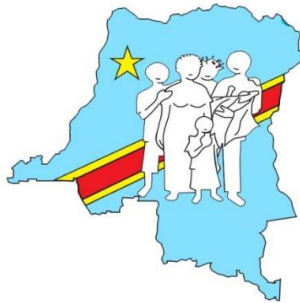




**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALE
SÉCRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET HYGIÈNE**

**NORMES ET DIRECTIVES DE LA ZONE DE SANTÉ RELATIVES
AUX INTERVENTIONS INTÉGRÉES DE SANTÉ DE LA
REPRODUCTION, DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE
L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET DE NUTRITION**



VOLUME 1

**SOINS OBSTÉTRICAUX
ESSENTIELS**

Edition 2024

Table des matières

PREFACE	5
REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1. CONSULTATION PRENATALE	14
SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES	14
1.1. Définition	14
1.2. Objectifs	14
1.3. Cibles / Bénéficiaires	15
1.4. Moment / Périodicité	15
SECTION II. NORMES	16
2.1. Normes d'interventions	16
2.2. Normes de ressources humaines	18
2.3. Normes d'infrastructures	19
2.4. Normes des ressources matérielles	19
SECTION III. DIRECTIVES.....	23
3.1. Directives à suivre pour toute séance de CPN	23
3.2. Directives relatives à la conduite de la CPN initiale.....	25
3.3. Directives relatives à la conduite de la CPN 2.....	28
3.4. Directives relatives à la conduite de la CPN 3.....	30
3.5. Directives relatives à la conduite de la CPN 4.....	31
3.6. Directives spécifiques à la conduite de la CPN des cas particuliers.....	32
3.7. Directives relatives au traitement précoce des maladies courantes au cours de la grossesse	34
CHAPITRE 2. : ASSISTANCE QUALIFIEE A L'ACCOUCHEMENT	44
SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES	44

1.1. Définition 44

1.2. Objectifs..... 44

1.3. Cibles / Bénéficiaires..... 44

1.4. Moment / Périodicité 45

SECTION II. NORMES 46

2.1. Normes d'interventions 46

2.2. Normes de ressources humaines 46

2.3. Normes d'infrastructures 47

2.4. Normes de ressources matérielles..... 48

SECTION III. DIRECTIVES..... 54

3.1. Directives relatives à l'assistance de l'accouchement
eutocique 54

3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes
particuliers de l'accouchement..... 64

3.3. Directives relatives à la surveillance des Décès Maternels,
Périnataux et Riposte (SDMPR)..... 67

CHAPITRE 3. CONSULTATION POST-NATALE..... 68

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES 68

1.1. Définition 68

1.2. Objectifs..... 68

1.3. Cibles / Bénéficiaires 68

1.4. Moment / Périodicité 68

SECTION II. NORMES 69

2.1. Normes d'interventions 69

2.2. Normes de ressources humaines 69

2.3. Normes d'infrastructures 69

2.4. Normes de ressources matérielles..... 70

SECTION III. DIRECTIVES..... 71

3.1.	Directives relatives à la conduite de toute visite CPoN	71
3.2.	Directives relatives à la prise en charge des problèmes courants durant le post partum	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		79
ANNEXES		81
Annexe 1 : Liste des principaux thèmes à exploiter lors des séances d'éducation sanitaire		81
Annexe 2 : Technique de lavage des mains, Principes généraux.....		82
Annexe 3 : Technique de port des gants		84
Annexe 4 : Technique de retrait des gants		86
Annexe 5 : Technique d'administration du sulfate de magnésium		87
Annexe 6 : Accouchement par voie basse en présentation de siège		88
Annexe 7 : Drainage de l'abcès du sein.....		95
Annexe 8 : Protocole PTME chez la femme enceinte et chez l'enfant exposé au VIH		96
Annexe 9 : Critères AFASS.....		97
Liste des experts ayant contribué à l'élaboration du document.....		98

PRÉFACE

L'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leur statut nutritionnel, constitue l'un des défis majeurs du secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC). Elle s'inscrit dans la vision du **Son Excellence Félix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO**, Président de la République, Chef de l'État selon laquelle « tout Congolais a le droit d'accéder à tous les soins et services de santé de base dont il a besoin, sans encourir une ruine financière ou économique ». Cette vision se matérialise à travers la Couverture Santé Universelle (CSU) matérialisée par le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale dirigé par Son Excellence Dr Samuel Roger KAMBA, dans l'optique d'atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD 3 et 5), pour « Chaque femme, chaque enfant ».

Le rêve d'environ 120 millions de Congolais reste de bâtir un pays plus beau qu'avant : un Congo uni, fort et prospère, sur les 2 345 410 km² qu'il occupe au cœur de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé, dont la responsabilité première incombe au secteur de la santé, avec la contribution de tous les autres secteurs.

Ce rêve est porté par le Document Stratégique dénommé « Plan National Stratégique de Développement 2024-2028 », dont les priorités ont été inscrites dans le Plan Stratégique National sur la Couverture Santé Universelle en cours (PSN-CSU 2020-2030) et reprises dans le Plan National de Développement Sanitaire et Prévoyance Sociale (PNDS-PS 2024-2033). Ces différents plans stratégiques balisent le chemin que notre pays doit suivre pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD 3 et 5).

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé est l'une des réponses du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté en RDC, en ce qu'elle constitue le support conceptuel de la recherche du complet bien-être physique, mental et social. En vue de matérialiser les objectifs de cette stratégie, le Ministère s'est employé à la décliner, depuis 2011, en plans quinquennaux de développement sanitaire, mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé à travers les Plans d'Actions Opérationnels (PAO) des différents services et structures.

Le programme de la gratuité de la maternité, de la prise en charge des soins du nouveau-né et de la vaccination jusqu'à l'âge de 5 ans, a conduit à l'organisation de plusieurs rencontres ayant abouti à l'élaboration de documents nationaux sur la gratuité des services et soins pour les mères et les nouveau-nés, premier paquet de la CSU en RDC, ainsi qu'à l'actualisation de plusieurs documents de normes et directives y afférents. C'est ainsi que les différents services et structures du secteur ont été mobilisés afin de produire et/ou d'actualiser les instruments nécessaires, notamment les différents volumes du document des Normes et directives des interventions intégrées de Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et de Promotion de la Nutrition (SRMNEA-Nut), ainsi que le Carnet de Santé

*mdh
96*

pour l'Enfant de moins de 5 ans (Fille et Garçon), en vue de générer une offre de services et de soins de qualité dont la population a besoin pour promouvoir sa santé.

Le caractère intégrateur de ces volumes de normes et directives, qui organisent les paquets de soins et services par cible de la SRMNEA-Nut, vise à réduire la fragmentation et la verticalisation des interventions, sources de dysfonctionnement du système de santé, et à promouvoir l'efficacité et la résilience de ce dernier.

À ce titre, les volumes de normes et directives actualisées de la SRMNEA-Nut et le Carnet de Santé actualisé pour l'enfant de moins de 5 ans sont appelés à devenir les supports d'un travail fondé sur les principes de globalité, de continuité et de rationalité, dans une approche des soins reposant sur la Couverture Santé Universelle.

La présentation du document en plusieurs volumes thématiques constitue un atout majeur pour son utilisation facile par différents acteurs, qu'il s'agisse des prestataires, des concepteurs, des planificateurs, des décideurs ou des chercheurs, tant des secteurs public et privé que des partenaires d'appui. Regroupées en normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériel, médicaments, intrants, consommables et outils), les normes ainsi définies serviront désormais de base à l'implantation des plateaux techniques de nos Établissements de Soins de Santé (ESS), tout en constituant des repères pour l'évaluation des programmes mis en place. Les directives établies définissent clairement les procédures de ces interventions.

C'est ici l'occasion pour nous de féliciter tous les acteurs de la co -création qui se sont investis, notamment ceux de la Plateforme Nationale de la SRMNEA-Nut, composée des experts du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, des partenaires techniques et financiers, de la Coalition des Organisations de la Société Civile intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut, ainsi que des membres de la communauté impliqués dans l'actualisation de ces documents.

J'exhorte tous les intervenants de la santé en RDC à ne ménager aucun effort pour contribuer à la large diffusion de ces normes et directives et à militer pour leur application partout où le besoin se fait sentir, afin d'améliorer la qualité des interventions au profit de la population en général et des cibles de la SRMNEA-Nut en particulier.

Dr Body ILONGA BOMPOKO

Secrétaire Général de la Santé Publique et Hygiène

REMERCIEMENTS

Le secteur de la santé a été marqué en 2010 par une intense dynamique de réforme ainsi que par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS2011-2015) par le Gouvernement de la République. Ces produits ont été l'aboutissement des efforts inlassables conjugués par les acteurs des Services et structures du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale directement impliqués dans la SRMNEA-Nut, ceux de la Coalition des Organisations de Société Civile et des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut.

La mise en œuvre, tant de ce PNDS 2011-2015 que de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) à laquelle, il trouve l'ancrage, a nécessité l'actualisation d'un grand nombre d'instruments techniques.

En effet, pour répondre à la vision du chef de l'Etat sur la gratuité de différentes interventions notamment la maternité, les soins du nouveau-né et la vaccination, sur l'ordre de la haute hiérarchie du Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, la Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS) a été instruite de procéder à la mise à jour des Normes et Directives qui régissent les interventions de la SRMNEA-Nut, cibles particulièrement touchées par une morbidité et une mortalité excessives. Ce processus a impliqué l'ensemble des parties prenantes de la Plateforme Nationale de la SRMNEA-Nut ainsi, l'actualisation du document des Normes et directives articulés en huit volumes et du document de Carte de Santé pour l'Enfant de moins de 5 ans, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services dans nos Etablissements de Soins de Santé (ESS) et dans la communauté.

A cet effet, nos remerciements les plus sincères sont adressés à tous les experts du Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévoyance Sociale (Bureau du Secrétaire Générale à la Santé Publique & Hygiène, DSFGS, PNSR, PNSA, PNIRA/PCIMNE, PRONANUT, PEV, PNLS, PNLN, PNLCD,...), ceux de la Coalition des Organisations de Société Civile intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut, ceux du Secteur Privé et aux Partenaires Techniques et Financiers d'appui à ce domaine qui, sans relâche, sont parvenus à ces livrables très importants.

Au nombre des partenaires, nous citons, notamment PARSS ASSR (Projet d'Appui à la Réhabilitation du Système de Santé et Amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive financé par la Fondation Susan Thompson Buffet/STBF), l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), et l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement International) et ses différents projets de mise en œuvre MSH/MTaPS (Management Sciences for Health / Medicines, Technologies, and Pharmaceutical Services ou Programme Médicaments Technologies et Services Pharmaceutiques), PROSANI/USAID / Projet de Santé Intégré, SANRU (Santé Rurale), JHPIEGO (Johns Hopkins Program for international Education in Gynecology and Obstetrics), UNFPA (Fond des nations Unies pour la Population).

Les remerciements s'adressent aussi aux experts de la Société Congolaise de Gynéco-Obstétrique (SCOGO), la Société Congolaise de la pratique Sage-Femme (SCOSAF), la Société de Pédiatrie

du Congo Démocratique SOPECOD, des Services médicaux du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), de l'Armée du Salut, de l'Eglise de Jésus Christ sur la Terre par son Envoyé Spécial Simon KIMBANGU (EJCSK), de la Coalition des Organisations de la Société Civile pour la SRMNEA-Nut (COSC-SRMNEA-Nut), des départements de Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa et du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance (CHUR), ceux du Centre de Connaissances en Santé de la RD Congo (CCSC) ainsi que ceux de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

C'est sur cette note, que nous tenons à remercier également tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification de ces documents de Normes et directives de la SRMNEA-Nut.

Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin

Directeur Chef de service de la DSFGS



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

3-TC	:	Lamivudine
ACT	:	Traitement combiné à base d'artémisinine
ARV	:	Antirétroviraux
AZT	:	Azidothymidine (ou zidovudine)
BCF	:	Bruits du cœur fœtal
cé	:	Comprimé
CCP	:	Cellule de centralisation des projets
CJCI	:	Cellule juridique et corps des inspecteurs
CNP	:	Comité national de pilotage
CP	:	Cellule du protocole
CPN	:	Consultation prénatale
CPNr	:	Consultation prénatale recentrée
CPoN	:	Consultation post-natale
CPS	:	Consultation préscolaire
CS	:	Centre de santé
DCIP	:	Dépistage et conseil initié par les prestataires
ECBU	:	Examen cyto bactériologique des urines
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
ERPCI	:	Evaluation rapide et prise en charge immédiate
FC	:	Fréquence cardiaque
FR	:	Fréquence respiratoire
GATPA	:	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
GE	:	Goutte épaisse
Hb	:	Hémoglobine
HGR	:	Hôpital général de référence
IM	:	Intra musculaire
IST	:	Infection sexuellement transmissible

IV	:	Intra veineux
J	:	Jour
m2	:	Mètre carré
MILD	:	Moustiquaire imprégnée à longue durée
NVP	:	Névirapine
OMD	:	Objectifs du millénaire pour le Développement
PCIGA	:	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement
PCIMAA	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Adolescent et de l'adulte
PEC	:	Prise en charge
PF	:	Planification familiale
RPR	:	Rapid Plasma Reagin
RUMER	:	Registre d'utilisation des médicaments et des recettes
SA	:	Semaine d'aménorrhée
SONU	:	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SP	:	Sulfadoxine-pyriméthamine
T°	:	Température
TA	:	Tension artérielle
TB		
TDR	:	Test de diagnostic rapide
TPI	:	Traitement présomptif intermittent
UI	:	Unité internationale
VAT	:	Vaccination anti tétanique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH+	:	VIH positif

INTRODUCTION

La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leurs statuts nutritionnels représentent une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde. C'est ainsi que le Secrétaire Général des Nations Unies a lancé la stratégie globale pour la promotion de la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents entre 2016 et 2030 en vue d'accélérer la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD 3 & 5), pour « Chaque Femme, Chaque Enfant »

La République Démocratique du Congo (RDC) comme plusieurs pays du monde a souscrit aux ODD et s'attelle à assurer une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au groupe vulnérable que sont les femmes, les enfants et les adolescents.

Malgré le nombre d'intervenants et l'importance des fonds mobilisés de la part du Gouvernement, des partenaires techniques et financiers et la contribution de la communauté dans le secteur de la santé, les résultats issus des projections des indicateurs sur base de données des enquêtes nationales restent mitigés. Outre cela, les évaluations du financement de la santé ont montré que plusieurs mécanismes de financement de la santé coexistent sans une orientation politique claire pour mieux les canaliser vers les priorités du secteur. Parmi les raisons de cette crise figurent également les faiblesses persistantes du système de santé

En effet, il se pose des questions fondamentales sur les moyens d'améliorer durablement les résultats sanitaires et de prêter plus efficacement et utilement des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité en RDC. Comment un meilleur appui technique peut-il permettre d'accélérer les taux annuels de déclin de la mortalité maternelle, néonatale, et infantile ?

Avec la réduction des appuis extérieurs, il est temps pour la RDC de maximiser l'efficacité des fonds disponibles de l'appui technique afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Pour y remédier, il s'avère impérieux de réfléchir sur l'efficacité de l'appui technique comme ingrédient clé pour améliorer la planification et la prestation des services de santé en raison de manque d'alignement aux priorités du pays, d'insuffisance de coordination par le gouvernement et les autres parties prenantes, du focus sur des gains à court terme et de l'absence d'une approche systémique pour résoudre les problèmes de santé publique et ceux liés au renforcement du système de santé.

C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) de la RDC s'est engagé à réinventer un nouveau modèle d'appui technique en utilisant l'approche de conception centrée sur l'homme « Human Centered Design » (HCD) afin qu'il puisse avoir un potentiel plus grand de jouer pleinement son rôle de leadership à tous les niveaux du système de santé. Ce qui pourrait garantir les services SRMNEA-Nut de qualité et équitable en vue de sauver les vies des femmes, des Nouveau-Nés, des enfants et des adolescents de manière durable.

C'est dans ce cadre qu'en 2019 le ministre de la Santé Publique, hygiène et prévention a mis sur pied la plateforme SRMNEA-Nut qui œuvre sous la coordination de la Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques qui, avec ses Programmes ont reçu l'appui de différents partenaires dont plus précisément de PARSS ASSR de STBF et autres, pour actualiser les normes et directives des interventions intégrées de SRMNEA-Nut au niveau Pays.

Les innovations apportées dans le secteur de la santé, notamment celles concernant les Soins Complèts d'Avortement Centrés sur la Femme, la Planification familiale (DMPA-SC, Planification du post partum) et autres justifient de façon impérieuse une de raison de l'actualisation des Normes et Directives relatives à la Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant & de l'Adolescent et Nutrition.

C'est dans ce contexte qu'un atelier a été organisé à Matadi en avril 2023 pour la production du premier draft des normes et directives SRMNEA-Nut actualisées et, ces volumes ont été validés par l'Assemblée Générale de la plateforme SRMNEA-Nut du 8 Décembre 2023.

Les Normes et Directives ainsi rendues disponibles sont destinées à l'usage des prestataires de services (médecin, infirmiers, sage-femme) et agents de santé communautaire, au niveau opérationnel, mais aussi aux dirigeants, gestionnaires de programmes, différents responsables et décideurs de la Zone de santé, du niveau provincial et du niveau central ainsi qu'aux partenaires d'appui, comme base de conception, planification, de mise en œuvre, du suivi et évaluation.

Pour en faciliter l'utilisation, le document est présenté en huit volumes thématiques qui sont :

- 1 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux essentiels
- 2 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence
- 3 Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né
- 4 Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant
- 5 Normes et Directives relatives aux interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes
- 6 Normes et Directives relatives aux services de planification familiale
- 7 Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des victimes/survivants des violences basées sur le genre
- 8 Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition

Dans l'ensemble, chaque volume comprend trois grandes subdivisions axées sur :

- 1° Les considérations générales qui présentent la définition, les objectifs, les cibles/bénéficiaires ainsi que le moment/périodicité des interventions ;
- 2° Les normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériels, médicaments, intrants, consommables et outils) ;

Il convient de souligner que, moyennant une bonne programmation des activités, les différentes interventions seront appliquées avec les mêmes ressources existant conformément aux normes globales de la Zone de Santé et n'appelleront pas le recours à des ressources additionnelles ;

- 3° Les directives indiquant les procédures d'application des normes

Ce volume traite des soins obstétricaux essentiels qui sont des interventions réalisées pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-natale en vue d'assurer une issue favorable pour la mère et le nouveau-né.

Il est important de souligner que l'application des normes et directives ainsi édictées appelle l'utilisation des outils techniques et de collecte des données appropriés tels que définis dans les normes d'outils.

CHAPITRE 1. CONSULTATION PRENATALE

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

La consultation prénatale (CPN) est l'ensemble des soins de qualité qu'une femme reçoit au cours de la grossesse, en fonction de sa situation individuelle, en vue d'assurer une issue favorable pour elle-même et son (ses) nouveau-né(s).

Toute femme enceinte doit être considérée comme étant à risque.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Offrir les soins de qualité à toute femme enceinte, en fonction de sa situation individuelle, pour une issue favorable de la grossesse, afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Assurer l'éducation sanitaire aux femmes enceintes ;
- Prévenir les maladies et les complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum ;
- Dépister les maladies chez la femme enceinte ;
- Prendre en charge les maladies survenant au cours de la grossesse ;
- Réduire la transmission du VIH de la femme enceinte à l'enfant qu'elle porte ;
- Aider la femme enceinte et sa famille à développer un plan d'accouchement et de complications ;
- Assurer la référence à temps des gestantes, des parturientes et des accouchées à problème dont les besoins de prise en charge dépassent le plateau technique de la structure ;

1.3. Cibles / Bénéficiaires

Les soins prénatals sont destinés à toute femme enceinte, soit en moyenne 4% de la population totale.

1.4. Moment / Périodicité

Les soins prénatals sont offerts à tout moment tout au long de la grossesse, avec des visites organisées selon le calendrier ci-après :

- Première consultation prénatale (CPN 1) au 1^{er} trimestre, avant la 12^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 16^{ème} SA, ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte ;
- CPN 2, entre la 24 et la 28^{ème} SA ;
- CPN 3, à la 32^{ème} SA ;
- CPN 4, à la 36^{ème} SA.

Soit un total de quatre visites de consultation prénatale (CPN), dont deux visites au dernier trimestre.

Les cas des grossesses à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles. Cela concerne notamment les femmes enceintes vivant avec le VIH, les adolescentes et jeunes enceintes, les drépanocytaires enceintes, les victimes de violences sexuelles / survivants de violences sexuelles enceintes.

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

2.1.1. Interventions opérationnelles de la CPN

Les interventions opérationnelles de la CPN sont les suivantes :

1. Education sanitaire et nutritionnelle ;
2. Dépistage et conseil initié par les prestataires (DCIP) : toute femme enceinte devrait connaître son statut sérologique VIH ;
3. Communication en PF ;
4. Dépistage de la drépanocytose chez la femme enceinte ;
5. Traitement aux antirétroviraux (ARV) à vie pour les femmes enceintes vivant avec le VIH quel que soit le stade clinique selon l'OMS ou le taux de CD4. C'est l'option B+ ;
6. Prophylaxie au cotrimoxazole à vie pour les femmes enceintes vivant avec le VIH ;
7. Vaccination contre le Tétanos et la Diphtérie (Td) suivant le calendrier ci-après :
 - Td 1 : dès le premier contact CPN
 - Td 2 : 1 mois après Td 1
 - Td 3 : 6 mois après Td 2 (ou à la grossesse suivante)
 - Td 4 : 1 an après Td 3 (ou à la grossesse suivante)
 - Td 5 : 1 an après Td 4 (ou à la grossesse suivante)
8. Calendrier du Traitement présomptif intermittent du paludisme pendant la grossesse(TPI) :
 - SP 1 : à partir de la 16^{ème} semaine, ou dès la perception des mouvements fœtaux (CPN 1) ;
 - SP 2 : entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine de grossesse (CPN 2) ;
 - SP 3 : à la 32^{ème} semaine de grossesse, (CPN 3)
 - SP 4 : à la 36^{ème} semaine de grossesse (CPN 4).

Notes importantes :

- La première dose du TPI doit être administrée aussi tôt que possible au 2^{ème} trimestre de la grossesse ;
- Chaque dose de TPI devrait être donnée à un mois au moins d'intervalle ;
- La dernière dose du TPI peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement, sans qu'il y ait de risques pour la santé de la mère et de l'enfant ;

- La femme VIH+ sous cotrimoxazole ne doit pas recevoir la SP ;
 - La TPI devrait toujours être administré-en traitement sous observation directe (DOT) ;
 - La SP peut être donnée à jeun ou avec des aliments ;
 - La SP ne devrait pas être donnée avec l'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5_{mg} car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique.
9. Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD) ;
 10. Supplémentation en micronutriment : les multi micronutriments ou le fer-folate (60 mg fer + 400 mcg folate), per os, 1 comprimé / jour, dès la première visite CPN jusqu'à 3 mois après l'accouchement ; en cas d'anémie modérée, 2 cés de fer-folate/jour ou 5 mg d'acide folique 1 à 3 cés/jour. Les femmes drépanocytaires enceintes reçoivent 3 cés d'acide folique (5 mg) /jour ;
 11. Dépistage des problèmes de coagulopathie à travers le temps de coagulation (TC) et le temps de saignement (TS) ;
 12. Traitement présomptif de l'ankylostomiase : une cure de mébendazole au moins une fois au cours de la grossesse à partir de la 16^{ème} semaine, per os, à raison de 2 × 1 cés 100 mg / jour / 3 jours, ou 1 cés 500 mg en dose unique, à partir du deuxième trimestre de la grossesse (pas avant la 16^{ème} SA), puis une deuxième dose 6 mois après ;
 13. Dépistage et traitement de la syphilis ;
 14. Diagnostic et traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
 15. Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse ;
 16. Dépistage des maladies qui influent sur l'évolution de la grossesse ;
 17. Détection des signes de danger ;
 18. Référence à temps des cas des grossesses avec complications ;

2.1.2. Déroulement normal d'une séance de CPN

Le déroulement normal d'une séance de CPN suit les étapes ci- après :

1. Préparation de la séance de CPN ;
2. Accueil bienveillant et communication sympathique pour mettre en confiance la gestante et son accompagnant ;
3. Evaluation Rapide et Prise en Charge Immédiate (ERPCI) des anomalies
4. Enregistrement des gestantes ;

5. Prélèvement des signes vitaux (tension artérielle - TA, température - T°, pouls, fréquence respiratoire - FR) ;
6. Pesée de la gestante ;
7. Education sanitaire et nutritionnelle, planifiée, préparée et adaptée ;
8. Conseil individuel pour le dépistage du VIH (DCIP) ;
9. Interrogatoire basé sur les antécédents y compris le screening TB (recherche active TB), la notion de violence basée sur le genre, l'état de santé actuelle de la gestante et sur l'évolution de la grossesse ;
10. Examen physique et obstétrical axé sur une évaluation de la grossesse et de l'état de santé de la mère ainsi que sur la recherche de signes de danger et d'éventuelles complications ;
11. Identification des besoins et des problèmes ;
12. Prise en charge des problèmes identifiés / Administration des mesures préventives ;
13. Référence des cas à problème dont la prise en charge dépasse le plateau technique de la structure ;

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour les soins prénatals sont celles ci-après :

Au niveau du Centre de Santé (CS)/maternité de base

- Au moins deux sages-femmes ;
- **Ou** au moins deux accoucheuses A2 ;
- **Ou** encore deux infirmiers(ères) de niveau minimum A2

Formé(e) et recyclé(e) en thématiques SRMNEA-NUT (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ et de Nutrition, SONU, PF).

Au niveau de l'Hôpital Général de Référence (HGR)

En plus des dispositions du CS : Au moins un Médecin généraliste et/ou un Gynécologue- obstétricien formés en thématiques SRMNEA-Nut (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ et de Nutrition, SONU, PF).

2.3. Normes d'infrastructures

La CPN est organisée au CS.

L'HGR organise la CPN des cas référés.

Au CS avec Maternité de base ou à l'HGR avec Service de Gynéco-obstétrique répondant aux normes d'infrastructures de la Zone de Santé, l'on aménagera spécifiquement des espaces permettant de réaliser les activités de CPN.

Il s'agit des espaces ci-après :

- Une salle d'attente,
- Une salle de réception et de causerie éducative,
- Un local d'examen physique,
- Un local de prélèvement,
- Une salle de counseling notamment sur le VIH, la planification familiale (PF), les SCACF et sur la drépanocytose dans le respect de l'intimité et de la confidentialité,
- Une salle des soins,
- Un point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main) et une rampe.

2.4. Normes des ressources matérielles

2.4.1. Equipement

Au niveau du CS/Maternité de base

Ce dernier doit être doté d'équipement conforme à la liste de matériels et équipements de la Zone de Santé, et spécifiquement pour la CPN :

- Table gynécologique,
- Source de lumière,
- Table de bureau,
- Au moins trois chaises de bureau,
- Bancs en nombre suffisant,
- Armoire,
- Réfrigérateur,
- Echographe numérique portable ainsi qu'un lit amovible.

Au niveau de l'Hôpital Général de Référence (HGR)

Avec service de Gynéco- Obstétrique tous les équipements ci-haut cités pour le CS plus :

- Un échographe standard,
- Un Non Stress Test (NST),
- Un Genexpert,
- Un appareil électrophorèse,
- Une ambulance (véhicule, moto, pirogue, bateau)

2.4.2. Matériels

- Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco- Obstétrique doivent être dotés du matériel de base, et spécifiquement pour la CPN : Bouteille d'oxygène médical, concentrateur d'oxygène, stéthoscope, tensiomètre à mercure, fœtoscope (Pinard, De Lee), mètre ruban (au moins deux), gravidomètre (réglette), pelvimètre, horloge, balance pèse-personne avec toise, thermomètre, speculums vaginaux de différentes tailles (petit, moyen et grand), poubelle avec couvercle, potences, escarbot, bassin réniforme, marmite à pression, gobelet, paravent, seau, hémoglobinomètre, Le glucomètre,
- Le papier buvard.

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco- Obstétrique doivent être dotés des médicaments, intrants et consommables conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, spécifiquement pour la CPN :

Médicaments :

- Fer-folate,
- Multi micronutriments,
- Acide folique,
- Mébendazole,
- SP,

- MILD,
- Td,
- ARV [Ténofovir (TDF) + Laminidine+ Dolutegravir],
- Cotrimoxazole,
- Céfixime,
- Amoxicilline,
- Benzatine benzylpenicilline,
- Erythromycine,
- Métronidazole en comprimé ou ovule,
- Papavérine,
- Magnésium,
- Anti oxydants Oméga 3,
- IsionazidelNH.

Kits tests :

- Test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme,
- TDR drépanocytose,
- Test RPR pour la syphilis,
- Tests rapides VIH (Determine, Unigold, STAT PACK ou Chembio VIH 1/2),
- Test de groupage sanguin.

Avec en plus pour l'HGR des réactifs pour glycémie, glucosurie et protéinurie.

Intrants et autres consommables :

- Désinfectant,
- Compresses,
- Gants,
- Savon liquide,
- Savon en bloc,
- Masque,
- Solution hydro alcoolique.

2.4.4. Outils

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco- Obstétrique doivent être dotés des outils suivants pour la CPN :

Outils de prestation (outils techniques) :

- Carte/fiche CPN,
- Supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres selon les besoins),
- Manuels de formation,
- Carte de rendez-vous,
- Bon de référence et contre référence.

Outils de gestion :

❖ **Outils de collecte des données :**

Carte CPN,
Registre CPN,
Bon de référence,
Registre de référence,
Carnet de vaccination,
Fiche de stock, Registre des prélèvements RPR/VIH/CD4,
Fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats,
Registre de résultats, Registre de laboratoire/ logbook (VIH),
Registre pré-TARV et TARV, Registre des infections opportunistes,

Registre de suivi du couple mère et enfant (VIH), Cahier de surveillance de la transfusion,
Fiche d'hémovigilance, fiche de revue de décès maternel et périnatal, fiche d'autopsie verbale, Fiche de notification, le registre de surveillance des décès maternels et périnatals, Avec en plus pour l'HGR, le registre des donneurs, le registre de contre référence

❖ **Outils de rapportage :**

- Cahier de rapport,
- Canevas de rapport mensuel des activités.

❖ **Outils de supervision :**

- Registre/cahier de supervision,
- Canevas de supervision.

SECTION III. DIRECTIVES

3.1. Directives à suivre pour toute séance de CPN

1° Préparer la CPN

- Déterminer le nombre de femmes enceintes attendues.
- Commander/réquisionner les médicaments, vaccins, consommables selon les besoins.
- Planifier et préparer la séance de causerie éducative basée sur un thème ciblé et à illustrer par des images consacrées (boîte à images, recueil des messages clés sur la santé de la mère et du nouveau-né, cartes conseils sur la santé de la mère et des nouveau-nés ou autres supports éducatifs) ; la séance ne devrait pas durer plus de 15 minutes.
- Prévoir un horaire adapté aux adolescentes et jeunes enceintes.
- Préparer la salle, le matériel, médicaments, vaccins, consommables et les outils ; s'assurer que l'on dispose de tout ce qui est nécessaire.

2° Respecter les précautions universelles de prévention des infections selon les étapes de la consultation

- Se laver les mains au savon liquide, en poudre ou en bloc râpé et à l'eau courante.
- Porter le masque et des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants selon les normes de gestion des déchets.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Eliminer les déchets biomédicaux selon les normes de gestion des déchets.

3° Procéder à une évaluation rapide et une prise en charge immédiate

- Accueillir les femmes arrivant à la CPN.
- Observer la femme arrivant à la CPN pour une première appréciation de son état.
- Evaluer rapidement la femme enceinte dès que la première

appréciation révèle un signe de danger.

- Prendre en charge immédiatement suivant le problème identifié.
- Organiser la référence après les premiers soins si nécessaires.
- Installer dans la salle d'attente la femme enceinte qui ne présente aucun signe de danger ou qui n'est pas en travail.

4° Accueillir la femme enceinte

- Réserver un accueil bienveillant et une communication sympathique.
- Réserver un accueil particulièrement convivial, sans stigmatisation, à l'adolescente enceinte et à la jeune femme enceinte.
- Communiquer avec la gestante en utilisant un langage simple et clair durant toutes les étapes de la consultation.
- Communiquer avec la gestante et son conjoint, dans une approche de responsabilisation individuelle et familiale, en soulignant qu'elle est l'actrice principale de l'évolution de sa grossesse.
- Respecter l'intimité et la confidentialité.
- Recevoir les femmes pour la consultation par ordre d'arrivée, exceptée pour les cas d'urgence qui sont prioritaires.
- Ne pas recevoir deux femmes à la fois.

5° Enregistrer les femmes enceintes

- Remplir les formalités administratives.
- Enregistrer tous les nouveaux cas.

6° Conduire la causerie éducative

- Animer une séance de causerie éducative dans un espace/salle avec toutes les femmes enceintes, sur le thème préparé (se référer à la liste des thèmes à exploiter en annexe), en se conformant aux techniques de communication en groupe.
- Mener le counseling pré test VIH et drépanocytose de groupe.

7° Mener le counseling individuel pour le dépistage du VIH si le statut sérologique n'est pas connu en se conformant aux normes de DCIP

8° Mener le counseling individuel pour le dépistage de la drépanocytose si le statut hémoglobinique n'est pas connu

3.2. Directives relatives à la conduite de la CPN initiale

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de la première à la huitième directive telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

9° Réaliser un bilan approfondi

- Demander le motif de la visite, s'il y a des problèmes / des signes de danger.
- Interroger sur les antécédents médicaux (hypertension artérielle, diabète, asthme, allergie, tabagisme, alcoolisme, drépanocytose, notion de VBG, notion de coagulopathie : Hémophilie, CIVD), chirurgicaux et gynéco-obstétricaux (date des dernières règles, gestité, parité, avortement, césarienne, ou autres, notion d'utilisation de contraceptifs), et sur la grossesse actuelle.
- Procéder à l'examen physique : état général, signes vitaux (température, tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire), pesée, seins (masse suspecte), abdomen (cicatrice abdominale), organes génitaux.
- Procéder à l'examen obstétrical :
 - Réaliser la palpation et/ou le palper bimanuel pour estimer l'âge de la grossesse.
 - Réaliser l'échographie obstétricale pour confirmer la grossesse et estimer l'âge de la grossesse
- Prélever le sang et les urines pour les tests de laboratoire : taux d'hémoglobine/hématocrite, Temps de Saignement (TC) et Temps de Coagulation (TC), groupage sanguin Rhésus, statut hémoglobinique (si pas connu), RPR pour la syphilis, test VIH (si consentement après conseil) ; si nécessaire recherche de protéines dans les urines ; test de grossesse, glycosurie, TDR du paludisme, goutte épaisse (GE), glycémie à jeun.

- Communiquer à la femme les résultats des différents examens cliniques et paracliniques réalisés.

Le bilan approfondi de la CPN 1 devra amener à : confirmer la grossesse ; détecter les signes/symptômes du paludisme ou autres complications ; identifier les maladies chroniques ; estimer la date probable de l'accouchement / l'âge gestationnel et déterminer si l'évolution de la grossesse est normale.

10° Administrer les soins appropriés

- Initier les mesures préventives clés :
 - TPI du paludisme : Donner SPI, en dose unique de 3 comprimés 500 mg/25 mg en prise supervisée, à partir de la 16^{ème} semaine, ou après la sensation des mouvements fœtaux.
 - MILD : Donner la moustiquaire imprégnée d'insecticide et expliquer le mode emploi.
 - Déparasitage : Donner le mébendazole per os, à raison de 2 × 1 cé 100 mg / jour / 3 jours, ou 1 cé 500 mg en dose unique (pas avant la 16ème semaine).
 - Supplémentation en multi micronutriments ou en fer-folate : Donner les multi micronutriments ou le fer-acide folique en cé (60 mg fer + 400 mcg folate), per os une fois par jour, à raison de 1 cé / jour pour toute femme enceinte à partir de la première visite ; en cas d'anémie tolérée, donner 2 cés de fer-folate/ jour ou 5 mg d'acide folique 1 à 3 cés/jour. Donner 3 cés d'acide folique (5 mg/Kg) /jour aux femmes drépanocytaires.
 - Td: Administrer la première dose de Td dès le premier contact.
 - PTME chez la femme enceinte:
 - **Si femme séronégative :**
 - Donner le paquet de prévention (conseil, préservatifs, dépistage du partenaire masculin, plan de réduction des risques et refaire le test après 3 mois)

Si femme séropositive :

- Conduire le counseling d'adhérence

- Initier le Traitement aux antirétroviraux (ARV) à vie quel que soit le stade clinique selon l'OMS ou le taux de CD4. (schéma préférentiel = Ténofovir(TDF) + Lamivudine (3TC) + Tenofovir (TDG), 1 cé/jr le soir)
- Se référer aux normes du PNLS en cas de problèmes associés pendant la grossesse
- Initier la prophylaxie au cotrimoxazole à partir de la 14ème semaine de grossesse ou au premier contact, à raison de 1 cé 960 mg / jour et à vie.
- Faire la charge virale chaque 6 mois et 12 mois puis chaque année à partir du début de traitement pour évaluer si la charge virale est devenue indétectable
- Faire l'évaluation nutritionnelle et screening TB
- Donner le paquet de prévention positive (le plan de réduction de risques, le partage de statut sérologique à son partenaire, la recherche active des IST et leur traitement, les conseils sur la planification familiale, les conseils sur l'adhésion aux soins et traitement ARV, l'adhésion au groupe de support, fréquentation du PODI)
- Orienter vers le groupe de support
- Faire le suivi clinique et biologique selon les normes du PNLS

Si femme avec statut sérologique encore indéterminé :

- Refaire le test 14 jours après
- Si résultat positif : mettre la femme sous traitement ARV selon les normes
- Si résultat négatif : offrir le paquet de prévention (conseil, préservatifs, dépistage du partenaire masculin, plan de réduction des risques et refaire le test après 3 mois)

N.B. La femme VIH+ sous cotrimoxazole ne doit pas recevoir la SP.

- Administrer les soins curatifs en fonction de la maladie dépistée lors de l'examen médical/obstétrical.
- Référer si nécessaire en fonction de la maladie dépistée lors de l'examen médical/obstétrical.

11° Aider la gestante à développer son plan d'accouchement/de naissance et de dispositions en cas de complications, comprenant :

- Connaissance de son statut sérologique
- Connaissance des signes de danger et de travail
- Lieu de l'accouchement
- Transports en cas d'urgence
- Fonds pour les urgences
- Prise de décisions avec promptitude
- Donneur de sang
- Kit d'accouchement propre
- Articles nécessaires pour un accouchement
- Les accompagnateurs et les personnes de soutien avant, pendant et après l'accouchement

12° Donner les informations et conseils individualisés

13° Fixer la date de la prochaine visite CPN

- Fixer le prochain rendez-vous en tenant compte des besoins de la gestante et des résultats de la consultation.
- Expliquer à la gestante l'importance de chaque visite CPN, l'intérêt de respecter le calendrier et la nécessité de revenir à tout moment en cas de problème, munie de sa carte CPN.
- Raccompagner la gestante jusqu'à la sortie et la remercier pour sa visite.

14° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.3. Directives relatives à la conduite de la CPN 2

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 8° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

1° Réaliser un bilan ciblé

Après avoir passé en revue les éléments de la dernière consultation :

- Demander s'il y a des problèmes / des signes de danger / changements depuis la dernière visite.

- Procéder à l'examen physique : état général, TA, pesée, examen général de la tête aux pieds, en insistant sur les spécificités de l'interrogatoire.
- Procéder à l'examen obstétrical : réaliser la palpation abdominale/palper bimanuel pour estimer l'âge de la grossesse.
- Prélever le sang et les urines pour les tests de laboratoire si nécessaire.

Le bilan ciblé de la CPN 2 (entre la 24ème et la 28ème SA) devrait amener à détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies ; confirmer la date probable de l'accouchement ; apprécier si l'évolution de la grossesse est normale.

2° Administrer les soins appropriés

- Continuer les mesures préventives – SP 2 ; Td 2 (suivant le calendrier vaccinal) ; multi micronutriments, fer-folate, acide folique – aux mêmes doses.

N.B. La femme VIH+ sous cotrimoxazole ne doit pas recevoir la SP.

- Continuer ou réviser (si approprié) le plan des soins initiés à la CPN 1.
- Administrer les soins appropriés pour les problèmes identifiés.
- Référer si nécessaire en fonction du problème identifié.
- Aider à développer/réviser le plan d'accouchement/de naissance et de dispositions en cas de complications.
- Continuer la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement ARV pour la femme enceinte VIH+.
- Donner des informations et conseils individualisés.

3° Fixer la date de la prochaine visite CPN

- Fixer le prochain rendez-vous en tenant compte des besoins de la gestante et des résultats de la consultation.
- Expliquer à la gestante l'importance de chaque visite CPN, l'intérêt de respecter le calendrier et la nécessité de revenir à tout moment en cas de problème, munie de sa carte CPN.
- Raccompagner la gestante jusqu'à la sortie et la remercier pour sa

visite.

4° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.4. Directives relatives à la conduite de la CPN 3

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 8° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

1° Réaliser un bilan ciblé comme à la CPN 2

Comme à la CPN 2, le bilan ciblé de la CPN 3 (32ème SA) devrait amener à détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies ; confirmer la date probable de l'accouchement ; apprécier si l'évolution de la grossesse est normale.

2° Administrer les soins appropriés

- Continuer les mesures préventives : Td, si indiqué suivant le calendrier vaccinal, multi micronutriments, fer-folate et acide folique aux mêmes doses qu'à la CPN 1.
- Pour la femme enceinte VIH+ :
 - Continuer la prophylaxie au cotrimoxazole
 - Continuer le traitement ARV pour la femme enceinte VIH+.
- Continuer / réviser (si approprié) le plan des soins initié à la CPN antérieure.
- Administrer les soins appropriés pour les problèmes identifiés.
- Référer si nécessaire en fonction du problème identifié.
- Aider la gestante à développer/réviser le plan d'accouchement/ de naissance et de dispositions en cas de complications.
- Donner les informations et conseils individualisés.

3° Fixer la date de la prochaine visite CPN

- Négocier le prochain rendez-vous en tenant compte des besoins de la gestante et des résultats de la consultation.
- Expliquer à la gestante l'importance de chaque visite CPN, l'intérêt de respecter le calendrier et la nécessité de revenir à tout moment

en cas de problème, munie de sa carte CPN.

- Raccompagner la gestante jusqu'à la sortie et la remercier pour sa visite.

4° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.5. Directives relatives à la conduite de la CPN 4

Suivre les directives communes à toute séance de CPN, de 1° à 8° telles que décrites ci-dessus. Ensuite :

1° Effectuer un bilan ciblé clinique et paraclinique (tel que l'échographie pour le bilan gestationnel et le mode d'accouchement) en fonction des besoins de la femme

Le bilan ciblé de la CPN 4 (36^{ème} semaine) devrait amener à : détecter les signes/symptômes du paludisme et autres complications ou maladies, confirmer la date présumée de l'accouchement, apprécier si l'évolution de la grossesse est normale, rechercher une grossesse multiple évidente ou une présentation vicieuse à la palpation, évaluer le bassin et émettre le pronostic de l'accouchement par voie basse.

2° Administrer les soins appropriés / référer pour les problèmes identifiés

- Continuer les mesures préventives : multi micronutriments, fer-folate, acide folique.
- Continuer la prophylaxie au cotrimoxazole et le traitement ARV pour la femme enceinte VIH+.
- Accompagner la gestante dans la finalisation du plan d'accouchement et de dispositions en cas de complications.
- Donner des informations et conseils individualisés.
- Référer si nécessaire pour les problèmes identifiés.

3° Discuter et fixer la date de l'éventuelle visite si elle n'a pas accouché dans les 10 jours qui suivent la date

probable de l'accouchement

4° Remplir correctement les outils de collecte des données

3.6. Directives spécifiques à la conduite de la CPN des cas particuliers

3.6.1. Cas des adolescentes enceintes

- Ne pas porter de jugement ; le prestataire doit prendre conscience de sa propre gêne par rapport à la sexualité des adolescentes et la surmonter.
- Encourager la jeune fille à poser des questions et lui dire que l'on peut aborder tous les sujets.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Lui rappeler que l'entretien est confidentiel.
- Faire preuve de compréhension quant aux difficultés que les adolescents éprouvent à parler des sujets touchant à la sexualité (peur que les parents le découvrent, réprobation des adultes et de la société, etc...).
- Se montrer réconfortant lorsque l'on aborde sa situation et lui demander si elle a des préoccupations particulières.
- Lui demander si elle vit avec ses parents, si elle se confie à eux, si elle a subi des violences ou si on a abusé d'elle ; auxquels cas l'orienter vers les structures appropriées pour une prise en charge holistique.
- Lui demander qui est au courant de sa grossesse.
- Lui expliquer les changements liés à la puberté et à sa grossesse.
- La préparer au fait que la société peut accepter ou non sa grossesse, aux pressions éventuelles qu'elle peut subir.
- La rassurer qu'elle pourra nouer de nouvelles amitiés et reprendre une vie normale.
- L'amener à accepter son état actuel et son futur bébé ; l'exhorter à ne pas récidiver et, le cas échéant, communication sur la contraception.

3.6.2. Cas des femmes enceintes des suites de violence sexuelle

- Trouver un endroit où la femme peut se confier sans être dérangée.

- Lui rappeler que l'entretien est confidentiel.
- Encourager la femme à vous dire ce qui lui est arrivée.
- L'écouter et lui parler avec empathie.
- Lui proposer le dépistage au VIH, si test positif, prendre en charge selon les normes du PNLS et si résultat Négatif, refaire le test dans 3 mois qui suivent le viol.
- Ne pas la blâmer ou plaisanter de sa situation.
- La tranquilliser en lui disant qu'elle ne mérite pas d'être maltraitée.
- L'aider à évaluer la situation dans laquelle elle se trouve.
- L'encourager à accoucher dans une formation sanitaire auprès d'un personnel qualifié.
- La conseiller sur l'utilisation de la contraception d'urgence en cas de récurrence après l'accouchement de la grossesse actuelle.
- L'orienter vers les structures appropriées pour une prise en charge holistique (Clinique juridique).

3.6.3. Cas de la femme drépanocytaire enceinte

- Organiser les visites additionnelles rapprochées pour la femme drépanocytaire enceinte selon le protocole national de prise en charge, en plus des 4 CPN requises pour toute femme enceinte, recommander :
 - Une bonne hydratation de la gestante (+ou - 2 litres d'eau /jour,
 - Une bonne hygiène corporelle et génitale
 - Un habillement ample (éviter les habits collants)
 - Une kiné respiratoire à partir de 16 SA
- Transfuser au besoin (signes d'intolérance chez la gestante).

3.6.4. Cas de la femme enceinte handicapée

- Ne pas porter de jugement ni sur le handicap ni sur le port de grossesse.
- Comprendre la situation du handicap dans lequel se trouve la gestante et l'aider en fonction des besoins spécifiques en rapport avec son handicap.
- Recourir à la collaboration de la famille si nécessaire pour gagner la confiance de la cliente.
- Fournir des explications à la gestante si des dispositions spécifiques

doivent être prises compte tenu de son handicap.

- Laisser la cliente adopter la position qui la met à l'aise lors de l'examen ou de l'administration des soins.

3.7. Directives relatives au traitement précoce des maladies courantes au cours de la grossesse

3.7.1. Anémie au cours de la grossesse

1° Identifier l'anémie chez la femme enceinte

- Si la gestante dit se fatiguer vite, avoir du mal à respirer lorsqu'elle accomplit les tâches ménagères courantes et qu'à l'examen physique on note une pâleur des conjonctives, des paumes des mains et du lit des ongles :
 - Penser à l'anémie sur grossesse.

2° Déterminer le degré de l'anémie

- Si signes d'anémie cités ci-dessus avec tachycardie et éventuels œdèmes des membres inférieurs, et taux d'Hb < 7 g/dl ou hématocrite < 20%, **l'anémie est sévère.**
- Si signes d'anémie cités ci-dessus sans tachycardie et avec taux d'Hb entre 7 et 11 g/dl, **l'anémie est modérée.**

La tachycardie et les œdèmes sont des signes de gravité.

3° Rechercher la(les) cause(s) de l'anémie

Ce, en fonction de l'anamnèse et des examens complémentaires (saignements récents ou actuels, paludisme, parasitose intestinale : ankylostomiasse, drépanocytose ou autres).

4° Prendre en charge l'anémie pendant la grossesse selon le degré et la cause

- Cas d'anémie modérée au niveau du CS
 - Traiter selon la cause.
 - Donner les mutli micronutriments ou le fer-folate (cé 60 mg de fer + 400 mcg de folate) deux fois 1 cé / jour ou 5 mg

d'acide folique 1à 3 cés/jour. Donner 3 cés d'acide folique (5 mg) aux femmes drépanocytaires enceintes ; remettre à la gestante une quantité suffisante de comprimés de façon à couvrir les besoins jusqu'à la prochaine visite.

- Conseiller sur l'importance de prendre le fer-folate ou l'acide folique tous les jours et informer sur les effets secondaires possibles : selles noirâtres, constipation, nausées.
- Renforcer les messages de soutien nutritionnels :
 - *Manger des aliments qui contiennent du fer (viande rouge, feuilles, lentilles) avec des aliments riches en vitamine C (agrumes, tomates).*
 - *Eviter la consommation concomitante des aliments qui inhibent l'absorption de fer tels que le thé, le café, le son de blé.*
- Fixer rendez-vous dans un mois pour contrôler le taux d'hémoglobine et vérifier la réponse au traitement.
- Poursuivre le calendrier CPN et la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.

- Cas d'anémie sévère

- Au niveau du CS/Maternité de base :
 - *Transfuser si possible.*
 - *Référer immédiatement à l'HGR.*
- Au niveau de l'HGR :
 - Se référer aux directives relatives à la prise en charge de l'anémie sévère durant la grossesse décrites dans le Volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence.

3.7.2. Paludisme au cours de la grossesse

1° Identifier le paludisme chez la femme enceinte Gestante avec fièvre, frissons, céphalées, vomissements, douleurs articulaires, asthénie :

- Penser au paludisme simple.

- Toute femme enceinte fébrile doit être considérée comme une urgence et un cas particulier à prendre nécessairement en charge au CS ou à l'HGR.
- Tout cas de paludisme chez une gestante est une situation urgente du fait des possibilités de complications materno-fœtales.

2° Rechercher les signes de gravité du paludisme chez la femme enceinte Gestante avec fièvre et signes de complications telles que coma, convulsions, anémie sévère, œdème pulmonaire, hypoglycémie, collapsus cardio-vasculaire, hémorragie diffuse, hémoglobinurie massive :

- Penser au paludisme grave.

3° Confirmer le diagnostic de paludisme : par le TDR ou la GE ou le frottis sanguin.

4° Prendre en charge la gestante souffrant de paludisme.

- Cas de paludisme simple

○ Au niveau du CS :

1. Administrer les antipaludiques : cfr Directives Nationales de prise en charge du paludisme

- *Au 1er trimestre, 2ème et 3ème trimestre de la grossesse : quinine comprimé 3 × 10 mg/kg de poids / jour (toutes les 8h) associée à la clindamycine à la dose de 2X 10 mg/Kg/jour*

(toutes les 12h) pendant 7 jours faute d'une autre alternative aux dérivés d'Artémisinine.

N.B. Ne pas dépasser 1500 mg par jour de quinine de base par jour.

- *De 2ème et 3ème trimestre de la grossesse : CTA conformément au schéma décrit pour la prise en charge du paludisme simple (QS-AQ ou AL ou AP)*
- 2. Administrer les antipyrétiques : paracétamol 1 gr toutes les 6 heures jusqu'à la tombée de la fièvre.
- 3. Administrer un antiémétique en cas de vomissement : métoclopramide 10 mg $\times$ 3 / jour.
- 4. Poursuivre le TPI selon les normes.
- 5. Conseiller la gestante à :
 - *Terminer la cure de médicaments ;*
 - *Revenir si son état ne s'est pas amélioré dans les 48 heures ;*
 - *Dormir sous la MILD et autres mesures préventives.*
- 6. Référer immédiatement à l'HGR si l'état de la femme ne s'améliore pas ou s'empire dans les 48 heures après le début du traitement et/ou si d'autres symptômes apparaissent.
- 7. Référer immédiatement à l'HGR tout cas de paludisme grave chez la femme enceinte.
- 8. Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Au niveau de l'HGR :
 1. Administrer un tocolytique en cas des contractions utérines, selon l'âge de la grossesse :
 - *1er trimestre : papaverine, diazepam*
 - *2ème trimestre : salbutamol (HGR) : 4 ampoules 0,5 mg dans 1 litre de sérum glucosé à 5% pour 24 heures ; et associer un anti spasmodique : papavérine 3 $\times$ 1 ampoule 40 mg IM/jour /3 jours, ou N- butylscopolamine.*

cfr Directives Nationales de prise en charge du paludisme

2. *Prendre en charge les cas de paludisme grave (se référer aux*

directives relatives à la prise en charge du paludisme grave décrite dans le Volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence).

3.7.3. Hypertension artérielle au cours de la grossesse

1° Identifier l'hypertension artérielle chez la gestante avec TA supérieure ou égale à 140/90 mm Hg prélevée après 10 minutes de repos, à deux reprises à intervalle de quatre heures, en décubitus latéral gauche et en position assise, ou avec tension diastolique supérieure à 110 mm Hg en une seule prise :

- Penser à l'hypertension artérielle sur grossesse.
 - Si hypertension préexistant à la grossesse ou découverte avant 20 SA :
 - Penser à l'hypertension chronique.
 - Si hypertension survenant au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, pendant le travail et/ou dans les 48 heures qui suivent l'accouchement :
 - Penser à l'hypertension gravidique.
 - Si hypertension gravidique sans protéinurie ni œdème :
 - Penser à l'hypertension gestationnelle.
 - Si hypertension gravidique avec protéinurie :
 - Penser à la pré éclampsie.
 - Si pré éclampsie avec TA diastolique ≥ 90 et < 110 mm Hg à deux reprises à quatre heures d'intervalle et protéinurie allant jusqu'à 2+ ($\geq 0,30$ g/24h) :
 - Penser à la pré éclampsie modérée.
 - Si pré éclampsie avec TA diastolique ≥ 110 mm Hg avec ou sans TA systolique ≥ 160 mm Hg à deux reprises à 4 heures d'intervalle, oligurie (diurèse < 400 ml/24h) et protéinurie $\geq 3+$ (> 3 g/24h) :

- Penser à la pré éclampsie sévère.

2° Rechercher les signes de gravité

- Notion de convulsions, de mort-né ou d'hématome rétro placentaire lors d'une grossesse précédente, ou d'hypertension existant avant la grossesse.
- Présence des signes fonctionnels comme maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, sensation de mouches volantes devant les yeux, douleur épigastrique.
- Présence des signes cliniques comme œdèmes généralisés d'installation rapide, TA systolique >140 mm Hg, TA diastolique >90 mm Hg, prise de poids exagérée.
- Données de laboratoire de gravité telles : protéinurie $\geq 2+$ sur bandelette, uricémie > 350 mmol/l, azotémie >2,5 mmol/l, plaquettes <100.000/mm³.

3° Prendre en charge l'hypertension artérielle de la gestante

- Au niveau du CS/Maternité de base
 1. Référer à l'HGR toute gestante présentant l'hypertension artérielle, quel qu'en soit le type.
 2. En cas de pré-éclampsie sévère ou survenue de convulsions/coma (éclampsie) :
 - *Administrar la dose initiale de sulfate de magnésium, une dose de 14g à raison de 4g en IVDL dilué à 20% et 10g : 5g par fesse à 50% en IM profonde adoucie avec la Lidocaïne à 2% (1cc) et recourir à son antidote (Gluconate de calcium à raison de 1gr en IV en 10 minutes) en cas d'intolérance.*
 - *Puis référer immédiatement à l'HGR.*
- Au niveau de l'HGR
 1. Cas sans signe de gravité :
 - *Recommander le repos en décubitus latéral gauche.*

- *Encourager la femme à se reposer davantage.*
- *Encourager la femme à avoir une alimentation normale.*
- *Surveiller l'évolution de la grossesse (croissance et état du fœtus).*
- *Revoir la patiente toutes les semaines pour un contrôle de la tension artérielle, la protéinurie, les réflexes, et l'état du bébé (hauteur utérine, poids de maman, bruits du cœur fœtal) si la condition ne se détériore pas et que l'âge gestationnel est <37 semaines.*
- *Sensibiliser la femme et sa famille sur la reconnaissance des signes de danger et le recours sans délai aux soins.*
- *Assurer la contre-référence au CS/Maternité de base.*

- **Ne jamais prescrire : ni régime sans sel, ni régime hyposodé, ni furosémide (Lasix).**
- **Ne donner ni anticonvulsivant, ni antihypertenseur, ni sédatifs, ni tranquillisant sauf si la TA ou la protéinurie augmente.**

- *Suivre l'évolution :*

- La TA est normale ou l'état est stable, procéder à la consultation prénatale deux fois par mois pour surveiller la tension artérielle, la protéinurie, les réflexes, et l'état du bébé.
- La TA est toujours élevée sans facteur de gravité, traiter : aspirine 125 mg ou ¼ de cé 500 mg par jour : méthyldopa 250 mg un cé matin et soir. Surveiller une fois/semaine.
- La TA est toujours élevée avec facteur de gravité, référer au niveau supérieur.

2. Cas avec signes de gravité

- Se référer aux directives relatives à la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie traitées dans le volume 2 sur les Soins Obstétricaux d'Urgence.

3.7.4. Infections urinaires au cours de la grossesse

1° Identifier l'infection urinaire au cours de la grossesse
Gestante avec dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, douleurs lombaires à prédilection droite, vomissements, nausées, fièvre supérieure ou égale à 38°C et sensibilité des points urétéraux à l'examen physique :

- Penser à l'infection urinaire chez la femme enceinte.
 - Si dysurie, mictions plus fréquentes et impérieuses, douleurs sus pubiennes et abdominales :
 - Penser à une cystite.
 - Si dysurie, fièvre oscillante/frissons, fréquence et urgence accrue de la miction, douleurs abdominales et lombaires, douleurs sus pubiennes, douleurs et sensibilité au flanc avec anorexie, nausées et vomissement :
 - Penser à une pyélonéphrite aigue.

2° Confirmer l'infection urinaire :

- Réaliser l'examen cytot bactériologique (ECBU) qui va montrer une augmentation des globules blancs et des cellules épithéliales à des urines
- Identifier les germes spécifiques à l'uroculture si possible, avec antibiogramme.

3° Prendre en charge l'infection urinaire chez la femme enceinte

- Cas de cystite ou de bactériurie asymptomatique
 - Au niveau du CS :
 - Administrer l'amoxicilline per os, 3 fois 500 mg par jour pendant 7 jours ou cotrimoxazole : 80 mg de triméthoprim/400 mg de sulfaméthoxazole 2

cés deux fois par jour pendant 7 jours (pas au premier trimestre) puis adapter selon résultats de l'antibiogramme.

- Administrer paracétamol per os, 500 mg, chaque fois que nécessaire pour soulager la douleur ou baisser la fièvre.
- Respecter la durée du traitement : 7 jours.
- Prodiguer des conseils : boire beaucoup d'eau, se reposer, respecter la cure.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Assurer les visites de suivi.
- Référer si échec de traitement ou en cas de récurrence.

○ Au niveau de l'HGR :

- Prendre en charge les cas référés :
 - Procéder à l'uroculture avec l'antibiogramme en cas de récurrence.
 - Traiter avec un antibiotique adapté.
 - Doser la glycémie et si possible et/ou procéder au test d'hyperglycémie provoquée.
 - Référer si nécessaire dans un centre spécialisé ou à l'hôpital général provincial de référence.

- Cas de pyélonéphrite aigue

○ Au niveau du CS :

- Administrer les premières doses d'antibiotiques : l'amoxicilline/l'ampicilline en IV 2 g associée à la gentamicine en IM, 5 mg/kg.
- Administrer le paracétamol per os 500 mg chaque fois que nécessaire pour soulager la douleur ou baisser la fièvre.
- Référer à l'HGR.

○ Au niveau de l'HGR :

- Administrer l'amoxicilline/l'ampicilline en IV, 2 g

toutes les 6 heures pendant 48 heures associée à la gentamicine en IM, 5 mg/kg/j en deux doses/jour pendant 3 à 5 jours :

1. Si la fièvre tombe au bout de 48h, relayer ampicilline IV par l'amoxicilline per os, 1 g 3 fois par jour jusqu'au 14^{ème} jour.
 2. Si la fièvre ne tombe pas après 48h, remplacer l'ampicilline par une céphalosporine de 3^{ème} génération, 3 fois 1 g/jour pendant 7 jours.
- Administrer le paracétamol per os, 500 mg, chaque fois que nécessaire pour calmer la douleur ou baisser la fièvre.
 - Respecter la durée du traitement : 14 jours (ne pas dépasser 5 jours de traitement pour la gentamicine).
 - Prodiguier des conseils : boire beaucoup d'eau, se reposer, respecter la cure.
 - Remplir correctement les outils de collecte des données
 - Assurer les visites de suivi.
 - En cas de récurrence, procéder à l'uroculture avec l'antibiogramme et traiter avec un antibiotique adapté ; doser la glycémie et si possible, procéder au test d'hyperglycémie provoquée ; référer si nécessaire.

3.7.5. IST au cours de la grossesse

1° Identifier l'IST

Gestante avec écoulement vaginal sans notion de rupture des membranes, et/ou brûlure vaginale, et/ou prurit vaginal et/ou douleurs pelviennes et/ou ulcération génitale et/ou bubon inguinal et fémoral et/ou crêtes de coq et/ou rougeur des muqueuses vaginales :

- Penser à une IST sur grossesse.

4° Prendre en charge selon l'approche syndromique (se référer aux algorithmes de prise en charge des IST selon l'approche syndromique)

CHAPITRE 2. : ASSISTANCE QUALIFIEE A L'ACCOUCHEMENT

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

L'assistance qualifiée à l'accouchement est l'ensemble des soins de santé assurés par un personnel de santé qualifié aux femmes enceintes au cours du travail et de l'accouchement, ainsi qu'aux accouchées et aux nouveau-nés en période post-natale.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Dispenser des soins de qualité aux femmes enceintes durant le travail et l'accouchement, aux accouchées et aux nouveau-nés pendant la période post natale immédiate pour une issue favorable de l'accouchement, afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Apporter un soutien affectif et psychologique à la parturiente ainsi qu'à sa famille.
- Assurer la surveillance des paramètres maternels et fœtaux au cours du travail, de l'accouchement et de la période post-natale.
- Assurer les soins appropriés à la femme et au nouveau-né aux différentes périodes de l'accouchement, y compris les mesures de PTME.
- Identifier précocement les anomalies du travail, de l'accouchement et de la période post-natale.
- Prendre en charge à temps et correctement les anomalies dépistées.
- Référer à temps les cas dont la prise en charge dépasse le plateau technique de la structure.

1.3. Cibles / Bénéficiaires

L'assistance qualifiée à l'accouchement est assurée à toute femme enceinte pendant le travail et l'accouchement, à toute accouchée et à tout nouveau-né durant la période post-natale.

1.4. Moment / Périodicité

L'assistance qualifiée à l'accouchement est assurée au cours du travail, de l'accouchement, et en période post-natale.

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de l'assistance qualifiée à l'accouchement sont :

- 1) Soutien psychoaffectif à la parturiente et à sa famille
- 2) Surveillance du travail à l'aide du partogramme
- 3) Conduite de l'accouchement
- 4) Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)
- 5) Soins essentiels au nouveau-né
- 6) Surveillance de la période post natale
- 7) Application des précautions universelles de prévention des infections
- 8) Conseil et dépistage VIH (DCIP)
- 9) Administration des ARV à la femme enceinte VIH+ en travail et à son (ses) nouveau-né(s)
- 10) Prise en charge des anomalies identifiées
- 11) Conseils à la mère
- 12) Référence à temps des cas compliqués

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour l'assistance qualifiée à l'accouchement sont :

2.2.1. *Au niveau du CS/Maternité de base*

- Au moins deux accoucheurs qualifiés de service¹ qui peuvent être deux sages-femmes ou deux accoucheuses A2 ou à défaut deux infirmiers (ères) de niveau minimum A2, formé(e)s et recyclé(e)s en thématiques SRMNEA-NUT (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ, SENN, Nutrition, SONU, PF).

L'accoucheur qualifié est défini comme un professionnel de santé accrédité, sage-femme, accoucheuse ou infirmier(ère) diplômés, formés et qui a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse normale, de l'accouchement et du post partum sans complication majeure, y compris la PTME, et qui sait identifier, traiter ou, au besoin, référer à temps les femmes et/ou les nouveau-nés présentant des complications majeures.

2.2.2. *Au niveau de l'HGR*

En plus des dispositions au CS :

- Au moins un Médecin généraliste et/ou un Gynécologue-obstétricien formés et recyclés en thématiques SRMNEA-NUT (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ, SENN de Nutrition, SONU, PF).
- Un pédiatre, si possible néonatalogue, un anesthésiste-réanimateur formés et recyclés en thématiques SRMNEA-NUT (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ, SENN, de Nutrition, SONU, PF).

2.3. Normes d'infrastructures

2.3.1. *Au CS/maternité de base*

CS/maternité répondant aux normes d'infrastructures où l'on devra trouver spécifiquement :

- Un service de maternité d'au moins 22 m2 comprenant une salle de travail, salle d'accouchement avec coin du nouveau- né, salle de post partum et une salle des soins respectant l'intimité ; trou à placenta, incinérateur, espace d'au moins 20 m2 pour buanderie et stérilisation ; bureau infirmier, armoire à médicaments, toilettes et douches, point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main)
- Un poste de transfusion (espace avec frigo de type banque de sang)

2.3.2. *A l'HGR*

Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR d'au moins 600 m2 organisé pour abriter les activités de santé de la reproduction, où l'on devra trouver spécifiquement :

- 1 salle d'attente de 20 m2, 2 salles de consultation de 2×20 m2, 2 salles de travail 2×18 m2, 2 salles d'accouchement de 2×20 m2, 1 salle de soins de 12 m2, 1 salle post partum immédiat de 18 m2, 2 salles pour post partum tardif et hospitalisation de 2×150 m2, 1 local de service et réserve de 20 m2, 1 magasin de 10 m2, au moins 2 salles de bain/douches 2×6 m2, 4 toilettes/WC de 4×6 m2, 2 bureaux pour sages-femmes/ accoucheuses et infirmières de gynéco de 2×15 m2, 1 vestiaire, 2 salles de garde avec toilette/WC et douche de 2×12 m2.
- 1 bloc opératoire avec 1 salle d'opération de gynécologie-

obstétrique de 30 m2, 1 salle d'anesthésie de 15 m2, 1 salle de réveil de 20 m2.

- 1 salle de stérilisation de 15 m2.
- 1 salle de réanimation, 1 salle des soins intensifs.
- 1 banque de sang.

2.4. Normes de ressources matérielles

2.4.1. Equipement

- *Au CS/Maternité de base*

Equipement d'un CS/Maternité de base répondant aux normes, et spécifiquement :

- Table ou lit d'examen
- Table d'accouchement avec étriers
- Source de lumière : lampe d'examen gynécologique flexible ou de poche
- Thermomètre mural
- Horloge murale
- Coin du nouveau-né, à proximité de la table d'accouchement, avec :
 - Table chauffante/irradiante ou table avec source de chaleur
 - Pèse-bébé
 - Aspirateur à pression négative ne dépassant pas 100 mm Hg ou 130 cm d'eau, doté d'une sonde d'aspiration
 - Stérilisateur

- *A l'HGR*

Equipement de Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR, où l'on devra trouver spécifiquement, en plus de l'équipement requis pour le CS/Maternité de base :

- Bouteille d'oxygène (avec son chariot et sa clé) / concentrateur d'oxygène
- Couveuses ordinaires
- Couveuses ou tables à photothérapie (dans l'unité de néonatalogie)
- Evier avec robinets à commandes cubitales
- Ambulance fonctionnelle
- Saturomètre/oxymètre de pouls

- Glucomètre
- Laryngoscope
- Tubes d'intubation
- Echographe
- Appareil de monitoring fœtal

2.4.2. Matériel

Au CS/Maternité de base

Matériel de base d'un CS/Maternité de base, et spécifiquement :

- Bouteille d'oxygène médical,
- Concentrateur d'oxygène,
- Sphygmomanomètre (ou tensiomètre) et stéthoscope,
- Thermomètre médical,
- Stéthoscope obstétrical (fœtoscope),
- Poire démontable et stérilisable (de type Pingouin),
- Ballon de ventilation autogonflable 250-500 ml,
- Masque facial N°0 et N°1 et masque facial pour adulte,
- Matériel de protection : tablier en plastique, bottes, bonnets, masques, lunettes,
- Champs en plastique (toile cirée),
- Draps et champs,
- Au moins 2 boîtes d'accouchement contenant chacune : 2 paires de ciseaux, une pince porte-aiguille, 4 pinces hémostatiques, une pince anatomique avec dents, une pince anatomique sans dents, une pince porte-tampons,
- Une pince intermédiaire,
- Au moins une boîte à spéculum vaginal de taille différente (petite, moyenne et grande),
- Ventouse ou forceps,
- Au moins deux kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) contenant chacune : 1 seringue d'aspiration, canules de différents calibres.

A l'HGR

Matériel du Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR, où l'on devra trouver spécifiquement, en plus du matériel requis pour le CS/Maternité de base :

- Sonde vésicale,
- Canule de Guedel,
- Canule de Mayo,
- Sonde d'aspiration,
- Marteau percuteur,
- Au moins 10 spéculums de tailles différentes,
- Pince de Pozzi (pince à col),
- Au moins 2 boîtes de curetage,
- Au moins 4 boîtes d'accouchement,
- Au moins 2 boîtes de suture pour réparation d'épisiotomie ou de lésions des parties molles,
- Au moins 4 boîtes de césarienne,
- Au moins 4 boîtes de laparotomie,
- Au moins 2 boîtes d'hystérectomie,
- Valve à poids, au moins 2 boîtes pour réparation des fistules,
- Au moins 4 boîtes de pansement,
- Au moins quatre kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) contenant chacune : 1 seringue d'aspiration,
- Canules de différents calibres.

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Le CS/Maternité de base et l'HGR avec service de Gynéco- Obstétrique doivent être dotés des médicaments, intrants et consommables conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, spécifiquement pour l'assistance qualifiée à l'accouchement :

- Médicaments
 - Médicaments pour les soins du nouveau-né : antimicrobien ophtalmique (tétracycline pommade ophtalmique à 1%, nitrate d'argent à 1% ou Argyrol à 0,5%), vitamine K1 ampoule de 1 mg/ml
 - ARV : TDF+3TC+DTG, névirapine SIROP et Zidovudine pédiatrique, cotrimoxazole et INH, Chlorhexidine digluconate 7,1%, amoxicilline 250 mg comprimé dispersible

- Anticonvulsivants : sulfate de magnésium, gluconate de calcium, diazépam
- Oxygène médical
- Antihypertenseurs : hydralazine, alpha-méthyl Dopa (Aldomet), Nifédipine
- Analgésique majeur : Tramadol
- Hemostatique : acide tranéxamique
- Utérotoniques : ocytocine, misoprostol, ergométrine, carbetocine thermostable,
- Anesthésiques : lidocaïne 1% ou 2% ou autres
- Solutés : sérum physiologique à 0,9%, Ringer lactate, solution de glucose à 50%
- Anti paludéens : ACT, quinine
- Triméthoprim + sulfaméthoxazole
- Autres : paracétamol, vitamine A, sel ferreux + acide folique
- Méthodes PF
- Produits sanguins
- Tests
 - Bandelettes pour test de protéinurie,
 - Tests VIH,
 - TDR drépanocytose
- Consommables
 - Gants obstétricaux stériles
 - Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc + aiguilles
 - Poches de transfusion
 - Matériel de suture pour la réfection des déchirures ou de l'épisiotomie (fils et aiguilles)
 - Solution antiseptique
 - Désinfectant à base de chlore
 - Compresse
 - Serviettes hygiéniques
 - Linges à stériliser pour sécher et envelopper l'enfant
 - Fils pour le cordon (stériles)
 - MILD

- Désinfectant pour se nettoyer les mains
- Lame de bistouri
- Cathéter
- Eau distillée
- Sonde urinaire
- Solution hydroalcoolique

2.4.4. Outils

Au CS/Maternité de base

Le CS/Maternité de base doit être doté des outils suivants pour l'assistance qualifiée à l'accouchement :

1. Outils de prestation (outils techniques)
 - Fiches de consultation,
 - Partogramme,
 - Fiches CPoN et CPN,
 - Carte de résultats de drépanocytose,
 - Fiche de surveillance de la transfusion,
 - Bons de référence et contre référence,
 - Certificat de naissance,
 - Certificat de décès,
 - Formulaire d'enregistrement de naissance par procuration,
 - Bon d'analyse,
 - Bon de demande de sang,
 - Bon de livraison de sang,
 - Tableaux muraux contenant les directives sur les SONU,
 - Manuels de formation.
2. Outils de gestion
 - **Outils de collecte des données**
 - Registre d'accouchement,
 - Registre CPN et CPoN,
 - Fiche de stock,
 - Registre des prélèvements VIH / CD4,
 - Fiche de transfert d'échantillons et fiche de résultats,

- Registre de résultats VIH,
 - Registre de suivi des femmes VIH+,
 - Registre de suivi des enfants exposés au VIH,
 - Registres de laboratoire, cahier de surveillance de la transfusion,
 - Riche d'hémovigilance,
 - Cahier de consommation des médicaments,
 - RUMER,
 - Fiche de notification et revue des décès maternels, périnataux et riposte
 - registre de surveillance des décès maternels », « fiche d'autopsie verbale
- **Outils de rapportage**
 - Cahier de rapport,
 - Canevas de rapport
 - **Outils de supervision**
 - Registre/cahier de supervision,
 - Canevas de supervision

A l'HGR

En plus des outils cités ci-dessus, ajouter :

- Registre de la salle d'opération,
- Registre de la banque de sang,
- Dossier individuel des patients.

SECTION III. DIRECTIVES

3.1. Directives relatives à l'assistance de l'accouchement eutocique

1° Préparer la naissance

- Avoir l'équipe prête (au moins deux personnes) pour les soins de la mère et du nouveau-né.
- Préparer le matériel nécessaire à l'accouchement, y compris le nécessaire pour la réanimation du nouveau-né.
- Se rassurer de la propreté et de la fonctionnalité des équipements et matériels
- Maintenir la température de la salle entre 25°-28°C :
 - Fermer portes et fenêtres.
 - Éviter les courants d'air.
 - Allumer le système de chauffage s'il existe.
 - Placer un thermomètre mural et vérifier la température.

2° Accueillir la parturiente

- Réserver à la parturiente (et la personne qui l'accompagne) un accueil bienveillant et une communication sympathique.
- Evaluer rapidement la femme qui vient en travail et prendre en charge immédiatement si accouchement imminent ou problème détecté.
- Traiter la parturiente avec respect et s'abstenir de porter un jugement.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Vérifier le statut sérologique de la parturiente, si statut inconnu, offrir le DCIP et si résultat positif administrer les ARV selon les normes et si Résultat Négatif, offrir la prévention.
- Encourager la parturiente à poser des questions.
- Donner à la parturiente des informations concernant ses besoins.
- Demander à la femme de vider sa vessie, de se laver et de procéder à sa toilette vulvaire
- Expliquer à la femme ce que l'on fait et ce que l'on va faire à chaque examen ou avant chaque intervention et obtenir son consentement

3° Respecter les précautions universelles de prévention des infections durant toutes les étapes des soins

- Se laver les mains au savon liquide, en poudre ou en bloc râpé et à l'eau courante.
- Porter le masque et des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Eliminer les déchets biomédicaux selon les normes de gestion des déchets.

4° Evaluer la parturiente

- Faire l'anamnèse :

Interroger / Etudier le dossier (carte CPN ou autre) pour s'enquérir des paramètres maternels et fœtaux au cours du travail et de l'accouchement (heure de début des contractions, leur fréquence et leur intensité, la rupture ou non de la poche des eaux) ; antécédents médicaux (hypertension artérielle, diabète, asthme, drépanocytose, allergie, tabagisme, alcoolisme), chirurgicaux et gynéco- obstétricaux (date des dernières règles, gestité, parité, avortement, césarienne, ou autres) ; ainsi que le statut sérologique VIH et hémoglobinique.

- Si statut sérologique VIH positif :
 1. Vérifier si elle est sous ARV et préciser le régime.
 2. Poursuivre le traitement ARV éventuellement;
 3. Vérifier auprès d'elle si la personne qui l'accompagne est informée de son statut ; demander la méthode prévue pour l'alimentation du nourrisson.

(Se référer à la fiche technique N°)
- Si Statut sérologique VIH inconnu : Procéder au conseil et dépistage VIH (DCIP)
- Si Statut hémoglobinique inconnu : Procéder au conseil et dépistage de la drépanocytose

- Ne pas raser la parturiente.
- Ne pas faire de lavement évacuateur.

- Ne pas faire de sondage vésical systématique.
- Ne pas effectuer de toucher vaginal s'il y a un saignement ou s'il y en a eu un, à quelque moment que ce soit, au-delà de 7 mois de grossesse.
- Ne pas rompre la poche des eaux de manière routinière.
- Donner à boire en quantité suffisante et encourager la parturiente à uriner.
- Autoriser au besoin la consommation des repas légers
- Couvrir la femme après l'examen et lors du transfert d'une salle à une autre.

- Procéder à l'examen physique de la parturiente
 - Expliquer le déroulement de l'examen
 - Observer l'état général, la coloration des conjonctives
 - Prélever les signes vitaux : TA, température, pouls, fréquence respiratoire
 - Evaluer l'état émotionnel de la femme
 - Evaluer l'état nutritionnel de la femme
 - Procéder à l'examen obstétrical :
 - Inspecter l'abdomen : sa forme, la présence de cicatrice.
 - Faire les manœuvres de Léopold (hauteur utérine, position du fœtus, présentation du fœtus, localisation des pôles fœtaux, descente de la tête).
 - Apprécier les contractions utérines (intensité, le rythme, et la durée).
 - Rechercher et compter les bruits du cœur fœtal pendant une minute.
 - Se laver les mains au savon et mettre des gants stériles.
 - Examiner la vulve et le périnée et faire un toucher vaginal pour :
 1. Apprécier la longueur et l'état du périnée.
 2. Apprécier l'effacement et la dilatation du col, ainsi que l'état des membranes.
 3. Confirmer le type de présentation, la variété de position et son niveau de descente.
 4. Apprécier le bassin et l'état des parties molles.

- Noter les renseignements sur le partogramme tout au long du processus.
- Analyser les données et déterminer le degré d'avancement du travail qui peut être soit :
 - Phase de latence.
 - Début de la phase active du travail ;
 - Fin de la phase active du travail ;
 - Accouchement imminent ;

5° Surveiller le travail (1ère phase de l'accouchement) à l'aide du partogramme

- La surveillance du travail et de l'accouchement doit se faire à l'aide du partogramme rempli tout au long du travail et de l'accouchement.
- Le partogramme correctement rempli est l'outil fondamental de détection précoce des anomalies du travail et de prise de décision à temps.

- Parturiente en phase de latence
 - Vérifier toutes les heures :
 - Si la parturiente présente des signes de danger
 - La fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines
 - Les bruits du cœur fœtal (BCF)
 - L'humeur et le comportement de la parturiente (en détresse, anxieuse)
 - Si rupture des membranes, noter l'heure et la couleur du liquide amniotique
 - Vérifier toutes les 4 heures :
 - La dilatation du col sauf indication contraire (pas plus d'un toucher vaginal toutes les 4 heures)
 - Les signes vitaux : T°, pouls, TA
 - Lui dispenser des soins de soutien.
 - Administrer les ARV à la femme VIH+ selon le protocole.
 - Ne jamais laisser la patiente seule.
 - Consigner les observations régulièrement sur le partogramme.
 - S'assurer que le matériel nécessaire pour l'accouchement et

la réanimation du nouveau-né est disponible, fonctionnel et stérile.

- Evaluer l'avancement du travail au bout de 8 heures :
 - Si les contractions s'intensifient et se rapprochent mais que la dilatation du col stagne, que les membranes soient rompues ou non : ➔ Référer.
 - Si les contractions ne s'intensifient pas, les membranes ne sont pas rompues et la dilatation du col stagne : ➔ Autoriser la parturiente à rentrer à domicile et lui demander de revenir si la douleur augmente, si saignement, ou si les membranes se rompent.
 - Si la dilatation du col est de 5 cm ou plus : ➔ Commencer à noter les informations dans le cervicogramme et prendre la parturiente en charge comme indiqué à la phase active.

- Parturiente en phase active

- Vérifier toutes les 30 minutes :
 - La fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines, les BCF, l'humeur et le comportement de la parturiente
 - Si la parturiente présente des signes de danger
 - Si rupture des membranes noter l'heure et la couleur du liquide amniotique
- Vérifier toutes les 2 heures la dilatation du col sauf indication contraire.
- Vérifier toutes les heures les signes vitaux : T°, pouls, TA.
- Consigner les observations régulièrement sur le partogramme.
- Ne jamais laisser la parturiente seule.
- Evaluer l'avancement du travail sur le partogramme (cervicogramme) :
 - Si la courbe franchit la ligne d'alerte et passe à droite : ➔ Référer : en prenant toutes les mesures pour amener la femme en URGENCE à l'HGR.
 - Si la dilatation du col est de 10 cm ou que le périnée bombe : ➔ Diriger l'accouchement comme indiqué dans la directive suivante.

N.B. Faire la distinction entre les contractions utérines dont les douleurs sont lombo-hypogatriques et rythmées aux crises vaso-occlusives dont les douleurs sont multifocales et permanentes pour

6° Diriger l'accouchement

- Avant l'expulsion
 - Rassurer la parturiente et la calmer
 - Installer la femme sur la table d'accouchement.
 - S'assurer que la vessie est vide.
 - Se laver les mains avec eau courante et savon.
 - Porter des gants d'examen propres et procéder à la toilette vaginale avec une solution antiseptique (Dakin ou bétadine ou chlorhexidine).
 - Faire comprendre à la femme l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion.
 - Expliquer comment faire des efforts expulsifs et récupérer entre les poussées.
 - Ausculter et compter les BCF après chaque contraction ou toutes les 5 minutes.
 - Surveiller la progression du mobile fœtal.
 - Porter des gants stériles.
 - Attendre que la femme ait envie de pousser (ne pas dire à la femme de pousser avant qu'elle n'en ait envie).
- Pendant l'expulsion (2ème phase de l'accouchement)
 - Demander à la femme de pousser pendant la contraction quand la tête est à la vulve (ne pas faire d'expression abdominale pour « aider » l'expulsion).
 - Veiller à maîtriser le dégagement de la tête
 - Vérifier qu'il n'y a ni mucus ni membrane sur le visage de l'enfant. Si présence de mucus épais ou de sang, aspirer le nez et la bouche (pas d'aspiration systématique).
 - Attendre la rotation spontanée des épaules et leur dégagement.
 - Dégager l'épaule antérieure en exerçant une légère pression vers le bas.
 - Ensuite, soulever l'enfant vers le ventre de sa mère pour dégager l'autre épaule.
 - Le mettre sur le ventre de sa mère en s'assurant qu'il respire/crie.
 - Annoncer l'heure de la naissance et le sexe de l'enfant.
 - Sécher immédiatement l'enfant avec soin. Essuyer ses yeux.

Le badigeonner avec une solution chlorée tiède (chlorhexidine 0,05%) en évitant l'hypothermie et sans enlever le vernix caseosa (pour les enfants exposés au VIH)

- Le sécher et jeter le linge humide.
- Le garder sur le ventre de sa mère en contact peau à peau et le couvrir, y compris la tête, avec un autre linge sec et stérile et laisser le visage libre pour l'observer.
- Contrôler la respiration de l'enfant en le séchant et apprécier s'il a besoin de réanimation.
- Poursuivre les soins essentiels du nouveau-né (se référer au volume 3 traitant des soins essentiels et d'urgence au nouveau-né).
- Initier la gestion active de la troisième phase de l'accouchement :
 - Exclure la possibilité qu'il y ait un deuxième bébé ou plus en palpant l'abdomen de la mère ;
 - Administrer 10 UI d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'expulsion du dernier fœtus.
Si ocytocine non disponible, recourir à :
 - Misoprostol comprimé 200µg selon le protocole ci-après : Placer 3 comprimés (600 µg) dans la bouche de l'accouchée, sous la langue, en dose unique.
 - OU**
 - Carbetocine thermostable 100 µg/ ml, selon les normes (Une seule fois).
- Procéder à la traction contrôlée du cordon
- Palper l'utérus, si mou, procéder au massage de l'utérus
- Clamper et couper le cordon ombilical 2 à 3 minutes après la naissance ou après la cessation des battements (poursuivre les autres sous étapes conformément à la fiche technique « Diriger l'accouchement »)
- Laisser le cordon à l'air libre après ligature (ne jamais couvrir le cordon).

- Si le bébé a besoin de réanimation ou s'il est né de mère VIH+, clamber et couper le cordon immédiatement après la naissance.
 - Ne pas utiliser la même paire de ciseaux pour l'épisiotomie et pour la section du cordon.

- Laisser l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau. Lui mettre une étiquette d'identification.
- Couvrir le bébé en prenant soin de couvrir la tête avec un chapeau et les pieds avec des chaussons.
- Aider la mère à initier l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance.
- Administrer la névirapine à l'enfant né d'une mère séropositive.

7° Continuer la GATPA

- Procéder à la traction contrôlée du cordon.
 - Clamper le cordon déjà sectionné à proximité de la vulve à l'aide d'une pince.
 - Maintenir le cordon et la pince dans une main.
 - Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de l'accouchée pour palper les contractions utérines.
 - Maintenir une légère traction sur le cordon en attendant une forte contraction utérine (2 à 3 minutes).
 - Quand une contraction utérine est palpée, stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut, exerçant ainsi une contre-traction.
 - Exercer en même temps une traction contrôlée vers le bas sur le cordon avec la main qui tient la pince.
 - Tirer très doucement sur le cordon en direction du bas dès la survenue d'une contraction pour extraire le placenta (lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge) :
 - Si le placenta ne descend pas dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction contrôlée cesser de tirer sur le cordon ;
 - Attendre que l'utérus se contracte à nouveau et recommencer (en général le placenta se décolle en 3 ou 4 contractions).
 - Prendre le placenta avec les deux mains au moment de l'expulsion et tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient expulsées entièrement.
- Procéder au massage de l'utérus :

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte (globe utérin).
- Apprendre à la femme comment faire le massage et lui demander de continuer le massage.
- Examiner le placenta et les membranes pour vérifier s'ils sont complets.
- Rechercher les lésions des parties molles éventuelles et les réparer.
- Nettoyer doucement le périnée avec de l'eau/antiseptique et un linge propre.
- Appliquer un linge propre sur la vulve.
- Enlever tous les draps souillés et les traiter/nettoyer dans les bonnes conditions d'hygiène.
- S'assurer que l'accouchée est à l'aise et la couvrir.

NB : La traction contrôlée du cordon se fait toujours simultanément avec la contre traction au-dessus du pubis pendant les contractions utérines

- Référer d'URGENCE la femme à l'HGR si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine après quatre tentatives de traction contrôlée.

8° Référer à l'HGR les cas présentant des complications

- Administrer les premiers soins appropriés avant la référence.
- Informer la femme et sa famille de la nécessité de référer.
- Organiser la référence : moyens de transport et communication, assistance médicale, bon de référence rempli.

9° Surveiller la mère et le nouveau-né dans le post-partum immédiat

- Pour la mère :
 - Surveiller les signes vitaux, la rétraction utérine (globe utérin) et le saignement vaginal :
 - Chaque 15 minute pendant les 2 premières heures
 - Chaque 30 minute pendant la 3ème heure

- **Chaque heure pendant les 3 heures suivantes**

- Faire un massage utérin chaque 15 minutes pendant les 2 premières heures.
- Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
- Faciliter l'allaitement maternel.
- Encourager et aider la femme à vider sa vessie.
- Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
- Prodiguer des conseils à la mère sur l'alimentation, l'hygiène et le repos, le maintien de la température, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, la reconnaissance des signes de danger.

- **Pour le nouveau-né :**

Se référer aux directives relatives à la surveillance du nouveau-né en post natal immédiat, traitées dans le volume 3 sur les soins essentiels et d'urgence du nouveau-né.

10° Enregistrer les données de l'accouchement / de la naissance

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement/naissance et le carnet de santé de la mère et de l'enfant.
- Etablir le certificat de naissance.
- Remettre le carnet de santé de l'enfant et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

11° Assurer le suivi post-natal jusqu'au 42^{ème} jour après l'accouchement

- Evaluer la mère et le bébé deux fois par jour durant le séjour à la maternité (3 jours pour un accouchement eutocique et suites postnatales favorables).
- Procéder au dépistage néonatal de la drépanocytose.
- Poursuivre les soins du bébé.
- Préparer la sortie au jour 3 post-natal :
 - Procéder à l'examen complet de la mère et du nouveau-né.
 - Conseiller la mère sur les signes de danger chez une accouchée et chez un nouveau-né, sur la protection thermique, l'allaitement maternel, les soins du cordon, les bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation.

- Informer la mère VIH+ sur les dates de dépistage de l'enfant : 4 à 6 semaines à 9 mois et à 18 mois.
- Vacciner l'enfant au BCG et VPO 0.
- Administrer à la mère tout traitement curatif ou prophylactique nécessaire.
- Recommander aux parents d'aller faire enregistrer le bébé à l'état civil dans le délai officiel.
- Fixer avec la mère le rendez-vous du 6ème jour.
- Continuer le suivi aux visites du 6ème et du 42ème jour et, à chaque visite :
 - Rechercher les signes de danger.
 - Procéder à l'examen physique complet de la mère et du bébé.
 - Conseiller la mère sur les signes de danger, la protection thermique ; l'allaitement maternel, les bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation.
 - Vacciner le bébé à la visite du 6ème jour au BCG et VPO 0 si non reçus jusque-là, et à la visite du 42ème jour suivant le calendrier vaccinal.
 - Vérifier si le bébé a été enregistré à l'état civil.

3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes particuliers de l'accouchement

3.2.1. Présentation du siège

1° Identifier la présentation du siège

Si grand axe longitudinal de l'utérus à l'inspection de l'abdomen, tête fœtale palpée dans le fond utérin, foyer des BCF haut situé dans la région péri ou sus ombilicale, jambes ou fesses du fœtus détectés par l'examen vaginal ou se présentant au périnée chez une parturiente : Penser à la présentation du siège.

2° Prendre en charge l'accouchement de présentation de siège

Au niveau du CS/Maternité de base

Référer tout cas de présentation de siège pour accouchement à l'HGR.

Au niveau de l'HGR

- Se préparer à la naissance comme pour tout accouchement.
- Placer un abord veineux.

- Apporter un soutien psychoaffectif à la patiente et l'encourager.
- Pratiquer la césarienne en cas de déflexion primitive de la tête (échographie ou radiographie), utérus cicatriciel, macrosomie, bassin rétréci, malformé ou asymétrique, périnée cicatriciel, grossesse précieuse, prématurité, souffrance fœtale chronique ou aigue, diabète, pré éclampsie, dépassement de terme, antécédent de dystocie, placenta prævia, dystocie dynamique, siège décomplété mode des pieds, tête en hyper extension ou en déflexion complète.
- Réexaminer la patiente pour s'assurer que l'accouchement par voie basse est indiqué.
- Conduire l'accouchement par voie basse en présentation de siège conformément au protocole (se référer à la fiche technique en annexe 5).
- Réaliser toutes les manœuvres avec douceur, sans forcer.
- Continuer les soins de la mère et du nouveau-né comme après tout accouchement.

3.2.2. Grossesse prolongée

1° Identifier la grossesse prolongée

Gestante avec grossesse dépassant 42 SA, soit dépassant de 2 semaines la date probable d'accouchement :

- Penser à la grossesse prolongée.

2° Confirmer la grossesse prolongée

- L'échographie montre des calcifications placentaires, ou un oligo amnios.
- Le monitoring fœtal en dehors du travail (NO STRESS TEST) est pathologique
- Le monitoring fœtal avec contractions utérines induites (Oxytocin Challenge Test, ou OCT) est positif.

3° Prendre en charge la gestante avec grossesse prolongée

- Placer une perfusion d'ocytocine (10 UI d'ocytocine dans 1 litre de sérum glucosé à 5%) pour induire le travail si conditions obstétricales favorables à l'accouchement par voie basse, en surveillant étroitement la femme en vue d'intervention rapide si souffrance fœtale.
- Pratiquer la césarienne en cas de primigeste âgée, ou de

conditions obstétricales défavorables à l'accouchement par voie basse et/ou signes de souffrance fœtale (liquide amniotique teinté, oligoamnios, BCF anormaux) ou en cas d'échec de l'épreuve du travail.

4° Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans le cas de toute assistance qualifiée à l'accouchement

- Surveiller les signes vitaux, la rétraction utérine (globe utérin) et le saignement vaginal comme suit :
 - **Toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures**
 - **Toutes les 30 minutes pendant la 3ème heure**
 - **Toutes les heures pendant les 3 heures suivantes**
- Faire un massage utérin chaque 15 minutes pendant les 2 premières heures sauf pour les césariées.
- Poursuivre l'antibiothérapie en cours.
- Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
- Initier l'allaitement maternel.
- Encourager/aider l'accouchée à vider sa vessie.
- Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
- Prodiguer des conseils à la mère sur l'alimentation, l'hygiène et le repos, le maintien de la température, les soins du cordon, l'allaitement maternel exclusif, la reconnaissance des signes de danger, sur la poursuite de la prise des multi micronutriments et du fer folate, l'importance de l'espacement des naissances et de la planification familiale, les rapports sexuels à moindre risque, l'utilisation de la MILD pour elle et pour l'enfant.

5° Enregistrer les données de l'accouchement

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme à la fin dans le registre d'accouchement et le carnet de santé de l'enfant de 0 à 5 ans.
- Etablir le certificat de naissance.
- Remettre le carnet de santé de l'enfant de 0 à 5 ans et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

6° Fixer rendez-vous

3.3. Directives relatives à la surveillance des Décès Maternels, Périnataux et Riposte (SDMPR)

- Procéder à la notification du décès maternel si les procédures reprises ci-haut n'ont pas pu sauver la femme
- Réaliser la revue pour chaque cas de décès survenu.
- Corriger les facteurs ayant contribué au décès

CHAPITRE 3. CONSULTATION POST-NATALE

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

La consultation post-natale (CPoN) est l'ensemble des soins offerts à l'accouchée et à son bébé dès la naissance jusqu'à la 6ème semaine de la période post-natale.

Ce chapitre traite de la période allant de la 6ème heure à la 6ème semaine après la naissance. Les soins de la période post-natale précoce (durant les 6 premières heures) ont été traités dans le chapitre précédent.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Offrir les soins de qualité aux accouchées et leurs bébés dès la naissance jusqu'à la 6ème semaine de la période post-natale, en vue de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Dépister et prendre en charge les complications survenant dans la période postnatale
- Prévenir et traiter les maladies
- Offrir des méthodes de planification familiale
- Promouvoir les pratiques favorables à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

1.3. Cibles / Bénéficiaires

Les soins post natals sont destinés à toute femme accouchée et à son bébé âgé de 0 à 42 jours.

1.4. Moment / Périodicité

Les soins post natals sont offerts à l'accouchée et à son bébé durant la période allant de la naissance à la 6ème semaine post-natale.

Les visites (consultations) sont organisées selon le calendrier ci-après :

- 1ère visite, à la 6ème heure après la naissance
- 2ème visite, au 6ème jour après la naissance
- 3ème visite, à la 6ème semaine après la naissance

Les cas à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles.

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

- Surveillance de l'état de santé de la mère et du bébé
- Vaccination
- Supplémentation en micronutriments (fer-folate et vitamine A)
- Surveillance du développement psychomoteur de l'enfant
- Promotion de l'utilisation de la MLD
- Conseil et services de Planification Familiale
- Suivi du couple mère-enfant dans le contexte de la PTME
- Prise en charge précoce des problèmes dépistés
- Recrutement pour la consultation préscolaire (CPS)
- Conseils à la mère

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour les soins post-natals sont celles ci-après :

Au niveau du CS

- Au moins une sage-femme ;
- Au moins 1 accoucheuse A2 ;
- Ou au moins 1 infirmier (ère) de niveau minimum A2, formé(e) et recyclé(e) en thématiques SRMNEA-Nut (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ et de Nutrition, SONU, PF).

Au niveau de l'HGR

En plus des dispositions du CS :

- Au moins un Médecin généraliste et/ou un Gynécologue-obstétricien formés et recyclés en en thématiques SRMNEA-Nut (SOE y compris les aspects de VBG, SSAAJ et de Nutrition, SONU, PF).

2.3. Normes d'infrastructures

La CPoN est organisée au CS ou à l'HGR pour les cas référés dans les espaces aménagés pour les activités de santé de la reproduction (se référer aux normes d'infrastructures pour la CPN).

2.4. Normes de ressources matérielles

2.4.1. Equipements

Se référer aux équipements des activités de CPN et assistance qualifiée à l'accouchement.

2.4.2. Matériel

Se référer au matériel des activités de CPN et assistance qualifiée à l'accouchement auxquels on ajoute le matériel de service de PF.

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Se référer aux médicaments, intrants et consommables des activités de CPN et assistance qualifiée à l'accouchement auxquels on ajoute les contraceptifs.

2.4.4. Outils

Se référer aux outils des activités liées à l'assistance qualifiée à l'accouchement auxquels on ajoute le carnet de santé de l'enfant de 0 à 5 ans et le registre de CPS.

3.1. Directives relatives à la conduite de toute visite CPoN

1° Préparer la séance de CPoN

- Préparer le local, l'équipement, le matériel, les intrants et les outils nécessaires.
- Adapter un horaire pour adolescentes et jeunes.

2° Accueillir l'accouchée et son bébé

- Réserver à la cliente et son bébé un accueil bienveillant et une communication sympathique.
- Evaluer rapidement la femme et son bébé qui arrivent à la CPoN et prendre en charge immédiatement si problème détecté.
- Recevoir les clientes dans l'ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.
- Féliciter la cliente pour le respect du rendez-vous.
- Utiliser un langage simple et clair.
- Encourager la cliente à poser des questions.
- Traiter la cliente avec respect et s'abstenir de porter un jugement.
- Donner à la cliente des informations concernant ses besoins.
- Expliquer à l'accouchée ce que l'on fait et ce que l'on va faire à chaque examen ou avant chaque intervention et obtenir son consentement

3° Respecter les précautions universelles de prévention des infections durant toutes les étapes des soins

- Se laver les mains au savon et à l'eau courante.
- Porter un masque et des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Eliminer les déchets de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces.

4° Evaluer la cliente et son bébé

- Interroger la cliente et/ou étudier le dossier pour s'enquérir de(s)/du : mode et conditions de l'accouchement, modalités de

l'allaitement, plaintes éventuelles, choix/utilisation d'une méthode PF, la connaissance du statut sérologique VIH, la connaissance du statut hémoglobinique, traitement spécifique en cours.

- Procéder à l'examen physique de la cliente et de son bébé (présence ou pas de réflexes archaïques, de malformations congénitales...).

5° Expliquer les résultats de l'évaluation

- Expliquer les résultats de la consultation à la cliente et, si nécessaire, à sa famille.
- Si problème identifié, expliquer la situation, la conduite à tenir et éventuellement les raisons de la référence si indiquée.

6° Traiter et conseiller

- Administrer à la mère tout traitement curatif ou prophylactique nécessaire :
 - Prendre en charge les problèmes ou complications identifiés.
 - Vacciner la mère contre le tétanos et la diphtérie selon le calendrier vaccinal.
 - Donner la quantité de fer nécessaire pour 3 mois et lui expliquer qu'il est important de bien suivre le traitement.
 - Mener le counseling sur la PF
 - Administrer la méthode contraceptive choisie après consentement éclairé de la femme
 - Donner la supplémentation en vitamine A si pas encore reçue.
 - Donner le mebendazole si nécessaire.
 - Continuer tout traitement spécifique en cours (traitement ARV ou autre).
- Informer et conseiller la cliente sur les soins du post- partum et l'hygiène, la nutrition, les signes de danger, l'importance de l'espacement des naissances et de la PF, les rapports sexuels à moindre risque, l'importance de dormir sous la MILD pour elle et pour l'enfant.
- Offrir le DCIP si statut sérologique non connu.
- Offrir les services de PF.
- Noter les observations dans le dossier maternel.
- Fixer rendez-vous et la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.
- Procéder au prélèvement en vue du diagnostic précoce du VIH chez

l'enfant né de mère VIH+ dès la 4-6ème semaine.

N.B. Les directives relatives aux soins post-natals du bébé sont traitées dans le volume 3.

3.2. Directives relatives à la prise en charge des problèmes courants durant le post partum

3.2.1. Hémorragies du post partum

Se référer au volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence, cas des hémorragies du post partum.

3.2.2. Anémie chez l'accouchée

Se référer aux directives relatives à la prise en charge des problèmes courants de la grossesse traitée dans le présent volume, cas de l'anémie modérée chez la femme enceinte, et à la prise en charge de l'anémie sévère chez la femme enceinte dans le volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence.

3.2.3. Affections fébriles du post partum

Se référer au volume 2 traitant des Soins Obstétricaux d'Urgence, cas des affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum.

3.2.4. Problèmes d'allaitement liés à la mère

1° Identifier le problème

- Femme allaitante avec fissures de la peau du mamelon, généralement peu profondes : Penser au mamelon douloureux ou avec crevasse.
- Femme allaitante avec seins tendus et douloureux, et fièvre : Penser à l'engorgement mammaire.
- Femme allaitante avec douleur et sensibilité du sein devenu rouge et tuméfié, fièvre et frisson, et présence de placard rouge en quartier sur le sein apparaissant 3 à 4 semaines après l'accouchement : Penser à la mastite.
- Femme allaitante avec sein dur et très douloureux, tuméfaction fluctuante et écoulement de pus, associés à la fièvre et frisson : Penser à l'abcès mammaire.
- Femme allaitante avec mamelons enfoncés ou rétractés.
- Femme allaitante avec plainte d'insuffisance de la sécrétion lactée.

2° Prendre en charge les problèmes identifiés

- Cas de mamelons douloureux ou avec crevasse

- Conseiller à la mère à :
 - Lubrifier le mamelon (exprimer le dernier lait riche en matière grasse et frotter les mamelons avec ce lait après chaque tétée)
 - Laisser les seins à l'air libre pendant de courtes périodes répétées
 - Continuer à donner au bébé le sein le moins douloureux
 - Interrompre l'allaitement au sein douloureux pendant un certain temps si le mamelon est très douloureux et en exprimer du lait toutes les 3 heures ; utiliser un récipient propre
 - Donner au bébé le lait exprimé dans une tasse en porcelaine ou en verre
- Observer la tétée et corriger la technique si nécessaire.

- Cas d'engorgement mammaire

1. Si la mère allaite :

- Encourager la mère à exprimer son lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait si l'enfant n'arrive pas à téter.
- Encourager la mère à augmenter le nombre des tétées et à nourrir l'enfant aux deux seins à chaque tétée ; lui montrer comment tenir l'enfant et aider ce dernier à prendre le sein correctement si l'enfant arrive à téter.
- Apaiser la douleur avant la tétée en :
 - Appliquant des compresses chaudes sur les seins juste avant la tétée, ou l'encourager à prendre une douche chaude ;
 - Lui massant la nuque et le dos ;
 - L'incitant à exprimer un peu de lait manuellement avant la tétée et à humidifier la région du mamelon pour aider l'enfant à prendre le sein correctement et sans difficulté.
- Apaiser la douleur après la tétée en :

- Assurant le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge ;
- Appliquant des compresses froides sur les seins entre les tétées pour diminuer la congestion ;
- Administrant 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire.
- Assurer le suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.

2. Si la mère n'allait pas :

- Apaiser la douleur en :
 - Assurant le maintien des seins à l'aide d'un bandage ou d'un soutien-gorge ;
 - Lui appliquant des compresses froides sur les seins pour diminuer la congestion et calmer la douleur ;
 - Lui administrant 500 mg de paracétamol par voie orale, quand c'est nécessaire.
- Administrer la vitamine B6 à raison de 3 × 1 cé pendant 7 jours ou la bromocryptine 2 × 1 cé pendant 15 jours pour inhiber la lactation.
- Eviter de masser les seins, de les exposer à la chaleur et de stimuler les mamelons pour réduire la lactation.
- Assurer le suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.

- **Cas de mastite**

- Administrer un analgésique et ou antipyrétique (paracétamol 500 mg).
- Administrer un antibiotique pendant 10 jours :
 - Amoxicilline 500 mg toutes les 8 heures ou
 - Erythromycine 500 mg toutes les 8 heures ou
 - Cloxacilline 500 mg toutes les 6 heures.
- Associer un anti-inflammatoire : indométacine 3 × 25mg/jour.
- Encourager la patiente à :
 - Appliquer les compresses chaudes sur le sein pendant 5 à 10 minutes avant la tétée

- Masser le sein sur la partie infectée à partir de l'extérieur vers le mamelon
 - Donner le sein fréquemment, toutes les 2 heures et laisser le bébé plus longtemps sur le sein infecté
 - Bien positionner l'enfant et le mettre au sein correctement
 - Se reposer au lit et boire beaucoup d'eau au moins 4 litres par jour
 - Utiliser un bandage ou un soutien-gorge pour assurer le maintien de ses seins
 - Appliquer des compresses froides sur les seins entre les tétées, pour diminuer la congestion et calmer la douleur
 - Assurer un suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.
 - Procéder à un bilan paraclinique, notamment le dosage de la glycémie et orienter selon le problème identifié.
 - Référer la mère à l'HGR s'il n'y a aucune amélioration au bout de deux jours de traitement.
- **Cas d'abcès mammaire**
- Administrer une antibiothérapie :
 - Cloxacilline 500 mg par voie orale, quatre fois par jour, pendant 10 jours ou
 - Erythromycine 500 mg par voie orale, trois fois par jour, pendant 10 jours
 - Drainer l'abcès (voir fiche technique en annexe 7).
 - Encourager la patiente à :
 - Continuer à allaiter avec le sein non malade
 - Exprimer le lait manuellement du côté malade
 - Utiliser un bandage ou un soutien-gorge pour assurer le maintien de ses seins
 - Appliquer des compresses froides sur ses seins entre les tétées pour résorber la tuméfaction et apaiser la douleur
 - Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale, chaque

fois que c'est nécessaire sans dépasser quatre prises journalières.

- Assurer un suivi journalier pendant 3 jours afin de s'assurer de l'amélioration de son état.
- Faire un bilan paraclinique notamment le dosage de la glycémie et orienter selon le problème identifié.

- **Cas de mamelons enfoncés**

- Enseigner à la mère à étirer et à faire ressortir le mamelon pris entre le pouce et l'index, plusieurs fois par jour ou utiliser une seringue pour aspirer le mamelon vers l'extérieur en suivant les étapes ci- après :
 - Etape 1 : couper la seringue, à l'aide d'une lame, le long de la ligne de graduation la plus basse.
 - Etape 2 : insérer le piston à partir du bout découpé (à l'envers).
 - Etape 3 : placer le bout ouvert de la seringue contre le sein au niveau du mamelon et demandez à la mère de tirer doucement sur le piston pour sortir le mamelon.
 - Reprendre plusieurs fois la procédure avant chaque tétée (au moins huit fois par jour).
- Observer la mère pendant la pratique de l'aspiration du mamelon avec la seringue.
- Lui demander de donner le sein au bébé tout de suite après l'aspiration du mamelon.
- Prévention : commencer le traitement lors des CPN.

- **Cas d'insuffisance de la sécrétion lactée**

- Assurer un appui psychologique à l'accouché.
- Apprendre à la mère à bien positionner l'enfant et le mettre au sein correctement.
- Mettre le nouveau-né au sein le plus fréquemment et le plus longtemps possible.
- Conseiller un régime hypercalorique, riche en liquide et boisson abondante (lait, thé, tisane, Kikalakasa, sésame : wangila).

- Administrer un sédatif léger : Chlorpromazine cé 25 mg 1 cé par jour le soir.

3.2.5. Dépression puerpérale (psychose puerpérale)

1° Identifier la dépression puerpérale

Accouchée triste, agitée, pleurant facilement, avec sentiments de culpabilité ou sentiments négatifs envers elle- même, troubles du sommeil et perte d'appétit, survenant dans les 15 jours qui suivent l'accouchement : Penser à la dépression puerpérale.

2° Prendre en charge l'accouchée déprimée

- Lui apporter un soutien psychoaffectif
- Demander à sa famille ou à son entourage de lui apporter un soutien psychoaffectif.
- Référer à l'HGR ou dans un centre de santé mentale ou neuropsychiatrique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) OMS. **Prise en charge intégrée de la santé reproductive. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles.** OMS Genève, 2005.
- (2) Ministère de Santé Publique, RDC. **Normes et Directives de lutte contre le paludisme. Manuel de Référence.** PNLP, 2007.
- (3) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Formation en soins intégrés de la mère et du nouveau-né pour les prestataires des structures de base.** PNSR, 2008.
- (4) OMS, UNFPA, UNICEF, WB. **Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles.** 2ème édition. OMS Genève, 2009.
- (5) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) de la République démocratique du Congo.** PNSA, 2009.
- (6) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Guide Technique de formation en Prévention et Prise en charge de cas de paludisme.** PNLP, 2010.
- (7) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Protocole National : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.** PNLS, juillet 2010.
- (8) Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, **RDC Normes et Directives d'utilisation de la chlorhexidine digluconate 7.1%, de l'Ocytocine et du Misoprostol 200ug en RDC,** 2014
- (9) Ministère de la Santé Publique, RDC **Addendum : Mise à jour dans l'édition 2012 : du document des normes et directives de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né, du nouveau-né et de l'enfant ; du carnet de santé de l'enfant de 0 à 5 ans, fille et garçon, du partogramme en RDC,** 2015
- (10) OMS, **Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive,** 2017
- (11) OMS, **Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour**

une expérience positive de l'accouchement, 2017

- (12) OMS, **Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 2017**
- (13) Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention **Fiches techniques SOE, 2017**
- (14) Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, PNSR, **Guide National de surveillance des décès maternels, périnatals et riposte en RDC, 2019**
- (15) Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, PNLP, **Directives Nationales de prise en charge du paludisme en RDC, 2021**
- (16) Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, **Protocole National de Prise en charge de la Drépanocytose, 2022**
- (17) Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, RDC **Normes et Directives d'utilisation de la carbetocine thermostable, de l'Acide Tranexamique et de l'acide folique en SRMNEA-Nut, 2022**

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des principaux thèmes à exploiter lors des séances d'éducation sanitaire

- Importance de respecter les quatre visites CPN et des visites post natales
- Importance d'accoucher dans une formation sanitaire
- Implication de l'homme
- Prévention du paludisme : TPI du paludisme chez la femme enceinte, utilisation de la MILD, assainissement péri domiciliaire
- Nutrition et alimentation équilibrée
- Hygiène y compris l'hygiène bucco dentaire
- Vaccination de la femme enceinte et de l'enfant
- Promotion des soins essentiels du nouveau-né
- Signes de danger chez la femme enceinte, chez l'accouchée, chez le nouveau-né
- Importance de se rendre rapidement dans une formation sanitaire en cas de détection de signe de danger
- Allaitement maternel exclusif
- Initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif
- Planification familiale et espacement optimal des naissances
- Prévention des IST/VIH
- Dépistage conseil du VIH
- Sexualité à moindre risque et parenté responsable
- 17° Promotion de l'utilisation et du port correct du préservatif
- Conseil à la femme vivant avec le VIH en matière d'alimentation du nourrisson, de contraception efficace (utilisation régulière de préservatifs pendant la grossesse, tout au long de la période post-partum et de l'allaitement maternel, emploi de la double protection après l'accouchement)
- Dangers de l'auto-médication
- Promotion du plan d'accouchement
- Promotion du plan préparation en cas de complications
- Enregistrement du bébé à l'état civil dans les 30 jours qui suivent la naissance
- Dépistage néonatal de la drépanocytose
- Promotion des examens prénuptiaux, notamment le typage de l'hémoglobine pour prévenir de la drépanocytose
- Violences sexuelles et pratiques néfastes

Annexe 2 : Technique de lavage des mains Principes généraux

- Se laver les mains avant d'examiner et après avoir examiné un client (contact direct)
- Se laver les mains après avoir retiré les gants, car les gants peuvent avoir des trous.
- Se laver les mains après exposition à du sang ou à tout autre liquide (sécrétions et excréments), même si on a porté des gants

NB : L'expérience a montré que la manière la plus efficace de renforcer l'habitude de se laver les mains est de demander aux médecins ou autres personnes respectées (modèles) de se laver régulièrement les mains et d'encourager les autres à faire de même.

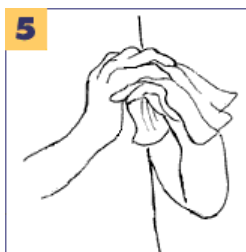
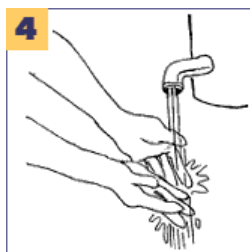
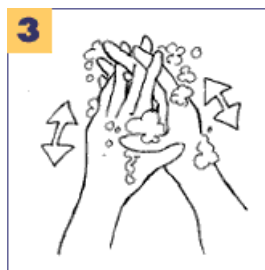
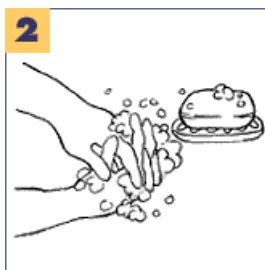
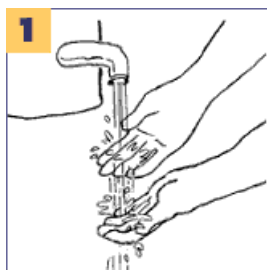
Exécution de la technique

En l'absence de robinet d'eau courante

- Utiliser une personne pour aider
- Prendre un seau d'eau et un gobelet
- Enlever les bijoux des mains et des avant-bras
- Demander à la personne-aide de verser l'eau sur les deux mains qui tiennent un savon, et sur les avant-bras
- Frotter les deux mains vigoureusement l'une sur l'autre en faisant mousser le savon
- Ne pas utiliser de brosse
- Demander à la personne de verser de l'eau jusqu'à ce que le savon disparaisse
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre ; ne pas partager les serviettes utilisées pour s'essuyer les mains

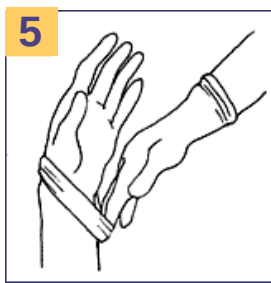
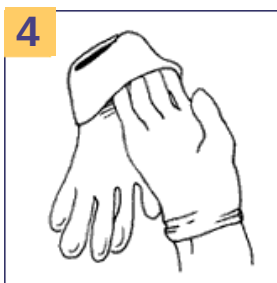
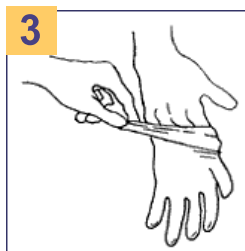
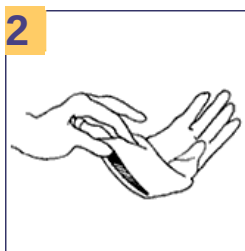
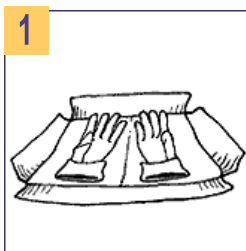
Avec robinet d'eau courante

- Suivre les étapes présentées dans les figures ci-après :



Annexe 3 : Technique de port des gants

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre
- Plier les manches des gants
- Placer les gants sur un endroit propre avec les paumes vers le haut
- Prendre le premier gant par le bord plié
- Tenir le bord avec une main et mettre l'autre main dans le gant
- Si le gant n'est pas bien mis, attendre jusqu'à ce que les deux gants soient mis, avant de faire l'ajustement
- Prendre le deuxième gant par le bord plié
- Tenir le bord avec la main gantée et mettre l'autre main dans le gant
- Faire l'ajustement afin que les deux gants soient bien mis

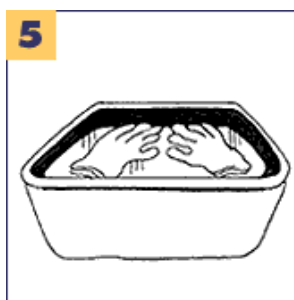
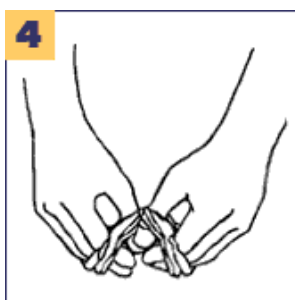
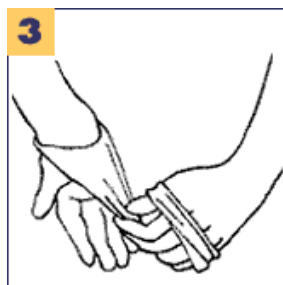
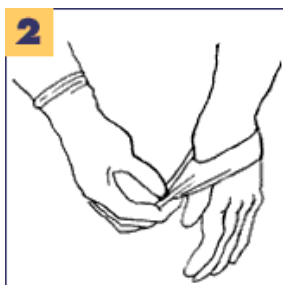


Lors de procédures chirurgicales, il faut porter des gants stériles. On recommande de se frotter les mains pendant 3 à 5 minutes avec une solution contenant de la chlorhexidine ou un iodophore. Ou alors, le personnel chirurgical peut se laver les mains avec du simple savon et, ensuite, appliquer une solution d'alcool avec un émollient et frotter jusqu'à ce qu'il soit sec.

Appliquer un antiseptique avant de mettre les gants minimise le risque de transmission des micro-organismes qui se trouvent sur les mains, en dessous des gants. C'est important, car les gants peuvent avoir des trous ou des déchirures invisibles, ou être encochés pendant l'intervention chirurgicale.

Annexe 4 : Technique de retrait des gants

- Rincer les mains gantées dans la solution de décontamination
- Saisir un des gants vers le bord et tirer le jusqu'au bord des doigts sans l'enlever
- Saisir le deuxième gant vers le bord par la main demie gantée ; tirer le gant en le retournant
- Enlever les deux gants en même temps, en prenant soins de ne pas toucher l'intérieur du gant contaminé
- Laisser les gants dans la solution de décontamination
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon
- Sécher les mains à l'air libre ou avec un linge propre



Annexe 5 : Technique d'administration du sulfate de magnésium

- Prévenir la femme qu'elle aura une bouffée de chaleur après l'administration
- Respecter les principes de prévention des infections
- Administrer la dose initiale de sulfate de magnésium, une dose de 14g à raison de 4g en IVDL dilué à 20% et 10g : 5g par fesse à 50% en IM profonde adoucie avec la Lidocaïne à 2% (1cc) et recourir à son antidote (Gluconate de calcium) à raison de 1gr en IV en 10 minutes en cas d'intolérance.

Annexe 6 : Accouchement par voie basse en présentation de siège

Principes généraux

- Se préparer à la naissance comme pour tout accouchement.
- Placer un abord veineux.
- Apporter un soutien psychoaffectif à la patiente et l'encourager.
- Réexaminer la patiente pour s'assurer que l'accouchement par voie basse est indiqué.
- Conduire l'accouchement par voie basse en présentation de siège conformément au protocole décrit ci-dessous.
- Réaliser toutes les manœuvres avec douceur, sans forcer.

Cas de siège complet ou décomplété mode des fesses

Figure 1 : Présentations du siège



A. siège complet (en tailleur)



B. siège décomplété mode des fesses

1° Dégagement des fesses et des jambes

- Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dire à la patiente qu'elle peut pousser lors des contractions.
- Si le périnée est très épais, réaliser une épisiotomie.
- Laisser le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.
- Prendre délicatement les fesses dans une main, sans tirer dessus.
- Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégager l'une après l'autre :
 - Pousser sur la jambe au-delà du genou pour la plier ;
 - Saisir la cheville et dégager le pied puis le reste de la jambe ;
 - Faire de même pour l'autre jambe.

Ne pas tirer sur le bébé pendant le dégagement des jambes.

- Tenir le bébé par les hanches comme indiqué sur la figure 2.
- Ne pas le prendre par les flancs ni par l'abdomen, cela risquerait d'endommager les reins ou le foie.

Figure 2 : Tenir le bébé par les hanches (ne pas tirer)



2° Dégagement des bras

Bras palpables sur la poitrine

- Laisser les bras se dégager spontanément l'un après l'autre. N'intervenir que si c'est nécessaire.
- Après le dégagement spontané du premier bras, soulever les fesses du bébé en direction de l'abdomen de la mère afin de permettre au deuxième bras de se dégager spontanément.
- Si le bras ne se dégage pas spontanément, placer un ou deux doigt(s) au niveau du coude et plier le bras de façon à ramener la main de l'enfant sur son visage.

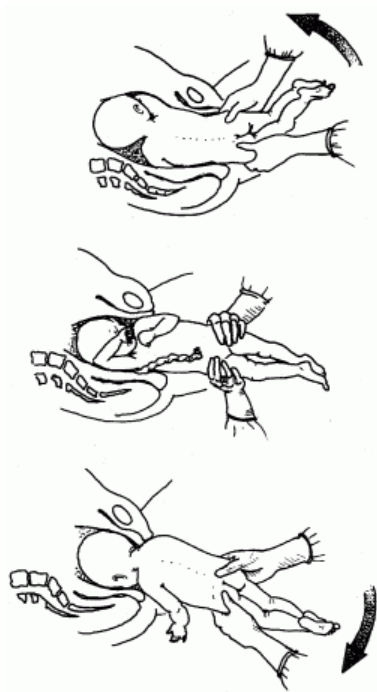
Bras relevés ou enroulés autour du cou

Utiliser la manœuvre de LOVSET (fig. 3) :

- Prendre l'enfant par les hanches et lui imprimer une rotation de 90° en lui maintenant le dos tourné en haut et en exerçant une traction vers le bas, de façon à ce que le bras postérieur devienne le bras antérieur et descende sous le promontoire.

- Faciliter le dégagement du bras en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. Amener le bras vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage.
- Pour dégager le deuxième bras, imprimer à l'enfant une rotation de 180° dans l'autre sens, en lui maintenant toujours le dos en haut et en exerçant une traction vers le bas, et faire passer le bras sous le promontoire comme pour le premier.

Figure 3 : Manœuvre de Lovset



S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégager l'épaule postérieure (fig. 4) :

- prendre le bébé par les chevilles et le soulever ;
- orienter le thorax vers l'intérieur de la jambe de la mère, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager ;
- dégager le bras puis la main ;
- ramener le bébé en position allongée en le tenant toujours par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager ;
- dégager le bras puis la main.

Figure 4 : Dégagement de l'épaule postérieure

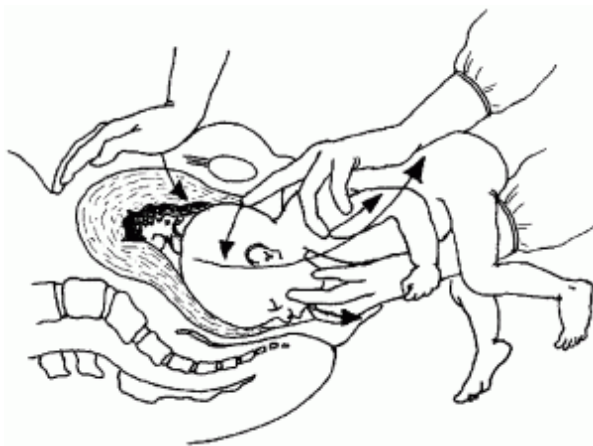


3° Dégagement de la tête

Dégager la tête à l'aide de la manœuvre de Mauriceau (fig. 5) qui se déroule de la façon suivante :

- Glisser la main et l'avant-bras sous le corps et le visage du bébé.
- Placer l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé.
- De l'autre main, saisir les épaules.
- Pousser délicatement la tête avec deux doigts pour l'incliner sur la poitrine, tout en exerçant une pression vers le bas sur la mâchoire, de façon à amener la tête du bébé vers le bas jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible.
- Exercer une traction délicate pour dégager la tête.
- Demander à un aide de pousser au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pendant le dégagement de la tête. Cela aide à maintenir la tête du bébé en flexion.
- En maintenant le bébé à cheval sur l'avant-bras, le soulever jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés.

Figure 5 : Manœuvre de Mauriceau



4° Rétention de la tête (tête enclavée)

- Sonder la vessie.
- Se faire accompagner d'un aide qui tiendra le bébé pendant que l'on posera le forceps de Piper ou le forceps à longues branches.
- S'assurer que le col est complètement dilaté.
- Envelopper le corps du bébé dans un linge ou une serviette et le soulever.
- Poser la cuillère gauche du forceps.
- Poser la cuillère droite et solidariser les branches.
- A l'aide du forceps, fléchir la tête et la dégager.
- Pour les prestataires de soins qui ne sauraient pas utiliser un forceps, il est possible d'exercer une pression ferme au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pour fléchir la tête du bébé et la pousser dans le canal pelvien.

Cas de siège décomplété mode des pieds

En général, pour les présentations du siège mode des pieds (fig. 6), il convient de pratiquer une césarienne.

Figure 6 : Présentation du siège mode des pieds, avec une jambe en extension complète



- Limiter l'accouchement par le siège mode des pieds, par voie basse aux cas suivants :
 - Travail avancé sur un col complètement dilaté ;
 - Enfant prématuré qui a peu de chances de survivre après l'accouchement ;
 - Bébé(s) suivant(s) en cas de grossesse multiple.
- Pour dégager le bébé par voie vaginale :
 - Saisir les chevilles d'une main ;
 - Si la présentation est unipodالية, introduire une main (après avoir enfilé des gants désinfectés) dans le vagin et tirer doucement le deuxième pied vers le bas ;
 - Tirer doucement le bébé vers le bas par les chevilles ;
 - Continuer jusqu'à ce que les fesses soient visibles ;
 - procéder ensuite au dégagement des bras.

Extraction du siège

- Après avoir enfilé des gants stériles, introduire une main dans l'utérus et saisir le pied du bébé.
- Tenir ce pied et l'amener à soi en le faisant descendre dans le vagin.
- Exercer une traction sur le pied jusqu'à ce que les fesses soient visibles.
- Procéder ensuite au dégagement des bras.
- Administrer des antibiotiques à titre prophylactique après l'extraction du siège:
 - 2 g d'ampicilline en IV associé à 500 mg de métronidazole en IV ; ou
 - 1 g de céfazoline en IV associé à 500 mg de métronidazole en IV.

- A relayer par les formes orales jusqu'au 7^{ème} jour.

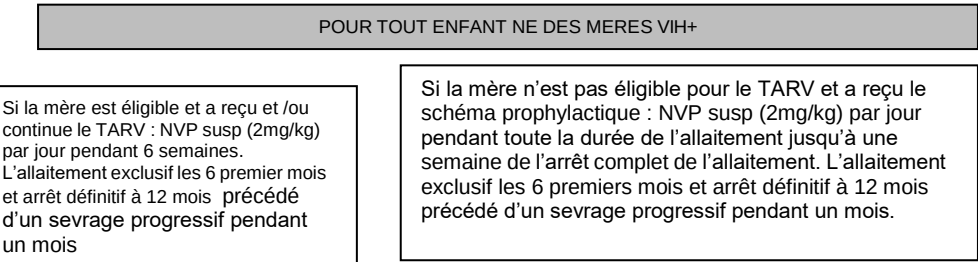
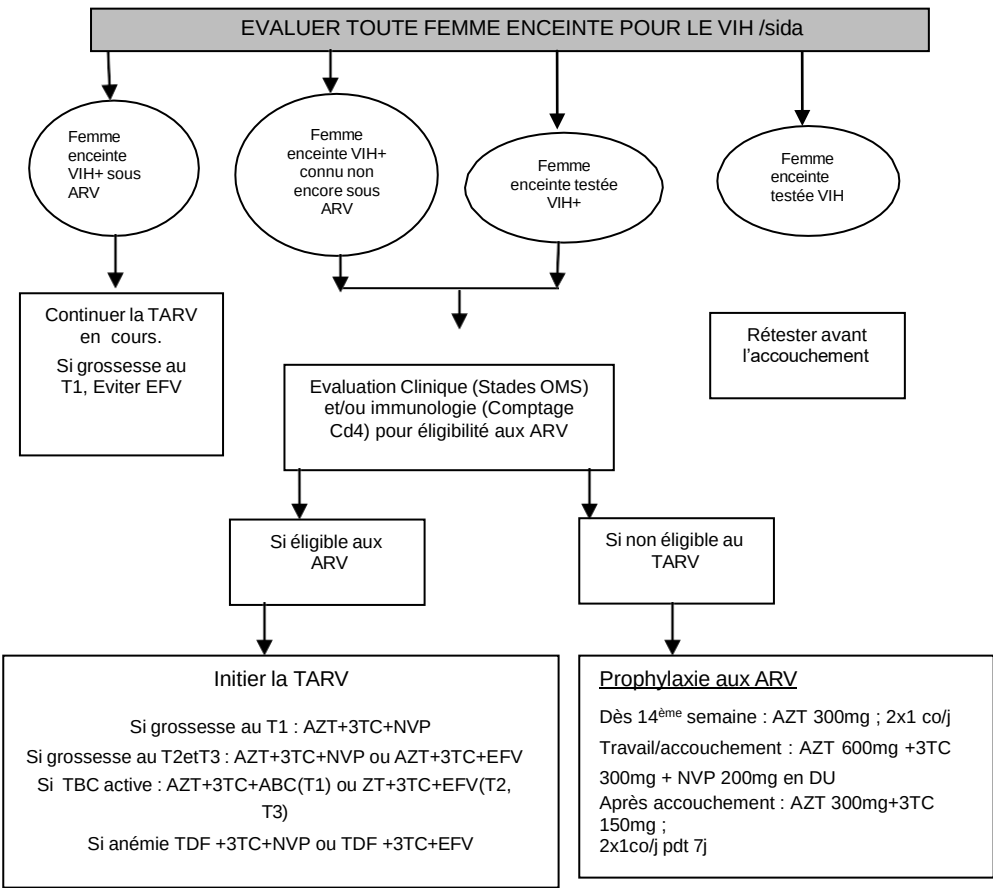
Soins post-partum

- Aspirer les mucosités de la bouche et du nez de l'enfant.
- Clamper le cordon et le sectionner.
- Administrer à la mère 10 unités d'ocytocine en IM dans la minute qui suit l'accouchement et poursuivre la prise en charge active du troisième stade du travail.
- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réparation des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.
- Poursuivre les soins du post partum comme après tout accouchement.

Annexe 7 : Drainage de l'abcès du sein

- Utiliser l'anesthésie générale (par exemple, à la kétamine).
- Porter des gants stériles.
- Pratiquer une incision radiaire partant du bord de l'aréole, en direction de l'extérieur du sein afin d'éviter de léser les canaux galactophores.
- Rompre les poches de pus avec le doigt ou une pince.
- Tamponner la cavité avec un tampon de gaze de faible densité.
- Retirer le tampon après 24 heures et le remplacer par un autre plus petit.
- Placer une petite mèche si la cavité contient toujours du pus et en faire sortir une extrémité par la plaie pour faciliter le drainage du pus restant.

Annexe 8 : Protocole PTME chez la femme enceinte et chez l'enfant exposé au VIH



Annexe 9 : Critères AFASS

Les critères AFASS sont des critères qu'une famille PVV ou mère VIH+ doit remplir pour procéder à l'alimentation de remplacement de son enfant :

A = Acceptable : Ceci fait allusion à ce que l'on n'oblige pas la maman à pratiquer l'alimentation de remplacement. On doit bien leur expliquer le pour et le contre de ce mode d'alimentation. Ainsi la famille ou la femme procède à un choix éclairé et décide de manière souveraine et responsable.

F = faisable : On doit s'assurer que la maman /la famille a les capacités matérielles et si son environnement social permet ce mode d'alimentation.

A= Aborder : Est-ce que les moyens financiers dont dispose la mère/la famille permettent ce mode d'alimentation ?

S= Soutenable : (c'est la traduction française du mot anglais « sustainable ») : est-ce l'environnement global de la mère (culturel, social, économique...) peut permettre à la maman de maintenir l'alimentation de remplacement de façon continue ?

S= Sûr : Ici on fait allusion aux mesures d'hygiène qui doivent entourer l'alimentation de remplacement. La maman est-elle capable de maintenir l'alimentation de remplacement propre chaque fois qu'elle la prépare ? Si non, c'est exposer l'enfant à des diarrhées et autres maladies pouvant l'entraîner dans la malnutrition.

Si, en parlant avec la mère VIH+, on trouve ces critères sont remplis, on peut alors lui conseiller l'alimentation de remplacement, autrement dit l'allaitement artificiel. Si ces critères ne sont pas remplis, autant laisser la mère allaiter exclusivement son enfant jusqu'à six mois. Par ailleurs, les ARV administrés actuellement à partir du premier trimestre de la grossesse et poursuivis pendant toute la durée de l'allaitement, font que le risque de contamination de la mère à l'enfant est très réduit.

Source : Programme National de Nutrition (PRONANUT) en RDC

LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU DOCUMENT

1. GOUVERNEMENT

1.1. CABINET DU MINISTRE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr KAMBA MULAMBA Roger	Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
2.	Dr KABANGE NUMBI Félix	Ministre Honoraire de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
3.	Dr MAKWENGE KAPUT Victor	Ministre Honoraire de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
4.	Mme TSHAL Lilianne	Conseillère
5.	Mme LOKOKA Nanty	Conseillère

1.2. SECRETARIAT GENERAL

a. SECRETARIAT GENERAL

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr YUMA RAMAZANI Sylvain	Secrétaire Général
2.	Dr LOKADI OTETE	Secrétaire Général Honoraire
3.	Dr MIKALA-Mia-NDOLO	Secrétaire Général Honoraire

b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr KABEYA Philippe	Membre/ST
2.	Dr MAKAMBA Audace	Membre/ST
3.	Dr MUTOMBO Elie	Membre/ST
4.	Dr MAYAKASA Charles	Membre/ST
5.	Dr MBALA IKONDE	Membre/CNP
6.	Dr MASUDI Jean-Pierre	Conseiller/SG
7.	Dr KASONGO Joseph	Ass. Techn. Du SG
8.	MUKENGESHAYI Bitshi	Membre/CCP

1.3. DIRECTIONS CENTRALES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION/INSTITUTION
1.	Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin	Dir. DSFGS
2.	KALUME TUTU	Dir. Hon. DSFGS
3.	Dr LUSIKILA Chantal	CD DSFGS
4.	Dr MAVULA Baudouin	CD DSFGS
5.	Dr MBALI Clément	CD DSFGS
6.	Dr BANONOKO Consolatrice	CD. Hon. DSFGS
7.	Dr YAMBA YAMBA	CD Hon. DSFGS
8.	Dr BANINGELA Chrisostome	CB. DSFGS
9.	MITUMPU NSIONA	CB DSFGS
10.	Mr ILUNGA Bruno	CB DSFGS
11.	Mme KILEMBE Makob	CB DSFGS
12.	MEMBO NZO-NZIMBU	CB DSFGS
13.	Dr META WANKOMBO	CB DSFGS
14.	Dr NGINDU Dilu	CB DSFGS

15.	Mr SANVUA Gustave	CB DSFGS
16.	Dr ASHINGO DIALA	Expert DSFGS
17.	Dr EYULU MPELA ILONGO	Expert DSFGS
18.	Dr ZOLA Nene	Expert DSFGS
19.	Mr KAKUDJI Samuel	Data DSFGS
20.	Dr WEUNDE Herman	Expert DSFGS
21.	Mr BOOYO Jean-Fidèle	Expert DSFGS
22.	AG NGUMBU MABANZA	Dir DRHS
23.	AG HIOMBO Phillippe	Expert DRHS
24.	AG KAHODI OMOMBO	Expert DRHS
25.	Mme MBOMBO KABANTU	Dir D2
26.	AG BONKONDI Egide	Expert D2
27.	Dr MONGOLO MOLENGI	Expert D2
28.	Mme BASEKA Angela	Expert D2
29.	AG ILOS'OJIBANGO	Expert D2
30.	Phcien NGELEKA MUTOLO	Dir hon. DPM
31.	Phcien FAZILI	Expert ACOREP
32.	Phcien KALALA	Expert ACOREP
33.	Phcienne MBELU	Expert ACOREP
34.	Phcien LEPUGE M.	Expert ACOREP
35.	KEBELA Benoit	Dir DLM
36.	Dr BEYA EFINI Christian	Expert DLM
37.	Dr MONDONGE Vital	Expert DLM
38.	YOKA EBENGO Denis	Expert DLM
39.	Dr MUKENGESHAYI Marcel	Dir DSSP
40.	Phcienne KIMBAMBU Germaine	Expert DSSP
41.	AG NGANDU	Expert DSSP
42.	Dr BOJI Chantal	Expert DSSP
43.	Dr TSHOMBA Charlie	Expert DSSP
44.	Dr KAYA Guylain	Expert DSSP
45.	Dr THETHE Sylvie	Expert DSSP
46.	Ir LUMBAYI Jean Paul	Expert DSSP
47.	Dr FARAY ASSUMANY	Expert DSSP
48.	Dir KOMBA DJEKO	DESS
49.	C.B. NDUAYA NDUAYA	Expert D ESS
50.	KAPONGO Jean	Expert D ESS
51.	Dr NGAMBWA Gaviel	DEP/PNPMs
52.	KALAMBAYI TEMBWA	Dir DEP
53.	Dir MALABA MUJANJI	D8
54.	DUMBO TSHAMOBA Patrick	Expert D8
55.	Dir KWENGANI MAVAR Benjamin	D9
56.	AG KISESA TANGU BALAK	Expert D9
57.	Dr KUMUTIMA Clarisse	Expert D9
58.	Dir BODY ILONGA	D11
59.	Dr BANZWA Berthe	Expert D11
60.	Dr NGOY Arthur	Expert D11
61.	Dr MOUCKA Jean-Pierre	Expert D11

62.	Dir WELO Albert	D12
63.	Dr MASENGU ILUNGA	Expert D12
64.	MASSIALA Nana	Expert D12
65.	Dir NGOLO ZAGBALI	D13
66.	Ir LUPANTCHIA Paul	Expert D13
67.	Dr KASONGO Albert	Expert

1.4. PROGRAMMES SPECIALISES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr MULUMBA Audry	Dir PEV
2.	AKARASIS MAKSAS	Expert PEV
3.	Dr MATAMBA TSHINGOMBE	Dir PNAM
4.	KATELE André	Expert PNAM
5.	NSENGA Nadine	Expert PNAM
6.	Dir Prof LUKUNKU Vincent	Expert PNCPS
7.	Dr YUMA	Expert PNCPS
8.	Dr NDAKAKANU	Expert PNCPS
9.	CD KOTA MACHAFU Annie	Expert PNCPS
10.	MBOMBO BADIBAKE Pathy	Expert PNCPS
11.	MULUMBA Alphonse	Expert PNCPS
12.	NDOMBELE MATUSA Pauline	Expert PNCPS
13.	Dr ILUNGA J.Fidèle	Expert PCIME
14.	Dr MBOMA Bibi	Expert PCIME
15.	Dr MBWEBWE Wivine	Expert PCIME
16.	Dr IDA SUKADI	Expert PCIME
17.	Dr KAPONGO KANIANE	Expert PCIME
18.	Dr TSHIZEMBA Marie-Albert	Expert PCIME
19.	MUTUALE Mireille	Expert PCIME
20.	Dir FOTTO Patricia	Expert PNLCD
21.	Dir KIKOO Marie Josée	Expert PNCLD
22.	Dr MATADI MIFUNDU	Expert PNCLD
23.	Dr NZAMBI MPUNGU	Expert PNCLD
24.	Dr SHANDENDE Emery	Expert PNCLD
25.	Dr BAKUKULU Jean-Tony	Expert PCIME-C
26.	Dr KAZADI Charles	Expert PCIME
27.	Dr NGOIE Bernard	Expert PCIME
28.	Dr NTUMBAK	Expert PCIME-C
29.	Dr MPETI Emmanuel	Expert PCIME-C
30.	Dr NGOIE MUTAMBAY	Expert PCIME-C
31.	Dr AWACA Naomi	Expert PNLO
32.	Dr ATUA Benjamin	Dir PNLP
33.	Dr MASHAKO Patience	Expert PNLP
34.	Dr MUSWAMBA Jeannine	Expert PNLP
35.	Dr MWEMA KIMAZA	Expert PNLP
36.	Dr KUTEKEMENI Albert	Expert PNLP
37.	Dr OKENGE Augustin	Dir PNLS
38.	Dr MINGINA Constantin	Dir PNLS
39.	MAKENGO Charlotte	Expert PNLS
40.	Dr SALUMU Freddy	Expert PNLS
41.	Dr ALIMASI Elie	Expert PNLS
42.	Dr KIAMENGA Jacquie	Expert PNLS
43.	Dr OKIATA Jean Paul	Dir PNLT
44.	Dr YASSANKIA KILOLO	Expert PNLT
45.	KINES. MUSAFIRI MASUGA	Dir PNRBC
46.	Dr TSHITENGE	Expert PNRBC

Valentin		
47.	MBADU MUANDA	Dir PNSA
48.	Dir Phocienne MUSUMBA Jackie	Expert PNSA
49.	MATADI UTE-USENG	Expert PNSA
50.	VAKANIAKI Rose	Expert PNSA
51.	Dr KABANGA KAYEMBE Mimi	Expert PNSA
52.	Dr KAVIRA Noël	Expert PNSA
53.	Dr MUTEBA MUSHIDI	Dir PNSM
54.	Dr MBO Maire-Louise	Dir PNSR
55.	Dr KYUNGU BANZA	Expert PNSR
56.	Dr MUSINDO Protails	Expert PNSR
57.	AG. LISUMBU MOTANDA	Expert PNSR
58.	Dr BOKINGO Marcel	Expert PNSR
59.	Dr BUALUTI Thierry	Expert PNSR
60.	Dr CAMBELE MUSAMBA	Expert PNSR
61.	Dr KABING Didier	Expert PNSR
62.	Dr LOSSO Collette	Expert PNSR
63.	Dr MASHAGIRO Isabelle	Expert PNSR
64.	Dr MILAMBU Milan	Expert PNSR
65.	Dr MUKUMPURI Guy	Expert PNSR
66.	Dr YODI Rachel	Expert PNSR
67.	Dr KITSITA Christophe	Expert PNSR
68.	Dr LAMY MITHANO	Expert PNSR
69.	MAVINGA Albertine	Expert PNSR
70.	NKONGOLO Bertin	Expert PNSR
71.	YABILI MALUNGA	Expert PNSR
72.	Dr MUTONDO Papy	Expert PNSR
73.	Dr LUNZAILADIO Blaise	
74.	Dr NONGE Jeannette	
75.	Dr BUNGU K.	Dir PNSS
76.	Dr KALENGA NGOIE	Expert PNSS
77.	Dr BONGONGO Jules	Dir PNSSU
78.	Dr SHEKA MALU MALU Charlotte	Expert PNSSU
79.	Dr MUDE MANANA	Dir PNST
80.	Dr NKUNKU LUTUMBA	Expert PNST
81.	Dr YUMA Sylvain	Dir PNST
82.	NDAKALA David	Expert PNST
83.	Dr NGALULA MAMY	Expert PNST
84.	VAGHENI MUBUNGA Eugène	Expert PNST
85.	Dr BANEA MAYAMBU	Dir PRONANUT
86.	BAMUANGA Chrispin	Expert PRONANUT
87.	Dr LEBUKI NDA LESSAY	Expert PRONANUT
88.	KIMBONDO Narcisse	Expert PRONANUT
89.	KUWA	Expert PRONANUT
90.	MALEMBA Viviane	Expert PRONANUT
91.	Dr MASHUKANO Nicole	Expert PRONANUT
92.	MIDI GISANGA Hélène	Expert PRONANUT

1.1. UNIVERSITE DE KINSHASA

N°	NOMS/POST NOMS	/INSTITUTION
1.	Prof NSIBU Célestin	UNIKIN
2.	Dr MAMBU Thérèse	ESP/UNIKIN
3.	Dr LOKOMBA	SCOGO/UNIKIN

1.2. LES PRESTATAIRES

N°	NOMS/POST NOMS	STRUCTURE
1.	Dr MUELA DIFUNDA	HPGRK/SCOGO
2.	Dr MUYILA IKIE IKIE	HPGRK
3.	Dr MINZEMBA	BDOM

4.	François Dr NEMBUZU Dolores	BDOM
5.	Dr KUSONGSILA SUENGE René	BDOM
6.	Dr MASSAMBA Blaise	
7.	Dr NZUNGANI BAKEBA	
8.	NTUMU Clémentine	
9.	MADISISI Anicet	S.M KIMBANGUISTE

1.1. LAPHAKI

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Phcien NZENGO NVELA	

1. AGENCES DE L'ONU

1.1. OMS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KINI Brigitte	
2.	Dr MBUYI KABULEPA Marie Claude	
3.	Dr COMPAORE ISSAKA Pierre	
4.	Dr NKIERE Nico	
5.	Dr MPOYI Etienne	
6.	FWELO Marie-Claire	
7.	Dr MANZENGO Casimir	

1.2. UNICEF

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr Celestino COSTA	
2.	Dr Alphonse NTOKO	
3.	Dr WAZEY Stephen	
4.	Dr KAZADI Thierry	
5.	Dr MBU Bernadette	
6.	Dr MUSUAMBA Gertrude	
7.	Dr TRAORE Célestin	
8.	HOUNGBEDJI KOFFI ANGE	
9.	BUGANDWA Innoncent	
10.	Dr MACOURA OULARE	
11.	Dr Laurent KAPUND	
12.	Dr SALUMU Freddy	
13.	Dr TOGOLA SAYIRI	

1.3. UNFPA

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr SHAMWOL	
2.	EKE Henriette	
3.	Dr BILANDA NDELE	
4.	Dr KAWENDE Bora	
5.	Dr NEMADJARE Théophile	

2. ORGANISMES DE COOPERATION BI ET MULTI LATERALES

2.1. UE

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MULOHWE KASONGO	

2.2. USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
----	----------------	-------------------

1.	Prof. PIRIPIRI Lina	
----	---------------------	--

2.3. USG/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	LONGONDO ETENI	

2.4. GTZ

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr CAMARA Adama	
2.	Dr Diana	

3. ONG/SANTE

3.1. ABEF ND

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	KATUMBAYI Isaac	
2.	KABONGO MAKWER Willy	
3.	NTATUKIDI MULOBO Nancy	

3.2. ASF/PSI

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr SELEGO Chalet	
2.	Dr NTOYA Ferdinand	

3.3. AXxes

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MPUNGA Michel	
2.	Dr NSIALA Adrien	

3.4. C-CHANGE/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Mme CHIRWISA Flora	

3.5. CRS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KITU N.	
2.	Dr PETELO	

3.6. ESP/UNC

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr OKITOLONDA Vitus	

3.7. EGPAF

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	KIBUNGU Jocelyne	

3.8. FHI 360

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MAYALA MABASI	
2.	ENGETELE Elodie	

1.1. HANDICAP INTERNATIONAL

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
----	----------------	-------------------

1. Dr NDONA Jackie

1.2. IPS

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr TONA TSALA	
2.	KAPITA Dady	

1.3. IRC

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr NGOY Pascal	
2.	Dr MASHANT Emilio	
3.	Dr BOUBAKAR TOURE	
4.	Dr AVELEDI Blandine	

1.4. MCHIP/USAID

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr KANZA NSIMBA	
2.	Dr LUNTADILA Papy	

1.5. MEMISA

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	MBIKALE Florimond	
2.	MANZANZA Jules	

1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr TSHITETA Philippe	
2.	Dr OUSMANE FAYE	
3.	Dr ANDRIANANDRASANA Gilbert	
4.	Mme ZIKUDIEKA Lucie	
5.	Dr KOY MATILI	
6.	MUNONGO Ben	
7.	Dr MBUYI Ninette	
8.	Dr GIKAPA John	
9.	DEROSEN Michael Ray	
10.	Ph. MASSAMBA Cyrille	

1.7. PATH/MCHIP

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Susheela ENGELBRECHT	
2.	Dr NARAYANAN Indira	

1.8. SAVE THE CHILDREN

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr SAGNO Kalil	

1.9. IPAS

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Mr MATENGO Arthur	Expert IPAS

1.10. BDOM

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr Bénédicte CLAUS (pour référence)	

1.11. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr N'KU IMBIE (pour référence)	

1. PROJET_PARSS-ASSR

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	Dr WANGATA Jacques	

2. SOCIETE CIVILE

<u>N°</u>	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : EXPERTS</u>
1.	SAMUKUNGU Patrice	Expert SCOSAF
2.	MBOMBO Louise	Expert UNAAC
3.	Mr DIASIVI Emmanuel	Expert COSC-SRMNEA-Nut
4.	Mr NGOMA Christophe	Expert COSC-SRMNEA-Nut