

Aider les mères à survivre

Travail prolongé et dystocie mécanique

Guide du prestataire - Partie 2 de 2 : Prise en charge



Table des matières

<i>Classifier</i>	2
<i>Exercice : Accélérer le travail, est-ce nécessaire ?</i>	4
<i>Commencer la perfusion d'ocytocine</i>	5
<i>Évaluer la femme, le bébé et la progression du travail</i>	6
<i>Traiter l' hyperstimulation</i>	11
<i>Exercice : Gérer la perfusion d'ocytocine (1)</i>	12
<i>Exercice : Gérer la perfusion d'ocytocine (2)</i>	13
<i>Reconnaitre la dystocie des épaules (signe de la tortue)</i>	14
<i>Soutenir la naissance</i>	15
<i>Prendre en charge la dystocie des épaules</i>	16
<i>Fournir des soins et noter</i>	27
<i>Classifier</i>	29
<i>Évaluer la femme, le bébé, et la progression du travail</i>	30
<i>Pratiquer des manoeuvres pour l'accouchement par le siège</i>	31
<i>Soutenir l'accouchement par le siège</i>	33
<i>Soutenir la naissance</i>	37
<i>Fournir des soins et noter</i>	38
<i>Surveiller étroitement la femme et le bébé : continuer les soins</i>	39
<i>Activités FDHF</i>	42
<i>Plan d'action : Travail prolongé et dystocie mécanique</i>	54

Classifier

Contractions inefficaces



- ✓ Deux contractions ou moins en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes
- ✓ Déroulement défavorable du travail

Connaissances clés

Si le travail est prolongé parce que les contractions ne sont pas assez fréquentes ou assez fortes pour dilater le col de l'utérus et provoquer la descente du fœtus, une stimulation de l'activité utérine par perfusion d'ocytocine peut stimuler les contractions et améliorer la progression du travail.

La stimulation de l'activité utérine à l'aide d'ocytocine peut provoquer une détresse fœtale et une rupture utérine en raison de l'hyperstimulation de l'utérus.

Les femmes nécessitant une perfusion d'ocytocine présentent un risque accru de :

- rupture utérine
- détresse fœtale / asphyxie du nouveau-né
- hémorragie du post-partum
- dystocie des épaules

Conditions requises pour accélérer le travail avec l'ocytocine :

Pour l'établissement de santé :

- Possibilité de faire une césarienne.
- Bétamimétiques disponibles en cas d'hyperstimulation utérine.

- Conservation de l'ocytocine dans la chaîne du froid (2-8°C) pendant le transport et le stockage.
- Assez de personnel pour surveiller étroitement la femme et le fœtus et donner des soins de soutien continus.
- Un personnel compétent et à l'aise pour calculer et contrôler le taux d'ocytocine et identifier et prendre en charge les complications liées à la perfusion d'ocytocine.

Pour la femme :

- Des contractions inefficaces sont la cause la plus probable d'un déroulement défavorable du travail lorsque le col est dilaté de 5 cm ou plus.
- Il n'y a pas de signes de DCP ou de dystocie mécanique.
- Une position/présentation dystocique nécessitant une césarienne a été exclue.
- Présentation céphalique
- Un seul fœtus
- La structure sanitaire répond aux exigences relatives à la stimulation de l'activité utérine avec l'ocytocine (voir ci-dessus)

Précautions à l'accélération du travail avec l'ocytocine :

- La femme a déjà subi une césarienne.
La rupture utérine est plus fréquente chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne.

Contre-indications à une accélération du travail avec l'ocytocine :

- Signes de DCP ou de dystocie mécanique
- Une position/présentation dystocique nécessitant une césarienne
- Présentation non céphalique
- Grossesse multiple
- L'établissement de santé ne satisfait pas aux exigences relatives à la stimulation de l'activité utérine avec l'ocytocine (voir ci-dessus)

Envisager de pratiquer une amniotomie en même temps que l'accélération du travail avec l'ocytocine.

- Toutefois, ne pas pratiquer d'amniotomie si la présentation n'est pas bien appliquée sur le col de l'utérus, car on risque de provoquer un prolapsus du cordon.
- Pratiquer une amniotomie avec prudence si la femme est atteinte du VIH ou de l'hépatite B ou C OU si ces maladies sont courantes afin de réduire la transmission au bébé.

Remarque sur les soins avancés

- Référer la femme pour des soins avancés si le déroulement défavorable du travail est très probablement due à des contractions inefficaces et que les conditions requises pour une stimulation de l'activité utérine avec l'ocytocine ne sont pas réunies.
- En fonction des directives locales, référer les femmes ayant déjà accouché par césarienne.

EXERCICE

Stimuler l'activité utérine, est-ce nécessaire ?

SCÉNARIO 1 :

Mme W. est une G2P1 de 24 ans qui est arrivée à l'établissement de santé avec des contractions douloureuses. **02h00** : Col dilaté à 5 cm, mou, effacé à 80%. Descente : 2/5. Deux contractions en 10 minutes, chacune durant entre 30 et 40 secondes. Le bébé est en position occipitale antérieure. **06h00** : Col dilaté à 6 cm, mou et effacé à 100%. Descente : 2/5. Mme W. ne présente aucun signe de danger, elle tolère les contractions, ses signes vitaux sont dans les limites de la normale, et le RCF est de 132-146 bpm. Il n'y a aucun signe de DCP ou de dystocie mécanique.

Une accélération du travail avec de l'ocytocine est-elle nécessaire ?
Des soins avancés sont-ils nécessaires ?

SCÉNARIO 2 :

Mme X. est une G1P0 de 22 ans qui est arrivée à l'établissement de santé avec des contractions douloureuses. **16h00** : Col dilaté à 6 cm, souple et complètement effacé. Descente : 2/5. Deux contractions en 10 minutes, chacune durant entre 30 et 40 secondes. Le bébé est en position occipitale droite antérieure. **24h00**: Col dilaté à 7 cm, non œdémateux, tête du fœtus est bien appliquée sur le col. Mme X. est fatiguée mais fait face. Elle a son accompagnant(e) à ses côtés, elle est bien hydratée avec des liquides sucrés et elle a alterné entre la marche et le repos. La TA est 122/78, le pouls 82 bpm, les respirations 16 / minute, la température 37.6°C. Le RCF est de 144-152 bpm.

Une accélération du travail avec de l'ocytocine est-elle nécessaire ?
Pourquoi ou pourquoi pas ?
Des soins avancés sont-ils nécessaires ?

SCÉNARIO 3 :

Mme Y. est une G6P4 de 32 ans qui est arrivée à l'établissement de santé avec des contractions douloureuses. **20h00** : Col était dilaté à 6 cm, légèrement œdémateux. Descente : 3/5. Elle a eu deux contractions en 10 minutes, chacune durant entre 30 et 40 secondes. Le bébé est en position occipitale antérieure. **00h00** : Coll dilaté à 6 cm, très œdémateux. Mme Y. est épuisée et anxieuse. La TA est de 108/58, le pouls de 102 bpm, les respirations de 22 / minute, la température de 38,1°C. Le RCF est de 162-182 bpm.

Une accélération du travail avec de l'ocytocine est-elle nécessaire ?
Pourquoi ou pourquoi pas ?
Des soins avancés sont-ils nécessaires ?

Si les contractions sont inefficaces

Commencer la perfusion d'ocytocine



- ✓ Ajouter 2,5 unités d'ocytocine à 500 mL d'une solution de dextrose à 5 %/sérum physiologique/RL
- ✓ Commencer à perfuser 2,5 mUI par minute.
- ✓ Évaluer la femme et le RCF toutes les 30 minutes pour prendre une décision sur le débit de la perfusion

Connaissances clés

- Expliquer à la femme pourquoi elle a besoin d'une stimulation de l'activité utérine. Lui dire ce à quoi elle doit s'attendre et que ses contractions vont s'intensifier. Obtenir son consentement.
- Surveiller étroitement la femme, le fœtus et la progression du travail. Agir rapidement s'il y a des signes de détresse fœtale ou d'hyperstimulation !
- Continuer à fournir un soutien général au travail et ne jamais laisser la femme seule !

Actions clés

En même temps que vous surveillez la femme et la progression du travail, notez vos observations dans le dossier de travail. Utilisez vos évaluations pour décider si le taux de perfusion doit être maintenu, augmenté ou arrêté :

- **Au moins toutes les 30 minutes, évaluez et notez :**
 - Comment la femme fait face à la situation, le pouls, les contractions, et le RCF
 - Liquide amniotique, en cas de rupture des membranes

• Toutes les 2 heures :

- Température, descente par palpation abdominale, vessie

• Toutes les 4 heures :

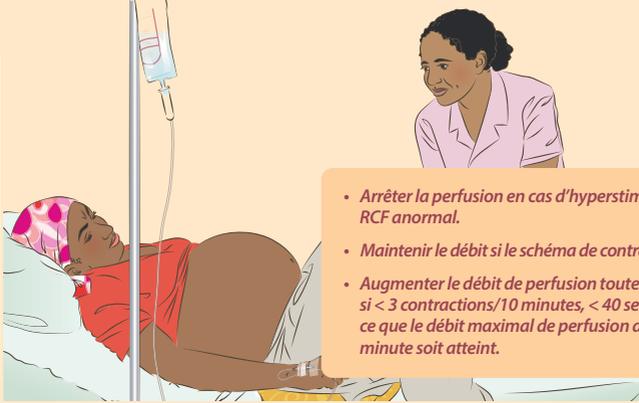
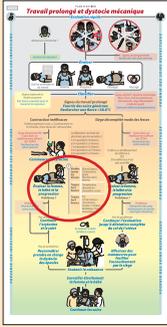
- TA
- Toucher vaginal : dilatation, état du col, station, position, modelage et bosse sérosanguine
- Assurez-vous que lorsque la femme est allongée, elle est sur le côté ou dans la position de son choix, sauf à plat sur le dos. Elle peut marcher et se déplacer si le bébé se porte bien.
- Offrez un soulagement de la douleur si nécessaire.
- Informez la femme et l'accompagnant(e) de son état et de celui de son bébé, ainsi que de la progression du travail.
- Évaluez immédiatement les signes vitaux, les contractions et le RCF si la femme semble en détresse et réagissez en fonction des résultats.

Remarque sur les soins avancés

- Selon les protocoles locaux, consultez un spécialiste si l'un des cas suivants se présente :
- Le bébé est en détresse et ne tolère pas l'accélération du travail.
 - Il y a l'hyperstimulation.
 - Le bébé présente une détresse fœtale qui ne répond pas au traitement.

Si la femme est sous perfusion d'ocytocine

Évaluer la femme, le bébé et la progression du travail



- Arrêter la perfusion en cas d'hyperstimulation ou de RCF anormal.
- Maintenir le débit si le schéma de contraction est bon.
- Augmenter le débit de perfusion toutes les 30 minutes si < 3 contractions/10 minutes, < 40 secondes jusqu'à ce que le débit maximal de perfusion de 15 mUI / minute soit atteint.

Accélération du travail avec l'ocytocine

1. Vérifiez et enregistrez les pouls, les contractions et le RCF de la femme.
2. Aidez-la à s'allonger confortablement sur le côté gauche.
3. Préparez une perfusion IV d'ocytocine dans 500 mL d'une solution IV choisie (dextrose à 5 %, Ringer lactate ou sérum physiologique).
4. Étiqueter la poche avec la concentration d'ocytocine (2,5, 5 ou 10 unités/500 mL) et la date et l'heure auxquelles l'ocytocine a été ajoutée à la poche.
5. Vérifiez les canules IV (tubulaires) disponibles pour savoir le nombre de gouttes/mL (tubulaire normale : 20 gouttes = 1 mL).
6. Commencer à perfuser l'ocytocine en utilisant le débit calculé.
7. Enregistrer les mUI/minute d'ocytocine sur le dossier de travail.
8. Ne laissez jamais la femme seule.
9. Surveillez le RCF, les contractions utérines, comment la femme fait face au stress et le pouls toutes les 30 minutes.
10. Chaque fois que vous évaluez la femme, décidez si le taux doit être maintenu, augmenté ou si la perfusion doit être arrêtée.
 - **Maintenez le débit si un bon schéma de contraction est établi**, soit trois contractions en 10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes.

- Augmentez le débit de perfusion toutes les 30 minutes jusqu'à ce que :
 - un bon schéma de contractions soit établi OU
 - le débit maximal est atteint pour chaque concentration d'ocytocine (2,5, 5 ou 10 unités/500 mL)
- **Arrêtez la perfusion d'ocytocine et agissez rapidement si :**
 - l'utérus ne se détend pas entre les contractions OU
 - il y a des signes de détresse fœtale ou maternelle OU
 - il y a des signes d'hyperstimulation !

Remarque sur les soins avancés

Selon les normes et les protocoles locaux, il faut rechercher des soins avancés si la dose maximale d'ocytocine est atteinte et qu'un bon schéma de contraction n'a pas été établi :

- L'accélération a échoué chez les multigravides et les femmes ayant déjà accouché par césarienne si un bon schéma de contractions n'a pas été établi à un taux de perfusion de 60 gouttes/min avec une concentration de 5 UI/500 mL.
- L'accélération a échoué chez les primigestes si un bon schéma de contractions n'a pas été établi à un taux de perfusion de 60 gtts / min avec une concentration de 10 UI/500 mL.

Taux de perfusion d'ocytocine pour accélérer le travail

OMS : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement 2017

Temps écoulé depuis le début (heures)	Concentration d'ocytocine	Taux de débit : gouttes par minute	Dose approximative (mIU/ minute)	Volume perfusé (mL)	Volume total perfusé (mL)
REMARQUE : vérifiez le nombre de gouttes/mL (tubulaire normale : 20 gouttes = 1 mL) pour les tubulaires disponibles. Si le nombre de gouttes/mL est supérieur ou inférieur à 20 gouttes par mL, le débit de la perfusion en gouttes par minute doit être recalculé.					
0.00	2,5 unités dans 500 mL d'une solution IV (5 mIU/mL)	10	3	0	0
0.50	Idem	20	5	15	15
1.00	Idem	30	8	30	45
1.50	Idem	40	10	45	90
2.00	Idem	50	13	60	150
2.50	Idem	60	15	75	225
3.00	5 unités dans 500 mL d'une solution IV (10 mIU/mL)	30	15	90	315
3.50	Idem	40	20	45	360
4.00	Idem	50	25	60	420
4.50	Idem	60	30	75	495
5.00	10 unités dans 500 mL d'une solution IV (20 mIU/mL)	30	30	90	585
5.50	Idem	40	40	45	630
6.00	Idem	50	50	60	690
6.50	Idem	60	60	75	765
7.00	Idem	60	60	90	855
REMARQUE : Le débit de la perfusion en gouttes par minute ci-dessus est calculé avec un facteur de chute de 20 gouttes/mL.					

Calcul du débit de la perfusion d'ocytocine en fonction de la taille de tubulure IV (10, 15 ou 20 gtts pour équivaloir à 1 mL)

1. Calculez le volume nécessaire en mL pour la dose

- Dans le cas de l'ocytocine, il y aura 2,5 UI (2.500 mIU), 5 UI (5.000 mIU) ou 10 UI (10.000 mIU) dans 500 mL.
- Calculez le nombre de mUI/mL
 - Si la concentration est de 2,5 UI (2.500 mUI)/500 ml, il y a 5 mUI/ml.
 - $2.500 \text{ mUI} \div 500 \text{ mL} = 5 \text{ mUI} / \text{mL}$
- Calculez le nombre de mL nécessaires pour la dose prescrite
 - Pour une dose de 2,5 mUI avec une concentration de 2,5 UI (2.500 mUI) / 500 mL, vous avez besoin de :
 - $(5 \text{ mUI} \div 1 \text{ mL}) = (2,5 \text{ mUI} \div X \text{ mL})$
 - $5X = 2,5$
 - $X = (2,5 \div 5) = \mathbf{0,5 \text{ mL pour une dose of 2,5 mIU}}$

2. Calculez le nombre de gouttes / minute nécessaires

- Pour une dose de 2,5 mUI/min avec tubulaire ayant une facteur de chute de 20 gtts/mL
 - $(20 \text{ gtts} \div 1 \text{ mL}) = (X \text{ gtts} \div 0,5 \text{ mL})$
 - $X = (20 \times 0,5) = 10 \text{ gtts/min}$
 - Débit de perfusion = 10 gtts/min pour une dose de 2.5 mUI

Le débit est calculé en gouttes par minute (gtts/min). Pour le calculer, il faut connaître l'étalonnage des tubulures disponibles (nombre de gouttes pour équivaloir à 1 mL).

Le type de tubulure est généralement de 10, 15 ou 20 gtt pour équivaloir à 1 mL dans les ensembles macrodrip standard, et de 60 gtt pour équivaloir à 1 ml dans les ensembles mini ou microdrip.

Concentration	mIU / mL	Dose : mIU/ min	Gouttes/minute			
			Facteur de chute : 10 gtts/mL	Facteur de chute : 15 gtts/mL	Facteur de chute : 20 gtts/mL	Facteur de chute : 60 gtts/mL
2,5 IU / 2.500 mIU per 500 mL	$2.500 \text{ mIU} \div 500 \text{ mL} = 5 \text{ mIU} / \text{mL}$	$2,5 \text{ mIU/min} = 0,5 \text{ mL}$	5 gtts/ min	8 gtts/ min	10 gtts/ min	30 gtts/ min
5 IU / 5.000 mIU per 500 mL	$5.000 \text{ mIU} \div 500 \text{ mL} = 10 \text{ mIU} / \text{mL}$	$15 \text{ mIU/min} = 1,5 \text{ mL}$	15 gtts/ min	23 gtts/ min	30 gtts/ min	90 gtts/ min
		$5 \text{ mIU/min} = 0,5 \text{ mL}$	5 gtts/ min	8 gtts/ min	10 gtts/ min	30 gtts/ min
10 IU / 10.000 mIU per 500 mL	$10.000 \text{ mIU} \div 500 \text{ mL} = 20 \text{ mIU} / \text{mL}$	$30 \text{ mIU/min} = 1,5 \text{ mL}$	15 gtts/ min	23 gtts/ min	30 gtts/ min	90 gtts/ min
		$10 \text{ mIU/min} = 0,5 \text{ mL}$	5 gtts/ min	8 gtts/ min	10 gtts/ min	30 gtts/ min

Augmenter le débit d'ocytocine lorsque l'état maternel et fœtal est rassurant et qu'il y a moins de trois contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes.

Ajoutez 2,5 unités d'ocytocine à 500 mL de dextrose à 5 %/sérum physiologique/RL (c'est-à-dire 5 mUI par mL).

- Réglez le débit de perfusion à 2,5 mUI par minute (0,5 mL par minute ou 10 gouttes par minute si le dispositif d'administration a un facteur de chute de 20 gouttes/mL).

Augmentez par 10 gtts / minute toutes les 30 minutes. Dose maximale : 60 gtts / minute

Ajoutez 5 unités d'ocytocine à 500 mL de dextrose à 5 %/sérum physiologique/RL (soit 10 mUI par mL) - Utilisez toujours une nouvelle poche de liquide IV.

- Réglez le débit de perfusion à 15 mUI par minute (1,5 ml par minute ou 30 gouttes par minute si le dispositif d'administration a un facteur de chute de 20 gouttes/mL).

Augmentez par 10 gtts / minute toutes les 30 minutes
Dose maximale : 60 gtts / minute

L'accélération du travail a échoué chez les multigravides et les femmes ayant déjà accouché par césarienne si un bon schéma de contractions n'a pas été établi à un débit de perfusion de 60 gtts / min avec une concentration de 5 UI/500 mL.

Seulement si une primigeste,

Ajoutez 10 unités d'ocytocine à 500 mL de dextrose à 5 %/sérum physiologique/RL (c'est-à-dire 20 mUI par ml) - Utilisez toujours une nouvelle poche de liquide IV.

- Réglez le débit de perfusion à 30 mUI par minute (1,5 ml par minute ou 30 gouttes par minute si le dispositif d'administration a un facteur de chute de 20 gouttes/mL).

Augmentez par 10 gtts / minute toutes les 30 minutes
Dose maximale : 60 gtts / minute

L'accélération du travail a échoué chez les primigestes si un bon schéma de contractions n'a pas été établi à un débit de perfusion de 60 gtts / min avec une concentration de 10 UI/500 mL.

Surveillance et prise de décision pendant l'accélération du travail avec l'ocytocine

Toutes les 30 minutes, surveillez et enregistrez :

- la durée et la fréquence des contractions
- Fréquence cardiaque du fœtus
- le pouls maternel

S'il a plus de cinq contractions en 10 minutes **OU** une contraction dure plus de 60 secondes, **arrêtez la perfusion** et traitez comme une hyperstimulation.

Si la fréquence cardiaque du fœtus est anormale (moins de 110 ou plus de 160 battements par minute), **arrêtez la perfusion** et prendre en charge la détresse fœtale

Si le pouls maternel est rapide (110 ou plus) et faible, faites une évaluation rapide de l'état général de la femme, y compris des signes vitaux (pouls, tension artérielle, respiration, température).

Augmentez le débit de perfusion si moins de trois contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes ; l'état de la mère et du fœtus est rassurant

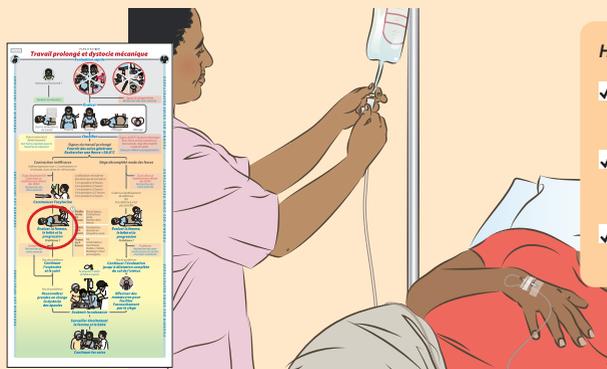
Si un bon schéma de contractions est établi (trois contractions en 10 minutes, chacune durant plus de 40 secondes), maintenez le débit ; continuez à surveiller le pouls et les contractions de la femme, et la fréquence cardiaque du fœtus toutes les 30 minutes

Toutes les 4 heures, évaluez et enregistrez la progression du travail en :

- mesurant les changements dans l'effacement et la dilatation du col de l'utérus pendant la phase de latence
- mesurant le taux de dilatation du col et la descente du fœtus pendant la phase active.

Si contractions inefficaces

Traiter l'hyperstimulation



Hyperstimulation

- ✓ Plus de cinq contractions en 10 minutes
OU
- ✓ Toute contraction qui dure plus de 60 secondes
OU
- ✓ L'utérus ne se détend pas entre les contractions

Connaissances clés

- L'hyperstimulation peut se produire avec ou sans une détresse foetale. Si l'hyperstimulation n'est pas bien gérée, elle peut entraîner une hypoxie foetale et une rupture utérine.
- S'assurer que la femme bénéficie d'un soulagement adéquat de la douleur - l'hyperstimulation est très douloureuse ! En cas de détresse foetale, utiliser des moyens non pharmacologiques pour apporter un soutien émotionnel et soulager la douleur.

Actions clés

Ne laissez jamais la femme seule !

1. Arrêtez la perfusion d'ocytocine pendant que vous expliquez ce qui se passe et ce que vous devez faire.
2. Demandez-lui de se tourner sur le côté gauche.
3. Appelez à l'aide.

REMARQUE : les directives doivent être adaptées en fonction des protocoles locaux.

4. Évaluez le RCF :
 - Si le RCF est normal :
 - Observez si la durée et la fréquence

des contractions diminuent et continuez à surveiller le RCF.

- Si une activité utérine normale n'est pas établie dans les 20 minutes, détendez l'utérus en utilisant des bêtamimétiques.
- Si le RCF n'est pas normal :
 - Prenez en charge la détresse foetale
 - demandez à la mère de changer de position, administrez des liquides par voie IV ou orale et de l'oxygène.
 - Détendez l'utérus à l'aide de bêtamimétiques.
 - Observez si la durée et la fréquence des contractions diminuent et continuez à surveiller le RCF.
 - Envisagez la nécessité d'une césarienne si la détresse foetale persiste malgré le traitement.
- 5. Si le RCF revient à la normale et qu'une activité utérine normale est établie pendant une période d'au moins 30 minutes, reprenez prudemment la perfusion d'ocytocine si vous êtes dans un établissement de soins avancés. Sinon, recherchez des soins avancés.

Bêtamimétiques

Terbutaline 250 mcg ajoutée à 9 mL de chlorure de sodium 0,9 % - administrez lentement par bolus IV de 50 mcg jusqu'à 250 mcg au total OU 250 mcg par injection sous-cutanée

Effets secondaires : tachycardie maternelle transitoire, tremblements, maux de tête, nervosité, palpitations, crampes musculaires

Contre-indications : hémorragie antepartum

Précautions : antécédents médicaux de thyrotoxicose ou de diabète maternel ou pouls maternel >120 battements par minute.

REMARQUE : arrêtez l'administration si le pouls maternel > 140

OU

Salbutamol 10 mg dans 1 L de liquide IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) à raison de 10 gouttes par minute.

Effets secondaires : tachycardie fœtale et maternelle, hypotension maternelle, œdème pulmonaire, hypoxie

Contre-indications : maladie cardiaque, hypertension, hyperthyroïdie

Précautions : Diabète

REMARQUE : arrêter l'administration si le pouls maternel > 140

EXERCICE

Gérer la perfusion d'ocytocine (1)

SCÉNARIO 1 :

Mme E. est une G1P0 de 19 ans qui est arrivée en travail à 9h :

- **09h00** : Col dilaté à 7 cm, 3 contractions utérines en 10 minutes durant 20-30 secondes.
- **13h00** : Col dilaté à 7 cm, 2 contractions en 10 minutes, chacune durant 30-40 secondes. DCP et dystocie mécanique ont été écartés. Le RCF est de 152 bpm. Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités dans 500 mL de Ringer lactate, avec un débit de perfusion de 2,5 mIU par minute.
- **13h00** : 2 contractions en 10 minutes, chacune durant 30-40 secondes ; le RCF est de 138 bpm.

Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?

Comment allez-vous prendre soin de la femme ?

SCÉNARIO 2 :

Mme F. est une G6P5 de 32 ans qui est arrivée en travail :

- **17h00** : Col de l'utérus à 5 cm, 2 contractions en 10 minutes, chacune durant 30-40 secondes.
- **21h00** : Col de l'utérus à 5 cm, aucun changement dans la fréquence et la durée des contractions.
- **01h00** : Col de l'utérus 6 cm, pas de changement dans les contractions. DCP et dystocie mécanique ont été écartées. Le RCF est de 136 bpm. Le travail a été accéléré à 01h00 avec de l'ocytocine à une concentration de 2,5 unités dans 500 ml de Lactate de Ringer, perfusant 2,5 mIU par minute.
- **03h00** : 6 contractions en 10 minutes, chacune durant 70-80 secondes ; le RCF est de 172 bpm.

Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?

Comment allez-vous prendre soin de la femme ?

EXERCICE

Gérer la perfusion d'ocytocine (2)

SCÉNARIO 1 :

Mme G. est une G1P0 de 21 ans qui est arrivée en travail d'accouchement.

- **04h00** : Col dilaté à 5 cm ; 3 contractions en 10 minutes durant 20-30 secondes ; FHR 144.
- **08h00** : Col dilaté à 6 cm ; 2 contractions en 10 minutes durant 30-40 secondes ; FHR 132 bpm. DCP et dystocie mécanique ont été écartées. Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités d'ocytocine dans 500 mL de Ringer lactate (RL), en commençant par 2,5 mUI par minute.
- **11h00** : 2 contractions en 10 minutes durant 30-40 secondes ; le RCF est de 146 bpm. La concentration d'ocytocine est augmentée à 5 UI d'ocytocine / 500 mL de RL en commençant par 15 mUI/min.
- **12h00** : Col dilaté à 6 cm ; 2 contractions en 10 minutes d'une durée de 30-40 secondes ; le RCF est de 138 bpm. Taux de perfusion d'ocytocine : 25 mIU/minute de 5 IU d'ocytocine/500 mL de RL.
- **13h00** : 2 contractions en 10 min. durant 30-40 sec ; RCF 142 bpm. Perfusion d'ocytocine pendant 5 heures. Le débit actuel de la perfusion est de 30 mIU/minute pour les 30 dernières minutes avec une concentration de 5 unités d'ocytocine dans 500 mL.

Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?

Comment allez-vous prendre soin de la femme ?

SCÉNARIO 2 :

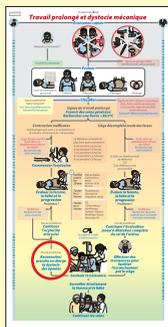
Mme H. est une G5P3 de 30 ans qui est arrivée en travail d'accouchement.

- **20h00** : Col dilaté à 5 cm ; 2 contractions en 10 min. d'une durée de 30-40 sec. ; FHR 132 bp.m
- **00h00** : Col dilaté à 6 cm ; 2 contractions en 10 min. d'une durée de 30-40 sec. ; RCF 136 bpm. DCP et dystocie ont été écartées. Perfusion d'ocytocine mise en place avec une concentration de 2,5 unités d'ocytocine dans 500 mL de RL, en commençant par 2,5 mUI par minute.
- **03h00** : 2 contractions en 10 minutes d'une durée de 30-40 secondes ; RCF 142 bpm. Concentration d'ocytocine augmentée à 5 UI d'ocytocine / 500 mL de RL en commençant par 15 mIU/min.
- **04h00** : Col dilaté à 7 cm, 2-3 contractions/10 minutes durant 20-30 secondes ; RCF 140 bpm.
- **05h00** : 3 contractions en 10 min. durant 30-40 sec ; RC 156 bpm. Perfusion d'ocytocine pendant 5 heures. Le débit de perfusion actuel est de 30 mIU/minute pour les 30 dernières minutes avec une concentration de 5 unités d'ocytocine dans 500 mL.

Comment allez-vous gérer la perfusion d'ocytocine ?

Comment allez-vous prendre soin de la femme ?

Reconnaitre la dystocie des épaules (signe de la tortue)



Signes de la dystocie des épaules

- ✓ La tête du fœtus naît mais reste étroitement appliquée sur la vulve.
- ✓ Le menton se rétracte et déprime le périnée.
- ✓ La traction sur la tête ne parvient pas à dégager l'épaule qui est bloquée derrière la symphyse pubienne.

Connaissances clés

Les femmes pour lesquelles le travail est accéléré ont un risque accru de dystocie des épaules, mais toutes les femmes peuvent en souffrir.

La dystocie des épaules est imprévisible.

Etre préparé et rechercher les signes de dystocie des épaules à chaque accouchement !

Le risque est accru dans les cas suivants :

- dystocie des épaules lors d'une naissance antérieure
- un gros bébé
- diabète
- 1er ou 2e stade du travail prolongé
- accouchement par ventouse ou forceps

La césarienne ne doit pas être pratiquée uniquement parce qu'une femme peut présenter un risque plus élevé de dystocie des épaules si son travail se déroule bien.

La dystocie des épaules est une urgence. On a environ cinq minutes pour dégager le corps du bébé avant que l'asphyxie et des dommages permanents ne se produisent. Il existe des mesures spécifiques et

importantes que que l'on peut prendre pour sauver le bébé.

Signes de dystocie des épaules :

- La tête fœtale naît mais reste étroitement appliquée sur la vulve.
- Le menton se rétracte et déprime le périnée.
- La traction sur la tête ne parvient pas à dégager l'épaule qui est bloquée derrière la symphyse pubienne.

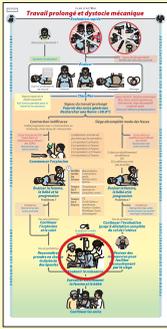
Si ces signes sont observés, agir vite ! Appeler plusieurs personnes à l'aide !

Pour les femmes dont le travail est accéléré, s'assurer d'avoir de l'aide en cas de dystocie des épaules ou si le nouveau-né a besoin d'être réanimé.

La dystocie des épaules augmente le risque de rupture utérine. Les signes de rupture comprennent des saignements intra-abdominaux et/ou vaginaux, des douleurs abdominales sévères qui peuvent diminuer après la rupture, un pouls maternel rapide, des signes de choc, un contour utérin anormal, un abdomen sensible, des parties fœtales facilement palpables, une absence de bruits cardiaque fœtaux.

Si sous perfusion d'ocytocine

Soutenir la naissance



Connaissances clés

Fournir des soins essentiels à toutes les femmes pendant l'accouchement et le post-partum immédiat.

- Fournir des soins spéciaux aux femmes dont le travail est accéléré.
- Continuer la perfusion IV d'ocytocine et surveiller les réactions indésirables à l'ocytocine pendant la deuxième phase.
- L'accélération du travail augmente le risque d'asphyxie du nouveau-né, de rupture utérine et d'HPP.
- **Agir rapidement si un quelconque problème est suspecté !**
- Les femmes dont le travail est prolongé et accéléré doivent être surveillées de plus près pendant le deuxième stade.

Elles sont à risque de :

- détresse foetale et rupture utérine due à l'ocytocine
- DCP / dystocie mécanique - Surveiller attentivement la descente à chaque contraction !
- dystocie des épaules

La durée du deuxième stade du travail varie d'une femme à l'autre. Au cours du premier accouchement, le deuxième stade du travail ne durera généralement pas plus de 3 heures, alors que dans les accouchements suivants, le deuxième stade du travail ne dure généralement pas plus de 2 heures.

Si le deuxième stade du travail ne progresse pas normalement, faire un examen rapide, vérifier les signes vitaux et le RCF, et évaluer les 4 P pour déterminer la cause et prendre en charge les problèmes éventuels.

Dans la plupart des cas, le deuxième stade du travail progressera normalement une fois que le premier

stade prolongé aura été pris en charge. Encourager le concept de maintien de normalité, pendant le travail et l'accouchement. Ne pas recourir à des interventions médicales qu'en cas d'indication claire.

Dans la mesure du possible et même si elle reçoit une perfusion d'ocytocine, encourager et aider la femme à choisir la position qu'elle préfère à l'accouchement, y compris la position verticale.

S'assurer d'avoir un assistant disponible pour aider en cas de dystocie des épaules ou si le nouveau-né a besoin d'être réanimé.

Prévenir l'équipe du bloc opératoire que la femme est maintenant dans le deuxième stade du travail afin que l'équipe soit prête au cas où une césarienne d'urgence serait nécessaire.

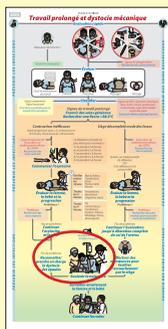
Après avoir vérifié qu'il n'y a pas de deuxième bébé, proposer un utérotonique à toutes les femmes, y compris celles dont le travail est accéléré, afin de prendre en charge activement le troisième stade du travail (GATPA).

En plus de l'utérotonique donné pour la GATPA, donner l'équivalent de 10 UI d'ocytocine sur 3,5 heures pour maintenir l'utérus contracté. Si les saignements sont normaux, arrêter l'ocytocine par voie IV après cela.

Soyez particulièrement vigilant à la tonicité utérine et aux saignements vaginaux. La femme est plus exposée au risque d'HPP. Apprendre à la femme à surveiller ses saignements et son utérus et à masser l'utérus s'il est mou. Dire à la femme et à l'accompagnant(e) d'appeler à l'aide immédiatement si l'utérus est mou ou si elle sent que les saignements ont augmenté.

Prendre en charge la dystocie des épaules

Se préparer



Connaissances clés

Si des signes de dystocie des épaules sont observés, on aura besoin d'au moins deux personnes pour aider l'accoucheur.

Agir rapidement mais avec précaution !
Pendant la dystocie des épaules, ne pas paniquer, ne pas tirer sur la tête, dire à la femme de ne pas pousser, et ne pas pivoter la tête.

La dystocie des épaules peut provoquer :

- Des blessures aux épaules, aux bras ou aux mains du bébé.
- Une asphyxie, qui peut entraîner des lésions cérébrales ou la mort. Si le cordon est clampé trop tôt, cela arrête le flux d'oxygène vers le bébé et augmente le risque d'asphyxie, de paralysie cérébrale et de décès.
- Blessure de la femme, comme une déchirure du col de l'utérus, du rectum, de l'utérus ou du vagin, qui peut entraîner une hémorragie.

Ne PAS faire d'épisiotomie de routine. Ne faire une épisiotomie que si cela est nécessaire pour réduire l'obstacle constitué par les parties molles et faciliter la manipulation.

Garder le cordon intact aussi longtemps que possible.

Actions clés

1. Appelez à L'AIDE ! Mobilisez toute l'aide disponible.
2. Demandez à un membre de l'équipe de se préparer à la réanimation du nouveau-né (personnel et matériel).
3. Prévenez l'équipe du bloc opératoire pour qu'elle se prépare à un accouchement par césarienne au cas où les tentatives de dégagement des épaules seraient infructueuses.
4. Expliquez rapidement à la femme ce qui se passe. Demandez-lui d'écouter attentivement et d'arrêter de pousser.
5. Assurez-vous que la vessie est vide.
6. Annoncez la manœuvre que vous allez essayer
7. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe :
 - Un assistant pour surveiller le temps afin que les autres sachent le temps écoulé en passant d'une manœuvre à l'autre.
 - Deux assistants pour aider aux manœuvres
 - Après la naissance, l'un des assistants s'occupe du nouveau-né.

REMARQUE : Essayez chaque manœuvre rapidement, puis passez à la suivante. Répétez les manœuvres si la naissance ne s'est pas produite après avoir essayé toutes les manœuvres une fois. Passez à la manœuvre de Zavanelli et à la césarienne si la naissance ne s'est pas produite après avoir essayé toutes les manœuvres deux fois.

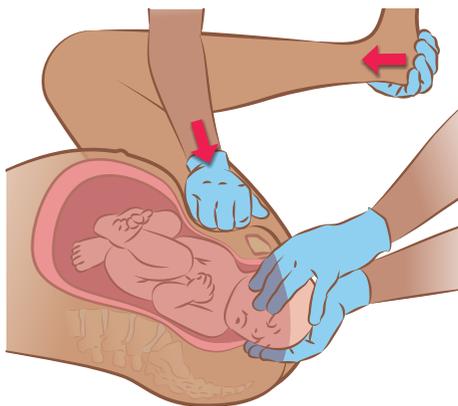
Hyperflexion des deux cuisses et pression sus-pubienne

Connaissances clés

- Une fois que l'aide est mobilisé pour prendre en charge la dystocie des épaules, passer rapidement d'une manœuvre à l'autre.
- Lorsque les assistants arrivent, ils doivent se laver les mains et mettre des gants stériles et d'autres EPI avant d'aider.
- **Ne JAMAIS faire d'expression utérine car cela enclaverait plus encore l'épaule et risquerait de provoquer une rupture utérine.**
- Le fait de faire fléchir les genoux de la femme vers sa poitrine augmente l'espace dans le bassin et l'application d'une pression sus-pubienne aide à déloger l'épaule bloquée (manœuvre de McRoberts).

Actions clés

1. Dites à tout le monde que vous allez commencer par une hyperflexion des deux jambes et une pression sus-pubienne. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe, notamment un responsable du temps qui vous dira de passer à la manœuvre suivante après 60 secondes.
2. La femme étant sur le dos, demandez-lui de ramener ses genoux le plus haut possible vers sa poitrine.
3. Demandez à deux assistants de de lui tenir fermement les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine.
4. Demandez à l'un des assistants qui pousse le genou fléchi d'exercer une pression sus-pubienne vers le bas pour aider l'épaule à descendre sous l'os pubien.



5. Envisagez une épisiotomie uniquement si un espace est nécessaire pour effectuer des manœuvres internes.
6. Appliquez une traction ferme et continue vers le bas sur la tête fœtale pour dégager l'épaule antérieure. Évitez toute traction excessive sur la tête, car cela peut entraîner une paralysie d'Erb !
7. Si l'épaule est dégagée, procédez à l'accouchement. Si l'épaule n'est toujours pas dégagée, dites à votre équipe que vous allez passer à la manœuvre suivante.

Manœuvres interne de rotation

Connaissances clés

Lorsque la première manœuvre n'a pas permis la naissance après 60 secondes, passer aux manœuvres de rotation interne.

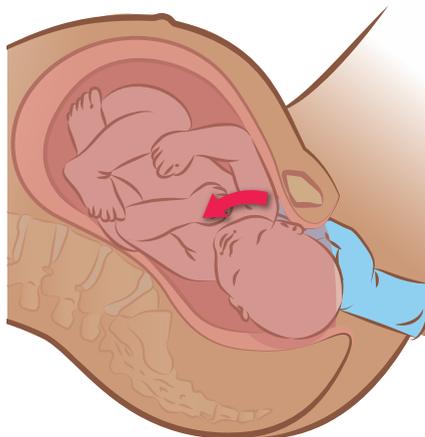
Il existe deux manœuvres de rotation interne :

- Appliquer une pression interne sur l'épaule qui est antérieure (manœuvre de Rubin II) - cela réduira le diamètre de la ceinture scapulaire.
- Placer une main derrière l'épaule non bloquée et faire tourner l'épaule en tire-bouchon jusqu'à ce que l'épaule impactée soit libérée (manœuvre de Woods inversée).
- La manœuvre de McRoberts peut également être appliquée pendant la manœuvre de Rubin et peut faciliter sa réussite.
- Une épisiotomie peut être nécessaire pour laisser de la place aux mains de l'intervenant.

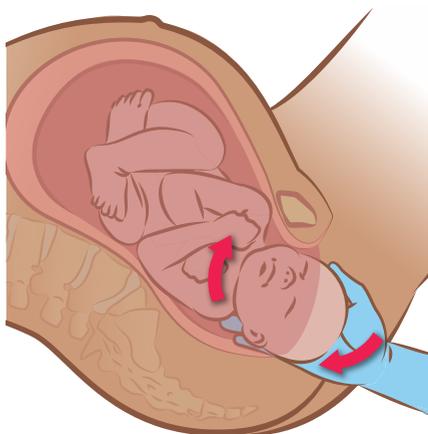
Actions clés

Manœuvre Rubin II

1. Dites à votre équipe que vous allez maintenant appliquer une pression sur l'épaule antérieure. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe.
2. Rappelez à un assistant de vous dire quand 60 secondes se sont écoulées et quand il est temps de passer à la manœuvre suivante.
3. Avec des gants stériles, insérez une main dans le vagin, le long du dos du bébé.
4. Appliquez une pression sur l'épaule antérieure en direction du sternum du bébé pour faire tourner l'épaule.



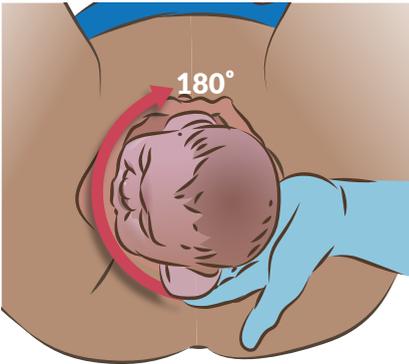
5. Si nécessaire, appliquez une pression sur l'épaule postérieure en direction du sternum du bébé.



Si l'épaule est dégagée, procédez à l'accouchement. Si l'épaule n'est pas dégagée, dites à votre équipe que vous allez passer à la manœuvre suivante.

Manoeuvre Woods inversée

1. Rappelez à un assistant de vous dire quand 60 secondes se sont écoulées pour que vous puissiez essayer la manœuvre suivante.
2. Après avoir mis des gants stériles, insérez une main dans le vagin le long du dos du bébé.



3. Placez au moins deux doigts (index et majeur) sur la face antérieure de l'épaule postérieure.
4. Appliquez une pression sur l'épaule postérieure et faites pivoter le corps de 180°.
5. Après 90°, vous devrez peut-être changer de main pour effectuer la rotation complète de 180°.

Si l'épaule est dégagée, procédez à l'accouchement. **Si l'épaule n'est pas dégagée**, dites à votre équipe que vous allez passer au dégagement du bras postérieur.

Abaissement du bras postérieur

Connaissances clés

Si les manœuvres de rotation interne échouent, dégager le bras postérieur (manœuvre de Mazantte).

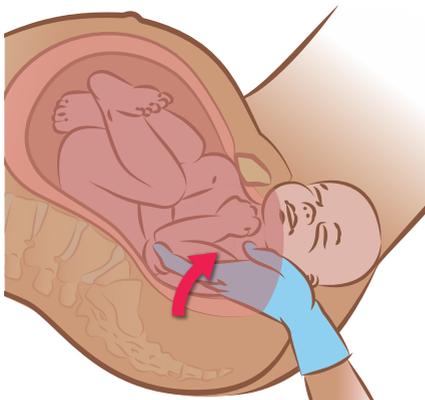
Prendre soin de saisir le bras comme indiqué.

Si la partie supérieure du bras du bébé est saisie et tirée directement, cela peut entraîner une fracture de l'humérus.

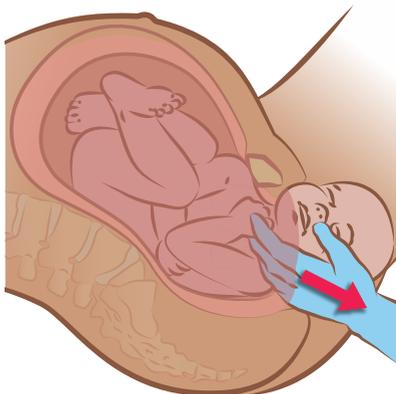
Souvent, le bébé effectuera spontanément une rotation en tire-bouchon lors du dégagement du bras. L'épaule antérieure glisse alors sous l'os pubien.

Actions clés

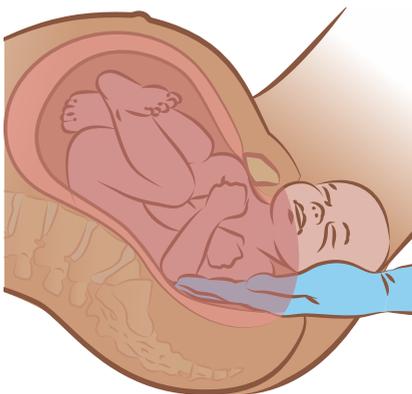
1. Dites à votre équipe que vous allez maintenant dégager le bras postérieur. Attribuez les rôles.
2. Rappelez à un assistant de vous dire quand 60 secondes se sont écoulées pour que vous puissiez essayer la manœuvre suivante.
3. Envisagez l'épisiotomie si vous avez besoin d'espace pour effectuer les manœuvres internes.
4. Avec des gants stériles, insérez une main dans le vagin.



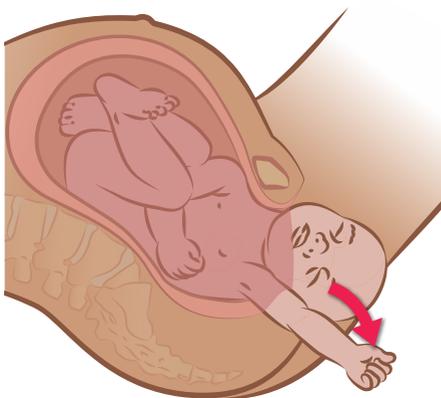
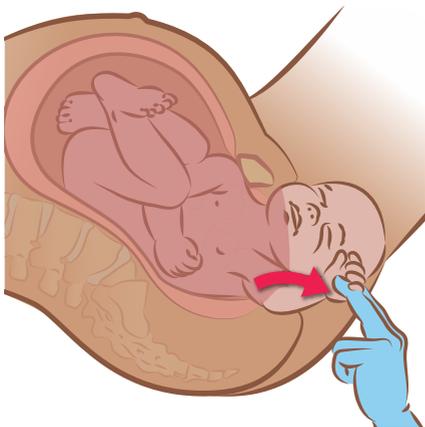
5. Identifiez le bras postérieur et suivez le jusqu'au coude.



6. Si le coude est fléchi, saisissez l'avant-bras et la main et retirez le bras. S'il est en extension, exercez une pression sur l'espace antécubital pour fléchir le bras.



7. Saisissez l'avant-bras ou la main, puis retirez le bras hors du vagin. Cela permet également de dégager l'épaule postérieure.



Si l'épaule est dégagée, procédez à l'accouchement. Si l'épaule n'est toujours pas dégagée malgré les mesures ci-dessus, dites à votre équipe que vous allez essayer la manœuvre suivante.

Se mettre à quatre pattes

Connaissances clés

La mise en position à quatre pattes, parfois appelé la manœuvre de Gaskin, est une technique sûre, rapide et efficace pour la prise en charge de la dystocie des épaules.

Lorsqu'une femme en travail passe de la position semi-allongée à la position à quatre pattes. Cette position accroît les diamètres du pelvis. Le conjugué obstétrical augmente jusqu'à 10 mm et la mesure sagittale de la sortie pelvienne augmente jusqu'à 20 mm.

Actions clés

1. Dites à votre équipe que vous allez maintenant essayer la manœuvre de Gaskin. Attribuez des rôles aux membres de l'équipe.
2. Rappelez à un assistant de vous dire quand 60 secondes se sont écoulées pour que vous puissiez essayer la prochaine manœuvre.
3. Aidez la femme à se mettre à quatre pattes. Demandez à la femme d'arrondir le dos pour élargir le bassin.



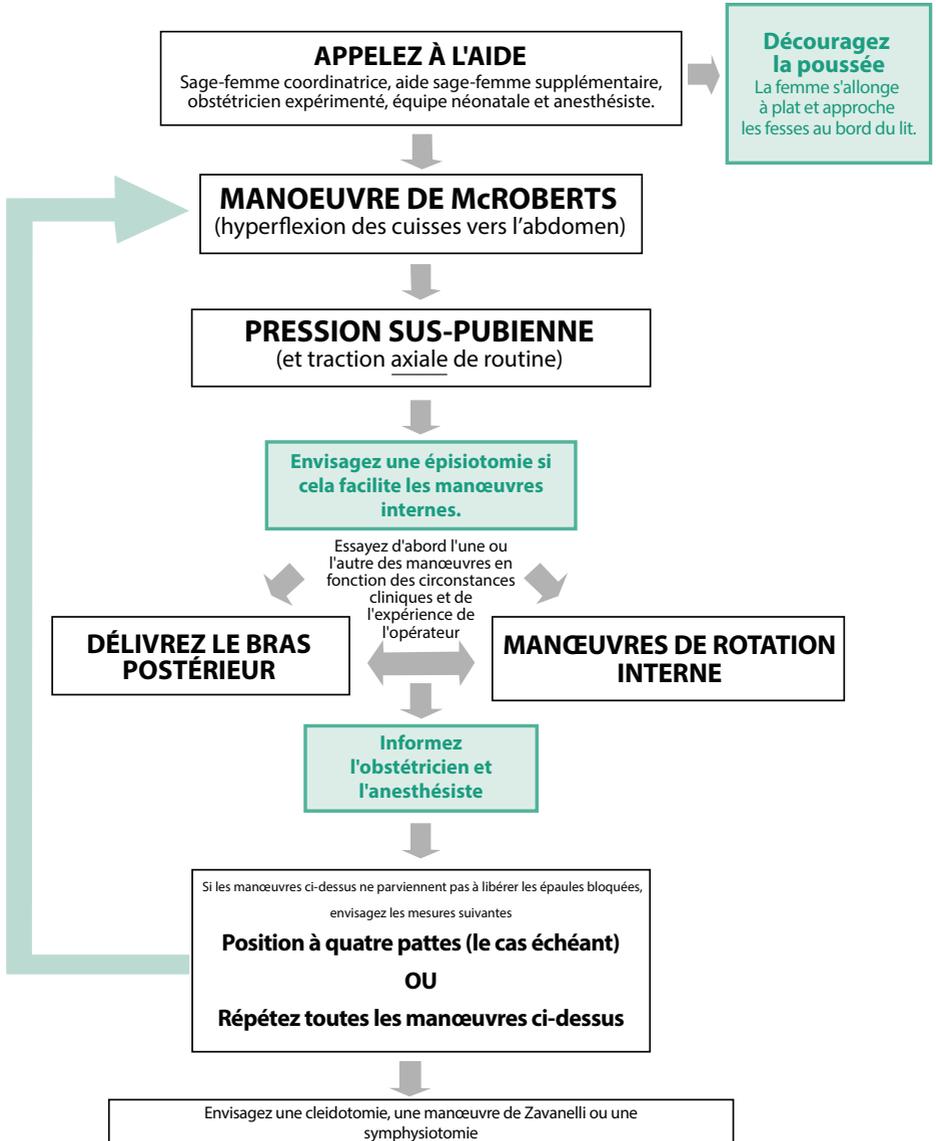
4. Appliquez une traction douce sur la tête vers le sol pour dégager l'épaule postérieure.
5. Si nécessaire, appliquez une pression sur l'épaule qui est postérieure en direction du sternum.

Une fois que l'épaule est dégagée, procédez à l'accouchement. Si l'épaule n'est toujours pas dégagée, dites à votre équipe que vous allez recommencer les manœuvres en commençant par une hyperflexion des cuisses et une pression sus-pubienne.

Si le bébé n'est toujours pas né après avoir tenté **une fois toutes les manœuvres**, recommencez avec une hyperflexion des cuisses et une pression sus-pubienne. Demandez à quelqu'un d'alerter le bloc opératoire que la première série de manœuvres a échoué et qu'une césarienne d'urgence pourrait être nécessaire.

Si le bébé n'est toujours pas né après avoir tenté **toutes les manœuvres à deux reprises**, effectuez la manœuvre de Zavarelli et préparez la femme à un accouchement par césarienne.

Algorithme pour la prise en charge de la dystocie des épaules



Le bébé doit être examiné par un néonatalogiste après la naissance et référé à un consultant en néonatalogie en cas de problème.

DOCUMENTER TOUTES LES ACTIONS SUR PROFORMA ET REMPLIR LE FORMULAIRE DE RAPPORT D'INCIDENT CLINIQUE.

Prise en charge

Manoeuvre de première ligne →

Manoeuvres de deuxième ligne →

HELPERR

H (Help) Appel à l'aide

E Évaluer pour épisiotomie

L Legs – jambe ; manoeuvre McRoberts

P Pression sus-pubienne

E Effectuer des manoeuvres

R (Rotation interne) Retirer le bras postérieur

R Retourner la patiente (à quatre pattes)

Mnémonique HELPERR : Actions et justification

Actions		Justification
H	Help – Appel à l'aide	Vous avez besoin d'aide pour les manoeuvres et pour le nouveau-né.
E	Arrêter de pousser Évaluez la possibilité d'une épisiotomie (avant de pratiquer une épisiotomie, rappelez-vous que la plupart des cas de dystocie des épaules peuvent être résolus par la manoeuvre de McRoberts et une pression sus-pubienne)	Continuer à pousser bloquera davantage l'épaule. La dystocie des épaules est une impaction osseuse, donc l'épisiotomie seule ne libérera pas l'épaule. Dans tous les cas, envisagez de pratiquer une épisiotomie afin de laisser plus d'espace pour effectuer des manoeuvres internes
L	Jambes (la manoeuvre de McRoberts) Flexion-abduction des hanches maternelles, positionnant les cuisses sur l'abdomen maternel.	Cela augmentera la taille fonctionnelle du bassin, diminuera le diamètre bisacromial (la distance entre les parties les plus externes des épaules fœtales) et changera la direction de la force maternelle pour qu'elle soit perpendiculaire au plan de l'entrée pelvienne.

<p>P</p>	<p>P Pression sus-pubienne (également connue sous le nom de Rubin 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La main de l'assistant doit être placée en position sus-pubienne sur l'épaule antérieure du fœtus, en appliquant une pression dans un style de réanimation cardio-pulmonaire avec un mouvement vers le bas et latéral sur l'aspect postérieur de l'épaule du fœtus. - Au départ, la pression doit être continue. En cas d'échec, un mouvement de balancement peut être utilisé pour dégager l'épaule de derrière la symphyse pubienne. 	<p>La pression appliquée sur la face postérieure de l'épaule antérieure dans une direction latérale et vers le bas doit réduire le diamètre des épaules (réduction du diamètre bisacromial) et abaisser l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne.</p>
<p>E</p>	<p>E Effectuer des manœuvres internes de rotation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rubin II : Insérez les doigts de la main droite dans le vagin (à la position 5 heures) et appliquez une pression dans le sens inverse des aiguilles d'une montre sur la face postérieure de l'épaule antérieure. Une pression sus-pubienne externe peut également être appliquée par un assistant pour fournir une force supplémentaire. - manœuvre de Woods inversée : tout en maintenant la position de la main droite, insérez les doigts de la main gauche dans le vagin (à la position 7 heures) et appliquez une pression antihoraire sur la face antérieure de l'épaule postérieure. Les deux mains doivent être utilisées simultanément pour appliquer une pression antihoraire. <p>Une pression sus-pubienne externe peut également être appliquée par un assistant.</p>	<p>Ces manœuvres tentent de faire pivoter l'épaule antérieure dans un plan oblique pour plonger sous la symphyse pubienne.</p>
<p>E</p>	<p>E Effectuer des manœuvres internes de rotation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manoeuvre de Woods inverse : retirez la main gauche du vagin (dernière main entrée, première main sortie). Gardez la main droite dans le vagin et faites glisser les doigts vers le bas, de l'aspect postérieur de l'épaule antérieure à l'aspect postérieur de l'épaule postérieure, et appliquez une pression dans le sens des aiguilles d'une montre. N'appliquez pas une pression suprapubienne externe. 	
<p>R</p>	<p>R Retirer le bras postérieur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le coude doit ensuite être fléchi et l'avant-bras retiré dans un mouvement de balayage sur la paroi thoracique antérieure du fœtus. 	<p>Le fait de retirer le bras postérieur du canal de naissance raccourcit le diamètre du bisacromial, permettant au fœtus de tomber dans le creux du sacrum, libérant ainsi l'impaction.</p>
<p>R</p>	<p>R Retourner la patiente (à quatre pattes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La femme passe de sa position actuelle à la position à quatre pattes. 	<p>Souvent, l'épaule se déloge lorsque la femme se tourne, de sorte que ce seul mouvement peut suffire à déloger l'épaule. L'espace dans le bassin augmente lorsque la femme passe de la position allongée à la position à quatre pattes. De plus, ce changement de position peut faciliter le déblocage des épaules.</p>

Manœuvre de Zavanelli

Connaissances clés

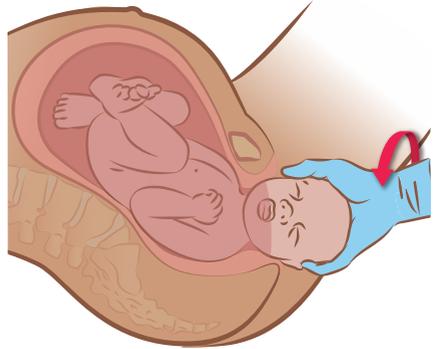
La manœuvre de Zavanelli est difficile et n'est utilisée que lorsque toutes les autres tentatives pour résoudre la dystocie des épaules ont échoué.

Elle consiste à inverser tous les mouvements essentiels du travail : fléchir la tête fœtale et la réintroduire dans le bassin maternel, puis pratiquer une césarienne d'urgence aussi rapidement que possible pour mettre le bébé au monde.

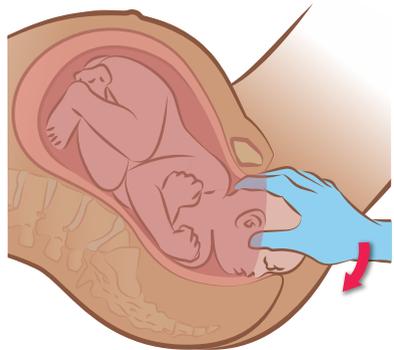
Les risques de la manœuvre pour la femme sont les lésions des tissus mous et la septicémie, et les risques pour le nouveau-né sont les blessures et l'asphyxie.

Actions clés

1. Si possible, donnez des médicaments tocolytiques pour détendre l'utérus :
 - Terbutaline OU salbutamol (voir page 12) OU
 - Nifédipine : Donnez une dose de 20 mg par voie orale
2. **Étape 1 :**
Inversez la restitution :
Les jambes de la femme étant fléchies, tournez la tête en position directe occipitale antérieure ou occipitale postérieure si la tête a tourné à partir de l'une ou l'autre de ces positions.

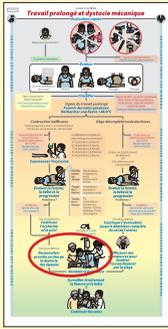


3. **Étape 2 :**
Fléchissez manuellement la tête :
Poussez la tête fœtale vers la poitrine du bébé pour fléchir la tête. Si nécessaire, exercez une pression sur le menton en direction de la poitrine du bébé pour fléchir la tête.



4. **Étape 3 :**
Repoussez la tête dans le vagin :
Appliquez une pression vers le haut sur la tête pour la replacer dans le vagin. Maintenez la tête en position et procédez à la césarienne d'urgence.

Fournir des soins et noter



Connaissances clés

Fournir des soins immédiats à la femme et au nouveau-né, y compris la réanimation si nécessaire. Comme pour chaque accouchement, procéder à la gestion active de la troisième période de l'accouchement, maintenir la femme et son bébé en contact peau à peau pendant au moins une heure et encourager l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance.

Nouveau-né :

- Le bébé peut être asphyxié. Commencer immédiatement la réanimation si le bébé ne respire pas à la naissance. L'asphyxie peut entraîner des lésions cérébrales ou la mort.
- Examiner immédiatement le nouveau-né pour détecter toute blessures dues à la dystocie des épaules (paralysie d'Erb, fracture de la clavicule, fracture de l'humérus).

Femme :

- La dystocie des épaules augmente le risque d'hémorragie du post-partum due à l'atonie. Être prêt !
- Examiner soigneusement la femme à la recherche de blessures. Des déchirures génitales profondes peuvent résulter de la dystocie des épaules et provoquer une

hémorragie. La femme peut avoir besoin d'une intervention chirurgicale si les déchirures sont profondes ou compliquées.

- La dystocie des épaules augmente le risque de rupture utérine (saignement intra-abdominal et/ou vaginal, pouls maternel rapide, signes de choc, contour utérin anormal, abdomen sensible).

Si la femme ou son bébé ne sont pas stables, les stabiliser, puis les référer immédiatement vers des soins avancés.

Actions clés

Examen du nouveau-né

Ces étapes doivent faire partie de l'examen normal du nouveau-né :

1. Observez la façon dont le bébé bouge spontanément ses bras : une absence de mouvement ou un mouvement plus faible dans un bras par rapport à l'autre peut indiquer une paralysie d'Erb ou une fracture de l'humérus ou de la clavicule.
2. Observez la façon dont le bébé tient ses bras : si un bras est plié au niveau du coude et maintenu contre le corps, cela peut indiquer une paralysie d'Erb ou une fracture de l'humérus.
3. Observez la façon dont les bras bougent

- lorsque vous faites rouler le bébé d'un côté à l'autre : un bras sans mouvement lorsqu'on fait rouler le bébé d'un côté à l'autre peut indiquer une paralysie d'Erb.
4. Vérifiez le réflexe de Moro ou de sursaut : un bébé atteint de paralysie d'Erb aura probablement un réflexe de Moro absent ou faible d'un côté.
 5. Vérifiez le réflexe de préhension des deux mains : un bébé atteint de paralysie d'Erb aura probablement un réflexe de préhension absent ou faible d'un côté.
 6. Vérifiez si le bébé est agité ou s'il pleure si on bouge le bras affecté ou quand on le soulève sous les bras : cela peut indiquer une fracture de la clavicule ou de l'humérus.
 7. Palpez les clavicules à la recherche d'une crépitation, ce qui peut signifier une fracture de la clavicule ou du bras.
 8. Notez tous les résultats.
 9. Référez le bébé vers des tests diagnostiques plus poussés (échographie, radiographie ou IRM) et des soins, si nécessaire.

Documentation après une dystocie des épaules.

En plus de la documentation de routine, documentez les éléments suivants :

- L'heure de naissance de la tête
- L'heure du diagnostic de la dystocie des épaules
- Les manœuvres effectuées, le moment et la séquence.
- La position du bébé et quelle épaule a été touchée (droite ou gauche)
- L'heure d'extraction du corps et du placenta

- Le personnel présent
- L'état du bébé à la naissance : le score d'Apgar, les efforts de réanimation, les signes de blessure, le poids à la naissance.
- Le type d'épisiotomie et réfection
- Les lacérations et réfections
- Le counseling et les informations fournis à la femme et à la famille.

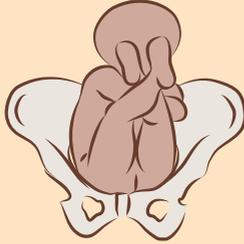
Remarque sur les soins avancés

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

- Le bébé a besoin d'une échographie, d'une radiographie ou d'une IRM pour diagnostiquer le problème.
- Le bébé a des problèmes que votre établissement de santé ne peut pas prendre en charge.
- La femme présente des déchirures périnéales complètes et complètes compliquées).

Classifier

Siège complet ou décomplété mode des fesses



Siège décomplété mode des fesses



Siège complet

Connaissances clés

- Les présentations par le siège sont associées à un risque plus élevé de de traumatisme ou d'asphyxie pendant la naissance. Un bébé en présentation du siège est plus susceptible de présenter une malformation congénitale et d'être prématuré.
- **Demander à un prestataire expérimenté de confirmer la présentation. Si possible, confirmer par échographie.** Idéalement, tout accouchement par le siège devrait avoir lieu dans un hôpital ayant la capacité de pratiquer une césarienne d'urgence.
- Si une femme se présente en phase de latence avec une présentation du siège, proposer une version céphalique externe (VCE) si : 37 semaines ou plus ; l'accouchement par voie basse est possible ; une césarienne d'urgence est possible ; les membranes sont intactes, le liquide amniotique est suffisant ET quelqu'un est formé pour pratiquer la VCE.
- L'accouchement par voie basse du siège ne doit avoir lieu que dans des établissements de santé dotés : D'un clinicien formé, expérimenté et compétent en matière d'accouchement par le siège ; D'une échographie pour confirmer la position ; D'une salle d'opération pour effectuer une césarienne d'urgence ; De prestataires et d'un établissement de santé qui ont la capacité de prendre en charge un bébé asphyxié avec des blessures à la naissance.

REMARQUE : les femmes qui se présentent trop tard pour être transférées doivent être prises en charge là où elles se trouvent.

- Conditions maternelles nécessaires pour tenter un accouchement par le siège : pas d'antécédents de césarienne pour une DCP/dystocie mécanique
- Conditions fœtales requises pour tenter un accouchement par le siège :

- Siège complet ou décomplété mode des fesses
- Tête fléchie - idéalement confirmée par une échographie.
- Taille estimée ne semble pas élevée donc un poids estimé de <4kg
- Le bébé n'est pas prématuré et on ne soupçonne pas une restriction de croissance fœtale. Ces bébés présentent un risque plus élevé d'une rétention de la tête dernière.

REMARQUE : si vous avez des doutes sur la taille du bassin, demandez à une personne formée à la pelvimétrie clinique d'évaluer le bassin ou recherchez des soins avancés.

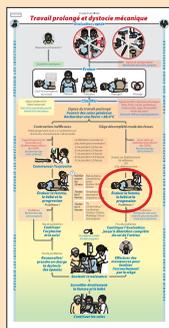
Remarque sur les soins avancés

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

- Vous soupçonnez une contraction du bassin **OU**
- Le bébé est gros (>4000 g) **OU**
- Le bébé a une restriction de croissance intra-utérine (<2000 g) ou est prématuré **OU**
- Le cou est en hyperextension ou vous ne pouvez pas confirmer la flexion de la tête **OU**
- La femme a déjà accouché par césarienne **OU**
- L'établissement de santé n'a pas :
 - Un clinicien formé et expérimenté pour faire un accouchement par voie basse par le siège.
 - Une échographie pour confirmer la position.
 - La capacité d'effectuer une césarienne d'urgence et de s'occuper d'un bébé asphyxié avec des blessures de naissance.

En cas de siège complet ou décomplété mode des fesses

Évaluer la femme, le bébé, et la progression du travail



Connaissances clés

Suivre et noter l'état maternel et fœtal ainsi que la progression du travail, comme pour n'importe quel accouchement. Cependant, s'assurer qu'une perfusion IV est instaurée.

- Si on soupçonne un déroulement défavorable du travail par le siège :
 - Ne pas accélérer le travail.
 - Transférer la femme si possible, si elle n'est pas dans un établissement de soins avancés.
 - Demander à un prestataire expérimenté d'aider à la prendre en charge le travail.
- La procidence du cordon est un risque pour les accouchements par le siège. Faire un toucher vaginal pour la rechercher : Si le RCF est inférieur à 110 bpm et lorsque les membranes se rompent !
- Être prêt à agir rapidement dans les cas rares d'une rétention de la tête dernière ou des bras relevés lors du passage des épaules dans le bassin maternel.

REMARQUE : le méconium est fréquent lors d'un accouchement par le siège et n'est pas un signe de détresse fœtale si le RCF est normal.

Actions clés

Prendre en charge la procidence du cordon dans le premier stade du travail :

- Appelez à l'aide !
- Expliquez à la femme et à l'accompagnant(e) ce qui se passe et ce que vous devez faire.
- Administrez de l'oxygène à raison de 4 à 6 litres par minute au moyen d'un masque ou de canules nasales.
- Vérifiez si le cordon est pulsatile pour savoir si le bébé est vivant ou non.

- Confirmez le premier ou le deuxième stade du travail par un toucher vaginal immédiat.

Si le cordon est pulsatile et que la femme est dans le premier stade du travail :

- Appelez le bloc opératoire pour un accouchement par césarienne en urgence.
- Mettez des gants stériles et insérez une main dans le vagin.
- Poussez la partie présentante vers le haut pour diminuer la pression sur le cordon et la déloger du bassin.
- Placez l'autre main sur l'abdomen, dans la région sus-pubienne, pour maintenir la partie présentante hors du bassin.
- Une fois que la partie présentante est fermement maintenue au-dessus du bord du bassin, retirez l'autre main du vagin.
- Gardez la main sur l'abdomen jusqu'à ce qu'une césarienne puisse être pratiquée.
- Si possible, administrez des tocolytiques pour détendre l'utérus et réduire les contractions.
- Faites immédiatement une césarienne.

Si le cordon est pulsatile et que la femme est dans le deuxième stade du travail :

- Réalisez l'extraction du siège et posez le forceps de Piper ou le forceps à longues branches pour l'extraction de la tête dernière.
- Préparez-vous pour la réanimation du nouveau-né. Si le cordon n'est pas pulsatile, procédez à la naissance du bébé de la manière la plus sûre pour la femme. Offrez des soins émotionnels à la femme et à l'accompagnant(e) pour les préparer à la naissance d'un bébé mort-né.

*Si l'accouchement par le siège est spontané
Ne pas pousser avant que le col ne soit complètement dilaté*

Pratiquer des manœuvres pour l'accouchement par le siège



Connaissances clés

- Dans la plupart des cas, le bébé naîtra spontanément.
- Une fois l'accouchement commencé, les principes les plus importants sont de soutenir doucement le corps et d'éviter de tirer sur le bébé, à moins qu'il n'y ait absolument aucun progrès après plusieurs minutes de poussée maternelle.
- Tirer sur le bébé entraîne une extension du cou, ce qui rend impossible le soulèvement du corps et la sortie de la tête par flexion.

Actions clés

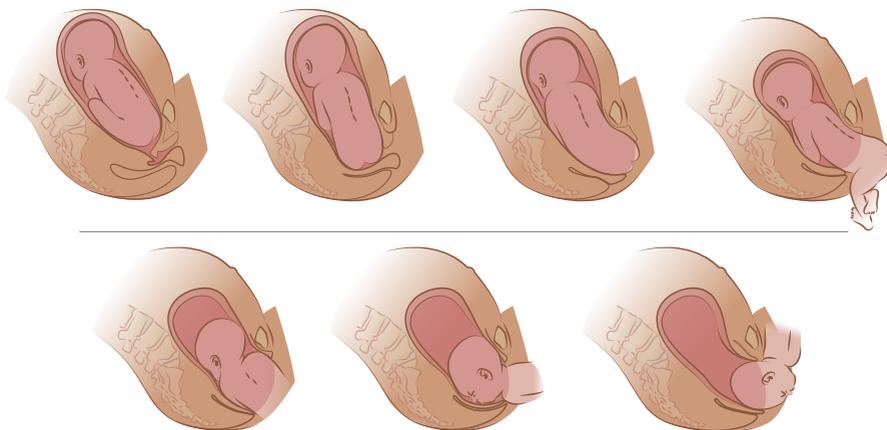
1. Faites un toucher vaginal pour confirmer la dilatation complète du col et la présentation du siège.
2. Demandez de l'aide.
3. Confirmez l'accès à une voie veineuse.
4. Apportez un soutien émotionnel et des encouragements.
5. Utilisez un bloc pudendal si vous êtes formé et si la femme en a besoin pour

l'aider à se détendre.

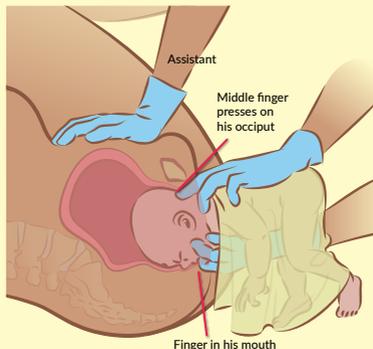
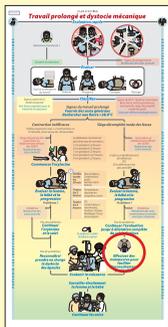
6. Si les fesses ne sont pas entrées dans le vagin, encouragez la femme à ne pas pousser si elle en a envie, mais demandez-lui de haletter pour éviter de pousser. Une fois que les fesses sont entrées dans le vagin, demandez-lui de suivre son envie de pousser dans la position de son choix. Les manœuvres de siège peuvent être effectuées en toute sécurité dans n'importe quelle position.
7. Laissez les fesses du fœtus descendre naturellement- ne touchez pas le bébé !
8. S'il y a une due à des lésions ou à des tissus cicatriciels dans le périnée, décidez si vous devez effectuer une épisiotomie. Attendez que l'anus du fœtus soit visible à l'ouverture du vagin.
9. Minimisez la manipulation du bébé.
10. Laissez les fesses sortir jusqu'à ce que vous puissiez voir le bas du dos et les omoplates. Assurez-vous que la colonne vertébrale du fœtus tourne vers l'avant pendant l'accouchement. Le bébé doit regarder vers le coccyx de la femme.

11. Tenez délicatement les fesses d'une main, mais ne tirez pas sur le corps ou les jambes du bébé. Les jambes fléchies du bébé se dégagent généralement d'elles-mêmes.
12. Tenez le bébé par les hanches/le bassin. Ne tenez pas le bébé par les flancs ou l'abdomen, car cela peut provoquer des lésions rénales ou hépatiques.
13. Laissez les bras se détacher spontanément un par un. N'aidez que si nécessaire.
14. Après la délivrance spontanée du premier bras, soulevez les fesses vers le ventre de la mère pour permettre au deuxième bras de sortir spontanément.
15. Couvrez le corps du bébé avec un linge propre et sec. Laissez le bébé pendre jusqu'à ce que la ligne nucale soit visible.
16. Allongez le bébé vers le bas, la longueur de son corps au-dessus de votre main et de votre bras dominant.
17. Maintenez le corps du bébé au niveau ou en dessous du plan horizontal ou de l'axe du canal de naissance pour éviter l'hyperextension de la colonne vertébrale du bébé.
18. Ne relevez le corps que lorsque le nez et la bouche du bébé sont visibles au niveau de l'introitus.
19. Laissez la tête se dégager lentement. Essayez de ne pas laisser la tête « jaillir » du canal de naissance.

Mécanisme du travail lors d'un accouchement spontané par le siège



Si siège complet ou décomplété mode des fesses Soutenir l'accouchement par le siège Accouchement de la tête dernière



Connaissances clés

- La tête peut sortir spontanément ou avec l'aide de la manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit (MSV).
- Avec la MSV, la combinaison de la flexion du cou, de la traction sur le fœtus vers la hanche/le bassin et de la pression sus-pubienne maintient la tête d'un bébé fléchi.

Actions clés

1. Soutenez le corps du bébé avec la main et l'avant-bras du votre bras dominant.
2. Placez les premier et troisième doigts sur le maxillaire du bébé ; et **placez le deuxième doigt dans la bouche du bébé ou non selon la préférence.**
3. De l'autre main, saisissez les épaules du bébé.
4. Avec les doigts de la première main, fléchissez doucement la tête du bébé vers la poitrine tout en continuant à tirer sur la mâchoire pour faire descendre la tête du bébé jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.
5. Tirez doucement pour dégager la tête.
REMARQUE : Demandez à un assistant de pousser au-dessus de la symphyse

- pubienne pendant le dégagement de la tête. Cela permet de maintenir la tête du bébé en flexion.
6. Soulevez le bébé, toujours couché sur le bras d'accoucheur, jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés.
7. Placez le bébé sur l'abdomen de la femme, séchez immédiatement le bébé et évaluez sa respiration, retirez le linge humide, et couvrez-le avec un linge sec et un bonnet.
8. Assurez la gestion active de la troisième période de l'accouchement.
9. Clampez et sectionnez le cordon ombilical 1 à 3 minutes après la naissance du bébé.
10. Fournissez les soins essentiels à la femme et à son bébé.

Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, dégager les fesses et les jambes

Connaissances clés

Les fesses et les jambes devraient accoucher spontanément. Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, dégager une jambe à la fois à l'aide de la manœuvre de Pinard.

Actions clés

Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, faites sortir une jambe à la fois, en utilisant **la manœuvre de Pinard** :

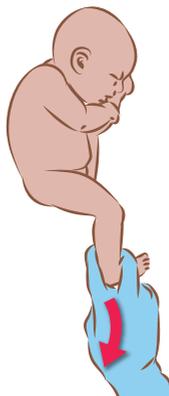
1. Poussez derrière le genou pour plier la jambe.



2. Saisissez la cheville et dégagez le pied puis le reste de la jambe.



3. Répétez pour l'autre jambe.
4. Tenez délicatement le bébé par les hanches, sans tirer. Ne le tenez pas par les flancs ou l'abdomen, car cela peut provoquer des lésions rénales ou hépatiques.



Ne tirez pas le bébé pendant le dégagement des jambes. Cela pourrait entraîner l'extension du cou, rendant impossible le soulèvement du corps et la délivrance de la tête par flexion. Cela rend le dégagement de la tête plus difficile et dangereuse.

Si les bras ne se dégagent pas spontanément, dégager les bras

Connaissances clés

En général, les bras se dégagent spontanément. Cependant, il arrive que les épaules se bloquent si les bras sont relevés lors du passage des épaules dans le bassin maternel.

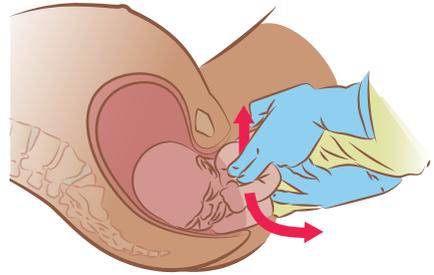
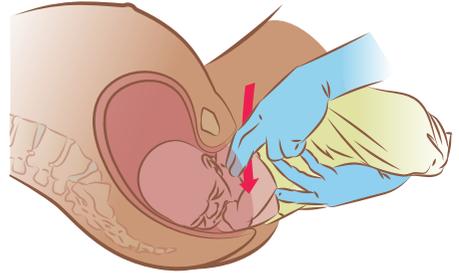
Il existe 3 méthodes pour abaisser les bras afin que les épaules puissent descendre :

- Si les bras sont palpables sur la poitrine, placer un ou deux doigts dans le coude et plier le bras, en ramenant la main au-dessus du visage du bébé.
- Si les bras sont étendus au-dessus de la tête ou repliés autour du cou, utiliser la manœuvre de Lovset.
- Si le corps du bébé ne peut pas être tourné, dégagez d'abord l'épaule postérieure.

Actions clés

Si les bras sont palpables sur la poitrine :

1. Placez un ou deux doigts au niveau du coude et pliez le bras de façon à ramener la main devant le visage du bébé.

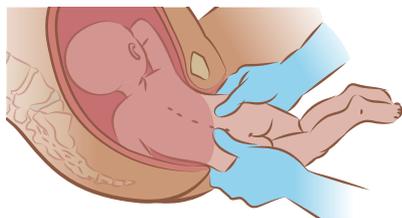


2. Après le dégagement spontané du premier bras, soulevez les fesses du bébé vers l'abdomen de la mère pour permettre au second bras de se dégager spontanément.

Si les bras ne se dégagent pas spontanément et qu'ils sont tendus au-dessus de la tête ou repliés autour du cou.

Utilisez la manœuvre de Lovset

1. Tenez le bébé par les hanches et imprimez une rotation en demi-cercle, en maintenant le dos tourné vers le haut et en exerçant en même temps une traction vers le bas, de sorte que le bras postérieur devenu antérieur descende sous l'os pubien.



2. Facilitez le dégagement du bras en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. Amenez le bras vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage.

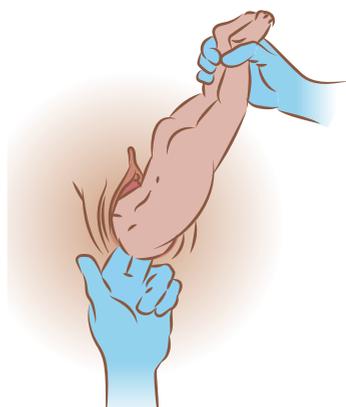


3. Pour dégager le second bras, tournez l'enfant dans l'autre sens, en maintenant le dos vers le haut et en exerçant une traction vers le bas, et dégagez le second bras de la même manière sous la symphyse pubienne.



Si les bras ne sont pas dégagés spontanément et que vous ne pouvez pas tourner le corps du bébé : Commencez par l'épaule postérieure.

1. Prenez le bébé par les chevilles et soulevez-le.
2. Orientez la poitrine du bébé vers la jambe de la mère, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager.



3. Dégagez le bras postérieur.
4. Ramenez le bébé en position allongée en le tenant par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager.
5. Dégagez le bras antérieur.

Si vous ne pouvez pas dégager la tête et qu'elle est bloquée, demandez l'aide d'un prestataire expérimenté qui peut utiliser des forceps ou d'autres procédures avancées et alertez le bloc opératoire.

Si siège complet ou décompleté mode des fesses

Soutenir la naissance



Connaissances clés

- Continuer à surveiller la femme, le fœtus et la progression du travail pendant le deuxième stade du travail. Agir rapidement en cas de problème.
- S'assurer d'avoir un assistant pour aider à l'accouchement et être prêt si le nouveau-né a besoin d'être réanimé. Dans la plupart des cas, la naissance par le siège se produira spontanément. Il est important de promouvoir le sentiment que la naissance est normale et de ne recourir à des interventions médicales qu'en cas de besoin manifeste.
- **Dans la mesure du possible, encourager et aider la femme à choisir la position qu'elle préfère à l'accouchement, y compris la position verticale.**
- Alerter le bloc opératoire qu'il y a une femme avec une présentation du siège au deuxième stade du travail afin qu'il soit prêt si une césarienne d'urgence est nécessaire.
- Une fois que le bébé est né, s'assurer que

le nouveau-né respire bien et assurer une gestion active de la troisième période de l'accouchement.

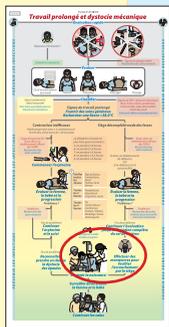
Agir rapidement en cas de problème !

La présentation du siège augmente le risque de :

- détresse fœtale
- CPD/dystocie mécanique
- précidence du cordon, surtout en cas de siège complet
- rétention de la tête dernière
- descente rapide de la tête fœtale pouvant provoquer une hémorragie intracrânienne
- lésions de la colonne cervicale dues à l'hyperextension de la tête.
- retardement de la naissance de la tête pouvant entraîner une asphyxie par compression du cordon ou séparation du placenta.
- lésions traumatiques du bébé, notamment fractures de l'humérus, du fémur ou de la clavicule, luxation des hanches.
- paralysie d'Erb
- lésions traumatiques de la femme.

Immédiatement après un accouchement par le siège

Fournir des soins et noter



Remarque sur les soins avancés

Selon les protocoles et les normes locales, orientez les personnes suivantes vers des soins avancés :

- Les femmes présentant une suspicion de fistule obstétricale.
- Les femmes présentant des déchirures du troisième ou du quatrième degré.
- Les nouveau-nés présentant des blessures ou des complications

Connaissances clés

Fournir des soins immédiats à la femme et au nouveau-né, y compris la réanimation si nécessaire. Si la femme ou le nouveau-né ne se portent pas bien, les stabiliser puis les référer immédiatement vers des soins avancés.

Examiner soigneusement la femme

- Assurer la réfection des déchirures du col de l'utérus ou du vagin ou de l'épisiotomie, si nécessaire.

Examiner soigneusement le bébé

- Hémorragie intracrânienne - résultat de la compression rapide de la tête pendant la naissance.
- Lésion de la moelle épinière
- Luxation des hanches
- Fractures de l'humérus, du fémur ou de la clavicule
- Paralysie d'Erb
- Les bébés en position de siège complet peuvent continuer à tenir leurs jambes dans cette position pendant plusieurs jours après la naissance.
- En raison de la pression exercée pendant le travail et l'accouchement, il est normal que la hanche du bébé soit contusionnée et que les organes génitaux soient oedémateux.

Actions clés

En plus de vérifier les blessures liées à l'accouchement par le siège, vérifiez les points suivants :

1. Recherchez des signes d'hémorragie intracrânienne : léthargie, crises néonatales, apnée, difficultés d'alimentation, irritabilité, fontanelle bombée, respiration superficielle ou tendue, tonus anormal, altération de l'état de conscience.
2. Observez comment le bébé bouge ses jambes : une absence de mouvement ou un mouvement restreint dans une jambe peut

indiquer une luxation de la hanche ou une fracture du fémur. L'abduction restreinte (lorsque le fémur se déplace vers l'extérieur sur le côté) peut indiquer une luxation de la hanche. Une restriction des mouvements des deux bras ou des deux jambes peut indiquer une lésion de la moelle épinière.

3. Recherchez la symétrie des plis de la cuisse et des fesses, ainsi que la longueur du membre : des plis asymétriques de la cuisse ou des fesses, ou une différence de longueur des membres, peuvent indiquer une luxation de la hanche. Dans la luxation bilatérale, la symétrie est maintenue.
4. Examinez les fesses et les organes génitaux à la recherche d'ecchymoses ou de blessures.
5. Enregistrez toutes les constatations.
6. Référez le bébé vers des tests diagnostiques plus poussés (échographie, radiographie ou IRM) et des soins, si nécessaire.

Enregistrez l'accouchement par le siège :

En plus des notes de routine, enregistrez les éléments suivants :

- Type de siège
- Heure du diagnostic
- Manœuvres effectuées, moment et séquence
- Heure de la naissance et de la délivrance du placenta
- Professionnels présents
- État du bébé à la naissance : scores d'Apgar, efforts de réanimation, signes de blessure, poids de naissance, AG
- Présence d'éventuelles anomalies congénitales
- Type d'épisiotomie et réfection
- Lacérations et réfection
- Informations et counseling fournis à la femme et à sa famille

Surveiller étroitement la femme et le bébé

Continuer les soins



Surveiller la femme et l'enfant
Vérifier toutes les 15 min pd 2 hr

Femme	Utérus Saignements TA Pouls
Bébé	Respiration Coloration de la peau Pouls
Les deux	Température Répéter si anormal

Connaissances clés

- Surveiller de plus près une femme qui a eu des complications pendant le travail ou l'accouchement, ainsi que son bébé.
- Une femme présentant des complications pendant le travail peut être exposée à un risque d'infection plus élevé en raison d'interventions telles que des injections intraveineuses et intramusculaires, un cathétérisme, une césarienne ou un accouchement instrumental.
- Les femmes qui ont reçu une perfusion d'ocytocine pour l'accélération du travail ont un risque plus élevé d'HPP. En plus de l'utérotonique standard pour la prévention à tous les accouchements, donner l'équivalent de 10 UI d'ocytocine sur 3,5 heures pour maintenir l'utérus contracté. Puis arrêter le traitement si elle ne saigne pas.
- Une femme qui a eu un travail prolongé peut avoir un risque accru de fistule obstétricale. Lui demander si elle souffre d'incontinence urinaire ou fécale. Référer la femme pour des soins spécialisés si une fistule est suspectée.
- Les femmes souffrant d'une infection utérine pendant le travail courent le risque :
 - D'infection utérine post-partum
 - De septicémie, tout comme leurs nouveau-nés

- D'HPP
- De caillots de sang dans les poumons et le bassin. Même après la période du post-partum immédiat, les femmes qui ont eu un travail prolongé ou une infection utérine et leurs bébés continuent d'être exposés à un risque plus élevé de problèmes.

Actions clés

Si la femme a été mise sous antibiotiques pendant le travail :

- Continuez les antibiotiques après l'accouchement pendant 24-48 heures après la fin des derniers signes et symptômes cliniques
 - température >38°C, sensibilité utérine, écoulement malodorant.
- Surveillez attentivement le nouveau-né pour détecter les signes d'infection et de septicémie et agissez rapidement en cas de problème !
- Traitez le nouveau-né avec des antibiotiques prophylactiques (IM ou IV) pendant au moins deux jours : ampicilline 50 mg par kg toutes les 12 heures et gentamicine 5 mg par kg toutes les 24 heures si le bébé est à terme / 4 mg par kg toutes les 24 heures si le bébé est prématuré.

Remarque sur les soins avancés

Selon les normes et protocoles locaux, référez pour des soins avancés :

- Les femmes présentant une suspicion de fistule obstétricale.
- Les femmes présentant des déchirures du troisième ou quatrième degré
- Les nouveau-nés présentant des blessures ou des complications que votre établissement de santé n'est pas en mesure de prendre en charge.

En plus des soins de routine :

- Gardez la femme et le bébé dans l'établissement de santé jusqu'à ce que vous soyez sûr qu'ils sont stables, qu'il n'y a pas de signes d'infection et que la femme n'a pas de signes de fistule.
- La femme et son bébé doivent rester ensemble 24 heures sur 24. Ne les séparez pas, sauf s'ils ont besoin de soins intensifs. Si le bébé est dans une pouponnière de soins spéciaux, assurez-vous que la femme a accès à son bébé et qu'on l'aide à le nourrir - soit en l'allaitant, soit en exprimant son lait pour le nourrir.

Soins de la femme :

- Surveillez attentivement les signes d'HPP, d'infection et de fistule. Expliquez-lui qu'elle court un risque accru.
- Recherchez les signes de fistule et expliquez-lui ce qu'il faut surveiller.
- Les femmes souffrant de complications peuvent présenter un risque accru de dépression post-partum. Offrez-lui un soutien émotionnel et dites-lui, ainsi qu'à sa famille, ce qu'il faut surveiller.

Si la femme a été mise sous antibiotiques pendant le travail et que l'infection ne s'améliore pas :

- Assurez-vous que les doses d'antibiotiques sont adéquates.

- Réévaluez la femme pour rechercher d'autres sources d'infection, et
- Envisagez de changer d'antibiotique.

Soins au bébé :

- Recherchez de près les signes d'infection et expliquez aux parents que le bébé court un risque accru.
- Continuez à surveiller les signes de traumatisme et recherchez des soins avancés si le bébé ne va pas mieux ou semble s'aggraver.
- Aidez la femme à allaiter. Le bébé peut avoir des problèmes d'allaitement ou la femme peut être fatiguée et avoir plus de difficultés.
- Consultez un spécialiste en cas d'apparition des symptômes suivants chez le nouveau-né :
 - Poids de naissance <1500 g
 - Respiration laborieuse
 - Température instable (température axillaire normale : 36,5-37,5°C)
 - Cyanose ou pâleur
 - Apnée intermittente, convulsions, faible réactivité, mauvaise alimentation, altérations persistantes du tonus musculaire.
 - Perte de poids supérieure à 10 % à 12 % du poids de naissance.
- Examinez la femme et le nouveau-né avant de quitter la salle d'accouchement, après 6 heures et avant de quitter l'établissement de santé.
- Faites un counseling sur les soins post-partum, l'hygiène, la nutrition, les soins au nouveau-né et le moment de son retour. Assurez-vous qu'elle dispose d'une méthode de planification familiale de son choix. Aidez la femme et sa famille à élaborer un plan de préparation aux complications.

Plan d'action de l'équipe - pour améliorer les soins lors du travail et de l'accouchement

À faire/Action	Objectifs SMART	Personne responsable	Délai d'exécution
	S M A R T
	S M A R T
	S M A R T

PRATIQUE PAR LES PAIRS

Instructions pour la pratique et les activités d'amélioration de la qualité après la formation

Qu'est-ce que la pratique continue et pourquoi est-elle importante ?

La formation seule ne suffit pas à améliorer les soins. Il faut y ajouter une pratique régulière et d'autres activités pour renforcer les nouvelles connaissances et compétences. La pratique permet également de développer les compétences et d'améliorer le travail d'équipe et la prise de décision clinique.

Qui vous aide à la pratique ?

Une ou deux personnes de votre établissement de santé seront chargées de coordonner les séances de pratique. Le coordinateur vous rappellera de pratiquer et guidera les séances. Cette personne est un collègue qui a appris à soutenir ces activités. N'oubliez pas cependant que vous et vos pairs pouvez pratiquer sans coordonnateur si vous n'en avez pas ou s'il n'est pas disponible.

Objectifs de la pratique des compétences

Les objectifs de chaque session sont liés aux principaux objectifs d'apprentissage. La pratique des compétences vous aidera à affiner vos compétences, en particulier celles qui ne sont pas utilisées souvent. Pendant toutes les sessions, faites preuve de soins respectueux, d'un bon travail d'équipe et d'une bonne communication.

Préparation de la session

Chaque plan de session comprend une préparation et une liste d'éléments nécessaires. Veuillez examiner à l'avance les plans de session et les réponses à la page 52. **Invitez tous les membres du personnel qui sont en service le jour de la session à participer, même s'ils n'ont pas suivi la formation sur le travail prolongé et la dystocie.** La section des réponses comprend

d'autres conseils importants en matière de facilitation. Les coordinateurs de la pratique sont chargés de s'assurer que tout est prêt. Les plans de session comprennent également des instructions sur la façon de mener la session. Vous aurez besoin d'au moins deux exemplaires de chaque Guide du prestataire (GP) pour référence et des plans d'action. Les coordinateurs vous encadreront si nécessaire, de manière amicale et utile.

Simulation des soins par la pratique des compétences, les jeux de rôle et les exercices

La pratique des compétences, les jeux de rôle et les exercices sont utilisés pour mettre en pratique les compétences et la prise de décision clinique. Lorsqu'ils mènent ces activités, les coordinateurs doivent :

- Établir un environnement d'apprentissage sécuritaire
- Mener l'activité
- Faire un débriefing organisé
- Soutenir la discussion pour améliorer l'apprentissage
- Identifier et explorer les lacunes
- Aider les prestataires à transférer ce qu'ils ont appris dans la pratique clinique.

Débriefing

Pendant le débriefing, les coordinateurs guident les prestataires pour qu'ils analysent leurs performances individuelles et en équipe. Cela donne à chacun la possibilité d'apprendre en examinant attentivement ce qui s'est passé. Les coordinateurs et les prestataires doivent être constructifs et éviter de s'embarrasser mutuellement. L'objectif est l'auto-réflexion et l'amélioration du travail d'équipe.

ACTIVITÉS FDHF

Session 1 :

Revoir le plan d'action

20 minutes

Préparation :

- Passez en revue les objectifs du plan d'action de l'équipe.
- Pour toutes les sessions, n'oubliez pas d'inviter tous les membres du personnel qui sont de service le jour de la session à participer, même s'ils n'ont pas participé à la formation initiale.

Matériels :

- Marqueur/stylos/papier
- Plan d'action

Lisez les objectifs à haute voix :

- Passer en revue les engagements personnels et les objectifs SMART de l'équipe pris à la fin des activités de formation.
- Mettre à jour les engagements et les objectifs.

Activité :

20 minutes

Commencez par demander aux prestataires qui ont participé à la formation sur le travail prolongé et la dystocie mécanique de se souvenir de l'activité de clôture. Au cours de cette activité, chaque personne a choisi une chose qu'elle ferait différemment après la formation. Demandez-leur de prendre un moment pour se souvenir de l'engagement personnel qu'ils ont pris. Il n'est pas nécessaire de partager ces engagements avec le groupe, mais si quelqu'un veut partager son engagement et les progrès qu'il a réalisés, c'est une excellente occasion de reconnaissance et de motivation ! Demandez ensuite, **« vous souvenez-vous des objectifs SMART que nous avons convenu de travailler ensemble pour améliorer » ?** Partagez le plan d'action et demandez à un volontaire de le passer en revue avec le groupe. Dites : **« Allez à la page 41 du Guide du prestataire 2 et écrire chaque objectif SMART au fur et à mesure que nous**

l'examinons ». Faites une pause après chaque objectif et demandez : **« Avons-nous besoin de ressources ou de soutien supplémentaires pour atteindre cet objectif ? Si oui, comment pouvons-nous obtenir ces ressources » ?**

- **« Quelles activités ou tâches devons-nous accomplir pour atteindre cet objectif ? Qui sera chargé de le faire progresser » ?**
- **« Devons-nous ajuster cet objectif » ?**

Mettez à jour le plan d'action et assurez-vous que chacun a un rôle à jouer. Dites aux prestataires que vous vous réunirez dans 6 semaines pour examiner les progrès réalisés.

Session 2 :

Renforcer le processus de référence

Préparation : 30 minutes

Activité : 30 – 60 minutes

Préparation :

- Avant cette activité, les coordinateurs doivent être clairs sur la voie de référence et localiser le protocole de référence de l'établissement de santé. S'il s'agit d'un établissement de référence, l'accent doit être mis sur la communication avec les structures qui réfèrent les patientes ; si l'établissement réfère à un établissement de niveau supérieur, l'accent doit être mis sur la communication avec les établissements vers lesquels ils réfèrent les patientes.
- Engagez les responsables des établissements de santé et des maternités. Parlez-leur des références pour les cas compliqués. Ont-ils des observations ou des suggestions quant aux changements qu'ils aimeraient voir ? Sont-ils prêts à faciliter une conversation entre les établissements d'origine et d'accueil afin de promouvoir une communication efficace et la résolution des problèmes ? Si oui, passez à l'étape suivante.
- Organisez une conversation - soit virtuellement (par WhatsApp ou autre), soit en personne (le mieux étant de se retrouver face à face) entre plusieurs membres de l'équipe référente et de l'équipe réceptrice. Les équipes peuvent choisir d'inviter des collègues à une réunion permanente de l'équipe/

du personnel de l'un ou l'autre établissement de santé, d'inclure une discussion sur les références dans une visite de supervision facilitante programmée, ou d'utiliser d'autres occasions déjà programmées. Les coordinateurs et le leadership de l'établissement de santé sauront probablement qui est la meilleure personne pour mener la discussion.

Matériels :

- Procédure de référence écrite
- Modèle de fiche de référence

Lisez l'objectif à voix haute :

- Renforcer la communication et le travail d'équipe entre les prestataires référents et récepteurs pour améliorer les résultats des clientes.

Activité :

Le facilitateur choisi doit :

- Accueillir chaleureusement les collègues à la réunion, et lire l'objectif ci-dessus. Insistez sur l'objectif commun - le fait que tout le monde fasse partie de la même équipe est dans le meilleur intérêt des clientes et des prestataires - comment, ENSEMBLE, pouvons-nous renforcer les références ?
- Faire les présentations - tout le monde se connaît-il déjà ? Si non, prenez le temps de le faire - ces relations sont la base d'une communication efficace et de la confiance dans les situations d'urgence. Utiliser un brise-glace culturellement approprié pour aider les participants à la réunion à faire connaissance.
- Encourager tous les prestataires à partager d'abord ce qui, selon eux, fonctionne bien dans le processus de référence entre les deux établissements de santé. Souligner les réussites.
- Demander « *Y a-t-il quelque chose que nous puissions faire pour que le processus de référence soit plus efficace et facile* » ? Encourager l'auto-réflexion des établissements de santé d'origine et d'accueil.
- Se référer au protocole et à la fiche de référence, le cas échéant - y a-t-il quelque chose à modifier ou à mettre à jour ?

- Faciliter une discussion afin que tout le monde puisse se mettre d'accord sur le meilleur mode de communication et sur la documentation/les informations essentielles qui doivent accompagner les clientes. Une communication claire et rapide est la clé d'une référence réussie. Quels documents doivent être renvoyés à l'établissement de santé de référence ?
- Demander aux équipes de :
 - Elaborer des objectifs S.M.A.R.T. pour renforcer la référence et la communication afin d'améliorer les résultats pour les femmes et les nouveau-nés.
 - Elaborer un plan d'action et un calendrier de révision et de mise à jour du plan d'action. Permettre des solutions créatives et adaptées au contexte.
 - Partager les numéros de téléphone mobile personnels ou créer des groupes WhatsApp fermés pour favoriser des références efficaces.
- Terminer en exprimant sa gratitude pour le temps et l'engagement de chacun, et convenir d'une réunion de suivi - en personne ou virtuelle - dans un délai de 1 à 2 mois pour évaluer les progrès accomplis.

Session 3 : Évaluation 60 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Améliorer l'évaluation des femmes dont on soupçonne un travail prolongé.
- Interpréter correctement les résultats de l'évaluation.
- Établir un plan de soins basé sur les résultats.

Préparation :

- Inviter tout le personnel présent !

Matériels :

- Études de cas

Activité :

- Répartissez les participants en groupes de 3-4 personnes et attribuez une étude de cas à chaque groupe. Demandez aux participants de lire le scénario, de noter les résultats sur le

dossier de travail utilisé dans leur établissement de santé et de répondre aux questions. Dites aux apprenants de préparer une communication SAER si la femme a besoin de soins avancés. Renvoyez-les aux conseils qui se trouvent aux pages 18 et 19 du GP 1.

- Circulez et offrez un feedback de soutien si nécessaire. Les réponses se trouvent à la page 52 de ce PG.
- Donnez aux participants 20 minutes pour compléter leur étude de cas.
- Une fois le travail terminé, donnez à chaque groupe 10 minutes pour présenter son cas au groupe.
- Facilitez une discussion sur les points suivants :
 - Comment la femme, le fœtus et la progression du travail ont été surveillés.
 - Comment les soins ont été enregistrés
 - Si les prestataires ont réagi de manière appropriée aux résultats.
- Facilitez une discussion sur la manière d'améliorer la surveillance, l'enregistrement, l'identification et la réponse aux complications.

SCÉNARIO 1 :

Mme B. est une G5P3 de 28 ans, avec un AG de 39 semaines, qui a été admise à 21h00. Vous prenez en charge ses soins à 05h00. Sa mère est avec elle.

Evaluation rapide à 5h00 :

- Mme B. ne présente aucun signe de danger.
- Elle semble tolérer les contractions et est en mesure de parler pendant celles-ci. Elle est principalement allongée mais est en mesure de se déplacer sans aide.
- Signes vitaux : T 37,9°C, Pouls 80 battements/minute et régulier, TA 124/82, 16 respirations/minute.
- RCF : 148/minute entre les contractions.
- Les conjonctives sont roses.
- La bouche est humide et la turgescence de la peau est bonne.

Examen du dossier de travail :

Vous remarquez les éléments suivants dans

son dossier d'accouchement, concernant les soins qu'elle a reçus avant 5 heures du matin :

- Signes vitaux : à 21h00 - TA 128/78, pouls 88 bpm, température 38.0°.
- Contractions : à 21h00, 2/10 minutes durant 30 secondes.
- RCF : à 21h00 - 136 bpm ; à 01h00
- 148 bpm
- Descente : à 21h00, 3/5
- Présentation : Céphalique
- Membranes : pas d'information sur l'heure de la rupture. A 21h00 et à 01h00, « C » est enregistré.
- Dilatation cervicale : à 21h00, 3 cm ; à 01h00, 5 cm.
- Position, bosse séro-sanguine, modelage : aucune information
- Aucun traitement autre que le soutien du travail n'est enregistré.

Antécédents :

Elle a eu 4 CPN et aucune complication n'a été identifiée. Elle est négative pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B ; son groupe sanguin est O+. L'hémoglobine lors de la dernière CPN à 34 semaines était de 10,4 g/dL. Elle utilisait des préservatifs pour la PF et n'a pas d'antécédents de chirurgie gynécologique. Ses antécédents médicaux sont sans particularité. Elle est mariée, vit avec son mari et ses enfants. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de maladies chroniques et pas d'antécédents de tabagisme, d'alcoolisme ou de toxicomanie. Elle a eu un avortement spontané à 12 semaines, a deux enfants vivants et un enfant décédé à l'âge de 7 jours de cause inconnue. Elle a déjà eu trois accouchements par voie basse sans complication.

A 05h00 :

- L'utérus n'est pas sensible à la palpation. La vessie n'est pas distendue.
- Contractions 2/10 minutes d'une durée de 30 secondes.
- Niveau d'engagement : 3/5.
- RCF : 148/minute entre les contractions.
- Les membranes sont rompues, le liquide est clair.

- Dilatation cervicale : 7 cm
- Présentation / Position : occipitale antérieure.
- Bosse séro sanguine 0, modelage 0.

« **Quel est le diagnostic le plus probable** » ?
 « **Mme B. a-t-elle besoin de soins avancés** » ?
 « **Si elle a besoin de soins avancés, comment communiquerez-vous avec les prestataires vers lesquels vous la réfèrerez** » ?

SCÉNARIO 2 :

Mme C. est une G8P5 de 38 ans à 40 semaines qui a été admise en travail à 22h00. La hauteur utérine est de 37 cm. Vous prenez en charge ses soins à 02h00. Sa sœur est avec elle.

Evaluation rapide à 02h00 :

- Mme C. ne présente aucun signe de danger.
- Elle semble tolérer mais n'est pas en mesure de parler lors des contractions.
- Elle est le plus souvent allongée et semble épuisée. Elle a les yeux enfoncés, la bouche sèche, la peau de l'avant-bras se rétracte lentement lorsqu'on la pince.
- Signes vitaux : T 37,4°C, Pouls 110 battements/minute et régulier, TA 82/52, 32 respirations/minute.
- Les conjonctives sont pâles.
- RCF : 90-100 bpm entre 3 contractions.

Vous remarquez les éléments suivants sur les soins qu'elle a reçus avant 02h00, à partir de son dossier de travail :

- Signes vitaux : à 22h00 - BP 102/58, pouls 102 bpm, température 37,5°.
- RCF : 126-158 bpm (enregistré irrégulièrement).
- Descente : à 22h00 : 2/5
- Présentation : céphalique
- Contractions : à 22h00 : 4/10 minutes pendant 50-60 secondes.
- Membranes : pas d'information sur l'heure de la rupture. A 22h00, « C » est enregistré.
- Dilatation cervicale : à 22h00 : 5 cm ; à 02h00 : 7 cm.
- Position, bosse séro sanguine, moulage : pas d'information enregistré
- Aucun traitement autre que le soutien du travail n'est enregistré.

Antécédents

Elle a eu 2 CPN et aucune complication n'a été identifiée. Elle est séronégative pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B. Son groupe sanguin est AB+.

L'hémoglobine lors de sa première CPN à 22 semaines était de 9,2 g/dL. Elle utilisait des pilules contraceptives combinées pour la PF et n'a pas d'antécédents de chirurgie gynécologique. Ses antécédents médicaux étaient sans particularité. Elle est mariée et vit avec son mari. Elle n'a pas d'antécédents de maladies chroniques dans sa famille, ni de tabagisme, d'alcoolisme ou de toxicomanie. Elle a eu un avortement spontané à 12 semaines et un autre à 8 semaines ; elle a 4 enfants vivants ; un enfant est décédé à 18 mois après une diarrhée sévère. Elle a déjà eu 5 accouchements par voie basse apparemment sans complication.

A 02h00 :

- L'utérus n'est pas sensible à la palpation. La partie inférieure de l'utérus est bombée et il y a formation d'un anneau de restriction qui est resté après le cathétérisme de 300 mL d'hématurie car elle ne pouvait pas uriner.
- Contractions 5/10 minutes durant 50-60 secondes.
- Niveau d'engagement : 2/5.
- Toucher vaginal : col de l'utérus dilaté à 7 cm, souple et gonflé.
- Les membranes sont rompues, il y a du liquide amniotique verdâtre, teinté de méconium.
- Présentation/Position : occipitale gauche antérieure.
- Bosse séro sanguine +++, modelage +++.

« **Quel est le diagnostic le plus probable** » « **Mme C a-t-elle besoin de soins avancés** » ?
 « **Si elle a besoin de soins avancés, comment allez-vous communiquer avec les prestataires vers lesquels vous allez la référer** » ?

Session 4 : Absence de rythme cardiaque fœtal

60 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Confirmer la mort intra-utérine du fœtus.
- Fournir le counseling et les soins au moment du diagnostic, immédiatement après la naissance et dans le post-partum.

Préparation :

Passez en revue la manière dont les prestataires prennent en charge les cas de mortalité et de décès fœtal intra-utérin. Examinez les protocoles de l'établissement de santé en matière de mortalité et de mortalité intra-utérines. Comparez ce que vous avez constaté avec ce qui a été enseigné dans le cours. Facilitez les discussions avec le personnel concerné pour mettre à jour les protocoles si nécessaire.

Matériels :

Protocoles de l'établissement de santé dans les cas de décès fœtal intra-utérin et de mortalité.

Activité :

Lisez le scénario suivant :

« Mme O. est une femme de 18 ans, G1P0, qui est venue à l'établissement de santé après avoir été en travail depuis plus de 20 heures à la maison. A l'admission, vous ne pouvez pas entendre le rythme cardiaque du fœtus. Vous confirmez la mort fœtale par échographie. Après l'accouchement, vous constatez que le cordon ombilical est enroulé trois fois autour du cou du bébé, qu'il n'y a pas d'anomalies congénitales et que le placenta est normal. »

- Répartissez les participants en groupes de 3 et attribuez à chaque groupe un moment précis pour le counseling : au moment du diagnostic, à la naissance et en post-partum. Ils doivent se référer à la page 11 du PG1.
- Donnez à chaque groupe 15 minutes pour préparer un jeu de rôle sur le counseling

et les soins à apporter à une femme présentant une mort fœtale intra-utérine. Un participant jouera le rôle du « prestataire », un autre celui de la « femme » et un dernier celui de « l'accompagnant(e) ».

- Circulez parmi les participants et offrez un feedback de soutien si nécessaire.
- Après 15 minutes, donnez à chaque groupe 5 minutes pour présenter son jeu de rôle. Après chaque jeu de rôle, demandez :
 - Qu'est-ce qui a été bien fait ?
 - Comment le counseling et les soins pourraient-ils être améliorés ?
- Facilitez une discussion sur la manière dont les soins peuvent être améliorés en cas de décès fœtal intra-partum et d'un mort-né.

Session 5 : Fièvre maternelle pendant le travail

30 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Poser le diagnostic d'une fièvre pendant le travail.
- Démonstrez des soins aux femmes en travail avec une infection utérine.

Préparation :

- Passez en revue les protocoles de l'établissement de santé pour la prise en charge de l'infection utérine pendant le travail et comparez-les avec ce qui a été enseigné dans le cours. Facilitez les discussions avec le personnel approprié pour mettre à jour les protocoles si nécessaire.

Matériels :

- Ampicilline, gentamycine, paracétamol factices
- Fluides IV, kit d'administration IV
- Linges pour nettoyer le visage de la femme
- Tensiomètre, stéthoscope, foetoscope, gants, montre avec trotteuse

Activité :

Introduisez la session en demandant :

« Quelles sont les causes potentielles de la

fièvre pendant le travail » ?

« Quels sont les signes/symptômes d'une infection utérine » ?

« Comment allez-vous diagnostiquer un choc » ?

« Comment diagnostiquer une déshydratation » ?

Lisez le scénario suivant aux participants :
Mme O. est une femme de 23 ans, G2P1. A l'admission, vous constatez que sa température est de 39,8°C et après une anamnèse et un examen physique ciblés, vous constatez que l'utérus est sensible et qu'il y a un écoulement malodorant. Elle n'est pas en état de choc et n'est pas déshydratée. Quel est son diagnostic le plus probable ?

- Demandez à quatre volontaires de faire une démonstration de la prise en charge de l'infection utérine. Deux participants joueront le rôle de « prestataires », un sera la « femme » et un autre « l'accompagnant(e) ». Demandez-leur de suivre les Actions clés aux pages 43-45 du GP1.
- Pendant que les volontaires font la démonstration, les participants qui observent doivent donner leur feedback pour s'assurer que toutes les étapes sont respectées.
- Après la démonstration, demandez-leur :
 - **Qu'est-ce qui a été bien fait ?**
 - **Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?**
- Facilitez une discussion sur la manière d'améliorer le diagnostic en temps opportun de l'infection utérine et la prise en charge correcte après le diagnostic.

Session 6 :

Accélération du travail

60 minutes

Lisez les objectifs à voix haute :

- Évaluer les femmes dont le travail ne progresse pas normalement.
- Identifier les femmes dont le travail doit être accéléré avec l'ocytocine.
- Préparer la solution IV d'ocytocine.
- Prendre des décisions sur la façon de gérer la perfusion d'ocytocine.

Préparation :

- Passez en revue les protocoles de l'établissement de santé concernant l'accélération du travail avec l'ocytocine et comparez-les à ceux qui ont été enseignés dans le cours.

Matériels :

- Vidéo  « [Utiliser l'ocytocine pour accélérer le travail prolongé](#) »
- Outils pour la surveillance du travail, stylos/crayons
- Ocytocine, fluides IV factices
- Tensiomètre, stéthoscope, Kit d'administration IV, montre avec trotteuse.
- Étiquettes pour la poche/bouteille IV

Activité :

- Répartissez les participants en groupes de 2 ou 3. Donnez un outil de surveillance du travail et un stylo à chaque groupe. Demandez aux participants de remplir l'outil de surveillance pendant que vous lisez les informations ci-dessous - assurez-vous que tous les participants ont enregistré les informations avant de continuer.

La femme a été admise en travail actif à

10h00 :

- T 37°C, Pouls 82 bpm, 18 respirations /min, BP 124/72 ; FHR : 142 bpm
- Descente : 5/5 palpable
- Deux contractions en 10 minutes, chacune durant moins 20 secondes
- Col dilaté à 5 cm
- Présentation/position : occipitale antérieure (OA)
- Membranes non rompues

À 14h00 :

- T 37.6°C, Pouls 88 bpm, 18 respirations/min, BP 118/68 ; FHR : 136 bpm
- Tête fœtale 5/5 palpable
- Une contraction en 10 minutes, chacune durant 20-40 secondes
- Col dilaté à 6 cm
- Présentation/position : OA
- Membranes non rompues

À 18h00 :

- T 37.8°C, Pouls 82 bpm, 18 respirations/min, BP 116/64 ; FHR : 132 bpm

- Tête fœtale 5/5 palpable
- Deux contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 20 secondes
- Col dilaté à 6 cm
- Présentation/position : OA
- Membranes non rompues

À 21h00 :

- T 38°C, Pouls 92 bpm, 20 respirations/min, BP 106/56 ; FHR 92 par minute
 - Tête fœtale encore 5/5 palpable
 - Deux contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 20 secondes
 - Col dilaté à 6 cm
 - Présentation/position : OA
 - Membranes rompues - liquide amniotique taché de méconium
 - Modelage + et bosse sérosanguine +
- **Une fois que tous les groupes ont rempli l'outil de surveillance du travail, demandez-leur :**
« Quelles informations manquent qui pourraient vous aider à prendre en charge le travail de cette femme » ? « Qu'auriez-vous pu faire à 10h00 quand elle a été admise avec deux contractions en 10 minutes, chacune durant moins de quelques secondes » ?
« Le travail a-t-il été pris en charge de manière appropriée ? Pourquoi ou pourquoi pas »
« Quand le diagnostic de travail prolongé aurait-il dû être posé » ?
« A quel moment le travail aurait-il dû être accéléré » ?
« Quels sont les résultats qui doivent être présents pour assurer une utilisation sûre et appropriée de l'accélération du travail » ?
 - Si possible, regardez à nouveau la vidéo  [« Utiliser l'ocytocine pour accélérer le travail prolongé »](#)
 - Rappelez aux participants que l'accélération commencera par une concentration d'ocytocine de 2,5 unités dans 500 mL d'une solution IV (dextrose à 5 % ou de sérum physiologique ou RL). Demandez à un volontaire de préparer la perfusion d'ocytocine, d'écrire l'étiquette à attacher à la bouteille/sac IV et de montrer comment

- ajuster le débit de la perfusion. D'autres participants peuvent donner leur feedback.
- Demandez aux participants de se référer aux outils de travail aux pages 6-10 du GP2 et demandez-leur :
 - *« Que surveillerez-vous toutes les 30 minutes quand une femme reçoit une perfusion d'ocytocine » ?*
 - *« Quelles constatations doivent être présentes pour augmenter le débit de la perfusion » ?*
 - *« Quelles sont les constatations qui vous amèneront à décider d'arrêter le débit de la perfusion IV » ?*
 - *« Quelle est la dose maximale si la concentration est de 2,5 unités/500 mL » ?*
 - *« Quelles femmes ne doivent PAS recevoir une perfusion d'ocytocine de 10 unités/500 mL » ?*
- Facilitez une discussion sur la façon d'améliorer les soins aux femmes lorsque des contractions inefficaces sont la cause d'un travail prolongé.

Session 7 : Perfusion d'ocytocine 45 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Administrer en toute sécurité une perfusion IV d'ocytocine.
- Surveiller une femme pendant l'accélération du travail.
- Identifier et prendre en charge l'hyperstimulation.

Préparation :

- Examinez les protocoles de l'établissement de santé pour la prise en charge de l'hyperstimulation et les comparer avec ceux qui ont été enseignés dans le cours. Facilitez les discussions avec le personnel approprié pour mettre à jour les protocoles si nécessaire.
- Identifiez les tocolytiques disponibles dans l'établissement de santé.

Matériels :

- Simulateur d'accouchement
- Tensiomètre, stéthoscope, fœtoscope, gants, montre avec trotteuse
- Outil pour la surveillance du travail
- Ocytocine, liquides IV, bêtamimétiques factices; kit d'administration IV

Activité :

Demandez deux volontaires : un qui jouera le rôle de la « femme » et un autre qui jouera le rôle du « prestataire ». Lisez le scénario :

- **Mme O. est une femme G2P1 de 21 ans. La décision d'accélérer le travail avec l'ocytocine a été prise à 10h00. Veuillez démontrer le démarrage de la perfusion d'ocytocine.**
- **Il est maintenant 12h00 et vous constatez que : le RCF est de 142 bpm, le pouls est de 82 bpm, et il y a 2 contractions / 10 minutes, chacune durant 30 secondes. Veuillez démontrer comment vous allez prendre en charge les soins de Mme O.**
- **Il est maintenant 15h00 et vous constatez que : le RCF est de 142 bpm, le pouls de 82 bpm, et il y a 4 contractions / 10 minutes, chacune durant 70 secondes. Veuillez démontrer comment vous allez prendre en charge les soins de Mme O.**

Demandez :

« **Quand envisageriez-vous d'administrer des bêtamimétiques pour détendre l'utérus ?** »

« **Quand envisageriez-vous de reprendre la perfusion d'ocytocine après l'avoir arrêtée pour cause d'hyperstimulation ?** »

- Facilitez une discussion sur la manière d'améliorer l'identification et la prise en charge de l'hyperstimulation dans votre établissement de santé.

Session 8 :

Dystocie des épaules

60 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Se préparer pour la dystocie des épaules.

- Identifier la dystocie des épaules.
- Effectuer toutes les manœuvres pour gérer avec succès la dystocie des épaules.

Préparation :

- Passez en revue les protocoles de l'établissement de santé pour la prise en charge de la dystocie des épaules et les comparer avec ce qui a été enseigné dans le cours. Facilitez les discussions avec le personnel approprié pour mettre à jour les protocoles si nécessaire.

Matériels :

- Vidéo : [▶ Épaules bloquées](#)
- Simulateur d'accouchement
- Tensiomètre, stéthoscope, fœtoscope, gants, montre avec trotteuse
- Kit d'accouchement

Activité :

- Regardez la vidéo [▶ Épaules bloquées](#)
- Demandez aux participants de se reporter aux pages 24-25 du PG2 et de revoir le mnémonique HELPERR.

Demandez :

« **Quels sont les signes de la dystocie des épaules ?** »

« **Sur quoi aurez-vous besoin d'aide pour gérer la dystocie des épaules ?** »

« **Comment allez-vous préparer la femme ?** »

« **Qui devez-vous prévenir lorsque vous identifiez pour la première fois une dystocie des épaules ?** »

« **Comment informerez-vous votre équipe des manœuvres que vous allez essayer ?** »

- Pour chaque scénario, demandez à un volontaire de jouer le rôle de la « femme » et à un autre de jouer le rôle du « prestataire ». Tous les participants doivent venir aider lorsque le prestataire appelle à l'aide.
- Soyez prêts à fournir un feedback constructif.
- Après chaque scénario, demandez aux prestataires de réfléchir à ce qui s'est bien passé, à ce qui pourrait être amélioré et à la manière dont ils pourraient modifier leur pratique.
- Scénario 1 : Dites à la « femme » de ne pas laisser le bébé sortir avant de se mettre

- à quatre pattes.
- Scénario 2 : Dites à la « femme » de laisser naitre le bébé suivant l'hyperflexion et la pression sus-pubienne.
 - Facilitez une discussion sur la manière d'améliorer l'identification et la prise en charge de la dystocie des épaules.

Session 9 : **Accouchement par le siège.**

60 minutes

Lisez les objectifs à haute voix :

- Identifier les conditions maternelles et fœtales nécessaires pour tenter un accouchement par voie basse avec une présentation du siège.
- Prendre en charge l'accouchement par le siège spontané.
- Dégager les fesses et les jambes si les jambes ne se dégagent pas spontanément.
- Dégager les bras s'ils ne se dégagent pas spontanément.

Préparation :

- Inviter tout le personnel présent !

Matériels :

- Simulateur d'accouchement
- Tensiomètre, stéthoscope, fœtoscope, gants, montre avec trotteuse
- Kit de perfusion et solutés

Activité :

- Si possible, regardez à nouveau la vidéo  ["L'accouchement par le siège"](#)
- Demandez aux participants de se reporter aux pages 31-37 du PG2
- Demandez :

« Quelles conditions maternelles doivent être présentes avant de tenter un accouchement par voie basse avec présentation par le siège » ?

« Quelles conditions fœtales doivent être présentes avant de tenter un accouchement par voie basse avec présentation par le siège ? Dans quels établissements de santé ne

doit-on pas tenter un accouchement par voie basse avec présentation par le siège si la femme arrive au premier stade du travail » ?

- Pour chaque scénario, demandez à un volontaire de jouer le rôle de la « femme » et à un autre de jouer le rôle du « prestataire ». Tous les participants doivent venir aider lorsque le prestataire appelle à l'aide. Soyez prêts à fournir un feedback constructif.

- Après chaque scénario, demandez aux prestataires de réfléchir à ce qui s'est bien passé, à ce qui pourrait être amélioré et à la manière dont ils pourraient modifier leur pratique.

Scénario 1 : Dites à la « femme » de permettre un accouchement spontané par le siège.

Scénario 2 : Dites au « prestataire » de faire la démonstration de la délivrance des fesses et des jambes lorsque les jambes ne se dégagent pas spontanément.

Scénario 3 : Dites au « prestataire » de montrer comment dégager les bras s'ils sont tendus au-dessus de la tête.

- Demandez :
« Quelles présentations du siège sont les plus susceptibles d'aboutir à un accouchement par voie basse » ?
« Comment identifier ces présentations » ?

- Facilitez une discussion sur la meilleure façon de prendre en charge l'accouchement par voie basse avec une présentation du siège dans votre établissement de santé.

RÉPONSES AUX QUESTIONS

REMARQUE : les sessions 1 et 2 sont des discussions basées sur les conditions dans l'établissement et il n'y a pas de réponses. La session 4 consiste à mettre en pratique les compétences de counseling et il n'y a donc pas de réponses.

Session 3 : Évaluation

SCÉNARIO 1 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Alors que les contractions sont inférieures à 3/10 minutes et durent moins de 40 secondes, le col s'est dilaté de 2 cm en 4 heures et l'état maternel et néonatal est rassurant.

Mme B a-t-elle besoin de soins avancés ?

- Pas pour le moment.

Si elle a besoin de soins avancés, comment communiquerez-vous avec les prestataires auxquels vous la réfèrerez ?

- N/A

SCÉNARIO 2 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Dystocie mécanique
- Détresse maternelle
- Détresse fœtale
- Choc

Mme C a-t-elle besoin de soins avancés ?

- Oui !

Si elle a besoin de soins avancés, comment communiquerez-vous avec les prestataires auxquels vous la réfèrerez ?

Exemple pour remplir l'outil SAER :

- **S = Situation.** Je me présente (nom) au service du travail de (établissement de santé) et je m'occupe de Mme C. qui est hospitalisée en salle de travail, qui, je pense souffre d'une dystocie mécanique.
- **A = Antécédents.** Dites : « Mme C., une

femme de 38 ans, G8P5, a été admise en salle de travail il y a 4 heures, à 22 heures. Son âge gestationnel est de 40 semaines selon la DDR. Le col de l'utérus à l'admission était de 5 cm et à 2 heures du matin, il est de 7 cm. A 2 heures du matin, nous avons remarqué un anneau de Bandl qui est resté après que nous l'ayons cathétérisée pour 300 mL d'hématurie parce qu'elle ne pouvait pas uriner. A l'admission, les signes vitaux et le RCF étaient dans les limites de la normale ; à 2 heures du matin, les signes vitaux sont les suivants : T 37,4°C, Pouls 110 battements/minute et régulier, TA 82/52, 32 respirations/minute, et RCF 90-100 bpm entre 3 contractions. Il y a 5 contractions dans 10 minutes, chacune durant 50-60 secondes ; la descente du fœtus à 20 heures et à 2 heures du matin était de 2/5. Nous ne savons pas quand les membranes se sont rompues, mais le liquide amniotique est verdâtre et taché de méconium. Ses antécédents obstétricaux et médicaux ne sont pas remarquables, à part d'un taux d'hémoglobine de 9,2 g/dL à 22 semaines de gestation. Nous avons commencé une perfusion avec du sérum physiologique à raison de 1L en 1 heure mais elle n'a reçu aucun autre traitement médical ».

- **E = Évaluation** Dites : « Je pense qu'il y a des signes de dystocie mécanique, parce que la dilatation cervicale n'a augmenté que de 2 cm en 2 heures, il y a des signes de détresse fœtale et maternelle, et j'ai remarqué un anneau de Bandl et une hématurie ».
- **R = Recommandation** : Dites : « Je pense que Mme C. doit avoir une césarienne. Y a-t-il quelque chose que vous voudriez que je fasse en attendant votre arrivée » ?

Session 5 : Fièvre maternelle pendant le travail

Quelles sont les causes potentielles de la fièvre pendant le travail ?

- Infection non obstétricale (par exemple, paludisme, voies urinaires, voies respiratoires)
- Salle/femme surchauffée ou déshydratation
- Infection utérine
- Péridurale en place depuis quatre heures ou plus.

Quels sont les signes/symptômes d'une infection utérine ?

Une infection utérine est présumée si vous constatez :

- Une température >38°C PLUS
- Sensibilité utérine ET/OU
- Pertes vaginales malodorantes.

Comment allez-vous diagnostiquer le choc ?

Signes de choc :

- Pouls rapide (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 :

- respiration rapide - 30 respirations par minute ou plus ;
- pâleur (en particulier des conjonctives, de la paume des mains et du contour de la bouche) ;
- sueurs ou peau moite, extrémités froides ;
- changements de l'état mental : anxiété, confusion ou perte de connaissance ;
- débit urinaire très faible - inférieur à 30 mL par heure

Comment allez-vous diagnostiquer une déshydratation ?

- Peau et bouche sèches, lèvres sèches, langue gonflée, vertiges, soif, léthargie.
- La peau se rétracte très lentement lorsqu'on la pince
- Diminution du débit urinaire

- TA faible/hypotension orthostatique
- Acétonurie/cétonurie ++ ou plus

Lisez ce scénario aux participants :

Mme O. est une femme de 23 ans, G2P1. A l'admission, vous trouvez que sa température est de 39,8°C et après une anamnèse et un examen physique ciblés, vous trouvez que l'utérus est sensible et qu'elle présente un écoulement malodorant. Elle n'est pas en état de choc et n'est pas déshydratée.

Vous avez demandé : **Quel est son diagnostic le plus probable ?**

- Infection utérine.

Session 6 : Accélération du travail

Quand tous les groupes ont complété l'outil de surveillance du travail, vous avez demandé :

Quelles sont les informations manquantes qui pourraient vous aider à prendre en charge le travail ?

- Patiente : position (allongée, marche, assise), hydratation, comment la femme fait face à la situation, présence d'un accompagnant(e)
- Puissance : état du col de l'utérus (effacement, si œdémateux), application de la partie présentant le fœtus sur le col de l'utérus
- Passager : bosse séro-sanguine, modelage, AG, poids fœtal estimé
- Passage : adéquation du bassin

Qu'auriez-vous pu faire à 10 heures quand elle a été admise avec deux contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 20 secondes ?

- Encourager la mobilité et fournir un soutien général au travail, y compris la prise en charge de la douleur, la présence d'un accompagnant(e), l'hydratation/la nutrition, la prise en charge de l'anxiété/de la peur et traitement pour la déshydratation (le cas échéant) qui peut améliorer les contractions.

Le travail a-t-il été pris en charge de manière appropriée ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

- L'outil de suivi du travail n'était pas complètement rempli et le travail prolongé n'était pas correctement géré.

Quand le diagnostic du travail prolongé aurait-il dû être posé ?

- Le diagnostic de travail prolongé a été évident à 14h00.

À quel moment le travail aurait-il dû être accéléré ?

- Le travail aurait dû être accéléré avec l'ocytocine à 14h00.

Quels constatations doivent être présentes pour garantir une utilisation sûre et appropriée de l'accélération avec l'ocytocine ?

- Des contractions inefficaces sont la cause la plus probable d'une mauvaise progression du travail à partir d'une dilatation du col de l'utérus de 5 cm ou plus OU pendant la deuxième phase du travail ET
- L'établissement de santé peut prendre en charge les complications maternelles et fœtales dues à l'accélération du travail, peut réaliser une césarienne, dispose d'ocytocine conservée dans la chaîne du froid à 2-8 °C pour la distribution et le stockage, et est doté d'un personnel qui peut titrer la perfusion et surveiller étroitement la femme, le fœtus et le travail ET
- Il n'y a pas de signes de DCP ou de dystocie mécanique ET
- La présentation est céphalique et une position/présentation dystocique nécessitant une césarienne a été exclue ET
- Il n'y a qu'un seul fœtus.
- Faire preuve de prudence lors de l'accélération du travail avec l'ocytocine si la femme a déjà subi une césarienne OU ne pas accélérer le travail selon les directives locales.

Qu'allez-vous surveiller toutes les 30 minutes lorsqu'une femme reçoit une perfusion d'ocytocine ?

Toutes les 30 minutes, surveiller et enregistrer :

- La durée et la fréquence des contractions
- La fréquence cardiaque du fœtus
- Le pouls maternel

Quels résultats doivent être présents pour augmenter le débit de la perfusion ?

Moins de trois contractions en 10 minutes, chacune durant moins de 40 secondes ; l'état de la mère et du fœtus est rassurant

Quelles observations vous amèneront à arrêter la perfusion d'ocytocine ?

- Plus de cinq contractions en 10 minutes, ou si une contraction dure plus de 60 secondes.
- Le rythme cardiaque du fœtus est anormal (moins de 110 ou plus de 160 battements par minute)

Quelle est la dose maximale si la concentration est de 2,5 unités/500 mL ?

Dose maximale : 60 gts / minute - 15 mIU / minute

Quelles femmes ne doivent PAS recevoir une perfusion d'ocytocine de 10 unités/500 mL ?

Les multigravides et les femmes ayant déjà accouché par césarienne.

Session 7 : Perfusion d'ocytocine

Vous avez lu le scénario suivant :

Mme O. est une femme de 21 ans, G2P1.

La décision d'accélérer le travail avec l'ocytocine a été prise à 10h00. S'il vous plaît, montrez-moi comment commencer la perfusion d'ocytocine.

Les participants doivent :

1. Vérifier et enregistrer le pouls, les contractions et le RCF.
2. Aider la femme à s'allonger confortablement sur son côté gauche.

3. Préparer la perfusion IV d'ocytocine dans 500 mL d'une solution IV choisie (dextrose à 5 % ou Ringer lactate ou sérum physiologique).
4. Étiqueter la poche avec la concentration d'ocytocine (2,5 unités/500 mL) et la date et l'heure auxquelles l'ocytocine a été ajoutée à la poche.
5. Vérifier le nombre de gouttes/mL du kit d'administration d'IV.
6. Commencer à perfuser l'ocytocine en utilisant le débit calculé (10 gtts/min si vous utilisez un facteur de chute de 20 gtts/mL).
7. Enregistrer les mUI/minute d'ocytocine sur le partographe ou le dossier de travail.
8. Ne jamais laisser la femme seule.

Il est maintenant 12h00 et vous trouvez : le RCF est de 142 bpm, le pouls de 82 bpm, et il y a 2 contractions / 10 minutes durant 30 secondes chacune. Les participants doivent : Augmenter le débit de perfusion à 50 gtts/min si on utilise un facteur de chute de 20 gtts/mL (environ 13 mUI/min)

Il est maintenant 15h00 et vous trouvez : le RCF est de 142 bpm, le pouls de 82 bpm, et il y a 4 contractions / 10 minutes, chacune durant 70 secondes.

1. Expliquer ce qui arrive à la femme et comment vous allez prendre en charge le problème.
2. Arrêter la perfusion d'ocytocine.
3. Placer la femme sur son côté gauche
4. Alerter un spécialiste de l'obstétrique pour consultation ou préparer la femme à être référée vers un établissement de santé capable de fournir des bêtamimétiques, de pratiquer une césarienne et de s'occuper d'un bébé avec des problèmes.

REMARQUE : les directives doivent être adaptées en fonction des normes et protocoles locaux

Quand envisageriez-vous d'administrer des bêtamimétiques pour détendre l'utérus ?

- Si le RCF est normal et qu'une activité utérine normale n'est pas établie dans les 20 minutes, détendre l'utérus à l'aide de bêtamimétiques.
- Si le RCF est anormal, détendre l'utérus avec des bêtamimétiques.

Quand envisageriez-vous de reprendre la perfusion d'ocytocine après l'avoir arrêtée pour hyperstimulation ?

Si le RCF devient rassurant ou normal et qu'une activité utérine normale est établie pendant une période d'au moins 30 minutes, reprendre prudemment la perfusion d'ocytocine si on est dans un établissement de santé de soins avancés. Sinon, rechercher des soins avancés.

Session 8 : Dystocie des épaules Quels sont les signes de dystocie des épaules ?

- La tête du fœtus nait mais reste étroitement appliquée sur la vulve.
- Le menton se rétracte et déprime le péri-mée.
- La traction sur la tête ne parvient pas à dégager l'épaule qui est bloquée derrière la symphyse pubienne.

Sur quoi aurez-vous besoin d'aide pour gérer la dystocie des épaules ?

- 1) Surveiller l'heure 2) Pousser fermement les genoux fléchis sur la poitrine 3) Appliquer une pression sus-pubienne 4) S'occuper du nouveau-né.

Comment allez-vous préparer la femme ?

- Expliquer rapidement à la femme ce qui se passe.
- Lui demander d'écouter attentivement et d'arrêter de pousser.
- S'assurer qu'elle a vidé la vessie.

Qui devez-vous informer lorsque vous identifiez une dystocie des épaules ?

- Personnel pour vous aider à gérer la dystocie des épaules.
- Le bloc opératoire pour préparer une césarienne au cas où les tentatives pour déloger l'épaule antérieure échoueraient.
- Quelqu'un de se préparer à la réanimation du nouveau-né (personnel et matériel).

Comment informerez-vous votre équipe des manœuvres que vous allez essayer ?

- Annoncer que vous allez commencer par fléchir les deux cuisses sur la poitrine de la femme et appliquer une pression sus-pubienne.
- Attribuer des rôles aux membres de l'équipe

Session 9 : Accouchement par le siège

Quelles conditions maternelles doivent être présentes avant de tenter un accouchement par voie basse avec une présentation du siège ?

- Pas d'antécédents de césarienne dus à la DCP/dystocie mécanique

Quelles conditions fœtales doivent être réunies avant de tenter un accouchement par voie basse avec une présentation du siège ?

- Siège complet ou décomplété mode des fesses
- La tête est fléchie - idéalement confirmé par une échographie.
- La taille estimée ne semble pas grande, ce qui signifie un poids estimé à <4kg.
- Le bébé n'est pas prématuré et on ne soupçonne pas une restriction de croissance fœtale. Ces bébés présentent un risque plus élevé d'une rétention de la tête dernière.

Dans quels établissements de santé il ne faut pas tenter un accouchement par voie basse avec une présentation du siège si la

femme arrive au premier stade du travail ?

L'établissement ne dispose pas :

- D'un clinicien formé et expérimenté pour réaliser un accouchement du siège par voie basse.
- Une échographie pour confirmer la position.
- La capacité de réaliser une césarienne d'urgence et de prendre en charge un bébé asphyxié avec des blessures dues à la naissance.

Travail prolongé et dystocie mécanique

Évaluation rapide



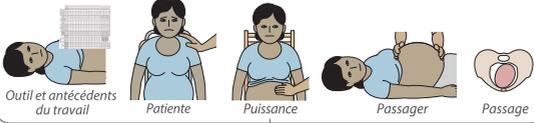
Naissance imminente ?

Soutenir la naissance



Signes de danger/alerte
Rechercher des soins avancés

Évaluer



Classifier

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

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

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

Contraction inefficaces

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

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



Commencer l'ocytocine

Siège décompleté mode des fesses

La dilatation cervicale est plus lente que la normale si :
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

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

Si dans un établissement de référence OU
Si la référence n'est pas possible



Évaluer la femme, le bébé et la progression



Évaluer la femme, le bébé et la progression

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

Problèmes
Rechercher des soins avancés

Pas de problèmes

Continuer l'ocytocine et le suivi

Problèmes
Rechercher des soins avancés pour accouchement par césarienne

Pas de problèmes

Continuer l'évaluation jusqu'à dilatation complète du col de l'utérus

Se préparer à aider le bébé à respirer



Soutenir la naissance



Effectuer des manœuvres pour faciliter l'accouchement par le siège

Surveiller étroitement la femme et le bébé



Continuer les soins

PRÉVENIR LES INFECTIONS

PRÉVENIR LES INFECTIONS

PRÉVENIR LES INFECTIONS



FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX

FOURNIR DES SOINS RESPECTUEUX