de sectionner le cordon. Tout le matériel doit être stérile ou désinfecté de haut niveau.

- Pour sectionner le cordon, placer deux pinces ou faire deux noeuds autour du cordon. Placer la première pince ou le premier noeud à 2 doigts de l'abdomen du bébé. Placer la deuxième pince ou le deuxième noeud à 5 doigts de l'abdomen du bébé.
- Avant de sectionner le cordon, retirer la première paire de gants en cas de double gantage ou enfiler une nouvelle paire de gants.
- Au moment de sectionner le cordon, protéger le visage contre les éclaboussures de sang en couvrant les ciseaux ou la lame avec un morceau mince de gaze stérile avant de le sectionner.



Après 1-3 minutes

Clamper ou faire des nœuds et sectionner le cordon ombilical



Expliquer



L'expulsion du placenta prend généralement 10 minutes, mais cela peut prendre jusqu'à 1 heure et être considéré comme normal.

La traction contrôlée du cordon (TCC), qui aide l'expulsion du placenta, est la deuxième étape de la GATPA ; elle ne doit être exercée que par un prestataire qualifié.

- La traction contrôlée du cordon accélère l'expulsion du placenta, elle peut pourtant être dangereuse lorsqu'elle n'est pas exercée correctement.
- La traction contrôlée du cordon 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 une traction contrôlée sur le cordon.

- 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 une hémorragie et une infection.

Expliquez comment exercer une traction contrôlée du cordon

- Clampez le cordon ombilical à proximité du périnée et attendez que la femme sente une contraction.
- Pendant la contraction, exercez une traction mesurée sur le cordon en direction du bas et stabilisez l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut. Évitez de tirer avec une motion saccadée ou violente.
- Relâchez toute traction entre les contractions.

Expliquez comment délivrer le placenta en toute sécurité.

- 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.

Contrôle des connaissances

Pourquoi ne devriez-vous jamais tirer sur le placenta ou le cordon lorsque vous sentez une résistance ?

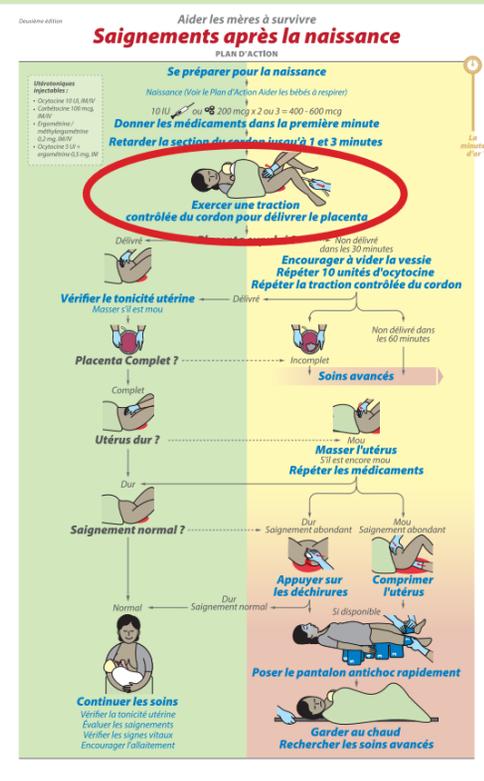
Parce que vous pourriez arracher le cordon ou inverser l'utérus.

Quand pourriez-vous toucher au placenta en toute sécurité pour le délivrer ?

Lorsque le placenta est visible à l'ouverture du vagin

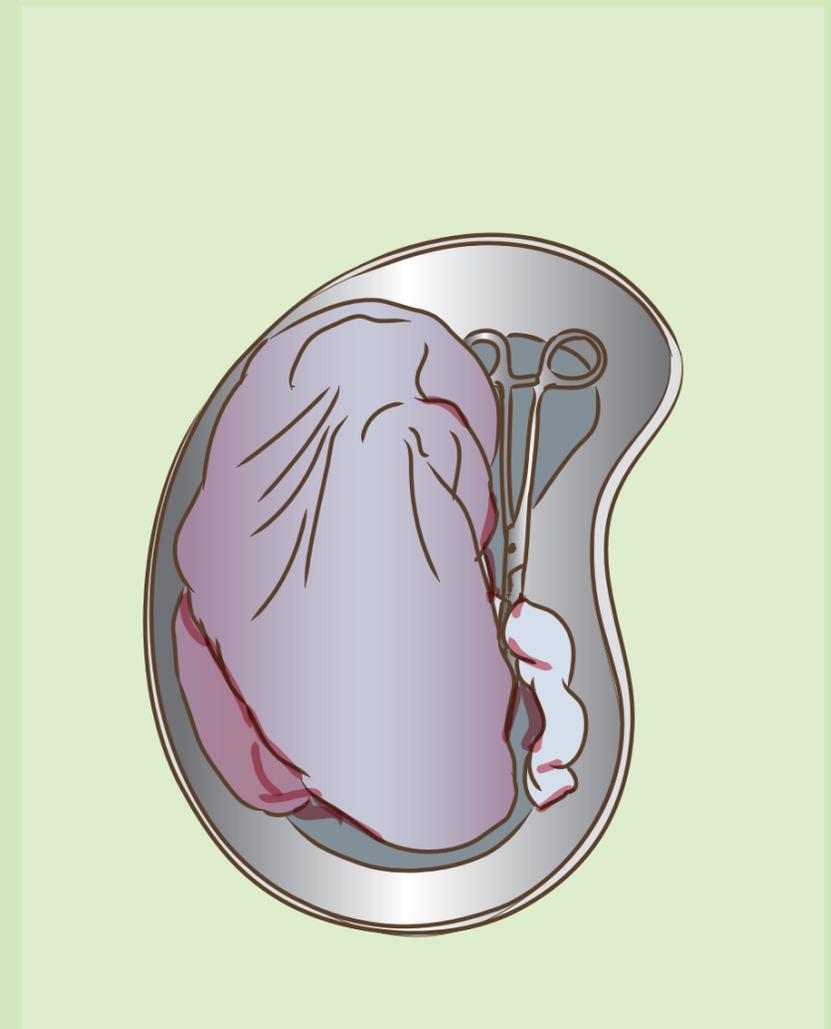
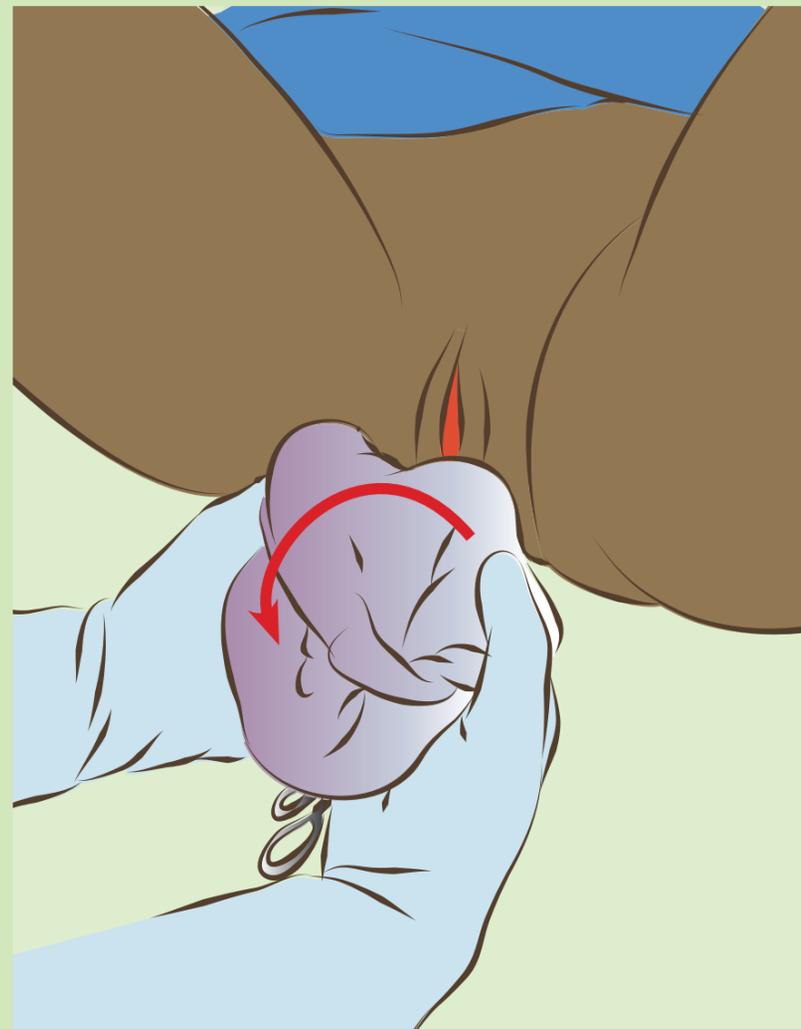
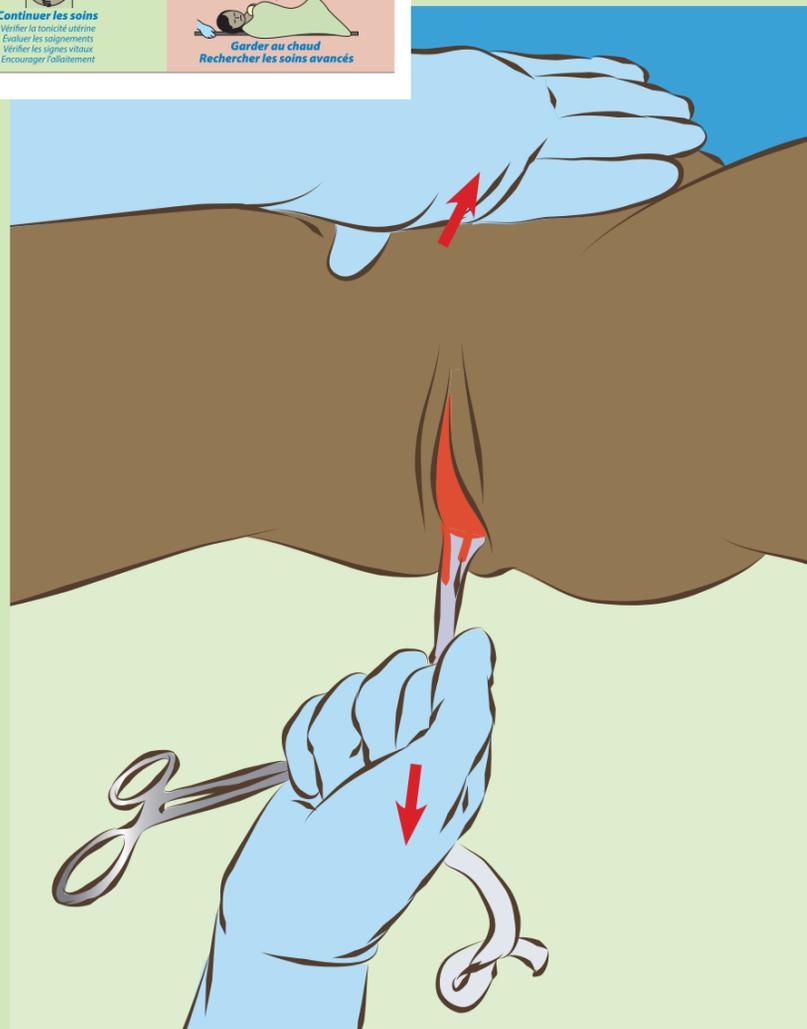
Pourquoi le fait de faire tourner le placenta réduit le risque de rétention ?

Cela aide à former une corde avec les membranes, ce qui est plus fort et moins susceptible de laisser des débris à l'intérieur.



Exercer la contre-traction

Exercer une traction contrôlée du cordon pour délivrer le placenta



Expliquer



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 la tonicité utérine toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures suivant la naissance. Vérifier les saignements au même moment de l'évaluation de la tonicité utérine. Revérifier souvent pendant les 24 premières heures.

Après avoir vérifier la tonicité utérine, vérifier 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

Expliquez comment vérifier la tonicité utérine et masser l'utérus s'il est mou.

- 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.
- Si l'utérus est mou, massez l'utérus et vérifiez les saignements. Vérifiez également si la vessie est pleine.
- Enseignez à la femme comment contrôler et masser son propre utérus.

Démontrez et expliquez comment examiner le placenta pour être sûr s'il est complet.

- Examinez les deux faces (maternelle et fœtale) du placenta
- Tenez le placenta dans vos 2 mains pour vérifier l'intégrité de la face maternelle normalement les cotylédons se juxtament, formant la galette placentaire.
- Laissez pendre le placenta et examinez les membranes pour être sûr que les membranes ne sont pas déchirées et sont complètes.

Contrôle des connaissances

Pourquoi est-il important de continuer à vérifier la tonicité utérine ?

Lorsque l'utérus est mou, il ne se contracte pas et la femme saignera. Masser l'utérus s'il est mou pour stimuler une contraction.

Pourquoi les femmes saignent-elles davantage s'il y a des débris placentaires retenus dans l'utérus ?

L'utérus ne peut pas se contracter pour comprimer les vaisseaux sanguins et arrêter le saignement.

Vrai ou faux - Une fois que l'utérus se contracte ou durcit, il restera toujours dur.

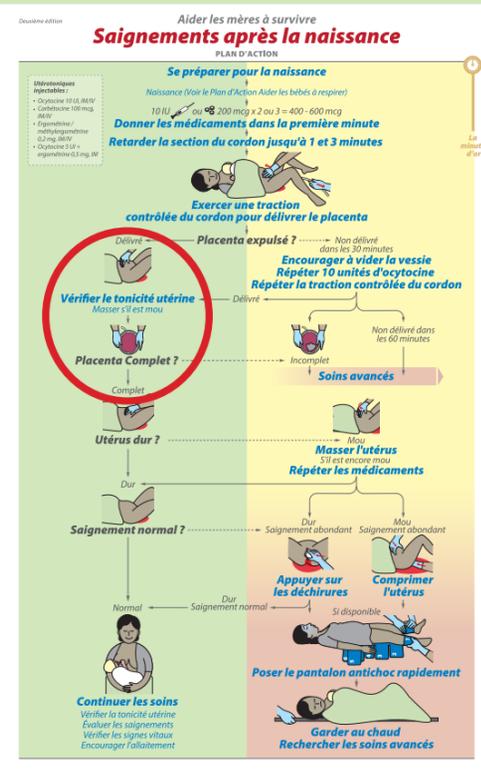
Faux - Un utérus peut perdre sa tonicité et commencer à saigner.

Quelles sont certaines causes qui empêchent un utérus de se contracter ?

La rétention des débris placentaires, des caillots de sang ou une vessie pleine.

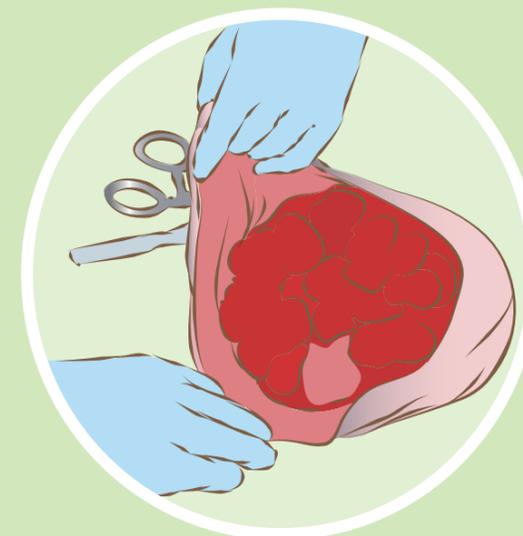
Note sur les soins avancés

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. Il peut s'agir de sonder la vessie si la femme ne peut pas la vider.

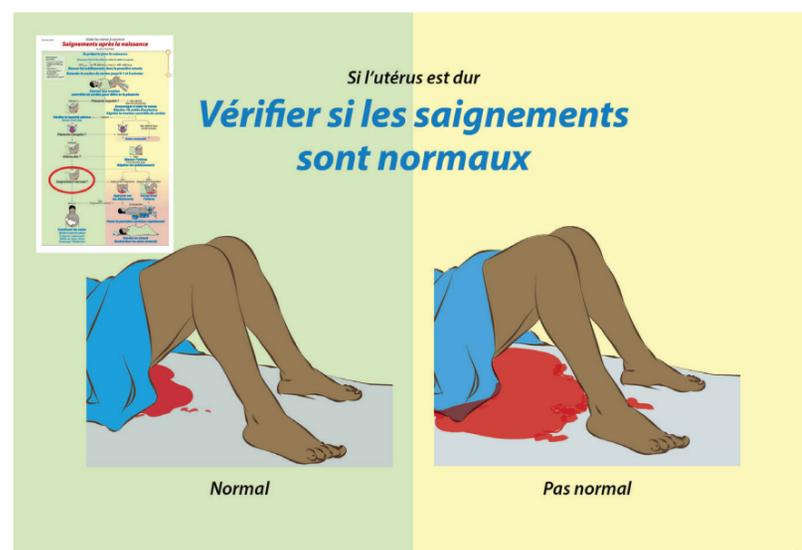


Lorsque le placenta est expulsé

Vérifier la tonicité utérine Vérifier que le placenta est complet



Expliquer



Vérifier si le saignement est normal. Après avoir vérifié que le placenta est complet, vérifier les saignements et la présence des déchirures.

Il est essentiel de vérifier et revérifier la tonicité utérine et la perte de sang pendant les 2 premières heures après la naissance.

Le saignement peut être lent ou rapide. Tout saignement qui persiste menace la vie.

Si les saignements vaginaux ne sont pas vérifiés au moins toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, un saignement peut passer inaperçu jusqu'à ce qu'il soit trop tard.

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 si son utérus est mou.

Expliquez comment surveiller la femme pour détecter un saignement anormal :

- Évaluez activement la quantité du sang perdu. Il peut y avoir des draps ou des linges imbibés de sang, ou du sang par terre.
- 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 !!

Nous examinerons prochainement la gestion de l'HPP.

Discussion

- Demandez, « *Est-il fréquent dans cet établissement de vérifier la tonicité utérine et les saignements vaginaux toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures après la naissance ?* »
- « *Vous est-il déjà arrivé de faire la surveillance d'une femme et de la trouver en train de saigner abondamment ?* »
- « *Qu'est-ce qui vous empêche de surveiller la femme aussi souvent ?* »
- « *Que pouvez-vous faire pour assurer à ce que la surveillance se fait selon les standards ?* »

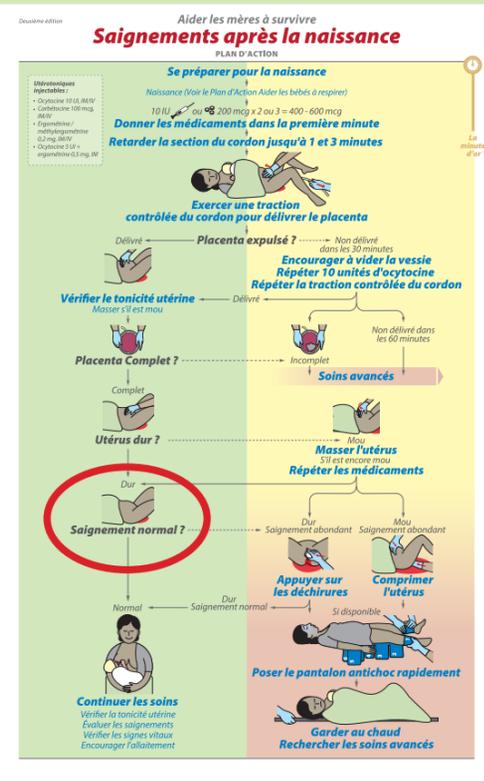
Contrôle des connaissances

Quel type de saignement est dangereux après l'après la naissance ?

Un jet important continu ou qui ne s'arrête pas ou un filet continu qui ne s'arrête pas

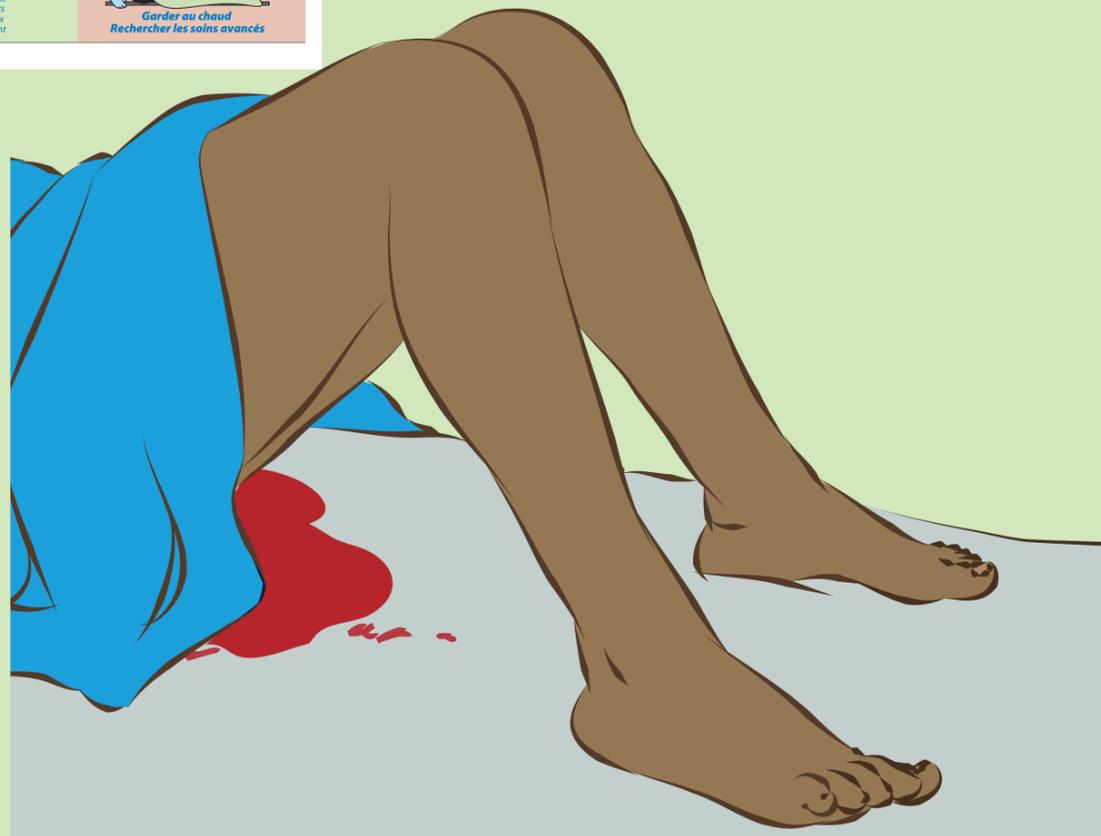
Pourquoi le prestataire doit-il surveiller la femme aussi fréquemment ?

L'utérus peut redevenir mou à tout moment, ou un saignement normal peut devenir abondant.



Si l'utérus est dur

Vérifier si les saignements sont normaux



Normal



Pas normal

Expliquer



Une partie des soins routiniers est de garder la femme et son bébé peau à peau pour garder le bébé au chaud. Commencer l'allaitement maternel dès que le bébé est prêt dans la première heure après la naissance.

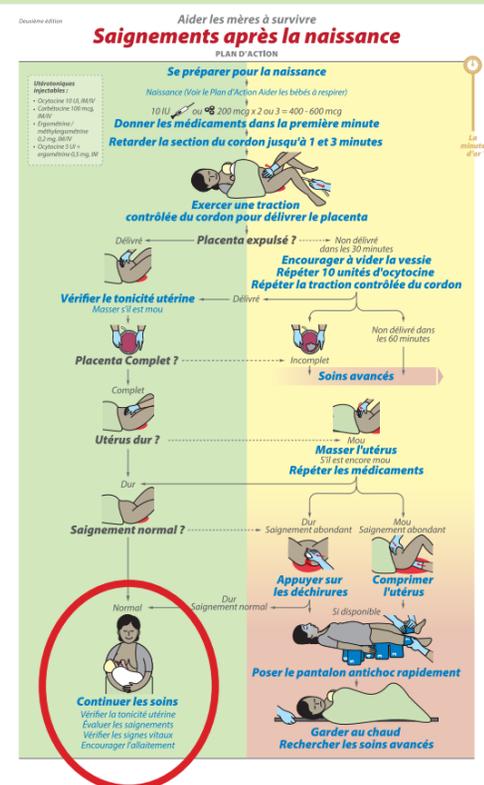
- Les soins de routine comprennent une surveillance continue de la femme et du bébé. Évaluer et réévaluer la femme et son bébé toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures après la naissance: les signes vitaux, la tonicité utérine et les saignements vaginaux chez la femme et la couleur de la peau et les respirations du bébé.
- Si la femme et le bébé sont en bonne santé, l'allaitement maternel doit commencer le plus tôt que possible après la naissance.

- Encourager la mère 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.
- Les femmes et leurs nouveaux-nés doivent rester dans l'établissement de santé pendant au moins 24 heures après un accouchement eutocique par voie basse afin d'assurer une surveillance étroite.
- Avant la sortie de l'établissement, décrire l'évolution du saignement post-partum normal et conseiller les femmes sur les signes indiquant un saignement excessif. Expliquer que le saignement est excessif si une serviette hygiénique est trempée du sang en moins de cinq minutes.

Démontrer

Avec une volontaire portant le simulateur d'accouchement, démontrez les étapes de la GATPA.

- Au moment de la naissance, placer le bébé sur le ventre de sa mère.
.....
- Sècher 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 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 et sectionner le cordon entre 1 à 3 minutes après la naissance
.....
- Exercer une traction contrôlée du cordon, tout en exerçant la contre-traction, pendant les contractions.
.....
- Palper l'utérus après la délivrance du placenta et le masser s'il est mou
.....
- Vérifier si le placenta est complet
.....
- Évaluer la perte de sang
.....
- Détecter les déchirures
.....
- Continuer à observer étroitement la femme et le bébé et fournir les soins routiniers
.....



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



ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

*Qu'est-ce qui est trop ?
Évaluation de la perte
de sang
Pratique de la GATPA*

Points clés

- À retenir : la perte de sang peut être un jet important ou un filet continu et lent. Tous peuvent être dangereux.
- Il est difficile d'estimer visuellement la quantité de sang perdu.
- La prise de décision doit être basée sur la quantité de sang perdu ET les signes vitaux de la femme.

Exercice 1

Exercice sur l'estimation du sang perdu

Cette activité a pour objectif de démontrer à quel point il est difficile d'estimer avec précision la quantité de sang perdu. Mettez en place quatre postes de travail montrant des différentes quantités de sang et étiquetez-les « A », « B », « C », « D » :

- A.** Une serviette blanche ou tout autre linge approprié sur le plan culturel - 600 cc
 - B.** Une bande de gaze - 100 cc
 - C.** Du liquide dans une cuvette – 300 cc
 - D.** Caillots de sang (utiliser de la confiture de fruits rouges) – 500 cc
- Demandez aux apprenants de passer brièvement d'un poste de travail à un autre et d'écrire leurs estimations des pertes de sang pour chaque poste.
 - Lorsqu'ils/elles sont de retour, discutez des estimations. Montrez les différences entre les groupes et discutez de la facilité avec laquelle il est possible de sous-estimer les pertes de sang.

Exercice 2

Pratique de la GATPA

- Répartissez les apprenants en groupe de six apprenants par facilitateur et par simulateur.
- Commencez la pratique avec le bébé qui vient de naître sur l'abdomen de sa mère avec le cordon encore attaché.
- Demandez au premier apprenant de faire la démonstration des soins de la naissance jusqu'à la fourniture de soins essentiels de routine après la naissance.
- Orientez l'apprenant en utilisant le plan d'action et apportez le feedback au besoin.
- Demandez à chaque apprenant de pratiquer ce même scénario pendant que le facilitateur fait un coaching et apporte un feedback.
- Demandez aux autres apprenants de suivre les démonstrations en suivant le Plan d'action.

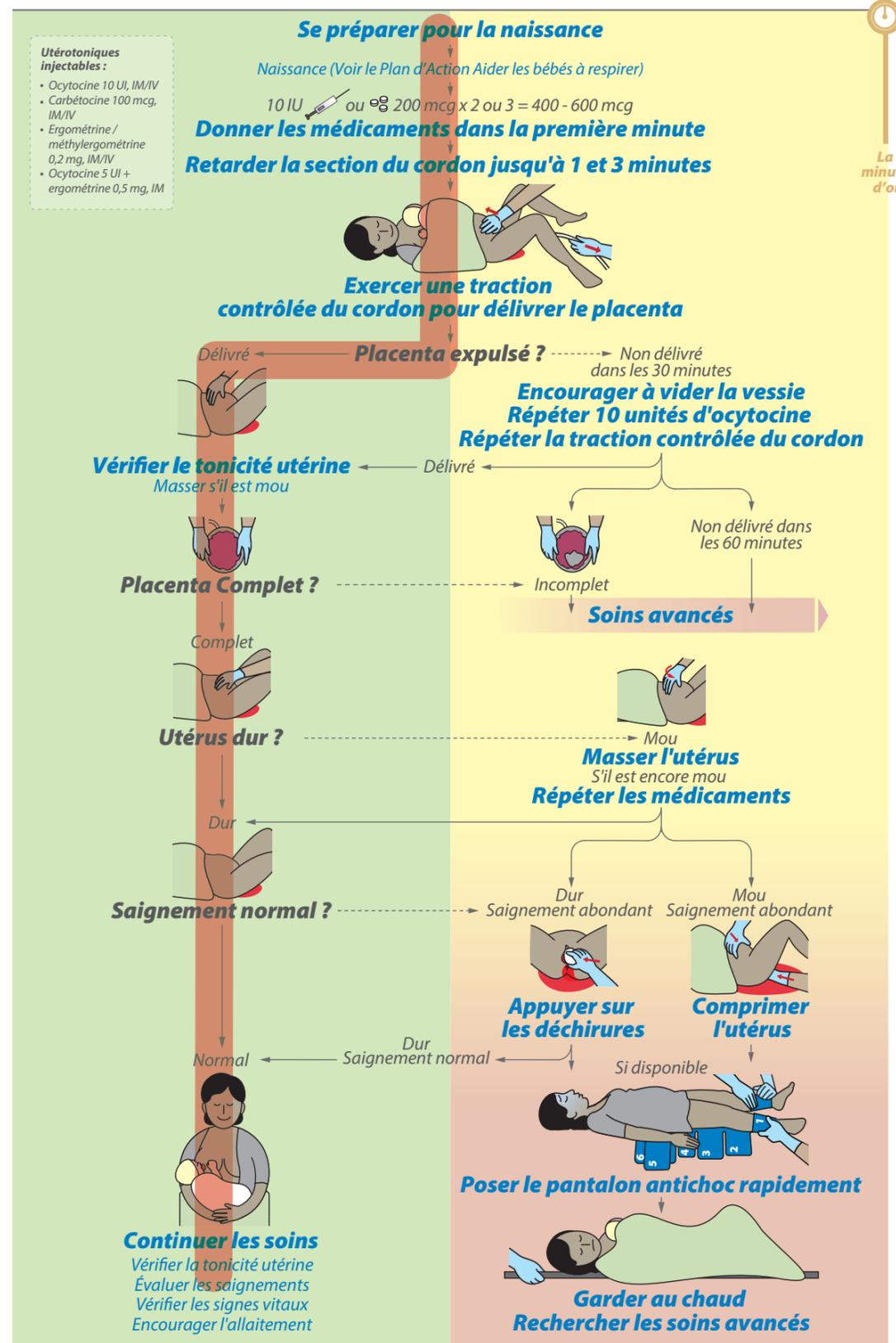
ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Qu'est-ce qui est trop ?
Évaluation de la perte
de sang
Pratique de la GATPA

Deuxième édition

Aider les mères à survivre Saignements après la naissance

PLAN D'ACTION



Expliquer

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

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

À retenir: l'expulsion du placenta prend généralement 10 minutes, mais peut prendre jusqu'à une heure. S'assurer de noter le temps écoulé depuis la naissance. 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.

Si le placenta n'est pas délivré dans l'heure qui suit l'accouchement ou si la femme saigne abondamment, solliciter des soins avancés.

Pour gérer un placenta qui n'est pas délivré dans les 30 minutes après la naissance du bébé alors que le saignement est normal :

- Encouragez la femme à vider sa vessie.
- Si le placenta ne délivre pas après cela, répétez 10 unités d'ocytocine. **NE répétez PAS** le misoprostol ou la carbétocine pour la rétention placentaire. **N'administrez PAS** d'ergométrine/méthylergométrine ou d'association à dose fixe d'ocytocine et d'ergométrine.
- Poursuivez la traction contrôlée du cordon. La délivrance du placenta pourra se faire 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 sur le cordon si vous sentez une résistance ! Cela peut arracher le cordon ou invertir l'utérus.
- Stabilisez l'utérus en exerçant une contre-contraction vers le haut pendant que l'on exerce une traction contrôlée sur le cordon.

Parfois, une femme qui aura accouché ailleurs que dans votre établissement se présentera pour des soins en présentant une rétention

placentaire ou une HPP. Dans ces situations, prendre soin d'elle en fonction de ses signes et symptômes et des soins qu'elle aurait reçus.

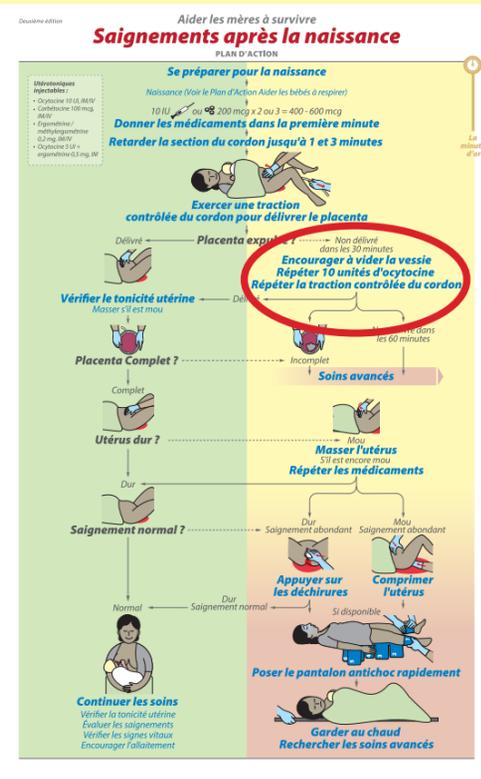
Contrôle des connaissances

À quel moment devez-vous solliciter des soins avancés lorsque le placenta n'est pas délivré ?
Chaque fois que les saignements sont abondants. Si le placenta n'est pas délivré dans l'heure qui suit la naissance.

Si le placenta n'est pas expulsé, quels sont les risques pour la femme ?
Une infection et des saignements

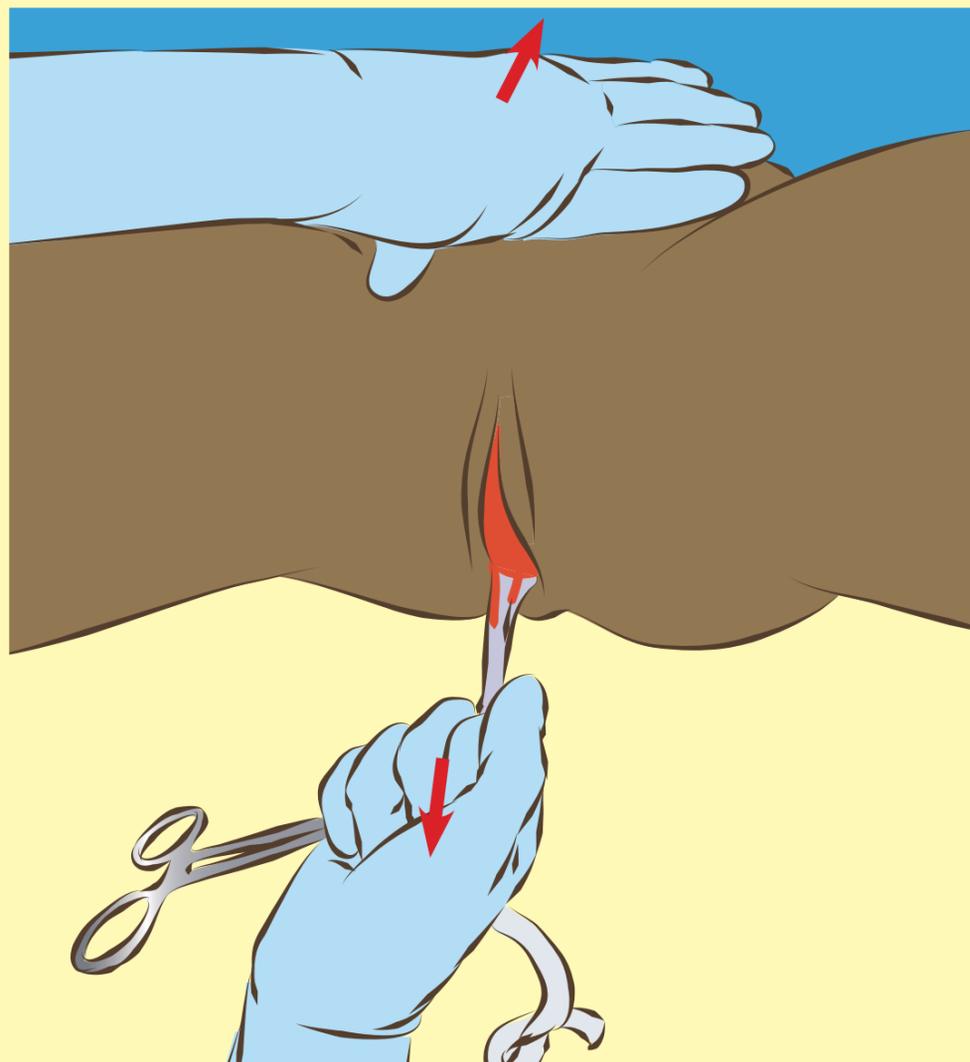
Note sur les soins avancés

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. Il peut s'agir de répéter la traction contrôlée du cordon comme cela est décrit ici, de ré-administrer de l'ocytocine ou de sonder la vessie.

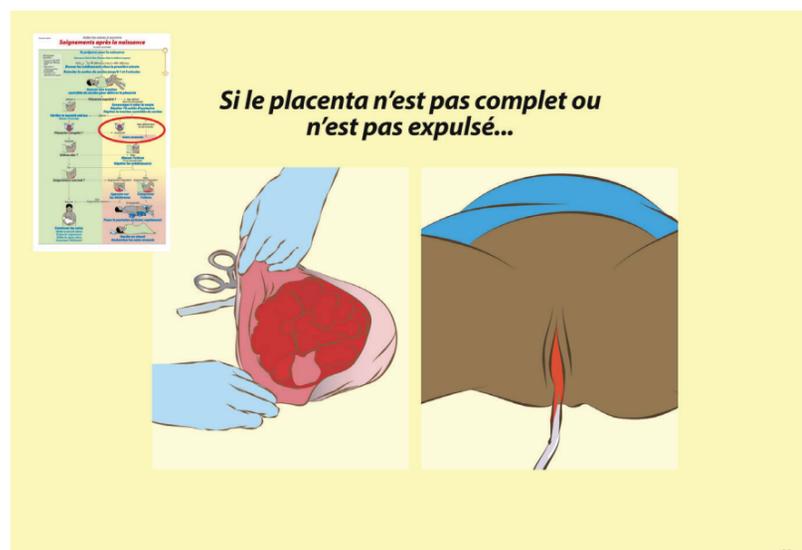


Si le placenta n'est pas expulsé dans les 30 minutes

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



Expliquer



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 retenu(s) dans l'utérus.

En attendant l'expulsion du placenta, surveiller le pouls et la tension artérielle de la femme pour rechercher la présence du choc (pouls ≥ 110 btts/min, tension artérielle systolique < 90 mmHg).

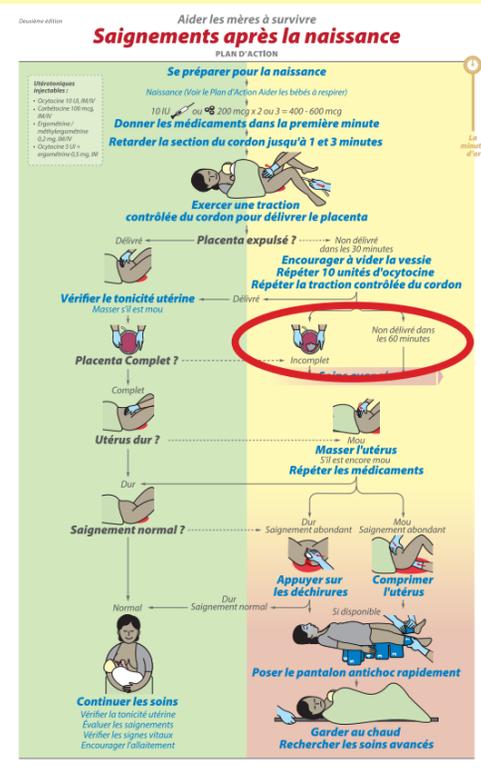
Si le placenta est expulsé, examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet.

Solliciter des soins avancés :

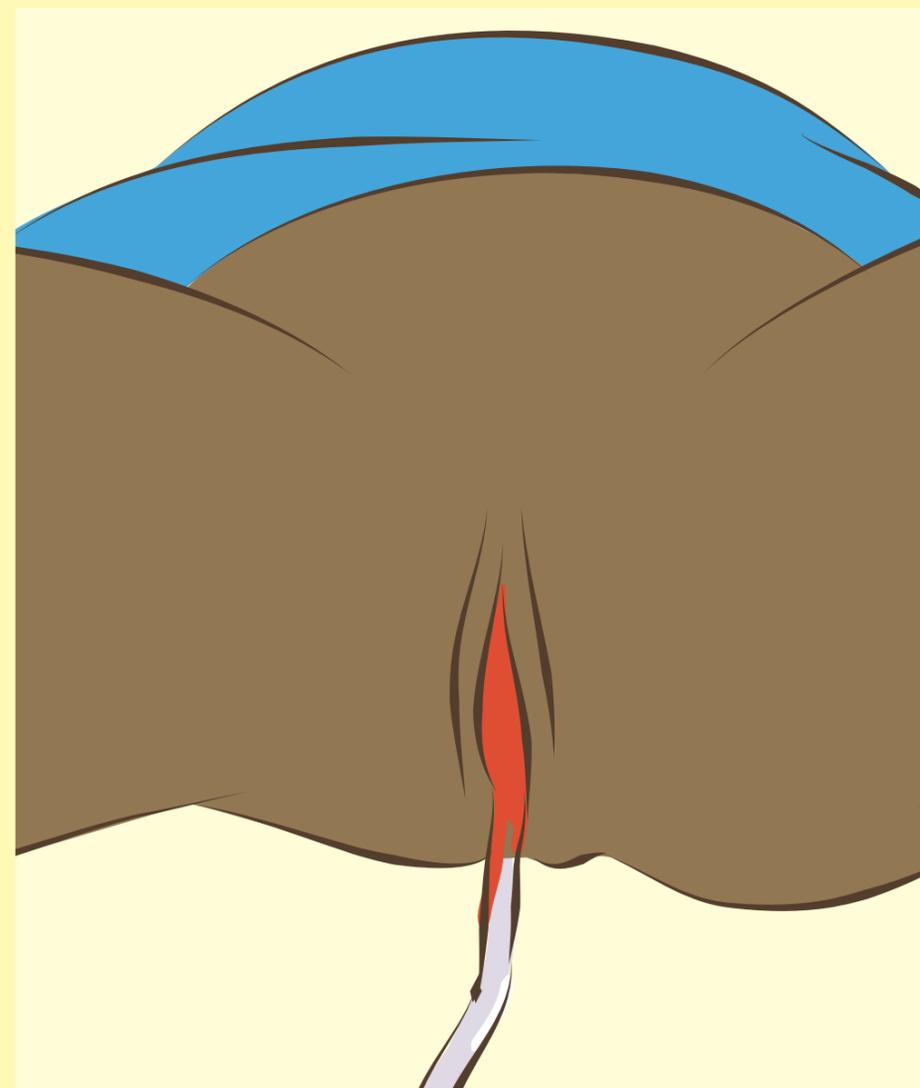
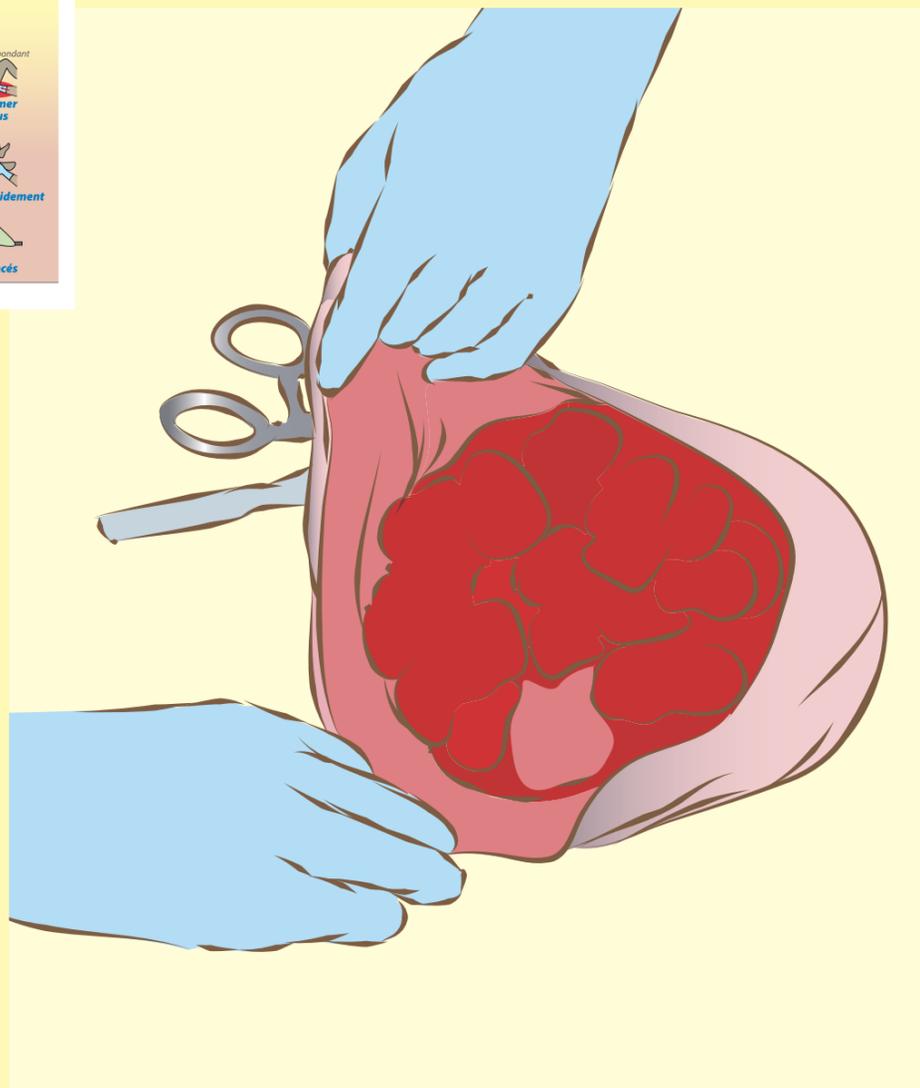
- Si le placenta n'a pas été délivré dans l'heure qui suit l'accouchement, indépendamment des saignements
- Si les saignements sont abondants à tout moment
- Si le placenta est expulsé mais n'est pas complet

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. Il pourra s'agir de la délivrance artificielle du placenta et l'extraction manuelle des débris placentaires. Cette compétence sera couverte pour les apprenants participant à la Journée 2.
- En cas de la délivrance artificielle du placenta, la femme aura besoin d'antibiotiques prophylactiques pour réduire le risque d'infection.
- La délivrance artificielle du placenta ne doit JAMAIS être effectuée sans formation appropriée et sans autorisation.



Si le placenta n'est pas complet ou n'est pas expulsé...



Expliquer



Si une femme a besoin de plus d'aide que le prestataire ou l'établissement ne peuvent en donner, savoir qui peut l'aider et comment l'atteindre rapidement sauvera des vies. Les soins avancés peuvent être disponibles dans l'établissement où se trouve la femme ou la femme devrait peut-être être transférée dans un autre établissement pour en recevoir.

Selon le prestataire, les prestataires de soins avancés peuvent être en mesure d'effectuer la délivrance artificielle du placenta, de suturer des déchirures profondes ou même de procéder à une intervention chirurgicale. Les coordonnées des prestataires de soins avancés et les personnes à appeler pour le transport en cas de besoin doivent être clairement affichées.

Il vaudrait mieux transporter la femme pendant qu'elle soit stable que d'attendre que ce soit une urgence.

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 JAMAIS laissez la femme seule.
- Débutez une perfusion IV avec une solution sérum physiologique ou du Ringer lactate.
- En cas d'inondation, de panne de véhicules ou de manque de carburant, votre établissement doit avoir un plan de secours pour le transport.
- Prévenez la structure de référence que la femme arrive.
- Faites accompagner la femme par un prestataire qui vérifiera les signes vitaux, évaluera les saignements et apportera des soins.

Contrôle des connaissances

Pourquoi faire appel aux soins avancés ?

Pour vous aider à gérer les problèmes qui dépassent le plateau technique de l'établissement.

À quel moment les prestataires doivent-ils commencer à penser aux soins avancés ?

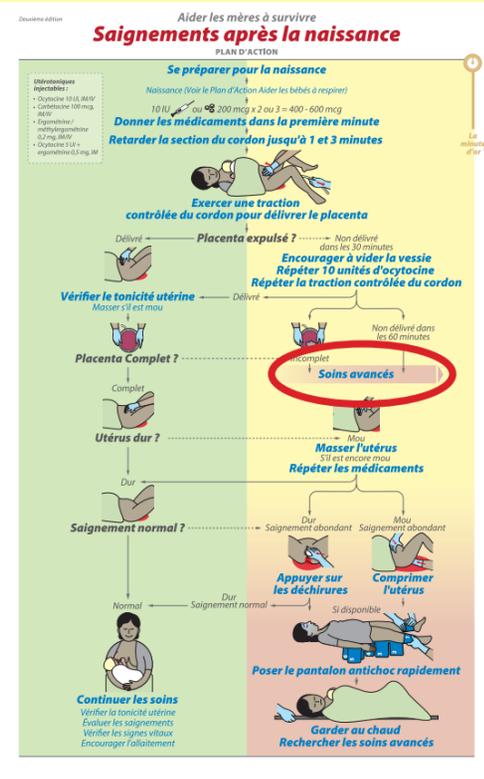
Dès qu'un problème se produit qu'ils ne peuvent pas gérer seuls.

Qui doit accompagner la femme et pourquoi ?

Le bébé, parce que la survie du bébé dépend de sa mère. Un prestataire, si possible, parce qu'il peut surveiller les signes vitaux, aider à délivrer le placenta ou surveiller les saignements pendant le transport.

Que doit-on surveiller pendant le transport de la femme ?

Surveiller les signes vitaux, évaluer la présence de saignements et déterminer si le placenta est délivré. Si le placenta est délivré mais n'est pas complet, vérifier la tonicité utérine.



...Rechercher les soins avancés



Expliquer



Un utérus mou (l'atonie utérine) est la première cause de l'HPP.

Si l'utérus est mou, le masser jusqu'à ce qu'il devienne ferme. 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. Encourager une vessie vide après la naissance ou sonder la vessie si nécessaire.

Si le massage utérin seul n'arrive pas à stimuler les contractions, agir vite !

Administrez une deuxième dose d'ocytocine ou du misoprostol :

- 10 unités d'ocytocine par voie IM ou IV
 - 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale
- Ne donnez PAS** une deuxième dose de carbétocine.

Si le saignement persiste :

- Appelez immédiatement à l'aide, débutez une perfusion IV avec une solution sérum physiologique ou du Ringer lactate, et recherchez les soins avancés.
- 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 intraveineuse 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 pas donner 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.

- Surveillez les signes vitaux pour rechercher les signes du choc (pouls ≥ 110 btts/min, tension artérielle systolique < 90 mmHg).

Contrôle des connaissances

Quelles sont les signes qui indiquent que le massage utérin est efficace ?

L'utérus se contractera et le saignement ralentira.

Pourquoi est-il important de continuellement vérifier la tonicité utérine et le saignement ?

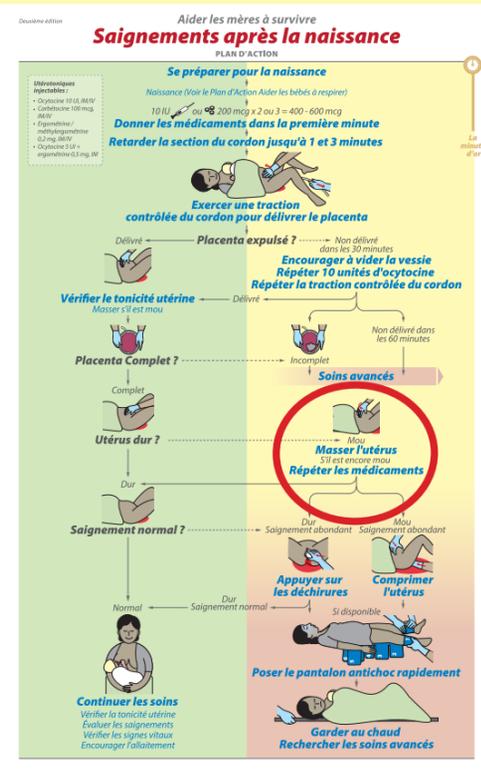
L'utérus de la femme peut devenir mou à tout moment et les saignements abondants peuvent commencer.

Quelles sont les doses correctes des utérotoniques ?

10 unités d'ocytocine par voie IM ou IV OU 800 mcg de misoprostol par voie sublinguale

Discussion

- Demandez, « **Lorsqu'une femme saigne parce que son utérus ne se contracte pas, quels médicaments utilisez-vous dans votre établissement ?** »
- « **Avez-vous des médicaments autres que l'ocytocine et le misoprostol ?** »



Si le placenta est expulsé et l'utérus est mou

Masser l'utérus

S'il est encore mou

Répéter les médicaments



Expliquer



Les lacérations ou les déchirures constituent une autre cause de saignements 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. Solliciter 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.

Pour gérer les déchirures :

- Essayez délicatement le sang des parties génitales de la femme afin de voir si elle a des déchirures.
- Exercez une pression ferme et constante sur

les déchirures avec un linge propre ou stérile pour réduire la perte sanguine.

- Maintenez la pression sur les déchirures jusqu'à ce que le saignement s'arrête ou que la femme reçoit les soins avancés.
- Si vous n'êtes pas en mesure de réparer les déchirures, ne retirez pas le linge imbibé de sang, mais placez un autre linge par-dessus et recherchez des soins avancés.
- Si vous êtes capable de réparer des déchirures, c'est le moment de le faire.

Si l'utérus est contracté et que la femme continue à saigner, mais que vous ne voyez pas de déchirures, recherchez les soins avancés.

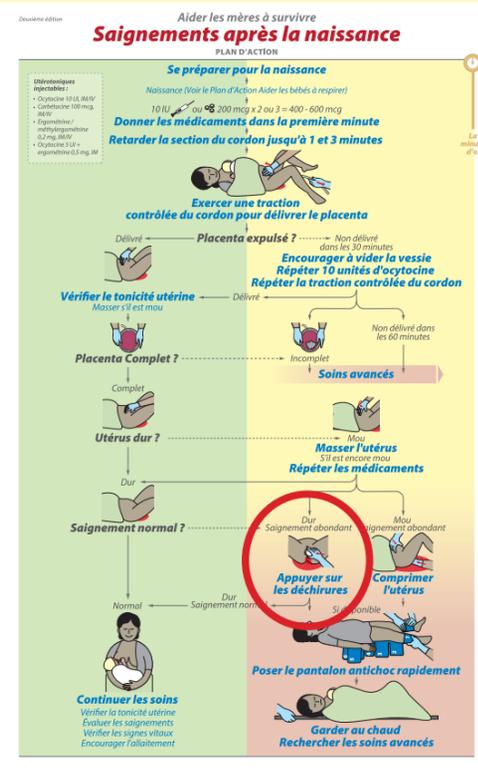
Si une HPP est diagnostiquée, en attendant les soins avancés :

- 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.

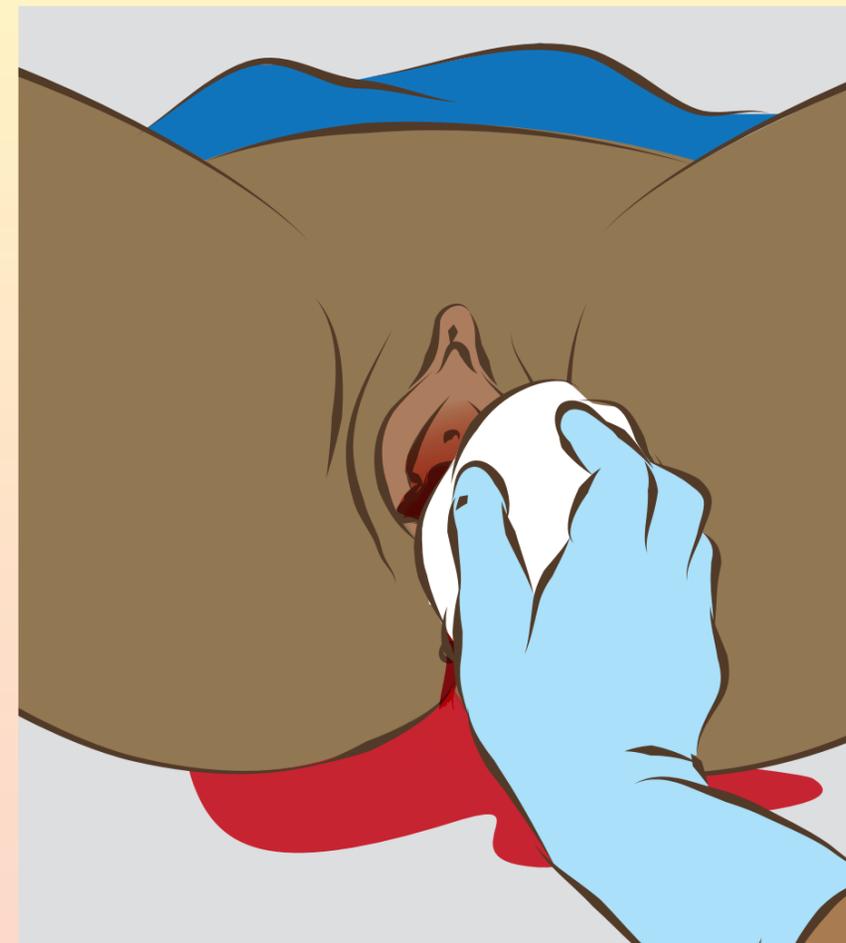
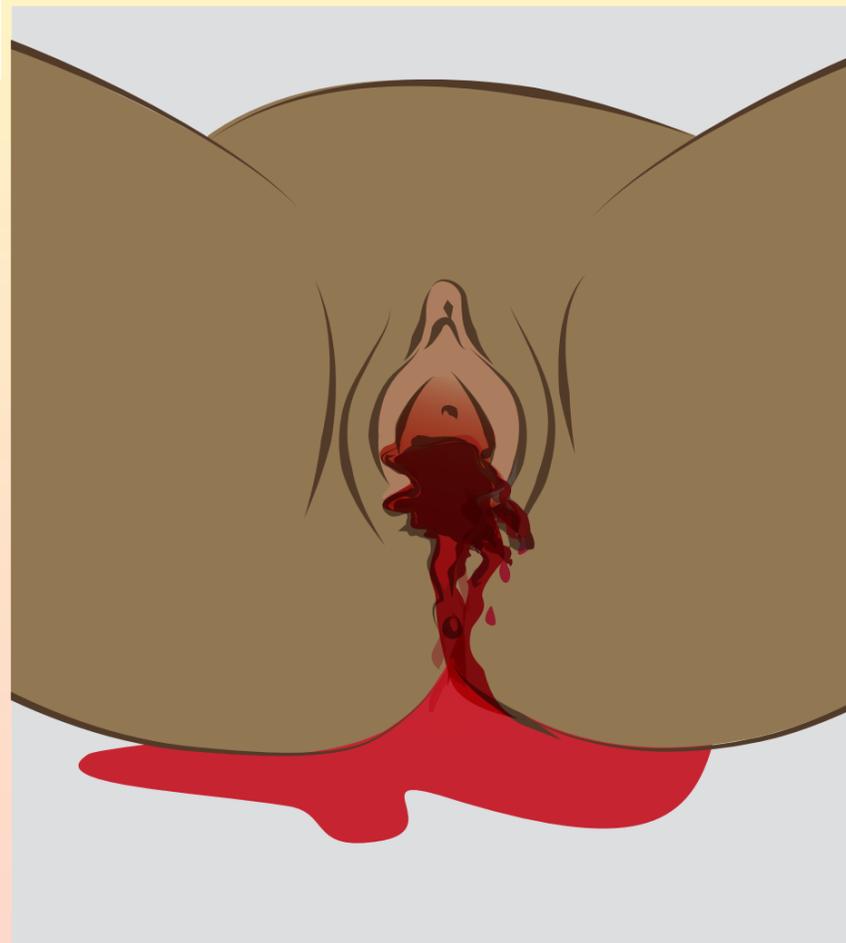
*Note sur les soins avancés *

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. Il peut s'agir de suturer les déchirures.

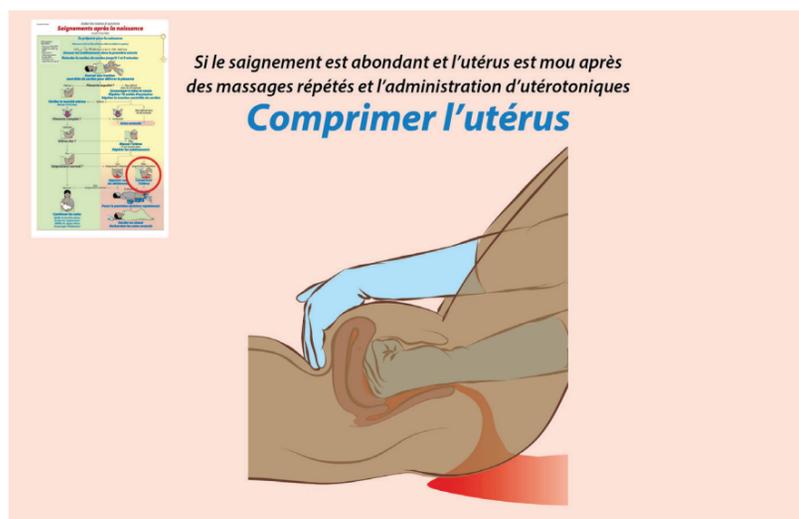
Pour ceux qui participent au Jour 2, la réparation des lacérations cervicales sera couverte.



Si le saignement est abondant,
 mais le placenta est expulsé et l'utérus est dur
**Détecter la présence de
 déchirures et appuyer sur
 les déchirures visibles**



Expliquer



Si l'utérus ne se contracte pas après avoir vidé une vessie pleine, répéter l'utérotonique et le massage utérin, compresser l'utérus entre vos mains - ou une compression utérine bimanuelle - peut aider à arrêter le saignement. Agir rapidement ! Ne pas attendre que la femme soit en état de choc pour comprimer l'utérus.

S'assurer que la femme a une voie IV, a reçu une dose de traitement d'utérotonique et a reçu 1 g de TXA dans 10 mL en 10 minutes (si dans les 3 heures suivant l'accouchement).

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.

Démonstration & pratique

Montrez la vidéo  « [Compression utérine](#) » (2:40 min). Si vous ne pouvez pas afficher la vidéo :

Expliquez et démontrez la compression bimanuelle de l'utérus :

- Appelez à l'aide !
- La compression bimanuelle de l'utérus est douloureuse mais sauve des vies : Il est important de dire à la femme ce que vous allez faire et pourquoi, et que cela sera douloureux.
- Lavez-vous rapidement et soigneusement les mains et enfiler 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 soit maîtrisé et que l'utérus se contracte OU qu'une personne prépare un tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB) et l'insère. Si un TIUB n'est pas disponible, attendez au moins 5 minutes avant de retirer votre main pour voir si le saignement a ralenti.

Les femmes qui nécessitent une compression bimanuelle de l'utérus ont déjà perdu beaucoup de sang et sont plus susceptibles de saigner à nouveau. Elles doivent être surveillées de plus près et pendant 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. Demandez aux participantes de pratiquer la compression bimanuelle. Portez le simulateur lors de l'accouchement du bébé et du placenta. Serrez le ruban du col de l'utérus. Demandez aux apprenants de se tourner vers la page 45 du GP pendant qu'ils s'exercent. Offrez des commentaires de soutien.

Contrôle des connaissances

Pourquoi faut-il transférer une femme qui a subi une compression bimanuelle de l'utérus vers un établissement de soins avancés ?

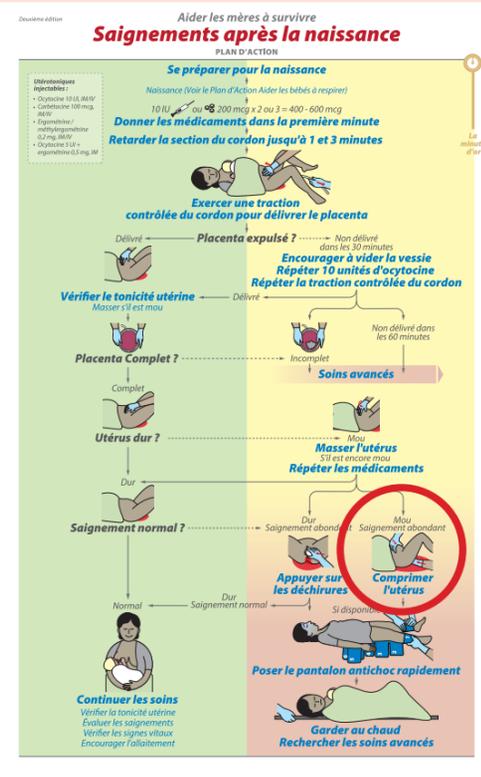
Parce qu'elle a perdu beaucoup de sang, qu'elle peut recommencer à saigner et qu'une transfusion sanguine peut être nécessaire

Quelles mesures faut-il prendre pour arrêter le saignement avant la compression de l'utérus ?

Demander de l'aide, masser l'utérus, et vérifier que la vessie est vide, puis administrer les utérotoniques

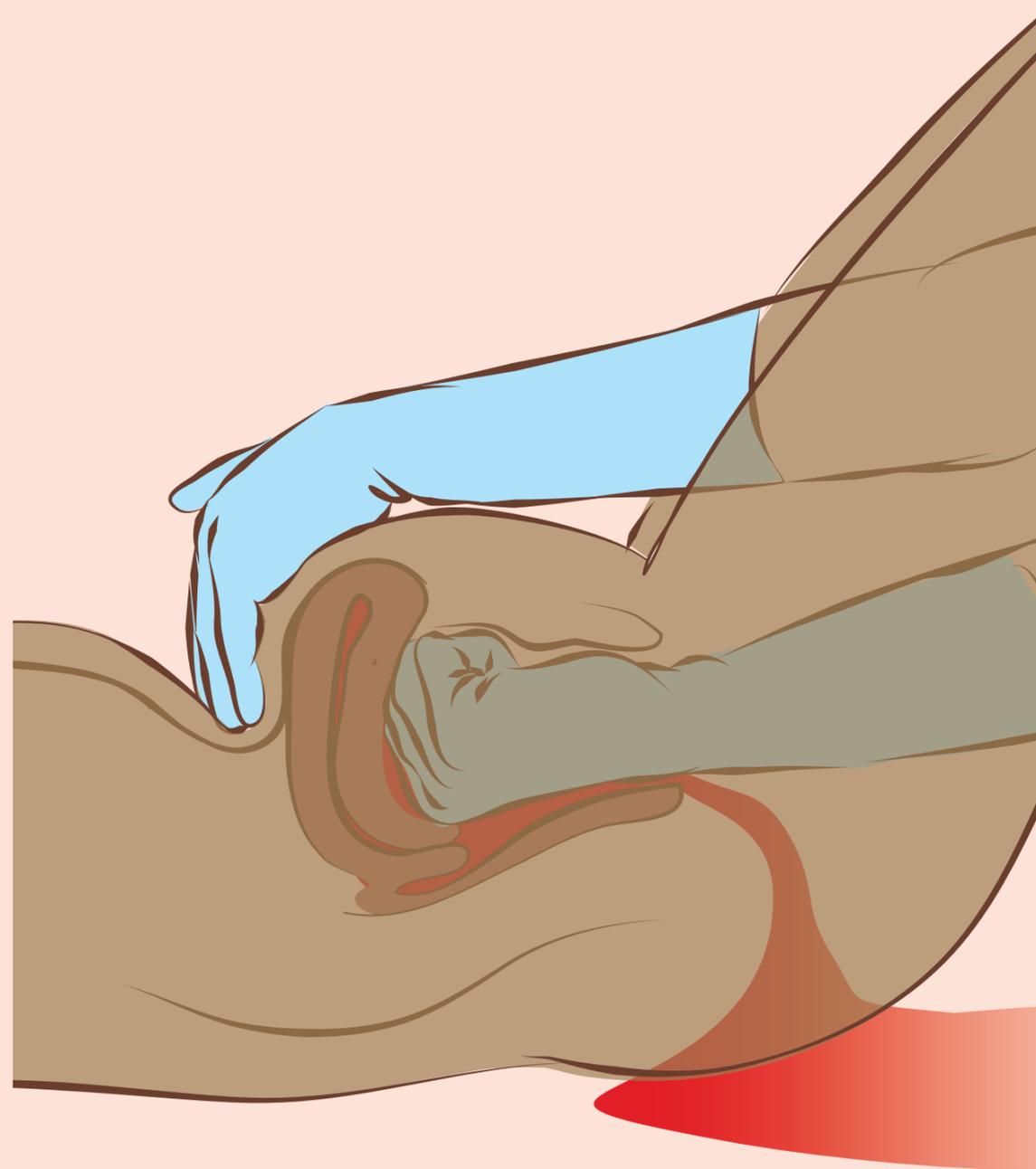
Note sur les soins avancés

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 d'insérer un tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB). Cette compétence sera couverte pour les apprenants participant à la Journée 2.

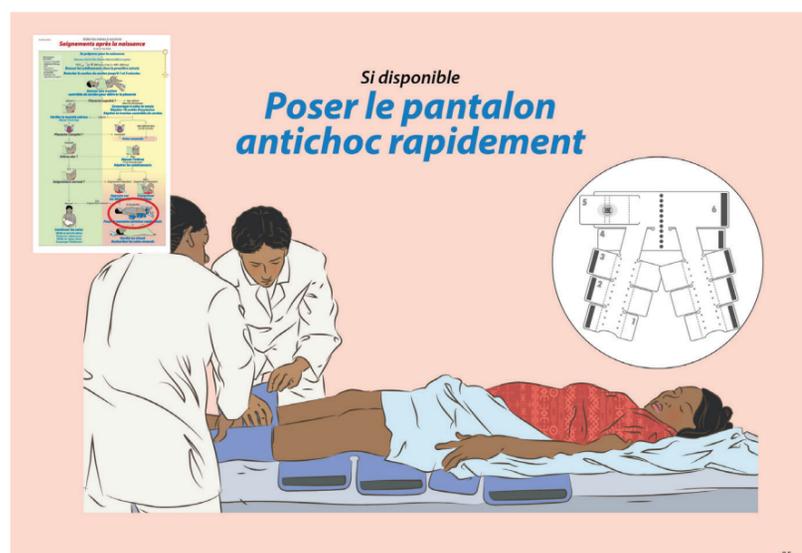


Si le saignement est abondant et l'utérus est mou après des massages répétés et l'administration d'utérotoniques

Comprimer l'utérus



Note de facilitation



Avant la formation, vérifiez si un pantalon antichoc (PAC) non pneumatique est disponible dans l'établissement. Dans l'affirmative, revoyez le protocole pour voir à quel moment il est recommandé d'utiliser le PAC dans la prise en charge de l'HPP. Si le PAC n'est pas disponible, omettez cette page.

Expliquer

Le PAC 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. Lorsqu'une femme porte le PAC, les femmes peuvent recevoir des traitements, être transportées et survivre des retards dans la transfusion du sang et les interventions chirurgicales.

Le PAC ne traite pas l'HPP, mais fait gagner du temps pendant que l'on recherche un traitement définitif.

Le PAC doit être porté pendant toutes les procédures et la chirurgie tant que l'origine du saignement n'a pas été trouvée et corrigée, indépendamment du temps que cela prend. Porter toujours des gants pendant la pose, le retrait et le nettoyage du PAC !

Démonstration

Montrer la vidéo  « [Utilisation d'un vêtement antichoc](#) » (9:15 min). S'il n'est pas possible de montrer des vidéos, invitez un apprenant à porter le PAC et à faire la démonstration selon les étapes ci-dessous.

Pose du pantalon antichoc :

- Expliquez ce que vous faites et pourquoi au fur et à mesure que vous faites la démonstration. Placez la femme sur le PAC ouvert - le haut du PAC 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.

- Surveillez la femme pour la présence d'essoufflement 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.

Retrait du pantalon antichoc : Confirmez le pouls et la TA immédiatement avant de commencer à retirer le PAC. Ne retirez le PAC que lorsque la femme est stable pendant deux heures :

- Le pouls est à 100 bts/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.
- Prenez le pouls et la TA. 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.

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

Se préparer pour la naissance
 Naissance (Voir le Plan d'Action Aider les bébés à respirer)
 10 IU ou 200 mg x 2 ou 3 = 400 - 600 mg
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

Placenta expulsé ?
 Délivré — Non délivré dans les 30 minutes
Encourager à vider la vessie
Répéter 10 unités d'ocytocine
Répéter la traction contrôlée du cordon

Vérifier le tonus utérine
 Délivré — Non délivré dans les 60 minutes
 Masser s'il est mou

Placenta Complet ?
 Complet — Incomplet
Soins avancés

Utérus dur ?
 Mou — Dur
Masser l'utérus
Répéter les médicaments

Saignement normal ?
 Normal — Dur — Saignement abondant — Saignement abondant
Appuyer sur les déchirures **Comprimer l'utérus**

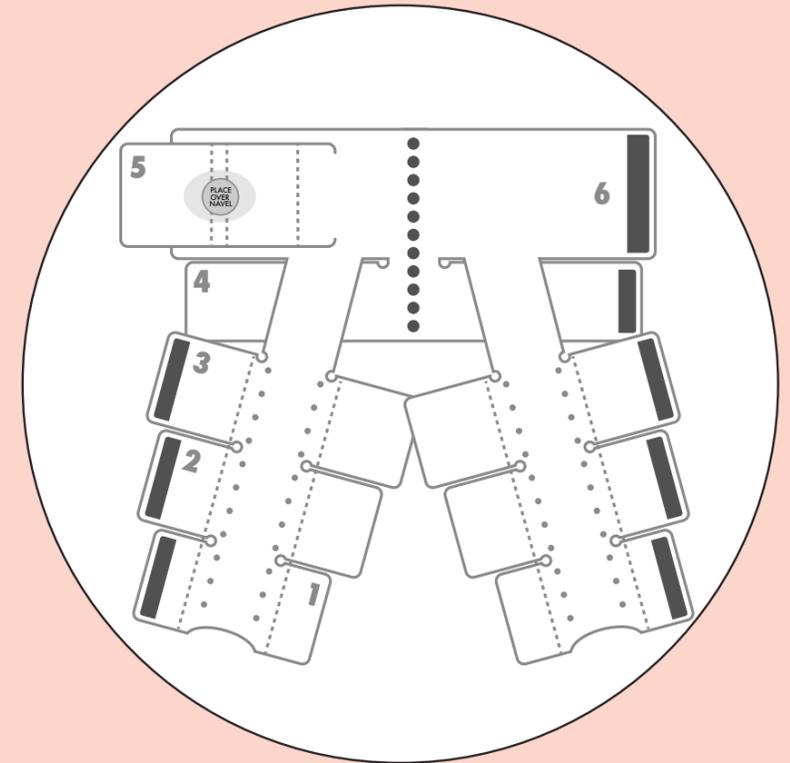
Poser le pantalon antichoc rapidement

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

Garder au chaud
Rechercher les soins avancés

Si disponible

Poser le pantalon antichoc rapidement



ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pantalon antichoc

Note de facilitation

Après la démonstration, si l'établissement utilise le PAC, demandez à tous les apprenants de pratiquer la pose et le retrait à l'aide de la liste de vérification sur cette page. Ensuite, discutez des sujets suivants avec les apprenants :

1. Comment intégrer le PAC dans les protocoles de la prise en charge de l'HPP.
2. Identification d'une personne responsable de la formation du personnel en matière de nettoyage et de stockage du PAC, du transport et du maintien du PAC vers / depuis l'établissement de référence, et de l'orientation des nouveaux prestataires au protocole d'utilisation du PAC.

Liste de vérification

Pour poser le pantalon antichoc :

- Expliquer ce que vous allez faire et pourquoi
- Placer la femme sur le pantalon antichoc ouvert
- Fermer chaque paire de segments en commençant par les chevilles puis en terminant par le sixième segment.
- Vérifier qu'un son (« snap ») indiquant sa fermeture est entendu pour chaque segment.
- S'assurer que la femme peut respirer normalement avec le segment 6 en place.
- Surveiller la femme pour la présence d'essoufflement ou d'une baisse du débit urinaire.

Pour retirer le pantalon antichoc :

- Ne retirer le PAC que lorsque la femme est stable pendant deux heures (saignement normal; pouls inférieur à 100 battements par minute; tension artérielle systolique à 100 mmHg ou plus).
- Prendre le pouls et la TA. Confirmer que les deux sont stables. Commencer en ouvrant les segments autour des chevilles.
- Attendre 15 minutes, puis reprendre la TA et le pouls.
- Si la TA baisse de 20 mmHG ou plus ou le pouls augmente de 20 btts/min ou plus après avoir enlevé n'importe lesquels des segments, remplacer rapidement le PAC. Rechercher l'origine du saignement.
- S'il n'y a aucune modification du pouls et de la TA, continuer à ouvrir la prochaine paire de segments, attendre 15 minutes, puis révéifier les signes vitaux avant d'ouvrir le prochain segment.

Conseils d'utilisation du pantalon antichoc non pneumatique

- Tous les segments doivent être appliqués en utilisant le plus de force possible. Mais ne pas trop serrer les segments abdominaux afin que la femme puisse respirer.
- Deux personnes peuvent appliquer plus rapidement le PAC, mais une seule personne devra appliquer les segments 4, 5 et 6 afin d'éviter qu'il ne soit trop serré.
- Pendant l'application, laisser le genou libre de sorte que la jambe peut se plier.
- Si une femme est petite et que le pantalon antichoc dépasse ses pieds, plier le segment « 1 » dans le segment « 2 », puis procéder comme ci-dessus en commençant par le segment « 2 ».
- Si la femme n'est pas consciente, tourner la femme sur le côté et placer le PAC plié de manière à ce que le haut du PAC soit au niveau de sa côte la plus basse et que la ligne pointillée se trouve le long de sa colonne vertébrale. Rouler la femme sur le dos, puis sur l'autre côté pour pouvoir tirer le vêtement à plat. Rouler la femme sur son dos et procéder à la pose du PAC.
- Parce que le PAC est étirable, il est possible de mettre la main en dessous du segment pour vérifier la tonicité utérine et le masser au besoin.
- Le PAC peut être laissé en place pendant toute procédure vaginale. Si une femme est petite, le segment 4 peut être retiré jusqu'à ce que la procédure soit terminée.
- Le PAC peut être laissé en place pendant l'intervention chirurgicale, mais les segments 4, 5, & 6 ne doivent être retirés que juste avant l'incision de la peau. Ces segments doivent être remplacés immédiatement après la chirurgie.
- Pour utiliser un bassin de lit, pousser le segment 4 vers le haut et le mettre à l'écart. Quand elle a terminé, glisser le segment 4 en place.

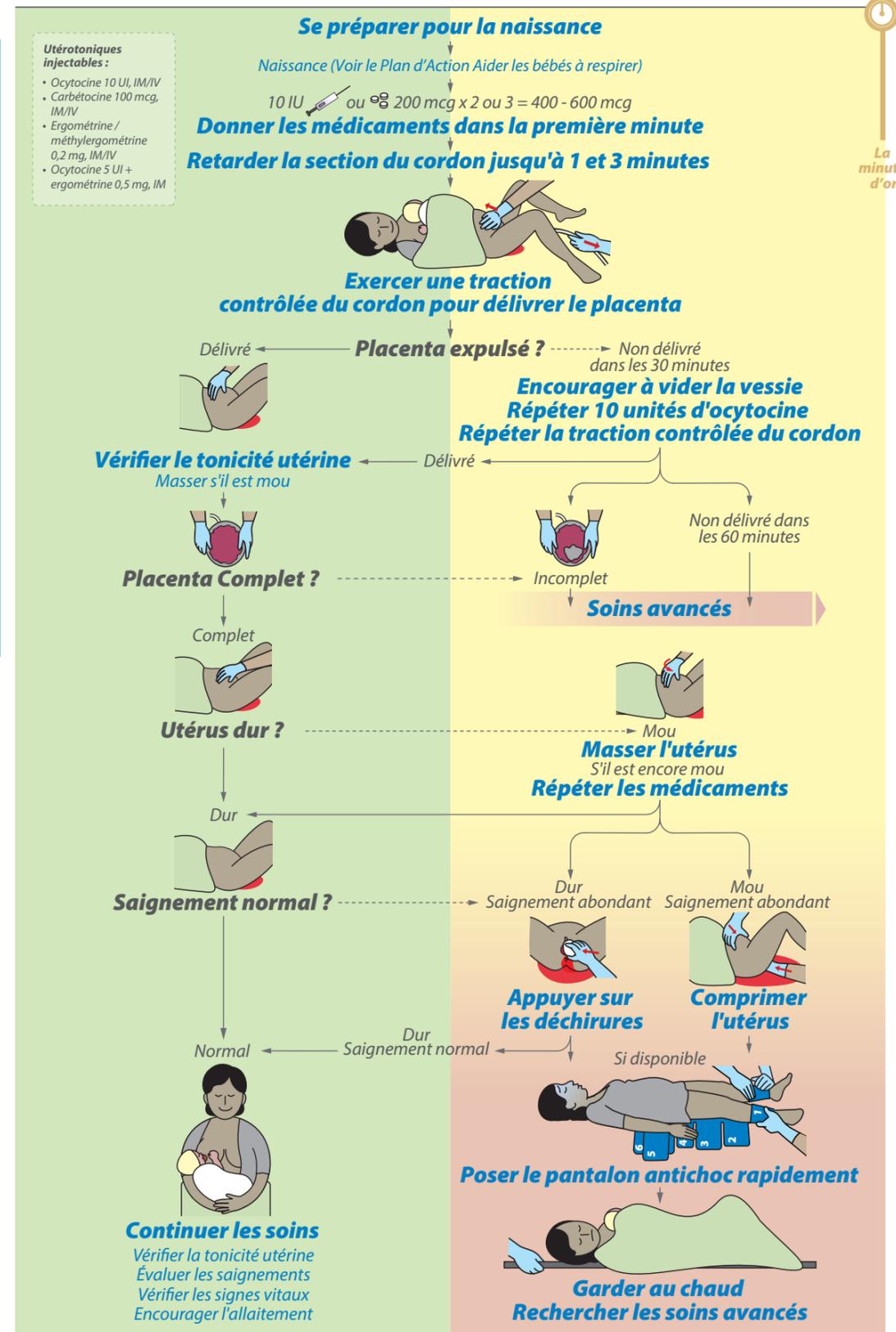
ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Pantalon antichoc

Deuxième édition

Aider les mères à survivre Saignements après la naissance

PLAN D'ACTION



Expliquer



Agir rapidement ! Si la femme continue de saigner, elle peut subir un choc et décéder. Si la femme 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 s'est avérée nécessaire pour arrêter le saignement, des soins avancés sont nécessaires même si le saignement a ralenti ou a cessé !

S'assurer que la femme a une voie IV, a reçu une dose de traitement d'utérotonique et a reçu 1 g de TXA dans 10 mL en 10 minutes (si dans les 3 heures suivant l'accouchement).

La femme et son bébé doivent toujours être ensemble et gardés au chaud pendant le transport.

Un retard dans l'obtention de soins est l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les femmes meurent d'une HPP.

Prendre contact avec l'hôpital de référence à l'avance pour réduire l'attente lorsque la femme y arrive.

Pendant le transport, surveiller tout changement des signes vitaux et du saignement. Continuer à masser l'utérus selon les besoins.

***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 le faire avant ou pendant le transport. Cela peut comprendre :

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

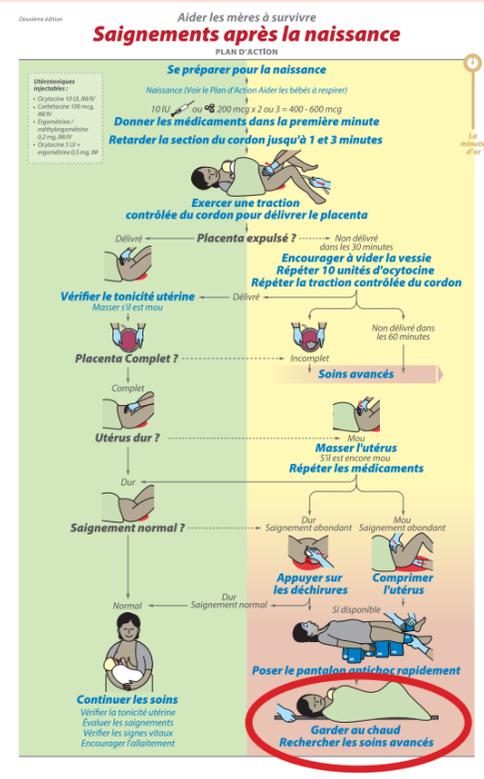
Contrôle des connaissances

Que doit comprendre un plan de transport ?

Contacter l'hôpital de référence à l'avance si possible. Faire accompagner la femme par un prestataire, si possible. La femme et son bébé doivent toujours être ensemble.

Avant le transport, quelles mesures doivent avoir été prises pour arrêter le saignement ?

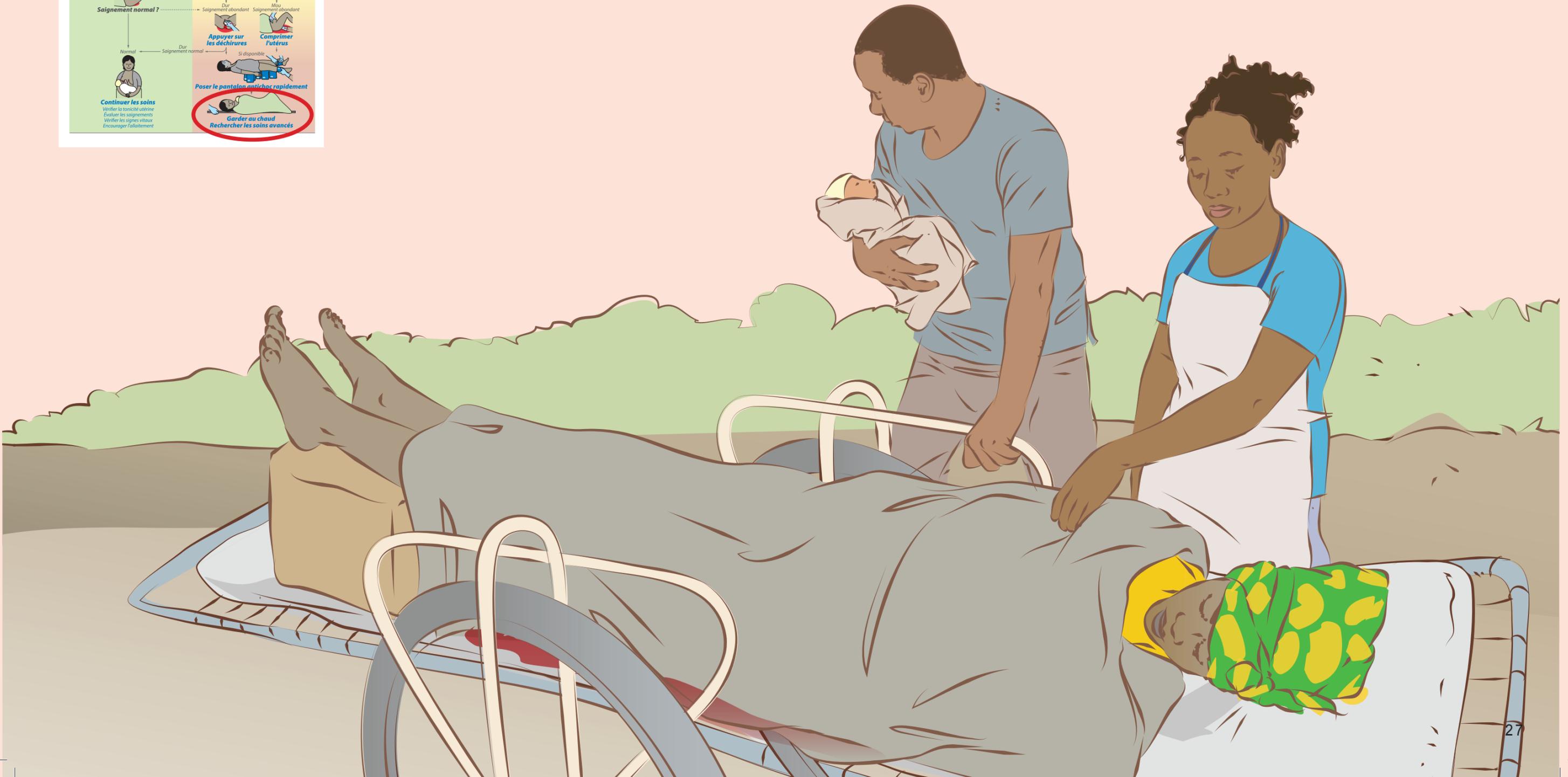
Répéter les utérotoniques et le massage utérin, et faire une compression bimanuelle de l'utérus.



Si un transport d'urgence est nécessaire

Garder au chaud

Rechercher les soins avancés



ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Compression bimanuelle Intégration de l'HP P Jeu de rôle

Note de facilitation

Préparez toutes ces fournitures à l'avance pour la démonstration, la pratique et la simulation :

- Plan d'action
- Simulateur
- Savon ou solution hydro-alcoolique pour les mains, gants, gants longs, tablier, lunettes de protection pour le prestataire
- Matériel pour la perfusion IV
- Gants chirurgicaux stériles (ou faire de gants longs avec des gants d'examen stériles)
- **Sonde urinaire et collecteur d'urines stérile**

Jeu de rôle intégré

Expliquez aux apprenants qu'ils /elles procéderont à une simulation. Les participants doivent agir comme s'ils/elles prodiguaient des soins à une femme réelle. Les observateurs doivent être prêts à fournir une rétroaction après la simulation.

En tant que facilitateur, vous serez Mme S. Portez le simulateur avec le bébé né et le placenta attaché. Gardez le réservoir de sang fermé. Désignez 2 participants qui joueront le rôle de prestataires ; les autres apprenants devront observer et faire part de leurs commentaires après le jeu de rôle. Accordez environ 15 minutes pour cette activité.

Lisez le scénario suivant au groupe : « *Je suis Madame S et je viens d'accoucher mon deuxième enfant dans votre établissement sans problèmes. J'ai reçu 10 UI d'ocytocine 1 minute après la naissance du dernier bébé. Malgré la traction contrôlée du cordon, le placenta n'a pas été délivré. Cela fait 30 minutes que mon bébé est né. Qu'allez-vous faire ?* » (Les prestataires doivent vous encourager à vider votre vessie et répéter une deuxième dose de 10 UI d'ocytocine.)

Après la dose répétée d'ocytocine, dites aux prestataires que vous ressentez une contraction. Laissez le placenta se séparer et s'expulser.

(Le prestataire doit effectuer la traction contrôlée du cordon et délivrer le placenta. Il/elle doit également vérifier la tonicité utérine.)

Ouvrez le réservoir de sang pour commencer un débit moyen du sang. Maintenez l'utérus mou.

(Le prestataire doit masser l'utérus et continuer à évaluer le saignement.) Ils devraient reconnaître cela comme une PPH et donner du TXA.

Ralentissez et arrêtez le saignement suite au massage utérin.

Compte-rendu :

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

- « Qu'est-ce qui s'est bien passé ? »
- « Y a-t-il quelque chose que vous feriez différemment la prochaine fois ? »
- Assurer une rétroaction constructive si nécessaire.

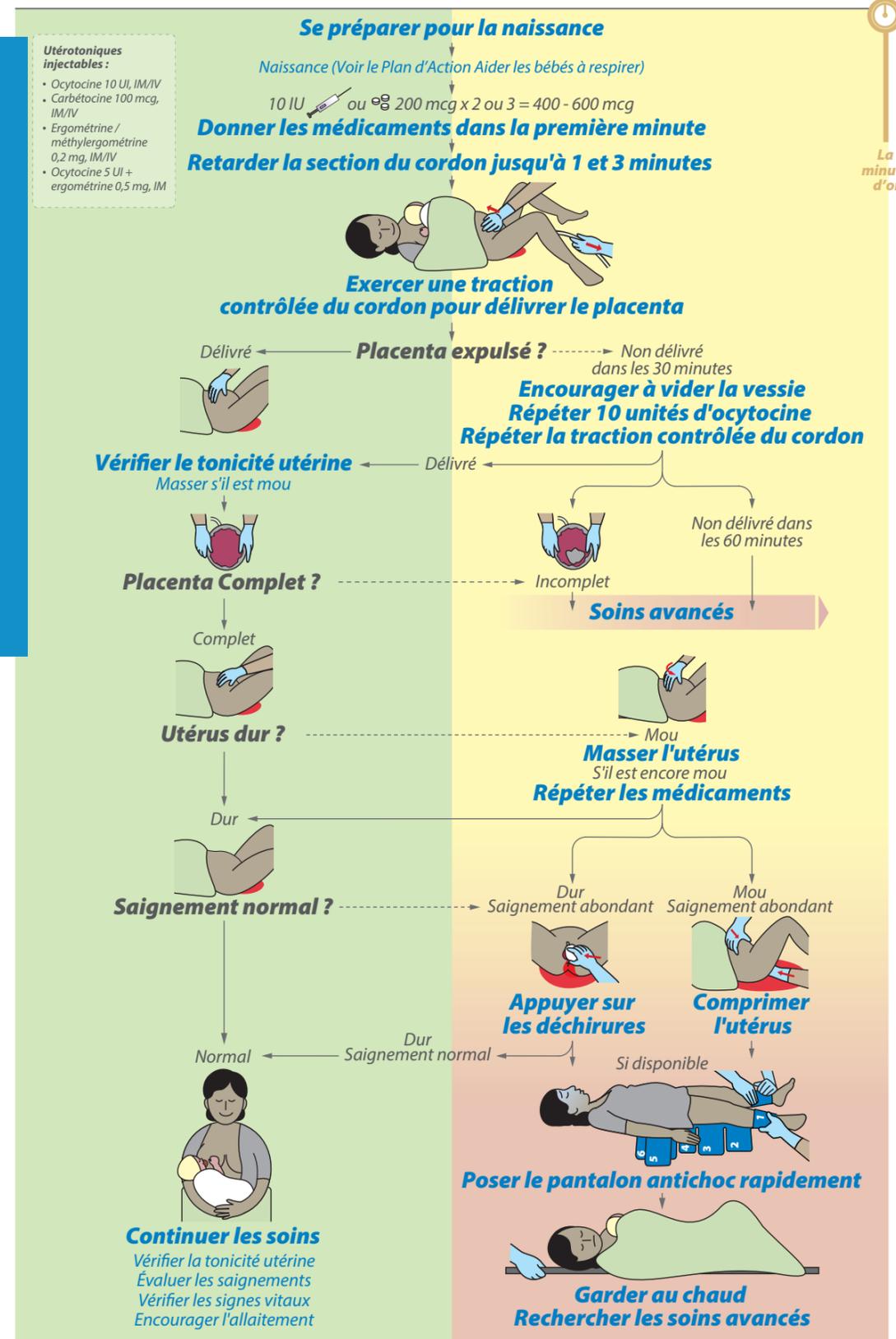
ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Compression bimanuelle
Intégration de l'HPP Jeu
de rôle

Deuxième édition

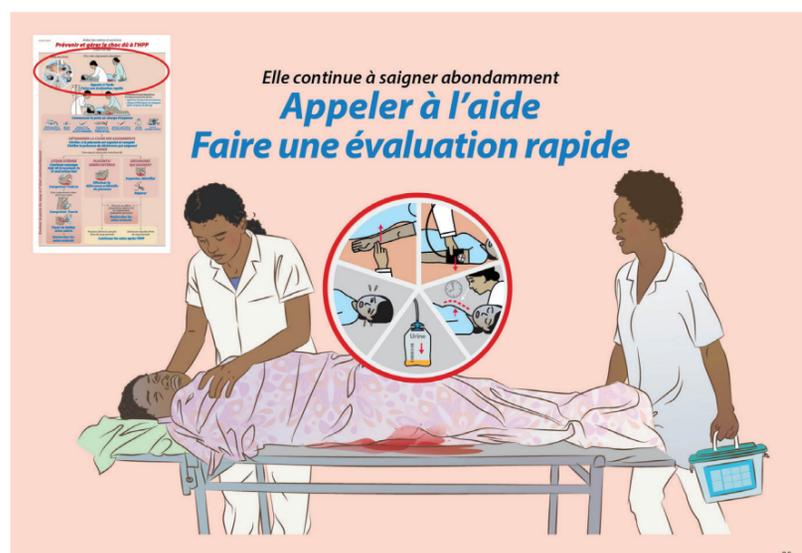
Aider les mères à survivre Saignements après la naissance

PLAN D'ACTION



La minute d'or

Expliquer



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. Si le choc est redouté, agir rapidement ! Appeler à l'aide et faire une évaluation rapide !

REMARQUE : Un prestataire peut avoir besoin de prendre soin d'une femme qui saigne abondamment :

- Immédiatement après une naissance à laquelle le prestataire avait assisté
- Quelque temps après la naissance
- Si une femme se présente après avoir accouché à la maison ou dans un autre établissement

Quel que soit l'état dans lequel elle est arrivée dans votre établissement, faire une évaluation rapide et commencer le traitement si l'un de ces éléments est présent :

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

Dites : « *Prenons un « pouls rapide ». Tout le monde peut-il regarder la trotteuse de votre montre ou de votre horloge ? Comptez les battements de votre cœur au niveau de votre cou ou de votre poignet pendant 10 secondes. Prenez ce nombre et multipliez par 10 pour avoir le nombre de btts/minute. »*

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

- Respiration rapide (30 respirations par minute ou plus)
- Pâleur (en particulier des conjonctives, de la paume des mains et du contour de la bouche)
- Sueurs ou peau moite, extrémités froides
- Changement de l'état mental : anxiété, confusion ou perte de connaissance.
- Débit urinaire très faible (inférieur à 30 mL/h).
Communiquez avec la femme. Dites-lui ce que vous allez faire et pourquoi.

Évaluer en permanence la présence du choc : vérifier et enregistrer 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.

Note de facilitation

Ouvrez le Manuel avec les tableaux à feuilles mobiles sur cette page au début de la Journée 2. Toutes les fournitures nécessaires pour le jeu de rôle doivent être disponibles avant la formation (référez-vous à liste sur la page suivante, 30b).

Dès que le contenu de cette page est passé en revue, le(s) co-facilitateur(s) ou les apprenants informés doivent interrompre la session avec ce scénario :

Dites : « *Une femme et son compagnon entrent dans la pièce pour demander de l'aide. La femme est désorientée et étourdie. Quand elle atteint le devant de la pièce, elle s'évanouit. Son compagnon explique qu'elle a accouché il y a plusieurs heures à la maison et qu'elle saigne abondamment. »*

Traitez cela comme s'il s'agissait d'une véritable urgence et demandez aux apprenants d'aider d'urgence. Autorisez les volontaires à tenter de réanimer la femme. Encouragez les apprenants à utiliser ce qu'ils/elles ont appris pendant la Journée 1. En fonction de la prise en charge, vous pouvez déterminer si la femme survivra au choc ou décédera.

Discussion

Après la simulation, demandez aux apprenants s'ils ont déjà eu ce type d'expérience.

Dites : « *Aujourd'hui, nous allons nous concentrer sur les compétences de gestion avancée de l'HPP. »*

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

SI Y A DES SAIGNEMENTS ABONDANTS
 Appeler à l'aide
 Faire une évaluation rapide

Commencer la prise en charge d'urgence

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 Comprimer l'aorte Poser un ballon intra-utérin Rechercher les soins avancés	PLACENTA/ DEBRIS RETENUS Effectuer la délivrance artificielle du placenta Rechercher les soins avancés	DÉCHIRURES QUI SAIGNENT Inspecter, identifier Réparer Rechercher les soins avancés
--	---	--

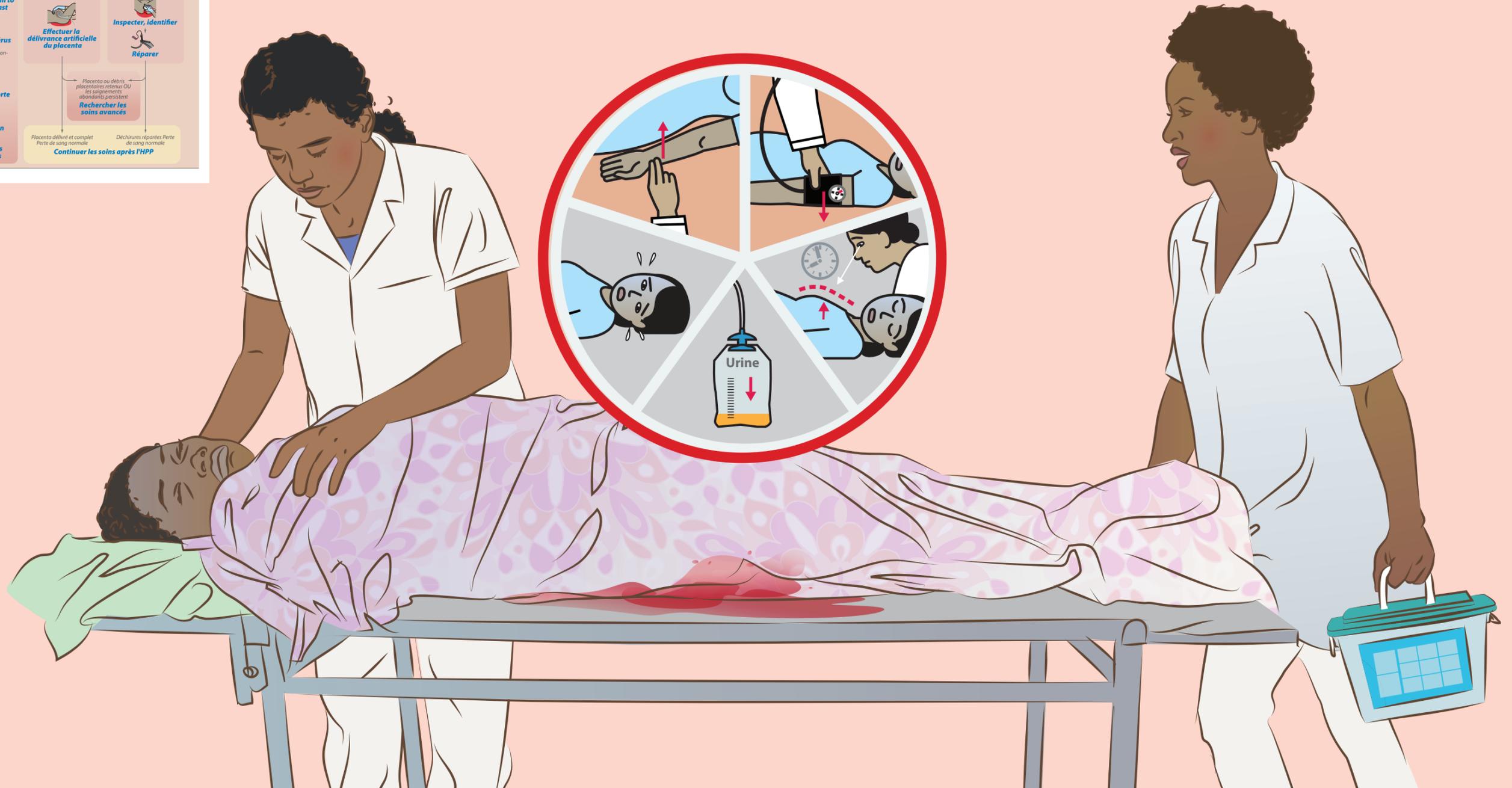
Continuer les soins après l'HPP

Évaluer la perte de sang et l'état continuellement

Elle continue à saigner abondamment

Appeler à l'aide

Faire une évaluation rapide



Expliquer



- Le choc est une urgence qui met la vie en péril. Agir rapidement ! Un travail d'équipe coordonné est essentiel pour prévenir et / ou gérer le choc et sauver des vies.
- **Si l'état de la femme évoque un choc, agir rapidement en équipe. Les membres de l'équipe peuvent effectuer plusieurs tâches à la fois selon les directives du chef d'équipe.**

Démarrer la gestion des urgences :

1. 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.
2. Vérifiez la tonicité utérine. Massez l'utérus s'il est mou. Vérifiez la tension artérielle, le pouls et la respiration.

3. Administrez 10 UI d'ocytocine par voie IM (ou IV si une voie IV est en place).
4. Si la perfusion est possible, commencez la perfusion IV 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.
5. 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 de TXA si l'accouchement a eu lieu il y a plus de 3 heures !
6. Perfusez rapidement les fluides IV (sérum physiologique ou Ringer lactate).
7. Videz la vessie pour aider l'utérus à se contracter. Sondez la vessie au besoin.
8. Posez rapidement le PAC s'il est disponible (le PAC peut être posé plus tôt, en fonction des options de soins et de la prise en charge précédente dans votre établissement).

Déterminer l'origine des saignements

- Revérifiez la tonicité utérine
- Vérifiez si le placenta est expulsé et complet
- Vérifiez la présence de déchirures qui saignent.

Gérer les saignements selon la cause

Si une transfusion du sang est nécessaire, réaliser une transfusion sanguine immédiatement.

- Si la femme a une anémie sévère (l'hémoglobine inférieure à 7 g/dL / 4,3 mmol/L ou l'hématocrite inférieur à 20%), organisez une transfusion sanguine. La transfusion doit être commencée dès que le besoin du sang est identifié et que des ressources sont disponibles.

Démonstration & pratique

Jouez le rôle de chef d'équipe et démontrez la gestion de l'urgence sur un volontaire en utilisant les 8 étapes décrites ci-dessus. Dites chaque action à haute voix, étape par étape, pendant que vous les effectuez. Puis, demandez à trois volontaires de répéter la simulation.

Ces fournitures doivent être prêtes à des fins de démonstration et de pratique :

- Équipement de protection individuelle
- Tensiomètre / Stéthoscope
- Pantalon antichoc
- Matériel de perfusion IV
- Bouteille d'oxygène, masque et tubulure
- Seringues et flacons
- Écarteur vaginal de Sims
- Une pince porte-tampon
- Gants chirurgicaux stériles
- Sonde urinaire et collecteur d'urines stérile
- Couverture

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

Faire une évaluation rapide

Commencer la prise en charge d'urgence

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

GÉRER

ATONIE UTÉRINE
 Continue massage
 Add 20 IU oxytocin to IV and infuse fast
 Comprimer l'utérus
 Comprimer l'aorte
 Poser un ballon intra-utérin
 Rechercher les soins avancés

PLACENTA/ DEBRIS RETENUS
 Effectuer la délivrance artificielle du placenta
 Rechercher les soins avancés

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT
 Inspecter, identifier
 Réparer
 Rechercher les soins avancés

Continuer les soins après l'HPP

Évaluer la perte de sang et l'état continuellement

Commencer la prise en charge d'urgence



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Expliquer



Un utérus qui ne se contracte pas est la cause principale de saignement important. Vérifier la tonicité utérine rapidement pour voir si c'est la cause afin de pouvoir commencer le traitement.

Masser l'utérus et donner les médicaments pour stimuler les contractions utérines pour maîtriser le saignement.
Donner rapidement de l'acide tranexamique (TXA) **dans tous les cas d'HPP, si l'HPP survient dans les 3 heures suivant la naissance.**

Agir rapidement !

En cas d'atonie utérine, administrer les médicaments suivants indépendamment de la GATPA :

- Confirmez que la femme a reçu une dose supplémentaire en urgence d'ocytocine 10 unités en IM ou par injection IV lente (en 1 à 2 minutes).

- Perfusez 20 UI d'ocytocine dans 1 L de sérum physiologique ou de Ringer lactate et l'infuser aussi vite que possible.
- Administrez 1 g de TXA dans 10 mL de diluant par voie intraveineuse en 10 minutes. Démarrez le TXA dans les 3 heures suivant la naissance. **Ne donnez pas le TXA si la naissance a eu lieu il y a plus de 3 heures!**
- Perfusez le deuxième flacon de la solution d'ocytocine 20 UI dans 1 L de solution IV à raison de 40 gouttes/minute. N'administrez pas plus de 3 L de liquide IV avec l'ocytocine.
- 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.

REMARQUE :

- Si l'administration de l'ocytocine par voie IV n'est pas disponible immédiatement, ou ne parvient pas à faire cesser les saignements, administrez :
 - 0,2 mg d'ergométrine par voie IM ou IV lentement. **Ne pas l'administrer 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
- Continuer à vérifier la tonicité utérine et le saignement. Masser l'utérus si nécessaire.

Si la femme saigne encore abondamment, effectuez une compression bimanuelle.

La compression bimanuelle peut être effectuée par un prestataire tandis qu'un autre fournit d'autres interventions pour la gestion de l'HPP et prépare le transfert. Si les soins ne parviennent pas à arrêter le saignement, une intervention chirurgicale peut être nécessaire.

Discussion

Demandez :

« Pouvez-vous toujours commencer les perfusions intraveineuses dans l'établissement ? Sinon, que ferez-vous pour gérer l'atonie utérine ? »

- Encouragez ce qui suit : Après avoir administré 10 UI d'ocytocine en IM pour traiter l'HPP, si le saignement ne répond pas, vous pouvez utiliser 0,2 mg d'ergométrine IM ou 800 mcg de misoprostol sous la langue. Si vous n'en avez pas, répétez 10 UI d'ocytocine IM 20 minutes après la dose initiale de traitement IM. Si les saignements abondants persistent, n'attendez pas ! Effectuez une compression bimanuelle, utilisez le PAC si disponible et organisez le transport.
- Demandez :
« Votre établissement stocke-t-il du TXA ? »
Si oui, qui est autorisé à l'utiliser ? Quelqu'un peut-il partager des expériences avec le TXA ?

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

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

PLACENTA/ DEBRIS RETENUS
Effectuer la délivrance artificielle du placenta

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT
Inspecter, identifier
Réparer

Comprimer l'aorte
Poser un ballon intra-utérin
Rechercher les soins avancés

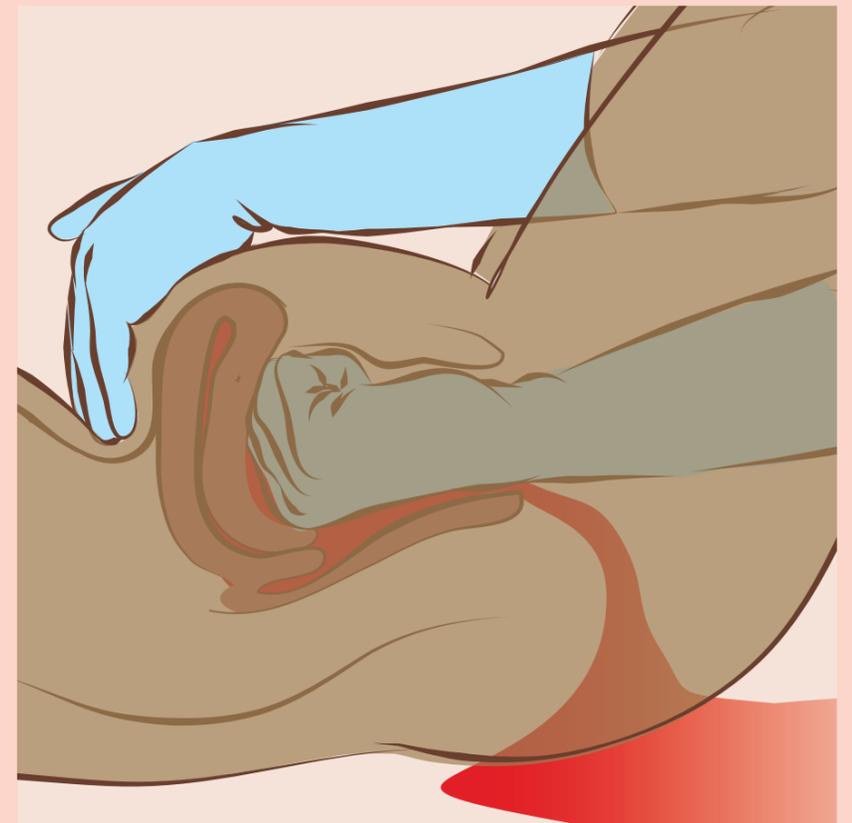
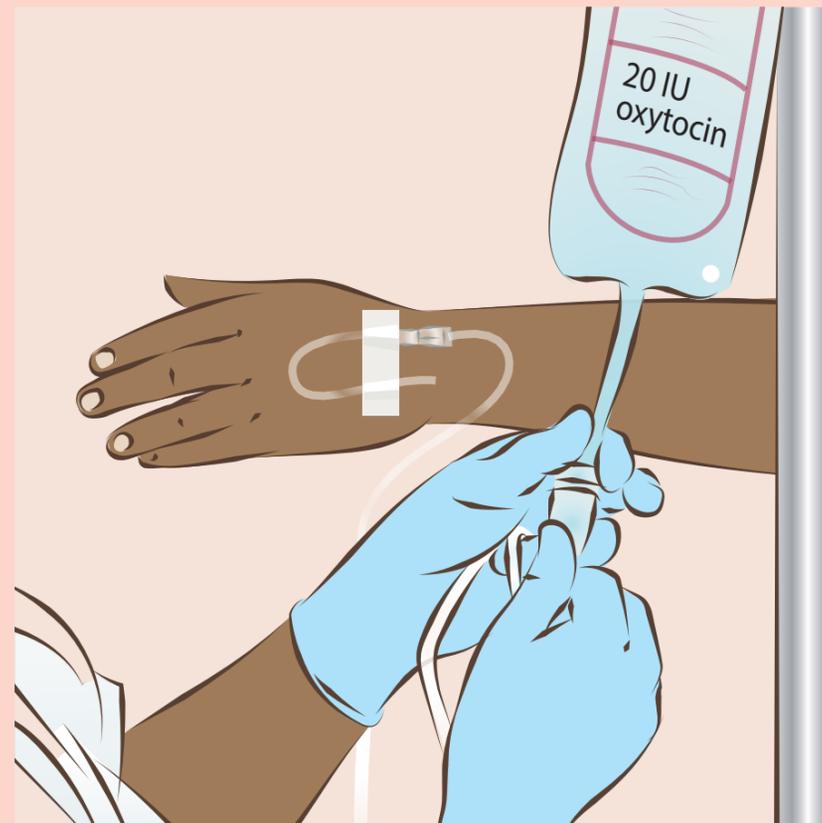
Placenta ou débris placentaires retenus OU les saignements abondants persistent
Rechercher les soins avancés

Placenta délivré et complet
Perte de sang normale
Continuer les soins après l'HPP

Déchirures réparées
Perte de sang normale

Évaluer la perte de sang et l'état hémodynamiquement

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



Note de facilitation



Avant d'enseigner le tamponnement intra-utérin par ballonnet (TIUB), s'assurer que son utilisation est conforme aux directives et aux normes nationales. L'OMS indique que le TIUB ne devrait être utilisé que dans des contextes offrant un accès immédiat à la chirurgie et au sang et où le traitement de première intention comprend des utérotoniques, du TXA et des fluides IV. Si ces conditions ne sont pas remplies, le TIUB ne doit pas être utilisé.

Expliquer

Si les saignements abondants et l'atonie persistent malgré le massage, les utérotoniques, le TXA et la compression bimanuelle, insérer un TIUB. Lorsque le transfert est nécessaire, le TIUB peut être placé avant le transfert. Les fournitures pour le TIUB doivent être conservées dans une trousse d'urgence pour la gestion de l'HPP.

Avant l'insertion du TIUB, assurez-vous qu'il n'y a pas de morceaux de placenta retenus ou de lacérations saignantes.

Si le TIUB ne parvient pas à arrêter les saignements au bout de 15 minutes, abandonnez la procédure et procédez à une intervention chirurgicale d'urgence !

Enregistrer l'heure de l'insertion et la quantité de fluides utilisée pour gonfler le préservatif. Laisser le TIUB dans l'utérus pendant 12-24 heures une fois que les saignements sont contrôlés et que l'état de la femme est stable.

- Une fois que l'état de la femme est stable depuis au moins 12 heures, dégonfler le préservatif en laissant échapper 200 mL toutes les heures. Regonfler le préservatif si le saignement recommence.
- Après avoir retiré le TIUB, surveiller la femme étroitement pendant les 6 heures qui suivent le retrait. Vérifier la TA, le pouls, le débit urinaire, la pâleur, les saignements, et la tonicité utérine : toutes les 15 minutes pendant les deux premières heures, toutes les 30 minutes pendant les 2 prochaines heures, toutes les heures pendant les 2 prochaines heures.

Démonstration et pratique

Reportez-vous à la page 57 du Guide du prestataire pour les fournitures nécessaires à la pratique du TIUB.

Utilisez un modèle d'utérus post-partum OU une bouteille d'eau vide de 500 mL. Si possible, montrez les vidéos [« Compression aortique »](#) (2:50 min) et [« TIUB »](#) (6 min).

S'il n'y a pas de vidéos, démontrez l'assemblage et l'insertion :

- Placez la sonde de Foley au milieu du préservatif. À l'aide d'une suture, nouez l'extrémité inférieure du préservatif sur 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 ; 2g d'ampicilline en IV OU 1g de céfazoline en IV.
- Assurez-vous que la vessie est vide.
- Portez l'équipement de protection individuelle, lavez-vous les mains, et enfiler des gants stériles longs.
- 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 en connectant l'ouverture de la sonde urinaire à la poche de perfusion. Gonflez le préservatif avec 300-500 mL d'une solution IV jusqu'à ce que les saignements sont contrôlés.
- Pliez et nouez la sonde lorsque le volume souhaité est atteint.

Demandez aux apprenants de pratiquer par paires la préparation et l'insertion du TIUB. Circulez entre les pairs et assurez un coaching au besoin.

Compression aortique

Si vous utilisez une compression utérine bimanuelle pour arrêter le saignement pendant la préparation d'un tamponnement intra-utérin par ballonnet, vous devrez passer à une compression aortique immédiatement avant l'insertion du ballonnet afin de réduire la perte de sang.

Pour effectuer une compression aortique :

- S'assurer que la femme est sur une surface dure. Un matelas mou est susceptible de ne pas être suffisamment ferme.
- Informer la femme des étapes suivantes.
- Exercer une pression vers le bas avec le poing fermé sur l'aorte abdominale, directement à travers la paroi abdominale. Comprimer juste au-dessus de l'ombilic et légèrement sur la gauche.
- Avec l'autre main, rechercher le pouls fémoral pour vérifier si la compression est suffisante. Si le pouls fémoral n'est pas palpable, la pression est suffisante.
- Si le saignement persiste, continuer la compression tout en cherchant les soins avancés.

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

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

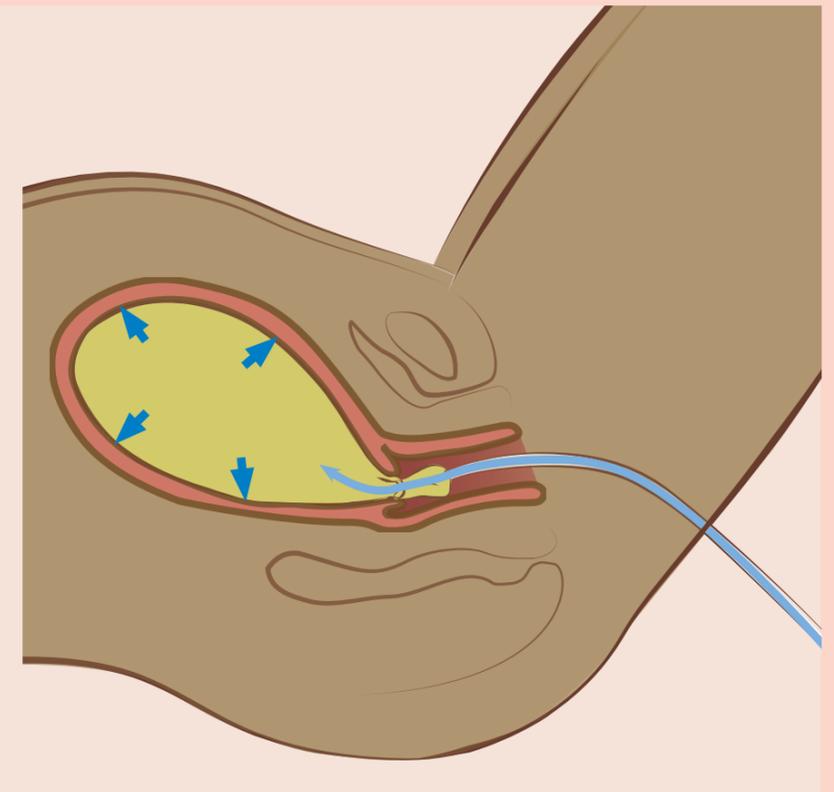
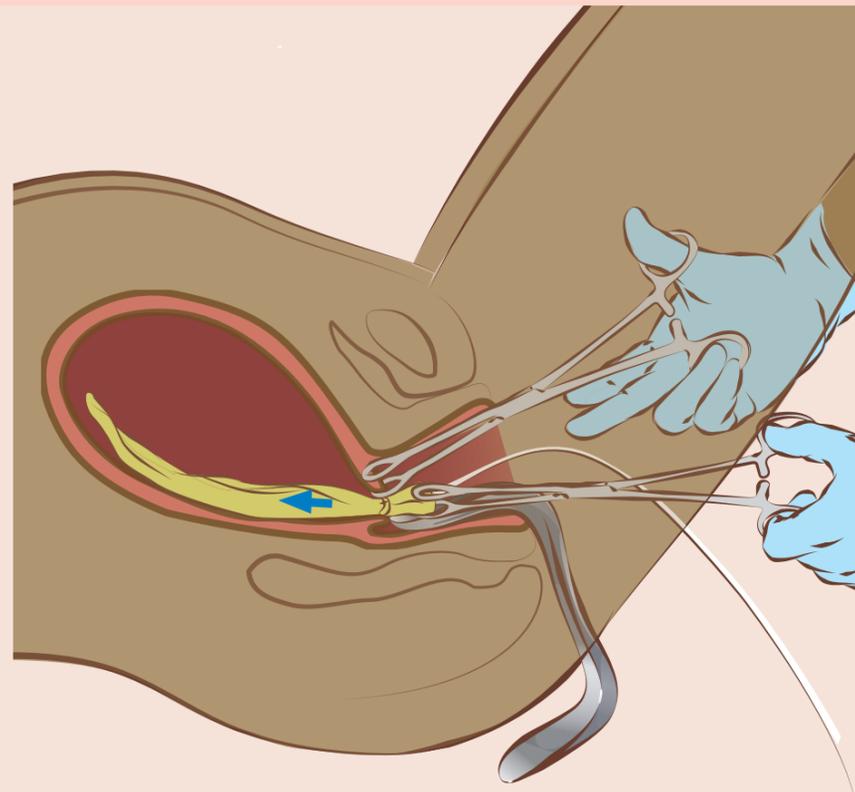
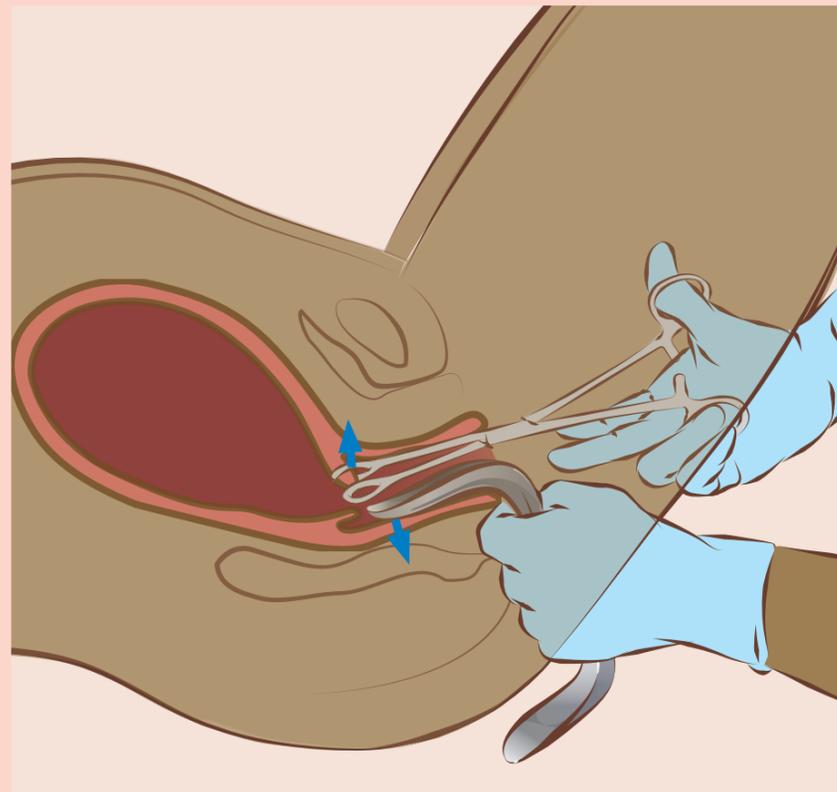
GERER
 Si le sang est nécessaire, transfuser tôt

ATONIE UTÉRINE Continue massage Add 20 IU oxytocin to IV and infuse fast Comprimer l'aorte Poser un ballon intra-utérin Rechercher les soins avancés	PLACENTA/ DEBRIS RETENUS Effectuer la délivrance artificielle du placenta Rechercher les soins avancés	DÉCHIRURES QUI SAIGNENT Inspecter, identifier Réparer Rechercher les soins avancés
--	---	--

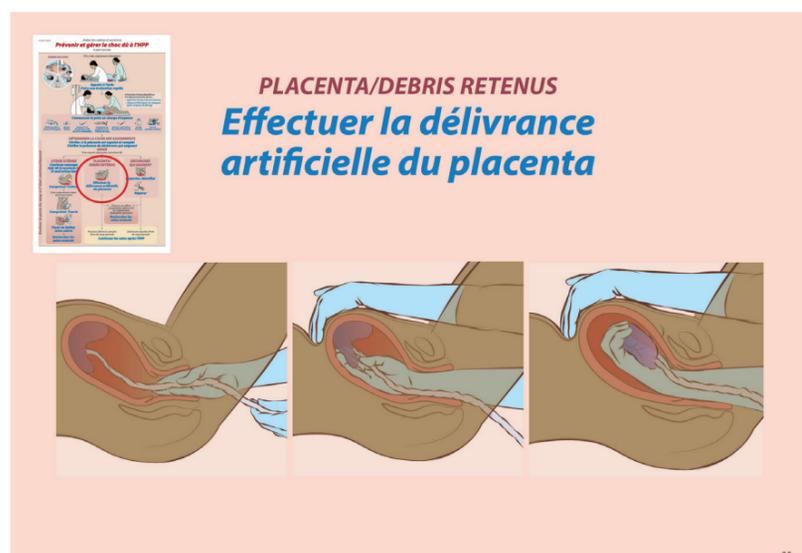
Placenta délivré et complet
 Perte de sang normale
 Déchirures réparées
 Perte de sang normale
 Continuer les soins après l'HPP

Si les saignements sont toujours abondants

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



Expliquer



Une rétention du placenta ou de débris placentaires ou de membranes peut 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 le placenta n'est pas délivré dans les 30 minutes et que la femme ne saigne pas,** s'assurer qu'elle a la vessie vide, répéter 10 UI d'ocytocine en IM, continuer la traction contrôlée du cordon et encourager la femme à pousser, à s'accroupir ou à allaiter. NE répéter JAMAIS le misoprostol ou la carbétocine / HSC ! Ne PAS donner d'ergométrine.
- Si la femme saigne abondamment OU si le placenta n'est pas complet OU si le traitement essayé à 30 minutes n'aboutit pas à la délivrance au bout d'une heure, effectuer la délivrance artificielle. Ne pas tarder à donner des soins !
- S'il n'est pas possible d'extraire le placenta ou les débris placentaires, la chirurgie peut être nécessaire. Rechercher les soins avancés !

Démontrer

Si possible, montrez la vidéo

▶ « [Délivrance artificielle du placenta](#) » (5 min).

Si la vidéo n'est pas disponible, démontrez la délivrance artificielle du placenta à l'aide du simulateur d'accouchement :

- Assurez l'intimité. Expliquez à la femme ce que vous allez faire et pourquoi.
- Demandez à la femme de vider la vessie ou sondez la vessie au besoin.
- Commencez une perfusion IV si cela n'a pas été faite.
- 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 2 g d'ampicilline en IV ou 1 g de céfazoline en IV.
- Portez un équipement de protection individuelle, lavez-vous les mains, et enflez des gants stériles longs.
- Tenez le cordon ombilical avec un clamp. Tirez délicatement en utilisant le cordon pour guider l'autre main dans l'utérus.
- 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.
- Explorez la totalité de la cavité jusqu'à ce qu'on repère le plan de clivage entre le placenta et la

paroi utérine. Décollez le placenta de sa zone d'insertion en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.

- Saisissez le placenta et retirez lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta
- Vérifiez la tonicité utérine. Massez l'utérus s'il est mou.
- Administrez 20 IU d'ocytocine par voie IV dans un litre de sérum physiologique à raison de 40 gouttes / minute
- Vérifiez que le placenta est complet.
- Évaluez les saignements et les signes vitaux, et assurez-vous que l'utérus est bien contracté (toutes les 15 minutes pendant deux heures, puis toutes les 30 minutes au cours des 4 prochaines heures).

Pratique

Les fournitures doivent être préparées à l'avance. Afin que les apprenants voient clairement les mouvements de la main, commencez à pratiquer avec un apprenant qui tient le placenta dans une main. Montrez comment utiliser le cordon pour guider la main dans l'utérus et comment sentir le bord du placenta. Montrez comment commencer à le séparer sur le côté avec vos doigts et votre main. Puis, préparez un simulateur de l'utérus contenant un placenta. Faites la démonstration de la délivrance artificielle du placenta sur le simulateur. Les apprenants pratiquent à tour de rôle.

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

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 IV and infuse fast
Comprimer l'utérus

PLACENTA/DEBRIS RETENUS
Effectuer la délivrance artificielle du placenta

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT
Inspecter, identifier
Réparer

Si les saignements abondants persistent
Comprimer l'aorte
Poser un ballon intra-utérin
Rechercher les soins avancés

Placenta ou débris placentaires retenus OU les saignements abondants persistent
Rechercher les soins avancés

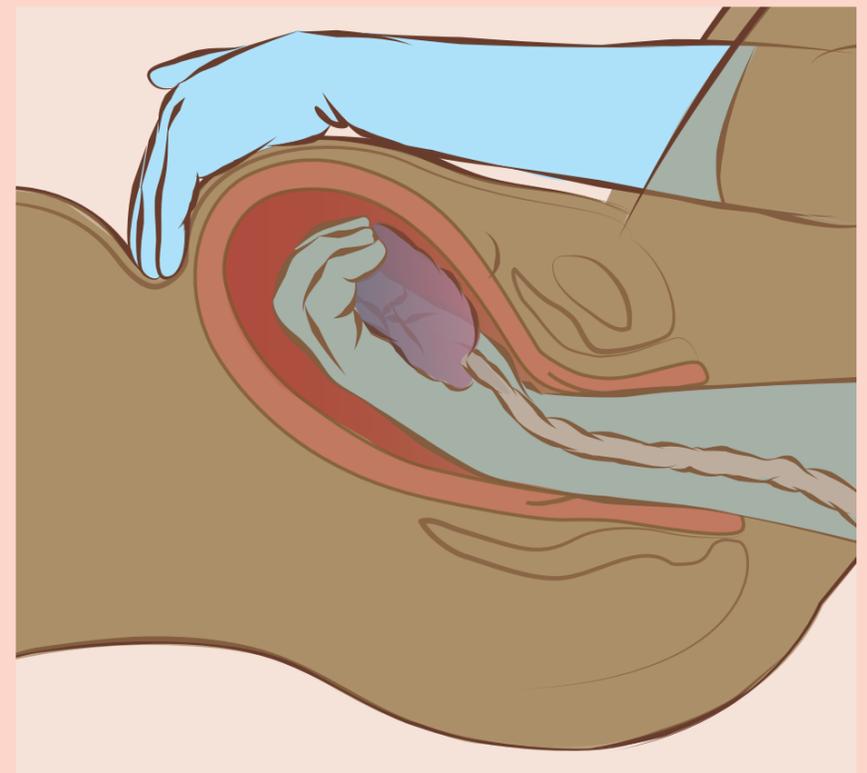
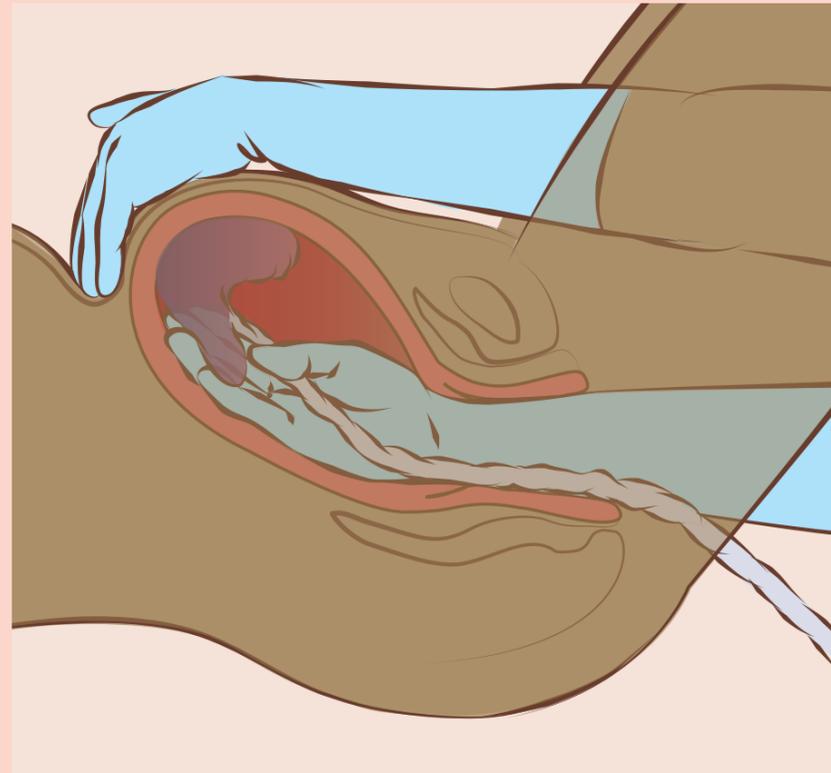
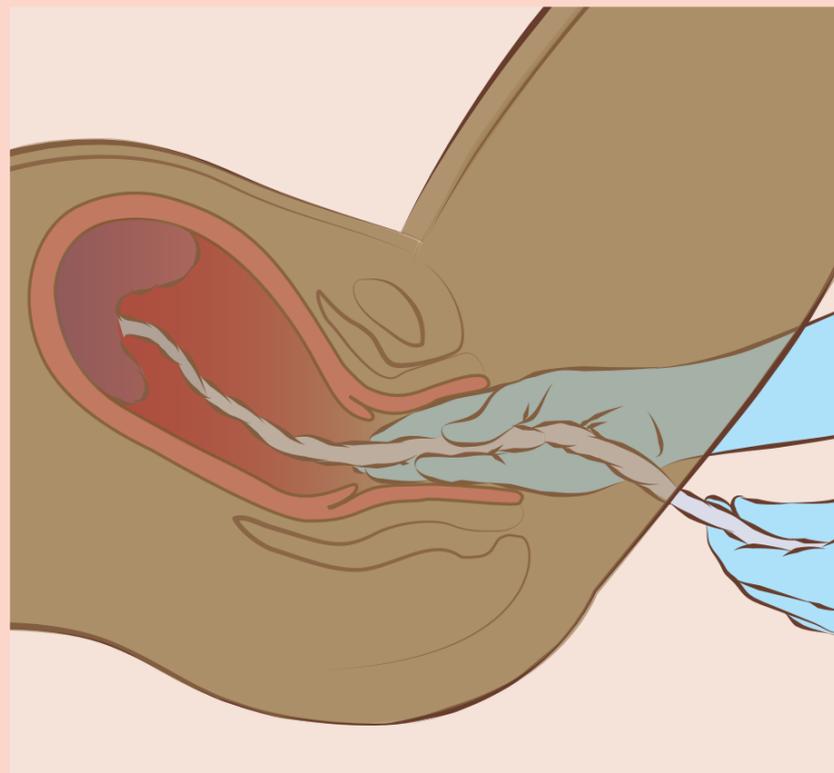
Placenta délivré et complet
Perte de sang normale
Continuer les soins après l'HPP

Déchirures réparées
Perte de sang normale

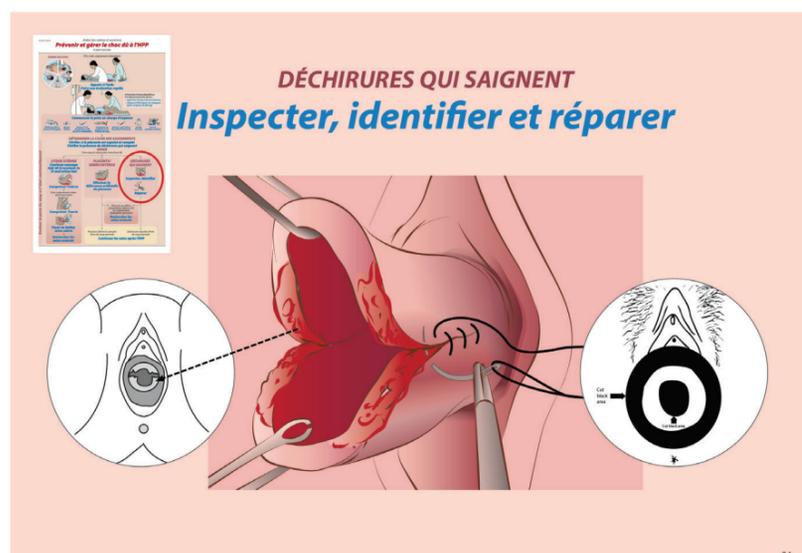
Évaluer la perte de sang et l'état continuellement

PLACENTA/DEBRIS RETENUS

Effectuer la délivrance artificielle du placenta



Expliquer



Les déchirures qui provoquent l'HPP sont souvent des déchirures vaginales profondes ou cervicales. Seules les déchirures profondes ou qui continuent à saigner doivent être réparées. Le saignement d'une déchirure peut suinter lentement, saigner abondamment, ou provenir d'une artère. Si le saignement n'est pas maîtrisé malgré la réfection, une intervention chirurgicale peut être nécessaire. Rechercher les soins avancés !

Démontrer

Si possible, montrez la vidéo [« Déchirures cervicales »](#) (5 min). Si la vidéo n'est pas disponible, démontrez la réparation. Les déchirures cervicales se produisent souvent à 3 et 9 heures en utilisant une horloge comme référence pour le col de l'utérus.

Pour identifier 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 procédez au sondage de la vessie.
- **Si la femme n'est pas en état de choc**, administrez de la péthidine et du diazépam en IV, ou de la kétamine, si les déchirures sont hautes et profondes.
- Lavez-vous les mains. Enfilez des gants stériles.
- Nettoyez le périnée, la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Écartez 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 regarder profondément dans le vagin.
- Appuyez délicatement sur la paroi vaginale et déplacez les doigts recouverts d'une gaze tout le long des deux côtés de la paroi 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. 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.

Réparation des déchirures cervicales

- Après avoir identifié la déchirure cervicale, placez les deux pinces dans une main.
- Badigeonnez la région du vagin et du col avec une solution antiseptique.
- 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.**

Réparation des déchirures vaginales profondes

- Badigeonnez la région de la déchirure avec une solution antiseptique.
- 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.
- Aspirez (tirez sur le piston) pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Injectez la lignocaïne lorsque vous retirez l'aiguille. Attendez 2 minutes pour assurer que la région est anesthésiée. 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 des plaies et les mesures d'hygiène avec la femme.

Note de facilitation

Consultez le Guide du prestataire à la page 74 pour voir comment fabriquer des simulateurs avec des blocs de mousse ou des serviettes pour pratiquer la réfection des déchirures. Démontrez la technique décrite ci-dessus puis faites pratiquer aux apprenants. Circulez pour donner des conseils. Dites aux apprenants que la pratique de cette compétence fera partie des activités continues après cette journée de formation, s'ils/elles souhaitent apprendre comment créer leurs propres simulateurs.

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

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
Comprimer l'aorte
Poser un ballon intra-utérin
Rechercher les soins avancés

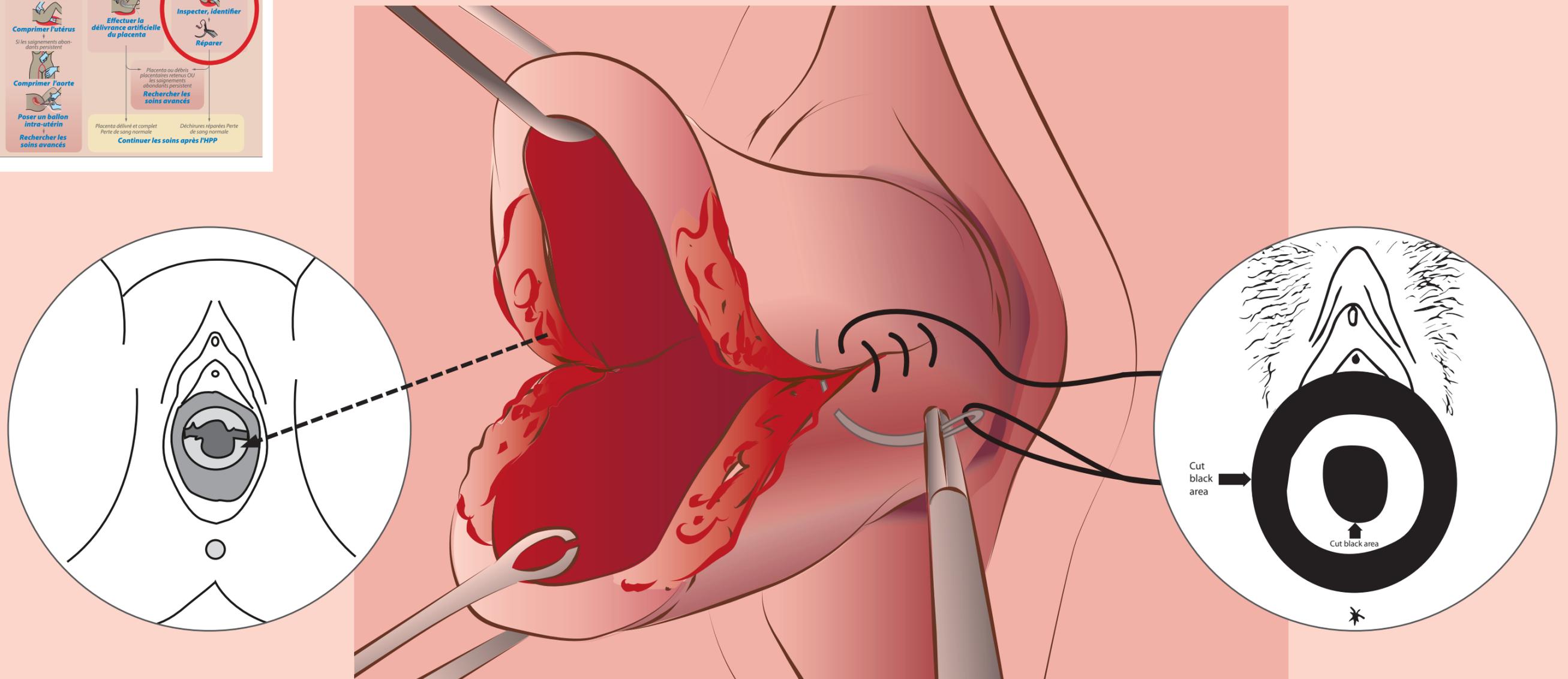
PLACENTA/ DEBRIS RETENUS
Effectuer la délivrance artificielle du placenta
Placenta ou débris placentaires retenus OU les saignements abondants persistent
Rechercher les soins avancés

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT
Inspecter, identifier
Réparer
Placenta délivré et complet
Perte de sang normale
Déchirures réparées
Perte de sang normale
Continuer les soins après l'HPP

Évaluer la perte de sang et l'état continuellement

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT

Inspecter, identifier et réparer



Expliquer



Une femme qui a souffert d'HPP a besoin d'une surveillance étroite et peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour commencer et continuer l'allaitement.

Une femme soignée pour l'HPP doit être surveillée étroitement jusqu'à ce qu'elle soit stable

- Continuez l'administration de 6 à 8 L d'oxygène par minute. Surveillez son état attentivement : prenez les signes vitaux toutes les 15 minutes jusqu'à ce que son état 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 de près 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

- Une femme qui a souffert d'une HPP et sa famille doivent être conseillés quant à son besoin du repos et d'une bonne alimentation pendant sa convalescence. Enseignez-lui les signes de danger de l'anémie, d'un saignement anormal et de l'infection, et conseillez-la de rechercher les soins immédiatement si elle les éprouve.
- Si le taux d'hémoglobine était inférieure à 7 g/dL ou 4,3 mmol/L : Donnez 120 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. Après 3 mois, poursuivez la supplémentation 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 par voie orale 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.
- Demandez à la femme de revenir pour un suivi et des soins dans 48 heures, 10 jours et encore dans 6 semaines.

Lorsque la femme présente des déchirures

Apprenez à la femme à 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.

Note de facilitation

Demandez à deux apprenants volontaires de jouer le rôle d'un prestataire et d'une femme qui se rétablit d'une HPP et du choc. Demandez au prestataire de déterminer si la femme est suffisamment stable pour rentrer à la maison et, si c'est le cas, le prestataire doit donner tous les soins et conseils nécessaires.

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

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

PLACENTA/ DEBRIS RETENUS
Effectuer la délivrance artificielle du placenta

DÉCHIRURES QUI SAIGNENT
Inspecter, identifier
Réparer

Comprimer l'aorte
Poser un ballon intra-utérin
Rechercher les soins avancés

Rechercher les soins avancés

Continuer les soins après l'HPP

Évaluer la perte de sang et l'état continuellement

Continuer les soins après l'HPP



ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Jeu de rôle - Simulation

Note de facilitation

Si vous pouvez montrer des vidéos, demandez aux apprenants de regarder la vidéo « [Prise en charge des saignements sévères après la naissance](#) ». Faites remarquer que la « compression externe » de l'utérus n'est pas recommandée dans les directives de l'OMS. Demandez aux apprenants de porter une attention particulière au travail d'équipe et à l'ordre des interventions pour la gestion de l'HPP.

Expliquez aux apprenants qu'ils /elles procéderont à une simulation. En tant qu'équipe, ils/elles pratiqueront la résolution de problèmes et la prise de décision. Les participants doivent agir comme s'ils/elles prodiguaient des soins à une femme réelle. Les observateurs doivent être prêts à fournir une rétroaction. S'il y a plus de 3 participants, une deuxième simulation sera nécessaire afin que tous les apprenants puissent y participer activement. Utilisez l'environnement le plus réaliste possible, de préférence la salle de travail.

Dans votre rôle de facilitateur, vous jouerez le rôle de Madame L et porterez le simulateur. Demandez à un(e) apprenant(e) de jouer le rôle du prestataire qui dirigera l'équipe. Les autres apprenants sont susceptibles d'être appelés pour aider le prestataire. Accordez environ 15 minutes pour cette activité. L'objectif est que les apprenants diagnostiquent le choc et commencent sa prise en charge rapidement.

Lisez le scénario suivant au groupe :

« *J'ai donné naissance à un bébé en bonne santé il y a deux heures. L'infirmière a pratiqué la GATPA, a effectué la délivrance de mon placenta et est partie. J'ai perdu beaucoup de sang et je ne me sens pas bien alors je t'ai appelé.* »

Commencez la simulation avec le réservoir de sang complètement ouvert. Expliquez aux apprenants :

« *Veillez commencer votre évaluation et dites-moi ce que vous faites. Si vous décidez d'évaluer quelque chose, veuillez le faire et je vous donnerai les résultats. Ensuite, nous ferons le compte-rendu en équipe.* »

Simulez / donnez les informations suivantes uniquement si la femme a été évaluée :

- TA 86/60 mmHg, pouls 120 btts/min, respirations 24 mvts/min
- Couleur de la peau - pâle

- Tonicité utérine - utérus mou ; Placenta - complet ; pas de déchirures
- État mental et symptômes - confusion, nausée
- Perte de sang estimée- 1500 mL

Notez si les apprenants effectuent les actions suivantes :

- Appellent à l'aide pour mobilisent l'équipe de toute urgence.
- Effectuent une évaluation rapide, y compris les paramètres ci-dessus.
- Assurent des soins maternels respectueux ; expliquent à Madame L ce qui se passe.
- Massent l'utérus.
- Administrent l'ocytocine 10 UI en IM/IV
- Commencent l'administration d'oxygène à 6-8 L/minute.
- Commencent la perfusion IV (avant de commencer à perfuser, prélèvent du sang pour mesurer le taux d'hémoglobine et font un contrôle de compatibilité et un test de coagulation) - 1 L de sérum physiologique ou Ringer lactate avec 20 UI d'ocytocine à un débit rapide.
- Administrent 1g de TXA dans 10 mL de diluant en IV en 10 minutes
- Posent une sonde urinaire.
- Vérifient si le placenta est complet. Recherchent la présence des déchirures
- Examinent la femme pour la présence de déchirures et procèdent, le cas échéant, à la réfection des déchirures.
- Posent le PAC s'il est disponible.
- Continuent à vérifier la tonicité utérine.
- Continuent à surveiller la TA, le pouls et la perte de sang

.....
Après ces interventions, maintenez l'utérus mou et le saignement abondant. Si nécessaire, demandez aux apprenants: « *Que ferez-vous maintenant ?* »

Notez si les apprenants effectuent les actions suivantes :

- Effectuent une compression bimanuelle de l'utérus pendant qu'un autre apprenant prépare les matériels pour le TIUB.
- Administrent une deuxième dose d'g de TXA dans 10 mL de diluant en IV en 10 minutes si le saignement persiste 30 minutes après la première dose.
- Assemblent et insèrent le TIUB :
 - Assemblent le TIUB : attachent le préservatif à la sonde urinaire de Foley
 - Administrent les antibiotiques : 2 g d'ampicilline OU 1 g de cefazoline par voie IV.
 - Passent de la compression bimanuelle à la compression aortique
 - Exposent le col de l'utérus, le tiennent avec les forceps, insèrent le TIUB au fond de l'utérus

- Gonflent le TIUB avec 300-500 mL (jusqu'à l'arrêt des saignements), puis clampent la sonde.
(Note au facilitateur: Arrêtez le saignement après que les participants ont gonflé le préservatif avec environ 400 mL.)
- Poursuivent la perfusion IV de l'ocytocine 20 UI dans 1 L de fluides IV à 40 gtts/min
- Vérifient les saignements, les signes vitaux et la tonicité utérine
- Organisent le transfert en urgence si l'établissement ne peut pas administrer du sang ou procéder à une intervention chirurgicale.

Compte-rendu :

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

Confirmez le diagnostic : Choc provoqué par une HPP due à l'atonie.

Posez les questions suivantes :

« *Pourquoi ce diagnostic ? Qu'est-ce qui s'est bien déroulé ? Y a-t-il des étapes que vous avez raté ou des interventions que vous avez manqué ?* »

Discutez avec les apprenants de tout ce qu'ils auraient manqué dans la liste précédente. Posez les questions suivantes : « *Comment l'équipe a-t-elle fonctionné ? Qu'avez-vous appris de nouveau aujourd'hui que vous n'oublierez pas la prochaine fois ?* »

Assurez-vous de combler les lacunes de communication.

Tous les membres de l'équipe étaient-ils à l'aise de travailler ensemble et de déléguer ? En tant que client(e), partagez ce que vous avez ressenti. Ont-ils délégué, communiqué, fourni les SMR ?

.....
Demandez aux apprenants :

« *Si au début de ce scénario, l'utérus de Mme L était bien contracté mais qu'elle saignait aussi abondamment, comment l'auriez-vous prise en charge ?* »

Clé des réponses :

- Gérer le choc et l'HPP comme dans le premier cas
- Examiner le col, le vagin et le périnée pour détecter la présence de déchirures, puis procéder à la réfection au besoin. Examiner s'il manque une portion – un ou plusieurs lobes - du placenta, puis extraire artificiellement des débris placentaires au besoin.

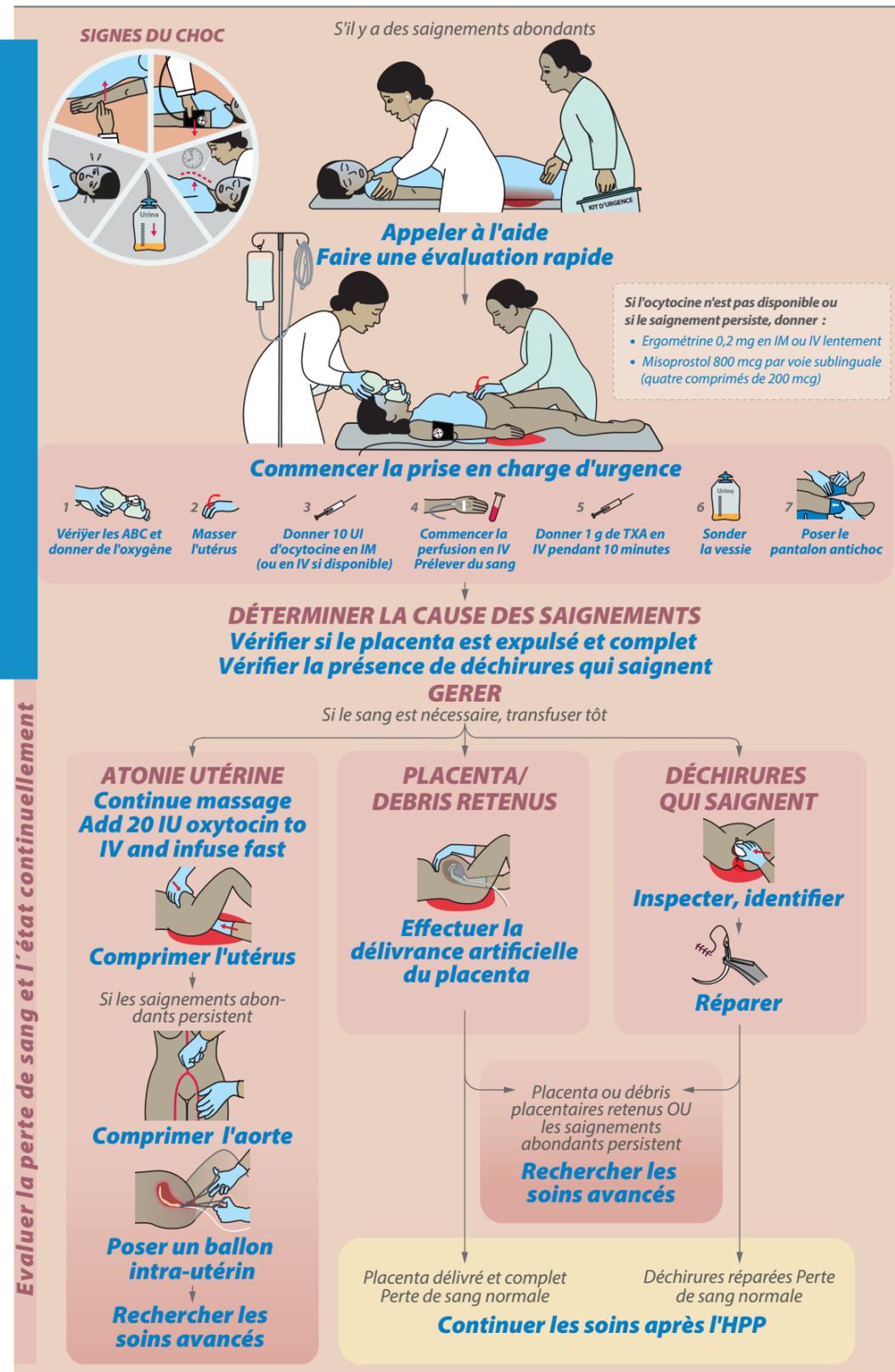
ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Jeu de rôle

Deuxième édition

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

PLAN D'ACTION



Remerciements



Aider les mères à survivre Saignements après la naissance Complète

Tableaux à feuilles mobiles du formateur

Auteurs

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

Réviseurs

Jen Breads, MSN, MPH
Kayla Britt, BA
Peter Johnson, PhD, CNM
Sheena Currie, RM, MEd
Gaudiosa Tibaijuka, 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

Bjørn Mike Boge
Laerdal Global Health
Stavanger, Norway

Jhpiego est une organisation de santé internationale à but non lucratif, affiliée à l'Université Johns Hopkins. Depuis plus de 40 ans, Jhpiego offre aux agents de santé de première ligne des moyens d'agir en concevant et en mettant en œuvre des solutions efficaces, peu coûteuses et pratiques pour renforcer la prestation de soins de santé auprès des femmes et de leur famille. En intégrant des innovations de santé fondées sur des preuves dans la pratique quotidienne, Jhpiego œuvre en vue de vaincre les obstacles à l'accès aux soins de qualité pour les populations les plus vulnérables dans le monde.

Le Module de formation Aider les mères à survivre (Helping Mothers Survive) a été conçu et mis au point par une équipe du Bureau de la direction technique de Jhpiego et utilise la conception du module créé pour le programme Aider les nouveau-nés à respirer (Helping Babies Breathe - HBB), un programme développé par l'Académie Américaine de la Pédiatrie

.....

Nous exprimons notre sincère gratitude à nos partenaires et collègues du monde entier qui travaillent avec nous pour réduire l'incidence de la principale cause de décès maternel, l'hémorragie du post-partum. 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), le Programme de Survie de la Mère et de l'Enfant (MCSP) 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.



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

Nous remercions vivement Tore Laerdal pour son dévouement sans failles pour sauver la vie des femmes et de leurs nouveau-nés dans le monde.

