

Février 2023

Aider les mères à survivre

Travail prolongé et dystocie mécanique

Guide du prestataire Partie 1 de 2 : Évaluation



Sauver les vies à la naissance

Aider les mères à survivre (AMS) et Aider les bébés à survivre (ABS) sont des modules d'apprentissage qui répondent aux besoins de soins critiques des femmes et des nouveau-nés. En renforçant la capacité du personnel de santé à fournir des soins avant, pendant et après la naissance, il est possible d'éviter des décès inutiles. S'adressant aux prestataires de tous niveaux qui assistent aux accouchements ou qui sont appelés à gérer des complications, les modules AMS et ABS permettent aux agents de santé de première ligne de fournir des soins de qualité fondés sur des données probantes et d'identifier et de prendre en charge rapidement les complications pouvant mettre la vie en danger.

Sachant que les soins aux femmes et aux bébés doivent être intégrés pour obtenir les meilleurs résultats possibles, AMS et ABS utilisent tous deux des approches pratiques et interactives. Les modules comprennent l'apprentissage en équipe, la pratique des compétences et la simulation avec pratique et feedback immédiats. Chaque module utilise un apprentissage interactif à faible dose et haute fréquence (FDHF), suivi d'une pratique répétée en équipe sur le lieu de travail pour renforcer et maintenir les compétences

Le module de formation AMS Travail prolongé & dystocie mécanique vise les équipes de prestataires qui s'occupent des femmes lors de l'accouchement. Parmi ceux-ci figurent les accoucheurs qualifiés, tels que les sage-femmes, les infirmières et les médecins, ainsi que les personnes qui les assistent.

Le module AMS Travail prolongé et dystocie mécanique aide les prestataires à maîtriser les compétences nécessaires pour détecter et prendre en charge de manière sûre et efficace le travail prolongé/la dystocie mécanique, la dystocie des épaules, les les positions/présentations dystociques, et les accouchements par le siège.

Ce module est conçu comme une formation sur site de deux jours.

Les matériels d'apprentissage comprennent :

1. **Plan d'action**, un outil de travail pédagogique et graphique qui aide les prestataires à identifier et à prendre en charge le travail qui ne progresse pas. Il s'agit notamment d'identifier si le travail est prolongé en raison de contractions inefficaces ou si le travail est prolongé en raison d'une dystocie mécanique.
2. **Tableaux à feuilles mobiles 1 et 2** utilisés pour la formation et peuvent servir de référence après la formation de base.
3. **Guides du prestataire (GP) 1 et 2** sont destinés à la fois aux facilitateurs et aux apprenants. Ils contiennent des informations pour une pratique continue et des informations plus approfondies. Après la formation, les apprenants continueront à mettre en pratique les compétences nouvelles ou mises à jour sous la direction de pairs coordinateurs sur place. Sachant que tout apprenant peut éventuellement coordonner la pratique après la formation de base, ce Guide du prestataire contient des informations pour tous.

Les guides du prestataire :

- Aident les prestataires à fournir les meilleurs soins aux femmes et aux bébés à la naissance.
- Facilitent la poursuite de la pratique hebdomadaire avec des pairs dans l'établissement de santé après la journée de formation.
- Ont des exercices qui commencent à la page X du GP 2 et durent de 20 à 60 minutes une fois par semaine pendant un maximum de 9 semaines.
- Donnent plus d'informations et de ressources pour maintenir les compétences.

Lorsque vous mettez en pratique les compétences acquises en cas de travail prolongé et dystocie mécanique, vous pouvez contribuer à sauver encore plus de vies !

Remerciements



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

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

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



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

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

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



Aider les mères à survivre Travail prolongé et dystocie mécanique

Guide du prestataire

Auteurs

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

Nuriya Robinson, MD, FACOG Harbor-UCLA
Medical Center

Réviseurs

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

Florence West, RNM MIPH PhD
International Confederation of Midwives

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

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

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

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

Rédaction de la conception pédagogique!

Direction artistique
Laerdal Global Health
Anne Jorunn Svalastog Johnsen

Illustrateur

Laerdal Global Health
Bjorn Mike Boge

Projet médiatique sur la santé mondiale :

Directrice et productrice
Deborah Van Dyke, NP, MPH

Rédacteur en chef

Anthony Bacon

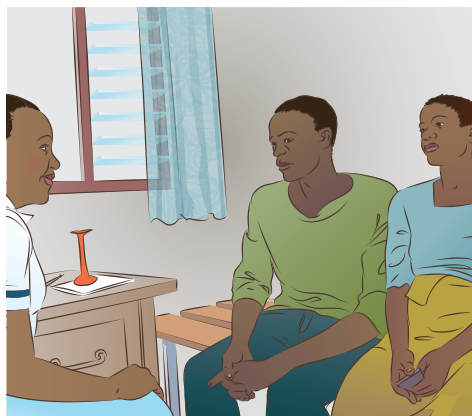
Narratrice :

Charlotte Blake Alston

Sommaire

<i>Fournir des soins respectueux</i>	2
<i>Offrir un soutien émotionnel</i>	3
<i>Communication</i>	4
<i>Exercice : Communication</i>	5
<i>Prendre activement des décisions pour gérer rapidement les problèmes</i>	6
<i>Évaluation rapide</i>	7
<i>Prendre en charge un RCF anormal</i>	9
<i>Offrir un counseling</i>	11
<i>Interventions en cas de résultats anormaux</i>	12
<i>Rechercher des soins avancés</i>	17
<i>SAER</i>	18
<i>Évaluer</i>	20
<i>Exercice : Évaluer l'outil de documentation du travail et antécédents</i>	21
<i>Évaluer les quatres « P »</i>	22
<i>Évaluer la Patiente</i>	23
<i>Évaluer la Puissance</i>	25
<i>EXERCICE : Évaluer le puissance</i>	27
<i>Évaluer le Passager</i>	29
<i>Présentation / Position</i>	30
<i>Évaluer le Passage</i>	35
<i>Évaluation des 4 P</i>	36
<i>Classifier</i>	37
<i>Soins pré-références/préopératoires</i>	38
<i>Fournir des soins généraux</i>	41
<i>Rechercher une fièvre >38°C</i>	43
<i>Donner des fluides, des antibiotiques et un réducteur de fièvre</i>	46
<i>Plan d'action</i>	48

Fournir des soins respectueux



Connaissances clés

Lors d'une complication, les soins de maternité respectueux (SMR) impliquent également d'être une présence apaisante.

N'oubliez pas :

- D'établir un contact visuel.
- De parler calmement et directement à la femme.
- De se rapprocher de sa tête et parler doucement.
- De valider son expérience ; elle peut être très émotive et il peut être difficile pour elle de communiquer.

Actions clés

Respectez le droit de la femme à l'information et au consentement éclairé, et respectez ses choix et préférences, y compris le refus des procédures médicales.

- Donnez des informations claires et faciles à comprendre sur ce qui se passe et sur les options qui s'offrent à elle.

- Toujours obtenir un consentement oral ou écrit avant de fournir des soins.
- Si la femme a refusé une intervention pour elle-même ou son nouveau-né, assurez-vous qu'elle a compris les avantages et les risques de ce refus. Notez-le dans le dossier.
- Même lorsqu'une femme a refusé une procédure, continuez à fournir des soins de qualité et respectueux.

Respectez le droit de la femme à l'intimité et à la confidentialité.

- Ne partagez les informations personnelles ou médicales de la femme ou de son nouveau-né qu'avec le consentement de la femme.
- Lors de la communication d'informations à un autre prestataire pour assurer la continuité des soins, veillez à ce que seuls les prestataires qui ont besoin de ces informations puissent les entendre.

Protégez le droit du nouveau-né à être avec ses parents ou les personnes qui en ont la charge

- La femme et son bébé doivent rester ensemble à tout moment.
- Ne séparez pas le nouveau-né de sa mère sans son consentement.
- Surveillez le bébé et prodiguez-lui des soins en présence de la mère, même pendant le peau à peau si possible.
- Si le nouveau-né est petit ou prématuré, le laisser avec sa mère en permanence.
- Si le bébé est dans une pouponnière de soins spéciaux, veillez à ce que la femme a accès à son bébé.

Offrir un soutien émotionnel



Connaissances clés

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

Actions clés

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

- Écoutez ce qu'elle et sa famille ont à dire et encouragez-les à exprimer leurs préoccupations ; essayez de ne pas les interrompre.
- Respectez l'intimité et la pudeur de la femme en fermant la porte ou en tirant les rideaux.
- Faites savoir à la femme que vous l'écoutez pour être sûr de la comprendre.
- Répondez aux questions de la femme directement et d'une manière calme et rassurante. Dites à la femme et à sa famille tout ce que vous pouvez sur ce qui se passe. Souvent, une simple explication pour qu'elles comprennent ce qui se passe et ce à quoi elles doivent s'attendre peut calmer leurs craintes et les préparer à ce qui se passera ensuite.
- Soyez honnête. N'hésitez pas à admettre ce que vous ne savez pas. Il est plus important de gagner sa confiance que de paraître bien informé.
- Assurez-vous que la femme et l'accompagnant(e) ont compris les informations que vous leur avez fournies et demandez-leur s'ils ont d'autres questions.

Communication



Connaissances clés

- Une communication efficace est importante lorsqu'on s'occupe d'une femme en travail, mais elle est encore plus importante en cas de complications. Une bonne communication permet d'établir et de maintenir des relations solides entre les prestataires et leurs clients, les prestataires et leurs collègues, et entre les superviseurs et le personnel.
- Lorsque les prestataires ne communiquent pas efficacement, la sécurité des patientes est menacée pour les raisons suivantes :
 - les informations essentielles peuvent ne pas être partagées
 - les informations peuvent ne pas être comprises
 - les ordres peuvent ne pas être clairs
 - les bons soins peuvent ne pas être donnés
 - les changements de statut peuvent passer inaperçus

Actions clés

- Vous allez devoir communiquer avec :
 - les clientes et leur famille au sujet de l'admission, du traitement, et des instructions relatives aux soins d'auto-prise en charge.
 - les prestataires de soins concernant la prise en charge des patientes, la réanimation et les soins d'urgence, et lors des transferts.
 - les autres services tels que la pharmacie, le laboratoire, l'imagerie, la salle d'opération, l'unité de soins intensifs.
 - les prestataires dans d'autres établissements de santé pour le transfert des patientes.
- Les femmes disent vivre une expérience positive, quel que soit le résultat, si elles :
 - se sentent libres de faire leurs propres choix, même lorsque les choses ne se passent pas comme elles le souhaitent
 - se sentent en sécurité et prises en charge
 - se sentent liées aux prestataires, à leur famille et à leur bébé
 - sentent qu'elles sont traitées avec respect
 - comprennent ce qui s'est passé
 - comprennent qu'elles n'ont pas pu contrôler totalement ce qui s'est passé pendant le travail et l'accouchement et que les complications ne sont pas de leur faute.
- En cas de problème, communiquez rapidement avec les membres de votre équipe pour qu'ils puissent vous aider rapidement.
 - Communiquez toujours avec respect.
 - Communiquez avec assurance et clarté avec les membres de l'équipe - ne supposez pas que les autres savent ce que vous pensez.
 - Donnez des informations claires et concises sur le statut de la femme aux autres personnes qui participeront à ses soins.
 - Identifiez les membres de l'équipe, y compris le chef d'équipe, et définissez clairement les rôles de chacun pour faire face aux urgences et préparer le transport.
 - Sachez qui appeler en cas de consultation médicale ou de transfert.
 - Communiquez avec l'hôpital avant de transporter la femme pour réduire les temps d'attente et assurer des soins sécuritaires.

EXERCICE

Communication

SCÉNARIO 1 :

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

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

SCÉNARIO 2 :

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

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

SCÉNARIO 3 :

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

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

Prendre activement des décisions pour gérer rapidement les problèmes



Connaissances clés

Lorsque vous vous prenez soin d'une femme en travail, vous devez prendre activement des décisions pour gérer rapidement les problèmes et améliorer les résultats.

Chaque fois que vous évaluez ou **examinez** la femme, le fœtus et la progression du travail, vous devez **noter** vos résultats, les **comparer aux valeurs d'alerte**, et élaborer un **plan de soins** sur les résultats et les décisions partagées avec la femme.

Actions clés

Après avoir examiné une patiente dans le cadre du suivi de routine ou si elle présente un problème, vous devez noter les résultats et les comparer aux valeurs d'alerte pour vous aider à prendre une décision :

- Quels signes ou symptômes ne sont pas normaux ?
- Si les résultats ne sont pas normaux, quel est le diagnostic le plus probable (par exemple, infection, pré-éclampsie, anxiété ou autres) ?

Après avoir comparé les résultats avec les valeurs d'alerte, expliquez à la femme et

à l'accompagnant(e) le plan de soins dont vous pensez qu'elle a besoin :

- A-t-elle besoin de soins d'urgence ?
- De quels soins a-t-elle besoin, immédiats et continus ?
- Devez-vous appeler un prestataire de soins qualifié ou un médecin pour prendre en charge les soins ?

Si vous pouvez prendre en charge ses soins dans votre établissement de santé mais que vous avez besoin d'aide :

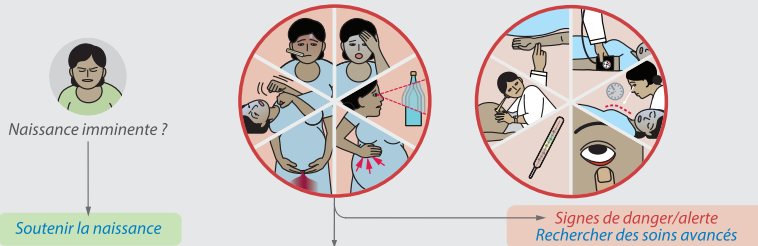
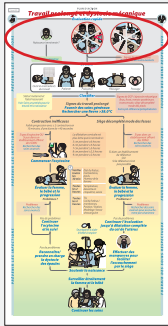
- Qui devez-vous appeler ?
- Combien de temps faudra-t-il pour que l'autre prestataire arrive ?

Pouvez-vous prendre en charge ses soins dans votre établissement de santé ou devez-vous la transférer ?

Si vous devez la transférer dans un autre établissement de santé :

- Où allez-vous la transférer ?
- Combien de temps faudra-t-il pour y arriver ?
- De quoi avez-vous besoin pour vous assurer que vous pouvez la transférer en toute sécurité, continuer à surveiller la femme et le fœtus, et lui fournir des soins avant et pendant le transport ?
- Pouvez-vous la transférer en toute sécurité avant qu'elle n'accouche ?

Évaluation rapide



Connaissances clés

Faites une évaluation rapide pour identifier les problèmes et décider si elle a besoin de soins urgents ou si vous devez faire d'autres évaluations. N'oubliez pas qu'une femme peut avoir plusieurs problèmes en même temps et que vous devez tous les prendre en charge.

Faites une évaluation rapide si vous recevez une femme d'un autre établissement de santé OU si vous pensez qu'elle a un problème OU si vous prenez en charge les soins d'une femme d'un autre prestataire.

Accueillez-la, écoutez attentivement le rapport fourni par le prestataire qui l'a référée, et évaluez-la rapidement pour décider si elle a besoin d'un traitement d'urgence.

Signes de choc :

- Pours rapide et faible (110 battements par minute ou plus) OU
- Tension artérielle basse (TA systolique inférieure à 90 mmHg)

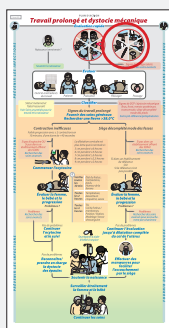
Une femme en état de choc peut également présenter les symptômes suivants :

- Respiration rapide - 30 respirations par minute ou plus.
- Peau pâle, en particulier autour de l'intérieur des paupières, de la bouche ou des paumes.
- Transpiration ou peau froide et moite.
- Changements de l'état mental : anxiété, confusion ou perte de conscience.
- Faible débit urinaire - moins de 30 mL par heure.

Liste de vérification

- Accueillez la femme et présentez-vous.
- Expliquez que vous allez procéder à une évaluation rapide pour savoir comment elle-même, son bébé et son travail se présentent.
- Lavez-vous les mains ou utilisez un désinfectant pour les mains.
- Veillez à protéger l'intimité et la confidentialité.
- Vérifiez si elle gémit ou veut pousser, ce qui suggère qu'elle est sur le point d'accoucher.
- A-t-elle peur, est-elle anxieuse ou a-t-elle du mal à faire face à la situation ?
- Vérifiez si elle présente des signes de danger :
 - problèmes de vision
 - maux de tête sévères
 - convulsions/inconscience
 - douleur épigastrique
 - fièvre élevée
 - saignement
 - douleur sévère
 - autres problèmes ou préoccupations
- Vérifiez si les signes vitaux de la mère sont normaux et s'il y a des signes de choc :
 - Pouls maternel (normal : 60-100 battements par minute)
 - Température (normale : inférieure ou égale à 38 °C)
 - TA systolique (TAs) (normale : 90-139 mmHg) et TA diastolique (TAd) (normale : 60-89 mmHg)
 - Respirations (normal : entre 12 et 20 respirations par minute)
- Recherchez des signes d'anémie :
 - Regardez la conjonctive et les paumes de ses mains pour voir si elles sont pâles.
- Recherchez des signes de déshydratation :
 - Regardez si elle a les yeux enfoncés ou la bouche sèche.
 - Pincez la peau de son avant-bras pour voir si elle se rétracte lentement.
- Vérifiez le RCF (normal : 110-159 bpm) :
 - Localisez le dos du bébé.
 - Écoutez pendant une minute complète entre les contractions.
 - Si le RCF est <110 bpm, comparez-le au pouls maternel pour vous assurer que vous n'entendez pas son pouls.
 - Si vous n'êtes pas sûr, demandez à un autre prestataire de vérifier le RCF.
- En fonction des résultats, prenez une décision :
 - Si la naissance est imminente, préparez-vous pour l'accouchement.
 - Présente-t-elle des signes de danger ou d'alerte qui nécessitent des soins urgents ?
 - De nouvelles évaluations sont-elles nécessaires ?
 - Des soins avancés sont-ils nécessaires ?
- Partagez les résultats avec la femme et l'accompagnant(e).

Prise en charge d'un RCF anormal



Connaissances clés

- Un **RCF normal** peut ralentir pendant une contraction mais revient généralement à la normale dès que l'utérus se détend.
- Un **RCF très lent (<100 bpm)** en l'absence de contractions ou persistant après les contractions est un signe de détresse fœtale.
- Un **RCF rapide (≥ 160 bpm)** peut être une réponse à la fièvre maternelle, à une chorioamnionite, à des médicaments provoquant un rythme cardiaque maternel rapide (par exemple, la terbutaline ou la ritodrine) ou à l'hypertension.
 - Il faut toujours rechercher les signes/symptômes de **chorioamnionite** en présence de fièvre maternelle et/ou d'un RCF rapide : sensibilité abdominale ou utérine, pertes vaginales ou liquide amniotique malodorants, pouls maternel rapide >100 bpm. D'autres signes peuvent inclure des frissons ou des saignements vaginaux légers.

Décélérations : Vérifiez le RCF pendant une minute complète pendant une contraction et pendant 30 à 60 secondes après la fin de la contraction pour vérifier :

1. Le moment où le RCF commence à se ralentir par rapport à la contraction.
2. Le moment où le RCF revient au RCF de base par rapport à la contraction

- Les causes d'un RCF lent comprennent : la compression de la tête pendant une descente rapide et la poussée, l'hypoxie, l'acidose, le bloc cardiaque ou la compression du cordon ombilical. À la fin du deuxième stade, le RCF peut chuter pendant la poussée.

Il y a trois types de décélérations (ralentissements) :

- **Décélération précoce** : le RCF se ralentit généralement au début d'une contraction, atteint le point le plus bas (nadir) au sommet de la contraction, puis augmente après le sommet de la contraction. Elle ne dure pas après les contractions utérines.
La pression exercée sur le crâne du fœtus pendant une contraction modifie le flux sanguin cérébral, ce qui stimule le nerf vague. Le RCF se ralentit progressivement à mesure que la pression de la contraction s'intensifie, et la décélération se résout progressivement lorsque la pression diminue.
- **Décélération variable** : le moment du ralentissement du RCF et du retour au RCF de base par rapport à la contraction est variable.
 - La compression du cordon ombilical est généralement responsable de ce schéma dans la première phase du travail, il peut également résulter de la compression de la tête pendant la deuxième phase du travail

- Les décélérations variables sont classées comme sévères lorsque le ralentissement **dure plus de 60 secondes OU la fréquence cardiaque est inférieure à 70 bpm OU qu'il y a une diminution de 60 bpm par rapport au RCF de base.**
- **Décélération tardive** : Commence après le début de la CU, avec un nadir décalé par rapport à l'acmé de celle-ci et se prolonge après la fin de la contraction.
 - Ces décélérations sont associées à un degré plus élevé d'hypoxémie et de détresse foetale.
 - La cause des décélérations tardives est l'insuffisance utéro-placentaire due à l'hyperactivité utérine, l'hypotension maternelle, les troubles hypertensifs, la chorioamnionite, le décollement placentaire, le placenta praevia, le diabète maternel, l'anémie, les maladies cardiaques, le tabagisme, la restriction de croissance intra-utérine (RCIU), la postmaturité, l'iso-immunisation par le rhésus

Liste de vérification

Lorsque le RCF est inférieur à 110 bpm ou égale ou supérieur à 160 bpm, vous devez agir rapidement !

- Veillez à obtenir une mesure précise du RCF :
 - Comparez-la au pouls maternel pour vous assurer que vous n'entendez pas le pouls maternel.
 - Si vous n'êtes pas sûr, demandez à un autre prestataire de vérifier le RCF.
- Relevez la femme ou placez-la sur le côté gauche.
- Arrêtez l'ocytocine si elle est administrée.
- Administrez de l'oxygène à 4-6 litres.
- Administrez des liquides par voie orale ou intraveineuse.
- Confirmez l'âge gestationnel du fœtus. La prématurité est associée à la tachycardie fœtale.
- Recherchez une cause maternelle et traitez

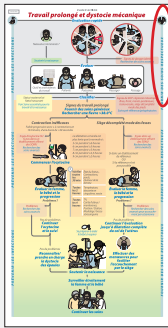
toute affection identifiée :

- Infection avec fièvre ; saignement vaginal ; déshydratation maternelle ; utérus ne se détendant pas entre les contractions ou hyperstimulation avec l'ocytocine.
- Médicaments qui peuvent affecter le RCF (ocytocine, terbutaline).
- Si une cause maternelle n'est pas identifiée, effectuez un toucher vaginal pour vérifier l'absence de prolapsus du cordon ou d'accouchement imminent.
- Au bout de 5 minutes, vérifiez le RCF pendant une minute complète pendant une contraction et pendant 30 secondes après la fin de la contraction pour évaluer si votre prise en charge a amélioré le RCF.
 - Si aucune amélioration n'est constatée, demandez des soins avancés dans un établissement en mesure de pratiquer une césarienne.
 - En cas d'amélioration, continuez le même traitement et continuez à évaluer le RCF.
 - Si le RCF reste anormal pendant 10 minutes ou plus ou ne s'améliore pas après un changement de position de la mère / des interventions maternelles ou si le RCF se ralentit en dessous de 100 bpm pendant une contraction et reste bas pendant une minute après la contraction, vous devez établir un plan pour aider le bébé !
- Informez la femme de vos conclusions et répondez à ses préoccupations.

Signes d'alerte :

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

Absence de rythme cardiaque fœtal : Offrir un counseling



Connaissances clés

Si vous n'entendez pas de battements de cœur fœtal :

- Demandez à d'autres personnes d'écouter.
- Utilisez un stéthoscope Doppler, si possible.
- Confirmez l'absence de battements cardiaques par échographie, si possible.

Actions clés

Offrir un counseling :

Au moment du diagnostic

- Une fois que la mort fœtale a été confirmée, informez la mère/les parents en personne, dès que possible, de manière empathique et directe, dans un environnement où ils peuvent réagir en privé. Assurez-vous que la femme n'est pas seule. Si possible, faites en sorte qu'un chef religieux/prêtre soit présent pour soutenir et conseiller les parents avant et/ou après la naissance.
- Donnez des informations dans un langage clair et simple. Vous devrez peut-être les répéter.
- Expliquez clairement que rien de ce que la femme a fait, mangé ou n'a pas fait n'a causé la mort du fœtus.
- Soyez conscient des besoins émotionnels individuels et changeants des parents et respectez-les. Validez les émotions.
- Discutez de ce à quoi les parents peuvent s'attendre. Où la femme accouchera-t-elle et où sera-t-elle soignée après ? Expliquez à quoi peut ressembler le bébé et ce qui lui arrivera.
- Donnez des options pour les soins.

À la naissance et immédiatement après l'accouchement

- Traitez le bébé avec respect.
- Respectez les préférences des parents quant au fait de voir et de tenir le bébé. Le fait de voir le mort-né est la preuve de sa naissance, de son existence et de sa mort. Tenir le bébé dans ses bras aide à surmonter le deuil.

Postpartum

- Après la naissance, examinez le fœtus et le placenta et expliquez les résultats aux parents. Ne donnez des informations sur la cause du décès que si elle est connue.
- Envisagez de placer un symbole ou un marqueur similaire sur la porte ou dans l'espace privé de la femme pour indiquer que les parents ont subi une mortinaissance.
- Aidez les parents à rassembler des objets susceptibles de les aider à surmonter leur deuil, comme des photos, des empreintes de mains et de pieds, des mèches de cheveux, un bracelet d'hôpital.
- Donnez des informations sur les références que les parents peuvent contacter s'ils le souhaitent.
- Donnez des informations sur : la façon de gérer l'engorgement mammaire, l'enregistrement du décès et la préparation des funérailles, la contraception, le moment où l'on peut attendre les résultats des tests et les grossesses futures.

Interventions en cas de résultats anormaux

	Résultats normaux	Résultats indiquant qu'il peut y avoir un problème	Urgence - Recherchez des soins avancés !
Informations provenant de l'évaluation rapide et antécédents			
Fréquence cardiaque de la mère	Inférieure à 100 BPM	<p>100-120 BPM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revérifiez entre les contractions. • Si le pouls est toujours élevé, vérifiez la TA et la température de la mère, la sensibilité de l'utérus, le liquide amniotique, les saignements, les signes de déshydratation et les signes de peur ou d'anxiété. • Traitez tout problème maternel identifié (peur/anxiété, infection, saignement, déshydratation). • Si tous les signes vitaux et les saignements sont normaux et que le pouls maternel est toujours supérieur à 100 BPM, hydratez par voie orale et revérifiez dans une heure. 	<p>Plus de 120 BPM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluez les signes de peur et d'anxiété, d'infection, de déshydratation et de saignement chez la femme. • Évaluez l'état de choc de la femme. • Traitez toutes les affections maternelles identifiées. • Posez une perfusion • Administrez de l'oxygène • Recherchez des soins avancés
Tension artérielle	TAs 90–139 mmHg TAd 60–89 mmHg	<p>TA 140-160/90-110 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revérifiez entre les contractions, la femme étant allongée sur le côté. • Si la TA reste élevée, vérifiez la présence de protéines dans l'urine et évaluez les signes/symptômes de pré-éclampsie sévère (PES) (y compris les tests de laboratoire). • Revérifiez la TA au moins toutes les 2 heures jusqu'à l'accouchement. 	<p>TA supérieure à 160/110 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revérifiez entre les contractions, la femme étant allongée sur le côté. • Si la TA est toujours supérieure à 160/110 mmHg, vérifiez la présence de protéines dans les urines et recherchez les signes/symptômes de la PES (y compris les tests de laboratoire). • Donnez des anti-hypertenseurs • Donnez du MgSO4 si SPE • Si la naissance est imminente, demandez des soins avancés après la naissance. Sinon, recherchez immédiatement des soins avancés
		<p>TA systolique inférieure à 90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revérifiez entre les contractions, la femme étant allongée sur le côté. • Si la TAs est inférieure à 90 mmHg, vérifiez le pouls maternel, la température, si le saignement est plus important qu'un spectacle sanglant, signes/symptômes de choc. • Traitez tout problème maternel identifié. • En l'absence de signes/symptômes de choc, d'hémorragie ou d'infection, augmentez les fluides par la bouche ou par voie intraveineuse. • Revérifiez la TA au moins toutes les 2 heures jusqu'à la naissance. 	<p>TA systolique inférieure à 90 mmHg avec signes/symptômes de choc et/ou saignement vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitez toutes les conditions maternelles identifiées, y compris le choc. • Posez une perfusion • Recherchez de soins avancés.

Température	Inférieure ou égale à 38°C	<p>Plus de 38°C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le pouls maternel, le liquide amniotique et l'utérus à la recherche de signes d'infection ; vérifier les signes/ symptômes de choc et autres causes possibles de fièvre (par exemple, infection utérine, urinaire ou respiratoire, paludisme, etc.) • Vérifiez et traitez la déshydratation, si elle est présente (voir ci-dessous). • Si le liquide amniotique est clair et a une odeur normale et qu'il n'y a pas d'autres signes d'infection, donnez 1 litre de liquides clairs et du paracétamol pour faire baisser la température. • Si possible, faites analyser le sang pour une numération globulaire complète et des cultures, faites un test rapide de paludisme, vérifiez l'infection dans l'urine. • Administrez des antibiotiques pour la chorioamnionite et gérez les autres causes de fièvre maternelle. • Vérifiez à nouveau la température 1 heure après l'intervention 	<p>Plus de 38°C avec des signes/ symptômes de choc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitez toutes les conditions maternelles identifiées, y compris le choc • Posez une perfusion • Recherchez des soins avancés.
Signes de déshydratation	Muqueuses humides ; la peau se remet rapidement à la normale lorsqu'on la pince.	<p>Signes de déshydratation : peau et bouche sèches, lèvres sèches, langue gonflée, vertiges, soif, la peau se remet très lentement en place lorsqu'on la pince, léthargie, diminution du débit urinaire, TA basse/hypotension orthostatique, acétone/cétone + ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluez la femme pour des signes/symptômes d'infection. • Recherchez l'acétone dans l'urine. Si l'acétone ++ est présente dans l'urine, encouragez la femme à manger ou à boire ; sinon, traitez-la avec des liquides IV (500 ml en 30 minutes ; évaluez la TA, le pouls et les signes de déshydratation après chaque bolus ; ne donnez pas plus de 4 bolus 2 L). • Encouragez la femme à rester hydratée pendant le travail et la poussée. 	
Capacité de la mère à faire face à la situation Réaction au travail et à l'accouchement	La femme réagit à la douleur et à l'incertitude avec une certaine détresse, mais elle est capable de communiquer et de contrôler son comportement (le niveau d'inconfort et l'effort requis sont modérés)	<p>La capacité de la femme à faire face à la situation n'est pas normale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excluez les complications du travail • Donnez des soins de soutien • Assurez la présence de la personne choisie par la femme. • Travaillez avec la personne choisie par la femme pour lui apporter un soutien. • Donnez un soulagement de la douleur au besoin • Réévaluez le travail 2 heures après avoir fourni des interventions maternelles. 	

Fréquence cardiaque fœtale	110-159 battements par minute (bpm)	<p>100-119 bpm / 160 bpm ou plus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulevez la femme ou placez-la sur son côté gauche. Arrêtez l'ocytocine si elle est administrée. Donnez de l'oxygène à 4-6 L. Donnez des liquides (par la bouche ou par voie intraveineuse). • Vérifiez les signes vitaux de la femme, le liquide amniotique et l'utérus pour déceler des signes d'infection ; vérifiez s'il y a des saignements vaginaux ; vérifiez s'il y a des signes de déshydratation maternelle ; vérifiez les contractions (Plus de cinq contractions en 10 minutes, ou si une contraction dure plus de 60 secondes / Contractions utérines continues qui ne permettent pas à l'utérus de se détendre / Douleur constante qui persiste entre les contractions ou qui est soudaine / Les contractions cessent complètement) • Passez en revue tous les médicaments que la femme reçoit et qui peuvent influencer sur le rythme cardiaque du fœtus (ocytocine, terbutaline). • Traitez toute condition maternelle identifiée, telle que la fièvre. • Vérifiez à nouveau dans 5 minutes, entre les contractions. • Si une cause maternelle n'est pas identifiée et que le RCF reste anormal pendant au moins trois contractions, effectuez un examen vaginal pour rechercher des signes explicatifs de détresse : si le cordon est en dessous de la partie présentatrice ou dans le vagin, traitez comme un prolapsus du cordon. • Assurez-vous que la femme en travail n'est pas en position couchée sur le dos. 	<p>Moins de 110 bpm / Plus de 160 bpm persistant pendant plus de 10 minutes ou ne répondant pas à un changement de position de la mère/ aux interventions maternelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivez les interventions maternelles • Placez la femme sur le côté gauche ou dans toute autre position qui n'est pas le décubitus dorsal. • Donnez de l'oxygène • Posez une perfusion • Recherchez des soins avancés pour une éventuelle césarienne.
----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

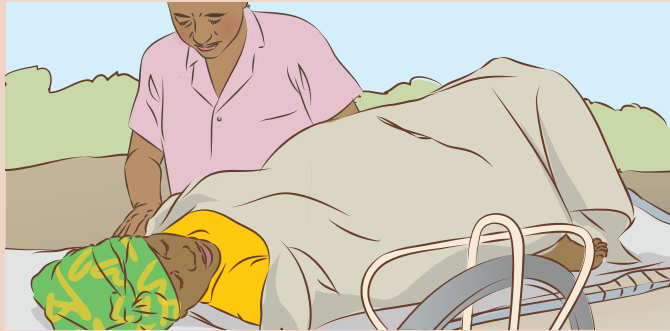
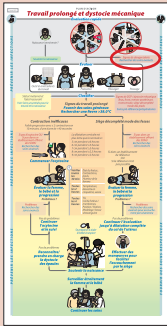
Informations provenant du partogramme / des dossiers médicaux

Âge gestationnel	Au moins 37 semaines de gestation	<p>34 semaines à 36+6 semaines de gestation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer en cours de travail si une unité des soins aux mères kangourous (KMC) n'est pas disponible. 	<p>Moins de 34 semaines de gestation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer pendant le travail si les soins néonataux spécialisés ne sont pas disponibles
Liquide amniotique	<ul style="list-style-type: none"> • Clair • Pas d'odeur nauséabonde • Membranes rompues moins de 18 heures avant la naissance 	<p>Liquide amniotique teinté de méconium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réévaluez le RCF <p>Liquide amniotique a une odeur nauséabonde ou est jaune/verdâtre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez le pouls et la température de la femme ainsi que l'utérus pour déceler des signes d'infection. • Administrez des antibiotiques pour la chorioamnionite. • Réévaluez le RCF 	<p>Saignement (pas de «spectacle sanglant»)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posez une perfusion • Donnez de l'oxygène • Recherchez des soins avancés

<p>Contractions</p>	<p>3 à 5 contractions en 10 minutes, durant plus de 40 secondes chacune.</p> <p>Contractions entraînant une dilatation progressive du col de l'utérus.</p> <p>L'utérus se détend complètement entre les contractions.</p>	<p>Deux contractions ou moins en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes / Contractions sans dilatation cervicale progressive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuez une évaluation rapide • Recomptez les contractions sur une période de 10 minutes. • Évaluez l'état d'hydratation (signes de déshydratation et de cétonurie), la présence d'anxiété ou de peur, la mobilité, la position de la femme. • Offrez soutien et réconfort, soulagez la douleur si nécessaire, gérez la déshydratation si nécessaire, encouragez la mobilité et la position debout. • Stimulez l'activité utérine avec l'ocytocine s'il n'y a pas de signes de disproportion céphalopelvienne ou fœto-pelvienne ou de dystocie mécanique et si les autres mesures visant à résoudre les problèmes identifiés ont échoué. • Offrez des soins généraux de soutien du travail, qui peuvent améliorer les contractions et accélérer la progression. 	<p>Plus de cinq contractions en 10 minutes, ou une contraction dure plus de 60 secondes / Contractions utérines continues qui ne permettent pas à l'utérus de se détendre / Douleur constante qui persiste entre les contractions ou d'apparition soudaine / Les contractions cessent complètement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuez une évaluation rapide • Recomptez les contractions sur une période de 10 minutes. • En cas d'hyperstimulation et sous oxytocine, arrêtez la perfusion d'oxytocine. • Posez la perfusion • Administrez de l'oxygène. • Envisagez des bêtamimétiques en cas de détresse fœtale • Recherchez des soins avancés
<p>Dilatation cervicale</p>	<p>Dilatation dans les paramètres normaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reste à 5 cm pendant moins de 6 heures • Reste à 6 cm pendant moins de 5 heures • Reste à 7 cm pendant moins de 3 heures • Reste à 8 cm pendant moins de 2,5 heures • Reste à 9 cm pendant moins de 2 heures 	<p>La dilatation cervicale est plus lente que la normale en phase active.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédez à une évaluation rapide • Évaluez l'état d'hydratation (signes de déshydratation et de cétonurie) • Évaluez les 4 P pour exclure la disproportion céphalopelvienne et une dystocie mécanique et diagnostiquez la cause • Fournissez du soutien et du réconfort, soulagez la douleur si nécessaire, gérez la déshydratation si nécessaire, encouragez la mobilité et les positions verticales • Fournissez des soins spécifiques pour la cause identifiée • Fournissez des soins de soutien, encouragez la marche, la nourriture et les liquides • Réévaluez dans 2 heures. Cherchez des soins avancés si aucun progrès. 	<p>3 à 5 contractions toutes les 10 minutes, d'une durée de plus de 40 secondes chacune :</p> <p>La dilatation du col de l'utérus est plus lente que la normale en phase active.</p> <p>Il y a un arrêt de la dilatation cervicale en phase active.</p>

<p>Durée de la phase active du travail</p>	<p>La progression de la dilatation cervicale de 5 à 10 cm ne se prolonge pas au-delà de 12 heures lors des premiers accouchements ou plus de 10 heures pour les accouchements suivants</p>	<p>La progression de la dilatation du col de 5 à 10 cm se prolonge au-delà de 12 heures au cours du premier accouchement ou au-delà de 10 heures au cours des accouchements suivants / La dilatation du col se situe à droite de la ligne d'alerte sur le partogramme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuez une évaluation rapide • Évaluez l'état d'hydratation (signes de déshydratation et de cétonurie). • Évaluez les 4 P pour exclure la disproportion céphalopelvienne et la dystocie mécanique et diagnostiquer la cause. • Offrez un soutien et un réconfort, soulagez la douleur si nécessaire, gérez la déshydratation si nécessaire, encouragez la mobilité et la position debout. • Offrez des soins spécifiques pour la cause identifiée • Fournissez des soins de soutien, encouragez la femme à bouger, à manger et à boire. • Réévaluez la situation après 2 heures. En l'absence de progrès, recherchez des soins avancés. 	<p>Signes/Symptômes de disproportion céphalopelvienne ou de dystocie mécanique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faites une évaluation rapide • Posez une perfusion • Offrez un soutien • Recherchez des soins avancés
---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



Connaissances clés

Au cours de l'évaluation rapide, si vous identifiez un signe de danger ou une complication que vous ne pouvez pas prendre en charge, recherchez des soins avancés.

Actions clés

- Donnez des soins d'urgence et un soutien émotionnel jusqu'à ce que la femme puisse recevoir des soins avancés. Administrez un traitement : IV, oxygène, MgSO₄, antibiotiques, etc. comme indiqué.
- Mettez en œuvre le plan de transport si la femme ne se trouve pas dans un établissement de soins avancés et remplissez le formulaire de référence. **Toutefois, si vous pensez que l'accouchement est imminent, ne la transférez pas !**
- Appelez un prestataire capable de fournir des soins avancés si vous vous trouvez dans un établissement de santé offrant des soins avancés.
- Communiquez vos conclusions aux membres de l'équipe en utilisant l'outil SAER (Situation-Antécédents-Évaluation-Recommandation).
- L'outil SAER peut être utilisée pour faire un rapport par téléphone, en personne aux prestataires qui arrivent pour aider ou pendant les transferts des patients.
- Assurez-vous que le prestataire auquel vous rendez compte a compris ce que vous lui

avez dit. S'il vous demande de faire quelque chose, répétez ce qu'il vous a demandé de faire, notamment, l'ordre de donner des médicaments. C'est ce qu'on appelle la communication « en boucle fermée ».

RÉtudes de cas :

Outil de communication SAER :

Mme Z. est une femme de 38 ans, G8P5 à 40 semaines, qui a été admise en travail après avoir eu des contractions régulières pendant plus de 10 heures à la maison, et des douleurs abdominales sévères qui se sont arrêtées brusquement. Sa sœur est avec elle.

Évaluation rapide : Mme Z. dit qu'elle n'a plus de contractions mais que son abdomen est très sensible, que son bébé ne bouge pas et qu'elle a vu du sang dans son urine. Elle semble épuisée. Les yeux sont enfoncés, la bouche est sèche et la peau de son avant-bras se remet lentement lorsqu'on la pince. Signes vitaux : T 37,4°C, Pouls 112 battements/minute et régulier, TA 82/52, 32 respirations/ minute. Les conjonctives sont pâles. RCF : absent (confirmé par 2 prestataires). Lors de l'examen ciblé, on a remarqué un contour utérin anormal, un abdomen sensible et des parties fœtales facilement palpables. Mesures prises : envoi de sang pour analyse de l'hémoglobine et un contrôle de compatibilité, administration d'oxygène, cathétérisme pour 120mL d'urine sanglante, et pose d'une IV avec du sérum physiologique à 1 L en 15-20 minutes.

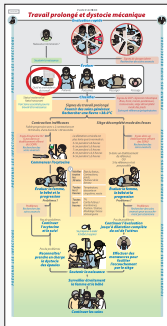
SAER

S	<p>Situation : Que se passe-t-il avec la patiente ?</p> <p>Je m'appelle [votre nom], je suis [titre], je travaille dans le service [nom de l'unité] J'appelle au sujet de [nom de la patiente] actuellement hospitalisée dans [unité]. J'appelle parce que [décrivez très brièvement / succinctement la raison principale de votre appel par exemple, une hémorragie, des convulsions, une TA élevée afin d'orienter la personne que vous appelez vers les autres informations que vous lui fournirez].</p>
A	<p>Antécédents : Quels sont les antécédents pertinents de la patiente, le contexte clinique, les traitements reçus et la réponse, les informations supplémentaires ?</p> <p>La patiente [XX] a été admise le [date XX] avec [par exemple, en travail, plainte XX, déroulement défavorable du travail, fièvre]</p> <p>Antécédents pertinents</p> <ul style="list-style-type: none">• Les antécédents médicaux pertinents sont : _____• Allergies : _____ <p>Résumé du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Depuis son arrivée, les tests suivants ont été effectués [par exemple, tests de laboratoire, échographie, radiographie].• Elle a reçu les traitements suivants [par exemple, antibiotiques, analgésiques, MgSO₄, antihypertenseurs, fluides IV, oxytocine IV, oxygène]. <p>Résultats pertinents de l'examen physique : Les résultats de l'examen physique pertinents pour son problème lors de sa dernière évaluation : matin/après-midi :</p> <ul style="list-style-type: none">• TA : ___/___, Pouls : ___ bpm, T : ___ °C, Respirations : ___ Respirations/minute RCF : ___ bpm• Contractions : ___ en 10 minutes chacune durant ___ secondes : ___ Dilatation cervicale : _____ cm, Descente fœtale : ___/5, Présentation/ Position : _____• Autres résultats pertinents : _____ [par exemple, perte de sang estimée] <p>Résumé du cours clinique :</p> <ul style="list-style-type: none">• Depuis que nous lui avons administré [traitement XX], son état a [décrire comment la patiente a répondu au traitement]
E	<p>Évaluation : A votre avis, que se passe-t-il avec la patiente ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Je pense que le problème est [XXX] et j'ai [par exemple, arrêté la perfusion, donné de l'oxygène] OU• Je ne sais pas quel est le problème mais l'état de la patiente [XX] se détériore OU• Je ne sais pas ce qui ne va pas mais je suis vraiment inquiet.
R	<p>Recommandation : Que pensez-vous qu'il faille faire ?</p> <ul style="list-style-type: none">• J'ai besoin de vous pour..... [par exemple, venir voir la patiente dès que possible] ET• Y a-t-il quelque chose que je dois faire entre-temps (par exemple, arrêter la perfusion, répéter l'évaluation, administrer un traitement) ?

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

Évaluer

Outil de documentation du travail et antécédents



Connaissances clés

Une fois que vous avez effectué une évaluation rapide et que vous savez que la femme ne présente pas de signes de danger ou d'alerte et que l'accouchement n'est pas imminent, procédez à une anamnèse complète et examinez son dossier. Cela vous aidera à identifier rapidement les problèmes. Si la femme vous a été référée par un autre établissement de santé ou un autre prestataire, essayez de parler directement à ce dernier pour obtenir un rapport.

Liste de vérification

- Antécédents : Vérifiez l'outil de documentation du travail ou demandez à la femme :
 - Quand les contractions ont-elles commencé ? A quelle fréquence ? Quelle est leur intensité ?
 - Y a-t-il perte de liquide ? Si oui, quand a-t-il commencé et de quelle couleur ?
 - Traitement(s) déjà reçu(s) ?
 - Signes vitaux maternels, humeur et comportement, urine, signes de danger
 - RCF, modelage, bosse séro sanguine
 - Position et présentation
 - Progression du travail : dilatation du col, descente, contractions, heure de la rupture des membranes.
- Antécédents de grossesses ultérieures :
 - Combien de grossesses au total ?
 - Combien de naissances et de décès ?
 - Problèmes éventuels lors des grossesses précédentes ou d'accouchements
- Antécédents médicaux :
 - Allergies ?
 - Problèmes médicaux chroniques ?
 - Médicaments ?
- Antécédents de cette grossesse :
 - Date prévue d'accouchement (DPA) et comment a-t-elle été déterminée (dernières règles connues, échographie à quel AG) ?
 - Tout problème lié à cette grossesse (comme des saignements, de l'hypertension artérielle ou des infections)
 - Traitements reçus et résultats ?
 - Prend-elle des médicaments actuellement ?
 - Des infections sexuellement transmissibles (par ex. syphilis, chlamydia, gonorrhée) ou un traitement pour celles-ci ?
 - Statut VIH ? Si elle vit avec le VIH, suit-elle un traitement antirétroviral et une suppression virale ? Son partenaire a-t-il été testé ?
 - Quels sont ses taux d'hémoglobine et d'hématocrite les plus récents ?
- Documentez les résultats dans le dossier de travail.

EXERCICE

Évaluer

Outil de documentatio travail et antécédents

SCÉNARIO 1 :

Mme A. 26 ans, G4P2, est venue vous voir en travail. Sa date d'accouchement est fixée à 7 jours à compter d'aujourd'hui selon la DDR. Elle a commencé à avoir de fortes contractions il y a 12 heures. Les résultats de votre évaluation rapide à 05:00h :

- Pas de signes de danger ou d'envie de pousser.
- TA 128/78, pouls 88 bpm, température 37,5°, 14 respirations/minute ; FHR : 136-148 bpm ; pas de pâleur ni de signe de déshydratation.
- Mme A. est inquiète car ses autres accouchements ont été plus rapides, bien que son dernier bébé avait les épaules coincées.

Information sur ce travail

- Les contractions ont commencé il y a environ 12 heures et ont été de 3/10 minutes durant 40 secondes.
- Les membranes se sont rompues environ 2 heures après le début des contractions et le liquide est clair.
- Mme A. sent le bébé bouger.

Antécédents des grossesses antérieures

- 1ère grossesse : avortement spontané à 12 semaines ; 2ème grossesse : grossesse à terme, décès à 5 jours de cause inconnue ; 3ème grossesse : grossesse à terme, garçon âgé de 3 ans.
- Aucune complication pendant les grossesses, les deux accouchements ont eu lieu par voie basse. L'un des accouchements a été compliqué par une dystocie des épaules. Poids à la naissance inconnu.

Antécédents médicaux

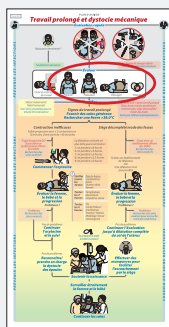
- Antécédents médicaux sans particularité. Aucune opération chirurgicale d'aucune sorte. Mariée, vivant avec son mari. Pas d'antécédents familiaux de maladies chroniques. Pas d'antécédents de tabagisme, d'alcoolisme ou de consommation de drogues.

Antécédents de cette grossesse

- 4 CPN - aucune complication identifiée, VIH et syphilis négatifs, dernière hémoglobine à 32 semaines de gestation était de 10,2 g/dL.

Quels sont les problèmes potentiels que vous avez identifiés ?

Évaluer les quatres « P »



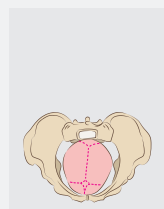
Patiente



Puissance



Passager



Passage

Connaissances clés

Si le travail ne progresse pas, nous devons rapidement décider si le travail est simplement prolongé à cause de contractions inefficaces ou s'il est prolongé à cause d'une dystocie mécanique. La prise en charge est très différente pour chaque cas mais les deux exigent que vous agissiez rapidement ! Un travail prolongé ou une dystocie mécanique peut augmenter le risque d'épuisement, d'infection, d'hémorragie du post-partum (HPP), de dystocie des épaules, d'asphyxie et de décès maternel ou fœtal.

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

- **Patiente** : Adaptation, épuisement, déshydratation, anxiété, détresse, vessie pleine et position.
- **Puissance** : Contractions utérines (fréquence et dilatation progressive du col de l'utérus).
- **Passager** : Position, présentation et taille du fœtus.
- **Passage** : Bassin maternel, relation entre la taille, la présentation et la position du fœtus et le bassin.

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

- elle s'étend au-delà de 12 heures lors des premiers travaux ou au-delà de 10 heures lors des travaux suivants (si la femme et le fœtus se portent bien, n'intervenez pas) **OU**
- il y a un arrêt secondaire de la dilatation cervicale et de la descente de la présentation.

Le deuxième stade du travail est prolongé lorsque :

- L'accouchement ne se produit pas dans les 3 heures chez les nullipares ou dans les 2 heures chez les multipares.
- Le col de l'utérus est complètement dilaté et la femme a envie de pousser, mais il n'y a pas de descente du fœtus.

Les causes possibles d'un travail prolongé sont les suivantes : l'anxiété, l'épuisement, la déshydratation, l'inefficacité des contractions utérines, la position couchée sur le dos, une infection, une position/présentation dystocique ou une dystocie mécanique/une DCP.

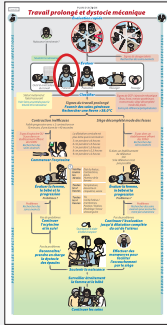
La dystocie mécanique/la DCP se produit au cours de la première ou de la deuxième phase du travail si le fœtus ne peut pas sortir du bassin parce qu'il est physiquement bloqué. **Si la dystocie mécanique/une DCP est confirmée, elle a besoin d'une césarienne !!**

- Les signes de dystocie mécanique sont les suivants : Bosse séro sanguine 3+ et/ou modelage 3+, présentation mal appliquée sur le col, partie présentante mal appliquée sur le col de l'utérus, gonflement du col de l'utérus, gonflement du segment inférieur de l'utérus, formation d'une bande ou d'un anneau de rétraction (anneau de Bandl), une progression médiocre avec de bonnes contractions, une détresse maternelle et/ou foetale.

Les causes d'une dystocie mécanique/une DCP sont les suivantes : un bassin petit ou déformé, un vagin étroit, de mutilations génitales féminines ou de tumeurs, un gros bébé, une anomalie congénitale, une position/présentation dystocique.

Evaluer la Patiente

Faire face au stress



La femme ne fait pas face à la situation

- ✓ Peur
- ✓ Anxieuse
- ✓ En détresse
- ✓ Ne contrôle pas son comportement

Connaissances clés

- Si une femme se sent dépassée ou a peur, cela peut nuire à la progression du travail. L'anxiété peut également augmenter la douleur.
- Lorsque le travail ne progresse pas normalement, il est important de voir ce qui peut être à l'origine d'une mauvaise progression :
 - Comment fait-elle face au travail - A-t-elle peur, est-elle anxieuse, en détresse, ne contrôle-t-elle pas son comportement ?
 - Est-elle accompagnée par une personne de son choix ?
 - Est-ce qu'elle reçoit un soulagement de la douleur ?
- Aidez la femme dès que vous remarquez qu'elle ne s'adapte pas bien ou qu'elle est angoissée par la douleur.

Actions clés

Pour prévenir et prendre en charge l'anxiété et la peur :

- Assurez-vous que son intimité est préservée.
- Expliquez-lui le déroulement du travail, la progression, ce à quoi elle doit s'attendre et les options de soins pour qu'elle comprenne comment elle et son bébé se portent.
- Félicitez-la, encouragez-la et rassurez-la.
- Écoutez-la et soyez sensible à ses sentiments.
- Offrez-lui un soutien, des encouragements et des soins respectueux pour l'aider à faire face à la situation.

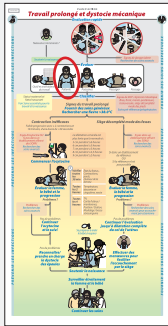
Si elle a besoin d'aide pour soulager la douleur :

- Suggérez un changement de position.
- Encouragez-la à bouger et à marcher.
- Encouragez l'accompagnant(e) à lui masser le dos, à lui éponger le visage ou à placer un linge frais sur sa nuque.
- Montrez-lui comment utiliser des techniques de respiration.
- Encouragez-la à prendre un bain ou une douche chaude si possible.
- Proposez d'autres options de soulagement de la douleur en fonction de la préférence de la femme, des directives nationales, de la disponibilité et de l'expérience du prestataire de soins pour une péridurale ou l'analgésie opioïde.

Si elle n'a pas de personne de son choix à ses côtés, proposez-lui d'appeler quelqu'un pour elle.

Si elle a une personne de son choix à ses côtés, assurez-vous qu'elle sait comment soutenir la femme et quand et comment appeler à l'aide.

Hydratation, position



Signes d'alerte :

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

Connaissances clés

- Si une femme en travail est déshydratée, cela peut prolonger le travail et conduire à l'épuisement.
- Au premier stade, une femme qui ne bouge pas ou qui reste allongée est plus susceptible d'avoir un déroulement défavorable.
- Au deuxième stade, une femme qui pousse dans une position qu'elle n'a pas choisie risque de ne pas pousser efficacement. Les femmes qui poussent en position couchée peuvent avoir un deuxième stade plus long.
- Une vessie pleine pendant le travail :
 - Peut affaiblir les contractions et rendre le travail plus long
 - Peut augmenter la douleur, retarder la délivrance du placenta et provoquer des saignements importants après la naissance
 - Peut empêcher le bébé de se placer dans une bonne position pour la naissance
 - Peut causer des lésions à la vessie
- Lorsque le travail est prolongé, il est important de vérifier ce qui peut contribuer à une mauvaise progression :
 - Est-elle déshydratée ?
 - La vessie est-elle pleine ?
 - Dans quelle position se trouve-t-elle ?

Actions clés

Chaque fois que vous examinez la femme, voyez ce qu'elle boit et mange.

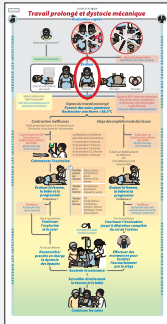
- Encouragez TOUTES les femmes à manger et à boire comme elles le souhaitent pendant le travail.
- Assurez-vous que la femme a des liquides sucrés (jus, thé sucré, boissons gazeuses) à boire ou donnez-lui des sels de réhydratation orale.
- Recherchez des signes de déshydratation : la bouche est-elle sèche ou les yeux sont-ils enfoncés ? A-t-elle extrêmement soif ? L'urine est-elle foncée ou contient-elle de l'acétone++ ou plus ? Est-elle fatiguée, étourdie ou confuse ?
- Si elle est déshydratée et ne peut pas boire, administrez un bolus IV de 500 ml en 30 minutes ; évaluez après le bolus ; administrez jusqu'à 4 bolus pour un total de 2 L selon sa réaction.
- Vérifiez si la vessie est pleine ou distendue et si elle urine régulièrement.
- Encouragez-la à uriner fréquemment.
- Si la vessie est pleine, et qu'elle ne peut pas uriner, sondez la vessie.

Chaque fois que vous examinez la femme, vérifiez dans quelle position elle se trouve. Est-elle mobile ou plutôt allongée ?

- Encouragez-la à se mettre debout et à se déplacer autant qu'elle le peut. Toutefois, laissez-la choisir sa position et prendre le temps de se reposer.
- Soutenez le choix de la position de la femme pour chaque stade du travail et de l'accouchement.

Évaluer la Puissance

Contractions



Les contractions sont inefficaces si

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

Connaissances clés

Si le travail ne progresse pas bien, évaluez le nombre de contractions en 10 minutes et leur durée en secondes.

Les contractions sont efficaces si :

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

Actions clés

Agissez vite ! Fournissez des soins d'urgence et recherchez des soins avancés si vous constatez l'un de ces signes de danger :

- Une douleur constante qui persiste entre des contractions ou qui survient soudainement. Cela peut être un signe de décollement placentaire, en particulier si elle saigne.
- Les contractions s'arrêtent complètement. Recherchez les signes d'une rupture utérine et recherchez des soins avancés.
- Hyperstimulation : toute contraction qui dure plus de 60 secondes OU si plus de cinq contractions en 10 minutes OU si l'utérus ne se détend pas entre les contractions. Traitez l'un de ces problèmes comme une hyperstimulation de l'utérus et reportez-vous à la page 15.

Si la femme a deux contractions ou moins en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes :

- Évaluez si elles sont efficaces ou inefficaces en vérifiant la progression de la dilatation du col et de la descente du fœtus.
- Vérifiez si certains facteurs peuvent contribuer à de mauvaises contractions : hydratation, position et mobilité de la mère, infection, peur ou anxiété, détresse due à la douleur.

Remarque : ne pas pratiquer l'amniotomie comme seule intervention pour augmenter le travail, en particulier dans les contextes où la prévalence du VIH est élevée.

- Encouragez-la à bouger et à changer de position. Apportez un soutien général au travail, y compris le soulagement de la douleur, le traitement de la déshydratation et les mesures de confort qui peuvent améliorer les contractions et la progression.

Remarque sur les soins avancés :

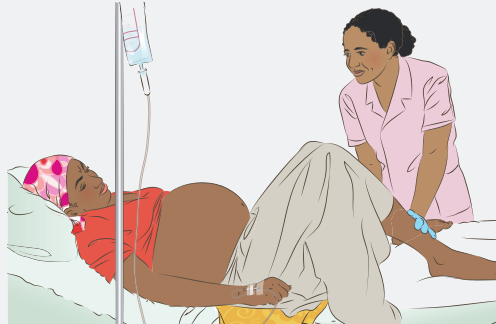
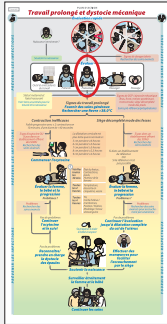
Référez la femme à un établissement de santé qui peut pratiquer une césarienne et s'occuper d'un bébé avec des problèmes si vous pensez que la femme a :

- DCP OU
- Dystocie mécanique OU
- Décollement placentaire OU
- Rupture utérine

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

Les directives doivent être adaptées en fonction des protocoles locaux.

Dilatation cervicale



La dilatation cervicale est plus lente que la normale si elle reste à :

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

Connaissances clés

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

La durée de la phase active du premier stade, de 5 à 10 cm de dilatation du col, ne dépasse généralement pas 12 heures lors des premiers accouchements, et généralement pas plus de 10 heures lors des accouchements suivants.

Examinez le dossier de la femme et l'outil de documentation du travail pour voir le taux de la dilatation, la descente / la station et le schéma de contractions des autres contrôles.

REMARQUE : Les directives de l'OMS (2020) définissent une dilatation cervicale plus lente que la normale comme un col qui :

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

Actions clés

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

- Si vous utilisez le partogramme, la ligne d'alerte du partogramme peut être utilisée pour identifier les femmes qui pourraient nécessiter un transfert vers des soins avancés.
- Si la femme n'est pas dans un établissement de soins avancés, envisagez de la transférer si la dilatation cervicale est plus lente que 1 cm/heure.

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

- La dilatation du col de l'utérus est plus lente que la normale en phase active.
- Il y a un arrêt de la dilatation du col en phase active.

EXERCICE

Évaluer la puissance

SCÉNARIO 1 :

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

A 21 heures : Mme A. a 3 contractions toutes les 10 minutes qui durent 40-50 secondes.

1. Les contractions sont-elles « efficaces » ?
2. Que devez-vous faire pour voir si ses contractions sont « efficaces » ?
3. A-t-elle besoin de soins avancés ?

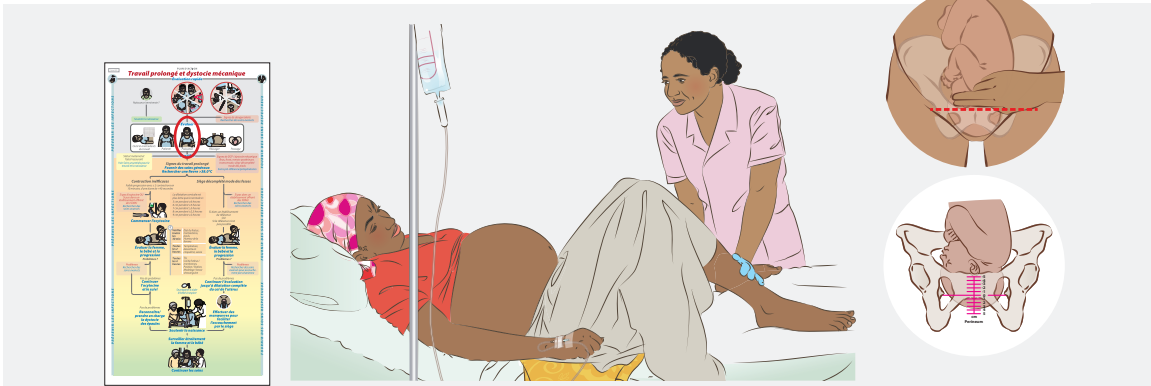
SCÉNARIO 2 :

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

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

1. Les contractions sont-elles « efficaces » ?
2. A-t-elle besoin de soins avancés ?

Descente/station du bébé



Connaissances clés

La descente du fœtus commence pendant la phase active du premier stade du travail. L'absence de descente avec des contractions efficaces peut être un signe de DCP ou de dystocie mécanique. Lors de la palpation abdominale, vous devez évaluer la descente du fœtus en termes de cinquième de la tête du fœtus palpables au-dessus de la symphyse pubienne.

Lors du toucher vaginal, vous devez également évaluer la station fœtale où se trouve le plus grand diamètre de la partie présentante par rapport aux épines ischiatiques.

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

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

Actions clés

Présumez une dystocie mécanique ou une DCP et agissez rapidement si la femme a trois contractions ou plus en 10 minutes, chacune durant 40 à 60 secondes mais

- La tête du fœtus n'est pas engagée.
- Il y a un arrêt secondaire de la descente.
- Le col de l'utérus est complètement dilaté et la femme a envie de pousser, mais il n'y a pas de descente.

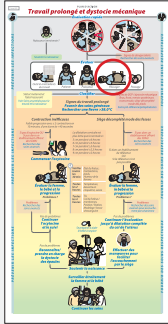
Remarque sur les soins avancés :

Référez à un établissement de santé qui peut faire un accouchement par césarienne et s'occuper d'un bébé ayant des problèmes si

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

Évaluer le Passager

Abdomen, Présentation/Position/Mensonge et Poids fœtal estimé



Connaissances clés

- Une présentation, position, ou mensonge anormal ou un bébé trop grand pour le bassin de la femme peuvent empêcher le travail de se dérouler normalement.
- Présentation dystocique : lorsque le fœtus a une présentation autre que céphalique. Une présentation dystocique augmente le risque de rupture utérine en raison de la dystocie mécanique.
- Position dystocique : la tête du fœtus est dans une position anormale par rapport au bassin de la femme.
- Confirmez la position et la présentation pendant le toucher vaginal. Avant de procéder à un examen, passez en revue les résultats des examens précédents pour les comparer à vos constatations.
- Un gros bébé est un bébé dont le poids fœtal estimé est supérieur à 4 kg.
- Si une échographie est disponible, confirmez la présentation et la position.

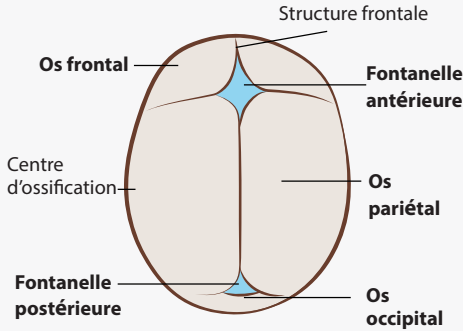
Remarque sur les soins avancés :

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

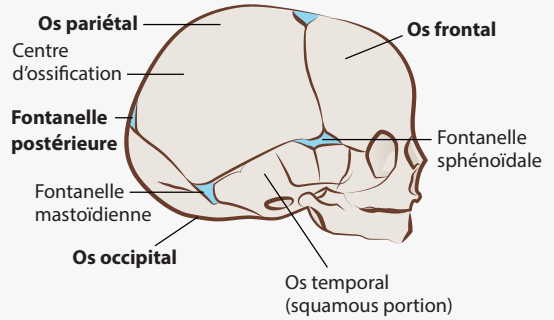
- Signes d'une dystocie mécanique (ballonnement du segment inférieur de l'utérus, anneau de Bandl) OU
- DCP OU
- Présentation par le siège OU
- Grossesse multiple OU
- Mensonge transversal et présentation de l'épaule OU
- Position mento-postérieure OU
- Présentation mixte, du front, du siège mode des pieds OU
- Asynclitisme ne se corrigeant pas spontanément.

Présentation / Position

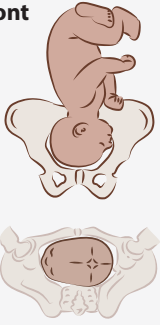
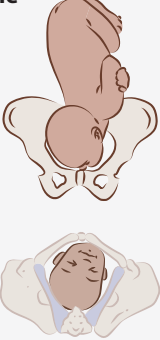
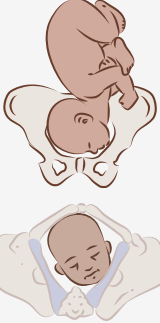
Vue supérieure

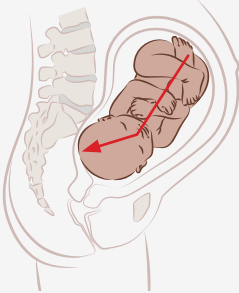




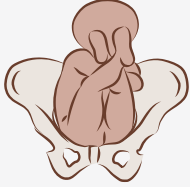
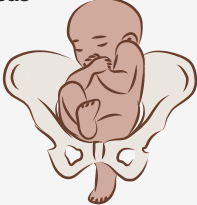

Vue latérale



Position / Présentation	Résultats de la palpation abdominale	Résultats du toucher vaginal
<p>Occiput gauche transverse</p>		<ul style="list-style-type: none"> La fontanelle postérieure se trouve vers le côté gauche de la femme.
<p>Occiput gauche postérieur</p>	<ul style="list-style-type: none"> La partie inférieure de l'abdomen est aplatie, les membres fœtaux sont palpables antérieurement et les battements de cœur du fœtus peuvent être auscultés au niveau du flanc. 	<ul style="list-style-type: none"> La fontanelle postérieure se trouve vers le sacrum et la fontanelle antérieure peut être facilement ressentie si la tête est défléchie.

Position / Présentation	Résultats de la palpation abdominale	Résultats du toucher vaginal
<p>Du front</p> 	<p>Plus de la moitié de la tête du fœtus se trouve au-dessus de la symphyse pubienne et l'occiput est palpable à un niveau plus haut que le sinciput.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Causée par une extension partielle de la tête foetale, de sorte que l'occiput est plus haut que le sinciput. • La fontanelle antérieure et les orbites sont palpables.
<p>Présentation de la face - Position mento-antérieure gauche</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • On sent un sillon entre l'occiput et le dos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Causé par une déflexion complète de la tête foetale de sorte que ni l'occiput, ni le sinciput (bregma) ne sont palpables au toucher vaginal. • Le face est palpable, le doigt de l'examineur entre facilement dans la bouche et les mâchoires sont palpables.
<p>Mentopostérieur gauche (menton postérieur)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • On sent un sillon entre l'occiput et le dos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Causé par une déflexion complète de la tête foetale de sorte que ni l'occiput, ni le sinciput (bregma) ne sont palpables au toucher vaginal. • Le face est palpable, le doigt de l'examineur entre facilement dans la bouche et les mâchoires sont palpables.

Position / Présentation	Résultats de la palpation abdominale	Résultats du toucher vaginal
<p>Asynclitique</p> 		<ul style="list-style-type: none"> • Le centre de la tête n'est pas au milieu du bassin lorsque le col de l'utérus est ≥ 5 cm dilaté. • Le col de l'utérus est plus épais d'un côté et plus mince de l'autre côté lorsque le col de l'utérus est ≥ 5 cm.
<p>Présentation du siège complet (tête fléchie)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Se produit lorsque les deux jambes sont fléchies au niveau des hanches et des genoux. • La tête est palpable dans la partie supérieure de l'abdomen et le siège dans le bord pelvien. À l'auscultation, le cœur du fœtus est situé plus haut que dans une présentation du sommet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les fesses et/ou les pieds sont palpés ; un méconium épais et foncé est normal.
<p>Présentation mixte</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Se produit lorsqu'un bras descend le long de la présentation. Le bras qui fait prolapsus et la tête foetale se présentent en même temps dans le bassin. 	

Position / Présentation	Résultats de la palpation abdominale	Résultats du toucher vaginal
<p>Siège décompleté mode des fesses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Se produit lorsque les deux cuisses sont fléchies au niveau des hanches et les jambes en extension. • Tête palpable dans la partie supérieure de l'abdomen et du siège dans le bord pelvien. À l'auscultation, le cœur du fœtus est situé plus haut que dans une présentation du sommet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les fesses et/ou les pieds sont palpés ; un méconium épais et foncé est normal.
<p>Présentation siège décompleté mode des pieds</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Une jambe est en extension complète. • Tête palpable dans la région de l'abdomen et du siège dans le bord pelvien. À l'auscultation, le cœur du fœtus est situé plus haut que dans une présentation du sommet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les fesses et/ou les pieds sont palpés ; un méconium épais et foncé est normal.
<p>Mensonge transversal et présentation de l'épaule</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Se produit lorsque l'axe long du fœtus est transversal. L'épaule est typiquement la partie présente • Ni la tête ni les fesses sont palpables au niveau de la symphyse pubienne et la tête est généralement palpable au niveau du flanc. 	

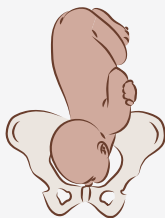
Présentations/positions dystociques nécessitant une césarienne



Mixte



Front



Mento-postérieur



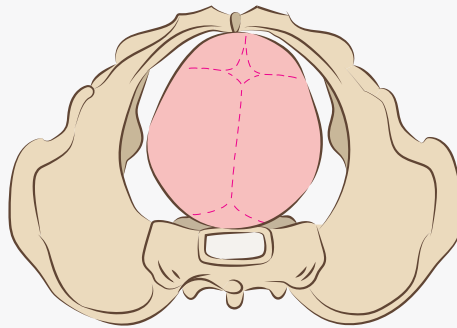
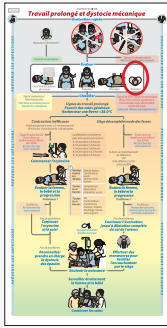
**Épaule/
transverse**



Mode des pieds

Évaluer le Passage

(Bassin)



Connaissances clés

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

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

Rappel :

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

Actions clés

- Si le travail ne progresse pas normalement, des prestataires expérimentés et formés peuvent utiliser la pelvimétrie clinique pour voir si le bassin est suffisamment large pour permettre au bébé de naître par voie basse.
 - Les femmes ne doivent pas être empêchées de tenter le travail sur la seule base de la pelvimétrie.

- La pelvimétrie ne doit être utilisée que si le travail ne progresse pas comme prévu et ne doit être effectuée que par un clinicien formé et expérimenté dans ce domaine.
- Lors du toucher vaginal, vous devez être particulièrement attentif :
 - Aux problèmes du canal de naissance pouvant causer une dystocie mécanique (par exemple, un vagin étroit, une mutilation génitale féminine ou des tumeurs).
 - Un bassin déformé ou étroit
 - Une descente insatisfaisante dans la phase active du premier stade et dans le deuxième stade avec des contractions adéquates (au moins 3/10 minutes, chacune durant au moins 40 secondes).

Remarque sur les soins avancés :

Selon les normes et protocoles locaux, recherchez immédiatement des soins avancés si vous remarquez l'un des éléments suivants :

- Signes de DCP : arrêt secondaire de la dilatation cervicale c'est-à-dire aucun changement dans la dilatation cervicale pendant au moins 2 heures et/ou arrêt de la descente de la présentation avec de bonnes contractions.
- Le travail ne progresse pas normalement et le bassin de la femme est trop petit pour ce fœtus ou vous pensez qu'elle peut avoir une déformation du bassin ou un autre problème avec le canal de naissance.

Les directives doivent être adaptées en fonction des protocoles locaux.

Évaluation des 4 P

Patiente

1. Comment fait-elle face à la situation ?
A-t-elle peur, est-elle anxieuse/en détresse, ne parvient-elle pas à maîtriser son comportement ?
2. Est-elle accompagnée par une personne de son choix ?
3. Est-elle soulagée de la douleur si elle en a besoin ?
4. Est-ce qu'elle boit et mange ?
5. Est-elle déshydratée ? Y a-t-il ++ ou plus d'acétone dans l'urine ; a-t-elle la bouche sèche, les yeux enfoncés, une soif extrême, une urine de couleur foncée, des étourdissements ; est-elle fatiguée ou confuse ?
6. Urine-t-elle régulièrement ? Est-ce que la vessie est pleine ?
7. Dans quelle position se trouve-t-elle ? Est-elle mobile ou plutôt couchée ?
8. Présente-t-elle des signes d'infection utérine ?
 - température $>38^{\circ}\text{C}$, sensibilité abdominale ou utérine, des pertes vaginales malodorantes ?

Puissance

1. Combien de contractions a-t-elle par période de 10 minutes ? Combien de secondes dure chaque contraction ?
2. L'utérus se détend-il entre les contractions ?
3. Les contractions sont-elles efficaces ?
 - Y a-t-il une dilatation progressive du col de l'utérus ?
 - Y a-t-il une descente progressive de la présentation ?
 - La tête est-elle engagée ?
 - La tête est-elle bien appliquée sur le col de l'utérus ?
4. Y a-t-il une faible progression du travail avec de bonnes contractions ?

Passager

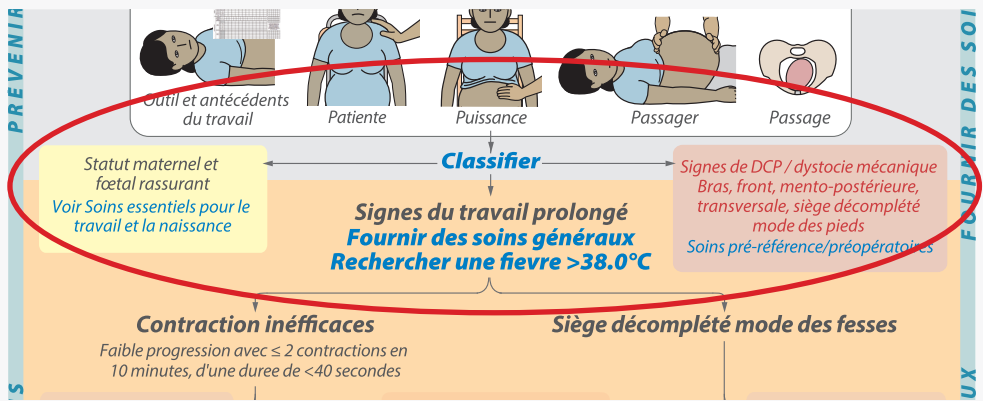
1. Quel est l'âge gestationnel ?
 - Est-il supérieur à 42 semaines ou inférieur à 37 semaines ?
 - Avez-vous besoin d'aide pour estimer l'AG ?
2. Quel est le poids fœtal estimé ?
 - Est-il supérieur à 4 000 g ou inférieur à 2 500 g ?
 - Avez-vous besoin d'aide pour estimer le poids du fœtus ?

3. Comment le fœtus tolère-t-il le travail ?
 - Quel est le RCF pendant et après les contractions ? Y a-t-il des signes de détresse fœtale ? RCF <110 bpm ou ≥ 160 bpm ?
 - Les membranes sont-elles rompues ? Pendant combien de temps ? Le liquide est-il taché de méconium ?
4. Quelle est la présentation du fœtus ?
 - La présentation aura-t-elle le plus de chances d'aboutir à un accouchement par voie basse, comme une présentation céphalique ou du siège complet ou décompleté avec tête bien fléchie ?
 - La présentation peut-elle être associée à un travail prolongé ?
5. Quelle est la position du fœtus ?
 - La position, est-elle susceptible d'entraîner un accouchement par voie basse, telle qu'une position occipitale, mento-antérieure ou siège complet ?
 - Cette position peut-elle être associée à un travail prolongé ?
6. La tête foetale est-elle bien fléchie ?

Passage

1. A-t-elle une cicatrice de césarienne ? La césarienne était-elle pour une DCP ?
2. Y a-t-il des signes de dystocie mécanique ou de DCP ?
 - Bosse séroanguine 3+ et/ou modelage 3+ et/ou
 - Partie présentante mal appliquée sur le col de l'utérus et/ou
 - Col de l'utérus oedémateux et/ou
 - Gonflement du segment inférieur de l'utérus / présence d'une bande ou d'un anneau de restriction (anneau de Bandl).
3. Existe-t-il des problèmes au niveau de la filière pelvienne susceptibles de provoquer une dystocie mécanique (par exemple, vagin étroit, mutilation génitale féminine ou tumeurs) ?
4. Le bassin est-il déformé ou étroit ?
5. A-t-elle besoin d'un spécialiste pour effectuer une pelvimétrie clinique et vous aider à prendre des décisions sur le mode d'accouchement ?

Classifier



Connaissances clés

Votre évaluation vous permettra de déterminer s'il s'agit d'une dystocie mécanique, si le travail est prolongé ou normal. Une fois que vous avez terminé votre évaluation, décidez si :

- La femme a besoin de soins avancés :
 - Dystocie mécanique OU
 - Signes de DCP OU
 - Présentation/position dystocique qui nécessite une césarienne OU
 - Elle présente une complication que vous ne pouvez pas prendre en charge dans votre établissement de santé.
- Le travail de la femme est prolongé et il n'y a pas de signes de DCP/dystocie mécanique.
 - Prenez le travail prolongé en charge en fonction de la cause identifiée.
- Le travail de la femme n'est pas prolongé et il n'y a pas de dystocie mécanique, et les conditions maternelles et fœtales sont rassurantes.
 - Offrez des soins de soutien au travail.

RAPPEL :

La partie la plus importante de l'évaluation lors du travail d'une femme est prolongé est d'écarter la DCP ou la dystocie mécanique. Si le diagnostic de DCP ou de dystocie mécanique est retardé, l'état de la femme et du fœtus peut se détériorer rapidement et entraîner une morbidité à long terme, voire la mort.

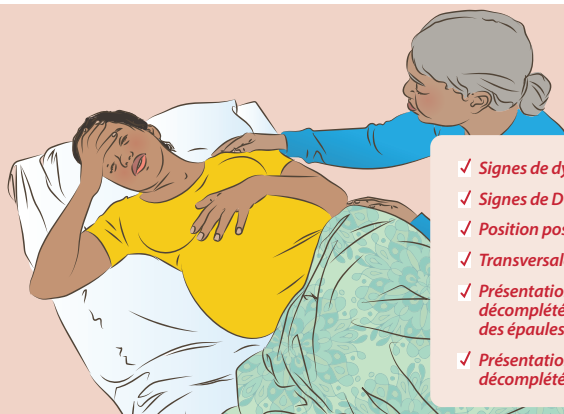
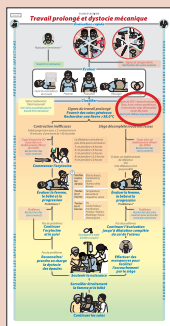
Remarque sur les soins avancés :

S'il s'agit d'une dystocie mécanique, ou s'il y a des signes de DPC, ou s'il y a des positions / présentations dystociques qui nécessitent une césarienne, recherchez des soins avancés.

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

DCP / dystocie mécanique, position/présentation dystocique nécessitant une césarienne

Soins pré-références / préopératoires



- ✓ Signes de dystocie mécanique
- ✓ Signes de DCP
- ✓ Position postérieure du menton
- ✓ Transversale
- ✓ Présentation du front, siège décompleté des pieds, des bras, des épaules
- ✓ Présentation complète ou décompletée avec tête mal fléchie

Connaissances clés

- Votre évaluation vous aidera à décider des soins dont la femme a besoin. Par exemple, elle aura besoin d'une perfusion et peut-être d'antibiotiques, d'oxygène ou d'analgésiques.
- Si le bébé est mort, la femme et sa famille ont besoin de conseils pour se préparer à la naissance d'un enfant mort-né. Dans certains endroits, une craniotomie peut être pratiquée si le bébé est mort.

Actions clés

Agissez rapidement et veillez à ce que les choses urgentes soient faites en premier.

1. Si vous devez transporter la femme vers un autre établissement, mettez votre plan de transport en œuvre.
2. Si vous savez qu'une césarienne sera probablement nécessaire, appelez l'équipe du bloc opératoire pour qu'elle puisse se préparer.

3. Prévenez l'équipe pédiatrique pour qu'elle accueille un bébé en détresse.
4. Expliquez à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui se passe et pourquoi une césarienne ou une référence est nécessaire. Répondez à toutes les questions.
5. Donnez des soins de soutien et respectueux. Discutez avec elle des résultats des tests, expliquez toutes les procédures, l'écoutez et répondez à ses questions, obtenez son consentement.
6. Placez la femme en position latérale gauche pour améliorer la circulation sanguine vers l'utérus et les autres organes vitaux.
7. Commencez une perfusion IV (Ringer Lactate ou sérum physiologique). Seuls ces types de fluides, qui ont une concentration en sodium semblable à celle du plasma, sont des solutés de remplissage efficaces.

- Prélevez du sang pour l'hémoglobine, un contrôle de compatibilité et un test de coagulation au lit, juste avant la perfusion des liquides.
 - Le débit dépendra de la stabilité de la personne, de son état de choc ou de sa déshydratation.
8. Si la femme est en état de choc, placez une sonde de Foley à demeure pour vous assurer que la vessie reste vide et pour enregistrer avec précision le débit urinaire.
 9. Enregistrez tous les fluides perfusés, les fluides oraux et le débit urinaire. Cependant, ne donnez pas de liquides oraux à une femme en état de choc !
 10. Administrez des antibiotiques s'il y a des signes d'infection : température >38°C, pertes vaginales malodorantes, sensibilité utérine.
 - ampicilline 2 g IV toutes les six heures PLUS
 - gentamicine 5 mg/kg de poids corporel IV toutes les 24 heures
 11. Assurez le traitement de la douleur selon les besoins.
 12. Continuez à surveiller de près le déroulement du travail et l'état de la femme et de son fœtus. Ne jamais laissez la femme seule.
 13. Remplissez la note de référence et appelez le centre de référence si possible pour les alerter. Utilisez l'outil SAER pour communiquer.

Taux de perfusion

S'il y a des signes de choc

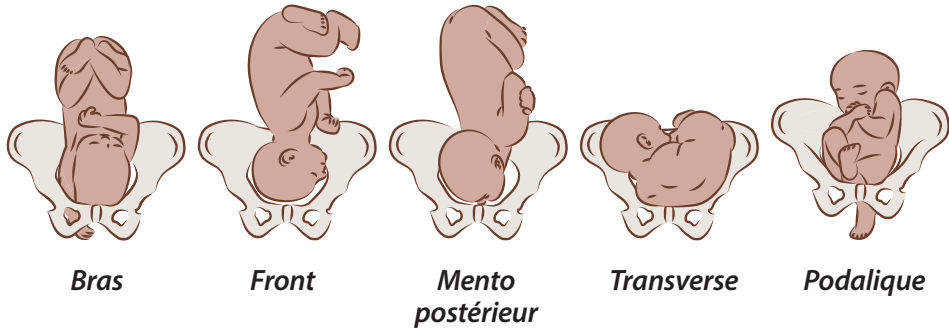
- Perfusez rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) par voie IV à raison de 1 L en 15-20 minutes.
- Administrez au moins 2 litres de ces liquides au cours de la première heure. Remarque : si le choc est dû à une hémorragie, remplacez 2 à 3 fois le volume estimé de sang perdu.
- Lorsque l'état de la femme s'améliore (augmentation de la tension artérielle, diminution du pouls), ajustez le taux de perfusion des liquides IV à 1 L en six heures.

Si la femme est déshydratée

- Administrez 500 mL en 30 minutes.
- Si l'état de la femme ne s'est pas amélioré, donnez 500 mL supplémentaires en 30 minutes.
- Si l'état de la femme ne s'améliore toujours pas, demandez des soins avancés et continuez la perfusion à raison de 1 L par heure, sans dépasser 1 L de plus.
- Lorsque l'état de la femme s'améliore (augmentation de la tension artérielle, diminution du pouls), ajustez le taux de perfusion des liquides IV à 1 L en 6-8 heures.

Si la femme est stable mais a besoin d'une IV :

- Perfusez des liquides IV à raison de 1 L en 6-8 heures.



Connaissances clés

Agissez rapidement pour vous assurer que la femme reçoit des soins avancés si :

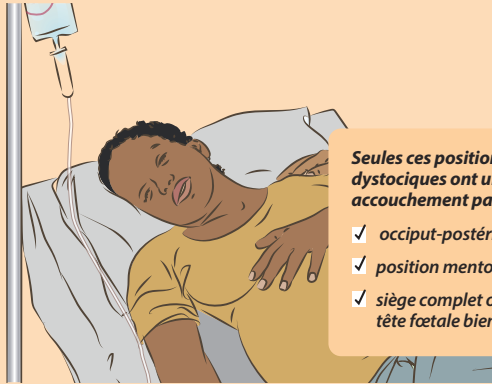
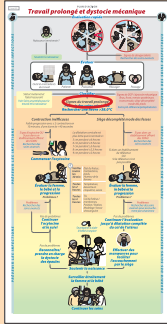
- Vous remarquez l'un des signes de dystocie mécanique suivants :
 - Bosse séro sanguine 3+ et/ou modelage 3+ et and/ou
 - Partie présentante mal appliquée sur le col de l'utérus et/ou
 - Col oedémateux et/ou
 - Gonflement du segment inférieur de l'utérus / formation d'une bande ou d'un anneau de rétraction (anneau de Bandl).
- Vous remarquez l'un des signes suivants de DCP :
 - Arrêt secondaire de la dilatation cervicale (il n'y a pas eu de changement de la dilatation cervicale depuis au moins 2 heures) et / ou
 - Arrêt de la descente de la partie présentante avec de bonnes contractions.
- Vous identifiez une position mento-postérieure ; un mensonge transversal ; une présentation mixte, de l'épaule, du front, du siège mode des pieds, du siège complet ou décompleté avec tête foetale mal fléchie !
- Le travail ne progresse pas normalement avec une présentation du siège complet ou décompleté, une position occipitale postérieure ou asynclitique.
- Si une échographie est disponible, confirmez la présentation et la position à l'aide de l'échographie.

Actions clés

Si vous identifiez une DCP/dystocie mécanique, une position/présentation dystocique ou une complication que vous ne pouvez pas prendre en charge dans votre établissement de santé :

- Préparez la femme aux soins avancés.
- Donnez des soins pré-référence et/ou préopératoires.
- Si des soins avancés sont disponibles dans votre établissement de santé, contactez le médecin pour qu'il vienne vous conseiller sur ses soins. Mettez en place le plan de transport si elle doit être transférée.
- Jusqu'à ce que vous transfériez ses soins à l'équipe chirurgicale :
 - Offrez un soutien général au travail et un soutien émotionnel.
 - Surveillez de très près la femme, son bébé et la progression du travail.
 - Assurez-vous qu'elle reçoit un soulagement adéquat de la douleur !
 - Veillez à noter tous les résultats sur le dossier de travail ou le partogramme, y compris la position/présentation.

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



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

- ✓ **occiput-postérieur**
- ✓ **position menton-antérieur**
- ✓ **siège complet ou décomplété avec tête fœtale bien fléchie**


Connaissances clés

- Avant de prendre en charge un travail prolongé, il faut toujours écarter la possibilité d'une dystocie mécanique.
- Seules ces présentations/positions dystociques ont une chance d'aboutir à un accouchement par voie basse : position occipitale postérieure, position mento-antérieure, présentation du siège complet ou décomplété avec tête fœtale bien fléchie.
- Le col de l'utérus peut ne pas se dilater au rythme de 1 cm/heure, même en phase active. Si la femme et son bébé se portent bien et qu'il n'y a pas de signes de dystocie mécanique ou de DCP, n'essayez pas d'accélérer le processus en accélérant le travail par l'ocytocine ou par une césarienne
- Si vous ne savez pas pourquoi le travail est prolongé, donnez des soins de soutien qui peuvent améliorer les contractions.
 - Expliquez toujours ce qui se passe, les options qui s'offrent à elle et obtenez son consentement avant de poursuivre.
 - Continuez à surveiller de près la femme, son bébé et la progression du travail afin de pouvoir identifier rapidement tout problème et agir vite.

Actions clés

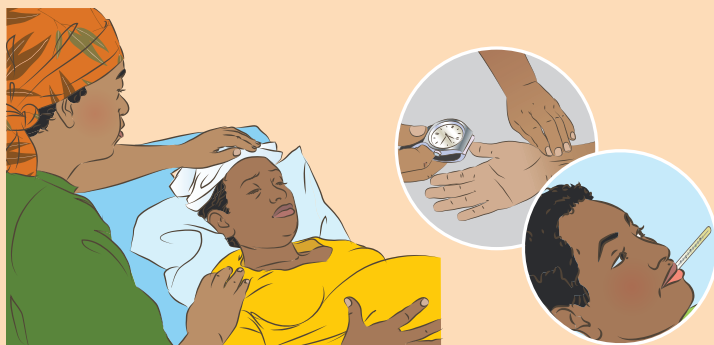
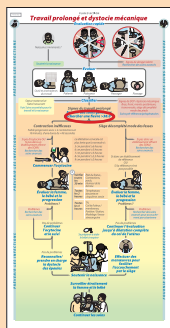
- Donnez des soins de soutien :
 - Assurez son droit à l'intimité.
 - Laissez-la avoir une personne de son choix à ses côtés.
 - Encouragez l'accompagnant(e) à la reconforter. Demandez-lui de frotter le dos de la femme, d'essuyer son visage et son front avec un linge frais, de l'aider à se déplacer et à changer de position.
 - Soutenez-la et encouragez-la.
 - Respectez ses souhaits.
 - Montrez et encouragez les techniques de respiration.
- Si vous avez identifié la raison pour laquelle le travail est prolongé, prenez en charge le problème.
- Continuez à surveiller et à noter le bien-être de la femme et de son bébé et réagissez immédiatement si vous identifiez un problème quelconque :
 - Progression de la dilatation du col
 - RCF
 - Modelage
 - Liquide amniotique
 - Descente du fœtus
 - Contractions utérines

- Température, pouls, TA et débit urinaire
- Comment la femme fait face à la situation
- Encouragez la femme à vider régulièrement sa vessie.
- Encouragez-la à boire au moins une tasse de liquide par heure.
- Encouragez-la à manger si elle a faim.
- Encouragez-la à bouger et à rester debout au lieu de s'allonger si possible.
- Expliquez vos conclusions de toutes les évaluations à la femme et à son accompagnant(e).
- Proposez une prise en charge de la douleur pendant le travail en fonction de ses préférences et de la disponibilité : techniques de relaxation, soutien émotionnel, massages, compresses chaudes ou froides, respiration, bain, péridurale ou analgésiques opioïdes.
- Si les résultats ne sont pas rassurants, agissez rapidement et recherchez des soins avancés.

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

En cas de signes de travail prolongé

Rechercher une fièvre >38°C



Connaissances clés

Une femme dont le travail est prolongé présente un risque d'infection. Surveillez attentivement sa température et réagissez immédiatement si elle est > 38°C.

- Il y a 4 causes principales de fièvre pendant le travail : infection utérine/chorioamnionite, infection non obstétricale, échauffement/déshydratation, péridurale pendant plus de 4 heures.
- La chorioamnionite met en danger à la fois la femme et le fœtus. Cependant, la fièvre pendant le travail peut avoir d'autres causes. Soyez conscient des infections courantes dans votre communauté.
- Une anamnèse et un examen physique ciblés sont essentiels pour déterminer la cause.

Actions clés

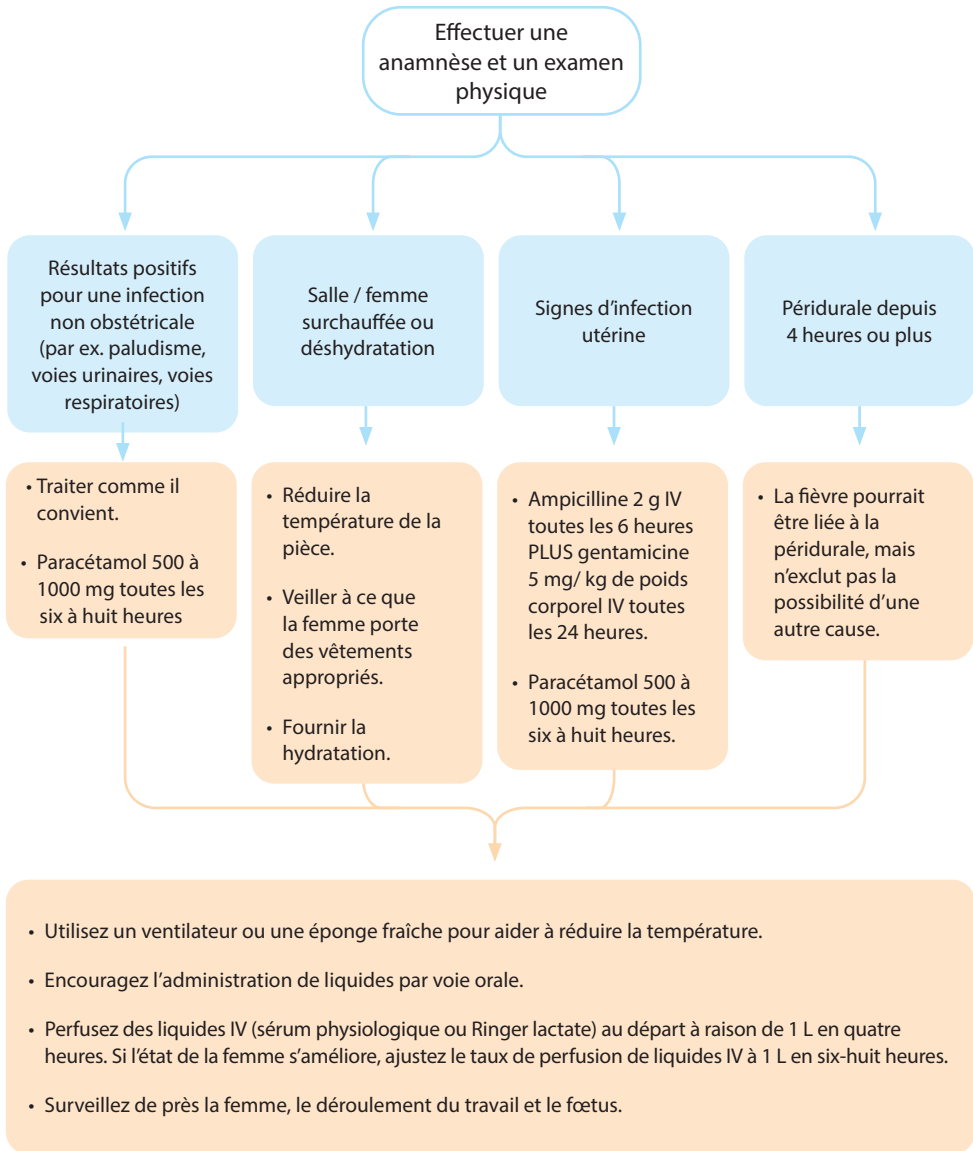
Évaluation de la fièvre intrapartum

1. Effectuez une évaluation rapide de l'état général de la femme, des signes vitaux, du niveau de conscience, de la présence d'anxiété ou de confusion, de la perte de sang et de la couleur de la peau.
2. Si un état de choc est suspecté, agissez rapidement pour la traiter ! Même si aucun signe de choc n'est présent, gardez le choc à l'esprit lorsque vous évaluez la femme, car son état peut s'aggraver rapidement. Si elle est en état de choc, commencez immédiatement le traitement.
3. Vérifiez le rythme cardiaque du fœtus et demandez à la femme s'il y a des mouvements fœtaux.
 - Si le rythme cardiaque fœtal est trop élevé ou trop bas (<110 ou ≥160 battements par minute), soupçonnez une détresse fœtale.
 - Si vous ne pouvez pas entendre des battements de cœur fœtal, demandez à des collègues d'écouter ou utilisez un stéthoscope Doppler, si vous en avez un.
 - Si vous ne pouvez toujours pas entendre le cœur du fœtus, soupçonnez une mort fœtale.

4. Posez des questions sur les symptômes tels que la sensibilité abdominale, des pertes vaginales malodorantes, la douleur à la miction, la douleur dorsale autour des reins, la toux productive, l'essoufflement, la douleur thoracique, la douleur à la respiration, le mal de gorge, le mal de tête, les frissons, la douleur abdominale, la diarrhée, les vomissements, etc.
 5. Posez des questions sur l'exposition au paludisme ou à d'autres maladies.
 6. Examinez le dossier et les antécédents du travail, y compris les aspects médicaux, obstétricaux, la grossesse actuelle et le travail.
 7. Effectuez un examen physique ciblé en fonction des signes et des symptômes.
Par exemple :
 - Si signes/symptômes urinaires : Recherchez une douleur sus-pubienne, une sensibilité au niveau de la cage thoracique (zone de l'angle costo-vertébral).
 - Vérifiez la sensibilité de l'utérus et évaluez les pertes vaginales malodorantes.
 - En cas de symptômes respiratoires : vérifier la présence de râles dans les poumons, de difficultés respiratoires, d'expectoration de sang, de toux productive.
 8. Faites des tests de laboratoire selon les indications de l'examen.
 - Si vous vous trouvez dans une région où le paludisme est endémique, effectuez un test rapide.
 - Si exposée à une infection, à la tuberculose, au COVID-19, à la grippe, effectuez un test rapide.
 - En cas de suspicion d'infection, effectuez un hémogramme complet.
- Si l'on soupçonne une infection des voies urinaires, vérifiez la présence de leucocytes et de nitrites dans l'urine.
 9. Vérifiez la présence d'acétones dans l'urine.
 10. Établissez un diagnostic
 11. Gérez la fièvre en fonction de sa cause
 12. Planifiez la surveillance étroite de la femme, du fœtus et du déroulement du travail.

Algorithme de la fièvre intrapartum

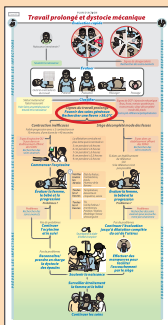
Femme présentant une température intrapartum $>38.0^{\circ}$



En cas d'infection utérine

Donner des fluides et des antibiotiques par voie IV

Donner un réducteur de fièvre



- ✓ Température >38 °C
PLUS
- ✓ Sensibilité du fond utérin
ET/OU
- ✓ Pertes vaginales malodorantes

Connaissances clés

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

- Présumez une infection utérine si : température >38°C PLUS une sensibilité du fond de l'utérus ET/OU des pertes vaginales malodorantes.
- Une femme présentant une infection utérine peut développer un choc dû à une septicémie. C'est une des principales causes de décès maternel et néonatal.
- Surveillez étroitement la femme, son bébé et le déroulement du travail.
- Après l'accouchement, donnez au bébé des antibiotiques prophylactiques pendant au moins 2 jours et recherchez de près les signes de septicémie !

Actions clés

Traiter l'infection utérine pendant le travail :

Antibiotiques

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

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

Soins de soutien

- Encouragez l'administration de liquides (par la bouche ou par voie intraveineuse).
 - Si un choc est suspecté, commencez immédiatement le traitement. S'il n'y a pas de signes de choc, gardez le choc à l'esprit et agissez rapidement si le choc survient !
 - En cas de fièvre ou de déshydratation, perfusez initialement des liquides par voie IV à raison de 1 L en 4 heures. Si l'état de la femme s'améliore, ajustez le taux de perfusion à 1 L en six-huit heures.
 - Pour une perfusion d'entretien, perfusez des liquides IV à raison de 1 L en 6 heures.
- Utilisez un ventilateur ou une éponge fraîche pour donner du confort et aider à réduire la température.

- Donnez du paracétamol 500-1000 mg toutes les six à huit heures (maximum de 4000 mg en 24 heures) pour réduire la température.
- **Veillez à ce qu'elle bénéficie d'un traitement adéquat de la douleur– les contractions d'un utérus infecté peuvent être très douloureuses !**

Suivi

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

- Agissez rapidement si vous constatez des problèmes !
- Commencez un traitement supplémentaire ou consultez si son état s'aggrave !
- Tant que tous les autres résultats restent normaux, poursuivez le traitement de l'infection et apportez un soutien émotionnel et un réconfort continus.

Travail prolongé et dystocie mécanique

Évaluation rapide

PRÉVENIR LES INFECTIONS

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

