

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA

PROTECTION SOCIALE

C A B I N E T

SECRETARIAT GENERAL

*Direction de la Santé Maternelle et
Planification Familiale*

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté – Patrie

Infantile et de la



« PROJET D'AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE ET DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE - REGION PLATEAUX »

Projet SMN – MUSKOKA (AFD)



***COMPTE-RENDU de la MISSION de FORMATION et
COMPAGNONNAGE au CHR d'ATAKPAME***

Mission du 31 mars au 15 avril 2019

Equipe GSF mobilisée : - Dr RIVOALLAN Jacques, Gynécologue-obstétricien

Mme Chroum Malorie, Sage-femme

A – Rapport de Malorie CHROUM, Sage-femme. « Immersion » au bloc obstétrical

I. Introduction :

Cette mission de compagnonnage du CHR d'Atakpamé est la 2eme dans la continuité de la précédente mission d'octobre 2018, qui s'inscrit dans le programme de santé maternelle et néonatale (Projet mondial SMN MUSKOKA G8/2010) dont le maitre d'œuvre est le MSPS et plus spécifiquement le SMIPF (Ministère de la Santé). Plan International Togo étant le délégué du maitre d'œuvre pour la Région des Plateaux. Le financement est assuré par l'Agence Française de Développement (AFD). GSF est l'assistant technique sur ce programme.

Contexte de la mission :

Mission établie à la base avec une équipe composée d' 1 GO et 2 SF (1 sur le terrain en salle d'accouchement et 1 en appui à la formation avec le GO), puis mission annulée 10 jours avant le départ et enfin remise en place 72h avant le départ effectif ce qui a engendré des problèmes de mobilisation de l'équipe entière, 1 SF n'ayant pas pu se libérer à la dernière minute pour des raisons professionnelles et des problèmes d'organisation de la mission en elle-même car les supports des cours n'ont pas pu être imprimés avant le départ.

Personnels disponibles au CHR d'Atakpamé :

- Le seul Gynécologue-obstétricien responsable du service : le Dr Bright AGBOFOATI
- Un gynécologue-obstétricien juste diplômé venu la 2eme semaine de notre mission : le Dr AZOMBAKE
- Les 2 Assistants : Mr NABINE et Mme DEGNIDE
- La surveillante : Mme KAMING Amida célestine
- Les sages-femmes
- Les accoucheuses
- L'infirmier de la réanimation : Mathias
- L'étudiant en médecine : Mr ABALO Laurent

II. Objectifs de la mission :

Les souhaits de formation émis lors de la dernière mission étaient les suivants :

- Prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie
- Prise en charge de l'hémorragie de la délivrance
- Analyse du rythme cardiaque fœtal
- AMIU
- Prise en charge de la douleur en maternité

L'objectif était d'assurer cette mission sur 2 axes en formation théorique pratiquée par le Dr RIVOALLAN Jacques et en compagnonnage en salle d'accouchement et dans le service par la Sage-femme CHROUM Malorie.

III. Dérroulement de la mission :

Premier contact avec le CHR d'Atakpamé le Mardi 02 avril 2019, où nous avons été accueilli par le Dr Bright AGBOFOATI, celui-ci nous a d'abord présenté au directeur du CHR Mr Olivier BAMAZI afin de valider notre présence, ensuite nous avons pu visiter la maternité, la salle d'accouchement, la réanimation et le bloc opératoire, où nous avons pu constater qu'un nouveau bloc opératoire spécialement pour l'obstétrique et la gynécologie vient d'être réalisé malheureusement nous n'avons pas pu le visiter car non fonctionnel et fermé à clé, ce jour-là, le Dr B. AGBOFOATI nous avait promis son inauguration avant la fin de notre mission ce qui n'a absolument pas été réalisé. Le CHR d'Atakpamé ne dispose pas de service de néonatal, seulement d'un service de pédiatrie.

Ensuite, nous avons établi en fin de matinée avec le Dr Bright AGBOFOATI le planning journalier des différents cours que le Dr RIVOALLAN allait réaliser au cours de la mission et nous avons acté la présence de la Sage-femme Malorie en compagnonnage en salle d'accouchement.

L'après-midi du Mardi 02 avril nous avons fait des rappels sur les gestes de réanimation du nouveau-né avec des mises en situation (utilisation du mannequin) et des rappels sur la pratique de la ventouse, où nous avons même pu réaliser un cas concret en salle d'accouchement de pose de ventouse sur un accouchement gémellaire avec participation également à la prise en charge de la réanimation des nouveau-nés.



⇒ Activités de la Sage-femme Chroum Malorie en salle d'accouchement durant la mission sur les périodes du 03 au 05 avril et du 08 au 12 avril 2019 :

✚ Participation au staff médical à 7h30 :

Présidé par le Dr Bright AGBOFOATI, présentation des nouvelles patientes hospitalisées durant la garde et des césariennes réalisées durant les 24h, staff à visée pédagogique en plus des transmissions



✚ Participation aux transmissions (passation d'équipe à 8h et à 17h) :

Passation des sages-femmes au lit des patientes avec les dossiers et demande aux accompagnants de sortir pour maintenir un certain secret professionnel



✚ Compagnonnage en salle d'accouchement jusqu'à 17h30 :

1) Compagnonnage auprès de l'équipe sur les items suivants :

- Prise des paramètres systématique lors de la surveillance du travail et du post-partum : TA, Pouls chiffré, Température, BDC chiffrés

- Rarement fait, rappel de l'intérêt de comparer le pouls maternel aux BDC et de les chiffrer, et la surveillance de la TA pour la prévention des états de choc ou de mal éclamptique
 - Pose du monitoring et interprétation du rythme cardiaque fœtal
 - Aucune utilisation avant notre arrivée, matériel encore dans le carton malgré l'apprentissage réalisé à la 1ere mission
- ⇒ **Objectif de la 1ere mission non mis en place**
- Apprentissage de la palpation abdominale à la recherche du côté du dos fœtal



- Apprentissage théorique du fonctionnement du monitoring et de l'analyse du RCF au cours de la mission puis mise en place quotidiennement la dernière semaine directement en salle d'accouchement et en service en petit groupe ou en individuel en fonction des disponibilités du personnel
- Intérêt marqué par l'ensemble du personnel à l'utilisation de l'appareil et à l'analyse du RCF pour les conduites à tenir





- Analyse du RCF avec le tracé réalisé par une sage-femme et selon le cours théorique donné



- Prescription des bilans sanguins
 - Vérification systématique du groupe sanguin dans le dossier et importance de la prise en compte du rhésus pour la prévention de l'allo immunisation materno-fœtale
 - Prescription de la NB (recherche du taux Hb et GB) importance du tx d'Hb et correction systématique par supplémentation en fer ou transfusion, importance retenue du tx de GB surtout dans les RPM pour le risque de chorioamniotite
 - GE souvent prescrite de nombreux cas de paludisme région endémique
 - Sérologies hépatite B et HIV celle-ci est recontrôlée moins d'un mois avant l'accouchement, en cas de Séropositivité prévention au niveau du nouveau-né par lavage à la chlorhexidine dès la naissance et administration de sirop névirapine
 - Prescription de TP TC TS surtout dans les cas de prééclampsie ou de césarienne
 - Albuminurie par bandelette urinaire dans le cas des prééclampsies suivant le nombre de + orientation sur la sévérité corrélée au chiffre tensionnel

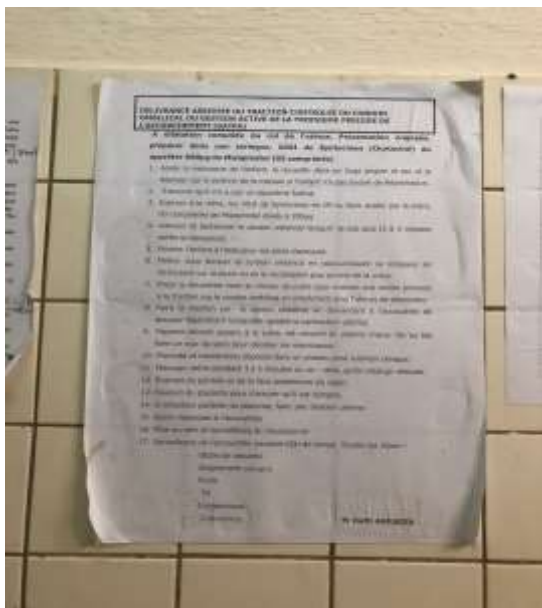
- Remplissage du partogramme
 - Rarement fait pourtant connaissance parfaite du remplissage
 - ⇒ **Objectif de la 1ere mission non atteint et non mis en place**

- Anticipation du matériel pour un accouchement
 - Anticipation aléatoire suivant les équipes, les jeunes sages-femmes ont tendance à ne rien anticiper

- Réalisation des accouchements et recherche de la variété de présentation
 - Rappel des variétés sur le mannequin et apprentissage à la recherche systématique en salle d'accouchement



- Réalisation du protocole GATPA
 - Fait en systématique à chaque accouchement
 - Examen du placenta à approfondir
 - Protocole affiché dans chaque box d'accouchement



- Prise en charge des déclenchements dans le cas de grossesses arrêtées
 - Utilisation du misoprostol pour le déclenchement
 - Utilisation du misoprostol également dans les retentions de débris car seringue d'AMIU non présente car gâtée, une seringue neuve est arrivée sur la fin de notre mission

- Utilisation de la ventouse ou du forceps
 - 1 seul forceps de Tarnier présent au bloc opératoire et pas de ventouse kiwi durant notre mission, seule une ventouse présente (silicone vacuum cup) à aspiration manuelle par pompage inefficace
 - Rappel du protocole de la mise en place de la ventouse, intérêt d'apprentissage suscité par une bonne partie de l'équipe

 - Accueil du nouveau-né avec calcul du score d'Apgar, examen du nouveau-né physique et neurologique, peau à peau et mise au sein précoce
 Réanimations néonatales
 Participation à l'accueil des nouveau-nés de césariennes
 - Administration systématique de la vitamine K1 à la naissance bonne prise en compte dans le cadre de la prévention de la maladie hémorragique
 - Importance du peau-à-peau et de la mise aux seins précoce non pris en compte, le nouveau-né reste seul sous la rampe chauffante sans surveillance parfois emmailloté dans un pagne corps et tête recouverts sans anticipation de libérer la table chauffante pour une éventuelle naissance à venir
 - Importance du réchauffement du nouveau-né non pris en compte au bloc opératoire
 - Absence de sondes d'aspiration pour le nouveau-né
 - Manque de coordination des gestes de réanimation en équipe
 - Anticipation aléatoire du matériel de réanimation en salle d'accouchement mais présent dans la salle
- ⇒ **Objectif de la 1ere mission non atteint**



- Suture de périnée
 - Fait en systématique avec du fil résorbable et rappel de l'importance de l'anesthésie locale dans la prise en charge de la douleur
 - Utilisation de la verbacaine plus systématique que l'anesthésie locale
- Surveillance des saignements, de l'utérus et des paramètres en post-partum
 - Rarement fait, rappel de l'intérêt dans la prévention de l'hémorragie de la délivrance
- Remplissage du cahier d'accouchement et du cahier de transmissions
 - Remplissage systématique pour chaque accouchement ou césarienne d'un résumé du déroulement de l'admission, du travail et de l'accouchement pour chaque patiente
 - Cahier servant à la présentation le lendemain matin au staff



2) La Sage-femme Malorie a pu assister au cours de cette mission à :

- La réalisation de la pose d'une ventouse KIWI amenée par nos soins mise en situation direct du rappel de la formation sur la ventouse
- La réalisation d'un forceps de Tarnier
- De nombreuses césariennes
- De nombreux accouchements voie basse dont 2 sièges (1 accouchement en siège par grande extraction sur le jumeau 2 et 1 accouchement à 28sa en trombe en siège décomplété) les manœuvres réalisées ont été les manœuvres de LOVSET et BRACHT ce qui a permis au Dr RIVOALLAN de réaliser un rappel de formation sur les manœuvres du siège avec présentation d'une vidéo et réalisation d'une simulation sur mannequin
- 2 dystocies des épaules (1 réduite par manœuvre de Mac Roberts et appui sus-pubien et l'autre par la manœuvre de WOOD Inversé) ce qui a également permis au Dr RIVOALLAN de réaliser un rappel sur la formation des manœuvres de la dystocie des épaules par simulation sur mannequin

- 1 crise d'éclampsie avec mise en application du protocole de sulfate de magnésium notamment vu en formation
- Nombreux accueils de nouveau-nés et de réanimation avec mise en application des gestes de réanimation guidés car pas toujours bien adaptés et cotation du score d'Apgar
- Plusieurs naissances de fœtus à terme dans un état de mort macéré
- De nombreux cas de patientes référés souvent trop tardivement avec des MIU
- La réalisation de monitorings et l'interprétation des rythmes guidés, validés et corrigés afin de leur permettre une autonomie après la mission
- Des déclenchements au misoprostol dans des cas des MIU ou de terme dépassé

3) Observations particulières / Sujet à approfondir au CHR d'Atakpamé :

- La surveillance des nouveau-nés :

Contexte : Les nouveau-nés sont laissés sous la rampe chauffante puis confiés aux accompagnants sans surveillance particulière, ni alimentation, simplement emmaillotés dans un pagne, visage et corps.

- Renforcer la présence d'un service de néonate

Contexte : Pas de service de néonatalogie. En l'absence d'offre de soins néonataux vitaux, les nouveaux nés sont confiés en pédiatrie en surveillance et les conduites à tenir décisionnelles pour les naissances de prématurés sont très difficiles à prendre pour le Dr B. AGBOFOATI.

- La surcharge du travail de la sage-femme de la salle d'accouchement

Contexte : Carence de surveillance du fait d'une surcharge de travail de la sage-femme et de l'accoucheuse de la salle d'accouchement, admission des patientes, surveillance du travail, des déclenchements, des patientes en attente, participation aux césariennes dans un bloc à distance de la salle d'accouchement, surveillance de la salle de réveil

4) Forces et Faiblesses :

THEMES	FORCES	FAIBLESSES
Personnel	Equipes ponctuelles Pas d'absentéisme Participation au staff médical	Disparité dans la motivation des équipes Disponibilité des équipes car mobilisation sur leur temps de travail Surcharge de travail Présence inexistante de la surveillante du service, inintérêt à notre mission et aucune participation de sa part
Admission	Bonne prise en compte des plaintes des patientes Prise de la HU systématique et corrélée avec l'Age gestationnel	Antécédents parfois incomplets Manque de comparaison des BDC avec le pouls maternel Chiffrage du pouls maternel aléatoire Chiffrage des BDC rare

Surveillance du travail - accouchement	Bonne gestion du dégagement GATPA faite Anticipation des 2 pagnes pour le bébé et rampe chauffante quasi systématiquement allumée Suture des déchirures bien réalisée	Manque de comparaison des BDC avec le pouls maternel Prise rare des paramètres Surveillance aléatoire des BDC au cours du travail Manque d'anticipation à la préparation du matériel pour l'accueil d'un nouveau-né en salle d'accouchement Restitution de la tête fœtale jamais faite Examen du placenta trop succinct, à approfondir Manque de surveillance du post partum immédiat (dans les 2h suivant la naissance) aucun item dans le dossier pour noter la surveillance
Prescriptions	Groupage avec prise en compte du rhésus NB réalisée Supplémentation en fer Sérologies Hépatite B et HIV faites TP/TC/Ts et albumine a la bandelette urinaire	Forte consommation d'antibiotiques
Hygiène	Présence de javel Présence de point d'eau (sauf en cas de coupure pendant 2 jours lors de notre mission) Lavage des mains Utilisation de gants en vrac Utilisation de tablier plastique et manchettes lors de l'accouchement	Pas d'isolement des patientes à risque contaminants (ex HIV+) Pas de solution hydroalcoolique Pas de lieu réservé à la décontamination du matériel Pas d'isolement des poubelles Présence de tas d'ordures juste devant la maternité

5) Matériel :

	Matériel présent	Matériel manquant
Admission, Surveillance du travail, de l'accouchement et du post partum	-pendules fournies par Muskoka non fonctionnelles -1 tensiomètre manuel à partager avec le service des hospitalisations - mètre ruban - stéthoscope de Pinard -1 Sonicaïd (peu utilisé)	-manque piles pour le changement des pendules -tensiomètres manuels ou électriques -thermomètres -Sacs à recueil gradués en cas d'hémorragie de la délivrance -Sondes urinaires évacuatrices

	<ul style="list-style-type: none"> -1 monitoring foetal (jamais utilisé jusqu'à présent) - bouteille d'oxygène -1 échographe portatif présent dans la salle d'échographie du service -1 seringue d'AMIU (arrivée au cours de notre mission) -1 seule pince de Pozzi -instruments de césarienne dans un état de vétusté ciseaux qui ne coupent pas etc.. 	<ul style="list-style-type: none"> -Seringues d'AMIU -Ventouses KIWI à usage unique -solution hydroalcoolique pour le lavage des mains -nouvelles boites d'instruments pour les césariennes -des pinces de Pozzi
Accueil et réanimation pédiatriques	<ul style="list-style-type: none"> -1 table chauffante -pingouins d'aspiration -aspirateur à mucosités -Ambus avec masques de différentes tailles -bouteille d'oxygène 	<ul style="list-style-type: none"> -1 table chauffante au bloc opératoire et aspirateur à mucosités pour un meilleur accueil du nouveau-né -sondes d'aspiration de différentes tailles -lunettes d'oxygène pédiatriques

IV. Conclusion :

Cette 2eme mission a permis de conforter les relations entre GSF et le CHR d'Atakpamé ainsi que la coordination avec Plan International Togo.

La disponibilité, la réceptivité et la volonté des équipes furent aléatoire tout au long de la mission, ceci probablement dû aux contraintes organisationnelles de cette mission qui ont un peu entachées le bon déroulement de celle-ci et notamment la préparation mentale des équipes sur place.

Néanmoins, malgré les difficultés rencontrées (activité importante et manque de disponibilité des équipes sur leur temps de travail), nous avons pu tout de même réaliser la quasi-totalité des objectifs de la mission, nous avons soumis 1 protocole de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, 1 protocole de prise en charge de la prééclampsie - éclampsie et 1 protocole d'administration du sulfate de magnésium en collaboration avec le Dr Bright AGBOFOATI qui devrait les afficher en salle d'accouchement.

Cette mission a également permis de susciter un intérêt croissant de l'ensemble des équipes à la pratique et l'utilisation du monitoring fœtal et à l'analyse du RCF qui en découle, un engouement de motivation vu le jour avec la sortie de cet appareil.

De plus, au cours de cette mission la pratique de l'échographie a également été mise en pratique ce qui permis à quelques membres de l'équipe déjà formés de perfectionner leur pratique et de montrer une volonté plus ardue à la mission.

Le dernier jour, nous leur avons demandé leurs souhaits de formation pour la prochaine mission :

- Prise en charge de la douleur
- Reference contre-référence
- Brancardage et installation de la patiente suivant la prise en charge des pathologies
- Cours de préparation à l'accouchement
- Compagnonnage

L'immersion d'une sage-femme au sein de l'équipe pour la prochaine mission serait toujours souhaitable,

A chaque mission, favoriser le départ d'une ou 2 personnes de la mission précédente ce qui permet une continuité pertinente pour l'efficacité du compagnonnage et la relation de confiance auprès des équipes, mais aussi pour évaluer la progression et l'amélioration mise en œuvre par rapport à la mission précédente.

La sage-femme CHROUM Malorie a pris plaisir à réaliser cette mission avec une équipe accueillante et serait volontaire pour poursuivre la continuité de ce projet sur une nouvelle mission.

B – Rapport du Dr Jacques Rivoallan

Objectif de la mission :

« Formations du personnel de la maternité du CHR d'ATAKPAME dans le but de diminuer la mortalité maternelle et infantile. »

Cette deuxième mission fait suite à celle réalisée en octobre 2018 par le docteur Yves GETIN, gynécologue obstétricien et mesdames Françoise LECALVAR et Marie N'GUYEN, sages-femmes.

Elle a été un peu perturbée, par son annulation quelques jours avant le départ, puis reprogrammée moins de 72h avant, ce qui a fait qu'une des sages-femmes prévues n'a pu rejoindre l'équipe.

Rencontres officielles :

Le 1^o avril au matin, nous avons rencontré à Lomé, Mr Athanase NAJIADOUM, coordinateur du projet pour PIT.

Le 2 avril en début de mission, le Dr Bright AGBOFATI, chef de service de la maternité, nous a présenté à Mr BAMAZI, Directeur du CHR d'Atakpamé

Mais nous n'avons pas eu le plaisir de rencontrer le DRS plateaux, Mr Robert SOBA.

L'équipe que nous avons côtoyé était composée du Dr Bright AGBOFATI, gynécologue-obstétricien, chef de service et seul médecin de la maternité, de la sage-femme cadre Mme Amida KAMING, de 2 assistants, des sages-femmes, des accoucheuses, d'un infirmier de réanimation, et d'un externe étudiant en 5^e année de médecine Mr Laurent ABALO.

La deuxième semaine de la mission, un gynécologue-obstétricien récemment diplômé, le DR AZOMBAKE est venu participer à l'activité du service.



Le programme pré établi avec le Dr Bright était le suivant :

- Prise en charge Pré éclampsie et éclampsie
- Gestion de l'hémorragie du Post Partum
- Analyse du RCF (formation déjà faite)
- Aspiration manuelle intra utérine et soins post avortement
- Manœuvres obstétricales : Sièges, Dystocies des épaules
- Revoir pose des ventouses
- Point sur la pratique de l'échographie de base par les SF (formation déjà faite par GSF)
- La douleur en maternité

L'équipe a réparti son activité, le Dr RIVOALLAN faisant les exposés théoriques et exercices pratiques sur mannequins, et Malorie CHROUM présente en salle de naissance et dans le service pour mise en application.

Déroulement de la mission :



Tout d'abord, nous assistions au staff du service à 7h30 le matin, pendant lequel la sage-femme de garde faisait le rapport des accouchements et césarienne des 24h précédentes, en présence du Dr Bright.

Puis Malorie allait en salle de travail, et moi je devais faire les séances de travail.

Malheureusement, étant donné les contraintes du service, je devais attendre 10h30, 11h, voire 11h30 que les auditeurs arrivent, et même, un matin, pas d'auditoire. L'après-midi, ils arrivaient vers 15h-15h30...



Réanimation nouveau-né :

Après la rencontre avec Mr Bamazi et la visite du service où nous avons constaté que la salle de césarienne était prête mais toujours pas en service, nous avons fait une première séance sur la révision de la réanimation du nouveau-né (fait lors de la 1^o mission). Nous avons constaté que les gestes semblaient acquis, mais pas l'anticipation du matériel nécessaire.

Pendant cette séance, nous avons été appelés en salle de naissance, et, tout de suite mis « dans le bain » pour un accouchement gémellaire : Ventouse sur J1, version grande extraction+ Lovset sur J2 (utilisation d'une des deux ventouses de démo que nous avons amenées (il nous a d'ailleurs été reproché de ne pas en avoir apporté plus).

Pose de ventouse :

L'après-midi, nous avons consacré notre séance à la révision de la pose des ventouses, où nous avons ré insisté sur le diagnostic de présentation qui ne semble pas les soucier, et son importance pour la pose correcte de la ventouse et le bon axe de traction.

Exercices pratiques sur bassin et poupée que nous avons amenés, avec diagnostic par TV, à l'aveugle.

Pour le matériel, nous avons apporté 2 ventouses « kiwi », et il semble qu'il n'y avait dans le service qu'une Silicone vacuum Cup, mais pas vraiment utilisable car problème de matériel d'aspiration.

Modalités d'organisation des césariennes en urgence :

A la fin de la séance sur les ventouses, nous avons abordé les modalités de césariennes en urgence.

Il n'existe pas de code couleur sur les césariennes en urgence.

Elles sont réalisées en fonction de la disponibilité des équipes (anesthésistes et GO) et du Bloc opératoire (alors qu'il y a une salle de césarienne prête à fonctionner dans le service, actuellement non opérationnelle), ainsi que de l'apport du « Kit césarienne » par le mari, acheté à la pharmacie.

Prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie :

Redéfinition des critères de pré éclampsie, bilan à effectuer, recherche des

critères de gravité, CAT et traitement.

Crise d'éclampsie, prise en charge et traitement.

Etablissement avec les participants, d'un protocole de prise en charge.

L'utilisation du sulfate de magnésie est acquise, le traitement par Nicardipine et Methyldopa aussi (mais parfois en manque : il n'y avait plus de Nicardipine pendant quelques jours lors de notre séjour).

Il semble qu'il y ai un défaut de suivi de grossesse (population non suivie, ou suivie dans des centres extérieurs), et d'HTA non repérées. Nous avons vu plusieurs crises d'éclampsie pendant notre séjour. Par ailleurs, la surveillance de la TA pendant le travail et après l'accouchement est aléatoire...

Hémorragies de la Délivrance :

Définition et prise en charge des hémorragies de la délivrance.

Etablissement avec les participants d'un protocole de surveillance et de prise en charge

Il semble que les hémorragies soient découvertes tardivement, et ce, essentiellement, par un défaut de surveillance. Les femmes, après l'accouchement, sont laissées sur leur lit d'accouchement, mais il n'y a pas de contrôle régulier du globe utérin, des saignements et de la TA et du pouls.

Ce qui fait qu'il n'est pas rare qu'elles soient retrouvées dans une mare de sang.

Nous avons établi un protocole de surveillance, mais on nous a répondu « manque de personnel et fatigue... »

Au sujet des traitements et de la prise en charge, il n'y a pas de Sulprostone (Nalador) dans le service, mais ils utilisent largement le Misoprostol (Cytotec).

Nous avons proposé un protocole Acide Tranexaminique (Exacyl), ainsi que la manœuvre de traction-vrillage du col (ligature mécanique des artères utérines), et les techniques de tamponnement, en particulier avec des sondes de Foley (le Ballonnet de Bakri, étant inaccessible par son coût), mais ils ont semblés réticents à ces propositions, et resterons, sans doute, à leurs techniques habituelles.

Un protocole de prise en charge a également été rédigé, en commun, à afficher en salle de travail, détaillant les différentes étapes de cette prise en charge.

AMIU (aspiration manuelle intra utérine) :

Description de la méthode, précautions, surveillance post opératoire.

Etablissement d'un protocole.

Mais cette technique semblait maîtrisée, et le problème était plus l'absence

de seringues ou leur état défectueux.

Il y a eu une AMIU à effectuer, mais pas de seringue utilisable, jusqu'à ce que, subitement, une seringue neuve sorte du bureau de la surveillante !...

Manœuvres obstétricales :

Nous avons passé en revue les différentes manœuvres pour l'accouchement du siège (Vermelin, Bracht, Mauriceau, Lovset), en insistant sur la parfaite connaissance de la présentation et le respect des axes de progression.

Séance accompagnée de films et vidéos ainsi que d'exercices pratiques avec poupée et bassin, où chacun a pu réaliser les manœuvres.



De même, nous avons passé en revue différentes manœuvres réalisables en cas de dystocie des épaules (Mac Roberts, Wood inversé, Jacquemier et Le Tellier), ici aussi avec exercices pratiques et vidéos.

Ces séances sur les manœuvres obstétricales ont, semble-t-il, bien intéressé les participants.

Monitoring et RCF :

Cela faisait partie du programme établi. Il y avait déjà eu une formation en octobre lors de l'arrivée du monitoring, mais nous avons retrouvé celui-ci bien rangé dans son carton d'origine....

Nous avons donc repris la formation sur la lecture du RCF et du tracé des CU.

Description des 4 critères d'étude du RCF (rythme de base, accélérations, oscillations, ralentissements). Rythme et intensité des CU.

Description et Poster sur monitoring normal

Etude des différentes anomalies et de leurs critères de gravité.



Etablissement d'un protocole d'alerte et de CAT en fonction des anomalies.

Surveillance du RCF pendant le travail, différentes méthodes (Auscultation Intermittente (Pinard ou Sonicaid), Monitoring intermittent, Monitoring continu), en fonction de la situation, de l'évaluation des risques et des moyens matériels.

Etablissement d'un protocole écrit de cette prise en charge

Description de l'intérêt du monitoring pendant la grossesse, en cas de situation pathologique ou à risque.

Etablissement d'un poster donnant les différentes indications du RCF pendant la grossesse et le rythme de surveillance.



Tout ce travail sur le monitoring était doublé et mis en application par Malorie, dans le service qui faisait poser et interpréter les enregistrements aux sages-femmes et accoucheuses.

C'est un sujet qui a intéressé les participants, mais il sera intéressant, en cas de 3^e mission, de vérifier que cela se poursuit dans la durée.

Formation à l'échographie

L'échographe qui a été livré en octobre se trouve bien dans une salle de consultation, qui nous servait de salle de formation. Cependant, toutes les échographies que nous avons pu voir étaient réalisées soit au service de radiologie, soit dans des centres extérieurs.

Formation à l'échographie, avec déroulement d'une échographie gynécologique (utérus longueur, épaisseur, endomètre, fibromes, images intra cavitaires, ovaires, images latéro utérine anormale, Douglas)

Et d'une échographie de grossesse [Nombre de fœtus, présentation, placenta, liquide amniotique, biométrie (BIP, PC, PA, Fémur), RCF, ébauche de morphologie (estomac, vessie, cœur 4 cavités)]



Application, avec plusieurs échographies gynécologiques, de FCS et de grossesse réalisées par 2 sages-femmes, sous le contrôle et l'aide du Dr RIVOALLAN, en présence d'un des assistants du service.

Exercices pratiques d'échographie sur un certain nombre de patientes enceintes ou non, matin et après-midi. (Formation surtout d'une des sages-femmes, qui devrait pouvoir réaliser les examens de base).

Ablation d'un stérilet captif, par une pince à préhension, sous contrôle échographique, par cette même sage-femme.



Conclusions :

Cette 2° mission a pu réaliser l'ensemble des axes de formation programmés, sauf « la douleur en obstétrique » que l'assistance a préféré remettre à plus tard. Il est dommage que la motivation globale et la disponibilité de l'équipe fussent aléatoires.

Nous avons, par ailleurs, constaté que les thèmes abordés lors de la 1° mission n'étaient pas réellement mis en application (Partogramme, Monitoring, anticipation de réanimation du nouveau-né...).

Les points positifs :

La présence d'une sage-femme en salle de travail a été très intéressante, permettant de voir au plus près le fonctionnement du service et de mettre en application les thèmes abordés, en particulier le monitoring.

L'intérêt porté sur les manœuvres obstétricales, le monitoring et l'échographie fut manifeste. Une des sages-femmes formées à l'échographie de base devrait pouvoir être opérationnelle.

Les points négatifs :

Motivation et présence aléatoire d'une partie de l'équipe.

Réticence à vouloir modifier les habitudes et s'adapter à de nouvelles modalités de prise en charge.

Peu d'application des thèmes abordés lors de la 1^o mission.

Leurs demandes :

On nous a reproché de ne pas avoir apporté de matériel (en particulier la surveillante), mais cela n'était pas prévu.

Ils auraient souhaité avoir des photocopiés des interventions, mais on leur a expliqué que la décision de départ en mission en urgence, 72 h avant, ne nous avait pas permis de le faire.

Cependant, les diaporamas et les vidéos de toutes les interventions ont été laissés au Dr Bright, ainsi qu'à l'étudiant en médecine de 5^o année Laurent ABALO, et certains posters et protocoles ont été imprimés à l'administration de l'hôpital.

Leurs souhaits pour une prochaine mission :

Prise en charge de la douleur en obstétrique

Brancardage

Préparation à l'accouchement

Référence contre références

Pour moi cette mission a donc un vécu nuancé. Certes, l'intérêt porté au monitoring et à l'échographie sont très positifs, mais à condition qu'il perdure.

Pour le reste, il serait important de revoir le problème de disponibilité pendant la mission, et de vérifier que les acquis sont réellement exploités.