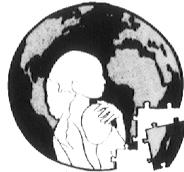


SOINS ESSENTIELS

DES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS

PLANIFICATION FAMILIALE



FONDATION
Leïla Fodil



Docteur Jean Bernard JOLY et Madame Marie JOLY
Fondation Leïla Fodil
25 rue Pierre Adolphe Chadouteau 16000 ANGOULÊME FRANCE
Tel : (33) 5 45 95 28 52
Courriel : f.leilafodil.joly2@wanadoo.fr

Mars 2015

INTRODUCTION

Porter un bébé, avoir un ou plusieurs enfants, c'est le rêve de toutes les femmes. Acte naturel, la grossesse et l'accouchement se déroulent le plus souvent de façon simple et heureuse.

Mais on ne peut jamais savoir à l'avance si une grossesse va évoluer jusqu'à son terme sans difficultés et sans complications. Certaines de ces complications peuvent entraîner la mort de la mère et de son enfant. Dans tous les pays il existe des dictons, oubliés dans les pays riches, mais dont toutes les femmes craignent les termes menaçants dans les pays pauvres, qui rappellent que la mort guette les femmes enceintes.

Les consultations prénatales sont destinées à montrer la normalité de la croissance du fœtus et à dépister les symptômes annonciateurs de complications possibles. Les conseils qui suivent ces consultations permettent d'éviter de nombreux drames.

La présence d'une personne experte aux côtés de la mère au moment de l'accouchement rend la naissance plus sûre. Les naissances normales sont facilitées. Les dystocies sont dépistées suffisamment tôt pour que l'intervention d'un spécialiste soit possible. Les hémorragies du post-partum peuvent recevoir un traitement rapide et efficace.

Dans les maternités des grandes villes ce qui vient d'être dit est aisément réalisé. Mais dans les centres de santé éloignés c'est plus difficile. Les agents de santé ne sont pas tous des sages-femmes et ils n'ont pas tous reçu une formation approfondie en obstétrique.

Ce manuel leur expose la pratique des "soins essentiels", en leur expliquant clairement ce qu'il est possible de faire dans une petite maternité et ce qu'il ne faut pas faire, afin de ne conserver pour accoucher sur place que les femmes dont tous les symptômes de la grossesse sont normaux.

PLAN DE L'OUVRAGE

- INTRODUCTION :.....	Page 01
- LA MORTALITÉ DES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS :	
Mortalité maternelle	Page 09
Mortalité néo-natale.....	Page 14
- L'HYGIÈNE À L'HÔPITAL ET AU POSTE DE SANTÉ :...	Page 21
- LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE :	Page 37
- LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL	
- PAR LE SOMET :.....	Page 57
L'épisiotomie.....	Page 65
La délivrance normale.....	Page 71
La délivrance artificielle.....	Page 75
- LES SOINS AUX MÈRES APRÈS LA NAISSANCE :	
Les premiers jours.....	Page 80
Les soins du périnée.....	Page 84
- LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS :	
Soins à la naissance aux nouveau-nés normaux.....	Page 87
Soins aux nouveau-nés qui ne respirent pas	Page 89
Soins des premiers jours.....	Page 98
-LES ENFANTS DE PETIT POIDS DE NAISSANCE :	
Soins simples aux enfants normaux.....	Page 109
La méthode kangourou.....	Page 119
- L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	Page 124
- L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL ET LE SEVRAGE.....	Page 132

Les dessins et les figures sont placés en "hors texte" à la fin de chaque chapitre.

PERSONNES**AYANT PARTICIPÉ****À LA CRÉATION ET À LA RÉDACTION DE CE MANUEL****En FRANCE :**

La Fondation Leïla Fodil

Docteur Jean Bernard JOLY

Madame Marie JOLY

Docteur Paul SANYAS

Docteur Véronique SÉCHERRE

Docteur Lucien HOULLEMARE

Monsieur Jean Luc MOREAU

Madame Geneviève MULSANT

Madame Dominique LIKOYALIPOU

Au MALI :

Docteur Youssouf KONATÉ

Madame Kani KANE, Sage femme

Madame Kamara Mima TALL, Sage femme

Au VIÊT NAM :

L'Institut de la mère et du nouveau-né à Hà Nội

Professeur Duong Thi Cuong

Docteur Pham Xuân Tiêu

Docteur Duong Lan Dung

Les Services de la Santé des provinces de Hà Nội, Hoa Binh, Ninh Binh,

Thanh Hoa, Hai Phòng

Rédaction et mise en forme :

Docteur Jean Bernard JOLY

Madame Marie JOLY

Images :

Documents Professeurs J. LANSAC et G. BODY France

Professeur Francis GOLD France

Madame JACKS Suède

C.L.E.R. France

STATISTIQUES DE MORTALITÉ

DES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS

INTRODUCTION :

La surveillance des femmes enceintes et les traitements pendant la grossesse ont pour but d'éviter les morts maternelles et de diminuer la mortalité anténatale, appelée aussi mortinatalité.

Les soins aux nouveau-nés nés à terme ou avant terme, de poids normal ou de petit poids, sains ou atteints de maladies diverses, ont pour but d'éviter leur mort, appelée aussi mortalité néo-natale.

L'évaluation des résultats des efforts des soignants est fondée sur l'observation des variations dans le temps de la mortalité des mères et des nouveau-nés. Ces variations s'expriment par des chiffres.

Pour obtenir des chiffres reflétant la réalité, il est important que les soignants sachent comment il faut recueillir les données, les inscrire sur leurs registres, afin qu'elles puissent être exploitées par les statisticiens.

LA MORTALITÉ MATERNELLE

DÉFINITION

Une "mort maternelle", c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la délivrance, quelle qu'en soit la durée et la localisation.

On exprime **la mortalité maternelle** en nombre de morts par 100 000 naissances vivantes.

STATISTIQUES MONDIALES

Environ 500 000 femmes meurent chaque année pendant la grossesse ou lors de l'accouchement.

"Seulement" 6 000 d'entre elles habitaient dans les pays développés.

La mortalité maternelle dans le monde		
Pour 100.000 naissances vivantes		
Pays développés		
	Europe	10 à 20
	Amérique Nord	15 à 30
Pays en développement		
	Amérique Sud	200 à 500
	Asie	300 à 800
	Afrique	400 à 1500

La mortalité maternelle dans le monde

LES CAUSES DES MORTS MATERNELLES

Le tableau ci-dessus montre bien que moins un pays est développé, plus les morts maternelles sont nombreuses. Il est donc logique d'exposer d'abord les causes des morts maternelles liées au sous-développement, on les appelle causes indirectes.

Causes indirectes des morts maternelles

Les femmes pauvres.

Les mères qui exercent un travail pénible, sans repos possible pendant leur grossesse.

Les mères célibataires et sans famille. Les mères très jeunes.

Les grandes multipares, femmes qui n'ont pas eu accès à une contraception efficace.

Les femmes ignorantes, analphabètes ou n'ayant pas accès à l'information.

Les femmes qui ne peuvent pas se rendre à une consultation prénatale.

Les femmes qui vivent dans un village éloigné.

Les causes directes:

Ce sont les pathologies de la grossesse.

La lecture de leur liste montre bien qu'il ne s'agit pas de fatalités insurmontables. La plupart des causes directes de la mort peuvent être dépistées et traitées à temps.

Les hémorragies

Fausse couches, surtout provoquées

Placenta praevia

Décollement prématuré du placenta

Grossesses extra-utérines

Déchirures du col

Hémorragies de la délivrance.

Les ruptures utérines :

Disproportion foeto-pelvienne conduisant à des dystocies négligées.

Gros foetus

Présentations vicieuses. Présentation de l'épaule.

Emploi sans contrôle des ocytociques pendant le travail.

Césarienne antérieure.

Manoeuvres obstétricales.

Les infections

Rupture prolongée des membranes.

Manoeuvres, soins et matériel non stériles.

Les dysgravidies

Toxémie gravidique

Les anémies

Parasitoses, malnutrition.

STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les principes :

Prendre en charge les femmes dès le début de la grossesse.

Assurer les accouchements avec un bon degré de sécurité.

Suivre les mères et les nouveau-nés pendant les jours suivant la naissance.

Faire une bonne planification familiale.

Les contraintes et les difficultés:

L'établissement d'un programme de lutte contre la mortalité maternelle est soumis à un certain nombre de contraintes, liées au pays, au mode de vie de ses habitants, au niveau de développement.

Toutes les améliorations apportées à ces contraintes et à ces difficultés deviennent des facteurs favorables que nous avons exprimés dans le tableau ci-dessous.

**Facteurs favorables
à la prévention
de la mortalité maternelle**

Pays	Personnel soignant	Population
Environnement- habitat	Compétences	Volonté politique
Démographie	Moyens	Acceptabilité culturelle
Niveau de développement	Organisation	Mobilisation de la population

*

Les moyens d'action :

L'application d'un programme de lutte contre la mortalité maternelle impose des obligations : formation du personnel, mise à disposition de moyens adaptés, supervision et contrôle, mobilisation des dirigeants et de la population.

Les compétences professionnelles des personnels de santé :

A chaque niveau, le personnel doit avoir une compétence adaptée aux possibilités locales de soins.

Prenons pour exemple le cas des agents de santé d'un centre sanitaire de commune.

Ils doivent savoir :

Faire le diagnostic de grossesse

Remplir une fiche de suivi de grossesse.

Suivre la femme avec des critères simples :

Poids et taille.

Mesure de la hauteur utérine.

Détermination de la présentation du fœtus.

Prise de la tension artérielle.

Recherche de l'albumine dans les urines.

Détection d'une anémie et appréciation de l'état nutritionnel.

Vaccinations.

L'acquisition d'un niveau de compétences est obtenue par la formation initiale du personnel, qui sera variable suivant les responsabilités qui leur seront confiées.

L'enseignement théorique doit être associé à l'apprentissage des gestes pratiques.

Si ces connaissances sont acquises, ces agents de santé pourront reconnaître les grossesses à risques et ils sauront qu'il faut les adresser dans un centre de référence.

Ils pourront assister les accouchements normaux, donner les soins aux nouveau-nés et assurer les suites de couches.

Cette formation initiale devra être complétée par des formations de recyclage, une supervision régulière, une évaluation de la qualité des soins donnés.

Les moyens matériels et financiers :

Suivons l'exemple du centre de soins communal examiné plus haut.

Les équipements nécessaires sont simples :

- Eau propre et savon. Eau de javel.
- Balance, toise, mètre-ruban, appareil à tension, lampe à alcool et tubes pour la recherche de l'albumine.
- Boîte d'instruments pour les soins de la femme et les soins du cordon : une paire de ciseaux, deux pinces de Kocher, une pince de Péan ou un porte-aiguilles, des aiguilles à enfiler, du fil de ligature.
- Bouilloire et récipient pour la stérilisation par ébullition.
- Fiches de suivi de la grossesse et de l'enfant.
- Matériel individuel et collectif pour l'éducation à la santé.

Les moyens financiers comprennent les frais d'entretien des locaux et de renouvellement du matériel, l'achat des produits consommables et des médicaments.

Ils comprennent aussi la paye du personnel. Le personnel de santé devrait recevoir une rémunération correspondant aux services qu'il rend, et qui lui permette de vivre dignement, sans avoir besoin de faire un deuxième métier ni de solliciter les patients.

Un comité communal peut se charger de la gestion du centre.

La mobilisation de la population :

Les personnalités politiques sont sensibles à la douleur des familles dont la mère meurt. Mais elles ne connaissent pas l'importance des désastres provoqués par ces morts, car elles surviennent rarement dans leur milieu. Elles ignorent souvent l'ampleur du problème et ses conséquences démographiques et économiques.

Les populations locales supportent la douleur des familles comme une fatalité. Il faut leur démontrer que la bonne santé des mères et des enfants associée à la planification familiale sont inséparables et qu'elles sont nécessaires à l'obtention d'un progrès dans leurs conditions d'existence.

Le suivi et la supervision

Ils permettent de connaître le travail fait, d'évaluer les résultats obtenus, de suivre le vieillissement des locaux et du matériel, d'encourager le personnel et de le guider dans l'amélioration de ses connaissances, des gestes de soins qu'il donne et de ses attitudes envers les femmes et les familles.

Pour plus de détails sur la pratique de la supervision, le lecteur peut se reporter au manuel qui lui est consacré.

CONCLUSION

La lutte contre la mortalité maternelle est une des principales actions de la protection maternelle et infantile. Ce n'est pas facile.

Le programme doit être intégré dans ce qui existe déjà. Il faut établir des priorités, travailler avec patience et persévérance pendant de très nombreuses années.

Note : Ce texte est largement inspiré de :

L. HOULLEMARE : Lutte contre la mortalité maternelle. Les contraintes. In « Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. Pour un programme d'action ». Colloque CIE-INSERM 1989

MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS

Enfants nés vivants. Mort-nés
Mortalité périnatale

DÉFINITION DE LA VIE ET DE LA MORT :

Enfant né vivant :

Un enfant né vivant est un enfant qui a manifesté des signes de vie à la naissance, sous la forme de mouvements de respiration ou de tous autres signes, même s'ils n'ont pas duré, quel que soit le terme de la naissance.

L'OMS considère qu'il faut prendre en compte toutes les naissances d'un poids d'au moins 500 grammes.

Enfant mort-né

Un enfant mort-né est un enfant qui n'a manifesté aucun signe de vie dès la naissance.

“Vrais” et “faux” mort-nés

Un enfant né vivant mais mort avant la déclaration de naissance à l'Etat Civil, doit être considéré comme né vivant.

Dans certains pays, cette déclaration n'est faite qu'après plusieurs jours, voire plusieurs semaines, si bien que les naissances des enfants morts peu après être nés ne sont pas pris en compte dans les statistiques (ils n'ont pas d'existence) ou bien sont classés "mort-nés". Ce sont des "faux mort-nés". Si on ne les compte pas, les chiffres annoncés de mortalité à la naissance s'en trouvent artificiellement diminués.

LES PÉRIODES PRISES EN COMPTE :

La période périnatale s'étend pendant la grossesse depuis le terme de 28 semaines d'aménorrhée jusqu'à l'âge post-natal de 28 jours. Cette période peut se diviser elle-même en trois :

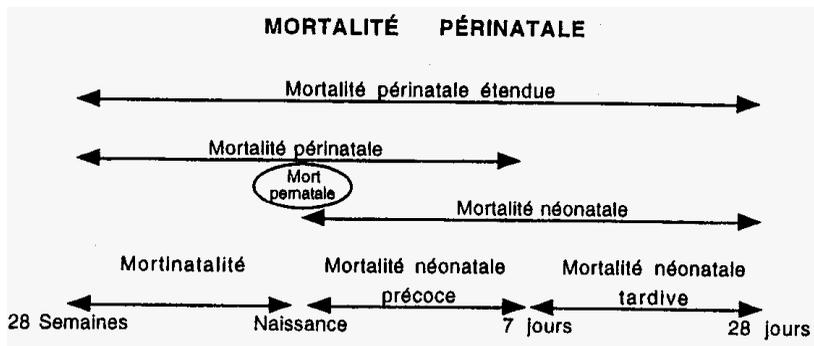
- La période prénatale.
- La naissance et la semaine qui suit.
- Le premier mois.

Pendant chacune de ces trois périodes, les causes de mortalité ne sont pas les mêmes, les intervenants sont de spécialités différentes. C'est pourquoi, pour les statistiques, il faut les distinguer.

LES APPELLATIONS DE LA MORTALITÉ POUR CHAQUE PÉRIODE	
Période concernée	Appellation
28 à 41 semaines de grossesse	Mortinatalité
Pendant l'accouchement	Mortalité perinatale
28 semaines de grossesse à 7 jours	Mortalité périnatale
0 à 28 jours	Mortalité néonatale
0 à 7 jours	Mortalité néonatale précoce
28 sem. de grossesse à 28 jours	Mortalité périnatale étendue
28 jours à un an	Mortalité post néonatale

*

Le schéma suivant figure l'étendue de chacune des périodes décrites dans le tableau ci-dessus.



Le nombre d'appellations retenues peut paraître excessif. Chacune est justifiée par la spécificité de chacune des périodes et des actions de soins qui s'y rattachent.

- La mortinatalité permet d'exprimer l'efficacité de la surveillance des grossesses.

- La mortalité per natale rend compte de la qualité des accouchements.

- La mortalité périnatale et ses deux composantes reflètent la qualité De la santé maternelle.

Des soins périnataux.

Du dépistage des risques maternels et foetaux.

Des soins pendant l'accouchement.

Des soins au nouveau-né après la naissance.

- La mortalité post-néonatale montre l'action de la surveillance des nourrissons.

MÉTHODES DE CALCUL :

Chaque centre de soins connaît le nombre de naissances, le terme de ces naissances, le poids, la pathologie et le nombre de morts.

Mais pour avoir une idée plus précise de l'évolution et des progrès des soins, ce nombre brut ne suffit pas. Il faut utiliser une formule mathématique.

Le nombre de morts de chaque catégorie analysée comptés pendant une durée déterminée, par exemple un an, est divisé par le nombre d'enfants observés dans cette catégorie pendant le même temps. Pour que le chiffre trouvé soit comparable avec celui d'autres lieux, il est multiplié par mille.

On parle alors d'un taux de mortalité pour mille naissances.

RAPPORT DE LA MORTALITÉ AU NOMBRE DES NAISSANCES :

Le choix des naissances et de leur issue (vivantes ou mort-nées) retenues pour faire la référence (dénominateur) au nombre de morts (numérateur) dépend de la définition que l'on a choisie.

Ainsi :

- Le taux de mortalité rapporte le nombre de morts prénatales entre la 28^e et la 41^e semaine, au total des naissances vivantes et mort-nées.
- Le taux de mortalité périnatale rapporte le nombre de morts prénatales et morts de 0 à 7 jours au total des naissances vivantes et mort nées.
- Le taux de mortalité néonatale précoce rapporte le nombre de morts entre 0 et 7 jours au total des naissances vivantes.
- Le taux de mortalité post néonatale rapporte le nombre de morts entre l'âge de 28 jours et l'âge de un an au nombre total de naissances vivantes.
- Le taux de mortalité périnatale étendue rapporte le nombre de morts entre la 28^e semaine de grossesse et le 28^e jour de vie au total des naissances vivantes et mort nées.

EXPRESSIONS COURANTES :

Dans la pratique courante, on parle de mortalité néonatale, de mortalité périnatale..... Etc., pour mille, sans donner la définition détaillée. Mais on indique toujours le lieu (pays-région-province) où on a fait cette étude.

APPLICATION À UNE RÉGION :

Le suivi année après année des taux de mortalité fait partie de l'évaluation de l'état de santé de la population.

L'estimation des divers taux de mortalité prend tout son intérêt quand elle est faite dans une région suffisamment vaste pour que le chiffre qui découle des calculs représente l'état de santé des enfants de cette région et un nombre d'enfants suffisant pour pouvoir être comparé à d'autres régions.

Le calcul de la mortalité néonatale d'une commune de 1000 habitants où il y a 10 naissances par an n'a aucun intérêt.

Le calcul de la mortalité périnatale dans une maternité n'a aucun intérêt. Il est faussé par la référence dans cette maternité des cas les plus difficiles.

LES CAUSES DE LA MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS

Il faut distinguer les facteurs de risque et les causes directes, médicales, de la mort.

Les facteurs de risque ou causes indirectes sont les plus importants.

Les facteurs de risque :

Facteurs économiques liés au pays :

- La mortalité périnatale est plus grande dans les pays en développement que dans les pays développés.

Facteurs économiques et sociaux liés aux familles :

- Pauvreté

- Mères célibataires
- Mères âgées et mères très jeunes
- Mères non scolarisées.

Facteurs liés à la surveillance des grossesses

- Possibilité d'accès aux consultations prénatales
- Niveau technique des agents de santé
- Motivation des agents de santé

- Facteurs liés à l'enfant :

Poids.

Âge gestationnel.

Malformations.

Les causes directes, médicales de la mort :

Très schématiquement

- Les pathologies de la grossesse

- Les naissances multiples

- Chez les prématurés :

Le refroidissement

L'infection

La détresse respiratoire par maladie des membranes hyalines

L'absence de motivation des soignants et des parents

- Chez les dysmatures :

L'anoxie périnatale par souffrance foetale

L'infection

L'absence de motivation des parents

- Chez les enfants à terme :

La souffrance périnatale par dystocies

LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ PÉRINATALE

Elle comprend à la fois :

L'amélioration du niveau de vie de la population.

L'information des parents et des dirigeants.

L'enseignement des agents de santé sur les connaissances nécessaires aux soins de ces enfants, les gestes à faire, les attitudes envers les enfants eux-mêmes et leurs familles.

L'amélioration des centres de soins.

Le développement des consultations pré et post-natales ainsi que de la planification familiale.

L'HYGIÈNE À L'HÔPITAL

et

dans les centres de soins

à tous les niveaux

Deux objectifs :

- Protéger les patients contre les infections.
- Protéger le personnel contre les infections microbiennes et les infections virales : hépatite B et SIDA.

Cinq moyens :

- L'eau propre : la source d'eau, l'eau bouillie.
- Les mains propres.
- La propreté des locaux : la construction, le lavage des sols et des murs.
- Les instruments propres : le nettoyage et la stérilisation, la désinfection.
- L'élimination des déchets.

OBJECTIFS ET MOYENS

Objectifs :

Protéger les patients contre les infections :

Tous les gestes d'examen et de soins peuvent être dangereux s'ils sont pratiqués avec des mains non ou mal lavées, des instruments mal stérilisés et souillés.

Les femmes enceintes sont très sensibles aux infections. Au moment de la naissance, la cavité utérine ouverte est un milieu de culture.

Les nouveau-nés, à la naissance, n'ont pas encore développé des défenses immunitaires contre les infections, surtout s'ils sont nés prématurément.

Les contaminations microbiennes sont les plus fréquentes et visibles immédiatement.

Abcès après une injection intramusculaire.

Suppuration d'une plaie d'épisiotomie.

Infection d'une plaie de césarienne.

Septicémie après avortement ou accouchement.

Les contaminations virales sont plus sournoises, car les manifestations cliniques ne se manifesteront pas immédiatement. Ce n'est que plusieurs mois (hépatite B) ou plusieurs années plus tard (SIDA) que les signes cliniques vont apparaître. Les femmes ne font alors pas la relation entre la maladie qu'elles portent et les gestes de soins reçus plusieurs années auparavant. Les soignants ne sont pas tenus au courant des conséquences des fautes d'asepsie qui ont provoqué ces infections.

Protéger les soignants contre les infections :

Actuellement, tous les soignants sont très au courant des risques de contamination par le SIDA à l'occasion du contact des mains avec les produits sanguins, ou à l'occasion d'une blessure avec une aiguille ou un bistouri.

Ils sont très heureux de pouvoir bénéficier de moyens de protection (gants par exemple). Mais il faut leur apprendre la manière de faire les gestes sans risque.

Il faut sensibiliser les gestionnaires pour qu'ils approvisionnent régulièrement les centres de santé du matériel nécessaire.

Les moyens

L'eau propre.

Les mains propres.

La propreté des locaux : la construction, le lavage des sols et des murs.

Les instruments propres : le nettoyage et la stérilisation, la désinfection.

L'élimination des déchets.

L'EAU PROPRE**Définition d'une eau propre**

C'est une eau qui ne contient pas de virus : Rotavirus source de diarrhées, Hépatites.

C'est une eau qui ne contient pas de microbes dangereux : Escherichia coli, Salmonelles.

Dans beaucoup de pays et de villes, il existe une organisation qui assure la distribution au robinet d'une eau propre, dont la qualité est contrôlée. Cette eau peut être utilisée telle qu'elle pour les soins courants.

La contamination de l'eau

Elle se fait par l'infiltration des produits des déjections humaines (urines, selles) à travers le sol vers les puits et les sources. Ou directement par déversement dans le puits de débris animaux ou de déchets de soins.

La protection de la source d'eau :

- La source :

Il faut délimiter une zone de protection clairement indiquée autour de la source, dans laquelle il sera interdit de séjourner, de bâtir, de faire paquer les animaux....

- Le puits :

On en creuse souvent un au voisinage du centre de santé.

L'eau du puits provient de l'infiltration de la nappe sous-jacente dans la cavité creusée. Quand on puise de l'eau, le niveau baisse dans le puits, de l'eau voisine est aspirée. Elle remplace l'eau puisée.

Le pourtour du puits doit être soigneusement préservé des souillures. L'ouverture du puits doit être couverte avec une dalle hermétique, laissant seulement un orifice de puisage. Les déchets doivent être jetés à distance. Les latrines doivent être éloignées.

Le curage annuel du puits élimine les boues qui ont pénétré avec l'eau et qui tendent à le combler progressivement. Il permet de disposer d'un niveau d'eau suffisant. La javellisation régulière, tous les mois par exemple, est une bonne précaution.

Le traitement de l'eau :

La filtration permet d'éliminer les boues.

La filtration simple sur un filtre grossier, linge par exemple, permet d'éliminer les boues, mais ce n'est pas suffisant.

Dans certaines régions elle est utilisée pour éliminer certains parasites.

Pour obtenir une eau sans bactéries, il faut ajouter une filtration avec un filtre de deux microns. Cela nécessite une installation d'eau sous pression et un entretien fréquent. La filtration n'élimine pas les virus.

L'eau bouillie :

Quand l'eau du robinet n'est pas assurément propre, il faut la faire bouillir pour les soins de la mère et du bébé et pour l'eau de boisson.

L'eau bouillie doit être utilisée dans la journée qui suit. Elle ne doit jamais être conservée dans un récipient pour une utilisation le lendemain. Les bidons munis d'un robinet dans lesquels cette eau est versée ne sont en effet pas stériles ni hermétiquement fermés. Dès le refroidissement au dessous de 60 degrés la prolifération microbienne est certaine.

Le bidon de réserve d'eau bouillie doit être nettoyé chaque jour à l'eau propre et au savon.

LES MAINS PROPRES, le lavage des mains

Les mains qui touchent le corps des patients, qui déplacent le matériel, les déchets, le sang, se chargent de microbes, de virus (hépatites).

Ceux-ci sont dangereux pour l'opérateur qui peut contracter des maladies graves, et pour les malades. Les mains non lavées sont le principal mode de transmission des infections hospitalières.

Il faut se laver les mains très souvent : au début de chaque journée de travail, avant et après chaque geste de soins : par exemple examen au cours d'une consultation, accouchement.

L'eau et le savon suffisent.

Description des gestes :

Gestes préalables :

- Enlever bagues, bracelets, montre.

- Curer soigneusement le dessous des ongles.

Technique :

1°) S'il y a de l'eau courante au lavabo :

- Ouvrir le robinet, prendre le savon, mouiller les mains et savonner les mains, poser le savon.
- Malaxer les mains savonnées, savonner les avant-bras pendant deux minutes.
- Rincer sous le robinet, en commençant par les mains, en terminant par les avant-bras.
- Sécher simplement à l'air.

2°) S'il n'y a pas d'eau courante :

- On utilise l'eau bouillie qui coule du bec d'une bouilloire.
- Faire couler l'eau sur les mains qui contiennent le savon.
- Malaxer les mains et savonner les avant-bras, comme en 1°).
- Rincer sous le filet d'eau qui coule du bec de la bouilloire.
- Sécher simplement à l'air.

Le port de gants est très utile. Il protège l'opérateur du SIDA.

LA PROPRETÉ DES LOCAUX

Dès le moment de la construction

Il faut penser aux installations sanitaires, aux évacuations d'eau, à la protection des murs, à la répartition des points d'eau, sans oublier les besoins des familles pour la cuisine, la vaisselle, le linge. Réserver un emplacement pour les déchets et l'incinérateur.

Le nettoyage des sols :

Quelques règles de base

- Evacuer le linge sale et les poubelles avant de commencer le nettoyage.
- Effectuer le nettoyage des sols tout en permettant aux soignants de circuler en sécurité (sol mouillé) sans souiller ce qui vient d'être lavé et n'est pas encore sec. Pour cela, il faut nettoyer les couloirs par moitié dans le sens longitudinal. Signaler le côté sur lequel il est interdit de marcher, jusqu'à ce que ce soit sec pour maintenir propre le couloir (balai ou banc en travers). Informer les malades de se tenir dans les chambres.
- Ne pas mélanger les produits : en particulier savon et eau de javel qui alors se neutralisent.
- Changer souvent les solutions pendant le travail.
- Encourager le personnel de ménage.

Méthodes :

Préparer le matériel et les produits à l'avance.

Toujours nettoyer du plus propre vers le plus sale. De l'intérieur (chambres, bureaux) vers l'extérieur (couloir). Ne pas oublier de nettoyer les plinthes qui sont incluses dans le sol.

Commencer dès la prise de travail des femmes de ménage par le poste de soins des infirmières, de manière à permettre aux infirmières d'assurer leur travail dans des locaux propres.

Techniques :

Dépoussiérage par balayage humide :

But :

Ramasser les poussières et les déchets, sans déplacer les poussières dans l'air, pour éviter le transfert des germes retombant sur le matériel de soins et sur les malades, réceptifs à la surinfection du fait de leur maladie. Se rappeler qu'1 gr de poussière contient 1 500 000 germes.

Avant de procéder au dépoussiérage, il est indispensable de déplacer les objets encombrants de la partie à nettoyer.

Nettoyage et désinfection :

Deux temps : le nettoyage. La désinfection.

Le plus économique est l'application d'un détergent suivi de l'application d'eau de javel. Dans ce cas, il ne faut jamais mélanger l'eau de javel avec un autre produit. Le mélange neutraliserait son effet désinfectant et pourrait produire le dégagement de chlore qui peut être toxique.

- Technique des deux seaux :

Matériel :

1 paire de gants de ménage - Deux serpillières en bon état et propres : une pour le lavage et le rinçage, l'autre pour l'application de l'eau de javel - Une raclette en bois (de préférence montée sur un manche) - 2 seaux de différentes couleurs : l'un pour le produit de nettoyage, l'autre pour le rinçage à l'eau claire - Produits : Savon mou, ou un autre détergent. Eau de javel (voir désinfection page 31).

Mode opératoire :

Tremper la serpillière de "nettoyage" dans le seau contenant le produit détergent. Essorer. Nettoyer le sol et les plinthes. Rincer et essorer la serpillière dans l'eau claire avant de la replonger dans l'eau savonneuse. Recommencer l'opération autant de fois que nécessaire. Changer l'eau de nettoyage et de rinçage dès qu'elles sont sales, soit environ tous les 50 m². Rincer le sol à l'eau claire.

Après le nettoyage, appliquer l'eau de javel avec l'autre serpillière. Laisser sécher.

Ces deux opérations peuvent être faites en un temps, en utilisant un produit à la fois détergent et désinfectant. Mais ces produits sont très coûteux.

L'entretien du matériel de nettoyage :

Après chaque séance de lavage il faut laver la serpillière les seaux et les gants à l'eau et au savon. Rincer. Tremper la serpillière dans l'eau de javel.

LES INSTRUMENTS PROPRES : Nettoyage, décontamination, stérilisation :**Règles de base :**

Tout le matériel utilisé pour les soins des patients doit être nettoyé vérifié stérilisé et conservé dans un endroit particulier, à l'abri de l'air et des poussières.

Les produits utilisés pour le nettoyage doivent être exempts de germes.

Ne pas utiliser de savon en pâte ou en pain laissé à l'air libre et ayant été en contact avec de l'eau, que ce soit pour le nettoyage des instruments ou le lavage des mains, car les germes qui vont y proliférer risquent d'être transmis aux mains des utilisateurs et aux patients.

Ne pas entreposer les instruments sales (pincés, spéculums....) dans le lavabo qui sert au lavage des mains.

LA STÉRILISATION**Généralités**

La stérilisation s'applique à un certain nombre d'objets qui serviront aux soins des malades. Par exemple : le linge et les instruments utilisés au cours d'une intervention chirurgicale. Les aiguilles et les seringues pour injections. Les sondes urinaires. Les tubulures et les solutés de perfusion. Les appareils d'explorations gynécologiques : spéculums, gants, etc....

La stérilisation détruit tous les microbes et les virus, en particulier le SIDA.

La stérilisation doit être faite de façon très soigneuse, en respectant des règles très précises, sinon le matériel n'est pas stérile. Il serait alors dangereux. Le personnel chargé de la stérilisation est un personnel très spécialisé. Il doit suivre une formation. Il faut contrôler son activité. Sa responsabilité est très importante.

Les étapes de la stérilisation :

Elles sont au nombre de six.

La décontamination

Le lavage

Le rinçage

Le séchage

La stérilisation proprement dite

Le stockage

La décontamination

Elle consiste à faire tremper le matériel dans une solution qui inhibe la croissance des microbes et détruit les virus sur la surface des instruments, en particulier le virus du SIDA. Ce geste est particulièrement important après tous les traitements sanglants : opérations chirurgicales, curetages, aspirations utérines pour interruption de grossesse par exemple. La décontamination protège le personnel qui transporte le matériel souillé jusqu' à la salle de nettoyage.

Elle doit être faite aussitôt après l'utilisation du matériel. Dans le bloc opératoire, à la sortie de la salle d'opérations. A la consultation, après l'utilisation d'un instrument. En salle d'hospitalisation, à la fin d'un geste de soins.

- Solutions de décontamination les plus simples :

Eau de Javel

Mode d'emploi :

Livrée en berlingot de 250 ml : 48°. Diluer un berlingot dans 750 ml d'eau propre. On obtient 1 litre d'eau de javel à 12°. C'est sous cette forme que l'eau de javel est distribuée dans les services.

Confection du mélange pour la décontamination : 1 l pour 10 l d'eau propre : temps de contact nécessaire 5 minutes.

Alcool à 70°

Temps de contact nécessaire : 5 minutes.

Le Lavage, le rinçage, le séchage

Lavage rinçage et séchage doivent être faits dans une pièce réservée à cet effet.

- La table de travail comprend : Deux bacs contigus. De part et d'autre de ces deux bacs, un plan de travail. Ce sont le plus souvent des paillasse recouvertes de céramique, ou en acier inoxydable. L'une d'elles recevra le matériel à nettoyer, l'autre le matériel nettoyé.

- Le personnel qui effectue le brossage doit être protégé des éclaboussures qui peuvent contenir des microbes ou des virus : vêtements, gants, bottes étanches, lunettes. Cet habillement devra être changé après chaque séance.

- Exécution des opérations de lavage, rinçage et séchage :

Les instruments parviennent à la stérilisation dans leurs boîtes. Ces boîtes sont placées sur la paillasse en attente de nettoyage. C'est le cas pour les instruments de chirurgie ayant servi à une opération. Les boîtes seront traitées une par une. Chaque boîte est vidée dans le bac contenant le détergent. La boîte est elle aussi lavée.

1° = Le lavage :

Le lavage débarrasse les instruments ou le linge des particules organiques : sang, tissus, pus, qui les recouvrent. C'est dans ces particules organiques que siègent les microbes et les virus.

Les instruments sont pris un à un et brossés à l'eau et au savon ou au détergent dans le premier bac. Il faut insister particulièrement sur les griffes et les stries des becs des pinces. Si on constate de la rouille, il faut la gratter et l'enlever complètement, car elle emprisonne des germes qui ne seront pas détruits par la stérilisation.

On ne stérilise bien que ce qui est propre.

2° = Le rinçage

Le rinçage enlève les débris détachés par le lavage et le savon.

Les instruments brossés sont placés aussitôt un à un dans le bac de rinçage, rempli d'eau propre. Quand toute la boîte est rincée, les instruments sont sortis de l'eau de rinçage et placés sur la paillasse. L'eau du bac de rinçage est changée. Le bac est nettoyé avec du savon, rincé et rempli à nouveau d'eau propre.

Le matériel est maintenant propre.

3° = Le séchage

Le séchage enlève l'humidité. Il est fait avec un linge sec et propre. Dès que ce linge est humide, il faut le remplacer par un autre linge. On commence par sécher la boîte d'instruments. Puis les instruments, un à un. Ceci permet le comptage, vérification indispensable à la gestion du matériel.

On ne stérilise bien que ce qui est sec.

La stérilisation

Les deux méthodes les plus courantes de stérilisation sont :

La chaleur : la vapeur sous pression (Autoclave) et la chaleur sèche (Poupinel).

Les liquides. Cette méthode de stérilisation par trempage est employée pour les instruments qui ne supportent pas la chaleur : plastiques, endoscopes....Elle est très coûteuse et ainsi le plus souvent inaccessible aux petits centres de santé. C'est pourquoi nous ne la décrivons pas.

Il existe aussi des méthodes légères :

L'ébullition.

Le flamage à l'alcool.

Le stockage

Les boîtes métalliques sont rangées dans un local ou un placard. S'il y en a beaucoup, une étiquette permet d'identifier la date de stérilisation. Ils doivent être utilisés au plus tard 48 heures après la stérilisation. Si les boîtes sont en mauvais état, la conservation de la stérilité n'est que de quelques heures.

Contrôle des appareils de stérilisation :

Bien lire les indications d'utilisation.

En particulier la température. Ce n'est pas toujours facile, car la graduation utilisée varie selon les pays constructeurs.

Selon la provenance des appareils, les indications de la température sont en degrés "Celsius" (Europe, Asie) ou en degrés "Fahrenheit" (Amérique du Nord).

Le tableau suivant permet de faire facilement la conversion ou le calcul.

Conversion degré Fahrenheit / degré Celsius

L'échelle de température européenne est le "degré Celsius" (degré C).

248° Fahrenheit. correspondent à 120° Celsius

Les formules de conversion sont les suivantes :

- Pour passer de degré C en degré F :

Température en degré F = (9/5 X T° C) + 32

- Pour passer de degré F en degré C :

Température en degré C = 5/9 X (T°F - 32)

Le contrôle des appareils doit être fait au moins une fois par an par un spécialiste, qui devra faire un rapport écrit.

Points à surveiller particulièrement dans un autoclave : joint de porte, manomètre, thermomètre, système de vide.

Points à surveiller particulièrement dans un poupinel : thermomètre, joint de porte, thermostat, minuterie.

LA STÉRILISATION À LA VAPEUR : AUTOCLAVE

Principes :

La stérilisation est obtenue par de la vapeur d'eau sous pression. La vapeur sous pression pénètre les boîtes et va au contact des instruments et des fibres du linge qui y sont placés.

L'autoclave est un contenant étanche. La pression de la vapeur d'eau augmente quand la température s'élève selon une loi de physique.

A 120°C la pression est de 1 kg

A 126°C la pression est de 1,4 kg

A 134°C la pression est de 2 kg

Le temps de contact du matériel, nécessaire pour obtenir une stérilisation, varie selon les niveaux de température et de pression choisis.

120°C - 1kg - 20 minutes

126°C - 1,4 kg - 15 minutes

134°C - 2kg - 10 minutes

Les indications de température et de pression lues sur le thermomètre et le manomètre doivent être concordantes.

Le matériel n'est stérilisé que si les indications de pression de température et de temps ont été réunies, respectées et vérifiées.

On stérilise à la vapeur :

Linges, instruments, verre, silicone, caoutchouc. Le caoutchouc est souvent altéré et déformé à 120 degrés. Le linge doit être sec à la sortie. Sinon, il n'est pas stérile.

Étapes de la stérilisation à l'autoclave :

Chauffage - vide - admission de la vapeur - stérilisation - vide (séchage).

Les boîtes :

Les boîtes à couvercle contiennent les instruments.

Les boîtes rondes : "cylindres, tambours" sont utilisées pour le linge : champs, casaques. Le linge ne doit pas être tassé. Pas plus de deux blouses et deux champs par cylindre, sinon la vapeur ne pénètre pas complètement le tissu. Les orifices du cylindre doivent être ouverts avant l'entrée dans l'autoclave et refermés aussitôt après la sortie de l'autoclave. La durée de la conservation est de 24 à 48 heures seulement, si la boîte est en bon état.

Les boîtes doivent être maintenues en bon état. Il faut les réparer en cas de détérioration. Le matériel ne se conserve pas stérile dans une boîte abîmée.

Les autoclaves simplifiés : (autoclaves UNICEF). Ce sont de véritables autoclaves. Leur avantage est de pouvoir fonctionner avec plusieurs sources de chaleur : électricité, bois....

Description :

Ces autoclaves comprennent :

Une cuve.

Un couvercle.

Un panier intérieur.

- La cuve. Ses bords ne doivent pas être bosselés par des coups. La fermeture ne serait plus assurée.

- Le couvercle s'adapte sur la cuve le plus souvent sans joint. La fermeture est assurée par le serrage d'écrous à oreilles. Il ne faut pas forcer.

Sur le couvercle il y a :

Un thermomètre. Le capteur de ce thermomètre est parfois contenu dans le couvercle. Il est parfois placé à l'extrémité d'une tige souple qui plonge dans la cuve. Il est le plus souvent gradué en "degrés Fahrenheit" (degré F). C'est l'échelle de mesure de température américaine.

Une vanne.

Elle permet d'ouvrir sur l'air libre et de faire échapper la vapeur en fin de stérilisation.

Une soupape de sécurité.

- Un panier intérieur. C'est dans ce panier intérieur que l'on place les boîtes et les cylindres à stériliser. Ce panier est muni d'un petit conduit dans lequel

la tige souple du manomètre doit être introduite au moment de la fermeture du couvercle.

Si ce panier n'existe pas, il faut confectionner une grille pour que les boîtes soient au dessus du niveau de l'eau.

Utilisation :

- Mettre un peu d'eau dans le fond de la cuve de l'autoclave. L'eau ne doit pas toucher le fond du panier.
- Remplir l'autoclave avec les boîtes et les cylindres contenant le matériel nettoyé qui doit être stérilisé. Les orifices des cylindres doivent être ouverts.
- Fermer le couvercle, en serrant modérément les écrous. Veiller que la tige du manomètre, si elle existe, soit introduite dans le conduit du panier prévu à cet effet. Jamais en dehors.
- Fermer la soupape du couvercle. (voir la figure 1 page 30). Il faut tirer légèrement sur la soupape pour pouvoir la manoeuvrer.
- Placer sur le réchaud ou sur le feu. Surveiller la montée de la température jusqu' à 120° C, ou 248 ° F. Conserver sur le feu vingt minutes à cette température.
- Sortir du feu et poser à côté.
- Ouvrir la soupape jusqu'à ce que toute la vapeur soit échappée.
- Ouvrir le couvercle. Sortir le panier intérieur.
- Fermer les orifices des tambours.

Nettoyage :

De la cuve, du couvercle, du panier.

Avec de l'eau et du savon, bien rincer, sécher.

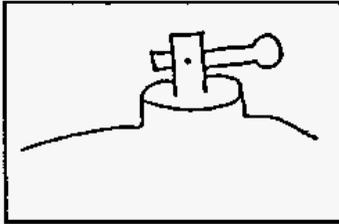
Eviter de mettre du savon dans les orifices du couvercle.

Encore plus simple :

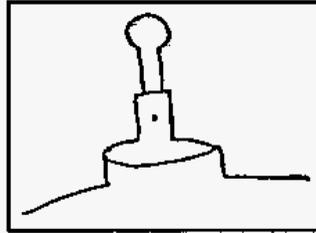
La "cocotte minute", autocuiseur ménager.

On peut utiliser l'autocuiseur ménager pour la stérilisation de petites quantités d'instruments. Un peu d'eau est placée au fond. Les instruments dans leur boîte sont déposés sur une grille au dessus du niveau de l'eau. Le temps de stérilisation est de 30 minutes à partir du moment où la vapeur sort de la soupape. La soupape est alors enlevée, ce qui permet une sorte de séchage.

**Autoclave " U N I C E F"
Vanne d'échappement de la vapeur**



Position fermée



Position ouverte

Figure 1 :
Vanne d'échappement de la vapeur des
autoclaves "UNICEF"
Pour fermer la vanne, il faut la tirer
légèrement vers le haut, puis la rabattre

LA STÉRILISATION À LA CHALEUR SÈCHE : POUPINEL

Principes :

L'air chauffé à une température élevée détruit les microbes et les virus.
Pour une bonne stérilisation au Poupinel, il faut que le temps de contact à la température nécessaire soit respecté.

180°C	pendant	30 minutes
170°C	pendant	1 Heure
160°C	pendant	2 Heures

On stérilise au poupinel :

Les instruments métalliques dans une boîte. Il ne faut jamais les disposer libres sur un plateau. Jamais le linge ! Le plastique, le caoutchouc, ne supportent pas la température du poupinel.

Pratique :

Mettre les boîtes dans l'appareil. Mettre l'appareil à chauffer. Quand la température atteint le niveau souhaité, noter l'heure. Revenir débrancher l'appareil au bout du temps correspondant à la température. Si ces pratiques ne sont pas respectées, le matériel n'est pas stérile.

LES MÉTHODES LÉGÈRES

Ce ne sont pas des méthodes qui permettent la conservation du matériel stérilisé.

Le matériel stérilisé avec ces techniques doit être utilisé immédiatement.

L'ébullition :

La stérilisation par ébullition ne doit être faite qu'après nettoyage et séchage, et aussitôt avant d'utiliser le matériel.

Technique :

Mettre les instruments dans un récipient pouvant aller sur le feu, recouvrir d'eau, et mettre un couvercle. Faire bouillir pendant 20 minutes. Si on ne doit pas utiliser les instruments tout de suite, il faut les laisser dans le récipient, avec le couvercle, sans enlever l'eau.

Le flamage à l'alcool :

Technique :

Mettre de l'alcool dans un récipient métallique et allumer avec une allumette. Passer les instruments dans la flamme en les tenant avec une pince. Il ne faut pas les reposer ensuite dans ce récipient.

LA DÉSINFECTION :

La désinfection permet de débarrasser les instruments des microbes ou des virus qu'ils supportent, pour une utilisation ou une réutilisation immédiates.

Les étapes de la désinfection :

- Décontamination : Trempage, rinçage à l'eau propre.
- Nettoyage : brossage à l'eau et au savon ou détergent, rinçage à l'eau propre.
- Trempage dans la solution désinfectante.
- Rinçage à l'eau propre.

Le matériel doit être utilisé aussitôt.

Attention, le matériel désinfecté n'est pas stérile. Utilisé en consultation, il ne doit pas servir à la chirurgie.

Liquides désinfectant :

Le liquide désinfectant le plus souvent utilisé est l'eau de javel.

L'eau de Javel se présente sous deux formes :

1°) Eau de javel concentrée 48° : berlingot plastique ou flacon de 250 ml.

2°) Eau de javel diluée. Elle est confectionnée à partir de l'eau de javel concentrée à 48°. Un berlingot (250 ml) dans 750 ml d'eau propre. On obtient 1 litre à 12°. C'est la solution habituellement distribuée dans les services d'un hôpital.

Il faut diluer cette solution de façon différente selon la désinfection souhaitée.

Pour la désinfection des instruments : 1 litre dans 10 litres d'eau propre.

Temps de contact nécessaire : 5 minutes.

Pour la désinfection des sols, le ménage, la vaisselle : 25 ml dans 10 litres d'eau propre.

L'eau de javel est inactivée par les matières organiques. Il faut changer souvent la solution : au moins une fois par jour, plus souvent s'il y a du sang. Elle est inactivée aussi par le savon. Il ne faut pas la mélanger avec l'eau savonneuse du nettoyage.

L'ÉVACUATION DU LINGE SALE ET LE TRAITEMENT DES DÉCHETS**LE LINGE SALE**

Il doit être évacué vers la buanderie le plus rapidement possible.

Le linge du bloc opératoire ou de la salle d'accouchements.

Le linge des salles de soins.

Dès la fin de l'intervention ou du soin, il doit être placé dans des sacs en plastique, pouvant être fermés. Ces sacs seront entreposés dans une pièce spéciale "linge sale", ou mieux, emportés immédiatement à la buanderie. Attention ! Le sang est un véhicule du SIDA.

Le linge des chambres des patients :

Le changement de linge est effectué pour l'essentiel une fois par jour. Dans ce cas, les draps, alèzes, etc.... de chaque chambre sont placés aussitôt dans des sacs qui seront évacués en bloc vers la buanderie à la fin des changes de l'unité.

LES DÉCHETS

Déchets alimentaires :

A la fin des repas, ils sont collectés dans des poubelles et évacués aussitôt.

Déchets de soins :

- Compresses, seringues, tubulures,....Lors de chaque soin à un malade, les déchets sont jetés immédiatement dans un récipient : sac plastique ou boîte. Ils seront collectés dans des poubelles spéciales portées à l'incinérateur.
- Le problème particulier des aiguilles, des lames de bistouris. Ces objets tranchants et piquants peuvent être souillés de microbes et surtout porteurs du virus de l'hépatite B et du SIDA. Après chaque injection, les aiguilles doivent être jetées aussitôt dans un flacon en plastique à col étroit, contenant un produit décontaminant. Ce flacon sera jeté tel que avec les produits à incinérer.

Déchets humains :

Placentas, sang en caillots, ne doivent pas être donnés à la consommation animale. Ils doivent être enterrés ou brûlés.

Déchets du nettoyage de la cour du centre de santé ou de l'hôpital :

On y trouve souvent des seringues en plastique, des compresses, des aiguilles, des déchets alimentaires, des sacs de plastique dont on ne connaît pas ce qu'ils ont contenu.

Après balayage, ces déchets doivent être incinérés.

On ne doit pas évacuer les déchets hospitaliers vers la décharge publique.

CONFECTION D'UN INCINÉRATEUR SIMPLE

Fabrication

Prendre un bidon de 200 litres usagé (essence, fuel, huile).

Découper et enlever un côté. On obtient un cylindre ouvert vers le haut.

Découper sur la paroi du bidon du côté fermé un orifice de 20 cmX15 cm environ, qui servira d'entrée d'air et d'évacuation des cendres.

Percer 20 cm au dessus de cet orifice des trous dans la paroi du bidon et y insérer des barres de fer afin de créer une grille.

Poser le "bidon-incinérateur" sur des pierres plates ou des parpaings de ciment pour protéger le fond de l'humidité.

Emploi :

Les déchets à brûler sont placés dans le bidon sans tasser.

Arroser d'un peu de gasoil.

Le feu est allumé par dessous.

Les cendres et les déchets imbrûlés sont extraits par la trappe et enterrés.

LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

ORGANISATION D'UN SERVICE DE CONSULTATION PRÉNATALE :

Les locaux :

La consultation prénatale doit être isolée du reste du centre de santé, même si elle se trouve dans le même bâtiment. Les locaux doivent comprendre :

- Une salle d'attente. On peut profiter de l'attente pour faire de l'éducation sanitaire avec des affiches, des feuillets, des vidéos.
- Une pièce pour la discussion entre la mère et la sage femme ou le médecin. Le père et la grand mère peuvent assister à cette partie de la consultation.
- Une autre pièce pour l'examen gynécologique ou seule la femme entre, ce qui permet une discussion confidentielle. Un lavabo dans cette salle d'examen.
- Un WC toilette.

Le personnel

Médecin, sage femme, femme de ménage.

L'équipement :

Table d'examen. Appareil à mesurer la tension artérielle. Mètre ruban. Toise. Pèse personne. Stéthoscope de Pinard. Spéculum. Bassine pour le recueil des saletés. Tubes à essai, lampe à alcool, ou bandelettes. Fiches de compte rendu d'examen. Carnets de maternité.

La prise des rendez-vous :

Les rendez-vous sont centralisés auprès d'une personne qui tient le cahier avec les noms des consultantes. Il y a intérêt à organiser les rendez-vous de telle sorte que la femme enceinte rencontre toujours la même personne, si possible celle qui l'assistera pendant l'accouchement.

LE DÉROULEMENT D'UNE CONSULTATION PRÉNATALE :

La courtoisie, l'amitié, la confiance, permettent un bon examen. Les complications sont alors mieux dépistées, les accidents en cours de grossesse et au moment de la naissance sont diminués.

Les personnes participant à la consultation sont au nombre de trois :

La femme enceinte

L'examineur

La famille, représentée le plus souvent par la grand-mère, parfois par le père.

Les cinq temps successifs d'une consultation prénatale :

1 - La sage femme ou le médecin accueillent la femme, avec amitié.

2 - La femme pose ses questions, raconte ses soucis.

3 - L'examineur interroge la femme

4 - L'examineur fait l'examen clinique.

5- L'examineur conclut et donne les conseils. Il fait les prescriptions. Il explique à la mère, écrit sur le dossier et sur le carnet de maternité les résultats de son examen et ses conclusions. Il fixe la date de la consultation suivante.

Combien de consultations prénatales ? Quand doivent-elles avoir lieu ?

Une consultation prénatale doit avoir lieu à chacun des trois moments importants de la grossesse :

Le début de la grossesse

Le milieu de la grossesse

Le dernier mois de la grossesse.

**LA CONSULTATION DU DÉBUT DE LA GROSSESSE
AVANT LE 4° MOIS**

L'examineur accueille la femme et sa famille avec amitié.

Il écoute les questions posées par la femme.

Il se pose lui-même certaines questions spécifiques de l'âge de la grossesse.

Voici les questions que chacune des personnes assistant à la consultation se pose.**- La femme :**

- Est-ce que je suis enceinte ?

- Suis-je en état de supporter cette grossesse ?

- Quand vais-je accoucher ?

- L'examineur :

- Est-elle enceinte ?

- La grossesse est-elle normale ?

- Cette future mère pourra-t-elle supporter normalement sa grossesse ?

Doit-elle dès maintenant aller consulter à la maternité de référence ?

- La famille :

- Ma femme, ou ma fille, est-elle enceinte ?
- Cette grossesse est-elle désirable maintenant ? Si la grossesse n'est pas désirable, quel est l'avis du médecin ?
- Que devons-nous faire pour l'aider ? Alimentation, activités domestiques, travail.

Le rôle de l'examineur

Existe-t-il des signes de grossesse ?

Signes subjectifs : nausées, vomissements, somnolence, envies fréquentes d'uriner, seins tendus et sensibles.

Quelle est la date des dernières règles : Références aux lunes, aux marchés, aux fêtes.

La prévision de l'accouchement : 1° jour des dernières règles, plus 10 mois lunaires ou 9 mois du calendrier.

Cette femme est-elle bien portante ?

Interrogatoire :

La sage femme interroge la future mère à la recherche d'une maladie connue et sur le déroulement des grossesses antérieures

Examen général :

Il recherche l'existence d'une maladie qui pourrait contraindre ou compliquer la grossesse (Voir le hors texte "les signes d'alerte", page 50).

L'examen du ventre :

L'examen orienté sur la grossesse est toujours fait après lavage des mains.

La femme allongée, le palper du ventre montre un volume utérin de la grosseur d'une orange. L'utérus gravide s'épaissit d'avant en arrière et devient sphérique.

L'auscultation avec le stéthoscope de Pinard recherche les bruits du coeur foetal.

On peut les entendre dès le 4° mois, en écoutant au dessus du pubis. C'est le seul signe de vitalité du fœtus. (Voir la Fig. 2, page 51)

Au toucher vaginal¹, le doigt qui suit le cul de sac latéral, au lieu de s'enfoncer librement, bute contre le pourtour évasé de l'utérus (Signe de Noble).²

¹ Cet examen ne peut être fait que si l'on dispose de doigts stériles

Au spéculum, la couleur du col est violacée. Il faut rechercher des cicatrices, des lésions, des signes d'infection.

L'examen du périnée. Il recherche une cicatrice de déchirure ; les séquelles d'une excision.

Les examens complémentaires :

- analyse d'urines à la recherche d'albumine.
- prise de la tension artérielle. Les chiffres d'une tension normale sont moins de 14 pour la maxima et moins de 9 pour la minima.

Conclusion de l'examen

Les résultats de l'examen, les conclusions et les conseils donnés seront écrits sur le carnet de maternité et sur le dossier médical.

Est-ce une grossesse à risques ?

Faut-il envoyer la femme consulter dans une maternité de référence ?

La sage femme ne peut répondre à cette question qu'après avoir interrogé et examiné soigneusement la future mère.

La colonne de droite située hors texte page 50, donne la liste des grossesses à risque que l'on peut dépister dès ce moment.

Conseils qu'il faut donner si la grossesse est normale

Alimentation : variée, riche en légumes, fruits, produits lactés. Hygiène de vie : éviter les travaux pénibles, les longs voyages. Vaccination antitétanique. Revenir vers le 6^e mois.

La grossesse extra utérine est la principale complication à ce stade. Elle s'annonce par des douleurs abdominales, des vertiges, des pertes noirâtres. Ces symptômes imposent une consultation d'urgence.

La rupture brutale des parois de la trompe gonflée par la croissance de l'oeuf se traduit par une douleur intense, un état de choc, du à l'hémorragie interne. Voir figure 3 page 51

AU MILIEU DE LA GROSSESSE, VERS LE 6^e MOIS

Les questions que chacun des intervenants se posent

- La future mère :

- Mon bébé est-il bien portant ?
- Se développe-t-il bien ?

- Le médecin ou la sage femme :

- La grossesse est-elle bien supportée par cette femme ?
- La croissance du foetus est-elle normale ?
- Y a-t-il des signes de toxémie ?
- Y a-t-il d'autres signes pathologiques ?
- Si je trouve des signes de pathologie, dois-je conseiller d'aller consulter dès maintenant à la maternité de référence ?

- La famille :

- L'enfant se développe-t-il normalement ?
- Que devons-nous faire pour aider la femme à bien supporter cette grossesse ?

La grossesse est-elle bien supportée par cette femme ?

L'interrogatoire de l'examineur :

Les mouvements actifs sont-ils bien perçus ?

Que s'est-il passé depuis le début de cette grossesse ?

Hémorragies - Maladies - Fièvre - Médicaments - Douleurs, contractions utérines, pertes, brûlures - Démangeaisons - Céphalées, mouches volantes, sont des signes d'alerte.

L'examen général, après lavage des mains. Le poids, en comparant avec le poids de la première consultation. Les muqueuses à la recherche de signes d'anémie. Les membres inférieurs, à la recherche d'œdèmes.

Les examens complémentaires :

La recherche d'albumine dans les urines. La prise de la tension artérielle. Les signes d'alerte sont 14 et plus pour la maxima et 9 et plus pour la minima.

Le fœtus est-il bien portant ?

Trois signes l'attestent :

La mobilité spontanée du fœtus.

L'augmentation du volume de l'utérus

La présence des bruits du cœur fœtal

= La mobilité du fœtus est ressentie par la femme

= La croissance du fœtus est appréciée par la mesure de la hauteur utérine avec le mètre ruban. Après lavage des mains.

La palpation de l'abdomen cherche d'abord à reconnaître le corps du fœtus. (Voir la Fig.4, page 52). La mère est couchée sur le dos. On se place sur son côté droit. La main droite est placée sur le côté droit de l'utérus, la gauche sur le côté gauche, les doigts vers le pubis. On recherche la tête du fœtus. Elle est sentie comme une boule dure, au dessus du pubis. Si on ne la sent pas en bas, il faut la rechercher du côté du fond utérin. Les mains sont alors placées en sens inverse de la première manoeuvre. C'est au cours de la palpation que l'on peut faire le diagnostic de position anormale, d'hydramnios, de grossesse gémellaire.

Technique de la mesure de la hauteur utérine : (Voir la Fig. 4 bis, page 52)

Prendre l'extrémité du mètre ruban avec la main droite. Appliquer l'extrémité sur le bord supérieur du pubis. Étendre le mètre sur le grand axe de l'utérus en le tenant entre l'index et le médius de la main gauche. Palper le fond utérin avec le bord cubital de la main gauche placée perpendiculairement à

la paroi abdominale. Le mètre ruban est tendu de façon rectiligne. Lire la distance.

HAUTEUR UTÉRINE	
Suivant le terme	
6 Mois	26 cm
7 Mois	30 cm
8 Mois	33 cm
9 Mois	35 cm

Hauteur utérine suivant le terme

Les signes d'alerte donnés par la mesure de la hauteur utérine sont :

Enfant trop gros	Gémellaire
	Diabète
	Hydramnios
	Gros bébé
Enfant trop petit	Erreur de terme
	Retard de croissance intra utérin
	Mort foetale

= L'auscultation avec le stéthoscope de Pinard permet d'entendre les bruits du coeur. La fréquence cardiaque foetale se situe entre 120 et 160 battements par minute.

Le toucher vaginal n'est indiqué que s'il existe des signes faisant craindre un accouchement prématuré. Il recherche une béance du col³

L'examen au spéculum en cas d'infection est l'affaire du spécialiste.

Les conseils pour une grossesse normale :

Repos.

Alimentation diversifiée : Viande, poisson, oeufs. Haricots, arachides, riz, igname, pommes de terre et patates. Légumes et feuilles. Fruits crus.

Interdits : café, tabac, piment, travaux pénibles, voyages....

La seule prescription de médicaments est celle de fer. Chaque jour, pendant les derniers mois de la grossesse : 100 mg de Fe, 5 mg d'acide folique.

Les indications de consultation à la maternité de référence

- Une pathologie maternelle, comme au cours de la consultation de début de grossesse, si la femme vient pour la première fois.

³ Cet examen ne peut être fait que si on dispose de doigtiers stériles

- Enfant trop gros ou trop petit par rapport au terme supposé de la grossesse.
- Contractions utérines : menace d'accouchement prématuré.
- Œdèmes, hypertension artérielle, albuminurie : signes de toxémie gravidique.
- Saignements : risque de placenta praevia.
- Ecoulements : rupture prématurée de la poche des eaux, infection.
- Bruits du coeur non entendus.

Les résultats de l'examen, les conclusions et les conseils donnés seront écrits sur le carnet de maternité et sur le dossier médical. Ils seront expliqués soigneusement à la mère et à la famille.

A partir du 6° mois, une consultation mensuelle peut être utile

La toxémie gravidique :

Elle est tellement fréquente et ses complications sont si graves qu'elle mérite un peu de détails.

Rappelons que les trois signes qui l'annoncent sont :

- Les oedèmes des membres inférieurs
- L'hypertension artérielle.
- L'albuminurie.

Leur présence, isolément ou en association, doit imposer une consultation à la maternité de référence.

Les céphalées, la sensation de mouches devant les yeux sont des signes de gravité.

Le seul traitement efficace est le repos, dès les premiers signes. Ce repos permet le plus souvent de prévenir les accidents graves. Il permet aussi une meilleure croissance du fœtus en évitant les grandes dysmaturités. L'accouchement à la maternité est indispensable. L'hospitalisation préalable ou le séjour à côté de la maternité sont conseillés dans les derniers jours de la grossesse.

A LA FIN DE LA GROSSESSE, AU 8° MOIS ENVIRON

Les questions que chacun des intervenants se posent

- La future mère :

- Est-ce que mon bébé grandit bien ?
- Quand va-t-il naître ?
- Ou va-t-il naître : chez moi ? À la maternité de la commune ? À la ville ?
- Que dois-je préparer pour la naissance ?

- L'examineur :

- La croissance du fœtus est-elle correcte ?
- Existe-t-il des signes de toxémie ?

- Quelle est la présentation ?
- Existe-t-il des complications ?
- Dois-je conseiller à cette femme d'aller attendre la fin de sa grossesse à proximité de la maternité ?

- La famille :

- Quand l'enfant va-t-il naître ?
- L'accouchement sera-t-il difficile ?
- Quel est l'endroit où elle devra accoucher ?

L'interrogatoire fait par l'examineur :

Les mouvements du fœtus sont-ils présents ?

La femme ressent-elle des douleurs dans le ventre ? Y a-t-il un saignement ? Un écoulement de liquide ? Des vertiges, des mouches volant devant les yeux ? Ces symptômes sont des signes d'alerte.

L'examen clinique est toujours fait après lavage des mains

La mère est-elle bien portante ?

Existe-t-il des signes :

D'anémie ? Il faut examiner les muqueuses.

De toxémie ? Mouches, céphalées. Il faut palper les membres inférieurs à la recherche d'œdèmes. Rechercher l'albumine dans les urines, prendre la tension artérielle. Les critères d'hypertension artérielle sont les mêmes que lors de l'examen du 6^e mois.

Quelle est la position du fœtus ? (Voir la Fig. 5, page 53)

L'aspect du ventre. Allongé de haut en bas : il s'agit d'une position longitudinale, la plus courante. Étala transversalement : ce peut être une position transverse, dangereuse.

La palpation. La mère est couchée sur le dos. On se place sur son côté droit. La main droite est placée sur le côté droit de l'utérus, la gauche sur le côté gauche, les doigts vers le pubis. On recherche d'abord la tête du fœtus. Elle est sentie comme une boule dure. Le plus souvent au dessus du pubis. C'est une présentation du sommet, l'accouchement devrait être normal. Si on ne la sent pas en bas, il faut la rechercher du côté du fond utérin. Les mains sont alors placées en sens inverse de la première manoeuvre. Si on la sent de ce côté, il s'agit d'une position en siège. Il faudra être beaucoup plus attentif. On recherche ensuite le dos. Il est senti comme un plan dur, en général sur un côté de l'utérus. L'aspect étala de l'utérus, la perception de la tête dans un des flancs, signent la présentation transverse. L'accouchement de cette présentation est impossible. Il faut adresser la femme à la maternité de référence pour une césarienne.

Le fœtus est-il bien portant ?

Dans ce cas la hauteur utérine correspond au terme de la grossesse. (Voir le tableau ci-dessous).

Les mouvements actifs du fœtus sont bien perçus.

L'auscultation des bruits du cœur :

Les bruits du cœur sont perçus avec le maximum d'intensité au niveau de l'épaule du fœtus. Un foyer bas situé aide au diagnostic de présentation du sommet. Un foyer haut situé au diagnostic de présentation du siège. Un foyer bas et un foyer haut aident au diagnostic de grossesse gémellaire. La fréquence cardiaque foetale normale se situe entre 120 et 160 battements par minute.

Hauteur utérine	Poids du fœtus
En cm	En grammes
27 cm	2.100
29 cm	2.500
30 cm	2.800
31 cm	3.000
32 cm	3.150
33 cm	3.300
35 cm	3.450

Estimation du poids du fœtus en fonction de la hauteur utérine

L'accouchement sera-t-il facile ou difficile ?

Cette question est importante chez la primipare.

Chez les primipares en effet, la tête du fœtus descend (s'engage) dans le bassin vers le huitième mois. Si la tête du fœtus est engagée dès le 8^e mois, l'accouchement a toute chance de se faire facilement, car le reste du corps de l'enfant sortira sans problème. Si la tête n'est pas engagée, le travail risque de se prolonger pendant très longtemps avec un grand risque de mortalité maternelle et foetale.

Le palper abdominal permet d'évaluer l'engagement ou non de la tête.

Technique de la recherche de l'engagement de la tête : (voir la Fig. 6, page 54)

La position des mains est la même que pour localiser la tête.

Quand la tête n'est pas engagée dans le bassin, la main droite palpe le front, la main gauche palpe l'occiput.

Quand la tête est engagée, la main gauche ne palpe pas l'occiput, le moignon de l'épaule est à moins de trois travers de doigt de la symphyse pubienne, on ne sent plus le sillon du cou.

On peut aussi rechercher l'engagement par le toucher vaginal.
Quand les doigts introduits perpendiculairement au plan du bassin butent sur la présentation, celle-ci est engagée. *1

Il faut essayer de fixer la date de la naissance.

En tenant compte des calculs du terme supposé. En mesurant la hauteur utérine pour apprécier le poids du fœtus.

L'accouchement peut-il avoir lieu à la maternité de la commune ?

La femme ne peut pas accoucher au village si :

Raisons médicales :

- Âge jeune (moins de 15 ans) ou vieux (plus de 40 ans),
- diabète, toxémie, cardiopathie, tuberculose,
- Poliomyélite, anémie sévère, boiterie, taille < 1m60

Raisons chirurgicales :

- La cicatrice d'une césarienne antérieure.

Raisons obstétricales :

Antécédents

- Grande multipare, plus de 5 grossesses.
- Forceps, ventouse, symphysectomie, césarienne.
- Hémorragie de la délivrance, enfant mort-né, mort in utéro.

Signes d'examen :

- Utérus trop gros : Hydramnios, gémellaire, diabète.
- Utérus trop petit : erreur de terme, mort foetale, toxémie.
- Présentation dangereuse : transverse, siège chez une primipare.

Dans ces cas, il faut conseiller à la femme d'aller habiter près de la maternité de référence, 15 jours avant la date prévue pour la naissance. La famille et les amis pourront l'aider à se reposer et à subvenir à ses besoins.

A l'hôpital, on peut réserver quelques chambres où les mères pourront venir habiter avant l'accouchement, sans payer les frais de l'hospitalisation.

Les conseils pour la fin d'une grossesse normale :

Ce sont les mêmes que lors de la consultation du 6^e mois.

Que doit-on préparer pour le jour de la naissance ?

C'est ce qu'on appelle le "trousseau de la maternité". Il comprend en général des objets que la sage femme ou l'établissement d'accouchement ne peuvent pas fournir :

Une natte, une bouilloire, du linge propre. En particulier trois linges de 60x60 cm environ pour le séchage de l'enfant dès la naissance. Des vêtements propres pour la mère et pour le bébé.

La nature de ces articles est variable selon les habitudes et selon la richesse de la maternité.

Les résultats de l'examen, les conclusions et les conseils donnés seront écrits sur le carnet de maternité et sur le dossier médical. Ils seront expliqués soigneusement à la mère et à la famille.

A partir du 8° mois, une consultation tous les 15 jours peut être utile

**“Sage femme, ma conseillère, mon amie,
J’ai confiance en toi
J’ai besoin de toi pendant mon accouchement !”**

**“Je ferai mon possible pour être présente,
Mais
N’oublie pas de m’appeler au début du travail !”**

LES SIGNES D’ALERTE QUEL QUE SOIT LE TERME DE LA GROSSESSE

La constatation de l’un de ces signes doit faire proposer à la femme une consultation à la maternité la plus proche, pour demander les conseils du médecin ou d’une sage femme expérimentée.

L’âge : moins de 15 ans ; plus de 40 ans

La taille : moins de 1m60

Une maladie ancienne ou en évolution :

Cardiopathie - tuberculose - Anémie - Goitre - Boiterie

Des antécédents obstétricaux :

Grande multiparité : plus de 5 grossesses

Avortements

Enfants mort nés

Suites de couches hémorragiques

Forceps, ventouse, symphysectomie

Césarienne antérieure

L’existence de symptômes anormaux :

Douleurs abdominales - Contractions utérines

Saignements - Expulsion de débris

Fièvre

Brûlures mictionnelles - Pertes

Perte de connaissance
 Disparition des mouvements actifs du fœtus

Les signes de toxémie :

Hypertension artérielle : 14 et plus pour la maxima. 9 et plus pour la minima.
 Protéinurie.
 Oedèmes des membres inférieurs.
 Céphalées, barre épigastrique violente douleur abdominale.
 Crise convulsive.

Une taille anormale du fœtus :

Trop gros : Gros bébé - Grossesse gémellaire - Diabète - Hydramnios
 Trop petit : Erreur de terme - Mort foetale - Toxémie - Retard de croissance intra-utérin

Une présentation dangereuse : transverse, siège chez une primipare. Tête non engagée au 8^e mois chez une primipare.

La rupture prématurée des membranes plus de 24 heures avant le début du travail

DESCRIPTION SOMMAIRE DES PATHOLOGIES

DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ de la grossesse:

- HÉMORRAGIES FONCTIONNELLES en début de grossesse :
 Petite hémorragie entre 3 mois et demi et 4 mois.
- MENACE D'AVORTEMENT ou avortement en cours :
 Douleurs pelviennes rythmées, comme des règles douloureuses ou des contractions utérines, expulsion de débris.
- GROSSESSE EXTRA UTÉRINE :
 Retard de règles - Douleurs pelviennes ou abdominales - Pertes sanglantes
 - Pertes de connaissance.

DANS LA DEUXIÈME MOITIÉ de la grossesse :

- UTÉRUS TROP GROS :
 Erreur de terme ? - Grossesse gémellaire - Gros fœtus - Hydramnios.
- PLACENTA PRAEVIA :
 Grossesse de plus de 5 mois - Hémorragie brutale de sang rouge - Contractions utérines + ou - perçues - Mouvements actifs présents.
- ECLAMPSIE :

Annoncée par les signes prémonitoires de toxémie : céphalées, mouches volantes devant les yeux, bourdonnements d'oreilles, vertiges, barre épigastrique intense. Hypertension artérielle. Albuminurie - Crise convulsive.

- HÉMATOME RÉTRO-PLACENTAIRE :

Signes de toxémie : céphalées, barre épigastrique, oedèmes. Albuminurie. Hypertension artérielle - Violente douleur abdominale - Hémorragie brutale de sang noir, peu abondant. État de choc.

Utérus dur comme du bois - Disparition des mouvements actifs du fœtus.

- RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES :

Plus de 24 heures avant le début du travail - Risque d'infection.

- MORT FOETALE IN UTÉRO :

Mouvements actifs diminués puis disparus. Hauteur utérine diminuée.

- FIÈVRE :

Infection maternelle et peut-être foetale.

- ANÉMIE IMPORTANTE :

Risque de petit poids de naissance - Avortement. Accouchement prématuré.

- RUPTURE UTÉRINE :

Bien que ce soit une complication de l'accouchement, il faut toujours y penser.

Très souvent après une césarienne antérieure - Travail prolongé - Douleur aiguë - Disparition des contractions utérines - État de choc - Le fœtus est palpé sous la peau.

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

HORS TEXTE

TABLEAU

ET FIGURES

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE RECHERCHE DES SIGNES DE RISQUES		
Quel âge ?	Age < 16 ans	Prématurité Bassin étroit Dystocie Complic. sociales
	Age > 45 ans	Dysmaturité Dystocie Mort maternelle
Grossesses antérieures ?	Plus de 5	Prématurité Présent. transverse Inertie utérine Hémorragie Mort maternelle
	Avortements	Nouvel avortement Prématurité
	Césarienne	Rupture utérine Mort maternelle
Saignements ?	Oui	Placenta praevia G.E.U.
Goitre ?	Oui	N-né hypothyroïdien
Examen	Taille < 1m 50	Bassin rétréci Dystocie
	Boiterie	Bassin rétréci Dystocie
	Toux crachats	Tuberculose Mort maternelle Mort enfant
	Souffle cardiaque	Cardiop. RAA Prématurité Mort maternelle
	Anémie	Hémoglobinopathie Malnutrition Mort maternelle
	Oedèmes	Toxémie
Examens complémentaires		
Albuminurie	Oui	Maladie rénale Toxémie - RCIU Mort maternelle
Tension artérielle	Hypertension	Toxémie - RCIU Eclampsie Mort mère et enfant
SIDA	Séropositive	Contamination enfant et personnel

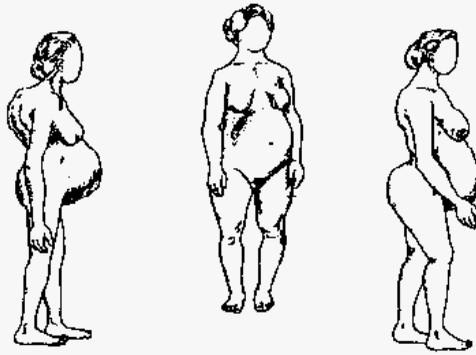


Figure 1

**ATTITUDES ANORMALES :
Bassins anormaux**

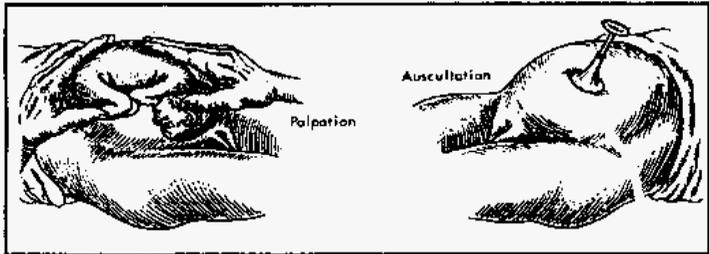


Figure 2

RECHERCHE DES BRUITS DU COEUR

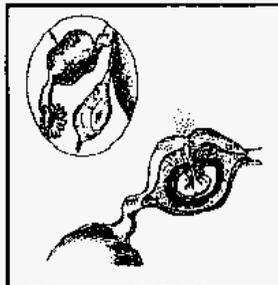
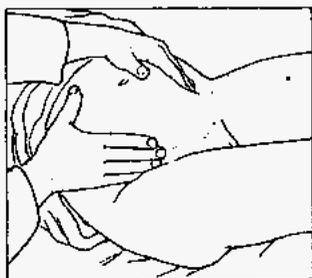
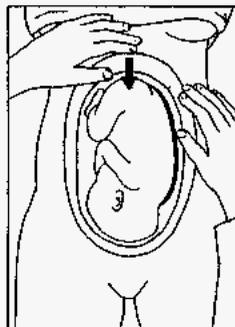


Figure 3

SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE
Grossesse extra-utérine.



Recherche du pôle inférieur :
la tête



Recherche du pôle supérieur :
le siège

Figure 4

PALPATION DU CORPS DU FOETUS

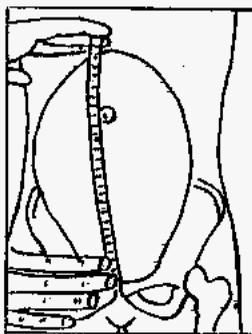


Figure 4 bis

Mesure de la hauteur utérine



Présentation du sommet



Présentation du siège



Présentation du front

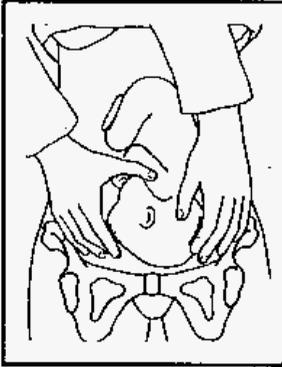


Présentation transverse

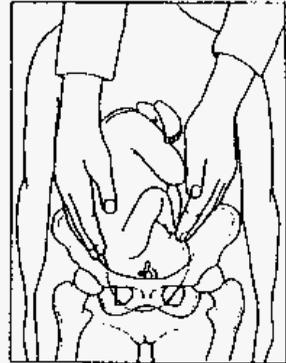
Figure 5

LES PRÉSENTATIONS
Les plus souvent rencontrées

RECHERCHE DES SIGNES D' ENGAGEMENT

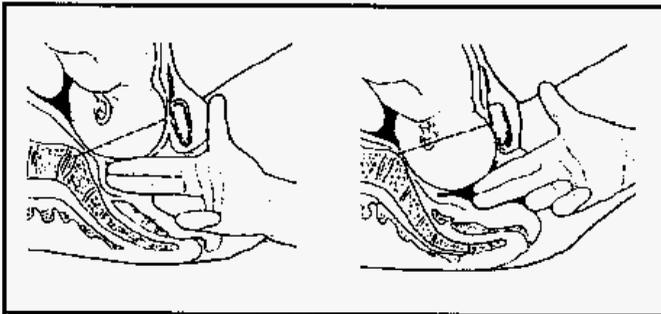


La tête n'est pas engagée



La tête est engagée

Par le palper de la tête



La tête n'est pas engagée

La tête est engagée

Par le toucher vaginal

Figure 6

SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT Normal par le sommet

**La propreté des gestes
Une surveillance affectueuse
Le dépistage au bon moment des situations à risques :
Trois conditions d'une naissance heureuse**

LE DERNIER EXAMEN AVANT LA NAISSANCE

Ses objectifs sont les mêmes que celui du troisième examen décrit dans le chapitre " Surveillance de la grossesse".

L'accouchement peut-il avoir lieu au village ?

NON, si :

Problèmes généraux :

- Femme jeune (moins de 15 ans) ou âgée (plus de 40 ans).
- Taille inférieure à 1m60.
- Boiterie.
- Anémie sévère.

- Maladie cardiaque, tuberculose.

Antécédents obstétricaux :

- Naissances antérieures difficiles :
- Une cicatrice sur le ventre.
- Forceps, ventouse, symphysectomie, césarienne.
- Hémorragie de la délivrance.
- Enfant mort-né, mort in utéro.

Grossesse actuelle à risques élevés :

- Signes de toxémie : Céphalées, mouches volant devant les yeux. Oedèmes des membres inférieurs, hypertension artérielle, albuminurie.
- Utérus trop gros : excès de liquide, jumeaux, diabète.
- Utérus trop petit : erreur de terme, mort foetale, toxémie.
- Position dangereuse du fœtus : transverse, siège chez une primipare.

Dans tous ces cas, il faut conseiller à la mère d'aller habiter pendant les derniers jours de la grossesse à côté de la maternité de référence.

Que faut-il préparer pour le jour de la naissance ?

C'est ce qu'on appelle le "trousseau de la maternité". Il comprend en général des objets que la sage femme ou l'établissement d'accouchement ne peuvent pas fournir.

Si la naissance a lieu à domicile : Une natte, une bouilloire contenant de l'eau bouillie tiède, du linge propre. En particulier trois linges de 60x60 cm environ pour le séchage de l'enfant dès la naissance. Des vêtements propres pour la mère et pour le bébé. La nature de ces articles est variable selon les habitudes.

L'EXAMEN AU DÉBUT DU TRAVAIL

La propreté est indispensable !

Le lavage des mains sous le robinet ou sous le bec de la bouilloire précède chaque examen au cours du travail.

Dès le début du travail, la mère est invitée à aller à la selle et à uriner, puis à faire une toilette périnéale avec de l'eau et du savon.

Quelques questions :

A quelle heure les contractions ont-elles commencé ?

A quelle heure la femme a-t-elle perdu les eaux ?

L'examen :

- Quelle est la position du fœtus ?

L'examen est fait, la femme couchée sur le dos, dans l'intervalle de deux contractions.

- L'aspect du ventre :

Allongé de haut en bas : position longitudinale, la plus courante.

Étalé transversalement : position transverse, dangereuse.

- La palpation :

On recherche la tête du fœtus, d'abord en bas. On se place sur le côté droit de la mère. La main droite est placée sur le côté droit de l'utérus, la gauche sur le côté gauche, les doigts vers le pubis.

Si la tête est sentie au dessus du pubis comme une boule dure, ronde, séparée du reste du corps de l'enfant par un sillon, le cou, c'est une présentation du sommet.

Si on ne sent pas la tête au dessus du pubis, il faut la rechercher du côté du fond utérin. Les mains sont alors placées en sens inverse de la première manœuvre : la main droite est placée sur le côté gauche du fond de l'utérus, la gauche sur le côté droit. La tête est sentie comme une boule dure, ronde, séparée du reste du corps de l'enfant par un sillon, le cou. Il s'agit alors

d'une présentation du siège. S'il s'agit d'une primipare, l'accouchement devra avoir lieu à la maternité de référence.

L'aspect étalé de l'utérus, la perception de la tête dans un des flancs, signe la présentation transverse. L'accouchement de cette présentation est impossible. Il faut adresser tout de suite la femme à la maternité pour faire une césarienne. (Voir la figure 5 page 53 dans le chapitre surveillance de la grossesse).

- La tête est-elle engagée ?

Les présentations céphaliques étant les plus fréquentes, c'est l'accouchement dans le mode de présentation du sommet qui est détaillé dans ce chapitre.

La recherche de l'engagement se fait par la palpation de l'abdomen et par le toucher vaginal.

Technique de la recherche de l'engagement de la tête :

La position des mains est la même que pour localiser la tête.

Quand la tête n'est pas engagée dans le bassin, la main droite palpe le front, la main gauche palpe l'occiput.

Quand la tête est engagée, la main gauche ne palpe pas l'occiput, le moignon de l'épaule est à moins de trois travers de doigt de la symphyse pubienne, on ne sent plus le sillon du cou.

On peut aussi rechercher l'engagement par le toucher vaginal. Quand les doigts introduits perpendiculairement au plan du bassin butent sur la présentation, celle-ci est engagée.

(Voir la Fig. 6, page 54 dans le chapitre surveillance de la grossesse)

Cette recherche est importante.

Si la tête est engagée, le reste du corps de l'enfant sortira sans problème. Si la tête n'est pas engagée, le travail risque de se prolonger pendant très longtemps avec un grand risque de mortalité maternelle et foetale.

- Le fœtus est-il vivant ?

Les mouvements spontanés sont perçus par la mère.

L'auscultation des bruits du cœur, au niveau de l'épaule antérieure, avec le stéthoscope de Pinard. La fréquence se situe entre 120 et 160 battements par minute. (Voir la figure 1, page 61).

LA SURVEILLANCE DES CONTRACTIONS

Les contractions utérines ont pour effet de dilater le col de l'utérus et de faire descendre l'enfant dans le bassin.

La fréquence des contractions est de une toutes les trois à quatre minutes environ. Leur durée est de deux minutes.

La période de dilatation dure environ 12 heures chez une primipare. Elle peut être beaucoup plus courte chez les multipares.

Le soleil ne doit pas se lever deux fois sur une femme en travail.

Quel est le rôle de la sage femme ?

La propreté est indispensable. Elle doit se laver les mains avant chaque geste, et veiller à la stérilité du matériel.

Faire bouillir pinces et ciseaux, où bien flamber à l'alcool la lame de rasoir.

Couper un brin de fil et le faire tremper dans un flacon d'alcool.

Surveiller les contractions :

- Rassurer la mère qui souffre. Lui tenir la main, lui parler.

- La faire coucher sur le côté.

- Lui conseiller de respirer très rapidement et de façon superficielle pendant les contractions (respiration comme un chien qui a soif).

Pendant la période de dilatation, la mère peut se lever et faire quelques pas dans la chambre.

- Après la fin de la douleur de la contraction, poser la main sur son ventre. Il doit être souple, le fœtus doit être facilement palpé.

Surveiller la couleur du liquide amniotique :

Un changement de couleur : d'incolore il devient verdâtre, fait penser à l'apparition d'une souffrance foetale.

Surveiller les bruits du coeur foetal :

Pendant les contractions, la fréquence cardiaque foetale se ralentit. Les bruits du coeur sont sourds et souvent mal entendus.

Après les contractions, la fréquence cardiaque foetale doit revenir en quelques secondes au niveau antérieur (120 à 160 par minute). Si la fréquence cardiaque reste lente, c'est un signe de souffrance foetale.

Pour détecter l'apparition d'une souffrance foetale, il faut écouter les bruits du coeur aussitôt après la fin d'une contraction.

L'EXPULSION dans l'accouchement par le sommet

C'est le temps de la sortie de l'enfant.

Les douleurs se modifient : elles deviennent plus intenses, donnant à la femme une envie de pousser, comme pour aller à la selle.

Que doit-on faire ?

La femme est couchée sur le dos, les jambes écartées, les pieds posés sur le plan de la table ou sur le sol. On peut ainsi bien observer le périnée.

- Quand la femme ressent le début de la douleur de l'effort expulsif, on lui conseille de gonfler sa poitrine d'air, de prendre ses genoux avec ses mains pour augmenter la force des efforts, de pousser comme pour aller à la selle.

On soulève la tête de la mère et on l'encourage à pousser tout en observant le périnée pour voir apparaître la tête de l'enfant.

- Entre les poussées, la mère repose sa tête sur le lit, on lui conseille de respirer très amplement et on la rassure.
- Après quelques poussées, les cheveux apparaissent, puis la tête commence à sortir. A ce moment, la mère doit diminuer ses efforts de poussée. On se place sur le côté ou entre les jambes pour assister la sortie de l'enfant. On retient la tête de la main gauche et on soutient le périnée de la main droite.

La sortie de la tête : (Voir la figure 2, page 62)

La main gauche appuie sur la tête. La main droite saisit le menton à travers le périnée et l'aide à remonter. (Fig. 2 A, page 62)

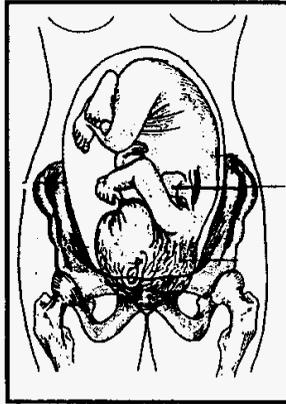
Quand la tête est sortie :

- La tête de l'enfant est saisie à deux mains. On la tourne sur le côté et on l'abaisse vers le sol pour dégager l'épaule antérieure. (Fig. 2 B, page 62)
- On sort le bras antérieur. (Fig. 2 C, page 62)
- Puis on relève la tête vers le haut pour dégager l'épaule postérieure et le reste du corps de l'enfant. (Fig. 2 D, page 62).
- On dépose l'enfant sur le linge entre les cuisses de la mère.
- On annonce le sexe et on commence immédiatement à sécher l'enfant.

SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT
Normal par le sommet

HORS TEXTES

FIGURES



Les bruits du coeur sont bien entendus au niveau de l'épaule antérieure du fœtus

Figure 1

**Auscultation des bruits
du coeur du fœtus**

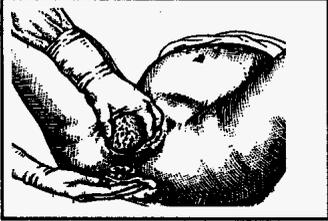


Figure 2 A

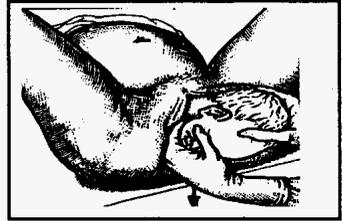


Figure 2 B

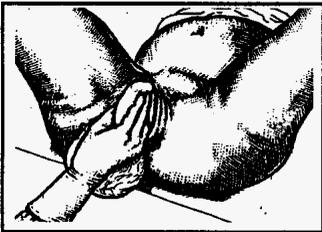


Figure 2 C

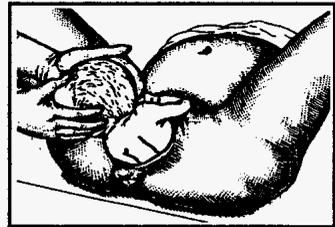


Figure 2 D

Figure 2

NAISSANCE NORMALE PAR LE SOMMET
Phase d'expulsion

L'ÉPISIOTOMIE

Les déchirures du périnée

Définition et objectifs :

L'épisiotomie est la section volontaire avec une paire de ciseaux de la peau et de certains muscles du périnée.

On la pratique au moment de l'expulsion du fœtus, ou en accompagnement de manoeuvres telles que le forceps.

Elle a pour objectifs :

- De prévenir les déchirures du périnée lors du passage de la présentation.
- D'éviter la distension des muscles du périnée, source de complications tardives : incontinence urinaire, prolapsus génital.

Indications :

- Primipares - Primipares âgées
- Gros enfant
- Périnée cicatriciel
- Siège
- Souffrance foetale
- Forceps
- Prématurité.

Technique :

Ciseaux droits stériles et bien affûtés.

La section est faite pendant une contraction, ce qui la rend moins douloureuse. L'index et le médium sont insérés entre les tissus du périnée et la présentation du côté à inciser. La section est faite entre ces deux doigts. Elle doit partir du milieu de la fourchette vulvaire, à 45° sur l'horizontale. Elle doit être faite en un seul coup. On doit couper sur la même longueur la muqueuse et la peau. (Voir la fig.1, page 66)

Réparation :

Après la délivrance.

Préparation :

- Nettoyage du périnée avec de l'eau stérile. Badigeon avec un antiseptique (Bétadine par exemple). Pas d'alcool iodé, dont l'application est très douloureuse, qui brûle les tissus et gêne la cicatrisation.
- Anesthésie locale. (Voir la fig. 2, page 66)
- Mise en place d'un tampon vaginal stérile.

Réalisation :

1° Réfection du plan muqueux.

Aux points séparés. Catgut n° 0 ou 1, ou fil résorbable. Les points doivent prendre largement la muqueuse. Les débris de l'hymen doivent se retrouver face à face. (Voir la fig. 3, page 67)

2° Réfection du plan musculaire.

Prendre largement les berges des muscles avec des points en X. Un ou deux points. Catgut ou fil résorbable. (Voir la fig. 4, page 67)

3° Réfection du plan cutané.

Points de Blair Donati. (Voir la fig. 5, page 68). En partant du bas de la section. Un point doit être posé entre la fourchette vulvaire et l'hymen pour empêcher l'infiltration des lochies et ainsi l'infection. (Voir la fig. 6, page 68).

Ne pas oublier d'enlever le tampon vulvaire.

Les mères qui ont subi une épisiotomie ou une déchirure du périnée doivent être suivies plus attentivement après la naissance. Des soins spéciaux sont nécessaires. Ils sont décrits dans le chapitre "soins du périnée" (page 79).

L'ÉPISIOTOMIE

HORS TEXTES ET FIGURES

L'ÉPISIOTOMIE

1° - PRATIQUE DE L' ÉPISIOTOMIE

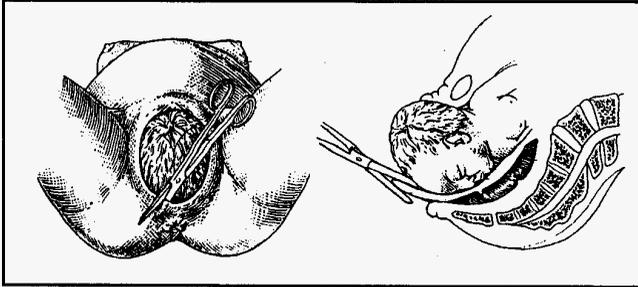


Figure 1
Technique de l'épisiotomie

2° - RÉPARATION D'UNE ÉPISIOTOMIE

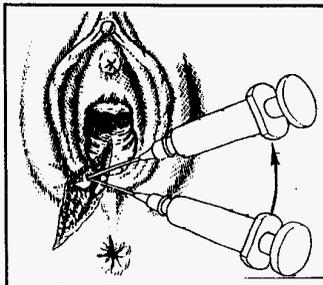


Figure 2
Anesthésie locale

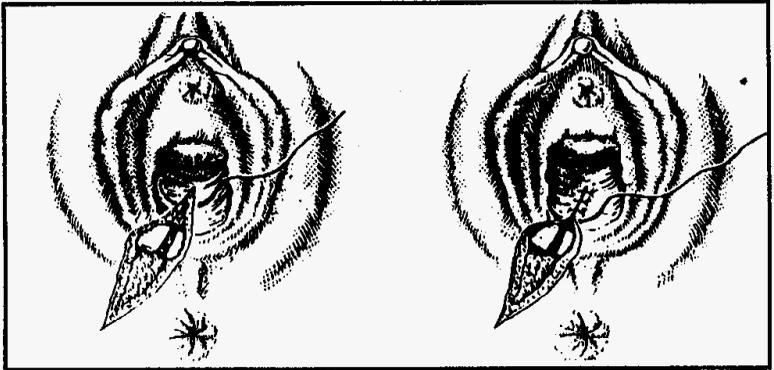
SUTURE MUQUEUSE ET CUTANÉE

Figure 3
Suture de la muqueuse

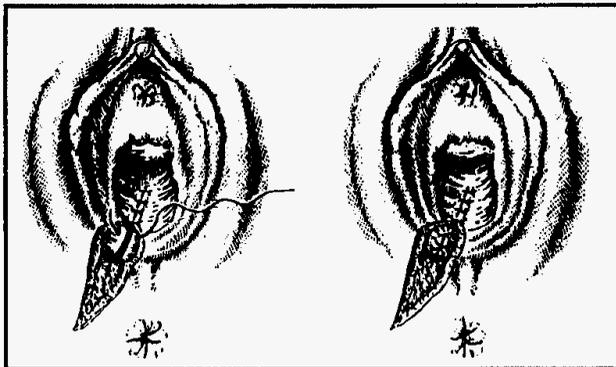


Figure 4
Suture des muscles

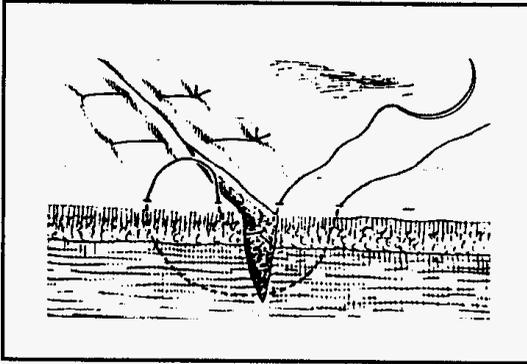
SUTURE DE LA PEAU

Figure 5
Le point de Blair Donati

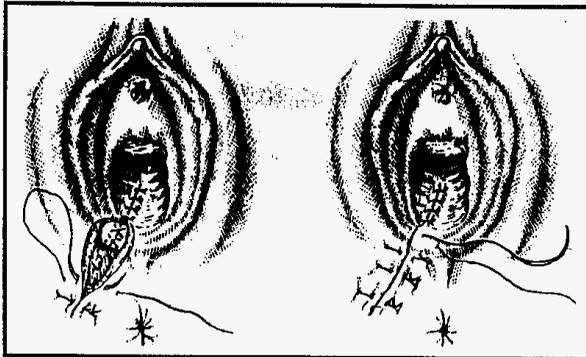


Figure 6
Emplacement des points
cutanés

LA DÉLIVRANCE

LA DÉLIVRANCE NORMALE

Pendant le temps des soins de l'enfant le placenta se décolle. (Voir les fig.1 et 2, page 71). Ce temps d'attente n'est pas du temps perdu. Il faut l'expliquer à la grand mère, qui parfois s'impatiente.

Comment savoir si le placenta est décollé ?

La main gauche légèrement enfoncée au dessus de l'os du pubis remonte l'utérus doucement vers le haut du corps. La main droite soutient le cordon sans tirer.

- Si le cordon remonte, le placenta n'est pas encore décollé.

Il faut attendre. (Voir les fig. 3 et 4, page 71)

- Si le cordon ne remonte pas, le placenta est décollé, on peut aider à son expulsion. (Voir la fig. 5, page 71)

L'aide à l'expulsion du placenta :

Le bord cubital de la main gauche est enfoncé dans le ventre au dessus de l'utérus. On doit sentir l'utérus contenu dans la paume de cette main.

- On appuie sur le fond utérin d'avant en arrière pour réduire l'antéflexion. (Voir la fig. 6, page 72)

- Puis on appuie vers les pieds de la mère. (Voir les fig. 7 et 8, page 72)

- La main droite soulève le cordon sans tirer. Elle accompagne la sortie du placenta.

L'expulsion du placenta s'accompagne de l'élimination de sang. Ce saignement doit cesser aussitôt après.

La vérification du placenta :

Le placenta est pris à deux mains. Le port de gants est indispensable. (SIDA).

La poche est retournée pour examiner la face utérine du corps du placenta. On recherche une encoche, qui témoignerait d'une rétention partielle, cause de saignements dont le traitement est la délivrance artificielle.

On examine ensuite les membranes.

L'examen du ventre après la délivrance :

A la palpation du ventre, on sent normalement une boule dure. C'est l'utérus bien rétracté. "Le globe de sécurité". (Voir la fig. 9, page 72)

LA DÉLIVRANCE NORMALE

HORS TEXTES

FIGURES

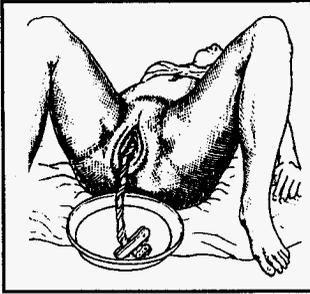


Figure 1

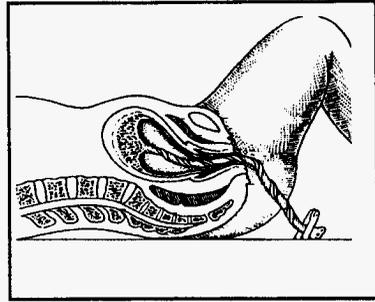


Figure 2

**Figures 1 et 2
Le décollement spontané du placenta**

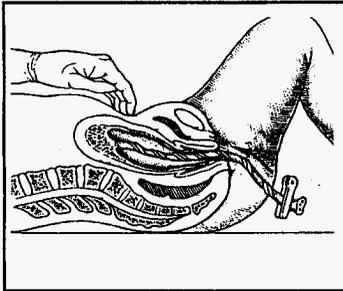


Figure 3

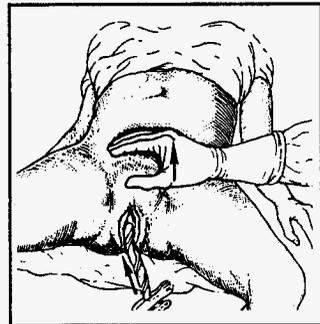


Figure 4

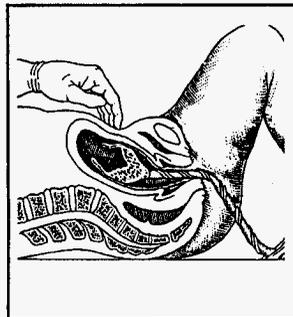


Figure 5

**Figures 3, 4 et 5
Recherche des signes de décollement du placenta**

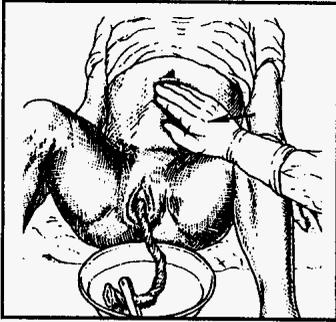


Figure 6

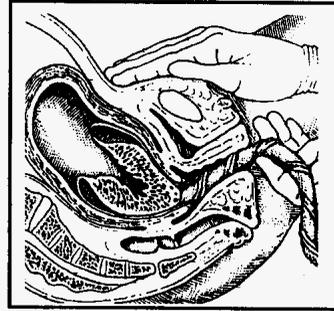


Figure 7

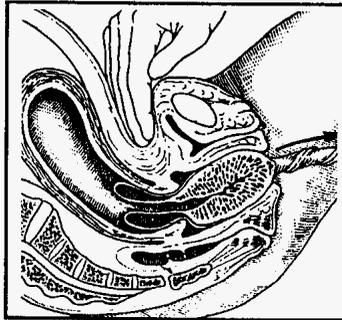


Figure 8

Figures 6, 7 et 8
Les manoeuvres d'aide à l'expulsion du placenta

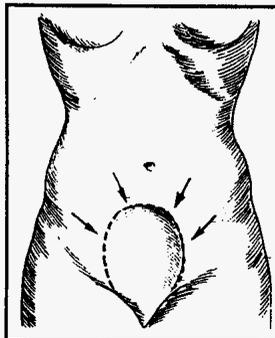


Figure 9

Le globe de sécurité

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

RÉVISION UTÉRINE

DÉFINITIONS :

La délivrance artificielle est l'évacuation manuelle du placenta qui n'a pas été expulsé spontanément.

La révision utérine est l'évacuation manuelle de débris restés dans l'utérus après l'accouchement.

Ce sont des gestes qu'il faut pratiquer en extrême urgence.

Comme il s'agit de manoeuvres endo-utérines, une asepsie rigoureuse s'impose.

INDICATIONS :

- L'hémorragie de la délivrance, qui est due en général à une rétention placentaire complète ou partielle.

CAUSES DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES :

- L'inertie utérine est la cause principale :

Epuisement maternel à la suite d'un travail trop prolongé.

Distension excessive de l'utérus par une grossesse gémellaire ou un hydramnios.

- Une anomalie du placenta :

Placenta praevia

Cotylédon accessoire (rétention partielle)

- Des fautes techniques : gestes intempestifs pour hâter la délivrance : traction sur le cordon, expression utérine.

TECHNIQUE :

Précautions :

- Une anesthésie générale ou épidurale est souhaitable. Si elle est impossible, il faut, du fait de l'extrême urgence, faire le geste sans anesthésie.

- L'asepsie doit être rigoureuse :

Toilette vulvaire avec un antiseptique non agressif : Bétadine. Ou du savon et de l'eau bouillie.

Lavage soigneux des mains et port de gants stériles.

Réalisation de la délivrance artificielle :

1° = Introduire une main repliée dans le vagin puis dans l'utérus en suivant le cordon (voir la fig.1, page 76).

2° = La main étant dans l'utérus, saisir le fond utérin avec l'autre main, et l'abaisser vers le pubis (Voir la fig. 2, page 76).

3° = Après avoir repéré l'insertion du placenta, il faut le décoller avec le bord cubital de la main, et le ramener au dehors dès qu'il est décollé (Voir la fig. 3, page 77).

4° = La main est introduite à nouveau dans l'utérus pour vérifier qu'il ne reste rien. C'est la révision utérine.

5° = Masser le fond de l'utérus pour favoriser sa contraction. L'utérus devient dur. L'hémorragie cesse.

6° = L'injection de méthergin intraveineuse est faite à ce moment.

7° = En cas d'hémorragie persistante, on peut comprimer l'utérus sur le poing (Voir les fig. 4 et 5, page 77).

Technique de la révision utérine :

Les précautions sont les mêmes que pour la délivrance artificielle.

La main doit être introduite une seule fois dans l'utérus. Les introductions répétées sont sources d'infections.

L'exploration de la cavité utérine permet parfois de découvrir un fragment placentaire. Le plus souvent elle ne ramène que des caillots et quelques débris de membranes.

Le massage utérin et l'injection de méthergin vont permettre une bonne contraction utérine et l'hémostase, sur un utérus vide.

L'administration systématique d'antibiotiques est utile.

**DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE
Et
RÉVISION UTÉRINE**

HORS TEXTE

FIGURES

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE RÉVISION UTÉRINE

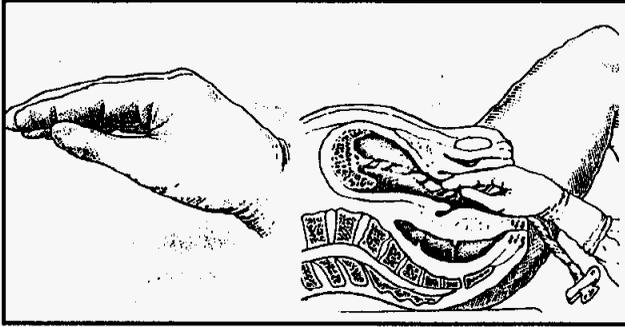


Figure 1
Introduction d'une main dans l'utérus
en suivant le cordon

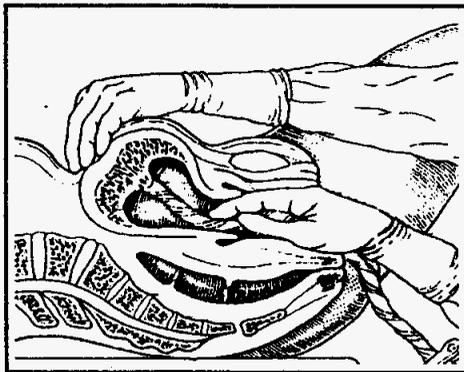


Figure 2
L'autre main empaume le
fond utérin

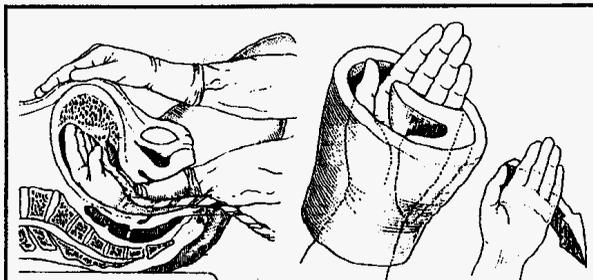
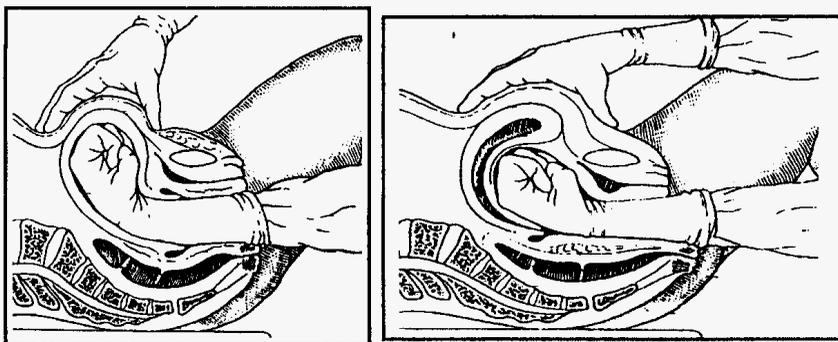


Figure 3
Décollement du placenta avec le
bord cubital de la main



Figures 4 et 5
En cas d'hémorragie persistante, on peut
compresser l'utérus sur le poing

SOINS DU PÉRINÉE

SOINS APRÈS UN ACCOUCHEMENT NORMAL :

Toilette :

Par la femme elle même, à la maternité, puis à la maison.

La sage femme doit rester attentive aux questions posées par les mères.

La toilette est faite avec les mains nues lavées à l'eau et au savon.

Matériel :

Savon de Marseille. Eau bouillie tiède ou froide, ou douchette. L'eau froide limite le développement des oedèmes.

Pratique :

Savonnage à main nue. Rinçage abondant.

Séchage : une serviette propre, réservée à la toilette du périnée. Changer de serviette à chaque toilette les premiers jours.

Fréquence :

Deux à trois fois par jour.

Technique au lit ou sur la table de soins :

La toilette est faite sous la surveillance de la sage femme, quand des compléments de soins sont nécessaires.

Les précautions d'hygiène sont très importantes, surtout à la maternité. Tout le matériel doit être soigneusement nettoyé avant et après usage. Les mains des opérateurs doivent être lavées avant et après une toilette.

Matériel :

De l'eau propre : celle du robinet si elle est propre ; sinon de l'eau bouillie froide, additionnée de Dakin ou de savon gynécologique. L'eau froide est un excellent traitement des oedèmes.

Un bassin sur lequel repose le siège, quand la toilette est faite au lit.

On peut aussi faire les soins sur une table gynécologique spéciale.

Un bock ou un pichet, sans tuyau.

Une poubelle pour jeter les garnitures et les cotons.

Des garnitures propres, un slip et des vêtements propres.

Pratique :

Les mains nues sont lavées avant et après les soins de chaque femme. Elles ne touchent pas le périnée. Le port de gants est préférable.

La mère est installée sur le bassin ou sur la table. Elle enlève slip et garniture qui sont placés dans la poubelle ou un sac plastique pour être lavés. Elle fait elle même le savonnage. Le rinçage est effectué par la sage femme ou par l'aide soignante, avec le bock ou le pichet, sans pénétration vaginale. Séchage, comme lors des soins ordinaires. Mise en place d'une garniture propre. Lever. Rhabillage.

Le bassin sera lavé à l'eau et au savon après la toilette de chaque patiente, puis désinfecté à l'eau de javel en fin de série de soins. Le bock ou le pichet seront lavés à l'eau et au savon après chaque série de soins. Le plateau de la table de soins sera nettoyé à l'eau et au savon après chaque passage de mère, lavé et javellisé en fin de série de soins.

SOINS DES DÉCHIRURES ET DE L'ÉPISIOTOMIE :

Technique spéciale de la toilette des périnéales déchirées et des épisiotomies :

Matériel :

Voir les paragraphes " technique simple" et "Technique au lit ou sur la table de soins". Ajouter au matériel une pince de Kocher, des cotons sur un plateau.

Pratique :

La mère est installée sur la table. Elle enlève slip et garniture, qui sont placés dans la poubelle ou un sac plastique pour être lavés. L'opérateur se lave les mains. La vulve est mouillée à l'eau. On applique un jet de savon liquide, de Bétadine ou de Dakin. Il ne faut pas mélanger ces produits. On nettoie avec un coton et la pince d'abord la vulve, du méat urinaire vers l'anus sans remonter, en commençant par le côté opposé à l'épisiotomie. Il faut changer de coton à chaque passage. Puis l'anus. Le rinçage sera abondant en douche périnéale, avec le pichet ou le bock, sans pénétration vaginale. Le séchage est fait en tamponnant avec des cotons secs, l'anus en dernier. Les cotons souillés sont placés immédiatement dans la poubelle. On met en place d'une garniture propre. Lever. Rhabillage. Nettoyage de la table.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS :

Complications mineures :

- L'œdème de la vulve.

Mettre une compresse sur la vulve et l'imbiber de soluté Na Cl hypertonique 2 à 3 fois par jour. Disparition en 1 à 2 jours.

- L'hématome simple.

Douleur, induration autour de la cicatrice. Couleur de l'hématome. La résorption est le plus souvent spontanée sous surveillance.

- L'inflammation.

Due le plus souvent à une mauvaise asepsie : soins aseptiques, séchage. Antibiotiques en cas de fièvre.

Complications graves :

Gros caillot sous la cicatrice de l'épisiotomie : douleur, hématome visible, inflammation. Évacuation chirurgicale et reprise de l'épisiotomie.

LES SOINS A LA MÈRE APRÈS LA NAISSANCE

Les premiers jours

Le rôle de la sage femme est très important.

Elle doit surveiller le bon rétablissement de la mère, lui donner des conseils pour sa santé et celle de son bébé, conseiller aux deux parents la planification familiale et expliquer comment on peut la pratiquer.

Elle doit aussi donner des conseils à la grand mère.

SURVEILLER LE BON RÉTABLISSEMENT DE LA MÈRE

Pendant les heures qui suivent la naissance :

Les deux premières heures :

Pendant les deux heures qui suivent la naissance, la mère reste sous la surveillance de la sage femme, soit sur la table d'accouchement, soit sur un lit dans une pièce voisine. L'examen toutes les trente minutes porte sur :

- La palpation de l'utérus : le globe utérin doit rester ferme et de volume stable.

- L'examen du périnée : le saignement vaginal est absent, comme le montre le changement des garnitures.

- La mesure de la tension artérielle et la prise du pouls.

Ces éléments doivent être notés sur la feuille de surveillance.

- La première tétée a été donnée dès la naissance. Un bébé à terme normal dort calmement à côté de sa mère. Le père, présent à côté de son épouse, partage avec elle ce moment de bonheur familial.

Vers la deuxième heure après la naissance :

Le premier lever, une toilette périnéale. Cette première toilette sera faite par la sage femme elle même. Si tout va bien, la mère peut rejoindre sa chambre ou la grand mère l'attend.

Le bébé réclame ou reçoit une deuxième tétée. Un change nettoie le méconium.

Pendant la première journée :

L'examen porte sur :

- La palpation de l'utérus : le globe de sécurité reste dur et de même taille.

- La prise de la tension artérielle.

- Le changement des garnitures et la recherche d'un saignement anormal.

- La toilette du périnée est faite trois fois par jour. La sage femme surveille au moins une de ces toilettes pour examiner le périnée.

- L'alimentation est reprise, il faut éviter le jeûne.

- L'enfant reste à côté de sa mère. Les premières tétées sont encouragées et surveillées.

Les jours suivant la naissance :

Les éléments de la surveillance quotidienne sont :

L'utérus - Le périnée - Les lochies - Les seins - Les jambes - L'état général :
pouls, tension artérielle - L'état psychologique.

CONSEILS À DONNER À LA MÈRE À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

L'hygiène :

Hygiène du corps :

- La douche est le meilleur. Tous les jours en été. Tous les deux ou trois jours en hiver.

- La toilette. Tous les jours en été. Tous les deux ou trois jours en hiver, en choisissant les heures chaudes du milieu du jour. Avec deux linges : l'un pour savonner, l'autre pour rincer à l'eau tiède. Quand il fait très froid, on peut procéder en deux temps. Faire d'abord la toilette du haut du corps : déshabillé, lavé, rincé, rhabillé ; puis celle de la moitié inférieure du corps. C'est la technique "du chat". Changer de vêtements et mettre des vêtements amples. Ne pas mettre de corset.

Hygiène du périnée :

Toilette trois fois par jour avec de l'eau bouillie, en faisant couler l'eau sur le périnée. Utiliser des tissus propres qui seront changés à chaque toilette. Changer de garniture à chaque toilette et au moins trois fois par jour.

Hygiène des seins :

Lavage à l'eau bouillie avant et après chaque tétée. La toilette des seins à l'eau et au savon n'est effectuée qu'une seule fois par jour.

L'alimentation :

Elle doit être abondante, comportant : riz, haricots, viande, oeufs, légumes et fruits. Les boissons doivent être abondantes, au moins 1 litre 1/2 par jour, sans alcool. Pas de tabac.

Le travail :

La durée légale de l'arrêt de travail est de deux mois après la naissance.

La mère ne devra pas travailler au jardin ni aux champs pendant au moins deux mois après la naissance.

L'amour et les relations intrafamiliales

Le nouveau né est un membre de la famille. Il est accueilli avec joie, qu'il soit garçon ou fille.

La bonne relation entre la mère et l'enfant s'établit grâce à l'alimentation au sein.

Le père participe à l'éducation des enfants. Il devra corriger ses mauvaises habitudes : alcool, tabac, drogue.

La grand mère aide la mère à soigner son enfant. Elle le garde pendant que la mère doit s'absenter. Elle raconte des histoires et des coutumes de son pays et de sa famille pour le bon développement de l'enfant.

Les frères et soeurs accueillent le nouveau né comme un nouveau membre de la famille. Ils jouent avec lui et lui témoignent leur amour. La bonne entente familiale est nécessaire pour rendre la vie heureuse et amicale. C'est un bon exemple pour les enfants et l'entourage.

La planification familiale :

Le séjour à la maternité, les soins par la sage femme à domicile, la consultation de surveillance du nourrisson, sont des périodes privilégiées pour l'éducation à la planification familiale. Il faut profiter de la présence du père, de la grand mère, pour expliquer la nécessité d'espacer les grossesses et de limiter le nombre des naissances.

Cet enseignement devra porter sur la connaissance du fonctionnement du corps de l'homme et de la femme dans les fonctions de reproduction. La connaissance de la période fertile du cycle féminin. Les diverses méthodes contraceptives, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Les soignants, sages femmes en particulier, doivent faire l'apprentissage de l'enseignement de la planification familiale. Ainsi instruits, les couples pourront choisir la méthode qui leur convient le mieux.

LES DIFFICULTÉS ET LES COMPLICATIONS

Les "difficultés"

Les tranchées :

Contractions utérines, souvent favorisées par la tétée, doivent être expliquées comme un phénomène normal. La contraction de l'utérus diminue les risques hémorragiques. La douleur peut justifier la prise de Paracétamol : 500 mg X 6 / jour.

La rétention d'urines :

Fréquente après une naissance difficile. Essayer les massages, l'acupuncture, le Phloroglucinol (Spasfon) : 1 amp 80 mg IM ou 1 comp 80 mg per os 6 fois par jour. La Néostigmine (Prostigmine) : 1/2 à 1 amp. de 0,5 mg sous cutané, ou 1 comp de 15 mg per os 4 fois par jour. Le sondage est le dernier recours.

L'incontinence urinaire :

Elle régresse souvent spontanément. C'est l'indication de la rééducation périnéale.

La constipation :

Elle est évitée par le lever précoce, l'alimentation riche en légumes, les massages, l'huile de paraffine (une cuiller à soupe à chaque repas), les suppositoires de glycérine. Éviter laxatifs et lavements.

Les hémorroïdes :

La crise hémorroïdaire est fréquente, favorisée par la constipation. Les bains de siège sont calmants.

La dépression post natale :

Elle apparaît vers le 3^e jour après l'accouchement et peut durer quelques jours. Elle se traduit par de l'irritabilité, des pleurs, une anxiété vis à vis du bébé. Elle cesse le plus souvent lors du retour à la maison, avec l'aide de la grand mère. Il faut éviter la surprotection, ne pas céder aux exigences excessives.

Les complications :Les complications hémorragiques :

La rétention placentaire atteint surtout les femmes âgées ou fatiguées, les grandes multipares.

Après la délivrance, le saignement persiste, l'utérus reste gros et mou. Les jours suivant la naissance, les lochies sont sanglantes, l'utérus reste mou. Traitement : antibiotiques et révision utérine (Voir ce chapitre, page 76- 77). Le saignement peut aussi être la complication d'une endométrite.

Les complications infectieuses :

- L'endométrite :

Elle survient 2 à 3 jours après l'accouchement. Elle se manifeste par des douleurs abdominales, des lochies grises, épaisses, malodorantes, un utérus gros, mou, douloureux. T° 38°-38°,5. Parfois des frissons. De la fatigue. Les germes sont des streptocoques, des gram négatifs, des anaérobies.

Traitement : Antibiotiques : Ampicilline. Glace sur le ventre. Méthergin : 15 gouttes X 3 X 5 jours.

L'endométrite peut être la première phase d'infections plus étendues et plus graves : diffusion vers les trompes, pelvipéritonite, septicémie.

- L'infection de la plaie de l'épisiotomie :

Une bonne asepsie des soins au moment de la suture doit éviter l'infection.

Une simple rougeur : application d'éosine, séchage soigneux.

L'infection vraie : traitement antibiotique et drainage éventuel.

- L'infection urinaire :

Elle est le plus souvent provoquée par un sondage. Il faut éviter ce geste.

Les complications thromboemboliques :

- La phlébite surale : Jambe lourde. Mollet tendu et douloureux. Douleur à la dorsiflexion du pied. Le traitement est préventif : lever précoce, héparine en traitement préventif chez les femmes à risque. Le traitement curatif est l'héparine.

- La thrombophlébite pelvienne : Complication de la phlébite surale, ou phénomène initial. Elle se manifeste par une fièvre importante, oscillante, sans infection évidente, une dysurie, de la constipation, des douleurs abdominales. L'embolie pulmonaire en est la complication qui peut être très grave. Traitement : Héparine

LA CONSULTATION DES SUITES DE COUCHES

Elle a lieu en général un mois environ après la naissance. La présence du père est très souhaitable.

Cette consultation comprend :

- L'examen général de la mère.
- La prise de la tension artérielle. S'il persiste une tension artérielle élevée chez une mère hypertendue pendant la grossesse, il faut lui conseiller d'aller consulter à l'hôpital.
- La vérification de la bonne rétraction de l'utérus.
- L'examen du périnée.
- L'examen des seins.
- L'examen de l'enfant : prise de poids, examen de l'ombilic.
- Des conseils de planification familiale aux deux parents.

LES SOINS AUX NOUVEAU - NÉS

Dans ce chapitre nous décrivons successivement :

Les soins à la naissance

Soins aux nouveau-nés normaux

Soins aux nouveau-nés qui ne respirent pas

Les soins dans les premiers jours

SOINS À LA NAISSANCE

LES SOINS AUX NOUVEAU - NÉS NORMAUX

Les nouveau-nés normaux sont ceux qui dès la naissance crient et respirent bien.

Les soins se résument au séchage, suivi du bain, des soins de l'ombilic, des yeux, l'habillage et la première tétée.

Le séchage :

Il doit être appliqué à tous les nouveau-nés, dès la naissance.

Il peut être fait avant la section du cordon, entre les jambes de la mère, ou après la section rapide du cordon, sur une table dans la salle d'accouchements. Il stimule vigoureusement la respiration. Il empêche l'enfant de se refroidir.

Les mains de l'opérateur doivent être soigneusement lavées.

Matériel :

Trois linges propres. Ce sont des pièces de coton de 60 X 60 cm, soigneusement lavées et rincées, puis séchées au soleil ou repassées au fer bien chaud.

Ces linges peuvent faire partie du trousseau que la mère aura préparé et apporté à la maternité.

Ils peuvent faire partie du matériel de la maternité. Ils sont alors conservés dans une boîte à l'abri de la poussière.

Technique :

L'enfant est placé sur un linge propre et sec. Il est séché avec un deuxième linge. On commence par la face, en frictionnant bien les joues et la nuque. On tourne la tête sur le côté et on évacue la bouche avec un doigt recouvert du linge. On frictionne ensuite le dos, le ventre, les membres supérieurs et les membres inférieurs, en commençant par la racine et en terminant par la plante des pieds.

Ce linge humide est mis de côté, l'enfant est recouvert avec le troisième linge sec.

L'enfant crie vigoureusement. On peut terminer les soins et le donner à sa mère pour la première tétée.

La section du cordon :

Si l'enfant n'a pas besoin de soins de réanimation immédiatement, il y a intérêt à couper le cordon quelques minutes après la naissance. L'enfant séjourne entre les jambes de sa mère pendant qu'on pratique le séchage. De cette façon, on augmente de façon significative sa masse sanguine, et ainsi sa réserve de Fer, ce qui représente un grand avantage si la mère est anémique.

Les enfants de petit poids ne doivent pas être mis sur le ventre de leur mère avant clampage du cordon. Cela expose au risque d'hypovolémie, le sang de l'enfant s'écoulant alors par gravité vers le placenta.

Technique :

Le cordon est coupé entre deux pinces ou entre deux ligatures, à 4 cm de l'ombilic, avec une lame de rasoir neuve et flambée à l'alcool, ou avec une paire de ciseaux stérilisée immédiatement avant l'emploi par flambage ou ébullition.

La tranche de cordon est imbibée d'alcool, puis séchée.

Le bain :

Dans certains pays il est habituel de baigner le nouveau-né aussitôt après la naissance. Dans d'autres, on reporte le bain au lendemain. La pratique immédiate du bain n'est pas une règle.

Il se fait à l'eau bouillie tiède et au savon.

Matériel :

Eau bouillie dans une bouilloire.

Cuvette propre.

Savon.

Il ne faut pas employer les éponges végétales, elles blessent la peau de l'enfant et sont source d'infections.

Technique :

Se laver les mains.

Mouiller l'enfant avec l'eau bouillie.

Savonner en frottant avec les mains.

Rincer sous le bec de la bouilloire.

Sécher vigoureusement avec un linge propre.

Le pansement de l'ombilic :

Le cordon est enveloppé d'une compresse ou d'un linge propre, maintenus avec deux tours de bande. Ce pansement devra être changé dès qu'il est humidifié d'urines ou souillé de selles.

On peut aussi laisser à l'air. Le dessèchement se fait plus rapidement.

Les soins des yeux :

L'instillation de gouttes de collyre antibiotique ou de pommade ophtalmique antibiotique dans les deux yeux prévient la conjonctivite.

L'habillement :

Selon les coutumes et les saisons. S'il fait froid, il ne faut pas oublier le bonnet.

La première tétée.

Il faudra souvent aider la mère à donner son sein à l'enfant. Dans certains pays ce n'est pas un usage encore très répandu. Il faut expliquer patiemment et gentiment à la mère et à la grand mère l'intérêt de la première tétée précoce. Prise dans les 30 minutes qui suivent la naissance, elle permet à l'enfant de reprendre des forces, elle aide la montée de lait de sa mère, elle renforce les contractions utérines, ce qui diminue les risques hémorragiques. La technique de la mise au sein est décrite dans le chapitre "allaitement maternel", page 124.

LES SOINS AUX NOUVEAU-NÉS QUI NE RESPIRENT PAS

Le traitement des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance répond à une urgence vitale. Il peut être appliqué dans tous les lieux de naissance, même ceux qui sont démunis de tout.

Quelques explications de physiologie :

Avant la naissance, l'oxygénation du sang du fœtus est assurée par sa mère, par l'intermédiaire du placenta. L'enfant baigne dans le liquide amniotique. Ses poumons sont remplis de liquide.

Au moment de la naissance normale, la respiration aérienne commence et l'air pénètre dans les poumons jusque dans les alvéoles. Le sang circule dans les vaisseaux pulmonaires et vient au contact de l'air inhalé. L'oxygénation du sang de l'enfant est alors assurée par l'effet conjoint de sa respiration et de sa circulation sanguine. C'est la respiration qui fait vivre.

L'aération des poumons est due à trois phénomènes :

- L'évacuation du liquide contenu dans les poumons.

La compression du thorax, comme une éponge, lors du passage dans la filière génitale maternelle fait sortir ce liquide. Au moment de la sortie de la tête, on voit bien une grande quantité de liquide sortir de la bouche de l'enfant.

- Le déclenchement des mouvements respiratoires.

L'élasticité du thorax après cette compression, et le contact de l'air sur le visage sont les deux facteurs de ce déclenchement.

- Le premier cri.

Il gonfle les poumons.

Si l'enfant ne respire pas.

Le liquide pulmonaire n'est pas évacué. L'absence de respiration, ou une respiration inefficace, empêchent l'air de pénétrer jusque dans les alvéoles et d'entrer en contact avec le sang, d'évacuer le gaz carbonique, d'apporter de l'oxygène. C'est une véritable noyade. Il en résulte une anoxie qui retentit aussitôt sur le fonctionnement du cœur et du cerveau. Les contractions cardiaques perdent de leur efficacité, puis le cœur ralentit, et cesse de battre. La circulation cérébrale devient insuffisante pour l'oxygénation des cellules. Cela peut conduire à la mort cérébrale ou être à l'origine de séquelles motrices et intellectuelles effrayantes.

La constitution des lésions cellulaires définitives de l'anoxie est très rapide. Chez un nouveau-né qui ne respire pas, cinq minutes à peine séparent la naissance de la mort. Chez le nouveau-né qui respire mal, ce délai peut être un peu prolongé.

Il faut agir vite et efficacement.

L'anoxie peut commencer avant la naissance.

L'examen prénatal peut permettre de reconnaître les femmes dont l'accouchement sera peut-être difficile. On conseillera alors à la femme d'accoucher dans une maternité équipée. Ces pathologies sont décrites dans le chapitre "surveillance de la grossesse".

L'examen au cours du travail peut permettre de dépister les souffrances fœtales qui surviennent pendant l'accouchement.

On les observe surtout dans les circonstances suivantes : Travail long, plus de 24 heures - Placenta praevia - Rupture des membranes prolongée plus de 12 heures - Procidence du cordon - Accouchement par le siège

Les symptômes d'alarme sont :

Le ralentissement des bruits du cœur fœtal.

La modification de couleur du liquide amniotique qui devient teinté, méconial ou hémorragique.

Matériel nécessaire pour donner les soins aux nouveau-nés qui ne respirent pas :

Dans tous les lieux :

De l'eau et du savon. Si l'eau courante n'est pas installée dans la maternité, une bouilloire contenant de l'eau bouillie.

Trois linges propres, pièces de coton de 60 X 60 cm, soigneusement lavées et rincées, puis séchées au soleil ou repassées au fer bien chaud et placées dans une boîte à l'abri de la poussière.

Un système d'aspiration : aspirateur de mucosités.

Dans les maternités de référence :

En plus du matériel précédent

De l'oxygène.

Un appareil de ventilation : tube à masque ou masque et ballon.

Les gestes que tout le monde peut faire partout

Dans une maternité de village et même à domicile.

Il faut tout d'abord évaluer l'état de l'enfant

L'évaluation de l'état de l'enfant à la naissance repose sur deux observations.

Est-ce-qu'il crie ? Est-ce-qu'il respire ?

Le cri est-il : Fort - Absent - Faible ?

La respiration est-elle : Forte, normale. Ou bien - Absente - Rare - Superficielle - Bruyante, avec un bruit d'encombrement ?

La réponse à ces deux questions suffit pour savoir si l'enfant est normal ou s'il présente une difficulté respiratoire qu'il va falloir traiter sans tarder.

Le plus souvent d'ailleurs, les troubles du cri et de la respiration s'observent ensemble.

Si à la naissance l'enfant ne crie pas bien et ne respire pas bien, il faut commencer tout de suite les manoeuvres de réanimation.

Les manoeuvres reposent sur deux principes :

- Aider la respiration - Libérer les voies aériennes

Aider la respiration :

La méthode la plus simple est le séchage. Par la friction des zones sensibles de la peau, il stimule la respiration. Il évite le refroidissement de l'enfant, dû à l'évaporation du liquide amniotique qui le recouvre.

Une bonne pratique consiste à sécher tous les enfants à la naissance, quel que soit leur état.

Matériel et technique : voir au paragraphe "soins aux nouveau-nés normaux, le séchage", page 85.

Dans la plupart des cas, ce geste suffit. L'enfant crie vigoureusement. On peut terminer les soins et le donner à sa mère pour la première tétée.

Libérer les voies aériennes supérieures :

La libération des voies aériennes supérieures vise à évacuer par aspiration le liquide contenu dans le pharynx et les fosses nasales.

L'aspiration se fait à trois moments :

1°) Dès la sortie de la tête, en cas de souffrance foetale connue, manifestée par un liquide amniotique teinté ou méconial.

2°) Si l'enfant, après le séchage, ne respire pas.

3°) Si un encombrement pharyngé persiste après le séchage.

Matériel :

L'appareil le plus facile à utiliser est l'aspirateur de mucosités. Il en existe deux sortes :

Les aspirateurs composés d'une sonde, d'un réservoir et d'un embout buccal.

Les aspirateurs à poire. Il ne faut utiliser que les appareils qui peuvent se démonter, permettant un nettoyage facile.

Technique :

Il ne faut jamais aspirer en appliquant directement sa bouche sur la face de l'enfant, à cause du risque de contamination par le SIDA.

Il faut aspirer d'abord la bouche, deux fois de suite, puis chaque narine.

- Aspiration avec l'aspirateur de mucosités muni d'une sonde, d'un réservoir et d'un embout buccal.

L'embout est placé dans la bouche de l'opérateur. On introduit la sonde, d'une longueur égale à la distance nez-oreille, d'abord dans la bouche. On aspire, comme pour boire un soda, en retirant la sonde.

Pour l'aspiration des fosses nasales, la sonde doit être introduite perpendiculairement au plan de la face. Si l'enfant est très petit, la sonde ne

pénètre pas bien. Il ne faut pas forcer. On l'enfonce alors seulement de 2 cm. Cela suffit.

Après chaque usage, l'aspirateur est aussitôt nettoyé avec de l'eau et du savon on le fait stériliser, au moins par ébullition.

- Aspiration avec l'aspirateur à poire (Voir la fig. 1, page 103)

L'aspirateur est tenu dans la main droite. On le presse entre deux doigts pour le vider d'air. On introduit l'extrémité dans la bouche de l'enfant en maintenant la pression. On relâche la pression, ce qui provoque l'aspiration. On retire la sonde.

Une pression sur la poire évacue les sécrétions aspirées. La manoeuvre est répétée une deuxième fois dans la bouche, puis dans chaque narine.

Après l'usage, la poire est démontée et nettoyée soigneusement avec de l'eau et du savon, et stérilisée au moins par ébullition.

Stimuler la respiration :

La friction des joues, de la nuque, du dos, les mêmes gestes que ceux du séchage, peuvent être pratiqués à ce moment; Ils stimulent à nouveau la respiration. On peut les faire à mains nues, ou bien avec l'intermédiaire d'un linge.

Des pichenettes répétées peuvent aussi être appliquées sur la plante des pieds.

RÉSUMÉ : L'ENCHAÎNEMENT DES GESTES

A la naissance :

Dès que l'enfant est né, le premier geste à faire est le séchage.

Ensuite une observation rapide pose deux interrogations :

- Est-ce qu'il crie ?

- Est-ce qu'il respire ?

S'il crie, on termine les soins et on le donne à sa mère pour la première tétée.

S'il ne crie pas mais respire :

C'est un état de gravité modérée. La situation est simple, et il y a toute chance qu'elle puisse être facilement maîtrisée.

La respiration est-elle régulière ? Ou bien faible, bruyante, témoignant d'un encombrement respiratoire ? Dans ces cas, après le séchage, il faut libérer les voies aériennes supérieures par aspiration, faire de la stimulation cutanée. Si l'enfant respire bien et crie, on termine les soins et on le donne à sa mère pour la première tétée.

S'il ne respire pas :

C'est une situation plus grave.

Les mêmes gestes doivent être faits : séchage, libération des voies aériennes, stimulation cutanée. Dès que l'enfant respire bien, on termine les soins et on le donne à sa mère pour la première tétée.

SI LES MANOEUVRES ONT RÉUSSI,
L'ENFANT DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN ENFANT NORMAL !
Aucun médicament n'est nécessaire.

Les Gestes que l'on peut faire dans une maternité de référence.

Ils nécessitent un équipement et une habitude qui ne peut être acquise qu'après un entraînement particulier.

Ces gestes sont : l'oxygénation, la ventilation artificielle et le massage cardiaque externe.

En cas de naissance par césarienne, l'opérateur doit, aussitôt après l'extraction, comprimer trois fois le thorax de l'enfant entre ses mains pour évacuer le liquide contenu dans les poumons. Un aide aspire la bouche de l'enfant.

L'Oxygénation :

A la naissance, la plupart des nouveau-nés ont les extrémités cyanosées. Dès que la respiration est bien établie, cette cyanose disparaît. La concentration d'oxygène dans l'air est suffisante pour assurer une oxygénation correcte du sang. L'oxygénation en concentration très importante peut cependant être utile quand, après quelques manoeuvres, l'enfant respire, mais faiblement et reste cyanosé.

Matériel :

Une installation d'oxygène:

Oxygène mural ou bouteille d'oxygène comprimé pleine, munie d'un détendeur, d'un débitmètre et d'un tuyau. Dans certains hôpitaux où il n'y a pas de bouteilles d'oxygène comprimé dans la salle de naissance, on remplit des sacs de caoutchouc (chambres à air de camion par exemple), avec de l'oxygène prélevé sur une bouteille. C'est ce qu'on appelle un "ballon d'oxygène". La valve doit être munie d'un tuyau. L'oxygène est administré en ouvrant le tuyau et en pressant sur le ballon.

Technique :

La façon la plus simple de donner de l'oxygène est l'oxygénation "en débit libre". Pour ce faire, on approche du nez de l'enfant l'extrémité d'un tuyau branché sur la source d'oxygène avec un débit de 4 litres par minute. Si l'extrémité de ce tuyau est placée à une distance de 1,25 cm des narines, l'enfant reçoit un mélange avec une concentration de 80% d'oxygène (Voir la fig. 2, page 103).

La ventilation artificielle

La ventilation artificielle est nécessaire si, après séchage, libération des voies aériennes, et stimulation, l'enfant ne respire pas.

Position de l'enfant sur la table

L'enfant doit être couché sur le dos, la tête dirigée vers l'opérateur.

Pour que l'air insufflé pénètre facilement jusqu'aux poumons, la tête doit être disposée en rectitude. Une flexion excessive, une déflexion excessive, obstruent l'orifice supérieur du larynx et empêchent l'air de passer.

Un petit rouleau de tissu placé sous les épaules permet d'obtenir cette bonne position (Voir les fig. 3 et 4, page 104). La bonne position est celle qui est encadrée.

Les techniques de ventilation :La ventilation en bouche à bouche

Elle ne doit plus être effectuée, le risque de transmission du SIDA à l'opérateur est trop important. L'interposition d'une compresse n'est pas une protection.

La ventilation au "tube à masque".Matériel :

Un tube de 20 cm environ fixé sur un masque " nouveau-né " constitue l'appareil de ventilation le plus simple, et le plus facile à utiliser (Voir la fig. 5, page 105).

Technique :

On place l'enfant en bonne position, un petit rouleau sous les épaules (Voir la fig. 3, page 104).

On applique le masque sur la bouche et sur le nez, avec la main gauche.

On le maintient appuyé avec le pouce sur le front, l'index sur le bord du masque à la racine du nez, le majeur et l'annulaire sur le bord du masque du côté du menton. L'auriculaire, placé sous le menton, tire la mâchoire en avant (Voir fig. 5, page 105).

On souffle dans le tube à petits coups, en laissant gonfler les joues pour éviter une pression excessive, au rythme de 40 par minute. On regarde si le thorax se soulève bien. On fait 20 insufflations, puis on arrête et on observe.

Si après 20 insufflations la respiration ne commence pas, on recommence une deuxième série d'insufflations.

Après la manoeuvre, il faut nettoyer le tube à masque avec de l'eau et du savon. On peut le faire bouillir, il sera alors prêt à être utilisé à nouveau.

La ventilation au masque et au ballon :

La ventilation au masque et au ballon permet de ventiler et de donner en même temps de l'oxygène.

- Vérifications préalables :

Avant de commencer, il faut vérifier le bon fonctionnement de l'appareil. Le réservoir postérieur doit être branché : tube annelé s'il s'agit d'un "Ambu". Sac en plastique s'il s'agit d'un "Laerdal".

Le masque est placé dans la paume de la main gauche, en le maintenant avec tous les doigts. On presse doucement le ballon. On sent sur la main gauche une pression, sur la main droite une résistance, l'appareil peut ventiler.

On presse plus fort le ballon. La soupape de sécurité de pression se déclenche avec bruit. L'appareil n'est pas dangereux.

On branche le tuyau d'oxygène sur l'appareil et sur la source d'oxygène. On ouvre le débitmètre à 4 litres par minute. L'appareil peut oxygéner (Voir fig. 6, page 105).

- Description des manoeuvres de ventilation au masque et ballon

Les voies aériennes ont été libérées par aspiration.

L'enfant est couché en bonne position, avec un petit rouleau sous les épaules (Voir la fig. 3 page 104).

On place le masque sur la face de l'enfant et on le maintient comme pour la ventilation au tube à masque.

Pour ventiler, on presse le ballon avec trois doigts de la main droite. On compte : 1, 2, j'insufflé. C'est à dire à peu près 40 insufflations par minute. Le thorax se soulève (Voir la fig. 7, page 106).

On fait 20 insufflations. On arrête. On observe. Si la respiration ne commence pas, on recommence une deuxième série d'insufflations. Après deux fois 20 insufflations, il faut compter le pouls.

Si le thorax ne se soulève pas, l'air ne pénètre pas dans les alvéoles. La ventilation artificielle est inefficace. Il faut rapidement rechercher la cause : enfant en mauvaise position - masque mal placé sur le visage - ballon défectueux.

Le massage cardiaque externe

Le massage cardiaque externe est nécessaire quand la circulation sanguine de l'enfant est inefficace.

Il doit toujours être associé à une ventilation artificielle. Il assure la circulation sanguine dans les poumons. La ventilation permet l'oxygénation du sang qui les traverse.

Le massage cardiaque externe ne doit jamais être une manoeuvre de première intention.

Evaluation de la fréquence cardiaque :

L'inefficacité circulatoire est évaluée par la mesure de la fréquence cardiaque.

L'évaluation de la fréquence cardiaque se fait en auscultant le coeur avec un stéthoscope. La palpation du pouls fémoral huméral ou radial est en effet

très difficile et donne des renseignements moins rapidement que l'auscultation.

Il faut évaluer la fréquence cardiaque si, après deux fois 20 manoeuvres de ventilation artificielle, la respiration ne reprend pas spontanément.

Le massage cardiaque n'est indiqué que si la fréquence cardiaque est trop lente, inférieure à 40 par minute. Si la fréquence cardiaque est supérieure à 60 par minute, il risque d'être plus dangereux qu'utile.

Technique du massage cardiaque externe :

Le massage cardiaque doit toujours être associé à la ventilation artificielle, soit au tube à masque, soit au masque et au ballon.

On place l'extrémité de l'index et du médius recourbés au milieu du thorax au niveau des mamelons. On appuie à coups secs et énergiques une fois par seconde. On compte quatre massages, puis on ventile une fois. On recommence.

Après 30 secondes environ on évalue la fréquence cardiaque. Si elle s'est accélérée, on continue à ventiler sans massage. Sinon, on recommence massage et ventilation (Voir la fig. 8, page 107).

RÉSUMÉ : L'ENCHAÎNEMENT DES GESTES DE LA VENTILATION ARTIFICIELLE ET DU MASSAGE CARDIAQUE

Si à la naissance, l'enfant ne respire pas, c'est une situation grave.

Le séchage est toujours le premier geste à faire. Il peut souvent suffire pour déclencher la première respiration.

Si l'enfant commence à respirer, on peut donner de l'oxygène, continuer quelques manoeuvres de stimulation cutanée.

Si l'enfant ne respire pas, il faut libérer les voies aériennes supérieures, faire de la stimulation cutanée.

Si, après toutes ces manoeuvres il ne respire toujours pas, il faut sans tarder faire la ventilation artificielle.

Mise en bonne position, ventilation au tube à masque, ou au masque et ballon.

Si cette manoeuvre déclenche la respiration, on peut oxygéner, stimuler, surveiller, et si tout va bien, terminer les soins.

Si, après deux fois 20 manoeuvres de ventilation, la respiration n'a pas repris, Il faut compter le pouls.

Si le pouls est lent, inférieur à 40 par minute, il faut commencer le massage cardiaque associé à la ventilation. Evaluer le pouls toutes les 30 secondes.

Si le pouls s'accélère, le massage cardiaque est cessé et on continue à ventiler.

Si il reste lent, on continue massage et ventilation pendant 20 minutes. Au delà de ce délai, en l'absence d'amélioration, il n'y a aucune chance de guérison. Les manoeuvres de réanimation peuvent être cessées.

SI LES MANOEUVRES ONT RÉUSSI , L'ENFANT DOIT ÊTRE
CONSIDÉRÉ COMME UN ENFANT NORMAL !

Aucun médicament n'est nécessaire.

Dans la plupart des cas, les manoeuvres que nous venons de décrire ont été efficaces. L'enfant respire et crie vigoureusement. On peut terminer les soins : bain, pansement de l'ombilic, soins des yeux, habillage, comme il est décrit plus haut pour les nouveau-nés normaux, et le donner à sa mère pour la première tétée.

SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

ASPHYXIQUES

HORS TEXTES

DESSINS ET FIGURES

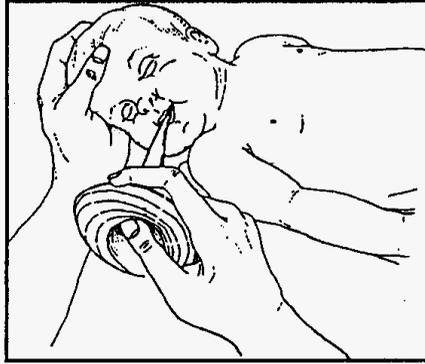


Figure 1
Libération de voies aériennes
supérieures
Aspiration avec l'aspirateur à poire

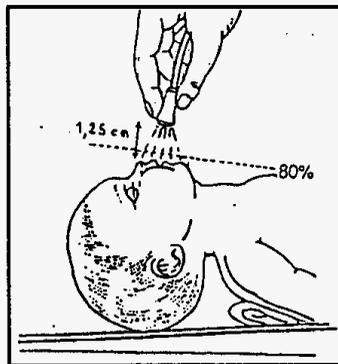
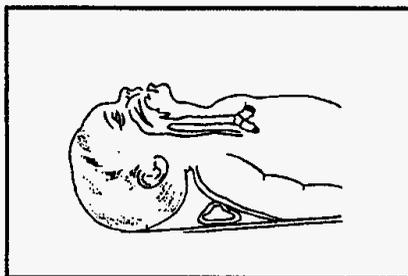
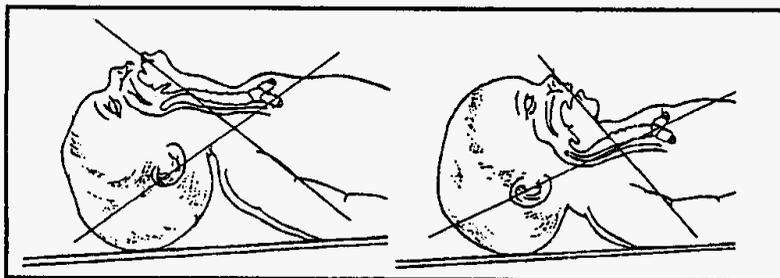


Figure 2
Oxygénation en débit libre

VENTILATION ARTIFICIELLE**Position de la tête de l'enfant****Figure 3**

Bonne position de la tête : en rectitude
N'oubliez pas le petit rouleau sous les épaules

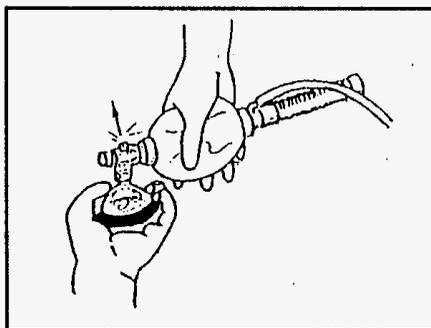
**Figure 4**

Mauvaises positions :
La tête est trop défléchie (à gauche)
La tête est trop fléchie (à droite)

VENTILATION ARTIFICIELLE (Suite)**Figure 5**

Le tube à masque

Observez bien la position des doigts qui fixent le masque sur la face du nouveau-né

**Figure 6**

Le masque et le ballon.

Vérification du fonctionnement de la soupape de pression

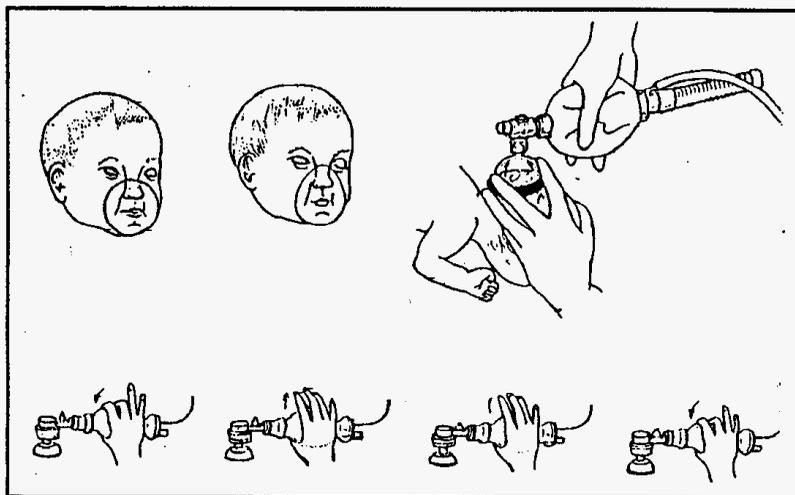


Figure 7

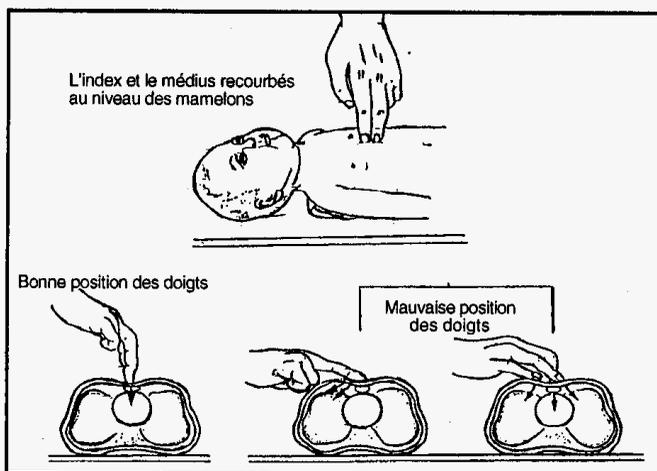
Ventilation au masque et au ballon. Les manoeuvres :

J'insufflé, 1, 2, j'insufflé.

40 insufflations par minute.

Après 20 insufflations, j'arrête, j'observe.

La ventilation au tube à masque se fait à la même fréquence

LE MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE**Figure 8**

Le massage cardiaque externe ne doit être pratiqué qu'après avoir tenté les manoeuvres simples :

séchage, aspiration, stimulation, ventilation artificielle.

Il ne doit être commencé que si la fréquence cardiaque est très lente.

Il doit toujours être associé à la ventilation artificielle.

LES SOINS APRÈS LA NAISSANCE SURVEILLANCE DES PREMIERS JOURS DU NOUVEAU NÉ :

LE PREMIER EXAMEN :

C'est l'évaluation du score d' APGAR. Cet examen est destiné à connaître l'état de vitalité de l'enfant. Ses cinq éléments sont : Fréquence cardiaque, Respiration, Tonus, Réactivité, Couleur.

Pour qu'il ait toute sa valeur, il faut l'évaluer à la cinquième minute de vie environ.

Au moment de la naissance, il ne présente aucun intérêt. Nous avons vu que les deux critères d'évaluation de l'état du nouveau-né étaient la respiration et le cri.

En revanche, après quelques minutes de vie, en particulier après des manoeuvres de réanimation, si l'enfant ne respirait pas bien à la naissance, son évaluation donne d'excellents renseignements.

LE SCORE D' APGAR			
PARAMETRES	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	< 100 / min.	> 100 / min.
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, réguliers	Vigoureux, avec cri
Tonus musculaire	Nul	Faible légère flexion des extrémités	Fort Flexion des membres Mouvements actifs
Réactivité	Nulle	Faible : grimaces	Vive : cri, toux
Coloration	Bleu ou pâle	Corps rose. Extrémités bleues	Totalement rose

LA SURVEILLANCE QUOTIDIENNE A LA MATERNITÉ

La surveillance quotidienne portera sur les points suivants :

La tétée. Il faut souvent encourager la mère, surtout si elle est primipare et dissuader la grand mère de donner un supplément au biberon.

L'émission du méconium, les urines, l'ombilic.

LE DEUXIÈME EXAMEN

Il est fait avant que la mère sorte de la maternité. Il vérifie la normalité des grandes fonctions vitales :

Etat du tonus général : l'enfant à terme normal est tonique et crie bien.

Examen de la tête : les yeux sont bien ouverts, mobiles. Il faut ouvrir la bouche à la recherche d'une fente palatine. La bosse sérosanguine ne doit être ni volumineuse, ni douloureuse.

Examen du thorax : Auscultation de la respiration et du coeur.

Examen de l'abdomen : L'abdomen est facilement palpable et on ne sent rien d'anormal.

Examen de l'anus : si le premier méconium n'a pas encore été émis, il faut rechercher la perméabilité de l'anus par l'examen de la marge anale et

l'essai d'introduction d'un thermomètre trempé dans l'huile. En cas de retard simple d'émission du méconium, ce geste aide à la défécation.
Examen des organes génitaux. De la fille en écartant les grandes lèvres. Chez le garçon, il est fréquent qu'un testicule ne soit pas descendu.

CONSEILS À DONNER À LA MÈRE POUR LES SOINS DU NOUVEAU NÉ À LA MAISON

Le séjour à la maternité est un très bon moment pour donner aux mères des conseils concernant leur santé et celle de leur bébé. Des séances d' "éducation sanitaire" peuvent être données à horaires fixes. On peut aussi faire cet enseignement au cours des visites au chevet des mères. Les principaux sujets abordés sont : l'hygiène, l'alimentation, la surveillance de la croissance de l'enfant, les vaccinations, l'amour et les relations familiales.

L'hygiène.

Le bain :

Tous les jours en été. Tous les deux à trois jours en hiver. Le bain sera donné dans une pièce chauffée, ou près d'un radiateur, ou près du foyer, avec de l'eau chaude. On apprécie la température de l'eau avec le dos de la main. Trempage, savonnage, rinçage, séchage. Il faut le faire très rapidement et bien sécher l'enfant, si possible avec un linge chaud. L'enfant sera habillé avec des vêtements chauds et secs, si on le peut chauffés au préalable.

La toilette :

C'est la seule méthode possible en hiver, quand il fait froid. On peut faire la toilette avec des linges humides et chauds. Avec deux linges. L'un pour savonner, l'autre pour rincer à l'eau tiède. La face : linge humide et eau bouillie. Les yeux, les oreilles et le nez : nettoyer seulement le pourtour du nez et les pavillons des oreilles avec un linge humide et de l'eau bouillie.

Quand il fait très froid, on peut procéder en deux temps. Faire d'abord la toilette du haut du corps : déshabillé, lavé, rincé, rhabillé. Puis celle de la moitié inférieure du corps. C'est la technique "du chat".

Les soins du cordon :

Avant de faire les soins quotidiens du cordon, il faut se laver soigneusement les mains. La plupart des infections contractées après la naissance ont comme porte d'entrée l'ombilic. C'est une véritable plaie ouverte.

Après la toilette quotidienne :

- Sécher soigneusement

- Nettoyer le cordon, en le relevant, pour bien désinfecter la base, avec de l'alcool. Faire bien sécher.

- Ne pas mettre d'alcool iodé. Si le cordon reste humide, le meilleur moyen de le sécher est de le laisser à l'air.

Faut-il mettre un pansement ou laisser l'ombilic à l'air ?

Si on fait un pansement, il faut mettre une compresse stérile, fixée par un bandage de quelques tours de gaze. Ce pansement devra être changé chaque fois qu'il sera souillé de selles ou d'urines.

Depuis quelques années on recommande de laisser le cordon à l'air sans pansement. On a en effet constaté que la compresse placée sur le cordon est le plus souvent souillée d'urine, ce qui humidifie la base du cordon, retarde son séchage et sa chute, et favorise les infections.

Dans cette option, après la toilette et le séchage soigneux du cordon, on applique un peu d'alcool et on laisse à l'air.

- Après la chute du cordon, les soins de l'ombilic doivent être poursuivis jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie ombilicale. On la constate quand il n'y a plus de sérosité sur la compresse.

Les changes :

Chaque fois que l'enfant est souillé. Laver le siège à l'eau tiède. Sécher soigneusement.

- Le linge souillé sera placé dans un seau et lavé aussitôt, puis rincé et séché au soleil ou repassé au fer bien chaud.

- Les petits ustensiles :

Les tasses et cuillers, les biberons et les tétines servant à l'alimentation seront lavés à l'eau et au savon, rincés, séchés. Bouillis une fois par jour.

Le ménage :

Un balayage soigneux est fait chaque jour, en éloignant l'enfant pour éviter l'inhalation des poussières.

Les personnes qui approchent l'enfant :

Elles doivent porter des vêtements propres et se laver les mains avant de le toucher. Frères et soeurs doivent être écartés du nouveau-né s'ils mouchent ou s'ils toussent. Adultes et voisins doivent être écartés de l'enfant s'ils mouchent ou s'ils toussent.

L'alimentation :

L'allaitement maternel doit être poursuivi le plus longtemps possible. Si la prise de poids est mauvaise, il faut venir consulter. Ce n'est pas toujours dû à un manque de lait. Il ne faut surtout pas arrêter l'allaitement. Les vomissements ne doivent pas être considérés comme graves, si la courbe de poids de l'enfant est bonne, et que son examen est normal. Ils sont dus souvent à une tétée abondante. L'enfant rejette "le surplus". On peut mettre l'enfant en position ventrale surélevée, après les repas.

Mais si l'enfant ne grossit pas bien, il faut aller consulter à l'hôpital.

La surveillance de la croissance :

C'est le rôle de la consultation de nourrissons. Elle est conseillée au moins une fois par mois. La mère doit y trouver la réponse à toutes les questions qu'elle se pose pour la santé de son enfant. Elle doit y trouver aussi, au cours de la même séance, des conseils pour sa propre santé, en particulier pour la planification familiale.

Les vaccinations :

La vaccination BCG est souvent faite avant la sortie de la maternité. Les autres vaccinations seront faites aux dates conseillées.

Amour et relations intrafamiliales

Le nouveau né est un membre de la famille. Il est accueilli avec joie, qu'il soit garçon ou fille.

La bonne relation entre la mère et l'enfant s'établit grâce à l'alimentation au sein.

Le père participe à l'éducation des enfants.

La grand mère aide la mère à soigner son enfant. Elle le garde pendant que la mère doit s'absenter. Elle raconte des histoires et des coutumes de son pays et de sa famille pour le bon développement de l'enfant.

Les frères et soeurs accueillent le nouveau-né comme un nouveau membre de la famille. Ils jouent avec lui et lui témoignent leur amour.

La bonne entente familiale est nécessaire pour rendre la vie heureuse et amicale. C'est un bon exemple pour les enfants et l'entourage.

LES ENFANTS DE PETIT POIDS DE NAISSANCE

Soins simples aux enfants normaux

LES OBJECTIFS SONT AU NOMBRE DE DEUX :

Assurer la survie immédiate.

Eviter les morts de la première année, qui sont pour la plupart favorisées par la malnutrition.

LES MOYENS À METTRE EN OEUVRE SONT AU NOMBRE DE QUATRE

Protéger l'enfant contre le refroidissement

Lui donner une alimentation suffisante et appropriée

Le soigner avec une hygiène rigoureuse

Maintenir à ses côtés la présence de sa mère.

PLAN DE CE CHAPITRE :

Les enfants de petit poids ne sont pas tous des prématurés

Soins en salle de travail

Soins dans les premiers jours

Surveillance pendant le séjour à l'hôpital ou à la maternité

La sortie de l'hôpital ou de la maternité, le retour à la maison.

LES ENFANTS DE PETIT POIDS NE SONT PAS TOUS DES PRÉMATURÉS

On dit qu'un enfant est de petit poids de naissance quand il pèse moins de 2500 gr, quel que soit le terme auquel il est né.

UN PREMATURE est un enfant né avant la 36^e semaine de grossesse, comptée à partir du premier jour des dernières règles.

UN DYSMATURE est un enfant dont le poids de naissance est trop faible pour le terme. L'association prématurité et dysmaturité est fréquente.

Pourquoi faut-il faire la différence ?

Les capacités physiologiques de l'enfant sont liées à l'âge gestationnel et non au poids de naissance

- Les Prématurés :

Leur alimentation peut être difficile pendant les premiers jours. Ces enfants ne têtent pas toujours très vigoureusement. Leurs capacités digestives sont faibles. Les repas doivent être très fractionnés. L'alimentation par sonde est souvent nécessaire.

- Les Dysmatures :

Ces enfants tètent bien. L'alimentation au sein, par repas fractionnés à la tasse au biberon ou à la cuiller est souvent facile, même pour des poids très faibles : 1500 gr par exemple.

Les pathologies rencontrées ne sont pas les mêmes.

- Les prématurés :

Ils présentent souvent des difficultés respiratoires par maladie des membranes hyalines due à l'immaturité pulmonaire. Ils ont une sensibilité à l'infection accrue par défaut des défenses immunitaires.

- Les dysmatures :

Ils ont souvent souffert pendant la grossesse d'une souffrance foetale chronique. Ils ont ainsi à la naissance un risque accru de détresse respiratoire par inhalation amniotique. L'absence de réserves glyco-géniques les expose à l'hypoglycémie.

Comment fait-on la différence ?

Par l'examen clinique dès la naissance.

Les prématurés :

Ils ont la peau fine, les mamelons sont peu développés, leur pincement ne montre aucune épaisseur. La plante des pieds ne porte pas de plis.

Les dysmatures :

Ils ont des mamelons que l'on peut pincer entre deux doigts, la plante de leurs pieds est pourvue de plis.

AGE GESTATIONNEL CRITERES MORPHOLOGIQUES MÉTHODE SIMPLIFIÉE			
	Avant 36 semaines	37 - 38 Semaines	39-41 Semaines
Striation plantaire	1 ou 2 plis 1/3 antérieur	Plis nombreux 2/3 antérieur	Nombreux plis toute la plante
Cheveux	Laineux Cornes frontales non dégagées	Intermédiaires	Soyeux Cornes frontales dégagées
Cartilage de l'oreille	Pliable absent	Pliable présent	Raide bien senti
Diamètre mamelons	2 mm	4 mm	7 mm

Il existe d'autres signes. On les trouve dans les cours destinés aux spécialistes de la médecine néonatale. Les signes décrits ici sont suffisants pour la pratique courante.

*

LES SOINS EN SALLE DE TRAVAIL*₁

Les soins aux nouveau-nés de petit poids de naissance en salle de travail sont fondés sur les mêmes règles que les soins aux nouveau-nés de poids normal. Cependant, le faible poids (< 2 000 gr), impose quelques pratiques spécifiques.

Chez les nouveau-nés de petit poids de naissance, le refroidissement est particulièrement dangereux. Il aggrave ou provoque une détresse respiratoire par maladie des membranes hyalines. Il diminue les défenses immunitaires. Il favorise l'infection pulmonaire et l'entérite nécrosante.

L'aide ventilatoire :

A la naissance, les nouveau-nés de petit poids ont souvent une difficulté à exercer les premiers mouvements respiratoires. Leurs muscles respiratoires sont peu puissants, et les efforts inspiratoires ne permettent pas une bonne ouverture des alvéoles pulmonaires.

C'est pourquoi il faut les aider.

- Aspirer systématiquement les voies aériennes supérieures : nez et pharynx.
- Stimuler la respiration. Le séchage est le meilleur moyen. Il sera fait en même temps que l'aspiration.
- Ventiler au masque (tube à masque ou masque et ballon). Ce geste sera réservé toutefois aux enfants dont la respiration n'est pas d'emblée puissante. Un ou deux mouvements de ventilation artificielle avec une pression plus forte et plus prolongée seront suivis de quelques mouvements de ventilation normale.

Cette assistance à la naissance nécessite la présence de deux personnes travaillant simultanément.

La section du cordon :

Les enfants de petit poids ne doivent pas être mis sur le ventre de leur mère avant clampage du cordon. Cela expose au risque d'hypovolémie, le sang de l'enfant s'écoulant alors par gravité vers le placenta.

Le réchauffement :

La mise de l'enfant au contact du corps de sa mère est le meilleur moyen d'éviter le refroidissement. Voir "La méthode kangourou", page 119.

LES SOINS DANS LES PREMIERS JOURS

Trois points seront abordés :

L'alimentation - La chaleur - L'hygiène

L'alimentation :

- Faut-il alimenter tous les enfants dès la naissance?
- Quand peut-on commencer l'alimentation?
- Quel aliment?
- Quelles quantités?
- Sein, tasse, biberon, cuiller ou sonde?

DEUX REGLES GENERALES :

- Privilégier l'alimentation au lait maternel
- Respecter une hygiène rigoureuse dans tous les cas.

Faut-il alimenter tous les enfants de petit poids dès la naissance ? Oui

Une ration calorique correcte et équilibrée en protéides, glucides, lipides, ne peut être apportée que par voie digestive.

Une ration calorique correcte apporte les éléments énergétiques nécessaires à une bonne croissance.

Une ration calorique correcte renforce les défenses contre les infections.

Quand peut-on commencer l'alimentation ?

Si l'enfant est vigoureux, (c'est le cas des enfants dysmatures ; on a vu plus haut comment faire le diagnostic), il faut lui donner le sein de sa mère dès la

naissance, avant qu'il ne s'endorme. La tétée précoce stimule la montée laiteuse, elle renforce les contractions utérines et aide ainsi à l'expulsion du placenta. Le colostrum est riche en protéines et en facteur anti-infectieux.

Quel aliment ?

Le lait maternel, bien sûr !

Si l'enfant doit rester quelque temps à la maternité ou à l'hôpital, il faut héberger sa mère près de lui.

Les avantages sont nombreux :

- Alimentation disponible à toute heure.
- Respect de l'hygiène.
- Conservation de la sécrétion lactée, c'est très important pour la poursuite de l'alimentation après la sortie
- Création d'un lien affectif puissant entre la mère et l'enfant
- Intérêt éducatif pour la famille et la population : l'enfant de petit poids peut vivre. La mère pourra retourner à la maison avec son enfant dès qu'il paraîtra capable de téter. Pendant l'hospitalisation, la mère apprendra les gestes simples des soins un peu particuliers que nécessite l'état de son bébé.

Si la mère n'a pas de lait, que faire ?

Trouver une nourrice? Les habitudes sociales parfois s'y opposent. Il faut à l'heure actuelle rester prudent, car le virus du SIDA peut être transmis par le lait d'une femme atteinte de la maladie.

Donner un lait artificiel?

- Les laits en poudre " premier âge " maternisés ou adaptés. Tous ces laits doivent être reconstitués à une concentration de 13 gr de poudre pour 100 ml de lait reconstitué. En pratique, une mesure rase pour 30 ml d'eau.

- Le lait de vache, bouilli, coupé d'un tiers d'eau bouillie, et sucré.

Attention à l'hygiène!

- Le lait de chèvre, bouilli. Attention à l'hygiène! Le lait de chèvre peut transmettre la brucellose dont les bêtes sont souvent atteintes. Si cette alimentation est prolongée, il faudra donner un supplément de vitamine B 12 par voie injectable pour prévenir "l'anémie mégaloblastique du lait de chèvre".

- Le lait concentré sucré doit être évité.

- Attention ! L'eau de riz n'a aucune valeur nutritionnelle!

Quelles quantités ?

L'essai d'alimentation directement au sein doit toujours être tenté. Dans ce cas, il faut donner le sein au moins huit fois par jour. Au besoin réveiller l'enfant pour le faire téter. Si la tétée du sein n'est pas possible, le lait sera extrait par expression manuelle directement dans la bouche de l'enfant, ou bien tiré et donné à la tasse ou à la cuiller.

Le premier jour :

Enfant de poids approprié au terme : 60 ml par kg

Enfant de petit poids de naissance : 90 ml par kg

Les jours suivants :

Augmenter chaque jour la ration de 20 ml par kg jusqu'à 180 ml par kg

Sein - Tasse - Biberon - Cuiller - Sonde ?

- La tétée du sein est bien sûr le mode alimentaire le meilleur. Encore faut-il que l'enfant en aie la force. Après quelques jours de surveillance de la courbe de poids, et dès qu'il dépasse 2000 gr, le retour à la maison est possible.

Si l'enfant n'a pas la force de téter :

- La tasse est un moyen très commode et très propre. Le lait maternel y est recueilli par pression manuelle ou avec un tire-lait. On utilise des petites tasses à café cylindriques. L'enfant qui n'a pas la force de téter le sein peut sucer et aspirer très facilement le lait. C'est un système très efficace, et beaucoup plus hygiénique que le biberon.

- La cuiller. Le lait maternel est recueilli dans une tasse. Avec une petite cuiller, on peut le mettre directement dans la bouche de l'enfant. Même de grands prématurés peuvent ainsi être nourris. Cuiller et tasse doivent être soigneusement lavées après chaque repas.

- Le biberon. Il faut essayer d'en éviter l'emploi, car c'est un instrument redoutable. Le biberon et la tétine sont difficiles à nettoyer, c'est une source de pullulation microbienne dans les débris de lait qui collent aux parois. Le nettoyage ne sera jamais bien réalisé à la maison. Le bébé risque d'être victime de diarrhées sévères.

Les vitamines

A la naissance, l'administration de vitamine K1, à la dose de 2 mg par Kg de poids en une injection intramusculaire, prévient la maladie hémorragique, plus fréquente chez les prématurés. Ensuite, dans les premiers jours, une seule est indispensable : la vitamine D, une dose de 1200 unités chaque jour, quel que soit le poids (4 gouttes de Stérogyl par exemple). Le lait maternel contient en effet suffisamment de vitamine A. Mais il ne faudra pas oublier de supplémenter en cette vitamine si le nouveau-né reçoit du lait artificiel.

La chaleur :

L'organisme des enfants de petit poids de naissance ne peut pas produire la chaleur nécessaire pour maintenir la température, sans mettre en péril les fonctions vitales : croissance, défense contre les infections. La ration alimentaire de base est juste suffisante pour assurer les besoins de base.

Dans les pays "chauds", la température n'est pas en permanence de 35°, ambiance de neutralité thermique des enfants de petit poids de naissance nus.

Alors, que faire ?

1°) Couvrir.

Habiller l'enfant, sans oublier de mettre un bonnet, les déperditions de chaleur par la tête sont en effet considérables, pouvant atteindre 20 % des déperditions totales.

Placer l'enfant dans un berceau à parois pleines (bois ou tissu), pour éviter les courants d'air.

Placer l'enfant dans un berceau chauffant ou dans un incubateur.

2°) Mieux :

Mettre l'enfant au contact du corps de sa mère, source permanente de chaleur, d'amour et de nourriture. Les nombreux vêtements amples se prêtent très bien à cette pratique. Voir "La méthode kangourou", page 120.

L'hygiène :

Le manque d'hygiène est cause d'infection. C'est la première cause de mortalité dans les unités de nouveau-nés

L'hygiène, c'est simple. Cela consiste à nettoyer tout ce qui touche l'enfant, mais c'est très difficile à imposer et à faire respecter!

- La propreté dans la pratique des soins :

Soins aseptiques : lavage des mains des infirmières et des médecins avant et après chaque soin, chaque manipulation. Port de blouses ou de vêtements de travail propres, changés si possible au moins tous les jours.

- La propreté de l'eau :

Eau bouillie ou filtrée pour les soins de toilette

Eau bouillie pour la préparation du lait.

- La propreté des sols et des murs des maternités :

Murs carrelés jusqu'à la hauteur de 1m80, lessivés chaque semaine.

Sols carrelés, lessivés deux fois par jour : brossage à l'eau et au savon, puis rinçage à l'eau propre. Désinfection à l'eau de javel. Pour conserver son efficacité, l'eau de javel ne doit jamais être au contact de savon.

- La propreté du linge :

En quantité suffisante, le linge au contact de l'enfant doit être changé plusieurs fois par jour. Lavé à l'eau propre et au savon, désinfecté par repassage au fer bien chaud, ou stérilisé par autoclave.

- La propreté du matériel :

Lavage des biberons, des tasses et cuillers, des pots à lait, ces petits matériels peuvent être stérilisés par ébullition, ou par trempage dans une solution stérilisante.

- La propreté pour la toilette de l'enfant.

Pour plus de détails, reportez-vous au chapitre "Hygiène à la maternité".

LA SURVEILLANCE PENDANT LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ

La température, la pesée, les prescriptions, la pancarte, le dossier.

La température :

Elle doit être prise deux fois par jour. Le thermomètre est placé dans l'aisselle, laissé 5 minutes - Ajouter 0.5 degré.

- Une hypothermie (T° inférieure à 36.8°) indique un chauffage insuffisant. La courbe de poids de cet enfant est souvent plate, malgré une alimentation correcte. Il dépense toute son énergie pour maintenir sa température corporelle.

- Une hyperthermie indique souvent un chauffage excessif.....Ou une infection débutante.

La pesée :

Une fois par jour. Dans les premiers jours, la courbe de poids permet de régler le volume de l'alimentation. Il faut faire en sorte que la perte de poids initiale, dite "physiologique", ne dépasse pas 5 p. cent du poids de naissance. Le poids du jour doit être marqué dans le dossier de l'enfant.

Ultérieurement, une courbe de poids ascendante régulièrement est un signe de bonne santé.

Les prescriptions :

Elles comprennent :

- Le régime alimentaire, et le mode d'administration de l'alimentation.

- La sortie de l'enfant et les soins ultérieurs.

Les prescriptions et les observations médicales peuvent être inscrites sur une même feuille. La prescription du régime alimentaire, s'il s'agit de lait artificiel, y figure. Confiée à la personne chargée de confectionner les repas, elle lui sert de guide.

Le dossier :

Il comprend au minimum une seule feuille : la pancarte. C'est une feuille pour chaque enfant. Elle porte au recto la courbe de poids, la courbe de température de l'enfant. La température de l'incubateur y sera aussi inscrite.

Au verso, elle peut recevoir les observations médicales et les prescriptions. C'est l'élément le plus important du dossier.

LA PRÉPARATION DU RETOUR À LA MAISON :

Education de la famille : mère - père - grand mère.

L'éducation de la mère.

Elle peut se faire à la maternité. On peut profiter de ces jours pendant lesquels l'enfant va bien, pour lui apprendre comment faire la toilette et les soins d'hygiène ; comment donner l'alimentation s'il n'est pas au sein ; ce qu'il faut faire en cas de diarrhée, en cas de fièvre.

On peut conseiller la surveillance de la consultation de Protection Maternelle et Infantile.

Il faut aussi prendre un peu de temps pour expliquer l'intérêt de l'espacement des naissances, et donner des conseils pratiques pour l'appliquer.

L'éducation du père.

Il faut lui dire que le retour à la maison est en quelque sorte la fin de la grossesse. Qu'il devra entourer son épouse de soins attentionnés, lui éviter les corvées, les travaux pénibles. Il pourra lui trouver une "aide familiale". Il faudra lui expliquer l'intérêt, pour la santé et même la vie de sa femme et de ses enfants précédents, de l'espacement des naissances. Dans beaucoup de pays, la tradition fixe l'espace entre deux enfants à trois ans. C'est un très bon délai. Il permet d'élever correctement cet enfant fragile avant l'arrivée de l'enfant suivant.

L'éducation de la grand mère :

Très affectueuse, elle se sent souvent investie d'un droit de diriger les soins. Ses idées sont souvent bonnes, mais méritent parfois une petite actualisation. Il faudra faire les remarques avec tact. La possibilité d'un bon suivi post natal dépend souvent de la bonne entente de la grand-mère et des soignants.

LA SORTIE DE L'HÔPITAL OU DE LA MATERNITÉ

Quand l'enfant peut-il sortir ?

Le séjour du nouveau-né de petit poids de naissance à l'hôpital doit être le plus court possible.

L'hospitalisation augmente le risque d'infection. Elle perturbe gravement la vie de la famille, en particulier celle des enfants très jeunes laissés à la maison. Le risque de malnutrition pour eux est très grand, malgré l'attention des grand-parents ou de la soeur aînée. L'éloignement de la mère, qui doit assurer la tenue de sa maison, et qui n'a pas de moyen facile pour faire parvenir son lait à la maternité, provoque souvent l'arrêt de l'allaitement, ce qui pour l'enfant constitue une cause de mortalité par malnutrition quelques mois après la sortie.

L'enfant peut sortir de l'hôpital, quel que soit son poids, si :

S'il tète bien

Si sa courbe de poids est ascendante

Si sa mère s'en occupe bien et a du lait, ou sait très bien préparer un lait artificiel et le donner à la tasse ou à la cuiller.

La surveillance après la sortie de l'hôpital

La malnutrition, les maladies infectieuses, le paludisme, risquent de les tuer. Ils sont les "clients" prioritaires de la consultation post-natale du Service de Protection Maternelle et Infantile.

La visite à domicile de la sage femme.

Elle permet de surveiller la croissance de l'enfant et de conseiller la mère, quand celle-ci ne peut pas venir à la consultation du centre de santé. Ces visites à domicile prennent beaucoup de temps, mais elles sont très appréciées par les mères et sont d'une très grande efficacité.

La "consultation intégrée" mère et enfant au centre de santé.

Elle permet de donner réponse aux questions que se posent les mères, pour l'élevage de cet enfant fragile, et pour elles mêmes. Les actes de cette consultation comprennent :

Pour l'enfant :

- Pesée, mesure. Inscrits sur le carnet de santé et sur la courbe de croissance du "chemin de la santé", ils permettent la surveillance de la croissance.
- Conseils alimentaires adaptés à l'âge et aux ressources alimentaires locales.
- Vaccinations.

Pour la mère :

- Surveillance gynécologique après la naissance.
- Conseils pour l'espacement des naissances.

L'organisation d'une consultation de ce genre doit être conçue avec beaucoup d'attention.

La pratique des rendez-vous évite les attentes prolongées, la contagion inter-enfantine des salles d'attente combles, la perte de temps, dans l'emploi du temps si chargé des mères de famille.

Il est possible d'organiser une consultation sur rendez-vous, même pour des personnes illettrées et qui ne se servent pas habituellement de montre.

LA MÉTHODE KANGOUROU

Pour l'élevage des tout petits nouveau-nés

DESCRIPTION :

Le Kangourou est un animal d'Australie qui possède une poche ventrale dans laquelle le fœtus passe une partie de la grossesse, hors de l'utérus maternel. Il y trouve chaleur et alimentation.

La méthode Kangourou consiste à placer le nouveau-né très petit ou prématuré en permanence contre la poitrine de sa mère. Il bénéficie de la chaleur de son corps. L'alimentation au sein est facilitée.

Dans les centres de soins spécialisés, l'élevage en Kangourou succède au séjour en incubateur. Il en diminue la durée.

Dans les régions dépourvues de centres de soins spécialisés pour les tout petits ou trop éloignées de ces centres, la méthode kangourou remplace l'incubateur et permet de sauver des enfants avec des moyens très simples.

Dans les centres de santé éloignés, quand un transfert est indiqué, le portage de l'enfant par sa mère en kangourou évite son refroidissement.

OBJECTIFS :

- Permettre l'élevage d'un tout petit en l'absence de moyens matériels compliqués.
- Éviter la séparation de la mère et de son tout petit nouveau-né. Celle-ci est en effet très fréquente pendant l'hospitalisation dans un centre de soins spécialisés.
- Renvoyer rapidement à la maison des enfants très petits en écourtant le séjour dans le centre de soins.

RÉSULTATS ATTENDUS :

- Favoriser la croissance.

Le contact avec la peau chaude de la mère chauffe l'enfant. Les dépenses énergétiques pour la conservation de la chaleur de son corps sont diminuées. La croissance en bénéficie.

La sécrétion du lait est stimulée par le contact peau à peau. La mise au sein très fréquente est facile. Les pertes d'eau par évaporation et par les cris sont diminuées.

- Stimuler la respiration La mobilisation douce et rythmée de l'enfant par les mouvements respiratoires de la mère stimule sa respiration.
- Maintenir un état calme du bébé.
- Créer de bonnes relations affectives entre le bébé sa mère et sa famille.

QUELS ENFANTS CHOISIR POUR LE KANGOUROU ?

Des enfants de poids de naissance inférieur ou égal à 2000 grammes. En saison froide, les nouveau-nés de poids supérieur peuvent aussi en bénéficier.

Des enfants en bonne santé. Il faut récuser les enfants porteurs de pathologie pendant le temps où elle se manifeste.

Des enfants capables de téter et de déglutir.

Pour les enfants élevés d'abord en incubateur, la croissance pondérale doit être régulière avant de proposer le kangourou.

QUELLES FAMILLES ?

Les familles doivent être bien motivées et désireuses d'appliquer la méthode.

Elles doivent avoir bien compris son intérêt et savoir comment faire. Un apprentissage pendant quelques jours dans le centre de soins est utile.

QUAND PEUT-ON METTRE L'ENFANT EN KANGOUROU ?

A la naissance, il n'est pas toujours possible d'appliquer le kangourou si les conditions décrites plus haut ne sont pas réunies. On peut au moins, chaque fois que c'est possible, placer l'enfant contre sa mère.

Dans le service de néonatalogie, la mise en kangourou succède aux premiers jours de soins en couveuse. Pendant ces jours, la mère est présente et s'habitue progressivement aux soins et au portage.

RÔLE DES SOIGNANTS :

Motiver et rassurer la famille : la mère, le père et la grand-mère en particulier.

Montrer le portage. Le portage en kangourou des enfants hospitalisés par les agents du personnel est un très bon moyen de démonstration et de motivation des mères.

Encourager l'allaitement et montrer comment l'enfant doit être mis au sein. Veiller que les tétées soient fréquentes, toutes les deux heures, voire plus si l'enfant est très petit.

Quand l'enfant est très petit et tète difficilement, montrer la technique de massage du sein, la façon de faire couler le lait directement dans la bouche de l'enfant, ou de recueillir le lait dans un bol en plastique pour le donner à la tasse à la cuiller ou au compte-gouttes.

Suivre la mère et l'enfant après le retour à la maison.

Les sages femmes des centres de santé éloignés peuvent apprendre la méthode et l'enseigner à leur tour.

PRATIQUE :

Ce qui est important :

- L'enfant doit être placé le plus possible "peau contre peau". Pour cela, il ne faut pas porter de chemise ni de soutien gorge.
- L'enfant doit être maintenu le plus possible en position verticale, pour éviter les régurgitations et les pauses respiratoires. Sa tête doit toujours être surélevée par rapport au reste du corps. La meilleure position est celle de la grenouille, le ventre de l'enfant contre la poitrine de la mère, les jambes écartées sur les côtés.
- L'enfant doit être porté en permanence, jour et nuit. Pendant la nuit, la mère qui porte son bébé en kangourou doit dormir en position demi-assise pour que le bébé soit maintenu en position verticale.
- Le père, la grand-mère ou toute autre personne peuvent remplacer la mère pendant quelque temps dans la journée.
- La durée du portage est en général de quelques semaines, jusqu'à ce que l'enfant, par ses mouvements des bras et de la tête, manifeste le désir de cesser.

Comment maintenir l'enfant ?

Avec un tissu élastique :

Les meilleurs tissus sont ceux qui ont une certaine élasticité : lycra ou jersey. Ils maintiennent bien l'enfant contre la poitrine de la mère. Le soutien est sûr, la mère peut conserver ses deux mains libres pour vaquer à ses occupations. La position verticale est facilitée. La manipulation de l'enfant pour les tétées se fait facilement, sans enlever complètement le sac. Confectionner un cylindre de 60 cm de hauteur et de 80 cm de circonférence environ. Un ourlet en haut et en bas renforce les bords supérieur et inférieur du cylindre.

Avec un tissu en coton :

Les tissus élastiques peuvent être trop coûteux. Le maintien de l'enfant peut être fait très simplement avec une bande de coton. Tailler une bande de 2 m X 60 cm environ. Poser l'enfant sur le thorax de la mère, couché sur le ventre en position de grenouille. La tête tournée sur un côté est placée au niveau des clavicules. Les deux bras au dessus des seins, les jambes écartées sous les seins. La bande est appliquée sur l'enfant, croisée dans le dos de la mère, puis repassée en avant et nouée sous le corps de l'enfant. Le choix de la manière de maintenir l'enfant sera fait en fonction des habitudes de portage traditionnelles, de la possibilité de se procurer certains tissus, des facilités de couture. Le linge choisi doit être accessible à toutes les bourses. Il doit pouvoir être lavé très souvent.

Habillement :

- De la mère : pas de soutien gorge. Une robe ample et s'ouvrant facilement par devant, placée par dessus le sac de portage.
- De l'enfant : une chemise très fine permettant le contact le plus proche de la peau. Une couche autour du siège. Un bonnet et des chaussons en saison froide.
- Des vêtements amples et bien chauds enveloppent mère et enfant.

Hygiène :

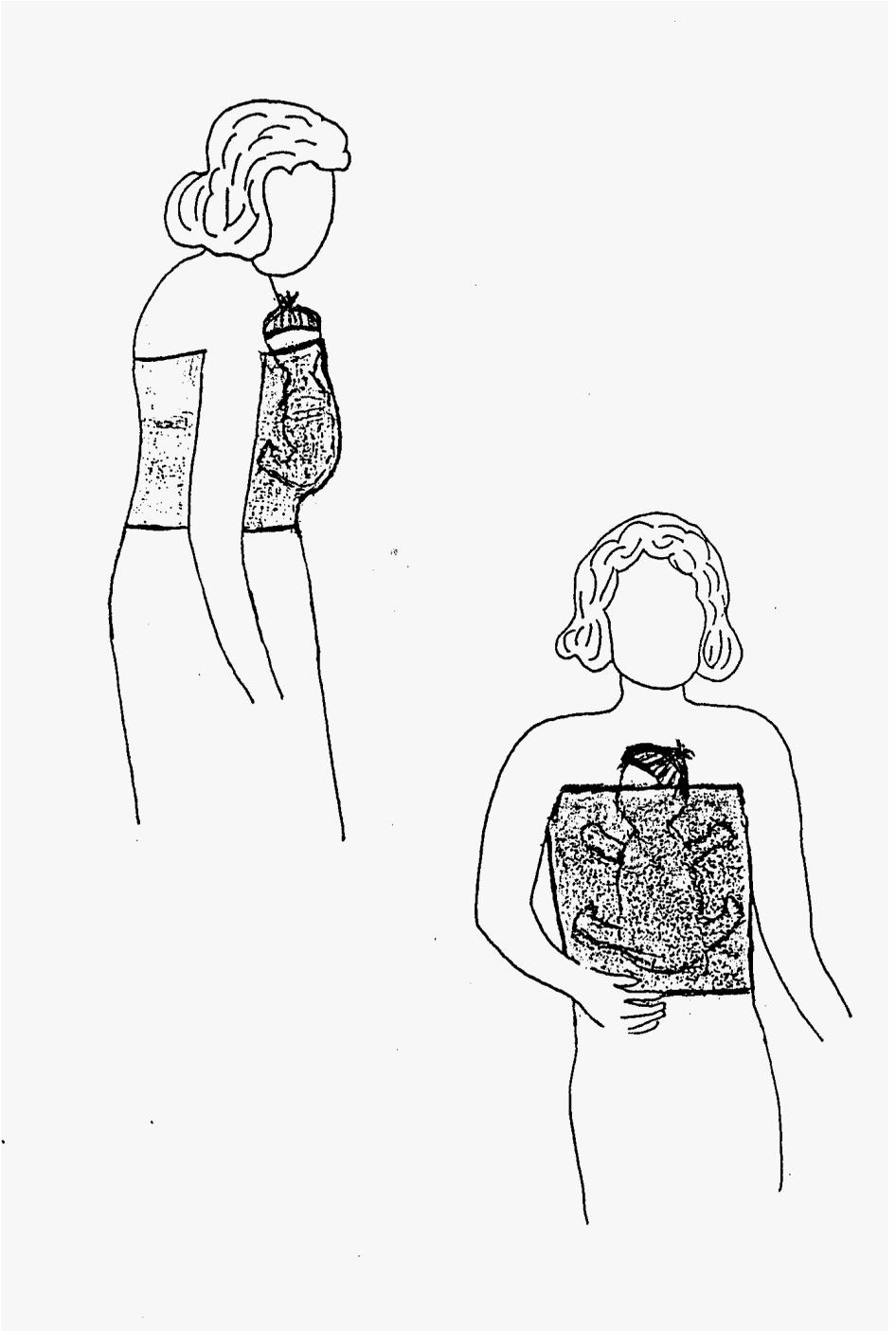
La toilette de l'enfant est un moment très délicat, car elle risque de le refroidir. C'est pourquoi, pour les nouveau-nés de très petit poids, on peut ne la faire que tous les deux jours. De grandes précautions de chaleur seront prises. La technique "du chat" est indiquée : déshabillage, toilette et rhabillage de la partie supérieure du corps, puis déshabillage, toilette et rhabillage de la partie inférieure.

Surveillance :

Les bébés "mis en kangourou" sont des enfants très petits et fragiles.

La surveillance commence à la maternité, au centre de soins spécialisé pour les tout petits ou au poste sanitaire où l'enfant est né. Il dure quelques jours, jusqu'à ce que la famille soit à l'aise avec la technique, et que le bébé ait pris du poids au moins trois jours de suite.

La surveillance à la maison peut être faite par la sage femme ou par un agent de santé qui connaît la technique. On surveillera l'hygiène et la croissance. Les visites, fréquentes les premiers jours, seront progressivement espacées. Dans la mesure du possible, il ne faut pas imposer à la mère des déplacements au centre de santé.



L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le lait maternel est le meilleur aliment pour la bonne santé de l'enfant. L'alimentation au sein est un signe d'amour. L'allaitement au sein est conseillé à toutes les mères.

Il y a toutefois des contraindications.

Ce sont :

- La tuberculose en évolution.
- Les cardiopathies graves.
- Le SIDA. Dans ce cas, le virus est présent dans le lait de la mère et peut être transmis à l'enfant. L'allaitement maternel présente ainsi un danger. Ce danger est d'autant plus grand que la maladie est plus évoluée parce que la quantité de virus circulant est de plus en plus grande. Mais le risque de mort par diarrhée infectieuse provoquée par le lait artificiel mal préparé est souvent encore plus grand. C'est pourquoi l'allaitement maternel peut rester conseillé au moins chez les femmes qui ne souffrent pas de manifestations cliniques de la maladie.

Si l'allaitement est impossible, il faudra donner un lait artificiel.

COMMENT LE SEIN FONCTIONNE-T-IL ?

Le sein est composé de trois parties :

- Les lobules sécréteurs, qui produisent le lait. Il n'y a aucun stockage à ce niveau.
- Les canaux lactifères. Ils contiennent un petit peu de lait sécrété. Ils communiquent avec le mamelon que l'enfant tète.
- Le mamelon, "tétine du sein" par où sort le lait, et l'aréole. Le mamelon et l'aréole sont des zones dont la stimulation provoque la sécrétion du lait (Voir la fig. 1, page 135).

La production du lait est sous la dépendance de deux hormones hypophysaires :

- a) La prolactine, hormone de production du lait. Sa sécrétion est déclenchée par la succion du mamelon et de l'aréole. Elle est favorisée par un bon état affectif de la mère (Voir la fig. 2, page 136).
- b) L'ocytocine, qui fait sortir le lait du sein en contractant les canaux lactifères. Sa sécrétion est déclenchée par les cris du bébé. C'est "l'hormone de l'amour".

La quantité de lait dépend :

De la fréquence des tétées.

De la qualité de la succion du bébé.

Du bon état psychique de la mère (Voir la fig. 3, page 136).

EXPLICATIONS ET CONSEILS PRATIQUES POUR LES MÈRES

Toutes les femmes sont capables d'allaiter. Le lait maternel est toujours "bon". Mais l'allaitement n'est pas un geste instinctif. Les mères doivent être informées pendant leur grossesse et conseillées au début de l'allaitement. Elles doivent être encouragées pour que l'allaitement se poursuive longtemps.

C'est la tétée qui fait sortir le lait et qui prépare le lait pour la tétée suivante. Le nouveau-né est le principal acteur de la production du lait.

PRÉPARATION À L'ALLAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE

Pendant la consultation prénatale :

Ce qu'il faut dire :

- Il faut expliquer à la future mère comment le lait est produit et comment sa sécrétion est entretenue.

Il faut lui montrer comment le sein doit être préparé pour l'allaitement. Pendant la fin de la grossesse, faire plusieurs fois par jour des massages du sein, étirer doucement le mamelon.

- Il faut répéter l'importance de la première tétée précoce.

Le nouveau-né peut téter dès les premières minutes qui suivent la naissance. Cette première tétée donnera à l'enfant un peu de colostrum, très riche en éléments nutritifs et de lutte contre l'infection ; elle stimulera la montée de lait ; elle préparera la deuxième tétée.

La première tétée a d'autres effets bénéfiques : elle favorise l'élimination du méconium, elle renforce les contractions utérines " de sécurité". Le risque de complications hémorragiques sera ainsi diminué.

Les trente premières minutes sont les plus favorables, car ensuite l'enfant et sa mère, fatigués par l'accouchement, demanderont à dormir.

LA PREMIÈRE MISE AU SEIN

Les explications de la sage femme sont indispensables.

La démonstration des gestes devra être faite doucement, avec beaucoup de lenteur et d'amour. La première tétée sera donnée dès que l'enfant est habillé et donné à sa mère. Elle peut avoir lieu dans la salle d'accouchement.

Technique.

- Il faut installer la mère confortablement, en position demi assise, en relevant le dossier de la table d'accouchement. Pour préparer le sein, la mère va le masser doucement avec la main, et le mamelon avec deux doigts. Cela favorise la montée du lait et assouplit le mamelon.

- L'enfant est tenu par sa mère de façon qu'elle puisse le regarder dans les yeux, lui parler. La relation d'amour s'établit, elle aide à la production du lait.
 - Puis l'enfant est tenu contre le visage de sa mère, joue contre joue. Le contact de la peau renforce la relation entre elle et son bébé. Le frottement de la joue du bébé excite le réflexe de succion. Il tourne sa bouche vers la joue de sa mère, et cherche à téter.
 - Le bébé sera ensuite tenu par sa mère joue contre sein. Il cherche alors le mamelon et la tétée commence.
 - Il doit être tenu face au sein. Il doit prendre dans sa bouche le mamelon et une partie de l'aréole, bouche grande ouverte, les lèvres supérieures et inférieures retroussées, le nez et le menton contre le sein. Dans cette position, les gencives appuient sur l'aréole et non sur le mamelon. Le mamelon est largement enfoncé dans la bouche, c'est la langue qui le comprime, le bébé prend ainsi "une bonne bouchée de sein". Cette position favorise la production et l'éjection du lait, prépare la tétée suivante, évite les crevasses du mamelon.
- La tétée sera maintenue jusqu'à ce qu'il n'ait plus faim : il s'endort.

L'ENTRETIEN DE L'ALLAITEMENT

L'hygiène du sein.

Avant chaque tétée, la mère se lave les mains et nettoie le mamelon avec de l'eau bouillie. Après la tétée, elle lave le mamelon avec de l'eau bouillie et le sèche soigneusement. La toilette avec du savon ne sera faite qu'une fois par jour.

La fréquence des tétées.

L'enfant de poids normal tétera quand il voudra, jour et nuit. Il faut bien rappeler que c'est le nombre des tétées qui favorise la sécrétion du lait. La tétée en cours prépare la tétée suivante. La présence du bébé dans la chambre de sa mère favorise la production de lait. Les bruits et les pleurs de l'enfant provoquent le réflexe d'éjection du lait.

Pour l'enfant de petit poids, il faudra donner au moins huit tétées par jour, jour et nuit, c'est à dire environ toutes les trois heures. Il ne faut pas hésiter à réveiller l'enfant pour lui donner son repas.

Le mode de vie de la mère.

Pendant les premiers temps de l'allaitement, la mère devrait pouvoir se consacrer uniquement à son enfant. Les tâches ménagères seront assurées par la grand-mère, la grande soeur, le père. Son alimentation sera normale, variée, riche. Il faut boire abondamment, au moins deux litres d'eau supplémentaires chaque jour.

PETITS ENNUIS ET COMPLICATIONS DE L'ALLAITEMENT

Les bébés qui tètent mal :

Les enfants de très petit poids ne peuvent pas toujours téter vigoureusement. Dans ces cas, il faut les aider. La mère peut leur donner son lait :

- Soit en pressant le mamelon directement dans la bouche. Cette alimentation en goutte à goutte de lait est facilitée par le portage en kangourou. La mère doit se reposer par petites périodes ne durant pas plus que 3 heures.
- Soit en recueillant le lait par expression manuelle dans une tasse propre. Le lait est ensuite donné au bébé avec une petite cuiller. La tasse et la cuiller seront lavées après chaque repas avec de l'eau et du savon, et mises à bouillir une fois par jour.

Le retard de la montée laiteuse :

La première tétée précoce permet de l'éviter. Il faut donner les deux seins à chaque tétée, éviter le plus possible de compléter l'alimentation. Si c'est nécessaire, donner un complément de lait en poudre. Eviter le biberon qui donne de mauvaises habitudes de tétée facile, et donner le lait à la tasse ou à la tasse et la cuiller.

Les tranchées :

Ces contractions utérines sont souvent favorisées par la tétée. Elles doivent être expliquées comme un phénomène normal qui permet la bonne rétraction de l'utérus et évite les complications hémorragiques. Leur douleur peut justifier la prise de Paracétamol : 500 mg X 6 / jour.

Les crevasses :

La bonne position de la bouche du bébé, "mangeant tout le mamelon et la base de l'aréole du sein", le séchage du mamelon, sont les meilleures actions de prévention.

Traitement : séchage du mamelon, tétée brève, en interrompant de ce côté pendant 24 heures, pommade cicatrisante.

L'engorgement mammaire :

Le sein n'est pas complètement vidé par la tétée. La tétée est douloureuse et le sein reste tendu après la tétée. On l'observe surtout chez les mères d'enfants de petit poids, prématurés ou malades.

Traitement : Evacuation manuelle après la tétée ou usage du tire-lait manuel. Linges froids ou glace en application locale.

La lymphangite :

C'est l'engorgement des canaux lymphatiques, et non pas du lait. Douleur, rougeur.

Traitement : Ne pas arrêter l'allaitement. Linges froids ou glace en application locale.

L'abcès du sein :

C'est la complication d'un engorgement mammaire non traité. C'est la seule indication des antibiotiques. L'avis du médecin s'impose.

ALLAITEMENT ET PLANIFICATION FAMILIALE :

L'allaitement bloque l'activité des ovaires. Une femme qui allaite son bébé ne peut pas redevenir enceinte. Mais il faut observer les règles suivantes qui sont les conditions de l'efficacité :

- Il faut que l'allaitement soit complet, c'est à dire que le bébé ne reçoive rien d'autre que le lait de sa mère.
- Il faut que le nombre des tétées soit au moins de six par 24 heures.
- Cette méthode n'est valable que pendant les six premiers mois de la vie.
- Il faut enfin que le retour de couches ne soit pas survenu.

Si ces quatre conditions sont remplies, la femme est infertile.

L'ALLAITEMENT MATERNEL

HORS TEXTE

FIGURES

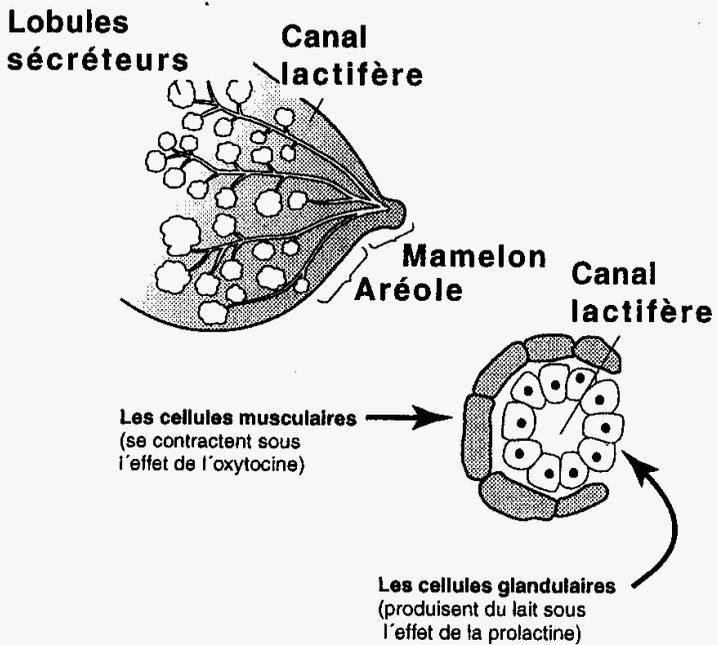
L'ALLAITEMENT MATERNEL

Figure 1 :
Structure du sein

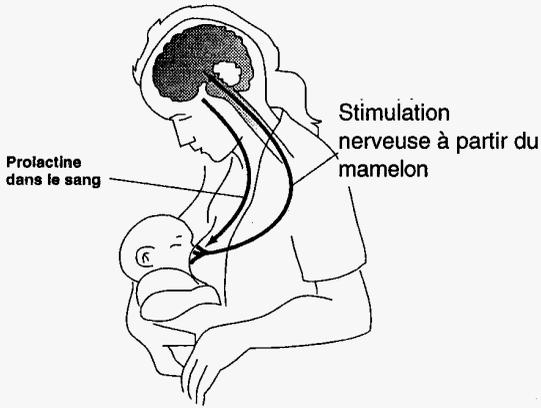


Figure 2 :
La prolactine : hormone de production du lait

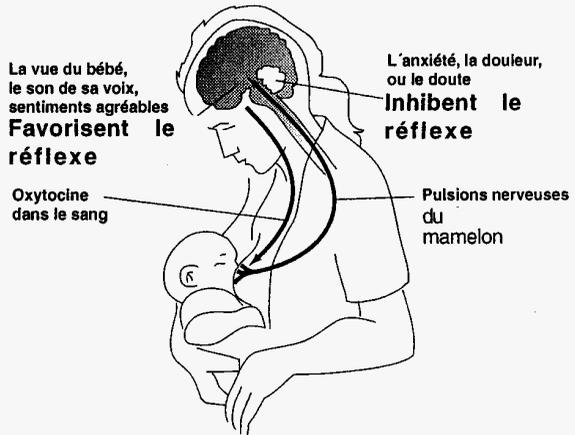


Figure 3 :
L'ocytocine, hormone de sécrétion du lait

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL et le SEVRAGE

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL :

Les indications de l'allaitement artificiel sont :

Les contrindications de l'allaitement maternel décrites au chapitre précédent et les mères qui n'ont pas de lait. Rappelons qu'une grande patience permet le plus souvent de traiter efficacement les retards de la montée laiteuse.

Enfin, l'allaitement artificiel est le premier temps du sevrage.

Les Produits :

- Le lait en poudre du commerce, en boîtes de carton. Chaque boîte contient une mesurette en plastique. Le lait se prépare en diluant une mesure rase dans 30 ml d'eau bouillie tiède. 3 mesures pour 90 ml. 6 mesures pour 180 ml. Il faut préparer la quantité suffisante pour un repas, pas plus. A la fin du repas, le reste du lait sera bu par la mère.

La mesure de la quantité d'eau est difficile dans les régions pauvres où les gens ne peuvent pas acheter un biberon. Dans ce cas, le centre de santé de la commune pourrait acheter un biberon qui servirait de mesure. Les mères pourraient amener une tasse dont la contenance serait évaluée grâce au biberon. On pourrait ainsi leur dire combien il faut mettre de lait en poudre dans la tasse qu'elles ont présentée.

- Le lait en poudre de l'aide internationale. Il est contenu dans de grands sacs. Ce lait est un lait en poudre écrémé. On ne peut pas l'utiliser tel que pour l'alimentation des nourrissons.

Préparation :

Prendre 100 gr de poudre de lait (20 cuillères à café)

Ajouter :

- 40 gr d'huile végétale (16 cuillères à café)

- 90 gr de sucre (16 cuillères à café)

Mélanger soigneusement. La poudre obtenue se conserve quelques jours au frais.

La préparation du lait se fait comme pour les laits secs : trois mesures rases provenant d'une boîte de lait en poudre du commerce, soit 13 gr dans 90 ml d'eau bouillie tiède.

- Le lait de vache.

Il doit être bouilli avant d'être donné à l'enfant. Coupé d'un tiers d'eau bouillie, au moins pendant le premier mois.

- Le lait de chèvre. C'est un lait très bien supporté. Il faut le faire bouillir. L'alimentation doit être diversifiée rapidement, car son administration exclusive prolongée peut provoquer une anémie qui sera combattue par l'injection de vitamine B12.

- Le lait concentré sucré.

Il se prépare en mélangeant 1 partie de lait concentré et 4 parties d'eau bouillie.

C'est un lait peu coûteux, mais dangereux. Il contient trop de sucre, ce qui peut provoquer la diarrhée. Les boîtes ouvertes se conservent mal. Il est préférable de ne pas l'utiliser.

- Les substituts du lait. Quand il n'y a aucune autre possibilité, on peut aussi préparer le mélange suivant :

Pour 200 ml :

Mélanger 2 cuillers à café pleines de farine de riz, 2 cuillers à café pleines d'huile, 1 cuiller à café pleine de sucre (voir le contenu page 133).

Ajouter 200 ml d'eau bouillie tiède et 2 cuillers à café de viande ou de poisson cuit et finement écrasé.

A la fin du repas, le reste sera bu par la mère.

Comment donner le lait ?

Il faut éviter le biberon. C'est un instrument coûteux et dangereux. En effet, s'il est mal nettoyé, le lait restant peut être infecté et provoquer de graves diarrhées. Il faut préférer l'alimentation à l'aide d'une tasse et d'une petite cuiller. Le contenu de la cuiller est versé doucement dans la bouche de l'enfant. Biberon tasse et cuiller seront nettoyés après chaque repas et mis à bouillir une fois chaque jour.

Les vitamines :

La vitamine A (2000 unités par jour) et la vitamine D (1200 unités par jour) sont nécessaires, même quand l'enfant est allaité au sein.

La surveillance de l'enfant

Les enfants de petit poids de naissance doivent être montrés à la sage femme ou au médecin une fois par mois, pour un examen et une pesée. Au cours de cette consultation la sage femme devra s'occuper de l'enfant et de sa mère, examiner l'enfant et donner des conseils d'alimentation et d'hygiène. Elle conseillera la mère pour le suivi des suites de couches, l'espacement des naissances, les vaccinations.

La diarrhée

Le nombre normal de selles d'un nouveau-né est de 5 à 6 par jour. Les selles sont liquides et de couleur jaune. Il y a diarrhée si les selles sont plus fréquentes et plus abondantes.

Dans ces cas, il faut continuer l'allaitement maternel. Le lait maternel est le meilleur traitement. On ajoutera à cet allaitement un complément : solution de réhydratation fabriquée avec un sachet spécial vendu dans le commerce (Orésol par exemple) : 20 à 25 ml seront proposés toutes les demi-heures, sans forcer, toute la journée. Ce complément est destiné à compenser la perte d'eau par les selles et à éviter ou traiter la déshydratation.

Si on ne dispose pas de ces sachets, on peut préparer la solution avec :

8 cuillers à café de sucre

1 cuiller à café de sel

1 litre d'eau bouillie. Cette solution ne doit pas être conservée plus de 24 heures.

Aucun médicament n'est nécessaire. Si ce traitement est inefficace, si l'enfant a de la fièvre, s'il refuse de boire, s'il vomit, il faut le montrer sans tarder au médecin ou à la sage-femme.

LE SEVRAGE

L'allaitement au sein devrait être poursuivi jusqu'à l'âge de 18 mois à 2 ans. Mais il est rare que la mère ait suffisamment de lait pour ne donner que son lait pendant tout ce temps. Le plus souvent, la sécrétion lactée commence à diminuer entre le 4^e et le 6^e mois. Il faut alors commencer à compléter.

L'arrêt de l'alimentation au sein ne doit jamais être brutal. Deux à trois semaines sont nécessaires. Si on cesse du jour au lendemain, on risque de provoquer une diarrhée qui peut être mortelle. Le passage de l'alimentation au sein à l'alimentation au plat familial doit être progressive.

La survenue d'une grossesse pendant l'allaitement maternel ne doit pas conduire à sevrer l'enfant brutalement.

Pratique du sevrage :

- De la naissance à l'âge de 5 mois :

L'enfant tète sa mère autant de fois qu'il en manifeste le désir. Au moins six fois par jour. Il reçoit en plus deux à quatre cuillers à café de jus de fruits.

- De 5 à 6 mois : Voir quelques compositions de bouillies page 133.

On peut commencer en donnant une bouillie légère (type n° 1), puis une bouillie légère enrichie avec de la farine de haricots (typen°2) à laquelle on pourra ajouter progressivement du lait, un jaune d'oeuf, des fruits entiers écrasés. Il faut continuer à donner le sein 5 à 6 fois par jour.

- De 6 à 10 mois :

Les bouillies, une ou deux fois par jour, sont plus épaisses (type n° 3). Ce genre de bouillie ne nécessite aucun supplément. Au milieu de la journée, préparer spécialement pour le bébé un repas avec des légumes, du riz, du manioc ou de la banane, selon les habitudes familiales, avec un bon morceau de viande ou de poisson, sans piment. Au début, ce repas doit être pilé. Ensuite, il peut contenir des petits morceaux finement hachés. Compléter ce repas d'un fruit écrasé. Le nombre des tétées diminue et le sein doit être donné après le repas.

- De 10 à 14 mois :

L'enfant reçoit deux bouillies enrichies par jour (type n°3), un repas complet avec des morceaux de viande ou de poisson (car il a quelques dents et apprend à s'en servir) des fruits. De temps en temps, il partage le repas familial. Donner encore le sein lorsqu'il le désire.

- De 15 à 18 mois :

L'enfant mange de tout. Il peut encore téter le sein, mais l'essentiel de sa ration alimentaire est donnée par les repas familiaux auxquels il participe. Il faut mettre sa part de viande ou de poisson et de graines dans un petit plat auquel il aura seul accès, et penser à lui faire manger des fruits frais.

Confection des premières bouillies :

Données en complément de l'alimentation au sein, ces bouillies sont d'abord fluides, puis plus épaisses. Elles sont fabriquées à partir de :

- Eau bouillie.

- Amidons (sucres lents) : Riz, mil, maïs, manioc.

- Protéines :

Végétales : Haricots, soja, maïs.

Animales : Viande, poisson, oeuf.

- Lipides :

Huiles végétales : arachide, tournesol.

Graisses animales : saindoux

- Sucre du commerce pour donner un goût agréable.

Dans chaque pays, les produits disponibles pour les bouillies sont différents. Ainsi, les recettes ne sont pas réalisables de la même façon partout. Les indications données aux mères pourront être différentes. Ce qui importe, c'est que le nourrisson reçoive des bouillies contenant les trois éléments : glucides (amidons) protéines (animales ou végétales), lipides (huiles végétales ou saindoux).

Quelques indications pour fabriquer des préparations :

- Les amidons :

La base de toutes les bouillies. Seule la farine de riz peut être donnée sans cuisson. On peut ainsi la rajouter après la cuisson des autres éléments (il suffit de la délayer dans un peu d'eau). Les autres farines doivent être préparées à partir des graines grillées, pour favoriser leur digestibilité.

Les amidons épaississent les bouillies. Pour les rendre plus fluides, on peut ajouter dès la fin de la cuisson un peu de salive. Elle contient de l'amylase qui fluidifie l'amidon ou de lait maternel.

- Les protéines végétales :

Les plus facilement accessibles : soja, haricots, maïs.

Pour être digérées, ces graines doivent être grillées et débarrassées de leur écorce.

- Les graisses :

Les arachides doivent être grillées si on les utilise en pâte.

L'huile, d'utilisation simple, doit être mélangée à la farine avant la cuisson.

Le saindoux, graisse du porc, est très facile à employer, car il est fluide à 37°.

- Les vitamines :

La vitamine D est en quantité insuffisante dans le lait de mère. Il faut en apporter en supplément 1200 unités chaque jour.

La vitamine A n'existe en quantité suffisante que dans le lait des mères qui reçoivent une alimentation variée. Cette vitamine se trouve dans les foies d'animaux, le lait de vache, le beurre, les légumes jaunes et rouges : carottes, courges, mais pas les tomates. Les légumes verts : épinards, feuilles de manioc. Les fruits jaunes : mangue, papaye, mais pas les agrumes. Le maïs jaune. La patate douce. La carence en vitamine A peut être évitée sans médicaments, quand une alimentation variée apporte à l'enfant un peu de ces aliments chaque jour. Dans tous les autres cas, un supplément est nécessaire. Voici quelques recettes.

QUELQUES BOUILLIES					
Composition en cuillers à café* pour 200 ml d'eau					
Farine	Farine	Huile	Sucre	Consistance	N°
Haricots ou soja	Riz ou maïs				
	1	2	1	Fluide	1
2	1	2	1	Fluide	2
2	2	2	1	1/2 Épaisse	3
2	3	3	1	Épaisse	3
Mode d'administration : Tasse ou cuiller					

* Cuillers à café pleines, "bombantes".

1 cuiller à café pleine contient :

Huile : 3 gr

Farine de riz : 5 gr

Farine de soja, haricots, ou maïs : 5,5 gr

Sucre en poudre : "sec" : 6 gr. "humide" : 13 gr.

- Confection de la bouillie :

Mélanger les farines préparées comme indiqué plus haut et l'huile, ajouter le sucre.

Mêler à l'eau.

Faire bouillir quelques minutes.

Sortir du feu.

Si on emploie la farine de riz, on peut l'ajouter à ce moment après l'avoir mélangée à un peu d'eau, car la farine de riz est digestible sans cuisson.

Ajouter quelques gouttes de salive pour fluidifier.

FIN