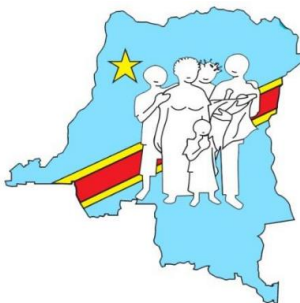




**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALE
SECRETARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET HYGIÈNE**

**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 2

**SOINS OBSTÉTRICAUX
D'URGENCE**

Edition 2024

Table des matières

PREFACE	4
REMERCIEMENTS.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	8
INTRODUCTION	10
SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES	13
1.1. Définition	13
1.2. Objectifs	13
1.3. Cibles / Bénéficiaires	13
1.4. Moment / Périodicité	14
SECTION II. NORMES.....	15
2.1. Normes d'interventions.....	15
2.2. Normes des ressources humaines	15
2.3. Normes d'infrastructures	15
2.4. Normes de ressources matérielles	17
SECTION III. DIRECTIVES	24
3.1. Directives générales de procédure.....	24
3.2. Directives relatives à la prise en charge des hémorragies génitales durant la grossesse, l'accouchement et le post partum	24
3.3. Directives relatives à la prise en charge des dystocies	44
3.4. Directives relatives à l'accouchement instrumental	51
3.5. Directives relatives à la prise en charge de la rupture prématurée des membranes	57
3.6. Directives relatives à la prise en charge de l'anémie sévère au cours de la grossesse	61
3.7. Directives relatives à la prise en charge du paludisme grave au cours de la grossesse.....	62
3.8. Directives relatives à la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie	64
3.9. Directives liées à la prise en charge des affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum.....	68

3.10.	Directives relatives à la prise en charge du choc chez la mère : réanimation maternelle selon l’approche ABCD	73
3.11.	Directives relatives à la surveillance des décès maternels, perinatals et riposte (SDMPR)	77

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	78
ANNEXES	80

Annexe 1 : Technique d’AMIU	80
Annexe 2 : Evaluation du col sur base du score de Bishop	83
Annexe 3 : Protocole d’administration du misoprostol pour la maturation du col dans le cadre du déclenchement artificiel du travail	84
Annexe 4 : Protocole d’administration d’anticonvulsivants en cas d’éclampsie..	86
Annexe 5 : Technique de lavage des mains.....	88
Annexe 6 : Technique de port des gants	89
Annexe 7 : Technique de retrait des gants	91

Liste des experts ayant contribue à l’elaboration du document.....	92
--	----

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

AMIU	:	Aspiration manuelle intra-utérine
BCF	:	Bruit du cœur fœtal
bts	:	Battements
cc	:	Centimètre cube
CPN	:	Consultation prénatale
CPoN	:	Consultation post-natale
CS	:	Centre de santé
CU	:	Contractions utérines
DCIP	:	Dépistage et conseil initié par le prestataire
DPPNI	:	Décollement prématuré du placenta normalement inséré
EBL	:	Examen bactériologique des lochies
EBLA	:	Examen bactériologique du liquide amniotique
ECBU	:	Examen cyto-bactériologique des urines
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
ERPCI	:	Evaluation rapide et prise en charge immédiate
g	:	Gramme
g%	:	Gramme pour cent
GATPA	:	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
GE	:	Goutte épaisse
Hb	:	Hémoglobine
HGR	:	Hôpital général de référence
HRP	:	Hématome rétro placentaire
Ht	:	Hématocrite
HU	:	Hauteur utérine
IM	:	Intra musculaire
IV	:	Intra veineux
j	:	Jour
kg	:	Kilogramme

m₂	:	Mètre carré
MILD	:	Moustiquaire imprégnée à longue durée
ml	:	Millilitre
mm³	:	Millimètre cube
mm Hg	:	Millimètre de mercure
min	:	Minute
PF	:	Planification familiale
RPM	:	Rupture prématurée des membranes
RUMER	:	Registre d'utilisation des médicaments et des recettes
SA	:	Semaine d'aménorrhée
SENN	:	Soins essentiels du nouveau-né
SONU	:	Soins obstétriques et néonataux d'urgence
SOU	:	Soins obstétricaux d'urgence
SOU B	:	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOU C	:	Soins obstétricaux d'urgence complets
TA	:	Tension artérielle
TC	:	Temps de coagulation
TDR	:	Test de diagnostic rapide
TS	:	Temps de saignement
TV	:	Toucher vaginal
UI	:	Unité internationale

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 (MSPH-P) 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 la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques qui, avec ses programmes ont reçu l'appui de différents partenaires dont plus précisément de PARSS ASSR de STEF 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 Complètes d'Avortement Centrés sur la Femme, la Planification familiale (DMPA-SC, Planification du post partum) et autres justifient de façon impérieuse une mise à jour 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 d'urgence (SOU). Sa structure correspond à la présentation générale ci-dessus.

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.

SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) sont des soins dispensés à la femme enceinte ou à l'accouchée qui présente des complications pouvant mettre en danger sa vie ou celle du fœtus/nouveau-né au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou du post partum.

On distingue :

- Les soins obstétricaux d'urgence de base (SOU B) dispensés au centre de santé (CS)/maternité de base
- Les soins obstétricaux d'urgence complets (SOU C) relevant de la compétence de l'hôpital général de référence (HGR)

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Assurer la prise en charge des complications obstétricales afin de réduire au strict minimum les décès et invalidités évitables liés à des complications survenant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou du post partum pour la mère et le nouveau-né.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Prendre correctement en charge les hémorragies génitales durant la grossesse, l'accouchement et le post partum ;
- Prendre correctement en charge le paludisme chez la femme enceinte et les autres affections fébriles durant la grossesse, le travail d'accouchement et le post partum ;
- Prendre correctement en charge les dystocies ;
- Prendre correctement en charge la pré éclampsie/éclampsie ;
- Prendre correctement en charge l'anémie grave chez la femme enceinte ;
- Prendre correctement en charge la rupture prématurée des membranes chez la femme enceinte.

1.3. Cibles / Bénéficiaires

Les SOU sont destinés à toute femme présentant une complication obstétricale durant la grossesse, l'accouchement, le post partum ou en post abortum.

1.4. Moment / Périodicité

Les SOU sont dispensés à toute survenue de complication durant la grossesse, l'accouchement, le post partum ou le post abortum.

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les SOU reposent sur les neuf fonctions essentielles suivantes :

1. Administration d'ocytociques ;
2. Administration parentérale d'antibiotiques ;
3. Administration parentérale d'anticonvulsivants ;
4. Délivrance artificielle et révision utérine ;
5. Evacuation du reste du produit de conception ;
6. Accouchement par ventouse ou forceps ;
7. Réanimation néonatale de base
8. Transfusion sanguine ;
9. Césarienne et autres interventions chirurgicales obstétricales ;

2.2. Normes des ressources humaines

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

Au niveau du CS/maternité de base

Au moins deux sages-femmes ou au moins deux accoucheuses diplômées A2 de service¹ ou encore au moins deux infirmiers (ères) de service de niveau minimum A2 Formés et recyclés en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Soins Obstétricaux Essentiels (SOE) et les soins essentiels du nouveau-né (SENN) y compris en PTME.

Aux termes de ce document, on entend par prestataires de service les prestataires affectés à la salle d'accouchement et assurant la permanence aux heures de service.

Au niveau de l'HGR

En plus des dispositions du CS :

- Au moins un médecin formé/recyclé en SONU, SOE et SENN
- Au moins un anesthésiste-réanimateur (ou préposé) recyclé en réanimation du nouveau-né

2.3. Normes d'infrastructures

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 ;
- Un espace d'au moins 20 m2 pour buanderie et stérilisation ;
- Un bureau pour prestataires des soins, une armoire pour médicaments ;
- Un trou à placenta, un incinérateur ;
- Toilettes et douches, point d'eau (robinet avec eau courante ou dispositif lave-main) ;
- Un poste de transfusion sanguine (espace avec frigo de type banque de sang) ;

Au niveau de l'HGR

Un Service de Gynéco-obstétrique de l'HGR d'au moins 600 m2 répondant aux normes d'infrastructures et abritant les activités de santé de la reproduction, où l'on doit trouver spécifiquement :

- Une salle d'attente de 20 m2,
- Deux salles de consultation de 2 × 20 m2,
- Deux salles de travail 2 × 18 m2,
- Deux salles d'accouchement de 2 × 20 m2,
- Une salle de soins de 12 m2,
- Une salle post partum immédiat de 18 m2,
- Deux salles pour post partum tardif et hospitalisation de 2 × 150 m2,
- Un local de service et réserve de 20 m2,
- Un magasin de 10 m2,
- Deux salles de bain/douches 2 × 6 m2,
- Quatre toilettes/WC de 4 × 6 m2,
- Deux bureaux pour sages-femmes, accoucheuses et infirmières de gynéco de 2 × 15 m2,
- Un vestiaire,
- Deux salles de garde avec toilette/WC et douche de 2 × 12 m2
- Un bloc opératoire avec une salle d'opération de gynécologie-obstétrique de 30 m2,
- Une salle d'anesthésie de 15 m2,

- Une salle de réveil de 20 m2
- Une salle de stérilisation de 15 m2
- Une salle de réanimation
- Une salle des soins intensifs
- Une banque de sang

2.4. Normes de ressources matérielles

2.4.1. Equipement

Au niveau du CS/maternité de base

Equipement d'un CS/maternité conformément à la liste de matériels et équipements de la Zone de Santé, avec spécifiquement :

- Armoire pour conservation des dossiers des malades
- Bouteille d'oxygène
- Concentrateur d'oxygène
- Pantalon anti-choc
- 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 « 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
- Lit civière
- Moyen de communication d'urgence (téléphone, phonie, réseau talkie-walkie)
- Ambulance (véhicule, moto, bateau, pirogue)

Au niveau de l'HGR

Equipement d'un Service de Gynéco-Obstétrique de l'HGR répondant aux normes,

avec spécifiquement l'équipement du CS/maternité de base cité ci-haut auquel on ajoute :

- Bonbonne d'oxygène (avec chariot et clé) et/ou concentrateur d'oxygène ;
- Couveuses ordinaires ;
- Couveuses ou tables à photothérapie (dans l'unité de néonatalogie) ;
- Evier avec robinets à commandes cubitales ;
- Ambulance fonctionnelle ;
- Saturomètre ;
- Glucomètre ;
- Laryngoscope ;
- Tubes d'intubation ;
- Echographe ;
- Appareil de monitoring fœtal ;

2.4.2. Matériel

Au CS/maternité de base

Matériel d'un CS/maternité de base répondant aux normes, avec spécifiquement :

- Sphygmomanomètre (ou tensiomètre) et stéthoscope ;
- Thermomètre médical ;
- Stéthoscope obstétrical (fœtoscope) ;
- Poire démontable et stérilisable (de type Pingouin) ou à usage unique ;
- Ballon de ventilation autogonflable 250-500 ml, masque facial N°0 et N°1 et masque facial pour adulte ;
- Au moins deux boîtes d'accouchement contenant chacune : deux paires de ciseaux, une pince porte-aiguille, quatre pinces hémostatiques, une pince anatomique avec dents, une pince anatomique sans dents, une pince porte-tampons ;
- Au moins une boîte pour examen/suture du vagin et du col utérin ;
- Au moins deux pinces de Pozzi (ténaculum, pince à col) ;
- Au moins deux hystéromètres ;
- Au moins une boîte de spéculums vaginaux de différentes tailles (petite, moyenne et grande) ;
- Ventouse et/ou forceps ;

- Au moins deux kits d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU).

Au niveau de l'HGR

Matériel d'un Service de Gynéco-Obstétrique de l'HGR répondant aux normes, avec spécifiquement :

- Matériel du CS/maternité de base cité ci-haut
- Sondes vésicales,
- Canules de Guedel,
- Canules de Mayo,
- Sondes d'aspiration,
- Ballons de ventilation et masques d'Ambu de différentes tailles,
- Marteau percuteur,
- Au moins dix spéculums de tailles différentes,
- Pince de Pozzi (pince à col),
- Au moins une ventouse et/ou forceps,
- Au moins quatre boîtes d'accouchement,
- Au moins deux boîtes de suture (épisiotomie et suture du col),
- Au moins quatre boîtes de césarienne,
- Au moins quatre boîtes de laparotomie,
- Au moins deux boîtes d'hystérectomie,
- Au moins deux valves à poids,
- Au moins deux boîtes pour réparation des fistules urogénitales,
- Au moins quatre boîtes de pansement,
- Au moins quatre kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) contenant chacune une seringue d'aspiration et des canules de différents calibres

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Au niveau du CS/maternité de base

Médicaments, intrants et consommables du CS/maternité de base conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, avec spécifiquement les médicaments suivants :

- **Utéro toniques** : ocytocine, ergométrine, misoprostol ;
- **Hémostatique** : acide tranexamique ;
- **Solutés de perfusion** : sérum physiologique 0,9% ;

- **Antibiotiques injectables** : ampicilline, gentamicine ;
- **Antispasmodiques** : papavérine, N-butylscopolamine ;
- **Anticonvulsivants** : sulfate de magnésium + gluconate de calcium, Diazépam ;
- **Anti-inflammatoires** : indométacine ;
- **Analgésiques** : paracétamol ;
- **Antipyrétiques** : paracétamol, Tramadol ;
- **Anti-anémiques** : fer-folate, acide folique ;
- **Anti-émétisants** : vitamine B6 ;
- ARV ;
- Tests rapides VIH, TDR pour drépanocytose ;

En plus le CS/maternité de base doit disposer de tous les médicaments des soins obstétricaux essentiels.

Au niveau de l'HGR

Médicaments, intrants et consommables d'un Service de Gynéco-Obstétrique conformément à la liste nationale des médicaments essentiels, avec spécifiquement :

Médicaments

- **Utérotoniques** : ocytocine, ergométrine, misoprostol, carbetocine thermostable
- **Hémostatique** : acide tranéxamique
- **Solutés de perfusion** : sérum physiologique 0,9%, Ringer lactate, sérum glucosé 5%, 10%, 50% ; solution macro moléculaire (haemacel)
- **Solutés de transfusion** : produits sanguins.
- **Antibiotiques injectables** : ampicilline, amoxicilline, gentamicine, métronidazole, cloxacilline, pénicilline G, céphalosporines de 3ème génération
- **Anticonvulsivants** : sulfate de magnésium + gluconate de calcium, diazépam,
- **Antispasmodiques** : papavérine, N-butylscopolamine
- **Tocolytiques** : salbutamol
- **Antihypertenseurs** : hydralazine, labetolol, nifedipine (Adalate), nicardipine (Loxen), clonidine, alphaméthyl dopa (Aldomet)

- **Corticoïdes** : dexaméthasone, bétaméthasone, hydrocortisone
- **Anti-inflammatoire** : indométacine
- **Analgésiques** : paracétamol, péthidine, Tramadol
- **Antipyrétiques** : paracétamol
- **Anti-anémique** : fer-folate, acide folique
- **Psycholeptiques** : sulpiride
- **Inhibiteurs de la lactation** : bromocryptine, vitamine B6
- **Anti-émétisants** : vitamine B6

En plus l'HGR doit disposer de tous les médicaments des soins obstétricaux essentiels.

- **Tests** : Bandelettes pour test de protéinurie, TDR de drépanocytose, test de VIH.

Consommables

- Gants stériles ;
- Seringues 1 cc, 2 cc, 5 cc, 10 cc et 20 cc + aiguilles/cathéter ;
- Poches de transfusion ;
- Matériel de suture (fils et aiguilles) ;
- Solution antiseptique ;
- Désinfectant à base de chlore ;
- Compresse ;
- Linges à stériliser pour sécher et envelopper l'enfant ;
- Fils à cordon (stériles) ;
- Sonde urinaire ;
- Eau distillée ;
- Désinfectant pour se nettoyer les mains ;
- Lame de bistouri ;

2.4.4. Outils

Au CS/maternité de base

Le CS/maternité de base doit être dotés des outils techniques et de gestion appropriés aux soins obstétricaux, en occurrence :

Outils de prestation (outils techniques)

- Fiches de consultation,
- Partogramme,
- Carte de consultation prénatale (CPN),
- Fiche de consultation post- natale (CPoN),

- Bon de demande de sang,
- Bon de livraison de sang,
- Fiche de surveillance de la transfusion,
- Bons de référence et contre référence,
- Tableaux muraux sur les SONU,
- Carte des résultats de drépanocytose,
- Supports éducatifs (boîtes à images, cartes conseils et autres),
- Fiche technique du prestataire,
- Fiches de notification et de revue des décès maternels, néonataux et riposte ;
- Certificat de naissance ; certificat de décès,
- Manuels de formation.

Outils de gestion

- **Outils de collecte des données :**
 - Registres d'accouchement, de CPN et de CPoN ;
 - Registre des prélèvements pour la charge virale (VIH) ;
 - Fiche de transfert d'échantillons et 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 ;
 - Fiche d'hémovigilance ;
 - Fiche de stock ;
 - Cahier de consommation des médicaments ;
 - Registre d'utilisation des médicaments et des recettes (RUMER) ;
 - 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,
- Salle d'opération,

- Registres de la banque de sang,
- Dossier individuel des patients,
- Bon de référence et contre référence

SECTION III. DIRECTIVES

3.1. Directives générales de procédure

1. Commencer par une première appréciation de l'état de la femme arrivant à la CPN, à la consultation ou en urgence.
2. Procéder ensuite à l'évaluation rapide, clinique et si nécessaire para clinique, et à la prise en charge immédiate (ERPCI) dès que la première appréciation révèle un (des) signe(s) de danger.
3. Communiquer à la femme ou à son accompagnant les résultats des différents examens cliniques et para cliniques réalisés.
4. Administrer les soins appropriés.
5. Organiser la référence si nécessaire après les premiers soins.
6. Expliquer à la patiente la nécessité d'une intervention chirurgicale indiquée et les étapes de la procédure chirurgicale.
7. Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et à sa famille.
8. Assurer la contre-référence au Centre de Santé à la sortie de l'HGR.

3.2. Directives relatives à la prise en charge des hémorragies génitales durant la grossesse, l'accouchement et le post partum

3.2.1. Hémorragie survenant au cours des 28 premières semaines de la grossesse

1. Identifier l'hémorragie survenant au cours des 28 premières semaines de la grossesse

- Saignement vaginal d'origine utérine sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines, utérus mou et augmenté de volume :
Penser à l'hémorragie des 28 premières semaines de la grossesse.

2. Déterminer la cause de l'hémorragie

- Si saignement léger sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines, col fermé, taille utérine correspondant à l'âge gestationnel, crampes/douleurs abdominales basses, utérus mou :

Penser à une menace d'avortement.

- Si saignement abondant sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; col ouvert, raccourci ; protrusion ou rupture des membranes ; utérus de taille inférieure/correspondant à l'âge gestationnel ; crampes/douleurs abdominales basses, intermittentes, rythmées, et d'intensité croissante :

Penser à un avortement inévitable.

- Si saignement vaginal moyen ou de grande abondance sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; col ouvert ; utérus augmenté de volume inférieur à l'âge présumé de la grossesse ; douleur abdominale basse, intermittente et persistante ; expulsion partielle de produit de conception :

Penser à un avortement incomplet.

- Si saignement léger sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; col fermé, utérus mou, de volume inférieur à l'âge présumé de la grossesse ; crampes/douleurs abdominales basses, légères ; antécédents d'expulsion de produit de conception, utérus vide à l'échographie :

Penser à un avortement complet.

- Si saignement prolongé sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; pertes vaginales nauséabondes et/ou purulentes d'origine utérine ; douleur abdomino- périnéale ; fièvre, frissons ; sensibilité de l'hypogastre ; col fermé, utérus sensible à la mobilisation, culs de sac sensibles :

Penser à un avortement septique.

- Si saignement léger sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines, douleur abdominale, col fermé, utérus légèrement augmenté de volume et mou, masse latéro- utérine sensible, aménorrhée, douleur à la mobilisation du col ; à l'échographie : masse annexielle et utérus vide ; pas d'épanchement abdominal :

Penser à une grossesse extra-utérine ou ectopique non rompue.

- Si saignement abondant sur notion d'aménorrhée de moins de 29 semaines ; nausées/vomissements exagérés ; crampes/douleurs abdomino-pelviennes rythmées, de plus en plus rapprochées et d'intensité croissante ; parfois pré éclampsie précoce, expulsion de vésicules sous forme de grappe de raisin ; col ouvert, utérus augmenté de volume, supérieur à l'âge gestationnel, plus mou que la normale, présence possible kystes ovariens (qui se rompent facilement) ; à l'échographie : pas de fœtus visualisé et image de vésicules remplissant la cavité utérine :

Penser à un avortement molaire.

3. Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides ; sueurs froides ; pouls faible et rapide ≥ 110 battements par minute (bts/mn) ; tension artérielle (TA) basse (diastole < 60 mm Hg) ; pâleur ; anxiété, confusion ; perte de connaissance ; vertiges ; agitation ; respiration rapide ≥ 30 /mn).
- Signes de saignement important : sang abondant, rouge vif avec ou sans caillots ; vêtements trempés de sang ; traces de sang sur le corps surtout entre les orteils ; pâleur ;
- Signes infectieux : température $\geq 38^\circ$, frissons, défense abdomino-pelviennes, pertes vaginales malodorantes ;
- Signes de grossesse extra utérine rompue : signes de choc ; pâleur ; abdomen distendu ; cul-de-sac de Douglas sensible, bombant et dont la ponction ramène du sang noirâtre et incoagulable ;

ATTENTION : La présence d'un ou de plusieurs de ces signes nécessite une prise en charge immédiate pour stabiliser l'état de la patiente.

4. Stabiliser l'état de la patiente

- Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral gauche, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres/mn au masque ou

à la sonde si nécessaire.

- Garder un abord veineux avec un cathéter G16 à G18.
- Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'un litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou d'une solution macro moléculaire de 500 ml (haemacel).
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Procéder à la transfusion sanguine si Hg <7 g% ou hématokrite (Ht) <21%.
- Administrer des antibiotiques si signes d'infection.
- Organiser la référence à l'HGR.

Dans les cas d'avortement, ne pas procéder à l'évacuation utérine avant d'avoir stabilisé l'état de la patiente.

5. Référer la patiente après stabilisation

- Expliquer le diagnostic et les soins à administrer.
- Justifier calmement votre décision de référer auprès de la patiente et de sa famille.
- Contacter et informer l'équipe de l'HGR.
- Donner la note de référence à la patiente ou son accompagnant.
- Maintenir une attention soutenue et la surveillance de la patiente à l'arrivée au service d'accueil.

6. Prendre en charge selon la cause de l'hémorragie

Cas de menace d'avortement

- Conseiller le repos au lit et l'abstinence sexuelle.
- Donner les antispasmodiques en cas de douleur.
- Surveiller l'hémorragie et la douleur.
- N'administrer ni hormones (estrogènes ou progestatifs), ni tocolytiques, ni hémostatiques.
- Assurer une surveillance échographique pour évaluer l'évolution de la grossesse.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas d'avortement inévitable

- Expliquer à la patiente la nécessité de l'évacuation utérine et les étapes de la procédure.
- Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
- Administrer un antalgique (paracétamol ou ibuprofène) 30 minutes avant l'intervention.
- Respecter les mesures de prévention des infections.
- Préparer le matériel.
- Procéder à l'évacuation utérine selon le cas :
 - Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) (voir fiche technique en annexe 1) ou dilatation et évacuation si taille de l'utérus ≤ 14 semaines d'aménorrhée (SA).
 - Perfusion d'ocytocine (20 UI dans 500 cc à 40 gouttes minute) suivi d'AMIU si nécessaire pour une grossesse >14 SA.
- Surveiller les signes vitaux : TA, température, pouls, respiration ainsi que le saignement, la douleur.
- Vérifier le statut vaccinal anti tétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique en association avec le sérum anti diphtérique (Td) si nécessaire et après test selon le protocole.
- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine ; ou de l'acide folique 3 cés/jour chez les femmes drépanocytaires.
- Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, dépistage et conseil initié par les prestataires (DCIP) si statut sérologique non connu.
- Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas d'avortement incomplet

- Suivre les mêmes directives qu'en cas d'avortement

inévitable.

Cas d'avortement complet

- Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
- Garder la patiente en observation pour suivre l'évolution du saignement et de l'état général.
- Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine ; ou de l'acide folique 3 cés/jour chez la femme drépanocytaire ;
- Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, DCIP si statut sérologique non connu ; TDR pour drépanocytose si statut hémoglobinique non connu ;
- Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas d'avortement septique

- Administrer des antibiotiques le plus tôt possible en associant :
 - Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV **ou** Ampicilline 2 g toutes les 6 heures en IV pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer avec amoxicilline, par voie orale, 1 g 3 fois par jour, jusqu'au 15^{ème} jour ;
 - Gentamicine 2 × 80 mg/j en IM pendant 3 à 5 jours ;
 - Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer par la forme orale 3 × 500 mg/j jusqu'au 7^{ème} jour.
- Procéder à l'évacuation utérine 48 heures après le début de l'antibiothérapie.
- Suivre les étapes de l'évacuation utérine décrites dans la

prise en charge de l'avortement inévitable.

- Surveiller les signes vitaux : TA, température, pouls, respiration ainsi que le saignement, la douleur.
- Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin combiné antitétanique et anti diphtérie (Td) ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
- Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, DCIP si statut sérologique non connu, TDR pour drépanocytose si statut hémoglobinique non connu ;
- Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas de grossesse extra-utérine

- Procéder à la salpingectomie/salpingostomie par laparotomie ou coéloscopie.
- Surveiller les signes vitaux : TA, température, pouls, respiration ainsi que le saignement, la douleur.
- Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires
- Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, aide au choix d'une méthode contraceptive, DCIP si statut sérologique non connu ; TDR pour drépanocytose si statut hémoglobinique non connu.
- Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.

- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente après le traitement.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas de grossesse molaire

- Rassurer la patiente et expliquer les différentes étapes de la prise en charge.
- Suivre les étapes de l'évacuation utérine décrites dans la prise en charge de l'avortement inévitable.
- Vérifier le statut vaccinal antitétanique et administrer le vaccin ou le sérum antitétanique si nécessaire et après test selon le protocole.
- Prescrire 60 mg de sulfate de fer ou de fumarate de fer per os une fois par jour pendant 2 à 6 mois en fonction du taux d'hémoglobine ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
- Assurer le counseling post-avortement : conseils sur sa santé en général, conseils adaptés à ses besoins, DCIP si statut sérologique non connu ; TDR pour drépanocytose si statut hémoglobinique non connu.
- Prescrire et aider la patiente à utiliser une méthode de contraception hormonale orale pendant au moins un an.
- Orienter vers d'autres services de prise en charge selon les besoins identifiés.
- Apporter le soutien psychoaffectif nécessaire à la patiente et sa famille.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Suivre la femme toutes les 8 semaines pendant au moins un an en évaluant le volume de l'utérus et le test urinaire de grossesse.
- Référer vers un centre pour suivi et prise en charge approfondie si le test de grossesse ne se négative pas au bout de 8 semaines de suivi.

7. Rechercher et traiter les causes pour tous cas d'avortement (IST, infection urinaire, paludisme, etc.)

3.2.2. Hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse

1. Identifier les hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse :

Saignement vaginal d'origine utérine survenant chez la femme enceinte au-delà de la 28ème SA, au cours du travail et de l'accouchement :

Penser à une hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse

2. Déterminer la cause

- Si saignement indolore de survenue inopinée, fait de sang rouge vif provenant de la cavité utérine, parfois déclenché par les rapports sexuels ou le toucher vaginal, utérus relâché, bruits du cœur fœtal (BCF) souvent normaux, signe de matelas au toucher vaginal :

Penser au placenta prævia. L'échographie confirme l'insertion basse du placenta.

- Si saignement peu abondant, fait de sang noirâtre, associé à une douleur abdominale à début brutal, avec diminution ou absence des mouvements fœtaux, utérus tendu/sensible (« utérus de bois »), bruits du cœur fœtal (BCF) altérés ou absents, hauteur utérine augmentant d'un examen à l'autre :

Penser à l'hématome retro placentaire (HRP) ou Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré (DPPNI).

- Si saignement vaginal d'origine utérine au cours du travail et de l'accouchement, avec forte douleur abdominale en coup de poignard précédant le saignement, utérus déformé, ventre de batracien, abdomen distendu, sensible avec matité décline, parties du corps fœtal aisément palpables, absence des mouvements fœtaux et des BCF, absence ou élévation de la présentation, notion d'utérus cicatriciel, ou de dystocie mécanique, ou d'abus d'utéro toniques :

Penser à une rupture utérine.

3. Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides, sueur froides, pouls faible et rapide ≥ 110 bts/mn, TA basse (diastole < 60 mm Hg), pâleur,

anxiété, confusion, perte de connaissance, vertiges, agitation, respiration rapide $\geq 30/\text{mn}$.

- Troubles de coagulation.

4. Stabiliser la patiente

- Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres/mn au masque ou à la sonde si nécessaire.
- Garder un abord veineux avec un cathéter G16 à G18.
- Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'un litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou d'une solution macro moléculaire de 500 ml.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Procéder à la transfusion sanguine si Hg $< 7 \text{ g\%}$ ou Ht $< 21\%$.
- Organiser rapidement la référence vers l'HGR pour prise en charge si cas survenu au CS.
- Remplir correctement les outils de prestation et de collecte des données.

5. Prendre en charge selon la cause de l'hémorragie

Cas de placenta prævia hémorragique

- Si hémorragie de faible importance, sans retentissement sur l'état général, avec tendance à tarir spontanément et grossesse non à terme :
 - Hospitaliser avec repos strict au lit.
 - Rester dans l'expectative armée.
 - Assurer la surveillance clinique (pouls, TA, saignements, BCF) et échographique (état fœtal).
 - Administrer les antispasmodiques.
 - Donner du fer-folate à raison de 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
 - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
 - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Si hémorragie de faible importance, sans retentissement sur

l'état général, avec tendance à tarir spontanément et grossesse à terme :

- Hospitaliser avec repos strict au lit.
 - Pratiquer la césarienne si placenta prævia recouvrant.
 - Rester dans l'expectative armée si placenta prævia partiel jusqu'à l'accouchement.
 - Surveiller la gestante : pouls, TA, saignements, BCF.
 - Donner du fer-folate à raison de 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
 - Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
 - Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Si hémorragie abondante avec retentissement sur l'état maternel et/ou qui n'a pas tendance à s'arrêter :
- Rompre les membranes si accessibles.
 - Préparer la salle d'opération.
 - Prévoir la réanimation du nouveau-né.
 - Prévoir des unités de sang compatible.
 - Procéder à la césarienne quel que soit l'âge de la grossesse et l'état du fœtus.
 - Administrer l'ocytocine 10 UI IM immédiatement après extraction du fœtus.
 - Surveiller les signes vitaux et le saignement en post partum.
 - Procéder à la transfusion si taux Hb <7g%.
 - Donner le fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
 - Fixer rendez-vous à la sortie pour le suivi de la patiente.
 - Remplir correctement les outils de prestation et de collecte des données.

Cas d'HRP (ou DPPNI)

- Organiser la référence immédiate vers l'HGR après avoir stabilisé la femme si cas survenu au CS.
- Prévoir des donneurs de sang.

- Réaliser le temps de saignement (TS) et le temps de coagulation (TC).
- Transfuser si nécessaire, de préférence du sang frais.
- Si HRP sans retentissement sur l'état général et BCF normaux (120 bts à 160 bts/mn) :
 - Procéder immédiatement à une césarienne si l'accouchement n'est pas possible par voie basse.
 - Procéder à l'épreuve de travail quand l'accouchement par voie basse est possible :
 - Rompre les membranes, induire le travail à l'aide d'une perfusion d'ocytocine 10 UI dans un litre de sérum glucosé 5% ou de sérum physiologique 0,9%.
 - Passer à la césarienne en cas d'échec de l'épreuve au bout de 2 heures.
- Si HRP sans retentissement sur l'état général et BCF anormaux (<120 bts/mn ou >160 bts/mn) :
 - Procéder rapidement à l'accouchement par voie basse au cas où celui-ci est imminent.
 - Procéder immédiatement à une césarienne si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent ou pas possible.
- Si HRP avec hémorragie importante, visible ou non, retentissant sur l'état général :
 - Prévoir la réanimation du nouveau-né.
 - Procéder à l'accouchement le plus vite possible en cas de dilatation complète, en utilisant au besoin le forceps ou la ventouse obstétricale.
 - Pratiquer immédiatement la césarienne si l'accouchement par voie basse n'est pas imminent.
 - Administrer l'ocytocine 20 UI dans 500 cc à 40 gouttes minute ou le misoprostol par la voie intra rectale (800mcg) ou par la voie orale en sublinguale (600mcg).
 - Ne pas administrer le méthylergométrine (Methergin).
 - Evaluer les pertes sanguines en examinant la cupule et les caillots.

- Corriger les troubles de la coagulation en administrant l'acide tranexamique (1g dans 10ml) ou en transfusant le culot globulaire, soit le plasma frais congelé (15 ml/kg), le Cryo précipité pour remplacer le fibrinogène, le concentré de plaquettes (si hémorragie continue et taux de plaquettes inférieur à 20 000/mm³), sinon transfusion de sang complet frais.
- Surveiller la femme pendant le post partum en sachant que le risque d'hémorragie du post partum est élevé.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
- Réaliser le bilan du post partum et notamment rechercher l'insuffisance rénale par le bilan (urémie, créatininémie et protéinurie).
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas de rupture utérine

- Organiser la référence immédiate vers l'HGR après avoir stabilisé la femme si cas reçu au CS.
- Prévoir des donneurs de sang.
- Pratiquer une laparotomie pour extraire l'enfant et le placenta, et l'hystérogrophie ou l'hystérectomie en fonction de l'étendue de la brèche et de l'état des berges.
- Surveiller les signes vitaux et le saignement en post partum.
- Procéder à la transfusion sanguine si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour les femmes drépanocytaires.
- Assurer le counseling : informations relatives à l'état de la patiente et au plan de traitement et de suivi, recommandation d'une contraception définitive ou nécessité de n'accoucher le cas échéant que dans un hôpital.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

3.2.3. Hémorragies du post partum

1. Identifier les hémorragies du post partum

Saignement vaginal d'origine utérine survenant chez l'accouchée dans les 24 heures (immédiat) après l'accouchement ou au-delà (tardif), dépassant 500 ml et/ou ayant un retentissement sur l'état général :

- La femme change de garniture 3 fois endéans 30 minutes (environ 500 ml).
- Un saignement minime mais continue pendant plusieurs heures avec un retentissement sur l'état général de la femme.
- Un saignement physiologique sur un terrain d'anémie.

Penser à l'hémorragie du post partum.

2. Déterminer la cause

- Si hémorragie génitale après accouchement avec utérus non rétracté après délivrance :

Penser à une atonie utérine.

- Si hémorragie génitale après accouchement avec placenta non expulsé ou incomplètement expulsé :

Penser à la rétention placentaire.

- Si hémorragie génitale après accouchement avec lésions visibles à l'examen génital :

Penser à des déchirures cervico-vagino-périnéales.

- Si hémorragie génitale après accouchement, d'abondance variable, avec fonds utérin non perçu à la palpation abdominale, notion de forte douleur abdominale en coup de poignard durant le travail, d'utérus cicatriciel, de dystocie mécanique ou d'abus d'utérotoniques ; abdomen sensible et/ou distendu, avec matité déclive :

Penser à la rupture utérine.

- Si hémorragie génitale après accouchement avec masse faisant protrusion à la vulve, régulière, sensible, col non visible, et utérus non palpé à l'hypogastre :

Penser à l'inversion utérine.

- Si hémorragie génitale survenant au-delà de 24 heures ou réapparaissant dans les 42 jours après l'accouchement, avec fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou hypothermie, frissons et douleurs abdominales, lochies purulentes et fétides, utérus douloureux à la mobilisation, mauvaise involution utérine :

Penser à l'endométrite hémorragique du post partum.

3. Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides, sueur froides, pouls faible et rapide ≥ 110 bts/mn, TA basse (diastole < 60 mm Hg), pâleur, anxiété, confusion, perte de connaissance, vertiges, agitation, respiration rapide (≥ 30 /mn)
- Troubles de coagulation

4. Stabiliser l'état de la patiente si nécessaire

- Allonger la patiente, jambes surélevées, en décubitus latéral, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Donner de l'oxygène à raison de 6 à 8 litres /mn au masque ou à la sonde si nécessaire
- Garder un abord veineux avec un cathéter G16 à G18
- Restaurer la volémie moyennant une perfusion d'1 litre de lactate de Ringer ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou d'une solution macro moléculaire de 500 ml.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Procéder à la transfusion sanguine si Hg < 7 g% ou Ht $< 21\%$
- Organiser rapidement la référence vers l'HGR pour prise en charge si cas survenu/reçu au CS.

5. Prendre correctement en charge l'HPP selon la cause

Cas d'atonie utérine

- Vider la vessie si pleine,
- Continuer le massage utérin.
- Administrer l'ocytocine 10 à 20 UI en IM ou du misoprostol 600-800 microgrammes par voie orale ou rectale, ou de préférence 600 microgrammes en sublingual ou encore l'ocytocine 40 UI dans le sérum physiologique 0,9% ou dans le

lactate de ringer.

- Administrer 2 ampoules de 500mg d'acide tranéxamique dans 100ml de Sérum physiologique 0,9%, ou lactate de ringer ou sérum glucosé à 5% à faire couler pendant 15 minutes **si seulement les saignements se font dans les 3 heures qui suivent l'accouchement, ceci pour la 1^{ère} dose.** La 2^{ème} dose peut être renouvelée 30 minutes plus tard ou dans les 24 heures après la 1^{ère} dose si les saignements sont réapparus (dose maximale est de 2g au total)
- Prévoir des unités de sang normées
- Prévoir des donneurs de sang
- Procéder à une révision utérine pour s'assurer de la vacuité de l'utérus si le saignement persiste.
- Procéder à une compression bimanuelle de l'utérus ou une compression de l'aorte si l'hémorragie ne s'arrête toujours pas.
- Procéder à un tamponnement endo utérin à l'aide du ballonnet ; si l'hémorragie ne s'arrête toujours pas.
- Faire porter le pantalon anti choc si disponible. si l'hémorragie ne s'arrête toujours pas.
- Référer en urgence la patiente si l'HPP est survenue au CS
- Procéder à une laparotomie pour ligature des artères utérines et/ou hypogastriques, pratiquer le belynych ou pour hystérectomie d'hémostase si l'hémorragie persiste (HGR)
- Réaliser le Temps de Saignement (TS) et le Temps de Coagulation (TC). Si allongés,
 - Administrer l'acide tranexamique (1g ou 10ml dans 100ml de soluté) pendant 15min dans les 3h qui suivent la naissance
 - Renouveler la dose 30min plus tard si les saignements persistent **OU** dans les 24h après la 1^{ère} dose si les saignements sont réapparus, sans dépasser la dose totale de 2g.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie après chaque acte.
- Transfuser si taux Hb <7gr% ou Ht <21gr%.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Administrer des antibiotiques en fonction des besoins.
- Donner du fer-folate 2 comprimés/jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour la femme drépanocytaire.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.

- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas de rétention placentaire

- Si rétention placentaire complète ou totale :

- Vider la vessie.
- Administrer 10 UI d'ocytocine en IM.
- Administrer 10 mg de diazépam dilué dans 20 CC d'eau distillée en IV lente.
- Procéder à une délivrance artificielle.
- Référer à l'HGR si au cours de la délivrance artificielle le placenta est adhérent (il peut s'agir d'un placenta accreta).
- Procéder à l'hystérectomie si placenta accreta confirmé (HGR).
- Réaliser le Temps de Saignement (TS) et le Temps de Coagulation (TC). Si allongés,
 - Administrer l'acide tranexamique (1g ou 10ml dans 100ml de soluté) pendant 15min dans les 3h qui suivent la naissance
 - Renouveler la dose 30min plus tard si les saignements persistent **OU** dans les 24h après la 1^{ère} dose si les saignements sont réapparues, sans dépasser la dose totale de 2g.
- Administrer les antibiotiques.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie pendant le post partum.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour la femme drépanocytaire.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

- Si rétention placentaire partielle :

- Vider la vessie si pleine
- Administrer 10 UI d'ocytocine en IM.
- Administrer 10 mg de diazépam dilué dans 20 CC d'eau distillée en IV lente.
- Procéder à la révision utérine.
- Référer la patiente à l'HGR après avoir stabilisé son état si les

débris sont adhérents (car il peut s'agir d'un placenta accreta).

- Procéder à une laparotomie pour terminer la révision ou pour une hystérectomie d'hémostase (HGR).
- Réaliser le Temps de Saignement (TS) et le Temps de Coagulation (TC). Si allongés, administrer l'acide tranexamique selon la norme
- Administrer des antibiotiques.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour la femme drépanocytaire.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas de déchirures cervicales, vaginales ou périnéales

- Référer à l'HGR si la réparation n'est pas possible au CS.
- Prévoir des donneurs de sang.
- Réparer les lésions sous anesthésie, sous une bonne lumière.
- S'assurer que la vessie et le rectum sont intacts (craindre éventuelles fistules vésico ou recto- vaginales).
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Réaliser le Temps de Saignement (TS) et le Temps de Coagulation (TC). Si allongés, administrer l'acide tranexamique selon la norme
- Administrer des antibiotiques.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ; ou de l'acide folique 3 cés/jour pour la femme drépanocytaire.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas d'inversion utérine

- Organiser rapidement la référence à l'HGR.
- Réexaminer la patiente et préciser les indications de réduction de l'inversion utérine.
- Revoir les principes généraux à observer pour les soins et installer une voie veineuse.
- Injecter de la péthidine et du diazépam (ne pas les mettre dans la même seringue) lentement, en IV. Si nécessaire, faire une anesthésie générale.
- Nettoyer soigneusement l'utérus inversé avec une solution antiseptique.
- Comprimer l'utérus inversé à l'aide d'une serviette mouillée, chaude et stérile jusqu'à ce qu'il soit prêt pour l'intervention.
- Administrer des antibiotiques : une cure en triple association en cas de signe d'infection.
- Procéder à la réduction de l'inversion utérine (manuelle, hydrostatique ou chirurgicale).
- Procéder à l'hystérectomie si nécrose de l'utérus.
- Vérifier l'arrêt de l'hémorragie.
- Réaliser le Temps de Saignement (TS) et le Temps de Coagulation (TC). Si allongés, administrer l'acide tranexamique selon la norme
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois, ou de l'acide folique 3 cés/jour pour la femme drépanocytaire.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

Cas d'endométrite hémorragique

Au CS :

- Stabiliser l'état de la femme.
- Administrer les premières doses d'antibiotiques par voie parentérale :
 - Amoxicilline 1 g/Ampicilline 2 g en IV
 - Gentamicine 80 mg en IM
- Référer à l'HGR

A l'HGR :

- Stabiliser l'état de la femme.
- Administrer des antibiotiques par voie parentérale :
 - Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures ou Ampicilline 2 g toutes les 6 heures en IV ou pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer avec amoxicilline, par voie orale, 1 g 3 fois par jour, jusqu'au 15^{ème} jour.
 - Gentamicine 2 × 80 mg/j en IM pendant 3 à 5 jours.
 - Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 48 heures ou jusqu'à chute de la fièvre, puis relayer par la forme orale 3 × 500 mg/j jusqu'au 7^{ème} jour.
- Administrer des uterotoniques
 - Ocytocine 10 UI en IM 2 fois par jour pendant 2 jours ; **ou**
 - Ergométrine 0,2 mg IM 2 fois par jour ou 20 gouttes per os 3 fois par jour pendant 6 jours (contre indiqué en cas d'hypertension).
- Procéder à une révision utérine après 48 heures d'antibiothérapie si le col est dilaté.
- Evacuer l'utérus avec des pinces à débris ou pratiquer l'AMIU après 48 heures d'antibiothérapie.
- Passer à une prise en charge chirurgicale si l'hémorragie persiste.
- Réaliser le Temps de Saignement (TS) et le Temps de Coagulation (TC). Si allongés, administrer l'acide tranexamique selon la norme
- Faire un examen histologique des débris placentaires pour exclure une tumeur trophoblastique.
- Surveiller la patiente : état général, signes vitaux, saignement.
- Transfuser si taux Hb <7g% ou Ht <21%.
- Donner du fer-folate 2 comprimés par jour pendant 3 à 6 mois ou de l'acide folique 3 cés/jour pour la femme drépanocytaire.
- Fixer rendez-vous pour le suivi de la patiente.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.

6. Donner les conseils

- Donner les informations relatives à l'état de la patiente et au plan

de traitement et de suivi.

- Rassurer la patiente et expliquer les différentes étapes de la prise en charge.
- Assurer le counseling de planification familiale (PF).
- Assurer le DCIP si statut sérologique non connu.
- Donner les informations adaptées aux besoins de la patiente.
- S'assurer que la malade a bien compris en lui demandant de répéter ce qu'on lui a dit.
- Insister sur l'importance des consultations post-natales et la reconnaissance des signes de danger.

3.3. Directives relatives à la prise en charge des dystocies

1. Identifier la dystocie

- Toute anomalie d'origine dynamique et/ou mécanique survenant dans la progression du travail d'accouchement :
Penser à la dystocie.

2. Déterminer la cause de la dystocie

- Si la dilatation est stationnaire, avec poche des eaux rompue ou non rompue, avec présentation fœtale céphalique du sommet, absence d'obstacle prævia, absence de souffrance fœtale, bassin bon et contractions utérines (CU) faibles ; ou si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue et la présentation du sommet non engagée et CU faibles :
Penser à une dystocie dynamique.
- Si la tête reste haute, la hauteur utérine ≥ 36 cm et le bassin bon :
Penser à une dystocie mécanique liée à une macrosomie.
- Si la tête reste haute, la hauteur utérine < 35 cm et le bassin rétréci :
Penser à une dystocie mécanique liée à un rétrécissement du bassin.
- Si la tête reste collée à la vulve, le menton dégagé déprime le périnée, la rotation et la traction exercée sur la tête ne permet pas le dégagement de l'épaule antérieure qui est coincée au-

dessus de la symphyse pubienne :
Penser à une dystocie des épaules.

- Si à l'examen clinique : hauteur utérine inférieure à l'âge de la grossesse, présence de la tête fœtale au niveau d'un des flancs de la mère ; l'excavation pelvienne vide au toucher vaginal pour une grossesse de plus de 36 semaines. La présence des CU et la rupture des membranes conduisent à la procidence du bras, appelée épaule négligée. A la radiographie de l'abdomen sans préparation : colonne vertébrale du fœtus perpendiculaire à celle de la mère. A l'échographie obstétricale : confirmation de la position de la tête au niveau d'un des flancs de la mère.

Penser à une présentation transversale.

- Si menton perçu au toucher vaginal (TV) à dilatation du col >3 cm et poche des eaux rompues :

Penser à une présentation de la face.

- Si le nez se trouve dans une des extrémités du bassin au TV à dilatation du col >3 cm et poche des eaux rompues :

Penser à une présentation du front.

- Si cordon ombilical situé en avant de la présentation et perçu au cours du TV et/ou à l'inspection de la vulve après la rupture de la poche des eaux :

Penser à la procidence du cordon.

- Si femme en travail d'accouchement avec cicatrice abdominale et notion d'interventions chirurgicales sur l'utérus (césarienne, myomectomie) :

Penser à un travail sur utérus cicatriciel.

3. Prendre en charge les cas de dystocie

Au niveau du CS

- Organiser rapidement la référence à l'HGR.
- Prendre quelques minutes pour expliquer le diagnostic et justifier calmement votre décision à la patiente et à sa

famille.

Au niveau de l'HGR

Cas de dystocie dynamique

- Si dilatation stationnaire en phase de latence, poche des eaux non rompue, bon bassin, score de Bishop favorable (se référer à l'annexe 2), présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle praevia, pas de souffrance fœtale :
 - Rompre les membranes si pas de contre-indication et attendre une heure ; si pas amélioration des contractions utérines, poser une perfusion d'ocytocine (5 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique à 5%) à en commençant par 8 gouttes par minute et en montant par palier de 4 gouttes toutes les 15 minutes en s'arrêtant au palier où des contractions utérines deviennent de bonne qualité (fréquence, intensité, durée); sans dépasser 40 gouttes par minutes.
 - Diriger l'accouchement par voie basse si au bout d'une heure sous perfusion d'ocytocine, l'évolution est favorable.
 - Pratiquer la césarienne si l'évolution n'est pas favorable au bout d'une heure de perfusion d'ocytocine : préparer la salle d'opération ; informer le chirurgien et l'anesthésiste ; prévoir la réanimation du nouveau-né.
- Si dilatation stationnaire en phase de latence, poche des eaux non rompue, bassin bon, score de Bishop défavorable (se référer à l'annexe 2), présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle praevia et pas de souffrance fœtale :
 - Administrer le misoprostol selon le protocole pour préparer le col (se référer à la fiche technique en annexe 3)
 - Poser une perfusion d'ocytocine pour induire le travail si non déclenché à ce stade.
- Si dilatation stationnaire, poche des eaux rompue, bassin bon, score de Bishop favorable, présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle praevia, pas de souffrance fœtale :

- Poser une perfusion d'ocytocine (5 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique à 5%) pour stimuler le travail et laisser couler en commençant par 8 gouttes par minute et en montant par palier de 4 gouttes toutes les 15 minutes, et en s'arrêtant au palier où des contractions utérines s'améliorent ; sans dépasser 40 gouttes par minutes..
 - Pratiquer la césarienne si la dilatation n'a pas progressé au bout d'une heure (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).
- Si dilatation complète, poche des eaux rompue et la présentation du sommet non engagée :
 - Poser une perfusion d'ocytocine.
 - Pratiquer la césarienne si pas d'engagement de la tête au bout d'une heure d'ocytocine (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).

Cas de dystocie mécanique liée à une macrosomie

- Pratiquer la césarienne (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).

Cas de dystocie mécanique liée à un rétrécissement du bassin

- Pratiquer la césarienne (aviser préalablement les équipes de chirurgie, de néonatalogie, d'anesthésie et réanimation ; préparer la salle d'opération).

Cas de dystocie des épaules

- Demander de l'aide (ne pas travailler seul).
- Lever la dystocie des épaules selon la technique ci-après :
 - Pratiquer une large épisiotomie.
 - Allonger la patiente sur le dos, jambes en hyperflexion (se faire aider par deux personnes qui tiennent les jambes dans cette position en poussant les genoux vers la poitrine).

- Exercer une pression sus-pubienne par le biais d'un aide pour réduire le diamètre bi-acromial et permettre l'engagement de l'épaule antérieure.
- Introduire la main lubrifiée dans le vagin et tenter d'abaisser vers l'avant l'épaule antérieure ou ramener l'épaule postérieure en avant sur le thorax du fœtus, chacune de ces deux manœuvres tend à amoindrir le diamètre bi-acromial facilitant ainsi le dégagement de l'épaule.
- En cas d'échec de la manœuvre précédente, fracturer la clavicule afin de diminuer le diamètre bi-acromial et dégager l'épaule antérieure, puis reprendre la manœuvre précédente.
- Examiner le nouveau-né et le référer en néonatalogie/pédiatrie.

Note : Respecter l'ordre chronologique dans la réalisation de la manœuvre décrite ci-dessus : ALARMER.

Cas de présentation transversale

- Si gestante non en travail (vue à la CPN) :
 - Pratiquer la césarienne élektive à la 37ème semaine.
- Si gestante en travail :
 - Laisser évoluer le travail sous surveillance si âge gestationnel ≤ 28 SA.
 - Pratiquer la version par manœuvre externe.
 - Procéder ensuite comme pour un accouchement normal si la version réussit.
 - Pratiquer la césarienne en cas d'échec de la version.
 - Pratiquer une césarienne systématique si âge gestationnel >28 SA.

Cas de présentation de la face

- Pratiquer une césarienne systématique en cas de facteurs défavorables associés (hauteur utérine [HU] ≥ 36 cm, rupture précoce de la poche des eaux avant 3 cm de dilatation du col, souffrance fœtale, maladie maternelle associée).
- Surveiller le travail pour un accouchement par voie basse en l'absence de facteurs défavorables et :
 - Procéder à un accouchement par voie basse si rotation du menton en avant.
 - Pratiquer une césarienne si rotation du menton en arrière.

Cas de présentation du front

- Pratiquer systématiquement la césarienne.

Cas de procidence du cordon

- Si fœtus vivant (BCF+, cordon battant) et dilatation du col < 8 cm :
 - Placer la femme en position de Trendelenburg.
 - Introduire une main gantée dans le vagin et pousser la présentation en arrière afin de la déloger du bassin et de diminuer la compression du cordon.
 - Placer l'autre main sur l'abdomen au-dessus du pubis, pour maintenir la présentation hors du bassin.
 - Retirer la première main du vagin une fois que la présentation est fermement maintenue au-dessus du rebord pubien, tout en gardant la main abdominale jusqu'à la réalisation de la césarienne.
 - Administrer lentement 0,5 mg de salbutamol en goutte à goutte dans 250 ml de sérum glucosé 5%, ou en IM pour diminuer les contractions.
 - Réaliser rapidement la césarienne (en cas de rachianesthésie, la pratiquer en gardant la femme en position couchée).
- Si fœtus vivant (BCF+, cordon battant) et dilatation du col > 8 cm :
 - Placer la femme en décubitus latéral gauche.
 - Oxygéner à raison de 4-6 litres/mn.

- Etre prêt à réanimer le nouveau-né.
 - Placer une perfusion d'ocytocine et, si nécessaire, pratiquer l'épisiotomie, appliquer le forceps ou ventouse pour accélérer l'accouchement.
- Si fœtus mort :
- Laisser évoluer le travail.
 - Conduire l'accouchement par voie basse ou pratiquer la césarienne selon la situation obstétricale en présence.

Cas de travail sur utérus cicatriciel

- Surveiller l'évolution du travail et procéder à l'accouchement par voie basse si et seulement si l'utérus est une fois cicatriciel et que la cicatrice est de bonne qualité à l'échographie (épaisseur du segment inférieur ≥ 35 mm), et/ou si le temps écoulé entre l'intervention et la grossesse en cours est de 2 ans ou plus.

N.B. Ne pas utiliser les utérotoniques (ocytociques ou misoprostol) sur un utérus cicatriciel pendant le travail.

- Pratiquer la césarienne si anomalie du bassin (rétréci, bassin limite), ou utérus plusieurs fois cicatriciel, ou macrosomie fœtale (HU ≥ 36 cm), ou présentation du siège et autres présentations dystociques, ou souffrance fœtale, dystocie dynamique ou saignement vaginal, ou si le travail n'évolue pas au bout de 2 heures d'épreuve.

4. Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans tout cas d'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 30 minutes pendant la 3ème heure ;
 - toutes les heures pendant les 3 heures suivantes.
- Faire un massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2

premières heures sauf pour les césariées.

- Faire une toilette vulvaire avec un antiseptique et mettre une garniture propre.
- Initier l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement.
- Encourager/aider l'accouchée à vider sa vessie.
- Informer la femme et/ou son entourage sur le déroulement de l'accouchement si la femme le désire.
- 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 ; l'importance de l'espacement des naissances et de la PF ; les rapports sexuels à moindre risque ; l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD) pour elle et pour l'enfant.

5. Prendre toutes les dispositions utiles pour prévenir la survenue de fistule uro-génitale après une dystocie

- Placer une sonde vésicale à demeure pendant 3 à 7 jours.
- Demander à l'accouchée de boire beaucoup d'eau (autour de 5 litres par jour).
- Demander à l'accouchée de pratiquer régulièrement des exercices pelviens, notamment par la contraction répétée plusieurs fois du muscle releveur de l'anus.
- Suivre l'évolution.
- Assurer les visites de suivi en post partum une fois par semaine.

6. Enregistrer les données de l'accouchement

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement et les carnets de santé de l'enfant de 0 à 5 ans.
- 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.

7. Fixer rendez-vous

3.4. Directives relatives à l'accouchement instrumental

3.4.1. Accouchement par ventouse obstétricale

1. Identifier (reconnaître) la situation indiquant l'accouchement par ventouse obstétricale

Situation où il y a souffrance fœtale aigue avec tête à la vulve ou arrêt de progression de la présentation à dilatation complète, et les conditions suivantes remplies :

- La grossesse est à terme ;
- Le fœtus est en présentation du sommet (céphalique avec tête fléchie) ;
- Le col est complètement dilaté ;
- Les membranes sont rompues ;
- La tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne.

2. Réexaminer la parturiente pour s'assurer que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien réunies

3. Préparer l'intervention

- S'assurer que l'équipement est complet.
- Vérifier tous les raccords et tester la ventouse sur la main après avoir enfilé un gant.
- Apporter un soutien psychoaffectif à la parturiente tout en lui expliquant ce que vous allez faire.
- Vider la vessie de la parturiente (sondage vésical).

4. Procéder à l'extraction par ventouse obstétricale

- Laver les mains de manière aseptique et enfiler des gants stériles.
- Nettoyer la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Placer les champs stériles :
 - Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente.
 - Protéger la vulve d'un champ troué stérile.
- Vérifier la position exacte de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles.
- Repérer la petite fontanelle.

- Introduire et appliquer la cupule la plus large possible sur la tête fœtale, en plaçant le centre sur le point de flexion, en évitant les fontanelles (à 1 cm en avant de la petite fontanelle).
- Passer le doigt tout autour de la cupule pour vérifier que la cupule est bien appliquée et qu'il n'y a aucune partie molle maternelle prise sous le bord de la cupule.
- Maintenir l'index en contact avec la cupule et la tête du bébé.
- Pratiquer une épisiotomie à ce stade si elle est nécessaire pour pouvoir positionner la cupule correctement ; sinon, retarder sa réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ou jusqu'à ce que le périnée se trouve dans l'axe de traction.
- Actionner la pompe :
 - Créer un vide avec la pompe en exerçant une dépression de 0,2 kg/cm² et vérifier la pose de la cupule.
 - Augmenter la dépression jusqu'à 0,8 kg/cm² et vérifier la pose de la cupule.
- Attendre une minute pour que la prise soit solide.
- Entamer, lors d'une contraction, une traction dans l'axe pelvien, perpendiculairement à la cupule, en suivant les axes du dégagement normal.
- Si la tête fœtale est inclinée sur un côté ou mal fléchie, orienter la traction de façon à corriger l'asynclétisme ou la déflexion (c'est-à-dire soit d'un côté, soit de l'autre, et pas nécessairement sur la ligne médiane).
- Lors de chaque contraction :
 - Appliquer une traction perpendiculaire au plan de la cupule.
 - Mettre un doigt sur le crâne de l'enfant, au contact de la cupule, pour évaluer un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.

- **Ne jamais manipuler la cupule pour provoquer délibérément une rotation de la tête. Celle-ci se fera d'elle-même avec la traction.**
- **Les premières tractions permettent de trouver la direction dans laquelle il convient de tirer.**
- **S'il y a progression et en l'absence de souffrance fœtale, poursuivre les tractions de « guidage » pendant 30 minutes**

au maximum.

- **S'il n'y a pas de descente avec chaque traction, ne pas insister et arrêter l'extraction.**

- Vérifier le rythme cardiaque fœtal et la pose de la cupule entre les contractions.
- Dégager la tête fœtale.
- Désactiver la pompe.
- Terminer l'accouchement.
- Suturer l'épisiotomie ou les déchirures.

Considérer que l'accouchement par ventouse a échoué si :

- La tête n'avance pas avec chaque traction ; **ou**
- Le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes ; **ou**
- La cupule glisse deux fois sur la tête dans le sens même de la traction à la dépression maximale.

- En cas d'échec de l'accouchement par ventouse :
 - Pratiquer une césarienne ; **ou**
 - Procéder rapidement à la référence pour césarienne.

5. Administrer les soins au nouveau-né, y compris la réanimation

Se référer au volume 3 traitant des directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né.

6. Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans tout cas d'assistance qualifiée à l'accouchement

Se référer aux directives relatives à l'assistance qualifiée à l'accouchement dans le volume 1 consacré aux soins obstétricaux essentiels.

7. Enregistrer les données de l'accouchement

- Enregistrer progressivement les informations dans le partogramme, à la fin dans le registre d'accouchement et les carnets de santé de l'enfant de 0 à 5 ans.

- 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.

8. Fixer rendez-vous

3.4.2. Accouchement par forceps

1. Identifier (reconnaître) la situation indiquant l'accouchement par forceps

Situation où le fœtus est en présentation du sommet ou de la face en mento-antérieure ou qu'il y a rétention de la tête dernière dans un accouchement par le siège, et les conditions suivantes remplies :

- Col complètement dilaté ;
- Tête au niveau +2 ou +3 ou non palpable au-dessus de la symphyse pubienne ;
- Suture sagittale verticale sur la ligne médiane c.à.d. en position occipito-pubienne ou occipito-sacrée.

2. Réexaminer la parturiente pour s'assurer que les conditions sont bien réunies pour une extraction par forceps

3. Préparer l'intervention

- Assembler le forceps avant la pose ; s'assurer que les divers éléments s'assemblent et se solidarisent bien.
- Lubrifier les cuillères du forceps.
- Apporter un soutien psychoaffectif à la parturiente tout en lui expliquant ce que vous allez faire.
- Vider la vessie de la parturiente.

4. Procéder à l'extraction par forceps

- Laver les mains de manière aseptique et enfiler des gants stériles.
- Nettoyer la vulve et le vagin avec une solution antiseptique.
- Placer les champs stériles :
 - Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente.

- Protéger la vulve d'un champ troué stérile.
- Introduire deux doigts de la main droite dans le vagin, sur le côté de la tête fœtale.
- Faire glisser doucement la cuillère gauche entre la tête et les doigts de façon à l'appliquer sur le côté gauche de la tête.
- Répéter l'opération de l'autre côté, en se guidant de la main gauche pour insérer la cuillère droite du forceps.
- Appuyer sur les branches et les rassembler :
 - Si elles sont difficiles à rassembler, cela indique généralement que les cuillères ont été mal posées. Dans ce cas, les retirer et vérifier la position de la tête. Ne les reposer qu'après s'être assuré de la bonne rotation de la tête.
- Une fois les branches rassemblées, exercer une traction constante vers le bas et vers l'arrière avec chaque contraction.
- Vérifier entre les contractions :
 - Le rythme cardiaque fœtal ;
 - La pose du forceps.
- Procéder l'épisiotomie dès que la tête apparaît.
- Soulever lentement la tête vers le haut entre les contractions ; la tête doit descendre avec chaque traction ; deux ou trois tractions devraient suffire.
- Terminer l'accouchement.
- Suturer l'épisiotomie ou les déchirures.

Considérer que l'accouchement par forceps a échoué si :

- La tête n'avance pas avec chaque traction ; **ou**
- Le fœtus n'est pas extrait des voies génitales maternelles après trois tractions sans descente, ou au bout de 30 minutes.

Ne pas persister si on n'observe pas de descente avec chaque traction.

- En cas d'échec de l'accouchement par forceps,
 - Pratiquer une césarienne ; **ou**
 - Procéder rapidement à la référence pour

césarienne.

5. Administrer les soins au nouveau-né, y compris la réanimation

Se référer volume 3 traitant des directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né.

6. Poursuivre la prise en charge de l'accouchée comme dans tout cas d'assistance qualifiée à l'accouchement

Se référer aux directives relatives à l'assistance qualifiée à l'accouchement dans le volume 1 consacré aux soins obstétricaux essentiels.

7. 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 et le certificat de naissance à la mère à la sortie de la maternité.

8. Fixer rendez-vous

3.5. Directives relatives à la prise en charge de la rupture prématurée des membranes

1. Identifier la rupture prématurée des membranes (RPM)

- Ecoulement vaginal aqueux, abondant et continu, accru par la mobilisation Trans abdominale du fœtus, visible à l'orifice vulvaire, chez une femme enceinte, avant la survenue du travail d'accouchement, sur une grossesse au-delà de 28 semaines :
Penser à la RPM.

2. Confirmer le diagnostic en recherchant :

- Le signe de BONNAIRE : la pression du fond utérin entraîne l'écoulement de liquide amniotique
- Le signe de TARNIER : écoulement de liquide de l'orifice cervical

à l'examen au spéculum

3. Rechercher les signes de gravité :

- Rupture prolongée (plus de 12 heures)
- Présence de signes d'infection : fièvre, frisson, pouls accéléré, pertes purulentes, malodorantes, douleurs abdominales
- Hémorragie vaginale
- Procidence du cordon
- Mort in utéro

4. Prendre en charge la RPM

Cas de RPM sans travail d'accouchement sur une grossesse de 28-34 SA

Au CS/maternité de base

- Appliquer les mesures de prévention de l'infection : hygiène, usage des garnitures stériles, limiter les TV.
- Initier l'antibiothérapie :
 - Amoxicilline per os 3 × 1 g par jour **ou**
 - Ampicilline IV 3×1g par jour
- Référer à l'HGR.

A l'HGR

- Hospitaliser la gestante et la mettre au repos au lit (éviter la position debout et la marche).
- Administrer les corticoïdes pour accélérer la maturation pulmonaire du fœtus :
 - La dexaméthasone en suivant l'un des schémas ci-dessous :
 - Schéma 1 : 6 mg administrés chaque 4 heures en IM durant 24 heures (dose totale : 24 mg)
 - Schéma 2 : 6 mg par voie IM, toutes les 12 heures pendant 48 heures (dose totale : 24 mg)
 - Schéma 3 : 12 mg administrés chaque 12 heures en IM durant 24 heures (dose totale :

24 mg) ou

- Bétaméthasone 24 mg IM en une prise, sauf en présence des signes d'infection.
- Surveiller la température, le pouls et les BCF et les paramètres biologiques, l'aspect du liquide, son odeur et sa coloration.
- Appliquer les mesures de prévention de l'infection : hygiène, usage des garnitures stériles, limiter les TV.
- Administrer des antibiotiques :
 - Amoxicilline/Ampicilline IV 3 × 1 g par jour pendant 3 jours, à relayer par l'amoxicilline per os 3 × 1 g par jour pendant 5 jours (ou céphalosporines de la 3ème génération); ou
 - Erythromycine per os 3× 500 mg pendant 7 jours
- Placer une perfusion d'ocytocine pour induire le travail si signes d'amniotite (infection amniotique) et si conditions favorables d'accouchement par voie basse.
- Se préparer à la naissance et à la réanimation du nouveau-né.

Cas de RPM sans travail d'accouchement sur une grossesse de plus de 34ème SA

Au CS/maternité de base

- Appliquer les mesures de prévention de l'infection : hygiène, usage des garnitures stériles, limiter les TV.
- Initier l'antibiothérapie :
 - Amoxicilline per os 3 × 1 g par jour ; **ou**
 - Ampicilline IV 3 × 1 g par jour.
- Référer à l'HGR si le travail ne se déclenche pas spontanément dans les 24 heures après la RPM.

A l'HGR

- Hospitaliser la gestante.
- Poser une perfusion d'ocytocine pour induire le travail au cas où le travail d'accouchement ne s'est pas déclenché spontanément dans les 24heures après la RPM.

5. 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 30 minutes pendant la 3ème heure ;
 - toutes les heures pendant les 3 heures suivantes.
- Faire un massage utérin toutes les 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 dans l'heure qui suit l'accouchement.
- Encourager/aider l'accouchée à vider sa vessie.
- Informer la femme sur le déroulement de l'accouchement.
- Prodiquer 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 ; l'importance de l'espacement des naissances et de la PF ; les rapports sexuels à moindre risque ; l'utilisation de la MILD pour elle et pour l'enfant.

6. 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.
- 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.

7. Fixer rendez-vous

3.6. Directives relatives à la prise en charge de l'anémie sévère au cours de la grossesse

1. Identifier l'anémie sévère au cours de la grossesse

- 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, tachycardie et éventuel œdème des membres inférieurs :

Penser à l'anémie sévère au cours de la grossesse.

2. Confirmer la sévérité de l'anémie

- Taux d'Hb <7 g/dl ou Ht <21%

3. Rechercher la cause de l'anémie

En fonction de l'anamnèse, et des examens complémentaires (saignements récents ou actuels, paludisme, parasitose intestinale : ankylostosomiase, drépanocytose ou autres)

4. Prendre en charge

Au niveau du CS/maternité de base

- Placer un abord veineux.
- Transfuser si possible.
- Référer immédiatement à l'HGR.
- Prévoir deux donneurs de sang.

Au niveau de l'HGR

- Evaluer son état général.
- Transfuser du sang compatible, de préférence, du culot globulaire.
- Administrer du furosémide en IVD lente, en raison de 40 mg par unité de sang transfusé.
- Traiter la cause après la transfusion.
- Donner le fer-folate : 60 mg de fer + 400 mcg de folate, soit un comprimé par jour en quantité suffisante jusqu'à la prochaine visite ; au premier ou deuxième trimestre ; ou deux fois un

comprimé par jour au troisième trimestre. Chez les femmes drépanocytaires donner de l'acide folique 3 cés/jour Conseiller la femme sur l'importance de prendre le fer-folate ou l'acide folique chez la femme drépanocytaire tous les jours et informer sur les effets secondaires possibles (selles noirâtres, constipation, nausées).

- Renforcer les messages de soutien nutritionnel et recommander à la femme de consommer les aliments riches en fer (viande rouge, feuilles, lentilles), en vitamine C (agrumes, tomates) et d'éviter de consommer concomitamment les aliments qui inhibent l'absorption de fer (thé, café, argile).
- Fixer rendez-vous dans un mois pour contrôle (taux d'Hb ou d'Ht).
- Poursuivre le calendrier CPN et la conseiller de revenir à tout moment en cas de problème.

3.7. Directives relatives à la prise en charge du paludisme grave au cours de la grossesse

1. Identifier le paludisme grave chez la femme enceinte

- Gestante avec fièvre, frissons, céphalées, vomissements, arthralgies, asthénie, splénomégalie évoquant le paludisme et signes de complications telles que le coma, les convulsions, l'anémie grave, l'œdème pulmonaire, l'hypoglycémie, le collapsus cardio-vasculaire, l'hémorragie diffuse, l'hémoglobinurie massive :

Penser au paludisme grave.

2. Confirmer le diagnostic de paludisme

- TDR (test de diagnostic rapide) ou GE (goutte épaisse) ou frottis sanguin.

3. Prendre en charge la gestante souffrant de paludisme grave (Cfr Directives Nationales de prise en charge du paludisme)

Au CS/maternité de base

- Considérer tout cas de paludisme chez une gestante comme une situation urgente du fait des possibilités de complications materno-fœtales.
- Placer un abord veineux.
- Administrer la première dose de quinine per os 500 mg si possible et 500 mg de paracétamol en cas de fièvre.
- Référer immédiatement à l'HGR.

A l'HGR

- Si la patiente n'a pas reçu de quinine 24 heures auparavant :
 - Administrer la dose de charge, soit 1 g de quinine (ou 20 mg/kg) dans 500 ml de sérum glucosé à 5% à faire couler pendant 4 heures, puis laisser se reposer la malade pendant 8 heures.
 - Administrer la dose d'entretien, soit 500 mg de quinine (ou 10 mg/kg) dans 250 ml de sérum glucosé à 5% à faire couler pendant 4 heures, puis laisser se reposer la malade pendant 8 heures et reprendre la même posologie si l'état de la patiente l'exige ; passer ensuite à la forme orale.
- Si la gestante a reçu de la quinine :
 - Administrer 500 mg de quinine (ou 10 mg/kg) dans 250 ml de sérum glucosé 5% à faire couler pendant 4 heures, puis laisser se reposer la malade pendant 8 heures et poursuivre le traitement à la même dose ; passer ensuite à la forme orale soit 3 × 10 mg/kg par jour jusqu'au 7ème jour sans dépasser 1,5 g par jour.
 - Administrer le traitement adjuvant comme pour le paludisme simple.
 - Expliquer à la patiente la nécessité de continuer le traitement à domicile, de continuer la surveillance de la grossesse (CPN) et d'utiliser la MILD et autres mesures préventives.

4. Prodiguer des conseils nutritionnels

- Eviter de consommer concomitamment les aliments qui inhibent l'absorption du fer tels que le thé, le café, le son de blé, le soja,

l'argile.

5. Fixer rendez-vous pour la semaine suivante afin d'évaluer l'état de la gestante

- Conseiller la gestante à revenir à tout moment en cas de problème.

6. Remplir correctement les outils de collecte des données.

3.8. Directives relatives à la prise en charge de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie

1. Identifier la pré éclampsie sévère et l'éclampsie

- Gestante avec aménorrhée de plus de 20 semaines présentant une TA supérieure ou égale à 140/90 mm Hg prélevée après 10 minutes de repos, deux fois à intervalle de 4 heures, en décubitus latéral gauche ou en position assise, ou tension diastolique supérieure à 110 mm Hg en une seule prise, avec ou sans œdèmes des membres inférieurs et avec protéinurie supérieure ou égale à 3 plus (+++) :

Penser à la pré éclampsie sévère.

- Si convulsions et/ou coma s'ajoutant aux signes de pré éclampsie sévère :

Penser à l'éclampsie.

2. Prendre en charge la pré éclampsie sévère et l'éclampsie

Au CS/maternité de base

- Evaluer rapidement l'état général de la patiente suivant l'application du schéma ABCD :
 - Assurer la liberté des voies aériennes supérieures et éviter la morsure de la langue en plaçant la canule de Guédel en cas de convulsions.
 - Mettre la patiente en position latérale pour éviter l'inhalation des sécrétions.

- Donner de l'oxygène par ballon d'ambu ou par concentrateur d'oxygène
 - Placer un abord veineux (sérum physiologique ou Ringer lactate) et faire le prélèvement sanguin pour les examens de laboratoire.
- Administrer la dose initiale d'anticonvulsivants selon le protocole (coller la dose mentionnée en annexe).
- Prévoir des donneurs de sang.
- Référer à l'HGR.

A l'HGR

- Mobiliser d'urgence toute l'équipe médicale.
- Préparer le matériel nécessaire pour faire face à l'éclampsie (canule de Guedel ou de Mayo, sonde d'aspiration, masque et ballon d'oxygène).
- Préparer les antihypertenseurs, les anticonvulsivants et l'antidote (le gluconate de calcium)
- Prévoir du sang.
- Evaluer rapidement l'état général de la patiente suivant l'application du schéma ABCD :
 - Libérer les voies respiratoires et intuber si nécessaire ou utiliser un masque facial.
 - Ventiler à l'aide d'un ballon insufflateur autogonflable (4 à 6 litres d'oxygène par minute).
 - S'assurer d'un abord veineux avec du sérum physiologique ou du lactate Ringer et faire le prélèvement sanguin pour les examens de laboratoire.
- Poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.
- Protéger la patiente contre les risques de blessures et de morsures de la langue ; la placer en position latérale pour éviter l'inhalation des sécrétions.
- Ausculter les poumons toutes les heures à la recherche des râles évocateurs d'œdème pulmonaire.
- Arrêter la perfusion si présence de râles et injecter une dose unique de 40 mg de furosémide en IV et donner de l'oxygène à 4-6 litres/minute si disponible.
- Administrer les antihypertenseurs afin de maintenir la diastolique

supérieure à 90 mais inférieure à 110 mm Hg :

- Hydralazine (médicament de choix) : 5-10 mg, en IV lente toutes les 5 minutes jusqu'à ce que la TA baisse, puis répéter toutes les heures si nécessaires, ou donner 125 mg IM toutes les 2 heures au besoin ; **ou**
 - En absence de toutes ces drogues, clonidine en perfusion continue 0,300 mg dans 500 ml de sérum physiologique 0,9% en perfusion sur 12 heures (14 gouttes/mn) avec débit à moduler jusqu'à 28 gouttes/mn en fonction de la réponse (TA) ; **ou encore**
 - Alphaméthylidopa 3 × 500 mg par jour.
- Surveiller toutes les heures la TA, le pouls, la respiration, la diurèse, les réflexes et les BCF.
 - Administrer des anticonvulsivants :
 - Sulfate de magnésium (médicament de premier choix) selon le protocole en annexe 4 (voir fiche technique) ; éviter l'utilisation simultanée du sulfate de magnésium et de nicardipine ou nifédipine à cause du risque accru d'hypotension ; **ou**
 - Diazépam en IVDL selon le protocole (deuxième choix, à n'utiliser que par manque de sulfate de magnésium).
 - Arrêter l'administration du sulfate de magnésium si survenue de signes d'intolérance (fréquence respiratoire <16, disparition des réflexes ostéo-tendineux, diurèse < 30 cc) et administrer le gluconate de calcium
 - Arrêter l'administration des anticonvulsivants et commencer une perfusion de sérum glucosé isotonique ou de lactate Ringer à 125 cc/heure si diurèse inférieure à 30 cc par heure.
 - Assurer la prise en charge obstétricale :
 - Procéder à l'accouchement dès que l'état de la femme est stable, quel que soit l'âge de la grossesse.
 - Déterminer le mode d'accouchement en examinant le col pour évaluer le score de Bishop.

Envisager un accouchement par voie basse :

- Si le score de Bishop est favorable (>7), déclencher le travail avec l'ocytocine ou les prostaglandines (misoprostol).
- Si le fœtus est mort ou trop prématuré pour survivre, déclencher le travail, après maturation du col au cas où le score de Bishop serait défavorable

(<7).

- Si une anesthésie sûre n'est pas disponible.

Pratiquer une césarienne sous anesthésie générale :

- Si le score de Bishop est défavorable (<7) et que le fœtus est vivant.
- Si on ne peut prévoir un accouchement par voie basse dans les 12 heures (pour l'éclampsie) ou dans les 24 heures (pour la pré éclampsie sévère).
- Si le rythme cardiaque fœtal est anormal (<120 bmts/mn ou >160 bmts/mn).

N.B. Ne pas pratiquer d'anesthésie locale ni la générale à la kétamine.

- Exclure une coagulopathie (test de coagulation au lit : TC, TS) et se rassurer qu'il y a du sang disponible en vue d'une éventuelle transfusion avant de faire une césarienne.

3. Assurer le suivi du post partum

- Appliquer les directives relatives à la surveillance du post partum.
- En plus, poursuivre le traitement anticonvulsivant pendant les 24 heures qui suivent l'accouchement ou après la dernière crise.
- Continuer les antihypertensifs aussi longtemps que la TA diastolique reste égale ou supérieure à 110 mm Hg.
- Continuer de surveiller la diurèse, les signes vitaux et les saignements.
- Référer dans un hôpital tertiaire si :
 - Une oligurie persiste pendant 48 heures après l'accouchement ;
 - Il existe un trouble de la coagulation ou si un HELLP syndrome (syndrome d'hémolyse avec élévation des transaminases et baisse des plaquettes sanguines) survient ;
 - La patiente est dans le coma qui se prolonge pendant plus de 24 heures après les convulsions.
- Mener le counseling suivant les directives du counseling post partum.

- Insister sur la nécessité de la PF et du suivi de la TA.
- Remplir correctement les outils de collecte des données.
- Fixer rendez-vous pour le suivi.

3.9. Directives liées à la prise en charge des affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum

1. Identifier les affections fébriles durant la grossesse, le travail et le post partum

- Si Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ pendant la grossesse, le travail ou le post partum :
Penser à une affection fébrile pendant la grossesse, le travail ou le post partum.
- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, sans signe de focalisation :
Penser au paludisme.
- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, dysurie, mictions fréquentes et impérieuses, douleur abdominale sus-pubienne, douleur lombaire à prédilection droite, vomissements, nausées :
Penser à une infection urinaire qui peut être haute (pyélonéphrite aigue : forme grave) ou basse (cystite).
- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, signes pulmonaires et/ou digestifs, état grippal et asthénie :
Penser à une infection virale.
- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, écoulement vaginal fétide, léger saignement vaginal, douleurs abdominales, tachycardie fœtale, chez une femme en travail avec poche des eaux rompue > 6 heures :
Penser à une infection ovulaire (chorioamniotite).
- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, douleurs abdominales, lochies purulentes et fétides, distension abdominale, utérus douloureux à la mobilisation, mauvaise involution utérine et saignement vaginal chez une nouvelle accouchée :
Penser à une endométrite.

- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, douleurs abdominales, saignement prolongé, douleurs pelviennes à la mobilisation du col, col dilaté pouvant porter des lésions traumatiques, présence de produit de conception au col, utérus mou et sensible, pertes vaginales nauséabondes, dans un contexte d'aménorrhée avec ou sans notion de manœuvres abortives :

Penser à un avortement septique.

- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons, douleur et sensibilité mammaire, rougeur et tuméfaction apparaissant après l'accouchement :

Penser à la mastite.

- Si fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frissons + sein dur et très douloureux, avec tuméfaction fluctuante et écoulement de pus :

Penser à l'abcès mammaire.

2. Rechercher la cause

Effectuer les examens de laboratoire selon le contexte clinique.

- GE et/ou TDR du paludisme
- Numération et formule sanguine (NFS)
- Hb / Ht
- Examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) + antibiogramme si possible
- Examen bactériologique du liquide amniotique (EBLA) + antibiogramme si possible
- Examen bactériologique des lochies (EBL) + antibiogramme si possible

Note : Prélever les échantillons pour examen bactériologique avant le démarrage de l'antibiothérapie.

3. Rechercher les signes de gravité

- Signes de choc : extrémités froides, sueur froides, pouls faible et rapide ≥ 110 bts/mn, pâleur, TA basse (diastole
- < 60 mm Hg), anxiété, confusion, perte de connaissance, vertiges, agitation, respiration rapide ≥ 30 /mn

- Signes d'irritation abdominale (péritonite, pelvipéritonite) : distension abdominale, défense abdomino-pelvienne, matité déclive (signes d'épanchement)
- Signes d'abcédation pelvienne : tuméfaction au niveau des annexes de l'utérus ou du cul-de-sac de Douglas, avec pus à la ponction

ATTENTION : La présence d'un ou de plusieurs de ces signes nécessite une prise en charge immédiate pour stabiliser l'état de la patiente.

4. Stabiliser l'état de la patiente en cas de signe de choc infectieux

- Allonger la patiente, en décubitus latéral, jambes surélevées, dans une ambiance chaude (la couvrir, réchauffer la salle).
- Placer un abord veineux avec un cathéter G16 à G18.
- Placer une sonde vésicale à demeure.
- Restaurer le volume liquidien en perfusant un soluté de lactate Ringer un litre ou sérum physiologique 0,9% en 15 à 20 minutes ou macro molécules 500 ml.
- Administrer l'oxygène si nécessaire à raison de 6 à 8 litres par minute au masque ou à la sonde.
- Transfuser si le taux d'Hb <7g% ou hématokrite <21%, de préférence avec le culot globulaire 1 unité ou plus selon le besoin.
- Démarrer l'antibiothérapie par voie parentérale, en associant :
 - Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV
 - Gentamicine 2 × 80 mg par jour en IM
 - Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion
- Corriger l'hypoglycémie au besoin.
- Organiser la référence si nécessaire.

5. Prendre en charge selon le problème identifié

Cas de cystite

- Traiter aux antibiotiques :
 - Amoxicilline 500 mg par voie orale, trois fois par jour, pendant 7 jours ou
 - Triméthoprim-sulfaméthoxazole (80 mg/400

- mg) 2 comprimés par voie orale, deux fois par jour, pendant 7 jours (contre indiqué chez la femme enceinte au 1er trimestre de la grossesse)
- Conseiller à la femme de boire beaucoup d'eau et de respecter le traitement prescrit.
- En cas de récurrence de la cystite deux fois ou plus :
 - Effectuer si possible une culture d'urine avec antibiogramme et traiter avec un antibiotique adapté à l'agent pathogène en cause.
 - Doser la glycémie et, si possible, faire l'hyperglycémie provoquée par voie orale.
 - Référer si nécessaire.

Cas de pyélonéphrite

- Veiller à ce que la patiente soit bien hydratée, par voie orale ou veineuse.
- Administrer les antibiotiques :
 - Ampicilline en IV, 2 g toutes les 6 heures pendant 48 heures associée à la gentamicine en IM, 5 mg/Kg par jour en 2 doses par jour pendant 3 à 5 jours.
 - Si la fièvre tombe au bout de 48 heures, relayer ampicilline IV par l'amoxicilline per os, 1 g trois fois par jour jusqu'au 14ème jour.
 - Si la fièvre ne tombe pas après 48 heures, remplacer l'ampicilline par une céphalosporine de 3ème génération, trois fois 1 g par jour pendant 7 jours.
- Administrer paracétamol per os, 500 mg, chaque fois que nécessaire pour soulager la douleur ou baisser la fièvre.
- Respecter la durée du traitement : 14 jours (ne pas dépasser 5 jours de traitement pour la gentamicine).
- 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.
- 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.

Une réponse clinique doit se produire dans les 48 heures. S'il n'y a pas de réponse au bout de 72 heures, revoir les résultats et réexaminer la couverture antibiotique ; au besoin référer.

Cas d'infection ovulaire (chorioamniotite)

- Stabiliser l'état de la femme.
- Administrer les antibiotiques par voie parentérale en associant :
 - Amoxicilline 1 g toutes les 6 heures en IV **ou**
 - Ampicilline 2 g toutes les 6 heures.
 - Si la fièvre tombe au bout de 48 heures, relayer amoxicilline per os, 1 g trois fois par jour jusqu'au 14ème jour.
 - Gentamicine 2 × 80 mg par jour en IM pendant 3 à 5 jours.
 - Métronidazole 500 mg toutes les 12 heures en perfusion pendant 7 jours, à relayer avec la forme orale jusqu'au 14ème jour.
- Terminer la grossesse le plus tôt possible, en accouchement par voie basse de préférence.
- Transférer obligatoirement le nouveau-né en néonatalogie.

Cas d'endométrite du post partum

- Se référer aux directives de prise en charge des hémorragies du post partum (HPP), cas de l'endométrite hémorragique.

Cas d'avortement septique

- Se référer aux directives de prise en charge des hémorragies des 28 premières semaines de la grossesse, cas de l'avortement septique.

Cas de mastite et d'abcès du sein

- Se référer au volume 3 traitant des soins néonataux essentiels et d'urgence, cas des problèmes d'allaitement liés à la mère.

6. Assurer le suivi

7. Prodiguer des conseils

8. Remplir correctement les outils de collecte des données

3.10. Directives relatives à la prise en charge du choc chez la mère : réanimation maternelle selon l'approche ABCD

Cette approche est utile pour la prise en charge d'une patiente en situation d'urgence vitale avec signes d'absence ou de difficulté de respiration et/ou absence d'autres signes de vie.

Elle procède par :

- L'examen initial,
- L'évaluation du bien être fœtal et
- L'examen secondaire.

Elle est une démarche continue à travers laquelle chaque problème identifié est immédiatement traité, de l'étape A à l'étape D. Il s'agit, non pas d'un processus discontinu mais d'une intervention intégrale visant à sauver la personne en dégagant les voies respiratoires, assistant si besoin la respiration, corrigeant d'éventuels troubles du système circulatoire ; tout cela doit se faire de façon simultanée, en 4 minutes.

1. Evaluation à l'examen initial suivant la démarche ABCD

A (Airways free) est évalué selon les séquences ci-après :

- **Appeler et lui parler :**

« Bonjour », « comment allez-vous Mme X ? » ;

Si pas de réponse :

- Demander de l'aide pour l'assistance et
- Rechercher les problèmes des voies respiratoires (respiration bruyante, mouvement de l'air, expiration et inspiration, par la bouche ou le nez).

Si problème de respiration :

- Ouvrir les voies respiratoires par une légère extension du cou en exerçant une pulsion antérieure sur le menton moyennant une légère inclinaison de la tête vers l'arrière ;
- Aspirer si nécessaire ;

Si elle ne respire pas :

- Procéder à la ventilation artificielle en plaçant une canule de Guedel dans la bouche et en se servant d'un masque et d'un ballon d'Ambu ;

B (Breath) est évalué :

- Regarder et percevoir les mouvements respiratoires,
- Ausculter (stéthoscope) les poumons de la patiente pour apprécier le murmure vésiculaire et rechercher d'éventuels autres bruits anormaux.

Si elle respire :

- Donner l'oxygène,
- Placer la patiente en position semi-assise ;

C (circulation) est évalué

- Observer la coloration cutanéomuqueuse ;

- Prélever :
 - Le pouls
 - La fréquence et le rythme cardiaque
 - La température
 - La tension artérielle ;
- Placer une sonde vésicale pour évaluer le débit urinaire ;
- Ausculter le cœur fœtal (BCF) ;
- Réévaluer par rapport à l'état initial ;

Si le cœur bat, mais la patiente ne respire toujours pas :

- Commencer le massage cardiaque par compressions thoraciques de la manière suivante :
 - Paume de la première main sur la partie inférieure du sternum, paume de la deuxième main au-dessus du dos de la première main, doigts en croisement interdigital, bras étendus, à 4-5 cm au-dessus de l'appendice xyphoïde ; réaliser des compressions sur le sternum à raison de 15 compressions intercalées de 2 Insufflations lentes d'1 seconde;
 - Changer fréquemment la personne qui réalise les compressions pour éviter qu'une seule personne se fatigue.
- Observer le mouvement de la poitrine à la recherche d'une reprise de respiration spontanée ;
- Donner l'oxygène dès qu'il y a ébauche d'une respiration spontanée ;

Si au bout de 5 minutes les actions de réanimation cardio-respiratoires n'ont pas amélioré la situation :

- Procéder à une césarienne périe mortem ; celle-ci fait partie de la réanimation pour améliorer la circulation en enlevant le poids du bébé sur la veine cave inférieure et sauver la mère ; elle doit être réalisée rapidement sur le lit de la patiente.

D (disability= invalidité) est évalué par la méthode AVPU

- Pour déterminer l'état de la conscience en notant :
 - **A** – si la patiente est consciente, lucide (*Alert, alerte*) ;
 - **V** – si la patiente n'est pas consciente mais répond aux commandes verbales (*Voice, voix*) ;
 - **P** – si la patiente ne répond pas aux commandes verbales mais réagit aux stimuli douloureux (*Pain*) ;
 - **U** – si la patiente ne réagit pas du tout (*Unresponsive*).
- Réévaluer par rapport à l'état initial (fin).

A partir de ce moment, la réanimation s'effectue alors en fonction des problèmes détectés au cours de l'examen initial ; ensuite passer à :

2. Evaluation du bien-être fœtal

3. Examen secondaire

Il consiste à rechercher des problèmes non détectés à l'examen initial (de la tête aux pieds) et à penser à d'autres problèmes potentiels (ex. problèmes hépatiques en cas de pré éclampsie).

3.11. Directives relatives à la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR)

- 1. Procéder à la notification du décès maternel si les procédures reprises ci-haut n'ont pas pu sauver la femme**
- 2. Réaliser la revue pour chaque cas de décès survenu.**
- 3. Organiser la riposte**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) OMS, UNFPA, UNICEF, WB. **Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement et à la période néonatale : Guide destiné à la sage-femme et au médecin.** OMS Genève, 2003.
- (2) Ministère de la Santé Publique, PNSR. **Module de formation en Soins gynéco-obstétricaux et néonataux d'urgence au niveau des structures de référence (SGONU).** PNSR, 2006.
- (3) Ministère de Santé Publique, PNLP. **Normes et Directives de lutte contre le paludisme. Manuel de Référence.** PNLP, 2007.
- (4) OMS. **Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique : Guide du prestataire.** 2ème édition. OMS AFRO, 2010.
- (5) Ministère de la Santé Publique, PNLP. **Guide Technique de formation en Prévention et Prise en charge de cas de paludisme.** PNLP, 2010.
- (6) Ministère de la Santé Publique, RDC. **Protocole National : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.** PNLS, juillet 2010.
- (7) Ministère de la Santé Publique, PNSR. **Formation des prestataires en soins après avortement. Manuel de Référence.** PNSR, 2011.
- (8) Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, RDC **Normes et Directives d'utilisation de la chlorhexidine digluconate 7.1%, de l'Ocyclocine et du Misoprostol 200ug en RDC,** 2014
- (9) Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, RDC **Normes et Directives d'utilisation : du Préservatif féminin, Sulfate de magnésium 500gm/ml, du Gluconate de Calcium 10%, de l'Amoxicilline comprimés dispersible 250mg, de la Dexamethasone 4mg/1ml,** 2015
- (10) 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, 2015

- (11) **OMS, Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, 2017**
- (12) **OMS, Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, 2017**
- (13) **OMS, Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 2017**
- (14) **Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention Fiches techniques SOU, 2017**
- (15) **Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, PNSR, Guide National de surveillance des décès maternels, périnatals et riposte en RDC, 2019**
- (16) **Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, Normes et Directives des soins complets d'avortement centrés sur la femme en RDC, 2020**
- (17) **Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, PNLP, Directives Nationales de prise en charge du paludisme en RDC, 2021**
- (18) **Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, Protocole National de Prise en charge de la Drépanocytose, 2022**
- (19) **Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévention, Normes et Directives d'utilisation de la carbetocine thermostable, de l'acide tranéxamique et de l'acide folique, 2022**

Annexe 1 : Technique d'AMIU

1° Préparer le plateau d'instruments stériles

- Extrémités de canules
- Pincés hémostatiques longues

Placer le matériel qui suit dans la partie « mains gantées » du plateau :

- Poignée de la pince circulaire
- Spéculum
- Pince pour le nettoyage du col (pince en cœur)
- Pince à plusieurs mors (ou pince de Museux)
- Pince de Pozzi

2° Préparer la cliente

- Lui expliquer la procédure d'AMIU.
- Lui demander si elle est allergique aux antiseptiques ou anesthésiques.
- Obtenir son consentement avant l'intervention.

3° Préparer la procédure

- S'assurer que tout l'équipement et des intrants nécessaires sont disponibles dans la salle d'intervention : canules appropriées de différentes tailles, intrants et équipement d'urgence (solutés de perfusion IV et trousses, matériel de réanimation, moyens de communication et de transport pour le transfert).
- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale à la patiente en prémédication.
- S'assurer que l'aspirateur garde le vide :
 - Jeter en cas de fissures ou de défauts visibles.
 - Charger l'aspirateur : s'il ne maintient pas le vide, vérifier le joint d'étanchéité et le lubrifier au besoin ; si le vide n'est toujours pas maintenu, jeter l'aspirateur et en prendre un autre.

4° Exécuter la technique

- S'assurer que la cliente a vidé sa vessie et la mettre en position gynécologique.
- Porter des gants.
- Désinfecter vulve et périnée.
- Confirmer les constatations de l'examen initial par un examen bi

manuel, en surveillant tout signe d'infection et en le traitant promptement selon les protocoles.

- Insérer doucement le spéculum en sens oblique.
- Désinfecter le vagin et le col.
- Administrer, si indiqué, un bloc para cervical (Lidocaïne).
- Placer la pince de Pozzi sur le col et appliquer une légère traction.
- Dilater le col, si nécessaire : cas de rétention de l'œuf mort ou de débris ovulaires restés dans l'utérus plusieurs jours après l'avortement ; au besoin ramollir le col en utilisant le misoprostol (200 mcg en insertion vaginale 3 heures avant l'intervention, recourir à la voie intra rectale, orale ou sublinguale en cas de saignement).
- **Aspirer le contenu de l'utérus.**
 - Introduire doucement la canule jusqu'au-delà de l'ouverture interne du canal cervical.
 - Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond et ensuite, la retirer légèrement. La faire tourner en exerçant une faible pression pour faciliter l'insertion.
 - Ne pas insérer de force la canule, car les mouvements forcés peuvent causer des douleurs indues ou une perforation de l'utérus ou encore endommager le col, les organes pelviens ou les vaisseaux sanguins.
 - Surveiller tout signe pouvant indiquer une perforation, tout au long de la procédure, et interrompre immédiatement l'aspiration en cas de perforation.
 - Assembler la canule à l'aspirateur, en maintenant la pince de Pozzi et l'extrémité de la canule d'une main et l'aspirateur dans l'autre.
 - Glisser l'aspirateur vers l'arrière pour le fixer à la canule afin d'éviter tout mouvement en sens opposé qui pourrait provoquer une perforation.
 - Libérer le vide en enfonçant les boutons ; l'aspiration commencera immédiatement.
 - Evacuer le contenu de l'utérus par une rotation lente et légère de la seringue d'un côté à l'autre entre 10 et 12 heures, et en faisant lentement reculer et avancer la sonde dans la cavité utérine. Le sang et le débris ovulaires seront visibles à travers la canule et le cylindre de l'aspirateur.
 - Vider la seringue et faire à nouveau le vide si la seringue est plus qu'à moitié pleine ou le vide est perdu.
 - Vérifier la présence des signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus :
 - Mousse rouge ou rose sans tissu, traversant la canule ;

- Sensation de rugosité lorsque la canule passe sur la paroi utérine évacuée ;
- Contraction de l'utérus sur la canule ;
- La patiente ressent une augmentation des crampes
- Relâcher les boutons et détacher l'aspirateur de la canule une fois la procédure est terminée ; ou retirer ensemble la canule et l'aspirateur, sans relâcher les boutons.
- **Inspecter les tissus aspirés.**
 - Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient approprié en vérifiant que la canule est bien détachée, en relâchant les boutons, et en appuyant les bras du piston et en repoussant totalement le piston dans le cylindre.
 - Evaluer la quantité de tissus aspirés et vérifier la présence de produit de conception.
 - S'assurer de l'absence de grossesse molaire (présence de vésicules sous forme de grappe de raisin).
 - Envisager la possibilité d'une grossesse ectopique, d'une évacuation non terminée, d'un avortement spontané complet ou de métrorragies en cas d'absence de produit de conception.
 - Reprendre l'aspiration si l'on soupçonne qu'il reste des tissus dans la cavité utérine.
 - Essuyer l'excédent de sang du col et évaluer la quantité de sang qui continue à s'écouler de l'utérus.
 - S'assurer que le saignement est minime.
 - Nettoyer les instruments.

5° Assurer les soins post-opératoires

- Surveiller le pouls, la TA et le saignement.
- L'encourager à manger, à boire et à marcher à sa convenance.
- Evaluer son état émotionnel et lui apporter le soutien psychoaffectif nécessaire.
- Administrer 500 mg de paracétamol par voie orale à la patiente, à chaque fois que c'est nécessaire (sans dépasser 4000 mg par jour).
- Lui proposer d'autres services de santé, notamment la PF et le DCIP.
- Laisser la patiente quitter l'établissement après 1 à 2 heures pour les cas sans complication.
- Lui donner des conseils sur la PF, la prévention des infections sexuellement transmises et du VIH, et sur la reconnaissance des signes de danger, et autres renseignements post-opératoires.

Annexe 2 : Evaluation du col sur base du score de Bishop

Le col est favorable si le score est supérieur ou égal à 6. Le col est défavorable si le score est inférieur ou égal à 5.

Paramètre	Score			
	0	1	2	3
Dilatation (en cm)	fermé	1-2	3-4	plus de 4
Longueur du canal cervical	plus de 4	3-4	1-2	moins de 1
Consistance	ferme	moyenne	molle	—
Position	postérieure	médiane	antérieure	—
Descente d'après le niveau où se trouve la tête (en cm par rapport aux épines sciatiques)	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Descente d'après la palpation abdominale (en cinquièmes de tête palpables)	4/5	3/5	2/5	1/5

Annexe 3 : Protocole d'administration du misoprostol pour la maturation du col dans le cadre du déclenchement artificiel du travail

- 1° Vérifier le pouls, la tension artérielle et les contractions utérines de la patiente ainsi que les BCF.
- 2° Réexaminer la patiente et préciser les indications d'administration de misoprostol.
- 3° N'administrer du misoprostol pour amener le col à maturation que dans des cas bien précis comme :
 - Cas de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie si le col est défavorable et qu'il est impossible de pratiquer une césarienne sans danger dans l'immédiat, ou que l'enfant est trop prématuré pour survivre.
 - Cas de mort fœtale in utero si la patiente n'est pas entrée spontanément en travail au bout de 4 semaines et que son taux de plaquettes sanguines diminue.
 - Cas de dystocie dynamique avec dilatation stationnaire en phase de latence, poche des eaux non rompue, bassin bon, score de Bishop défavorable, présentation fœtale céphalique du sommet, pas d'obstacle prævia et pas de souffrance fœtale.
- 4° Placer 25 µg de misoprostol (soit 1/8 comprimé de 200 µg) profondément dans le cul-de-sac vaginal postérieur et renouveler l'opération au bout de 6 heures si nécessaire.
- 5° Surveiller le pouls, la tension artérielle et les contractions utérines et les BCF toutes les 30 minutes.
- 6° S'il n'y a pas de réponse après deux doses de 25 µg, augmenter les doses à 50 µg (soit 1/4 comprimé de 200 µg) toutes les 6 heures.
- 7° Ne pas administrer plus de 50 µg à la fois et ne pas dépasser quatre doses (200 µg en tout) en 24 heures.
- 8° Cesser d'administrer le misoprostol et commencer la perfusion d'ocytocine si :
 - Les membranes se rompent ;
 - Le col est arrivé à maturation ;

- Une bonne dynamique utérine est établie ; **ou**
- Au bout de 12 heures.

9° Ne pas administrer d'ocytocine à la patiente pendant les 8 heures qui suivent l'administration de la dernière dose du misoprostol.

10° Consigner toutes les informations sur le partogramme.

Annexe 4 : Protocole d'administration d'anticonvulsivants en cas d'éclampsie

1^{er} choix : Sulfate de magnésium selon le schéma ci-après :

- Dose de charge
 - Donner 4 g (soit 20 ml) de sulfate de magnésium en solution de 20% dans 250 ml de sérum physiologique pendant 5 minutes.
 - Suivi immédiatement par 10 g (soit 20 ml) en solution de 50%, à raison de 5 g (soit 10 ml) dans chaque fesse en IM profonde avec 1 cc de 2% de lidocaïne.
 - Si les crises persistent après 15 minutes, donner 2 à 4 g (soit 4 à 8 ml) de sulfate de magnésium à 50% dans 250 ml de sérum physiologique (pendant 5 minutes).
 - Prévenir la femme qu'elle aura une bouffée de chaleur après l'administration du sulfate de magnésium.
 - Veiller à ce que les principes de la prévention des infections soient respectés et que le sulfate de magnésium soit administré en IM profonde.
- Dose d'entretien
 - Donner 5 g (10 ml) de sulfate de magnésium (50%) + 1 cc de lidocaïne 2% en IM profonde toutes les 4 heures (alterner les fesses).
 - Poursuivre le traitement 24 heures après la dernière crise ou si elle accouche et qu'elle ne fait plus de crises, 24 heures après l'accouchement.
- Avant de répéter la dose, se rassurer que :
 - La fréquence respiratoire est d'au moins de 16 mouvements/minute.
 - Les réflexes rotuliens sont présents.
 - La diurèse est supérieure ou égale à 30 cc/heure pendant 4 heures.
- Arrêter temporairement le sulfate de magnésium si:
 - La fréquence respiratoire est moins de 16 mouvements/minute.
 - Les réflexes rotuliens sont absents.
 - La diurèse est moins de 30 cc/heure en 4 heures.
- Garder le gluconate de calcium (antidote) toujours prêt et, en cas d'arrêt respiratoire :
 - Administrer le gluconate de calcium 2 mg (20 cc d'une solution de 10%) en IV lente jusqu'à ce que la respiration reprenne.
 - Réanimer la patiente : ventiler, administrer de l'oxygène à 4-6 litres/minute si disponible.

2ème choix : Diazépam à administrer suivant le schéma ci-après

N'utiliser le diazépam que si le sulfate de magnésium n'est pas disponible.

- Dose de charge
 - Donner 10 mg en IV, lentement pendant 2 minutes.
 - Si les convulsions reviennent, répéter la dose.
- Dose d'entretien
 - Donner 40 mg dans 500 ml de liquides, en IV.
 - Faire couler goutte à goutte pour garder la femme sous sédation.
- Administrer le diazépam par voie rectale si l'administration en IV n'est pas possible :
 - Donner une dose de charge de 20 mg dans une seringue de 10 ml.
 - Retirer l'aiguille, lubrifier le corps de la seringue et insérer dans le rectum à moitié de sa longueur.
 - Décharger le contenu et maintenir le corps de la seringue en place pendant 10 minutes.
 - Si les convulsions ne sont pas contrôlées en 10 minutes, répéter la dose de 10 mg.

Attention :

- **Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 heures.**
- **Eviter de dépasser la dose de 30 mg de diazépam en 1 heure car risque d'insuffisance respiratoire maternelle.**
- **Ventiler si nécessaire.**

Annexe 5 : 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 excréctions), 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.

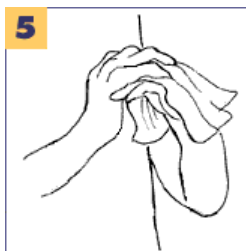
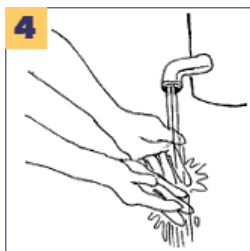
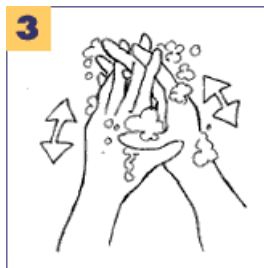
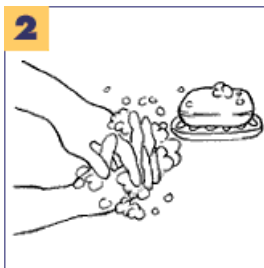
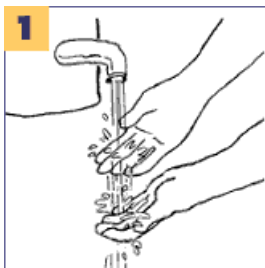
Exécution de la technique

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

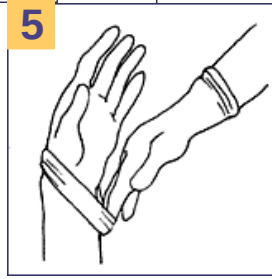
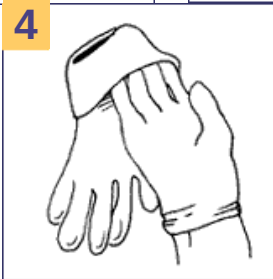
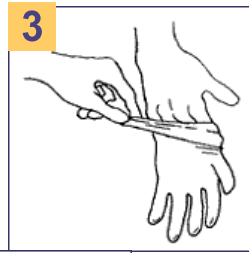
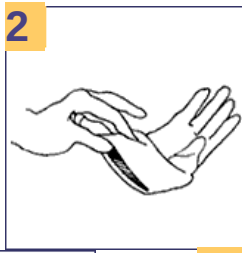
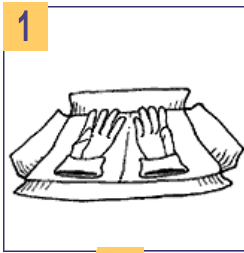
Avec robinet d'eau courante

Suivre les étapes présentées dans les figures ci-après :



Annexe 6 : 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

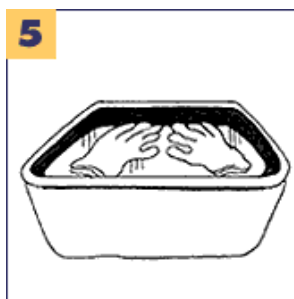
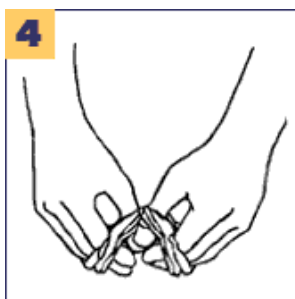
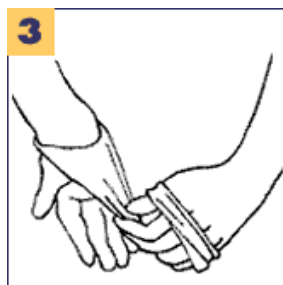
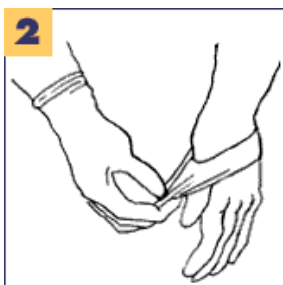


Lors de procédures chirurgicales, il faut porter des gants stériles. On recommande de se frotter les mains pendant 3 à 5 minutes avec une solution contenant de la chlorhexidine ou un iodophore. Ou alors, le personnel chirurgical peut se laver les mains avec du simple savon et, ensuite, appliquer une 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 7 : 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



LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU DOCUMENT

1. GOVERNEMENT

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 MIAKALA-Mia- NDOLO	Secrétaire Général Honoraire

b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr KABEYA Philipe	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 Gavial	DEP/PNPMs
52.	KALAMBAYI	Dir DEP

	TEMBWA	
53.	Dir MALABA MUYANJI	D8
54.	DUMBO TSHAMOBBA 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 ILONGA	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	FUNCTION
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 ILONGA 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 PNCLD
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	Expert PCIME-C

	MUTAMBAY	
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	
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 Valentin	Expert PNRBC
47.	MBADU MUANDA	Dir PNSA
48.	Dir Phcienne 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 Protais	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 PNTS
82.	NDAKALA David	Expert PNTS
83.	Dr NGALULA MAMY	Expert PNTS
84.	VAGHENI MUBUNGA Eugène	Expert PNTS
85.	Dr BANEA MAYAMBU BAMUANGA	Dir PRONANUT
86.	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	FONCTION
1.	Prof NSIBU Célestin	UNIKIN
2.	Dr MAMBU Thérèse	ESP/UNIKIN
3.	Dr LOKOMBA	SCOGO/UNIKIN

1.2. LES PRESTATAIRES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
	Dr MUELA DIFUNDA	HPGRK/SCOGO
2.	Dr MUYILA IKIE IKIE	HGPRK
3.	Dr MINZEMBA François	BDOM
4.	Dr NEMBUZU Dolores	BDOM
5.	Dr KUSONGISILA 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 WAZEH Stephen	
4.	Dr KAZADI Thierry	
5.	Dr MBU Bernadette	
6.	Dr MUSUAMBA Gertrude	
7.	Dr TRAORE Célestin	
8.	HOUNGBEDJI KOFFI ANGE	
9.	BUGANDWA Innocent	
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 MULOBLO 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

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

1.3. IRC

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

1.4. MCHIP/USAID

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

1.5. MEMISA

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

1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
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.	DEROSENSA Michael Ray	
10.	Ph. MASSAMBA Cyrille	

1.7. PATH/MCHIP

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

1.8. SAVE THE CHILDREN

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

1.9. IPAS

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

1.10. BDOM

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

1.11. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT

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

1. PROJET_PARSS-ASSR

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

2. SOCIETE CIVILE

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
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

