

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***DIRECTION  
DE LA PREVENTION***

***COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE  
LA MORBIDITE- MORTALITE  
MATERNELLE ET PERINATALE***

***Programme national de lutte  
contre la Morbidité Mortalité  
Maternelle et Périnatale :  
Bilan d'activité***

***Juillet 2002 – décembre 2003***

*Ont participé à la rédaction de ce rapport:*

- ***Dr. ABROUK*** - *Expert membre du comité*
- ***Dr. AL HALLAK*** - *Expert membre du comité*
- ***Pr. BELKHODJA*** - *Expert membre du comité*
- ***Pr. CHAFI*** - *Expert membre du comité*
- ***Pr. DJENNAOUI*** - *Expert membre du comité*
- ***Pr. GRANGAUD*** - *Président du comité*
- ***Dr. KADDACHE*** - *Expert membre du comité*
- ***Pr. KERMANI*** - *Expert membre du comité*
- ***Dr. KHELIFI*** - *Coordinatrice du programme*
- ***Dr. OUKID*** - *Expert membre du comité*
- ***Dr. OULMANE*** - *Expert membre du comité*
- ***MME SOUKEHAL*** - *Expert membre du comité*

# ***SOMMAIRE***

## **I - INTRODUCTION**

## **II - HISTORIQUE**

## **III - TRAVAUX DU COMITE**

### **III.1. REGLEMENTATION**

### **III.2. NORMALISATION**

### **III.3. EQUIPEMENTS, MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES**

### **III.4. CARNET DE SANTE**

### **III.5. FORMATION**

### **III.6. COMMUNICATION SOCIALE**

### **III.7. EVALUATION**

## **IV. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES**

## **V. RECOMMANDATIONS**

## **V - ANNEXES**

## ***I. INTRODUCTION***

Le but du présent rapport est de dresser le bilan des activités du Comité National de lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelles et Périnatales depuis son installation en juillet 2002, d'analyser les causes des retards enregistrés dans l'atteinte des objectifs qui avaient été fixés, et de dégager les perspectives de travail pour les mois à venir.

## ***II. HISTORIQUE***

La décision d'installer ce comité a été prise par Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, suite aux recommandations des participants au séminaire atelier de redynamisation du programme national de lutte contre la Morbidité Mortalité Maternelle et Périnatale des 12 et 13 mars 2002 (annexe 1).

Après que les experts aient été désignés, le comité a été installé par Monsieur le Ministre le 3 juillet 2002, et il a aussitôt commencé à travailler. Il a été convenu de travailler sur la base des recommandations du séminaire de mars 2002 (annexe 2), qui figurent en annexe du présent document.

Les membres du comité ont retenu le principe d'une réunion plénière fixée en moyenne toutes les six semaines, avec durant les inter-sessions, des travaux de groupes ad hoc désignés lors des sessions plénières.

Ainsi, des séances plénières du comité ont eu lieu le 3 juillet 2002, le 31 juillet 2002, le 15 septembre 2002, le 5 novembre 2002, le 05 mars 2003, le 15 avril 2003, le 23 septembre 2003, le 30 septembre 2003, le 16 décembre 2003 et le 23 décembre 2003.

Toutes ces réunions ont donné lieu à des procès verbaux qui ont été diffusés aux membres du comité, aux structures centrales et aux établissements sous tutelle concernés par les travaux du comité. Deux réunions prévues l'une le 17 décembre 2002, l'autre le 28 mai 2003 ne se sont pas tenues, la première pour des raisons de disponibilité des membres du comité et la seconde en raison du séisme du 21 mai 2003.

Les réunions de groupe ad hoc se sont faites autour de l'exploitation des recommandations, et ont donné lieu à une production qui figure également en annexe de ce rapport.

D'une façon générale, les experts ont fait preuve d'assiduité, aussi bien en ce qui concerne les réunions plénières, que la participation aux groupes ad hoc. Leur nombre s'est enrichi avec la participation de confrères médecins spécialistes de santé publique, exerçant dans différents secteurs sanitaires du pays (annexe 1).

# ***III. TRAVAUX DU COMITE***

## **III.1. REGLEMENTATION**

Un Arrêté Ministériel portant création du Comité National de Lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale « Arrêté N° 11 du 28 Avril 2002 ».

Trois Décisions Ministérielles fixant la liste nominative des experts membres du comité :

- Décision Ministérielle N° 22 du 28 Avril 2002
- Décision Ministérielle N° 28 du 12 Mai 2002
- Décision Ministérielle N° 102 du 4 Décembre 2003

Une Décision Ministérielle nommant le Professeur Grangaud président de ce Comité national de lutte contre la morbidité mortalité maternelle et périnatale.

Une Décision Ministérielle N° 63 du 15 septembre 2002 portant Institutionnalisation d'une semaine nationale de maternité à moindre risque.

Des textes réglementaires permettant d'encadrer l'utilisation de ce carnet ont été élaborés et sont soumis à la signature. Tous ces textes figurent en annexe 3.

## **III.2. NORMALISATION**

Les normes de fonctionnement d'une unité de néonatalogie d'un hôpital de Wilaya (hôpital de référence) ont été établies, ainsi que des cahiers de procédures concernant les grossesses à risque et les évacuations et transferts (annexe 4)

Un questionnaire permettant de réaliser une monographie des maternités a été élaboré et testé sur la wilaya de Jijel et le secteur sanitaire de Tipaza, en attente d'être validé par les membres du comité pour être généralisé à toutes les maternités du territoire national en vue de les classer par niveau. (annexe 5)

Pour ce qui est de l'installation de comités locaux dans toutes les wilayas, il avait été envisagé à la suite de la réunion du comité national de lutte contre la mortalité morbidité maternelle et périnatale du 5 novembre 2002 de placer ces comités au sein des comités de population de wilaya, mais cette orientation n'a pas été mise en application.

Un document technique classant les structures de santé en fonction des tâches, des activités, des ressources humaines, des moyens matériels et des compétences a été élaborée (annexe 6)

La Direction de la Population dans le cadres de la mise ne œuvre du projet de coopération Algérie/ FNUAP a acquis des kits de petite instrumentation de base destiné à une soixantaine de maternités et 200 structures périphériques.

### **III.3. EQUIPEMENTS, MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES**

Une Liste des médicaments des consommables et des équipements essentiels en salle de travail a été établie et transmise à la PCH.

Les besoins en médicaments et en équipements des services de neonatologie et de gynéco obstétrique ont été quantifiés sur une base respective de 2000 naissances par an d'une part et de 5000 hospitalisations dont **4500 accouchements et 500 interventions chirurgicales d'autre part.**

Une estimation budgétaire des équipements nécessaires aux différents services normalisés a été faite.

L'annexe 7 regroupe toutes les fiches techniques concernant les médicaments le consommable et le matériel.

### **III.4. CARNET DE SANTE**

L'opération d'impression et de distribution du carnet de santé a été effectuée, après consultation restreinte qui a abouti au choix de l'entreprise nationale de communication d'édition et de publicité (ANEP) par la commission d'évaluation pour l'impression d'un million de carnets pour l'exercice de l'année 2003 sur le budget de fonctionnement des établissements de santé.

Pour l'année 2004, une convention cadre est signée entre la Direction de la Prévention et l'ANEP (annexe 8) pour la reproduction des carnets de santé et leur diffusion à toutes les structures sanitaires publiques et privées pour être dispensé gratuitement au niveau des structures assurant le suivi des grossesses et l'accouchement.

Des textes réglementaires permettant d'encadrer l'utilisation de ce carnet ont été élaborés et sont soumis à la signature (annexe 3)

Finalisation du guide d'utilisation du carnet de santé qui est à l'impression.

### III.5. FORMATION

La majorité des services de pédiatrie et de gynécologie à travers le territoire sont gérés techniquement par des médecins généralistes (enquête sur l'état des lieux des services de pédiatrie et des maternités 2001) le comité s'est fixé comme objectif de faire acquérir à ces médecins une compétence en obstétrique et en néonatalogie en plus de la formation théorique qui leur a été donnée lors des séminaires de formation organisés pour chaque région sanitaire.

Une liste des objectifs de formation des médecins généralistes faisant fonction de chefs de services et d'unité pour ces disciplines a été établie (annexes 9 et 10), des contacts ont été pris avec les différentes structures sanitaires (CHU et EHS) en vue de définir des terrains de stage, seules quatre réponses positives ont été enregistrées et cette formation n'a pu être mise en œuvre.

Des fiches techniques ont été élaborées aussi bien pour la prise en charge des nouveaux nés que pour celle des mères.

Il est à noter que :

- le Professeur CHAFI a formé (formation pratique et théorique) au CHU d'Oran : 10 médecins généralistes exerçant en maternité des wilayas de l'Ouest et du Sud Ouest du pays à raison de 2 mois chacun.
- Le Docteur OUKID a formé (formation pratique et théorique) au CHU de Blida : 4 médecins généralistes exerçant en maternité des wilayas du Centre à raison de 2 mois chacun.

Les membres du Comité ont participé à l'élaboration de nombreux documents didactiques :

- Guide sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant.
- Guide sur la maternité à moindre risque
- Guide d'utilisation du carnet de santé
- Evaluation des Programmes de Santé Maternelle et Infantile
- Dépliant sur l'examen neurologique du nouveau né
- Dépliant sur l'examen du nouveau né
- Procédure de prise en charge des grossesses à risque (à l'impression)
- Procédures de prise en charge du nouveau né malade. (à l'impression)

La diffusion de ces documents a été faite à toutes les structures de santé du secteur public.

Ces documents sont disponibles à la Direction de la Prévention.

Les membres du comité ont participé (même avant la création du comité) à :



1. Des séminaires de formation sur la maternité à moindre risque et la néonatalogie, à travers le territoire national, avec pour population cible les médecins généralistes exerçant dans les services de pédiatrie et dans les maternités ainsi que les sages-femmes des PMI et des blocs d'accouchement.
  - Région Est : Annaba, les 21 – 22 Mai 2001, Nombre de participants : 59
  - Région Centre : Alger, les 11 et 12 Juin 2001, Nombre de participants : 40
  - Région Ouest : Tlemcen, les 7 et 8 Juillet 2001, Nombre de participants : 40
  - Régions Sud/Est et Sud/Ouest, Alger, les 15 et 16 Juillet 2001, Nombre de participants : 37
  - Tamanrasset, les 19–20 et 21 MAI 2002, Nombre de participants : 41
  - JIJEL, 02 et 03 JUIN 2002, Nombre de participants : 64
  - JIJEL les 1–2 et 3 Décembre 2003, Nombre de participants : 33
2. Des séminaires de formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, avec pour population cible les médecins chefs de services de pédiatrie
  - Région Ouest : Tlemcen, les 01–03 avril 2001, Nombre de participants : 36
  - Région Centre : Alger, les 08–10 avril 2001, Nombre de participants : 37
  - Région Est : Jijel, les 06–08 Mai 2001, Nombre de participants : 42
  - Régions Sud/Est et Sud/Ouest, Alger, les 13–15 mai 2001, Nombre de participants : 37

Ceci a permis de constituer un réseau de professionnels avec lesquels des contacts sont maintenus

La Direction de la Population a organisé avec l'appui d'un expert international et de deux consultants nationaux 2 sessions de formation de formateurs (région centre et ouest et la réanimation du nouveau né en salle de travail, ainsi que l'élaboration d'un guide sur la réanimation du nouveau né (Ce document est disponible à la Direction de la Population)

Par ailleurs les membres du comité ont participé avec la Direction de la Formation du Ministère de la Santé à l'université d'été ciblant la santé maternelle et néonatale.

### **III.6. DANS LE DOMAINE DE LA COMMUNICATION**

Institutionnalisation d'une semaine nationale de maternité à moindre risque  
Décision Ministérielle N° 63 du 15 septembre 2002 (annexe 3)

Cette semaine nationale a été célébrée en 2002 sous les thèmes :

« Les consultations prénatales et la lutte contre les Hémorragies de la délivrance »

En 2003 elle a été célébrée sous le thème : « Carnet de santé : Organisation des soins pour une maternité à moindre risque ».

Les comptes rendus de ces semaines sont disponibles à la Direction de la Prévention.

Réalisation et diffusion de : spots télévisés et radiophoniques ainsi qu'une affiche et un billet postal.

Le programme de communication de l'année 2003 figure en annexe 12.

Le groupe intersectoriel de communication n'a pas été mis en place.

## **II.7. DANS LE DOMAINE DE L'EVALUATION**

Le groupe chargé d'améliorer le système de déclaration dans le cadre du programme national de lutte contre la morbidité mortalité maternelle et périnatale a établi une fiche d'identification des décès maternels (annexe 13) et révision des supports de déclaration périodique, le tout doit être testé sur cinq wilayas (une par région sanitaire).

Les membres du comité ont participé (même la création du comité) à des séminaires d'évaluation des programmes de santé maternelle et périnatale avec pour population cible les médecins responsables de la prévention au niveau des Directions de Santé de Wilaya :

- Régions Centre et Ouest, Alger les 15– 16 mars 2001
- Régions Est, Sud Est et Sud Ouest, Alger les 11 – 12 mars 2001
- Séminaire National d'évaluation du programme MMMP, Alger les 13 et 14 décembre 2003 Nombre de participants : 55

## ***IV. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES***

L'analyse des activités développées par le comité, permet de faire ressortir un certain nombre de constats :

En premier lieu il existe indiscutablement un certain retard dans le degré d'atteinte des objectifs qui avaient été fixés. D'une manière générale, les objectifs devant être atteints à six mois et à un an ne l'ont pas été. Ceci est dû à deux raisons essentielles. La première est qu'un certain nombre d'actions clés qui avaient été mises à l'indicatif des directions centrales et qui conditionnaient les développements ultérieurs n'ont pas été entreprises et cette carence a eu des effets néfastes sur l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs : il s'agit notamment de la nomenclature des services par wilaya, de la formation pratique des médecins généralistes en poste dans des services de néonatalogie ou de maternité, et de l'accessibilité au médicament et aux équipements.

En second lieu, on peut constater qu'un certain nombre de recommandations faites sur la base de l'élaboration de documents techniques dans le domaine de la normalisation, de l'organisation, de la formation, des équipements, du petit matériel et des médicaments, n'ont pas été suivies d'effet, quand bien même les ressources budgétaires étaient disponibles. Il semble que la coordination soit insuffisante entre les différents niveaux d'intervention du système de santé (structures centrales, wilayas, secteur sanitaire, services, et établissements sous tutelles censés fournir les moyens de travail). Ce manque de coordination est largement à mettre sur le compte d'une mauvaise circulation de l'information. Il n'est en effet pas évident que le travail accompli par le comité, et les recommandations faites soient connues par les différents intervenants, et encore moins, appliquées.

Enfin, d'une façon générale, les procédures d'évaluation prévues et la communication aussi bien celle à visée interne au secteur, que celle destinée au grand public n'ont pas été à la hauteur de ce qui était prévu. De fait, les actions concernant la communication intersectorielle et le développement de l'évaluation avec notamment la mise en place de procédures visant à analyser les décès maternels n'ont pas été entreprises.

Ces constats ne doivent pas faire sous-estimer l'importance du travail qui a été effectué par les membres du comité : d'une part, un certain nombre d'acquets ont été obtenus dans le domaine de la généralisation de l'utilisation du carnet de santé, et d'autre part, les experts ont produit la documentation attendue qui devrait permettre de réorienter le travail à venir autour d'un certain nombre d'axes essentiels.

- Mettre en réseau, à travers l'ANDS, les membres du comité national, afin que la circulation de l'information et le travail de réflexion soient facilités.
- Ouvrir, dans le cadre des forums de l'ANDS, un espace dans lequel tous les professionnels concernés par ce programme pourraient intervenir et faire part de leurs problèmes et de leurs suggestions
- Poursuivre l'effort de budgétisation de ce programme qui surtout doit s'étendre au niveau des décideurs du terrain : gestionnaires, pharmaciens responsables de la pharmacie hospitalière, chefs de services.
- Revoir la formation des personnels dans le cadre de l'obtention de compétences, ayant un effet sur leur plan de carrière avec en contrepartie une contractualisation des professionnels permettant d'éviter le vagabondage des personnels.
- Normaliser les effectifs, au niveau de chaque wilaya pour aboutir à une meilleure organisation.

## ***V. RECOMMANDATIONS***

C'est autour de ces axes stratégiques évoqués que nous faisons les recommandations suivantes :

- Promouvoir l'installation de comités de Wilaya de lutte contre la Morbidité Mortalité Maternelle et Périnatale. La composition de ce comité doit être revue et adaptée. Le staff permanent du comité devra comprendre un gestionnaire et un technicien de la santé qui sera chargé du suivi des activités au niveau de chaque Wilaya. Ce staff aura pour mission essentielle, la collecte des données en rapport avec les décès féminin. Chaque décès féminin, quelle qu'en soit la cause, doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire à partir de la fiche d'identification des décès maternels (annexe 13).

L'analyse de ces données permettra d'élaborer des indicateurs fiables, par wilaya, de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale.

- Elaborer , par wilaya , une monographie exhaustive de l'ensemble des centres de PMI de chaque secteur sanitaire , avec leur emplacement , les effectifs en personnels et leur qualification , la nature des locaux abritant ces PMI , leur équipement en matériel et en consommable , leur alimentation en énergie , en eau , leur réseau d'assainissement , leur adresse , les moyens de communication téléphone , fax – Un répertoire exhaustif de ces structures permettra d'établir des ratio par commune, wilaya, région sanitaire et d'élaborer des normes de fonctionnement de ces structures de santé au service exclusif de la mère et de l'enfant.

- Assurer un approvisionnement en médicaments pour chaque secteur sanitaire en prenant en compte les besoins exprimés, et mettre en place un système d'évaluation permettant de suivre ces commandes et leur satisfaction.

- Rendre obligatoire, par instruction ministérielle, l'utilisation du nouveau carnet de santé à partir de 2004, et instituer un groupe permanent intersectoriel chargé de sa mise à jour et de sa réédition

- Arrêter au niveau des Directions Centrales et des Etablissements sous tutelle, la liste des supports d'information devant être utilisés notamment en ce qui concerne les décès maternels, et exclure tout autre support non normalisé ou obsolète

- Recycler des sages femmes de PMI et de Maternité (actualisation des connaissances avec stage pratique en PMI, maternité et services de néonatalogie

- Relancer, dans le cadre de l'Information Education Communication, par des mesures incitatives auprès des sages femmes, les séances d'éducation sanitaire de groupes dans les PMI et les maternités. Un programme IEC devra être

élaboré en commun entre la section PMI de chaque SEMEP et la section de santé scolaire et universitaire

- Organiser en réseau, dans le court terme, les différentes interventions en matière de prise en charge de la mère et de l'enfant
- Evaluer l'impact des documents diffusés aux prestataires dans le cadre de la maternité à moindre risque, le suivi de la grossesse, l'examen du nouveau-né. Une fiche d'enquête doit être élaborée dans ce sens.
- Diffuser ces documents dans toutes les structures de formation paramédicales et étudier la mise à disposition de ces documents au niveau de l'OPU pour les étudiants en sciences médicales
- Rendre les quatre consultations prénatales obligatoire pour chaque femme ( en coordination avec les caisses de sécurité sociale) et mettre en place dans chaque secteur sanitaire , sous la responsabilité des sages femmes , un registre de captation et de suivi des grossesses afin de déterminer le taux , par cohorte , de couverture des examens prénataux

# ANNEXE 1

## COMPOSITION DU COMITE Décision Ministérielle N° 102 du 4 décembre 2003

NOM ET PRENOM	QUALITE	FONCTION
Professeur GRANGAUD Jean Paul	Président du comité	Pédiatre / CES. MSPRH
Professeur LEBANE Djamil	Expert membre du comité	Pédiatre. CHU Mustapha
Professeur CHAFI Belkacem	Expert membre du comité	Gynécologue. CHU Oran
Professeur BELKHODJA Janine	Expert membre du comité	Gynécologue. CNES
Professeur KERMANI Mohamed Salah	Expert membre du comité	Pédiatre. Secteur sanitaire de Aïn Taya
Professeur DJENAOUI Tahar	Expert membre du comité	Gynécologue. Secteur sanitaire de Kouba
Docteur KADDACHE Chawki	Expert membre du comité	Pédiatre. CHU Blida
Docteur ABROUK Samira	Expert membre du comité	Pédiatre / Biostatisticienne. INSP
Docteur OUKID Mohamed Salah	Expert membre du comité	Gynécologue. CHU Blida
Docteur AL HALLAK Saïd	Expert membre du comité	Pédiatre. Secteur sanitaire de Kouba
Madame SOUKEHEL Djemaa	Expert membre du comité	Sage femme. Secteur sanitaire de Birtraria.
Docteur KHELIFI Houria	Responsable du programme MMMP	Médecin généraliste. Direction de la Prévention
Docteur AOUCHICHE Youcef	Membre du comité	Epidémiologiste. santé publique. CHU Bab El Oued
Docteur KHELALEF Abdesslem	Membre du comité	Epidémiologiste. santé publique. Secteur sanitaire El Tahir. Wilaya de Jijel
Docteur MADANI Fatiha	Membre du comité	Gynécologue. santé publique. Secteur sanitaire de Tamanrasset
Docteur KERBACHE Samia	Membre du comité	Pédiatre. santé publique. Secteur sanitaire de Kouba
Docteur HAMCHAOUI Farida	Membre du comité	Epidémiologiste. Santé publique. Secteur sanitaire de Hadjout
Docteur TOUMI Ourida	Membre du comité	Gynécologue. santé publique. Secteur sanitaire de Kouba
Docteur KHAOUNI Mohamed	Membre du comité	Gynécologue. santé publique. Secteur sanitaire de Aïn Taya
Docteur BOUMLIT Samia	Membre du comité	Pédiatre. santé publique CHU Bab El Oued
Docteur AIT OUHAMOU Houria	Membre du comité	Pédiatre. santé publique. Secteur sanitaire de Bordj Ménail

# **ANNEXE 2**

## **Recommandations du Séminaire National de Redynamisation du Programme National de lutte contre la Morbidité Mortalité Maternelle et Périnatale - mars 2002-**

### **DANS LES 3 MOIS :**

- Installer le comité de suivi.
- Classer par niveaux des structures de la wilaya sur la base des critères définis lors du séminaire.
- Elaborer au niveau de la centrale un document technique classant les structures de santé en fonction des activités et des compétences selon les trois niveaux identifiés par l'atelier 2.
- Installer dans toutes les wilayas un comité comportant le DSP ou son représentant, les médecins chefs de service de gynécologie obstétrique et pédiatrie et les directeurs des secteurs sanitaires. Ce comité aura à effectuer cette classification. Il pourra faire appel à des experts nationaux ou à des superviseurs pour valider son classement.
- Valider la liste des médicaments essentiels établie par l'atelier 1, quantifier les besoins et passer la commande à la PCH.
- Budgétiser les équipements nécessaires aux différents services normalisés.
- Rendre disponible et obligatoire le carnet de santé dans toutes les structures publiques, parapubliques et privées.
- Etablir les normes de fonctionnement des services en tenant compte des activités (urgences, soins et prévention, ...) et des niveaux des structures.
- Réaliser un cahier de procédures sur les grossesses à risque et un cahier de procédures sur les évacuations et transferts.
- Définir les objectifs de formation des médecins généralistes faisant fonction de chefs de services des services de gynécologie obstétrique et pédiatrie et identifier les terrains de stage.
- Mettre en place une procédure d'identification des décès maternels dans le nouveau certificat de décès..
- Créer un groupe de travail intersectoriel chargé du suivi et de l'application du programme de communication sur la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.
- Institutionnaliser une semaine nationale de maternité à moindre risque.



### **DANS LES 6 MOIS :**

- Disposer d'un service normalisé de gynécologie obstétrique et de pédiatrie dans 24 secteurs sanitaires chefs lieu de wilayas.
- Contractualiser la formation des médecins généralistes en définissant leurs droits et leurs devoirs.
- Débuter les stages pratiques des médecins généralistes faisant fonction de chefs de services de pédiatrie et de gynécologie obstétrique au niveau des CHU et EHS (4 à 6 mois).
- Disposer des médicaments essentiels et ne tolérer aucune rupture.
- Constituer un groupe de travail pluridisciplinaire (épidémiologiste, gynéco obstétriciens, pédiatres) chargé de revoir les supports afin de les adapter au mieux aux indicateurs identifiés et revoir le circuit de l'information.
- constituer un groupe de travail avec l'Office National des Statistiques, l'Institut National de Santé Publique et les Directions de la Prévention, de la Population, de la Planification, des Structures de santé pour normaliser les définitions concernant les indicateurs de périnatalité.
- Réaliser des spots télévisés et radiophoniques ainsi que des courts métrages sur la maternité à moindre risque et sur l'allaitement maternel.
- Produire des messages sur la santé maternelle et infantile destinés à la presse écrite.

### **DANS L'ANNEE :**

- Disposer d'au moins un service de référence en gynécologie obstétrique et pédiatrie par wilaya.
- Appliquer la réglementation concernant la formation contractualisée.
- Organiser des réseaux de transfert des patients vers les services de référence.
- Finaliser la formation des médecins généralistes chefs de services de pédiatrie et de gynécologie obstétrique au niveau des CHU et EHS.
- Identifier à partir des travaux des ateliers les principaux indicateurs d'activité pertinents et mettre en place un système d'évaluation et de supervision.
- Organisation de stages de formation en néonatalogie à l'étranger pour les pédiatres
- Mettre en circulation les nouveaux supports d'évaluation après formation et prétesting accompagnés d'un guide d'utilisation.
- Intégrer les informations relatives aux décès maternels et périnataux au logiciel «patient» afin de recenser les décès survenus en dehors des services identifiés.
- Mettre en circulation le nouveau certificat de décès
- Budgétiser le programme de la communication sociale
- Réaliser une étude d'évaluation de l'impact des messages de communication.
- Renforcer l'IEC en milieu scolaire

**ANNEXE 3**  
**TEXTES REGLEMENTAIRES**  
**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**Arrêté N° 11 du 28 avril 2002 portant création  
d'un comité national de lutte contre  
la Morbidité et la Mortalité Maternelle  
et Périnatale**

Le Ministre de la Santé et de la Population;

- Vu le décret présidentiel n° 2001-139 du 08 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement;
- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population;
- Vu le décret exécutif no 2000-150 du 28 juin 2000 portant organisation de l'administration centrale du Ministère de la Santé et de la Population

**ARRETE**

**Article 1** : Il est créé auprès du Ministre de la Santé et de la Population, un comité national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, dénommé ci-après, « le comité »

**Article 2** : Le comité est chargé d'assister la Direction de la Prévention notamment dans :

- L'élaboration du programme national de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale

- L'intégration et l'adaptation du programme au niveau de l'action sanitaire locale
- La mise en œuvre du programme en matière :
  - D'organisation du circuit de prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né
  - De définition et d'application des procédures et des normes en la matière
  - De formation et de recyclage du personnel médical et paramédical chargé de l'application du programme
  - De l'information, l'éducation et la communication sociale
  - De recherche opérationnelle
  - De supervision et d'évaluation des activités au niveau des maternités et des services de néonatalogie
  - D'assistance technique et scientifique

**Article 3** : Le comité présidé par le Ministre de la Santé et de la Population ou de son représentant est composé de :

- Le Directeur de la Prévention
- Le Directeur des Services de Santé
- Le Directeur de la Population
- Le Directeur de la Pharmacie et des Equipements
- Le Directeur de l'Institut National de Santé Publique
- Des praticiens hospitalo-universitaires
- Des praticiens de santé publique
- Des gestionnaires de l'administration sanitaire
- Des experts

**Article 4** : La liste nominative des membres du comité autres que ceux désignés en raison de leurs fonctions et la désignation du président sont fixées par décision du Ministre de la Santé et de la Population

**Article 5** : Le Comité peut faire appel à toute personne jugée compétente pour l'aider dans ses tâches.

**Article 6** : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'exécution du présent arrêté.

# REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

### **Décision N° 22 du 28 avril 2002 fixant la liste nominative des experts, membres du comité national chargé de lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale**

Le Ministre de la Santé et de la Population;

- Vu le décret présidentiel n° 2001-139 du 08 Rabie El Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement;
- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population;
- Vu l'arrêté N° 11 du 28 avril 2002 portant création du comité de lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale

### **DECIDE**

**Article 1** : En application des dispositions de l'article 4 de l'arrêté N° 11 du 28 avril 2002 sus- visé, sont nommés experts, membres du comité de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale :

- **Professeur B. Chafi** Chargé de la lutte contre la mortalité Maternelle et le renforcement des maternités.
- **Professeur D. Lebane** chargé du programme du développement de la néonatalogie.

**Article 2** : Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'exécution de la présente décision.

# République Algérienne Démocratique et Populaire

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

### ***DECISION N° 28 di 12 Mai 2002 MODIFIANT ET COMPLETANT LA DECISION N° 11 DU 28 AVRIL 2002 FIXANT LA LISTE NOMINATIVE DESEXPERTS MEMBRES DU COMITE NATIONAL CHARGE DE LA LUTTE CONTRE LA MORBIDITE ET LA MORTALITE MATERNELLE ET PERINATALE.***

#### **Le Ministre de la Santé et de la Population ;**

- Vu le décret présidentiel n° 2001-139 du 8 Rabie-El-Aouel 1422 correspondant au 31 Mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu le décret exécutif n° 96-66 du 07 Ramadhan 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;
- Vu la décision du 28 Avril 2002 fixant la liste nominative des experts membres du comité national chargé de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, notamment son article 1<sup>er</sup> ;

### **DECIDE**

**ARTICLE 1<sup>er</sup>** : L'article 1<sup>er</sup> de la décision du 28 Avril 2002 sus- visé est complété, in fine, comme suit :

- Professeur Janine BELKHODJA	Membre
- Professeur Mohamed Salah KERMANI	Membre
- Professeur Tahar DJENAOUI	Membre
- Docteur Chawki KADDACHE	Membre
- Docteur Samia ABROUK	Membre
- Docteur Mohamed Saïd OUKID	Membre
- Madame Djemaa SOUKEHAL	Membre

**ARTICLE 2** : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population est chargé de l'application de la présente décision.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE. DE LA POPULATION ET DE LA REFORME  
HOSPITALIERE

**DECISION N° 102 du 4 décembre 2003 MODIFIANT ET  
COMPLETANT LA LISTE DES EXPERTS MEMBRES DU COMITE  
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA MORBIDITE ET LA MORTALITE  
MATERNELLE ET PERINATALE**

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

- **Vu** le décret présidentiel N° 2001-139 du 8 Rabie-El-Aouel 1422 correspondant au 31 mai 2001 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- **Vu** le décret exécutif N° 96 - 66 du 7 RAMADAN 1416 correspondant au 27 Janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé et de la Population ;
- **Vu** l'arrêté N° 011 du 28 Avril 2002 portant création du Comité National de Lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale;

## **DECIDE**

**ARTICLE 1 /** - En application des dispositions de l'article 4, de l'arrêté N° 011 du 18 Avril 2002 sont nommés experts, membres du Comité National de Lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale :

- ABROUK Samira Pédiatre / Biostatisticienne. INSP
- AIT OUHAMOU Houria Pédiatre Secteur sanitaire Bordj Ménaïel
- AL HALLAK Saïd Pédiatre. Secteur sanitaire de Kouba
- AOUCHICHE Youcef Epidémiologiste CHU Bab El Oued
- Belkhodja Janine Gynécologue. CNES
- BOUMLIT Samia Pédiatre CHU Bab El Oued
- CHAFI Beikacem Gynécologue. CHU Oran
- DJENAOUI Tahar Gynécologue. Secteur sanitaire de Kouba
- GRANGAUD Jean Paul Pédiatre / CES. MSPRH
- HAMCHAOUI Farida Epidémiologiste Secteur sanitaire de Hadjout
- KADDACHE Chawki Pédiatre. CHU Blida
- KHELIFI Houria Médecin Généraliste Secteur sanitaire d'El Oued
- KERBACHE Samia Pédiatre Secteur sanitaire de Kouba
- KERMANI Mohamed Salah Pédiatre. Secteur sanitaire de Aïn Taya
- KHAOUNI Mohamed Gynécologue Secteur sanitaire Aïn Taya
- KHELALF Abdesslem Epidémiologiste. Secteur sanitaire Taher
- LEBANE Djamil Pédiatre. CHU Mustapha
- MADANI Fatiha Gynécologue Secteur sanitaire de Tamanrasset
- OUKID Mohamed Saïd Gynécologue. CHU Blida
- TOUMI Ourida Gynécologue Secteur sanitaire Kouba
- SOUKEHEL Djemaa Sage femme. Secteur sanitaire de Birtraria

**ARTICLE 2 /** - Madame la Secrétaire Générale du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière est chargée de l'application de la présente décision.



# ANNEXE 4

## CAHIERS DE PROCEDURES SUR LES GROSSESSES A RISQUE ET LES EVACUATIONS ET TRANSFERTS.

### PROCEDURES SUR LES EVACUATIONS ET TRANSFERTS

#### OBJECTIFS

**1** - Améliorer les conditions de l'accouchement dans les maternités tout en assurant une qualité et une sécurité optimum dans les soins maternels

**2** - Donner toutes les orientations nécessaires au personnel de santé et aux gestionnaires afin qu'ils puissent assurer précocement, et dans de bonnes conditions, le transfert de tout accouchement à risque vers un service de gynécologie obstétrique référent

#### LES CONDITIONS PRATIQUES D' UN TRANSFERT

- Informer du transfert le service de gynécologie obstétrique d'accueil
- Accompagner la parturiente d'un minimum de documents de suivi de la grossesse en cours ;
  - Fiche de suivi de l'évolution de l'accouchement – fiche navette – résumé clinique de sortie – résumé standard de sortie
  - Carnet de santé si la femme est suivie en consultation pré natale en PMI

- La parturiente doit être perfusée avec du sérum .

Dans tous les cas, il faut arrêter une perfusion de *syntocinon* ®.

- Lui assurer un abord veineux stable durant toute la durée du transfert. Eviter au maximum les abord veineux au niveau des plis des articulations . De préférence, prendre l'abord veineux au niveau de l'avant bras.
- Les constantes vitales doivent être contrôlée dès que cela est possible ( Prise de la tension artérielle, du pouls, et s'assurer de l'état de conscience de la parturiente par un interrogatoire )
- La parturiente doit être couverte durant son transfert et mise en décubitus latéral gauche.
- Le personnel de santé qui accompagne la parturiente durant le transfert doit être en tenue de travail adaptée.

De plus il doit être non seulement capable de conduire une réanimation , mais également prévenir , surveiller la survenue et traiter d'éventuelles convulsions ( liberté des voies aériennes supérieures et thérapeutique anti-convulsivante).

L'ambulance devant assurer le transfert doit être adaptée, en état de marche, répondre aux normes minimum d'hygiène et être mise à la disposition des maternités à toute heure du jour ou de la nuit.

## **LES INDICATIONS DU TRANSFERT SYSTEMATIQUE D'UNE MATERNITE VERS UNE MATERNITE REFERENCE (SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE)**

***Ne Pas effectuer de transfert si l'accouchement  
par voie basse est imminent***

***Le transfert doit être envisagé dans les cas suivants :***

- Indication d'accouchement dans une structure de référence prescrite lors de la consultation prénatale
- Selon les facteurs de risque présentés par la parturiente
  - Patiente avec antécédents Médicaux : diabète ; HTA permanente ou récidivante
  - Patiente avec antécédents Gynécologiques et obstétricaux : bassin rétréci ; stérilité ; antécédents d'hémorragie de la délivrance ; utérus cicatriciel ; antécédents de malformations intra-utérines ; multipare ( plus de 5 accouchements)

Le transfert vers un service de gynécologie obstétrique pourvu d'un bloc opératoire , d'une banque du sang, d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique et de pédiatre doit se faire dans les cas où les constats suivants sont faits au cours de la grossesse en cours :

- Femme de petite taille (inférieure à 1,50m.)
- Menace d'accouchement prématuré
- Métrorragies en cours de grossesse
- Tension artérielle élevée (supérieure à 14 / 9) prise après 15 minutes de repos
- Signes de pré éclampsie
- Pathologie maternelle associée
- ***Examen obstétrical anormal*** (présence d'une grossesse multiple ; Hauteur Utérine inférieure à 28 cm ou supérieure à 37 cm ; Bruits du cœur fœtal ralentis ou accélérés ; Rupture prématurée des membranes et fièvre ; infection amniotique ; hématome rétro-placentaire ; placenta praevia ; procidence du cordon en début de travail )
- ***femme anémique***
- ***femme ayant un Rhésus négatif et un Coombs positif***

# **PROCEDURE POUR LES GROSSESSES A RISQUE**

## **DONNEES ACTUELLES**

Les grossesses ainsi que l'accouchement exposent en permanence la femme à des risques. Le développement de la pratique médicale permet souvent d'éviter ces risques par une prise en charge médicalisée adéquate et adaptée à chaque cas.

En 1999, l'enquête nationale sur la mortalité maternelle a confirmé un taux national moyen était de 117 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Cependant, des disparités importantes sont notées selon les régions du pays.

Dans la région sanitaire sud-est , ce taux est de 210 pour 100.000 . Il est de 158 pour 100.000 dans la région sanitaire sud-ouest.

Au nord du pays, Ce taux est de 125 pour 100.000 dans la région sanitaire ouest , de 106 pour 100.000 dans la région centre et de 84 pour 100.000 dans la région centre .

### **Causes des décès maternels**

Les 5 premières causes de décès maternels retrouvées sont :

- *L'hypertension artérielle* ( 18,4 %)
- *Les hémorragies génitales* ( 16,6%)
- *Les septicémies puerpérales* ( 14,1%)
- *Les cardiopathies* ( 13%)
- *Les dystocies* ( 12,2%)

### **Survenue du décès par rapport à la grossesse**

*Les 2/3 des décès enregistrés (66,4%) sont survenus durant les 42 jours suivant l'accouchement.*

*Lors de la grossesse 17,5 % des décès ont été enregistrés, lors de l'accouchement ( 10,6%) pendant ou dans les 42 jours suivant un avortement ( 5,5%)*

Ces indicateurs récents nous permettent de proposer **plusieurs actions** immédiates susceptibles d'agir sur les taux de mortalité maternelle en les diminuant :

- ►Des soins de santé de base satisfaisants par la mise en œuvre d'une surveillance prénatale adaptée, instituée dès le début de la grossesse, devrait permettre non seulement une détection précoce des complications mais également une prise en charge spécifique des grossesses à haut risque
- ► Une assistance personnalisée de toutes les femmes enceintes par un personnel qualifié, au moment de son accouchement
- ►Une surveillance post-natale plus efficiente

- ► Une planification familiale adaptée

Toute approche des problèmes de santé maternelle qui ne prend pas en considération tous les aspects de ces volets intimement liés, ne parviendra qu'à un impact très limité sur la réduction de la morbidité, de la mortalité maternelle et périnatale ainsi que sur le handicap lié à une pathologie de la grossesse et de l'accouchement.

Toutes les activités doivent être intégrées et devront donc se dérouler de préférence dans un même lieu, à un même moment et sous l'autorité d'une même équipe motivée et bien formée.

### **Approche sante prenant en considération la notion de risque**

Si une surveillance prénatale adéquate doit être assurée à toute femme enceinte quelque soit son statut ou son lieu de résidence, celles qui présentent un facteur de risque , c'est à dire *une particularité anatomique, physiologique , mentale ou sociale qui expose la mère ou l'enfant à naître à un risque plus élevé de morbidité ou de mortalité*, doivent bénéficier d'une prise en charge conséquente liée à ce risque. Une attention particulière doit leur être accordée.

### **PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE (GHR)**

*On parle de grossesse à haut risque lorsqu'une femme enceinte, quelque soit l'âge de cette grossesse, présente un facteur, une particularité pathologique physique , mentale ou sociale, susceptible de l'exposer elle même ou son enfant à un risque de mortalité ou de morbidité plus élevé que dans le reste de la population.*

#### **OBJECTIF GENERAL de la prise en charge**

Les consultations prénatales visent à instituer des soins de qualité en standardisant les grandes lignes de la prise en charge des grossesses à risque et de proposer une conduite appropriée devant le facteur de risque le plus important rencontré au cours de la grossesse en prenant en compte les moyens disponibles qui sont souvent très limités.

### **LA SURVEILLANCE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE (GHR)**

Une surveillance prénatale adaptée doit permettre la sélection efficace des cas de GHR et leur dépistage précoce afin d'adapter la surveillance de la femme enceinte selon la nature du risque auquel elle est soumise.

#### **● Les MODALITES de la surveillance**

Dès le premier contact avec les services de santé de base, toute femme enceinte doit :

- être interrogée sur tous ses antécédents

- être correctement examinée
- le risque doit être identifié
- Un plan d'action spécifique doit être mis en œuvre pour cette GHR

Au cours de la surveillance prénatale, l'interrogatoire et l'examen clinique doivent être bien menés afin de déceler tout état pathologique, de le traiter, d'en prévenir les conséquences et enfin de le référer si besoin à une structure de gynécologie obstétrique plus compétente.

## ➔ **LES FACTEURS DE RISQUE POUR UNE FEMME ENCEINTE**

Les facteurs de risque sont classés en 4 grands groupes :

- Facteurs liés à une pathologie de la grossesse en cours
- Facteurs liés aux antécédents obstétricaux
- Facteurs en rapport avec les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels
- Facteurs personnels en rapport avec le terrain

### ☞ ***Les facteurs à rechercher :***

#### ***1 – Facteurs liés à un état pathologique de la grossesse actuelle***

- Hypertension artérielle
- Complications d'une hypertension artérielle
- Hémorragie
- Anémie
- Diabète
- Iso-immunisation Rh
- Grossesse multiple

#### ***2 – Facteurs liés aux antécédents obstétricaux de la femme enceinte***

- Accouchements dystociques précédents
- Césarienne
- Multiparité
- Avortements répétés
- Malformations

#### ***3 – Facteurs en rapport avec des antécédents pathologiques***

- Notions d'antécédents d'hypertension artérielle, de cardiopathie,
- Ou de tout autre maladie chronique
- Traitement médical en cours pour une pathologie

#### ***4 – Facteurs en rapport avec le terrain de la femme enceinte***

- Age de la parturiente
- Poids/taille de la parturiente
- Conditions socio-économiques
- Antécédents familiaux (HTA, diabète, maladie héréditaires, maladies génétiques, handicaps .....)

# FICHE TECHNIQUE 1

## AGE DE LA PARTURIENTE

L'âge optimal pour une conception se situe entre 20 et 30 ans. Plus on s'éloigne de cet intervalle, plus le risque fœto-maternel augmente.

Chaque fois qu'une grossesse survient en dehors de l'intervalle 18-35 ans, il convient :

- d'évaluer les risques
- d'assurer une étroite surveillance afin de rechercher et prévenir les risques évitable ( consultation prénatale mensuelle dès le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse)

Le comportement de procréation d'un couple doit être conduit selon les 2 principes suivants :

- L'âge idéal de la femme pour une procréation se situe entre 20 et 30 ans
- Un intervalle inter génésique d'au moins 3 ans est souhaitable entre chaque grossesse

→ Le risque de certaines maladies s'accroît avec l'âge et chez la femme enceinte

→ Plusieurs facteurs de risque peuvent s'associer

### AVANT 18 ANS

♦ Penser à l'HTA

♦ RISQUE ACCRU DE PREMATURITE

### APRES 35 ANS

♦ Penser à l'HTA

♦ Pathologies inhérentes à cette tranche d'âge ( diabète, HTA,cardiopathie)

**A PARTIR DU 6<sup>ème</sup> MOIS**

**= CONSULTATION MENSUELLE**

## FICHE TECHNIQUE 2

### ANTECEDENTS FAMILIAUX DE LA PARTURIENTE

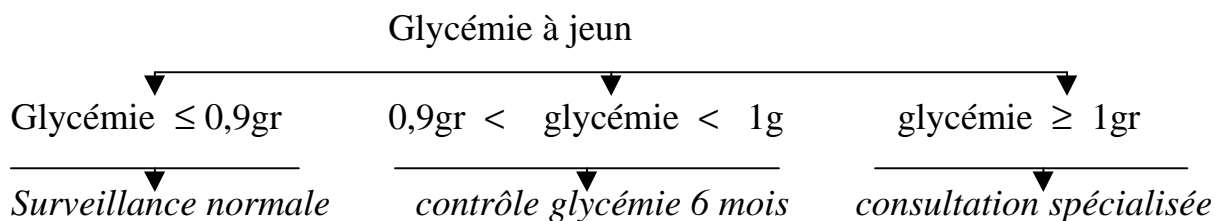
La présence d'une pathologie familiale doit faire rechercher le risque d'apparition de cette pathologie chez la parturiente (diabète ; HTA...)

Toute notion d'anomalie ou de handicap dans la famille, notamment en présence d'une consanguinité, doit faire évaluer le risque de réapparition de l'anomalie ou de cet handicap chez le nouveau-né : anomalie chromosomique (ex : trisomie 21) – anomalie génétique (ex : hémoglobinopathie type drépanocytose ; déficit enzymatique type hémophilie)

#### 9 ANTECEDENTS DE DIABETE

Recherche clinique et biologique du diabète

→ **Si un seul facteur de risque retrouvé :**



→ **Si plusieurs facteurs de risque identifiés :**

Adresser la parturiente à une consultation spécialisée

#### 9 ANTECEDENTS D'HTA

- Une consultation mensuelle de dépistage à partir du 6<sup>ème</sup> mois

#### 9 AUTRES PATHOLOGIES FAMILIALES

Rechercher

- Handicap
- Anomalies familiales chez plusieurs membres
- Consanguinité associée à des tares familiales

## **FICHE TECHNIQUE 3**

### **ANTECEDENTS DE LA PARTURIENTE**

#### **1. ANTECEDENTS MEDICAUX**

##### **DIABETE**

- Surveillance régulière
- Nécessité d'équilibrer le diabète
- Prévoir l'accouchement en milieu spécialisé

##### **CARDIOPATHIE**

- Surveillance régulière de la cardiopathie par spécialiste
- Prévoir à l'avance le service de gynécologie obstétrique ou aura lieu l'accouchement

##### **MALADIE CHRONIQUE OU TRAITEMENT MEDICAL EN COURS**

- Surveillance régulière de la grossesse
- Consultation médicale de contrôle

#### **2. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICAUX**

##### **ANTECEDENTS DE STERILITE**

- Surveillance régulière mensuelle de la grossesse
- Prévoir l'accouchement dans une structure équipée

##### **NOMBRE DE GROSSESSES SUPERIEUR A CINQ**

- Surveillance régulière de la grossesse
- Parturiente à adresser à la maternité en tout début du travail

##### **ANTECEDENTS DE GROSSESSE GEMELLAIRE**

- Examen obstétrical et échographique de dépistage d'une gémellité

##### **ANTECEDENTS D'HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE**

- Surveillance obstétricale régulière de la grossesse en cours
- Accouchement dans un service de gynécologie obstétrique équipé



### **ANTECEDENTS DE MORT FŒTALE IN UTERO OU DECES NEONATAL**

- Consultation d'obstétrique régulière
- Surveillance régulière de la grossesse
- Accouchement dans un service de gynécologie-obstétrique équipé

### **ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENT PAR FORCEPS OU VENTOUSE**

- Surveillance régulière de la grossesse
- Rechercher une cause éventuelle de dystocie
- Rechercher une disproportion foeto-pelvienne
- Accouchement dans un service de gynécologie-obstétrique équipé

### **ANTECEDENTS DE FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE OU DE GROS ENFANT DANS LA DESCENDANCE**

- Surveillance obstétricale de la grossesse
- Consultation régulière
- Rechercher par interrogatoire facteurs de risque de diabète
- Accouchement dans un service de gynécologie-obstétrique équipé

### **FEMME PORTEUSE D'UN UTERUS CICATRICIEL**

- Surveillance obstétricale régulière
- Accouchement dans un service de gynécologie-obstétrique équipé

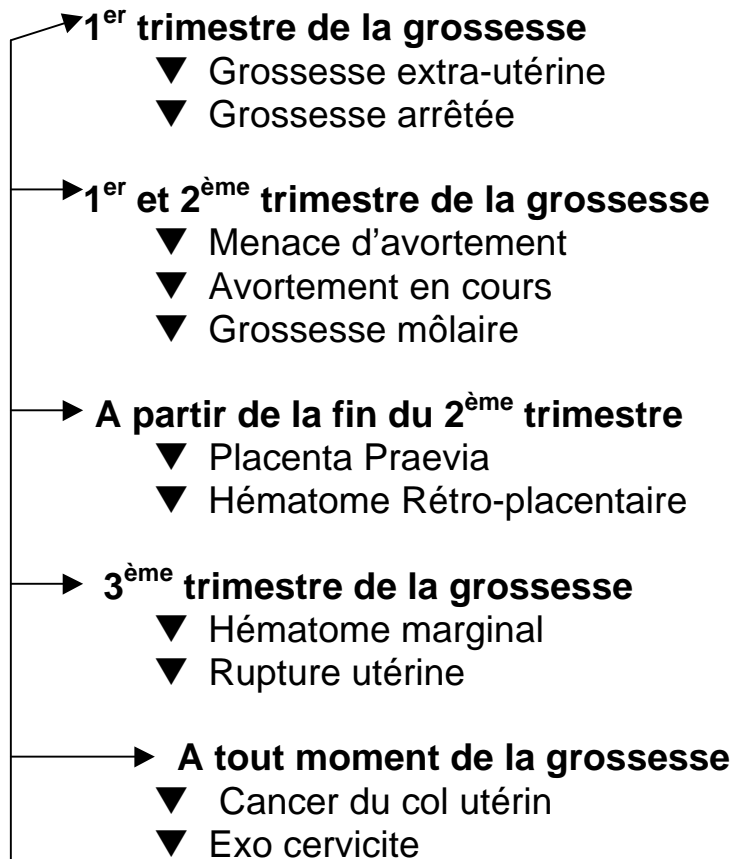
## FICHE TECHNIQUE 4

### SAIGNEMENT AU COURS DE LA GROSSESSE

**Toute métrorragie, même minime, est un signe anormal chez une femme enceinte. Elle doit amener la femme à consulter au plus vite et inciter le personnel de santé à explorer sérieusement le cas.**

Une conduite appropriée devra alors être mise en œuvre car , à tout moment , et de façon brutale, la situation peut s'aggraver.

#### **▼ CAUSES LES PLUS FREQUENTES DES METTRORRAGIES SELON L'AGE DE LA GROSSESSE**



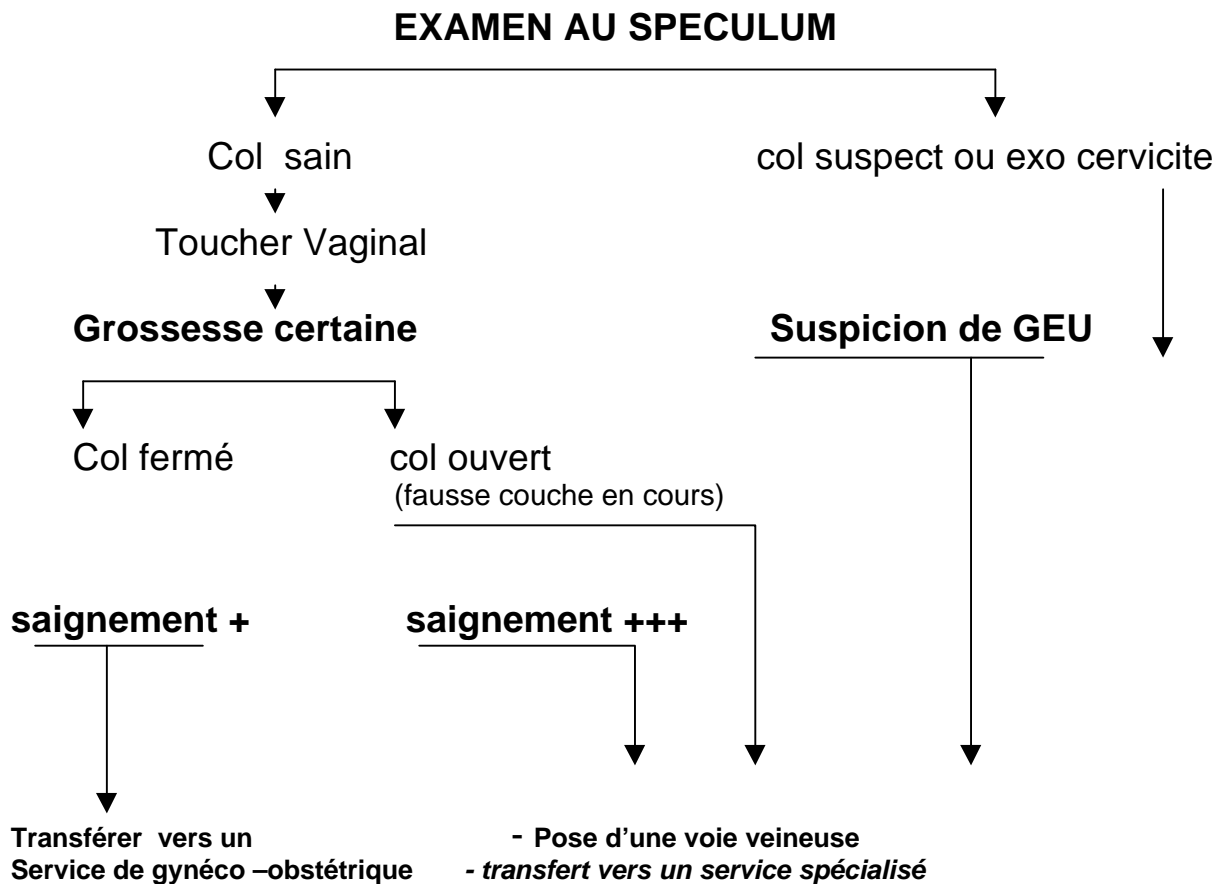
#### **Ce qu'il faut retenir .....**

- Après une aménorrhée, un saignement peut être lié à des menstruations arrivées en retard
- En début de grossesse, tout saignement doit faire évoquer la possibilité d'une grossesse extra-utérine (GEU)
- Un saignement minime, discontinu ou même passager peut être en relation avec un placenta praevia. Il peut être à l'origine d'un saignement cataclysmique qui peut survenir à tout moment.
- Une métrorragie peut être le signe révélateur d'un cancer du col
- En cas de transfert vers un centre référent, toujours informer de l'arrivée d'une femme qui saigne afin de prévenir le centre de transfusion sanguine.

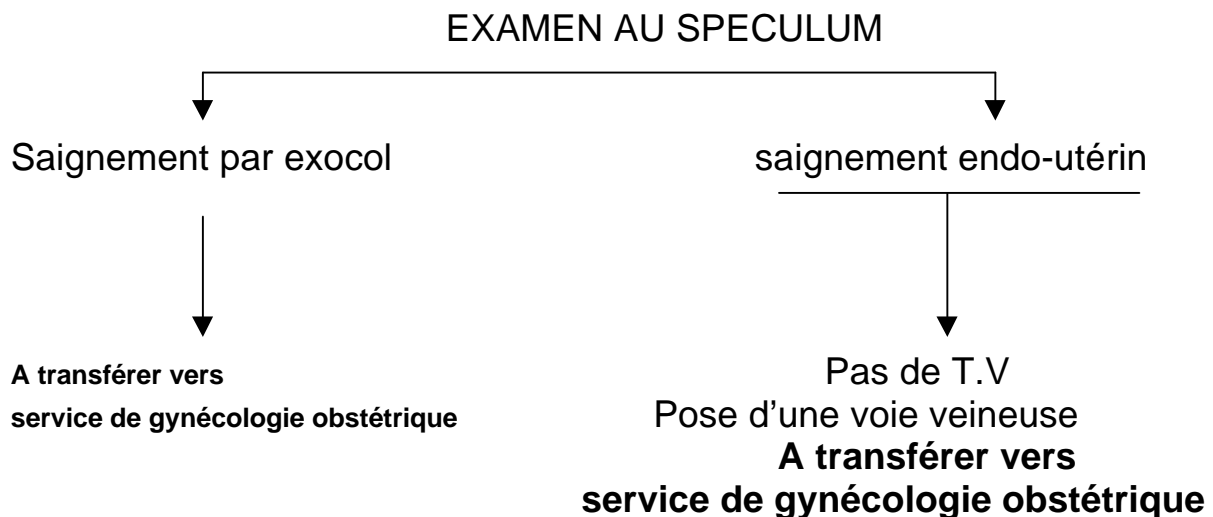
# CONDUITE A TENIR DEVANT UNE METRORRAGIE

Devant une métrorragie, il faut toujours commencer par poser un spéculum et effectuer un groupage sanguin avec Rhésus

## ▼ METRORRAGIE DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE

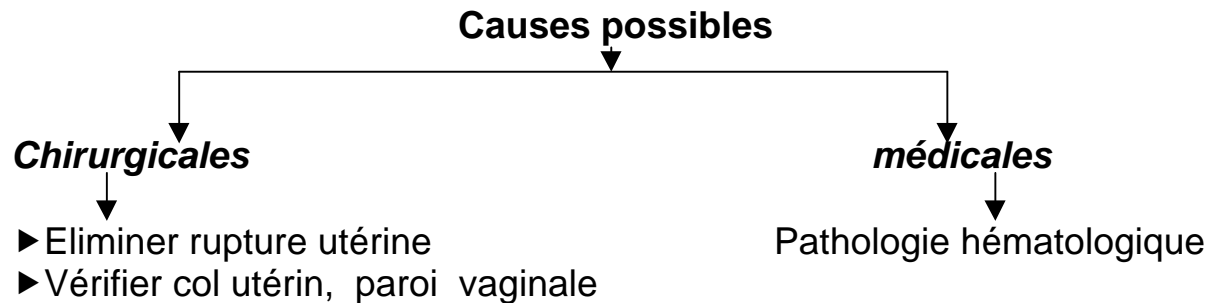


## METRORRAGIE DE LA SECONDE MOITIE DE LA GROSSESSE



# HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

**URGENCE MEDICALE** ➤ perte de sang volume supérieur à 500 ml



## CONDUITE A TENIR

▲ Pose d'un abord veineux

▲ Vérification du placenta

➔ **Placenta non expulsé**

*Compression abdominale sus pubienne*

Le cordon remonte

Le cordon ne remonte pas

Placenta partiellement décollé

placenta décollé non expulsé

Faire délivrance artificielle manuelle

Procéder à l'extraction du placenta

**Révision utérine**

**Révision utérine**

➔ **Placenta expulsé**

*Examiner le placenta et les membranes*

Le cotylédon manque

Le Placenta est complet

Placenta partiellement en rétention

Inertie utérine

*Révision utérine*

*Compression utérine prolongée*

Traitement par utérotoniques

Traitement par utérotoniques

## FICHE TECHNIQUE 5

### HYPERTENSION ARTERIELLE ET GROSSESSE

#### Définition

On parle d'hypertension artérielle (HTA) lorsque :

- La Tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 mm de mercure
- Et/ou la tension diastolique est supérieure ou égale à 90 mm de mercure

Cette tension artérielle doit être prise chez la femme enceinte au REPOS depuis au moins 15 minutes et lorsque ces chiffres persistent à ces niveaux après ½ heure de repos

On peut distinguer 3 types prédominants d'hypertension artérielle :

- l'HTA préexistante à la grossesse ou l'HTA révélée par la grossesse ( HTA découverte avant la 20<sup>ème</sup> semaine de grossesse)
- l'HTA gravidique : Cette hypertension est apparue après la 20<sup>ème</sup> semaine de grossesse . Elle est accompagnée ou non d'une protéinurie et / ou d'œdèmes.
- L'HTA récidivante qui apparaît à chaque grossesse

#### COMPLICATIONS de L'HTA

Redoutables aussi bien pour la mère que pour le fœtus

▲ **Complications maternelles** : Eclampsie, hématome rétro placentaire, accidents vasculaires cérébraux, œdème aigu du poumon.

▲ **Complications fœtales** : souffrance fœtale, mort in utero, prématurité, retard de croissance

Il est nécessaire, dans ces cas , de :

- ▼ Rechercher la notion d'HTA dans les antécédents familiaux et personnels de la femme enceinte ( surtout si son âge est supérieur à 35 ans)
- ▼ De prendre correctement la T.A en respectant les modalités à chacune des consultations.

### SURVEILLANCE D'UNE H T A CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

#### ● Surveillance durant la grossesse :

monitorage en milieu spécialisé du risque fœto-maternel qui permet de décider, en temps opportun,

- d'une interruption de la grossesse dans un intérêt maternel en cas d'apparition de signes de pré éclampsie ( céphalées, voile

devant les yeux, bourdonnement d'oreilles, épi gastralgies type douleur en barre ...)

- de l'extraction d'un fœtus viable en cas de souffrance aiguë.

#### ► **Eléments de surveillance pour la mère :**

Courbe de la Tension Artérielle, diurèse, protéinurie, poids, état de conscience, réflexes, troubles sensoriels, céphalées, bilan biologique rénal, bilan biologique d'hémostase, fond d'œil .

#### ► **Eléments de surveillance pour le fœtus**

Croissance fœtale clinique et échographique, courbe des mouvements actifs, enregistrement répété des BCF et du rythme cardiaque, doppler funiculaire.

#### ● **Surveillance en post-partum**

L'accouchée et le nouveau-né sont toujours exposés aux risques liés à l'HTA.

#### **L'accouchée**

Les risques persistent ( éclampsie, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale ...). Ils nécessitent , pour une période de 24 à 48 heures après l'accouchement , la même surveillance médicalisée qu'au cours de la grossesse.

#### **Le nouveau-né**

Assurer une prise en charge spécialisée pour les nouveaux-nés prématurés, hypotrophiques, ou pour ceux ayant présenté une souffrance fœtale chronique ou des effets secondaires après administration de médicaments à la mère .

## FICHE TECHNIQUE 6

### DIABETE ET GROSSESSE

La fréquence de l'association diabète-grossesse a augmenté ces dernières années en raison d'un meilleur dépistage du diabète et d'une amélioration de la fertilité de la diabétique.

#### LES FACTEURS DE RISQUE DE DIABETE

Parmi les facteurs les plus importants



- Les antécédents familiaux de diabète
- La consanguinité du couple
- Des antécédents personnels de type : obésité, HTA gravidique, infections à répétition, mort fœtale, gros poids du bébé à la naissance, avortement répétés, malformations dans la descendance
- Des signes d'appel au cours de la grossesse ( polyurie, polydipsie, infections urinaire ou vaginales à répétition, prurit vulvaire, excès de liquide amniotique, mort fœtale in utero, macrosomie et malformations fœtales.

La détection de l'un de ces facteurs chez une femme enceinte impose la recherche systématique du diabète en effectuant les examens biologiques.

#### INTERACTIONS DIABETE GROSSESSE

- La grossesse aggrave le diabète dès la conception et particulièrement après la 24<sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée
- Le déséquilibre du diabète survenant durant les premières semaines de la vie embryonnaire favorise l'apparition de malformations fœtales
- L'enfant né de mère diabétique court les risques de prématurité, de dysmaturité pouvant atteindre n'importe quel organe, de mort fœtale in utero,... Le risque est plus élevé lorsque le diabète a été ou n'est pas équilibré. Ce nouveau né de mère diabétique est extrêmement fragilisé.
- L' acido - cétose, complication métabolique du diabète peut être fatale pour la mère et le fœtus

## **SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE CHEZ LA DIABETIQUE**

Chez une femme diabétique, la grossesse doit être programmée par la planification familiale . Si la glycémie est parfaitement équilibrée, une grossesse peut être envisagée. Une prise en charge spécialisée doit être envisagée dès le début de la grossesse.

### **→ Surveillance durant la grossesse**

#### **→\* Pour la femme enceinte :**

- Equilibrer le diabète
- Faire un bilan spécialisé de toutes les complications dégénératives

#### **→\* Pour le fœtus**

- Rechercher systématiquement les malformations en faisant appel à l'échographie
- Rechercher les signes de souffrance fœtales qui peuvent imposer une interruption de la grossesse

### **→ Surveillance pendant l'accouchement**

**Si la situation est favorable ( en particulier maturité pulmonaire) prévoir l'accouchement à terme .**

Une surveillance particulière de la mère et du fœtus doit être mise en œuvre pendant le travail et l'accouchement : monitoring, glycémie...

La césarienne est le plus souvent indispensable en présence d'une macrosomie, d'une souffrance fœtale .

### **→ Surveillance après l'accouchement ( en post partum)**

- La surveillance de l'accouchée doit être attentive et doit être réalisée en milieu assisté
- L'état de santé du nouveau né doit être évaluée par un spécialiste car le nouveau né de mère diabétique a un pronostic normal à long terme si il échappe aux complications métaboliques , aux malformations , à la prématurité et aux complications infectieuses toujours redoutables chez ces bébés.



## POINTS IMPORTANTS

- Si elle est correctement suivie, la grossesse chez une femme diabétique a un pronostic aussi bon que celui d'une grossesse normale

- Durant sa grossesse, le régime de la femme diabétique doit être un régime d'équilibre beaucoup plus que restrictif

- Du fait de sa particulière sensibilité aux infections, la femme diabétique doit apporter une attention extrême à son hygiène générale et particulièrement à son hygiène corporelle

- Le traitement antidiabétique (hypoglycémiant par voie orale) doit être réajusté en cas de grossesse par le médecin traitant

- Chez la femme diabétique, l'accouchement est à très haut risque pour la mère et le nouveau né. Cet accouchement doit se dérouler impérativement en milieu spécialisé bien équipé.

- La femme diabétique doit allaiter son enfant

- Une contraception adaptée doit être indiquée à toute femme diabétique

# FICHE TECHNIQUE 7

## INFECTIONS PUERPERALES

Troisième cause de mortalité maternelle, l'infection puerpérale, qui est en fait une infection nosocomiale en maternité, a la même définition consensuelle que dans les autres secteurs de soins : *c'est une infection contractée par une parturiente au cours d'un séjour dans un service de gynécologie obstétrique ou à l'occasion de soins ambulatoires. Cette infection n'était ni présente ni en incubation au moment de l'entrée ; l'origine de l'agent pathogène responsable peut être endogène ou exogène.*

### ETIOLOGIE – CAUSES FAVORISANTES

Les germes responsables de l'infection puerpérale sont variés ; il peut s'agir le plus souvent du *staphylocoque doré pathogène* qui a un rôle prépondérant, du *streptocoque*, du *colibacille*, du *pseudomonas*. Plus rarement il s'agit du *gonocoque* ou de *chlamydiae trachomatis*....

La virulence de ces germes dans le post-partum est favorisée par des faits particuliers à l'accouchement.

L'agression microbienne, **favorisée par un non respect des bonnes pratiques d'asepsie au cours de l'accouchement**, est plus grave dans les cas suivants :

- Etat général de la parturiente déficient ( femme anémique, dénutrie, toxémique...)
- Parturiente présentant une pathologie cardiaque, rénale, pulmonaire...
- Conditions propres à l'accouchement : rupture prématurée des membranes, hémorragie de la délivrance, manœuvres endo - utérines, accouchement laborieux.

### ASPECTS CLINIQUES DE L'INFECTION

- Endométrite du post-partum : premier de l'infection puerpérale sévère
- Pelvipéritonites des suites de couches : réalisent une infection catarrhale ou suppurée localisée au péritoine pelvien
- Les collections suppurées : il peut s'agir d'un abcès du Douglas ; d'un pyosalpinx ; d'un phlegmon du ligament large
- Les cellulites pelviennes
- Les péritonites généralisées du post-partum
- Les thrombophlébites pelviennes suppurées

- Les septicémies puerpérales dont le tableau clinique débute quelques jours après l'accouchement par un syndrome septicémique confirmé par des hémocultures. Des complications peuvent s'observer et ne sont que les localisations secondaires du processus septicémique : atteinte pulmonaire, pleurale, méningée, articulaire, rénale et cardiaque.

## **PREVENTION DES INFECTIONS PUERPERALES EN MATERNITE**

La prévention des infections puerpérales repose, comme dans d'autres secteurs hospitaliers, sur le respect de bonnes pratiques de base en milieu de soins.

Il est important que, dans toute maternité et tout service de gynécologie obstétrique, soit :

- Unifié le choix des antiseptiques et des détergents
- Répété la méthode de prévention du risque de transmission manu portée
- Réalisé un nettoyage désinfectant de l'environnement hospitalier
- Réalisé une stérilisation de qualité du matériel et des dispositifs médicaux
- Elaboré un consensus sur la prévention des accidents exposant au sang

## **LES BONNES PRATIQUES DE BASE EN MATERNITE**

### ***Réduction de la transmission de l'infection manu portée***

Le lavage et l'antisepsie des mains occupent une place particulière dans la prévention des infections nosocomiales en général et des infections puerpérales en particulier comme l'ont prouvé de nombreuses études .

Le choix des procédures, des produits de lavage, des équipements, doivent tenir compte des objectifs et des niveaux de risque.

La formation et la motivation des équipes de soins à l'hygiène des mains sont capitales et essentielles pour espérer une réelle et effective limitation de la transmission de l'infection manu portée.

### ***Développement du concept d'asepsie progressive***

Ce concept est le fondement même d'un bloc obstétrical où il faut tenir compte de la multiplicité des intervenants ( sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, agents d'entretien et accompagnants).

L'asepsie progressive délimite cinq zones d'asepsie différentes et croissantes, tout au long du cheminement depuis la circulation

générale de la maternité jusqu'aux différentes zones d'activités du bloc obstétrical.

➡ **Choix des antiseptiques** : seuls seront acceptés les antiseptiques utilisables chez la femme enceinte et le nouveau-né et dont la répétition des applications ne doit pas favoriser la survenue d'effets systémiques.

Ainsi l'éther et l'éosine en solution aqueuse ne sont pas des antiseptiques. L'éosine aqueuse, traditionnellement employée sur le cordon ombilical, est un produit tannant et asséchant à pouvoir antiseptique quasi inexistant et qui se contamine très facilement.. Il ne doit plus être utilisé comme antiseptique.

➡ **Choix des détergents - désinfectants** à utiliser en maternité .

La désinfection est une opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables supportés par des milieux contaminés. Le choix des produits doit s'appuyer sur les normes AFNOR et les normes européennes EN selon les domaines d'application des produits

➡ **Tenue vestimentaire en maternité:**

comportement et circulation dans les différents niveaux

Organisation du travail

➡ Respect des précautions universelles lors **d'Accidents d'Exposition au sang ( AES)**

➡ **Nettoyage désinfectant des locaux** : sols et surfaces des maternités et des services de gynécologie

➡ **Nettoyage, désinfection , stérilisation du matériel médicochirurgical** dans les services de gynécologie obstétrique

➡ **Circuit du linge en maternité** où germes et virus contaminant le linge font courir des risques réels et sont un des maillons de l'infection puerpérale.

➡ **La gestion des déchets d'activité de soins** en maternité : représentés par les déchets « piquants coupants tranchants » ; les déchets des unités medicotechniques « placentas, déchets opératoires » et les déchets des unités de soins « pansements souillés de sang, sondes d'aspiration, de drainage, sacs à urines ... »

➡ **Les bonnes pratiques de soins**

Lors du suivi de la grossesse

Au bloc obstétrical

En suite de naissances

# ANNEXE 5

## MONOGRAPHIE DES MATERNITES

### I. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

- Wilaya .....
- Secteur Sanitaire.....
- CHU.....
- EHS.....
- Nom de la maternité : .....
- Statut de la maternité :

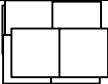
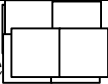

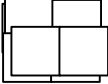
- Hôpital du secteur sanitaire chef lieu de wilaya..... ☐
- Hôpital de secteur sanitaire..... ☐
- Intégrée à une polyclinique..... ☐
- Intégrée à un centre de santé..... ☐
- Autonome..... ☐
- Urbaine..... ☐
- Rurale..... ☐
- Privée ..... ☐
- Parapublique..... ☐
- Autre (expliquer en détails)..... ☐

### II. RESSOURCES MATERIELLES

- Existe-t-il un bloc opératoire ? ..... oui ☐ non ☐
- Nombre de salles d'accouchements : .....
- Nombre de salles de consultations : .....
- Existe-t-il une salle de stérilisation ? .....oui ☐ non ☐
- Existe-t-il une banque de sang ? ..... oui ☐ non ☐
  - Dans la maternité ☐
  - Dans l'hôpital ☐

<b>RESSOURCES</b>	<b>Nombre</b>	<b>Observation</b>
Table d'accouchement		
Table de d'examens		
Tensiomètre		
Stéthoscope médical		
Stéthoscope obstétrical		
Echographe		
Cardiotocographe		
Pèse personne		
Pèse bébé		
Table de réanimation du nouveau-né		
Cuveuse		
Boite d'accouchement		
boite de césariennes		
boite de forceps		
Ventouses		
boite d'épisiotomies		
Boite de curetage		
boite de réanimation du nouveau-né		
Nombre de lits réservés à la l'obstétrique		
Nombre de lits réservés à la gynécologie		
Nombre de lits réservés à la réanimation		
Nombre de berceaux		

### III. RESSOURCES HUMAINES

Personnel	Nombre	Observation
Gynécologues 	Conventionnés Santé publique Service civil Autres	
Médecins Réanimateurs 	Conventionnés Santé publique Service civil Autres	
Chirurgiens 	Conventionnés Santé publique Service civil Autres	
Pédiatres 	Conventionnés Santé publique Service civil Autres	
Médecins généralistes		
Sages femmes		
Accoucheuses rurales		
Techniciens anesthésistes		
Infirmières en soins obstétricaux		
Puéricultrices		
Agents de service		
Personnel de secrétariat et archives		
Autres (psychologues;)		

#### IV. ACTIVITES DE LA STRUCTURE :

- **Nombre d'hospitalisation par an :**      **2001**          **2002**   

- **Nombre d'accouchement par an :**      **2001**          **2002**   

Nombre d'accouchements normaux par an :      **2001**          **2002**   

Nombre d'accouchements dystociques par an :      **2001**          **2002**   

Nombre de césarienne par an : .....      **2001**          **2002**   

Nombre de curetages par an : .....**2001**          **2002**   

- **Nombre de naissances vivantes :**      **2001**          **2002**   

- **Nombre d'avortements :**      **2001**          **2002**   

- **Nombre de morts né par an :**      **2001**          **2002**   

- **Nombre de décès maternel par an :**      **2001**          **2002**   

- **Nombre de décès de nouveau né :**      **2001**          **2002**   

- **Quelle est la distance qui sépare la maternité du service de pédiatrie ?**

Même étage que la maternité ..... **Oui**    ☐      **non**    ☐

A des étages différents .....**oui**    ☐      **non**    ☐

En dehors de la structure ..... **oui**    ☐      **non**    ☐

la maternité dispose d'une unité de néonatalogie intégrée...**oui**    ☐      **non**    ☐

gérée par : - Un pédiatre ..... ☐

- Un médecin généraliste..... ☐



## V. EVACUATION ET TRANSFERT

- Nombre d'évacuation de femmes effectuées : 2001  2002

- Nombre d'évacuations de nouveau-nés effectuées : 2001  2002

- Quelle est la distance en kilomètres qui sépare cette maternité d'une maternité de référence ?

Distance en Kilomètres

- Nom de la maternité de référence : .....

- Type de la maternité de référence :

Maternité de CHU..... ☐

EHS..... ☐

Maternité de l'hôpital du secteur sanitaire chef lieu de wilaya ..... ☐

Autres à préciser.....

- Temps nécessaire pour rejoindre la maternité de référence :

Moins d'une heure (nombre de minutes).....

plus d'une heure (nombre d'heures).....

- Moyens D'évacuation :

Ambulance médicalisée..... ☐

Véhicule ordinaire..... ☐

Autres moyens à préciser ( ex : véhicule personnel).....

- Accompagnateurs :

Médecin généraliste..... ☐

Sage femme..... ☐

Accoucheuse rurale..... ☐

Infirmière..... ☐

Autres à préciser..... ☐

# ANNEXE 6

## CLASSIFICATION DES STRUCTURES DE SANTE EN FONCTION DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES

### UNITE DE SOINS DE BASE

Activités	taches	Ressources Humaines	Ressources matérielles
<b>Consultation pré natale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Prise du poids, de la taille et de la tension artérielle</li> <li>◆ Hauteur utérine</li> <li>◆ Examen cardio respiratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Médecins généralistes</li> <li>◆ Sages femmes</li> </ul>	<b>Matériel d'examen :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Table d'examen gynécologique</li> <li>◆ Scialytique mobile</li> </ul>
<b>Dépistage des grossesses à risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Examen gynécologique</li> <li>◆ Supplantation en fer et foline</li> <li>◆ Vaccination au DT.</li> <li>◆ Labstix des urines</li> <li>◆ Education sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Infirmières TS et TSS</li> <li>◆ Infirmières</li> <li>◆ agent de service</li> <li>◆ personnel de secrétariat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Escabeau,</li> <li>◆ Tensiomètre</li> <li>◆ Mètre ruban</li> <li>◆ Stéthoscope médical</li> <li>◆ Stéthoscope obstétrical</li> <li>◆ Toise, pèse personne.</li> <li>◆ Labstix</li> </ul>
<b>Consultation post natale pour la mère</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise du pouls, de la température et de la tension artérielle.</li> <li>• Examen clinique de l'état général.</li> <li>• Examen de l'état du périnée du périnée si épisiotomie ou déchirure avec soins locaux et ablation des fils</li> <li>• Examen des seins Rechercher les complications de l'allaitement maternel tel que (crevasses du mamelon, engorgement mammaire, troubles sécrétoires, complications septiques)</li> <li>• Etat des fonctions digestives et urinaires</li> <li>• Surveillance de l'involution utérine</li> <li>• Examen des membres inférieurs (palpation des mollets)</li> <li>• Vérification du statut vaccinal de la mère (DT)</li> <li>• Rechercher de signes d'anémie.</li> <li>• Planning familial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Médecins généralistes</li> <li>◆ Sages femmes</li> <li>◆ Infirmières TS et TSS</li> <li>◆ Infirmières</li> <li>◆ agent de service</li> <li>◆ personnel de secrétariat</li> </ul>	<b>Matériel d'examen :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Table d'examen gynécologique</li> <li>◆ Scialytique mobile</li> <li>◆ Escabeau,</li> <li>◆ Tensiomètre</li> <li>◆ Stéthoscope médical</li> <li>◆ Toise, pèse personne.</li> </ul> <b>Matériel de soin :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Plateau grand et petit modèle</li> <li>◆ Tambour à coton, à compresses et à gants</li> <li>◆ Tambour à spéculums</li> <li>◆ Haricots grand et petit modèle,</li> <li>◆ Cupules,</li> <li>◆ Pissettes plastiques</li> </ul> <b>Médicaments et consommable</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Antiseptiques à usage local, ovules gynécologiques</li> <li>◆ Antispasmodiques</li> <li>◆ Contraceptifs</li> <li>◆ Vaccins.</li> </ul> <b>Autre matériel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Poupinel, Armoire vitrée</li> <li>◆ Chariot à instrument</li> <li>◆ Poubelle à pédale</li> <li>◆ Paravent, Réfrigérateur</li> </ul>



**Maternité rurale ou urbaine autonome ou intégrée à un centre de santé ou à une polyclinique**

Activités	taches	Ressources Humaines	Ressources matérielles
<b>Pratiquer des accouchements eutociques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Reconnaître les situations obstétricales qui peuvent nécessiter un transfert vers un centre de référence (grossesse à risque) intérêt de l'interrogatoire.</li> <li>◆ Préférer un transfert à une évacuation.</li> <li>◆ Evaluer l'état maternel</li> <li>◆ Evaluer le risque d'asphyxie périnatale par l'appréciation des antécédents obstétricaux, le déroulement de la grossesse et son suivi au niveau de la PMI.</li> <li>◆ évaluer à tout moment les paramètres du partogramme.</li> <li>◆ Pouvoir assurer le transfert in utéro vers un service de gynéco-obstétrique.</li> <li>◆ Pratiquer une délivrance artificielle et une révision utérine.</li> <li>◆ Pratiquer une épisiotomie</li> <li>◆ Nécessité de transférer la patiente dans tous les cas suivants sauf si l'accouchement par voie basse est imminent : <ul style="list-style-type: none"> <li>- pathologie maternelle (diabète, cardiopathie, ictère en cours, HTA,...)</li> <li>- Antécédants (Utérus cicatriciel, accouchements dystociques, dysproportion FP, grossesse multiple, hémorragie du T3,...)</li> </ul> </li> <li>● Education sanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médecin Généraliste</li> <li>● Sages femmes</li> <li>● Accoucheuse rurales</li> <li>● Infirmières</li> <li>● agent de service</li> <li>● personnel de secrétariat</li> </ul>	<p><b>Matériel d'examen :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Table d'examen gynécologique</li> <li>◆ Scialytique mobile</li> <li>◆ Négatoscope 2 plaques</li> <li>◆ Escabeau,</li> <li>◆ Tensiomètre</li> <li>◆ Mètre ruban</li> <li>◆ Stéthoscope médical</li> <li>◆ Stéthoscope obstétrical</li> </ul> <p>Toise, pèse personne</p> <p><b>Matériel du bloc d'accouchement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tables d'accouchement (minimum 2) + escabeaux</li> <li>◆ Boîtes d'accouchement ( minimum 4 ) : 2 pinces KOCHER, 1 ciseaux droits, mousses , 16 cm , 1 sonde à urine pour femme CH12</li> <li>◆ Boîtes d'épisiotomie : 1 spéculum, 2 valves vaginales, 1 pince à pansement, 2 pinces de Museux, 2 pinces à dissection droite sans griffes, 20 cm. 2 Pinces hémostatiques, 1 paire de ciseaux courbe de 24 cm, 1 porte aiguille, 2 pinces de KOCHER , droites , 14 cm</li> </ul> <p><b>Autres matériel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Réfrigérateur</li> <li>◆ Pouponnel</li> <li>◆ lits pour prè-travail et de maternité</li> </ul> <p><b>Consommable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ antibiotiques et antiseptiques,</li> <li>◆ corticö des et utérotoniques</li> <li>◆ xylocä ne, hypotenseurs</li> <li>◆ sérum, perfuseurs,</li> <li>◆ sérum anti-D ,</li> <li>◆ sac de sable, compresses et fil de suture</li> <li>◆ Sondes urinaires</li> </ul>
		● Médecin	◆ Table de réanimation du nouveau-né

<p><b>Pour le nouveau né</b></p> <p><b>A ce niveau <u>pas</u> d'hospitalisation du nouveau né</b></p> <p><b>Disposer d'un laboratoire</b></p> <p><b>Disposer d'une ambulance pour le transfert vers le centre de référence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Evaluer l'état vital du nouveau-né par le score d'Apgar à 1 minute, si &lt; 7 pouvoir entreprendre une réanimation</li> <li>◆ Assurer les soins de base systématiques à tout nouveau-né ( soins du cordon, collyre, vitK1)</li> <li>◆ Mener correctement la réanimation néo-natale</li> <li>◆ Prendre en charge certaines situations particulières : prématuré, hypotrophique, nouveau-né de mère diabétique, Rhésus négatif avant leur transfert</li> <li>◆ Vaccination : BCG, Polio, Hépatite</li> <li>- Tests de routine ( Groupage RH, FNS, ....)</li> </ul>	<p>Généraliste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sages femmes</li> <li>• Accoucheuse rurales</li> </ul> <p>Infirmière</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aspirateur mobile</li> <li>◆ Scialytiques</li> <li>◆ Collyre</li> <li>◆ Vit K1</li> <li>◆ Bracelet d'identification</li> <li>◆ Stéthoscope médical</li> <li>◆ Toise et pèse bébé</li> <li>◆ BCG, VPO et HBV</li> <li>◆ Sondes d'aspiration</li> <li>◆ Compresses stériles</li> <li>◆ Eosine aqueuse</li> <li>◆ désinfectants : alcool à 60°, hexomédine, ..</li> <li>◆ clamp de Bar.</li> <li>◆ Thermomètre</li> <li>◆ Mètre ruban</li> </ul>
--	---	--	--

## MATERNITE DE NIVEAU 2

### Services de Gynéco / Obstétrique des Secteurs Sanitaires et des EHS

Activités	taches	Ressources Humaines	Ressources matérielles
<b>Pratiquer des accouchements Dystociques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposer d'un bloc opératoire et un service de réanimation</li> <li>- Disposer d'une banque de sang</li> <li>- Pratiquer des césariennes</li> <li>- Pratiquer des curetages</li> <li>- Pratiquer la réanimation maternelle et néonatale</li> <li>- Assurer le transfert des nouveaux nés à risque</li> <li>- Evaluer l'état maternel</li> <li>- Evaluer le risque d'asphyxie périnatale par l'appréciation des antécédents obstétricaux, le déroulement de la grossesse et son suivi au niveau de la PMI.</li> <li>- évaluer à tout moment les paramètres du partogramme.</li> <li>- Evaluer l'état vital du nouveau-né par le score d'Apgar à 1 minute, si &lt; 7 pouvoir entreprendre une réanimation</li> <li>- Assurer les soins de base systématiques à tout nouveau-né</li> <li>- Mener correctement la réanimation néo-natale</li> <li>- IEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gynécologue Obstétricien /</li> <li>- Pédiatre -</li> <li>Médecin généraliste.</li> <li>- Sages femmes</li> <li>- puéricultrices</li> <li>- infirmières</li> <li>- agent de service</li> <li>- personnel de secrétariat</li> <li>- Médecin anesthésiste (ou au moins technicien)</li> </ul>	<p><b>Matériel d'examen :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Table d'examen gynécologique</li> <li>◆ Scialytique mobile</li> <li>◆ Négatoscope 2 plages</li> <li>◆ Escabeau,</li> <li>◆ Tensiomètre</li> <li>◆ Mètre ruban</li> <li>◆ Stéthoscope médical</li> <li>◆ Stéthoscope obstétrical</li> <li>◆ Toise, pèse personne</li> <li>◆ Echographe</li> <li>◆ Cardiotocographe</li> </ul> <p><b>Matériel du bloc d'accouchement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tables d'accouchement (minimum 2) + escabeaux</li> <li>◆ Boîtes d'accouchement ( minimum 4 ) : 2 pinces KOCHER, 1 ciseaux droits, mousses , 16 cm , 1 sonde à urine pour femme CH12</li> <li>◆ Boîtes d'épisiotomie : 1 spéculum, 2 valves vaginales, 1 pince à pansement, 2 pinces de Museux, 2 pinces à dissection droite sans griffes, 20 cm. 2 Pinces hémostatiques, 1 paire de ciseaux courbe de 24 cm, 1 porte aiguille, 2 pinces de KOCHER , droites , 14 cm</li> <li>◆ Forceps ( minimum 2)</li> </ul> <p><b>Autres matériel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Réfrigérateur</li> <li>◆ Poupinel</li> <li>◆ lits pour prè-travail et de maternité</li> </ul> <p><b>Consommable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ antibiotiques et antiseptiques,</li> <li>◆ corticœ des et utérotoniques</li> <li>◆ xylocœ ne, hypotenseurs</li> <li>◆ sérum, perfuseurs,</li> <li>◆ sérum anti-D ,</li> <li>◆ sac de sable, compresses et fil de suture</li> <li>◆ Sondes urinaires</li> </ul>

<b>Disposer d'une unité de néonatalogie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitaliser les nouveaux nés</li> <li>- Prendre en charge les nouveaux nés à risque tel que le prématuré, l'hypotrophique, le nouveau-né de mère diabétique</li> <li>- Réanimation métabolique</li> <li>- Photothérapie</li> <li>- EST</li> <li>- Nutrition parentérale</li> <li>- Surveillance des Nouveau né instables</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Table de réanimation du nouveau-né</li> <li>◆ Aspirateur mobile</li> <li>◆ Scialytiques</li> <li>◆ Collyre</li> <li>◆ Vit K1</li> <li>◆ Bracelet d'identification</li> <li>◆ Stéthoscope médical</li> <li>◆ Toise et pèse bébé</li> <li>◆ BCG, VPO et HBV</li> <li>◆ Sondes d'aspiration</li> <li>◆ Compresses stériles</li> <li>◆ Eosine aqueuse</li> <li>◆ désinfectants : alcool à 60°, hémoméline.</li> <li>◆ clamp de Bar.</li> <li>◆ couveuses</li> <li>◆ rampe de photothérapie conventionnelle ou intensive</li> <li>◆ couveuse d'élevage</li> </ul>
<b>Disposer d'un laboratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tests de routine (Groupage RH, FNS, ....)</li> <li>- Test de COOBS</li> <li>- Taux de bilirubine</li> <li>- CRP, .....</li> </ul>		

## MATERNITE DE NIVEAU 3

### Services de Gynéco Obstétrique des C.H.U

Activités et Taches	Ressources Humaines	Ressources matérielles
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Suivi des grossesses à risque au niveau d'une consultation spécialisée, équipée pour cela en échographe, cardiotocographe...( grossesses émanant des différentes consultations des unités de soins de base et des maternités de niveau 2 )</li> <li>◆ Hospitalisation des mêmes patientes</li> <li>◆ Accouchements ( de préférence des GHR )</li> <li>◆ Césariennes</li> <li>◆ Curetages</li> <li>◆ Prise en charge des nouveaux nés en salle de travail</li> <li>◆ Suivi du nouveau-né à risque</li> <li>◆ Surveillance et traitement pendant la grossesse, déclenchement du travail, réanimation</li> <li>◆ Service de réanimation et de soins intensifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Equipe médicale complète : en gynécologues-obstétriciens , pédiatres , médecins réanimateurs, comprenant un professeur chef de service, un ou des docents, des maîtres-assistants ou médecins spécialistes de santé publique, des résidents des trois spécialités en formation,</li> <li>◆ Sages femmes major , sages femmes , élèves sage femme,</li> <li>◆ Puéricultrices</li> <li>◆ Psychologues</li> <li>◆ Agents de service</li> <li>◆ psychologues</li> <li>◆ Personnel de secrétariat et archives</li> </ul>	<p><b>1. bloc opératoire et ses équipements (voir fiche technique 2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ pour prise en charge d'une césarienne</li> <li>◆ pour un curetage</li> <li>◆ pour une laparotomie d'urgence</li> </ul> <p><b>2. service de réanimation et ses équipements</b></p> <p><b>3. service d'hospitalisation en G.H.R. équipé en</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ échographe et écho Doppler</li> <li>◆ cardiotocographe</li> </ul> <p><b>4. bloc d'accouchement et salles de pré-travail ( voir fiche technique 1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ échographe</li> <li>◆ cardiotocographe</li> <li>◆ amnioscope</li> <li>◆ vacuum extractor</li> <li>◆ forceps</li> <li>◆ boîte d'accouchement</li> <li>◆ boîte d'épisiotomie</li> <li>◆ plateau de réanimation du nouveau-né</li> </ul>

### **FICHE TECHNIQUE 1 : BLOC D'ACCOUCHEMENT**

- ◆ tables d'accouchement
- ◆ escabeau
- ◆ guéridon inox
- ◆ poupinel
- ◆ vitrine
- ◆ lampe médicale
- ◆ aspirateur
- ◆ source d'oxygène
- ◆ **ENSEMBLE POUR ACCOUCHEMENT :**
  - ◆ 2 pinces de kocher
  - ◆ 1 ciseau médecin
  - ◆ 1 clamp de Bar
  - ◆ 1 sonde urinaire
- ◆ **ENSEMBLE POUR PERINEE : EPISIOTOMIE**
  - ◆ 1 pince à dissection 1X2 griffes , 14 cm
  - ◆ 2 pinces de Kocher, droites , 14 cm
  - ◆ 4 pinces à champs
  - ◆ 1 ciseaux à épisiotomie droits de 17 cm
  - ◆ 1 porte aiguille droit de 16 cm
  - ◆ 2 pinces de Museux de 24 cm



- ♦ 1 pince à pansement utérin, droite , 24 cm

## **FICHE TECHNIQUE 2 : BLOC OPERATOIRE**

### **1. ENSEMBLE POUR CESARIENNE**

- ♦ 6 pinces à champs, 14 CM
- ♦ 6 pinces de Kocher, droites, 16 cm
- ♦ 4 pinces de Bengolea droites de 16 cm
- ♦ 1 pince à dissection sans griffes, 14 cm
- ♦ 1 pince à dissection sans griffes de 20 cm
- ♦ 1 pince à dissection 1X2 griffes, 14 cm
- ♦ 1 pince à dissection 1X2 griffes , , 20 cm
- ♦ 1 ciseaux médecin, droites, mousses, 14 cm
- ♦ 1 ciseaux Dobost , droites , 23 cm
- ♦ 1 écarteur de Ricard, 3 valves, 65X80 mm
- ♦ 2 paires d'écarteurs de Farabeuf
- ♦ 1 valve suspubienne Rochard, 65X 120 mm
- ♦ 1 compas de Rochard, 19 cm
- ♦ 4 pinces en cœur , 16 cm
- ♦ 1 manche de bistouri
- ♦ 2 cupules
- ♦ 2 portes aiguilles, droit de 16 cm

### **2. ENSEMBLE POUR CURETAGE**

- ♦ 1 pince à pansement utérin , droite , 24 cm
- ♦ 1 porte coton utérin, 25 cm
- ♦ 2 pinces de Museux, 2X2 griffes , mors 7 mm , 24 cm
- ♦ 1 hystéromètre
- ♦ 1 jeu de curette , petite , moyenne , grande, 28 cm
- ♦ 1 valve à poids, 1 150g, 90X60mm, 22 cm
- ♦ 1 spéculum Collin valves 35 mm, 9 cm
- ♦ 1 boîte de bougies de Hégar
- ♦ 1 pince à faux germes

### **3. ENSEMBLE POUR LAPAROTOMIE / HYSTERECTOMIE**

- ♦ 6 pinces à champs
- ♦ 1 manche de bistouri n°4, 10cm
- ♦ 1 manche de bistouri n°4 19 cm
- ♦ 6 pinces de Leriche, droites sans griffes, 18 cm
- ♦ 12 pinces de Leriche, courbes, sans griffes, 18cm
- ♦ 4 pince en cœur 16 cm
- ♦ 2 dissecteurs , 90°,24cm
- ♦ 4 pinces de Bengolea, courbes ,sans griffes, 24 cm
- ♦ 4 pinces de Kocher, droites, avec griffes, 24 cm
- ♦ 4 pinces de Kocher, courbes , griffes, 24 cm
- ♦ 1 pince à dissection , droite, sans griffes, 14 cm
- ♦ 1 pince à dissection , droite, sans griffes, 20cm
- ♦ 1 pince à dissection , droite, griffes, 14 cm
- ♦ 1 pince à dissection , droite, 1 X2 griffes, 20 cm
- ♦ 2 paire d'écarteurs Farabeuf
- ♦ 1 valve suspubienne Doyen

- ◆ 1 valve suspubienne de Rochard
- ◆ 1 compas Rochard
- ◆ 1 ciseaux Médecin
- ◆ 1 ciseaux Dubost
- ◆ 1 ciseaux Metznbaum ,courbes, 18 cm
- ◆ 2 portes aiguilles 26 cm
- ◆ 8 pinces de J.L. Faure,courbe , mors striés en biais, 1 X 2 mors 20 cm
- ◆ 2 pinces de Museux, morsde 7 mm, 2X2 griffes 24 cm
- ◆ 1 pince hystérolabe 27 cm
- ◆ 2 cupules inox diamètre 60 et 80 mm

# ANNEXE 7

## LISTE DES MEDICAMENTS ET DES EQUIPEMENTS ESSENTIELS EN SALLE DE TRAVAIL

### 1. KIT DE PETITE INSTRUMENTATION POUR ACCOUCHEMENT ET EPISIOTOMIE ( deux kits par maternité )

ARLICLES	QUANTITE
Pince hémostatique	5
Ciseaux chirurgicaux mousse	5
Attaches pour le cordon	5
Pinces porte-coton	5
Porte-aiguille	5
Ciseaux pour sutures	5
Pinces-brucelles à dissection, à griffes	5
Pince de Museux de 24 cm	2
Pince de Kocher	2
Spéculum vaginal, (type Sims), extrémité double	5
Spéculum vaginal, bivalve, moyen	5
Gants stériles jetables ( boute de 50 paires )	1
Vacuum extractor	1
Forceps de Pageot et de Tarnier	1

### 2. KITS COMPLEMENTAIRES ( deux kits par maternité )

ARLICLES	QUANTITE
Stéthoscope + Tensiomètre	1
Stéthoscope obstétrical	2
Table d'examen	1
Table d'accouchement	2
Scialytique	1
Stérilisateur	2
Source d'O2	2
Source de vide	2

### 3. KIT POUR CHIRURGIE OBSTETRICALE (CESARIENNE) ( deux kits par maternité )

ARLICLES	QUANTITE
Pince hémostatique droite (16 cm)	8
Pince artère utérine (20 cm)	16
Prince hystérectomie droite (22,5 cm)	8
Pince hémostatique, type Mosquito (12,5 cm)	12
Pince à tissu 19 cm	12
Manche de bistouri N° 3	2
Lames de bistouri N° 24	4
Ecarteur abdominal embout double, type Richardson	4
Ciseaux de Dobost droits (23 cm)	1
Valve sus pubienne Rochard (19 cm)	1
Compas de Rochard (19 cm)	1

Ciseaux à dissection courbée, type Mayo (17 cm)	2
Pinces en cœur	4
Gants stériles ( boîte de 50 paires )	1
Ciseaux à dissection droits, type Mayo (17 cm)	2
Porte aiguille	5
Ecarteur de Faraboeuf	2
Cupules	2
Pince porte coton	5
Pince artère longue, droite	5
Hystéromètre de Sims	5
Pince à col Braun, droite	5
Pince à faux germes	5
Ciseaux à dissection courbés	5
Pince de Ciceron	5
Gants stériles ( boîte de 50 paires )	1
Pince à compresse, Foerter, droite	5

#### 4. **KIT POUR CURETAGE** ( deux kits par maternité )

<b>ARTICLES</b>	<b>QUANTITE</b>
Pince à pansement utérin (24 cm)	1
Porte coton utérin ( 24 cm)	1
Pince de Museux, 2 x 2 griffes, mors 7 mm, ( 24 cm)	2
Hystéromètre	1
Jeu de curettes, petite, moyenne et grande, 28 cm	1
Valve à poids, 1150 gr, 90 x 60 mm, 22 cm	1
Spéculum Collin, valves 35 cm, 9 cm	1
Boîte de bougies de Hégar	1
Pince à faux germes	1

#### 5. **CONSOMMABLES**

- Compresse
- Sondes urinaires + collecteur
- Compresse stérile
- Gants et doigts jetables
- Ligature stérile
- Glucose solution injectable 5%, 500 ml
- Glucose solution injectable 10% 500 ml
- Sodium chlorure solution injectable 0.9 %° 500 ml
- Potassium chlorure solution injectable 10%
- Sodium bicarbonate solution injectable 1,4 % 250 ml
- Bandelettes réactives pour dosage de glucose
- Bandelettes réactives pour analyse d'urines
- Polyvidone iodée solution dermique 10 %
- Eau oxygénée
- Alcool iodé
- Alcool chirurgical à 96%
- Alcool dénaturé
- Compresse purifiées 10 x 10 cm
- Compresse purifiées 7,5 x 7,5 cm
- Coton hydrophile paquet 500 gr, Sparadrap perforé 5 m x 10 cm

## **6. LISTE DES MEDICAMENTS**

### **Anesthésiques locaux :**

- Lidocaïne solution injectable (1 % ) 50 mg

### **Antalgiques :**

- Paracétamol solution injectable 1 gr
- Péthidine solution injectable 100 mg / 2 ml
- Buprénorphine solution injectable 0,3 mg / 1ml

### **Anti inflammatoires :**

- Diclofenac solution injectable 75 mg

### **Dermatologie :**

- Citrémide solution dermique 20 %
- Mercurobutol solution dermique 0,01 %
- Polyvidone iodée solution dermique 4 %

### **Endocrinologie hormones :**

- Hydrocortisone hémissuccinate 100 mg

### **Gastro /antispasmodiques, musculotropes :**

- Phloroglucinol solution injectable 10 mg

### **Gynécologie :**

- Méthylergométrine solution injectable 0,2 mg / ml
- Oxytocine solution injectable 5 UI
- Immunoglobuline humaine spécifique anti- D
- Prostaglandine F2 alpha, gel intradermique

### **Infectiologie :**

- Ampicilline 1 gr
- Colistine pdre sol 1 million

### **Autres :**

- Diazépam solution injectable 10 mg / 2 ml
- Salbutamol solution injectable 0,5 mg / ml
- Salbutamol comprimés 2 mg

## **BESOINS EN MEDICAMENTS ET EN EQUIPEMENTS DES SERVICES DE NEONATOLOGIE (2000 naissance par an)**

### **1. KIT POUR LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE DANS LES STRUCTURES D'ACCOUCHEMENT** ( deux kits par maternité )

<b>ARTICLES</b>	<b>QUANTITE</b>
Ventilation type « Ambu bébé et prématuré » masque adapté et ballon	<b>5</b>
Laryngoscope avec pile et lampe de recharge	<b>5</b>
Pince de Magill	<b>5</b>
Sondes d'aspiration N° 8 et 10	<b>5</b>
Gants stériles ( boîte de 50 paires )	<b>1</b>
Sondes d'aspiration N° 2, 5, 3 et 3,5 mm	<b>5</b>
Chronomètre	<b>1</b>
Canule de Mayo	<b>5</b>
Pèse bébé	<b>1</b>
Table chauffante	<b>1</b>
Source de vide ou aspirateur électrique mobile	<b>1</b>
Cardiotocographe	<b>1</b>
Lave mains	<b>1</b>

### **2. EQUIPEMENT POUR CENTRE DE NEONATOLOGIE DE REFERENCE**

<b>ARTICLES</b>	<b>QUANTITE</b>
Couveuses	<b>6</b>
Berceaux	<b>6</b>
Pèse bébé	<b>3</b>
Table de réanimation	<b>1</b>
Rampe de photothérapie	<b>2</b>
Aspirateur électrique	<b>2</b>
Tire lait électrique	<b>2</b>
Lampe à infrarouge	<b>2</b>
Enceinte de Hood	<b>8</b>
Pousse seringue	<b>2</b>
Canule de Guedel robinet à 3 voies	<b>5</b>
Oxymètre	<b>2</b>
Appareil de radio mobile	<b>1</b>
Appareil de gaz du sang	<b>1</b>
Humidificateur et réchauffeur d'oxygène	<b>1</b>
Respirateur	<b>1</b>
CPAR	<b>1</b>
Appareil aérosol	<b>1</b>
Débitmètre d'oxygène	<b>10</b>

### **7. CONSOMMABLES ET MEDICAMENTS**

- Sondes d'aspiration Gants stériles
- Gardéna1 inj 40 mg , Adrénaline
- Ampoules de sérum glucosé à 10%
- Vitamine K1, Collyre

# **NORME DE FONCTIONNEMENT D'UNE UNITE DE NEONATOLOGIE D'UN HOPITAL DE WILAYA (HOPITAL DE REFERENCE)**

L'unité de néonatalogie doit être individualisée au sein d'un service de pédiatrie à proximité d'une maternité.

Le fonctionnement de l'unité nécessite des moyens humains et matériels pour couvrir les besoins en soins curatifs et préventifs des nouveau-nés.

## **1. Ressources humaines :**

### **1.1. Personnel médical :**

**Un minimum de 08 médecins pouvant assurer la continuité des soins par :**

- ◆ Une garde spécifique de pédiatrie et de néonatalogie.
- ◆ Les activités de soins quotidiens des unies hospitalisés.
- ◆ La consultation et suivi de nouveau nés à risque
- ◆ Les visites systématiques des nouveaux nés dans les maternités avoisinantes.

### **1.2. Personnel paramédical :**

**Le nombre doit être suffisant pour pouvoir travailler en équipe 24h / 24h avec au moins 01(une) puéricultrices pour 3 lits de néonatalogie par équipe.**

## **2. Moyens matériels :**

L'unité doit être dotée d'un équipement, de diagnostic, de surveillance et de protection thermique, à savoir :

- ◆ Ambulance équipée en incubateur de transport source d'oxygène, source d'aspiration, possibilité de perfusion et d'intubation.
- ◆ Unité normalisée du point de vue structure (température réglable, filtre anti- poussière, renouvellement d'air
- ◆ Incubateurs de soins et d'élevages dont le nombre peut être estimé à 5 pour 1000 naissances vivantes ( vu le nombre élevé de prématurés, d'asphyxie périnatale d'infections et de détresses respiratoire du nouveau né).
- ◆ Deux tables de réanimation
- ◆ postes de photothérapie.
- ◆ Un échographe mobile
- ◆ un moniteur mobile de T.A
- ◆ un ECG
- ◆ pousse sériques (alimentation continue et perfusion de médicaments
- ◆ Monitors (scopes) de FC et FR (1/couveuses)
- ◆ Un oxymètre
- ◆ Ambu pédiatrique de réanimation
- ◆ Aspirateur mural et mobile
- ◆ Enceinte de Hood
- ◆ Laryngoscopes, stéthoscopes et otoscopes.
- ◆ Thermomètres
- ◆ Berceaux de dégagement
- ◆ Consommables et médicaments
- ◆ Un dossier médical spécial nouveau né
- ◆ Biberonnerie
- ◆ Espaces de rangement et de stockage du matériel
- ◆ Secrétariat équipé : secrétaire médical, ordinateur, internet.

## BUDGETISATION DES EQUIPEMENTS NECESSAIRES AUX DIFFERENTS SERVICES NORMALISES

MATERIEL	COUTS EN DINARS
Couveuse d'élevage	800.000
Table de réanimation	850.000
Barboteur d'oxygène	30.000
Aspirateur électrique 2X2	75.000
Aspirateur électrique 2X5	180.000
Masque à oxygène	1.600
Sonde d'intubation	210
Set d'exsanguino-transfusion	2.000
Enceinte de Hood	2000
Couveuse de transfert	800.000
Berceau de maternité	4.500
Rampe de photothérapie	200.000
Rampe de photothérapie intensive	800.000
Oxymètre	240.000
Appareil d'aérosol	60.000
Pousse seringue 1 voie	200.000
Pousse seringue 2 voies	300.000
Radio- mobile	1.000.000
Respirateur	1.600.000
Tambour petit modèle	3.000
Tambour grand modèle	7.000
Table d'accouchement	15.000
Poupinel	40.000
Boite d'accouchement	20.000
Boite d'épisiotomie	40.000
Boite de curetage	80.000 à 100.000
Scialytique et satellites	200.000
Scialytique mobile	150.000
Echographe	1.000.000
Forceps de Pageot	25.000
Forceps de Tarnier	50.000
Cardiotocographe	100.000



## LISTE DU MATERIEL A COMMANDER PAR STRUCTURE ET COUTS

Type de matériel	Nombre	Coût unitaire (DA)	Coût global (DA)
Couveuse d'élevage	4	800.000	3.200.000
Table de réanimation	1	650.000	650.000
Couveuse de transfert	1	800.000	800.000
Rampe de photothérapie	4	200.000	800.000
Photothérapie intensive	1	700.000	700.000
Oxymètres	4	240.000	960.000
Pousse seringue	6	200.000	1.200.000
Table d'accouchement	2	15.000	30.000
Cardiotocographes	4	100.000	400.000

# EVALUATION DE LA CONSOMMATION ANNUELLE EN PRINCIPAUX MEDICAMENTS ET EN CONSOMMABLE

## CONSOMMATION POUR 5000 HOSPITALISATIONS DONT 4500 ACCOUCHEMENTS ET 500 INTERVENTIONS CHIRURGICALES

PROMETHAZINE SOL. INJ. 50 MG	300
PROCAINE SOL. INJ. 1%	50
ACETYLSALICYLATE DE LYSINE SOL. INJ. 500 MG	100
PROPARACETAMOL SOL. INJ. 1 G.	300
DICLOFENAC SOL INJ. 75 MG.	50
NICARDIPINE SOL. INJ. 10 MG/10ML	100
NIFEDIPINE COMP. 10 MG.	200
NIFEDIPINE LP COMP 20 MG	200
ISOSORBIDE DENITRATE COMP 20 MG	100
TRINITRINE SOL. INJ. 15 MG/ML	10
CAPTOPRIL COMP 50 MG	60
CLONIDINE SOL INJ. 0.15MG	2000
CLONIDINE COMP. 0.15 MG	200
DIHYDRALAZINE SOL INJ. 2525 MG	900
METHYLDOPA COMP 250 MG	1300
ACEBUTOLOL COMP 200MG	300
DIGOXINE COMP. 0.25 MG	60
FUROSEMIDE SOL INJ. 20 MG	20
HYDROCORTISONE SOL INJ. 100 MG	200
PHLOROGLUCINOL SOL INJ. 10 MG	12000
METOCLOPRAMIDE SOL INJ. 10 MG	2100
PETHIDINE SOL. INJ. 100 MG/2ML	60
LIDOCAINE SOL. INJ. 1 %	800
LIDOCAINE SOL. INJ. 2 %	60
TIEMONIUM	400
PREDNISONE BASE COMP 5 MG	100
POLYVIDONE IODEE SOL. DER. 10 %	120
ATROPINE PURE SOL. INJ. 0.25MG/ML	50
MERCUROBUTOL SOL 0.1%	30
SULFADIAZINE ARGENTIQUE CRE. 1 %	20
TULLE OU GAZE AVEC BAUME GM	50
TULLE GRAS AVEC ANTIBIOTIQUES	50
LAURYL SULFOACETATE DE NA / P.E.G. GELEE CANULE	560
HEPARINATE DE CALCIUMAMP 0.2ML	1000
HEPARINATE DE CALCIUM AMP. 0.3 ML	1000
HEPARINATE BPM 2 ML	1600
FER FUMARATE COMP. 200 MG	200
IMMUNOGLOBULINE HUMAINE ANTI D INJ 250	280
GELATINE FLUIDE MODIFIEESOL INJ 30G/L.	15
PHYTOMENADIONE SOL INJ IV 50MG/AMP.	600
OXYTOCINE SOL. INJ 5 UI	22000
METHYERGOMETRINE SOL INJ. 0.2 MG/ML	5500
ALBUMINE HUMAINE SOL INJ IV 20%	60
ALBUMINE HUMAINE SOL. INJ. 20%	300
GENTAMYCINE SOL. INJ. 40 MG	250
GENTAMYCINE SOL INJ 80 MG	1200
CEFAZOLINE PDRE SOL. INJ. IV 1 G.	300
CEFOTAXIME PDRE SOL INJ IV 1 G	250
AMOXICILLINE PDRE SOL INJ 1 G.	1000
AMPICILLINE PDRE SOL. INJ. 1 G.	4500
AMPICILLINE PDRE INJ. 500 MG	1000
OXACILLINE PDRE SOL INJ 1 G	750
COLISTINE PDRE SOL. INJ. 1 000 000 UI	1500
COTRIMOXAZOLE COMP 400/80 MG	300
HYDROXYZINE COMP 25 MG	600
HYDROXYZINE COMP 100 MG.	100
INSULINE ISOPHANE H.P. SOL. INJ. 40 UI/ML 10 ML	20

INSULINE HUMAINE SOL INJ 40 UI/ML	20
INSULINE HUMAINE 100 UI	5
BANDELETTES REACTIVES POUR ANALYSE D'URINE	75
BANDELETTES POUR SUCRE	130
SALBUTAMOL SOL INJ. 0.5 MG/ML	2000
SALBUTAMOL COMP.	500
DIAZEPAN SOL.INJ. 10 MG./2ML.	250
PHENOBARBITAL PDRE. SOL INJ.	50
GLUCOSE SOL. INJ. 5% FL. 500 ML	12000
GLUCOSE SOL INJ. 30% FL. 500ML	70
GLUCOSE SOL INJ 10% FL. 500 ML	150
MAGNESIUM SULFATE SOL. INJ. 15%	500
CHLORURE DE CALCIUM SOL. INJ. IV 10%	50
POTASSIUM CHLORURE SOL. INJ. 10 % AMP 10ML	350
POTASSIUM CHL SOL. INJ. 10% AMP 20 ML	450
SODIUM BICARBONATE SOL. INJ. 1.4% FL 500 ML	300
SODIUM CHLORURE SOL. INJ. 0.9 FL 500 ML	5200
EAU OXYGENEE	80
ALCOOL IODEE	25
ALCOOL CHIRURGICAL 96 %	200
ALCOOL DENATURE	50
COMPRESSES PURIFIEES 7.5X7.5	10000
COMPRESSES PURIFIEES 10X10 CM	140000
GAZE HYDROPHILE 60X100 CM/M	120
COTON HYDROPHILE 500 GR.	60
COTON CARDE	10
BANDE DE GAZE 4X10 M8CM	2150
SPARADRAP PERFORE 5MX10CM BTE 5X10 RX	110
SPARADRAP PERFORE 18/5 CM/ M.	200
DOIGTIER LATEX 1 DOIGT	1200
DOIGTIER LATEX 2 DOIGTS	1200
PINCE CLAMP DE BAR PLASTIQUE	6000
LAME POUR BISTOURI N° 21 B / 100	28
LIGATURES RESORBABLES ET NON RES.	7500
AIGUILLES JETABLES	4200
AIGUILLES A PRELEVEMENT DE SANG	6500
SONDES D'ASPIRATION N° 7	24
SONDE VESICALES FEMMES N° 20	2300
COLECTEUR D URINE	1200
GANTS	14000
GANTS JETABLES	1500
INTRANULES	6200
MICROFUSEURS	11000
NECESSAIRES POUR TRANSFUSION SANGUINE	1100
PERFUSEURS A JETER	2100
SERINGUE A INSULINE	2200
SERINGUES JETABLES 10 ML	6600
2.5 ML	2500
20 ML	2300
5 ML	7000
20 ML	100
SONDES D INTUBATION CH 06	540
CH 08	2300
CH 10	1800
TUBES A PRELEVEMENTS	20000

**DEPENSES : Evaluation estimée à : 10 000 000 DA pour 1 an**  
**Soit 2000 DA par patiente**

# **LISTE DU PETIT MATERIEL ET DES MEDICAMENTS NECESSAIRES EN PEDIATRIE**

## **A. LISTE DU MATERIEL :**

### **1. Ballon : Auto Dilatable (Ambu. Bébé)**

- ◆ But : Ventilation au Masque Air plus ou moins Oxygène
- ◆ Quantité : 02 par salle d'accouchements **X** nombre de salles  
01 Bloc opératoire (césariennes) **X** nombre de bloc

### **2. Sonde d'aspiration n° 8 et n° 10**

- ◆ But : - Dépistage : de l'atrésie oesophage et des choanes  
- Aspiration : du liquide inhale (amniotique - meconial)
- ◆ Quantité :
  - Nombre de naissances par secteur publique **X** 1
  - Nombre total de naissance + sécurité

### **3. Kits d'exsanguino-transfusion**

Voire PCH

- ◆ But : traitement des ictères a bilirubine libre
- ◆ Quantité : voire PCH

### **4. Nécessaire pour oxygénothérapie (barboteur – manomètre)**

- ◆ Quantité 1 par salle d'accouchement

### **5. Aspirateur électrique**

- ◆ Quantité 1 par salle d'accouchement

## **B. LISTE DES MEDICAMENTS :**

### **1. Vitamine K1 : ampoules injectables ( IM – IV )**

- ◆ Présentation ampoule à 20 mg
- ◆ But : prévention et traitement de la maladie hémorragique du nouveau né.
- ◆ Quantité : 700.000 doses de 01 mg

### **2. Sérum anti- D**

- ◆ But : Prévention immunisation rhésus
- ◆ Quantité : voir P.C.H

### **3. Collyre antiseptique :**

- ◆ Quantité : 1 flacon par jour par salle d'accouchement.

# ANNEXE 8

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIC ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

الوزارة  
الداخلية

الوزارة  
الداخلية

MINISTRE DE LA SANTE  
DE LA POPULATION ET  
DE LA REFORME HOSPITALIERE

الوزارة  
الداخلية

DIRECTION DE LA PREVENTION

N° 1295 /MSPRH/DP/2003

Alger, le 17 Décembre 2003

## CONVENTION CADRE RELATIVE A LA REPRODUCTION DU CARNET DE SANTE

### Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les conditions d'impression par l'ANEP du carnet de santé, pour le compte des établissements publics de santé (C.H.U, EHS, secteurs sanitaires).

### Article 2 : Quantité

Le nombre d'exemplaire a reproduire est de un million deux cents milles cinq cents unités (1.200.500 unités)

### Article 3 : Durée de la convention

Une année (année 2004) renouvelable par tacite reconduction.

### Article 4 : Prix

Le Prix unitaire est fixé à Trente (30,00) Dinars HT soit trente deux dinars et dix centimes (32,10) TTC.

### Article 5 : Commande

Dans le cadre de la présente convention, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, pilote cette opération pour le compte des établissements de santé répartis à travers les 48 wilayas.

A cet effet, les commandes seront établies au profit de l'ANEP-unité imprimerie- par les établissements de santé (C.H.U, EHS, secteurs sanitaires).

## **Article 6 :** Mode de financement et règlement

Le financement sera pris en charge sur le budget de fonctionnement des établissements de santé.

Les mandats se feront par mandats administratifs.

## **Article 7 :** Caractéristiques Techniques

L'Anep Unité Imprimerie –s'engage à :

Imprimer le carnet de santé selon les caractéristiques techniques suivant :

Carnet de 80pages + couverture quadrichromie

- Papier intérieur : 80 pages
- Couverture : 250 grammes couché une face
- Format : 15X21piqué
- Impression : quadrichromie

## **Article 8 :**

Tout litige pouvant découler de l'application ou de l'interprétation des articles de la présente convention sera traité à l'amiable ou à défaut, soumis au tribunal territorialement compétent.

## **Article 9 :**

La présente convention prendra effet à partir de la date de sa signature.

P/ le Ministre de la Santé de la population  
et de la réforme Hospitalière,

Madame la Directrice  
de la prévention

Pour l'ANEP

Monsieur le Directeur de  
l'unité ANEP Rouiba

# ANNEXE 9

## 1. Objectifs de formation des Médecins Généralistes en néonatalogie :

### 1.1. Formation Théorique :

- ◆ Soins du nouveau né à la naissance (soins du cordon, Vit K1, collyre, vaccination)
- ◆ Réanimation du nouveau né en salle de travail
- ◆ Examen du nouveau né normal
- ◆ Diagnostic et prise en charge d'un risque infectieux et d'une infection néonatale
- ◆ **Prise en charge d'un petit poids de naissance (Prématuré, retard de croissance intra-utérin )**
- ◆ Prise en charge d'une convulsion néonatale
- ◆ Prise en charge d'une détresse respiratoire
- ◆ Prise en charge d'un ictère néonatal
- ◆ Alimentation du nouveau né (à terme, petit poids de naissance)

### 1.2. Objectif du stage pratique et tâches :

#### 1.2.1. Soins du nouveau né à la naissance :

- ◆ Aspiration du nouveau né
- ◆ Soins du cordon
- ◆ Vérification de la perméabilité des choanes et de l'œsophage
- ◆ Examen à la naissance ( mensurations, recherches de malformations)
- ◆ Surveillance de l'émission des selles et des urines
- ◆ Sensibilisation de la mère à l'allaitement maternel

#### 1.2.2. Réanimation du nouveau né à la naissance :

- ◆ Réalisation d'un score d'APGAR
- ◆ Ventilation au masque
- ◆ Massage cardiaque externe
- ◆ Prescription d'une perfusion pour le nouveau né et pose d'une épicroténienne
- ◆ Intubation endotrachéale
- ◆ Indications et modalités de transfert d'un nouveau né malade.

#### 1.2.3. Prise en charge du nouveau né :

- ◆ Mise en route et entretien d'une couveuse
- ◆ Surveillance du nouveau né dans une couveuse
- ◆ Mise en route d'une photothérapie, indications
- ◆ Réalisation d'une exsanguino-transfusion

### 1.3. Objectifs organisationnels :

- ◆ Organise la visite systématique de tout nouveau né en salle de travail à J1 et à J8
- ◆ Avoir un protocole de surveillance et de suivi des nouveaux nés à risque
- ◆ Traitement des différentes pathologies selon le même protocole standardisé (rédaction de fiches techniques à diffuser et à utiliser lors de la formation du médecin généraliste)

## **2. Objectifs de formation des Médecin Généraliste en obstétrique**

### **2.1. formation théorique :**

- ◆ Surveillance de la femme enceinte pendant la grossesse, pendant le travail et pendant l'accouchement.
- ◆ Surveillance des suites de couches
- ◆ Prise en charge d'une hémorragie du premier trimestre
- ◆ Prise en charge d'une hémorragie du troisième trimestre
- ◆ Prise en charge d'une hémorragie du post partum immédiat
- ◆ Prise en charge d'un syndrome vasculo rénal et grossesse
- ◆ Prise en charge d'une infection puerpérale
- ◆ Prise en charge d'un avortement
- ◆ Dépistage des dystocies obstétricales
- ◆ Prescription d'une méthode contraceptive et mise en place d'un stérilet

### **2.2. Objectifs du stage pratique et tâches :**

- ◆ Pratiquer un partogramme
- ◆ Faire un examen sous valve ( vagin, col de l'utérus )
- ◆ Faire une révision utérine
- ◆ Pratiquer un forceps de Pageot
- ◆ Pratiquer et suturer une épisiotomie
- ◆ Prescrire une méthode contraceptive et mettre en place un stérilet
- ◆ Pratiquer un curetage évacuateur et hémostatique
- ◆ Prescrire les ocytociques

### **2.3. Objectifs organisationnels :**

- ◆ Organiser l'examen de la parturiente systématiquement à la salle de travail, avant sa sortie de la maternité, à J8 et à J42
- ◆ Avoir un protocole de suivi des grossesses et des accouchements normaux et pathologiques ( les plus fréquents )
- ◆ Avoir un protocole de traitement standardisé des différentes pathologies fréquentes
- ◆ Rédiger des fiches techniques à diffuser et à utiliser lors de la formation des médecins généralistes



# ANNEXES 10

Ce qui a été fait par le comité	Etat de réalisation	Perspectives
1. Identification des personnes à former ou à recycler	Non fait	Personnel à identifier par les secteurs sanitaires avec contractualisation ( DSS, DSP et Direction de la Formation)
2. Définition des objectifs de formation	Réalisé *	
3. Identification des terrains de stage	Courrier adressé aux CHU et EHS, 4 réponses positives	Identifier les Terrains de stage et possibilité d'hébergement
4. Contractualisation de la formation des médecins généralistes	<b>Non fait</b>	Prendre contact avec les services de la réglementation et la DSS
5. Organisation de stages de néonatalogie pour les pédiatres	<b>Non fait</b>	
6. Elaboration de fiches techniques	<b>Fait :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen du NN</li> <li>- Soins du NN à la naissance</li> <li>- Soins du cordon</li> <li>- Allaitement maternel</li> <li>- Risque infectieux</li> <li>- Souffrance fœtale aigue</li> <li>- Détresse respiratoire</li> <li>- Guide d'utilisation du carnet de santé</li> </ul>	
7. Elaboration et diffusion de <ul style="list-style-type: none"> <li>- guide PCIME</li> <li>- guide maternité à moindre risque</li> <li>- Santé maternelle et infantile</li> </ul>	<b>Fait</b>	
8. Elaboration des procédures de prise en charge du nouveau né malade	<b>En cours d'impression</b>	
9. Organisation de séminaires ateliers de formation et séminaires d'évaluation sur le programme MMMP et PCIME	<b>Fait</b>	

\* voir pages correspondantes dans le présent document

# ANNEXE 11

## Synthèse des actions de Communication Sociale ayant soutenu le Programme durant l'année 2003.

Date	Actions / Supports	Médias / Lieux	Intervenants
------	--------------------	----------------	--------------

### Mois de Février 2003

15 Février 2003	Reportage TV Les Maternités	Télévision Algérienne	DCRP, PMI des Structures de Santé
25 Février	Emission «Maternité à Moindre Risque»	Radio Mitidja	DCRP, Dprév Dr El Hallak

### Mois de Mars 2003

Du 05 au 16 Mars 2003	Spot Radio «Allaitement Maternel»	Radio Chaines 1, 2, 3 El Bahdja	DCRP, DP
--------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------

### Mois de Mai 2003

Du 05 au 18 Mai 2003	Spot radio « Le Nouveau Carnet de Santé »	Radio Algérienne Chaînes 1, 2 et 3 Et toutes les Radios locales	DCRP DP
-------------------------	--	--	------------

Date	Actions / Supports	Médias / Lieux	Intervenants
<b><u>Mois d'Octobre 2003</u></b>			
07 Oct 2003	Entretien radiophonique Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Mitidja	DCRP, DP Comité MMR
15 Oct 2003	Conférence de Presse Semaine Nationale Maternité à Moindre Risque Carnet de Santé	ENTV, ENRS Presse écrite	DCRP, DP Comité MMR Dr Kellou Pr Grangaud Pr Belkhodja Dr. Bengharbia
15 Oct 2003 10h	Emission radio Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 1	DCRP, DP Comité MMR Dr El Hallak
15 Oct 2003 10h	Emission radio Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 2	DCRP, DP Comité MMR Dr Boudjellil
Du 15 au 24 DP Oct 2003	Diffusion du Spot Radiophonique  Le Carnet de Santé	ENRS  Toutes les chaines	DCRP,  Comité MMR
Du 18 au 25 Oct 2003	Diffusion du Spot Télévisuel Les 4 visites pré-natales	ENTV	DCRP,DP, UNICEF
Du 18 au 25 Octp 2003	Diffusion du Spot Télévisuel Les soins du nouveau-né	ENTV	DCRP,DP, UNICEF
18 Oct 2003	Emission radio 15h Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 1	DCRP, DP Comité MMR Dr El Hallak Mme Djafri
18 Oct 2003 DP	Emission Télématin  Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	ENTV	DCRP,  Comité MMR Dr Khélifi Dr El Hallak
18 Oct 2003	Intervention dans Journal parlé Semaine Nationale à Moindre Risque	Radio Mitidja	DCRP,D Com MMR

## Carnet de Santé

<b>Date</b>	<b>Actions / Supports</b>	<b>Médias / Lieux</b>	<b>Intervenants</b>
18 Oct 2003	Intervention dans Journal parlé Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 2	DCRP,DP, Com MMR Dr Oukid
19 Oct 2003	Emission radio Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 3	DCRP, DP Comité MMR Pr Grangaud Pr Djenaoui
19 Oct 2003	Emission radio Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 2	DCRP, DP Comité MMR Dr Oukid Dr Choubane
20 Oct 2003	Intervention dans Journal parlé Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio El Bahdj	DCRP,DP, Com MMR Dr Boursas
21 Oct 2003	Emission radio Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Mitidja	DCRP, DP Comité MMR Dr Oukid Dr Choubane
26 Oct 2003	Emission radio Evaluation de la Semaine Nationale à Moindre Risque Carnet de Santé	Radio Chaîne 3	DCRP, DP Comité MMR Pr Grangaud

## ANNEXES 12

## ANALYSE DES DECES MATERNELS (1<sup>er</sup> volet)

**N° D'ADMISSION :**

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1. Wilaya .....

2. Commune :.....

3. Secteur  
Sanitaire : .....

4. Nature de l'établissement :

1. CHU □

2. Hôpital de secteur sanitaire ☐

### 3. EHS □

#### 4. Polyclinique ☐

## 5. Maternité publique ☐

## 6. Maternité privée ☐

7. Autre ☐

8. Si autre, préciser .....

5.Nom de l'établissement ou a eu lieu le décès :.....

6.Service :.....

7.Nom et Prénom du médecin ayant constaté le décès : / / / / / / / / / / / / / / / /

///

## 8. Moment de survenue du décès

1- Au cours de la grossesse ? ☐

2- Au cours d'un avortement ? ☐

3- Au cours d'un accouchement ? ☐

(décès survenu au cours du travail, expulsion et délivrance)

4- Dans les 42 jours qui suivent un avortement ? ☐

5- Dans les 42 jours qui suivent un accouchement ? ☐

(ce questionnaire ne doit être rempli que si une des questions est cochée)

**9. Date et heure du décès**      /  /        /  /        /  /  /  /  /        /  /        /  /    
                                  jour            mois                    année                    heure            minutes

10. Cause du décès : 1- initiale .....  
2- directe .....

**VOLET N° 2 – N° D'ADMISSION :**

**♦ CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES**

1. Date de naissance :    /\_/\_/        /\_/\_/        /\_//\_/\_/\_/     
   jour        mois        année

**2. Etat matrimonial au moment du décès:**

- |                |                          |           |                          |
|----------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| 1- Célibataire | <input type="checkbox"/> | 4- Veuve  | <input type="checkbox"/> |
| 2- Divorcée    | <input type="checkbox"/> | 5- Mariée | <input type="checkbox"/> |
| 3- Autre       | <input type="checkbox"/> |           |                          |

**3. Niveau d'instruction :**

- |                  |                          |                |                          |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1- Analphabète   | <input type="checkbox"/> | 4- Moyen       | <input type="checkbox"/> |
| 2- Primaire      | <input type="checkbox"/> | 5- Secondaire  | <input type="checkbox"/> |
| 3- Universitaire | <input type="checkbox"/> | 6- Indéterminé | <input type="checkbox"/> |

4. Profession: .....

5. Profession du conjoint (si la défunte était mariée) :

.....

6- Groupe sanguin de la défunte    /\_/\_/ Rhésus /\_/\_/

**♦ CARACTERISTIQUES DU DECES**

**- Si le décès est survenu avant l'arrivée dans l'établissement**

1. Est-il survenu : 1- au domicile ?        ☐  
2- sur la voie publique ?        ☐  
3- en cours de transfert ?        ☐  
4- si oui, de quelle structure la défunte a-t-elle était transférée ?  
(Nom et adresse complète de l'établissement).  
.....

**- Si le décès est survenu dans l'établissement\***

2. Date et heure d'admission :    /\_/\_/        /\_/\_/        /\_//\_/\_/\_/    /\_/\_/    /\_/\_/     
   jour        mois        année        heure        minutes

**3. Motif d'admission**

.....

La défunte a –t-elle été :        transférée \*        ☐        évacuée\*        ☐

4. De quel établissement?.....  
.....

(Nom et adresse complète de l'établissement).

5. Pour quel motif .....

**ANTECEDENTS DE LA DEFUNTE AVANT LA GROSSESSE CONSIDEREE**

Lien du répondant avec la défunte : .....

**1. Antécédents médicaux**

1- HTA ☐

3- Cardiopathies ☐

5- Diabète ☐

2- Asthme ☐

4- Anémie ☐

6- Autres ☐

Si autres,

préciser.....

**2. Antécédents obstétricaux**

Nombre de grossesses antérieures : /\_/\_/\_/

(si grossesse (s) antérieure (s) , remplir le tableau ci-dessous)

<b>Grossesses antérieures y compris les interruptions et GEU</b>				
Année	Durée de la grossesse (S.A.) Grossesse simple ou multiple	Issue de la grossesse (GEU , Abrt, accouchement voie basse ou haute)	Etat de l'enfant à la naissance (Vivant, mort-né, dcd à la naissance)	Commentaires en cas de grossesse pathologique ou sans issue

3. Date de la dernière issue de grossesse /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/

(Grossesse ayant précédé celle du décès)  
minutes

jour

mois

année

heure





4-Œdèmes ☐

5-Anémie ☐

9-Diabète gestationnel ☐

10-Autres ☐ , préciser.....

## 82

6. Etat clinique à l'arrivée :

.....  
.....

7. Traitement entrepris, intervention pratiquée et décisions prises :

.....  
.....

8. Y-a-t-il eu anesthésie ?      oui      ☐      non      ☐

1. Si oui, Type  
anesthésie.....

2. Si non, pourquoi

?.....

## Décès survenu au cours de l'accouchement \* et dans les 42 jours qui suivent l'accouchement

### ♦ Début et déroulement du travail

1. Date et heure d'arrivée en salle de travail /\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_  
jour mois année heure minutes

2. Age gestationnel en semaines d'aménorrhée /\_/\_/\_

3. Présentation du fœtus

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1- Céphalique <input type="checkbox"/> | 5- Podalique <input type="checkbox"/>        | 9- Transversale <input type="checkbox"/> |
| 2- Sommet <input type="checkbox"/>     | 6- Siège complet <input type="checkbox"/>    | 10- Epaule <input type="checkbox"/>      |
| 3- Face <input type="checkbox"/>       | 7- Siège décomplété <input type="checkbox"/> |  |
| 4- Bregma <input type="checkbox"/>     | 8- Front <input type="checkbox"/>            |  |

4. Battements du cœur fœtal Réguliers ☐ Irréguliers ☐  
(si grossesse multiple mettre des croix supplémentaires).

5. Etat d'avancement du travail (dilatation, présentation, contractions utérines, poche des eaux, autres informations jugées importantes).

6. Anomalie (s) du travail oui ☐ non ☐

Si oui, préciser.....

7. Début du travail spontané ☐ provoqué ☐

Si provoqué pourquoi ?.....

8. Par quelle méthode ? (plusieurs réponses possibles)

- |  |   |
|--|---|
| 1. rupture artificielle des membranes <input type="checkbox"/> | 4. ocytociques <input type="checkbox"/> |
| 2. prostaglandines <input type="checkbox"/>                    | 8. autres <input type="checkbox"/>      |
| si autres, préciser.....                                       |   |

9. Date et heure de rupture des membranes /\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_  
jour mois année heures minutes

10. Surveillance du travail :
- |                   |                                  |                                     |
|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Partogramme    | oui <input type="checkbox"/>     | non <input type="checkbox"/>        |
| 2. Monitoring     | oui <input type="checkbox"/>     | non <input type="checkbox"/>        |
| 3. Si monitoring, | continu <input type="checkbox"/> | discontinu <input type="checkbox"/> |

\*tout décès survenu au cours du travail, expulsion fœtale et délivrance.

11. Par qui le travail a-t-il été surveillé:
- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1- Obstétricien        | <input type="checkbox"/> |
| 2- Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> |
| 3- Sage femme          | <input type="checkbox"/> |
| 4- Accoucheuse rurale  | <input type="checkbox"/> |
| 5- Autre,              | <input type="checkbox"/> |

Si autre, préciser

.....

12. Pathologie (s) en cours de travail
- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, cocher la ou les pathologie (s)

- |                           |                          |                                   |                          |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 1- HTA                    | <input type="checkbox"/> | 14-Hématome rétro placentaire     | <input type="checkbox"/> |
| 2- Hémorragie             | <input type="checkbox"/> | 15-Afibrigénémie/ CIVD            | <input type="checkbox"/> |
| 3- Dystocie mécanique     | <input type="checkbox"/> | 16- Eclampsie                     | <input type="checkbox"/> |
| 4- Dystocie dynamique     | <input type="checkbox"/> | 17- Etat de choc                  | <input type="checkbox"/> |
| 5- Dystocie tête dernière | <input type="checkbox"/> | 18- Echec du déclenchement        | <input type="checkbox"/> |
| 6- Dystocie cervicale     | <input type="checkbox"/> | 19- Embolie amniotique            | <input type="checkbox"/> |
| 7- Dystocie des épaules   | <input type="checkbox"/> | 20- Hydramnios                    | <input type="checkbox"/> |
| 8- Procidence du cordon   | <input type="checkbox"/> | 21- Dysproportion foeto-pelvienne | <input type="checkbox"/> |
| 9- Placenta praevia       | <input type="checkbox"/> | 22- Rupture utérine               | <input type="checkbox"/> |
| 10- Utérus cicatriciel    | <input type="checkbox"/> | 23- Pathologie fœtale (RCIU, SFC) | <input type="checkbox"/> |
| 11- Grossesse prolongée   | <input type="checkbox"/> | 24- Autre                         | <input type="checkbox"/> |
| 13- Défaut de progression | <input type="checkbox"/> | 25- si autres, préciser           | .....                    |

13. Y a-t-il –eu des thérapeutiques particulières en cours de travail telles que ? :

- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Ocytocique       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Analgésiques     | <input type="checkbox"/> |
| 3. Antispasmodiques | <input type="checkbox"/> |
| 4. Autres           | <input type="checkbox"/> |

Si autre, préciser.....

♦ Naissance (s)

14. Lieu d'accouchement.....

(nom et adresse de la structure)

- 15.Date et heure de l'accouchement
- |      |      |       |       |         |   |   |   |   |   |   |   |
|------|------|-------|-------|---------|---|---|---|---|---|---|---|
| /    | /    | /     | /     | /       | / | / | / | / | / | / | / |
| jour | mois | année | heure | minutes |   |   |   |   |   |   |   |

## **16. Par qui l'accouchement a-t-il été effectué ?**

- 1- Obstétricien ☐
- 2- Médecin généraliste ☐
- 3- Sage femme ☐
- 4- Accoucheuse rurale ☐
- 5- Autre, ☐

Si autre, préciser .....

### **♦ Issue de la grossesse**

1. Accouchement par :                    voie basse ☐                    voie haute ☐

Si accouchement par voie haute

- 2- S'agit-il d'une césarienne :   programmée ☐                    non programmée ☐

3- Raison de la césarienne .....

- 4- Si accouchement par voie basse :   Eutocique ☐                    Dystocique ☐

5- Si dystocique, pourquoi.....

- 6- Y a-t-il eu manœuvre ?            oui ☐                    non ☐

Si oui, laquelle ? .....

- 7- Episiotomie :                    oui ☐                    non ☐

- 8- Déchirure périnéale    non ☐                    simple ☐                    complète ☐ compliquée ☐

- 9- Autres lésions traumatiques   oui ☐                    non ☐

Si oui, lesquelles.....

- 10- Examen du col sous valve   oui ☐                    non ☐

11- Nombre total d'enfant (s) né (s) au cours de l'accouchement

<b>Etat du nouveau-né</b>	<b>1<sup>er</sup> enfant</b>	<b>2<sup>ème</sup> enfant</b>	<b>3<sup>ème</sup> enfant</b>
1. Vivant			
2. Mort-né			
3. Né vivant mais décédé dans les 24 h			
4. Né vivant mais décédé entre 24 h et 7 jours			
5. Sexe (M ou F)			
6. Poids de naissance			

## ◆ Délivrance

12. Délivrance spontanée ☐

artificielle ☐

Si artificielle, pourquoi ?.....

13. Y a - t - il eu complication oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles ? .....

14. Y a-t-il eu révision utérine oui ☐ non ☐

Si oui, pourquoi ? .....

15. Autre(s) information(s) concernant l'accouchement jugée(s) importante(s)

.....

.....

## ◆ Suites de couches

16. Combien de temps la patiente est-elle restée en salle d'accouchement après la naissance (en heure (s) ou en minutes)    /\_//\_/

17. Durée d'hospitalisation dans la maternité lors de l'accouchement /\_/\_/\_/  
(en jours si plus de 24 h et en heures si moins de 24 h).

18.Si sortie dans les 24 heures : motif(s)

.....

.....

19.Pathologies dans les suites de couches    oui    ☐    non    ☐

Si oui, préciser lesquelles ?

1. Endométrite ☐ 7. Infection urinaire ☐

2. Autre infection génitale ☐ 8.Syndrome infectieux (autre origine)☐

3. Phlébite ☐ 9. Embolie pulmonaire ☐

4. Désunion de suture ☐ 10. Eclampsie ☐

5. Abscess of wall ☐ 11. Hemorrhage ☐

6. Anémie ☐ 12. Autre ☐

13. Si autre, préciser.....

**20.Circonstances et cause de décès :** (préciser toutes les informations jugées importantes qui ont précédé le décès).



## MODE DE PRISE EN CHARGE

1. **Service où a eu lieu le décès :** 1- Maternité ☐  
2- Autre service ☐  
3- Si autre, préciser.....

### **2- SI MATERNITE**

- 1- Est-elle équipée d'un bloc opératoire ? oui ☐ non ☐
- 2- Dans le service utilisez-vous un partogramme systématiquement ? oui ☐ non ☐
- 3- Nombre de gynécologues obstétriciens affectés dans cette maternité /\_/\_/\_/
- 4- Un gynécologue obstétricien est –il présent dans le service ? oui ☐ non ☐
- 5- Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐
- 6- Y a-t-il un gynécologue obstétricien est conventionné ? oui ☐ non ☐
- 7- Si oui : de jour ☐ de nuit ☐
- 8- Un anesthé.- réanimateur est –il présent dans le service ? oui ☐ non ☐
- 9-Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐
- 10- Un médecin généraliste est –il présent dans le service ? oui ☐ non ☐
- 11- Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐
- 12- Nombre de sages femmes affectées dans cette maternité /\_/\_/\_/
- 13- Une sage femme est – elle présente dans le service ? oui ☐ non ☐
- 14- Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐

### **2- SI AUTRE SERVICE**

15. Service de :
16. Un médecin spécialiste est –il présent dans le service ? oui ☐ non ☐
17. Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐
18. Un anesthé.- réanimateur est –il présent dans le service ? oui ☐ non ☐
19. Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐
20. Un médecin généraliste est –il présent dans le service ? oui ☐ non ☐
21. Si oui : de jour ☐ de nuit ☐ d'astreinte ☐

21. La pharmacie du service ou de l'établissement dispose-t-elle  
de médicaments d'urgence ?                      oui ☐    non ☐

22. Y a-t-il dans l'établissement ?  
(cocher la case correspondante)

<b>Moyens</b>	<b>Oui de 8h à 16h</b>	<b>Oui 24h/24</b>	<b>non</b>
Une ambulance			
Une banque ou un dépôt de sang			
Un appareil de radiologie ou service de radiologie			
Une activité d'analyses médicales			
Un appareil d'électrocardiogramme			
Une activité de bloc opératoire (dont la maternité peut disposer)			

23- Contrainte(s) à signaler dans la prise en charge ?    oui ☐    non ☐

Si oui, préciser.....  
.....  
.....  
.....

## HEMORRAGIES GRAVES

(Fiche à ne remplir que pour les décès liés à une hémorragie génitale)

### 1. Date et heure d'apparition de l'hémorragie

/\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_ /\_/\_/\_  
**jour mois année heure minutes**

### 2. Moment de survenue de l'hémorragie

- |                          |                          |                         |                          |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1- Grossesse             | <input type="checkbox"/> | 2- Avortement           | <input type="checkbox"/> |
| 3- Post-abortum immédiat | <input type="checkbox"/> | 4- Post-abortum tardif  | <input type="checkbox"/> |
| 5- Travail               | <input type="checkbox"/> | 6- Expulsion fœtale     | <input type="checkbox"/> |
| 7- Délivrance            | <input type="checkbox"/> | 8- Post-partum immédiat | <input type="checkbox"/> |
| 9- Post-partum tardif    | <input type="checkbox"/> |                         |                          |

### 3. Cause de l'hémorragie.....

### 4. L'hémorragie a-t-elle été diagnostiquée dans le service? oui ☐ non ☐

Si non, où a-t-elle été diagnostiquée ?

1. à domicile ☐
2. Autre structure, ☐ préciser.....
3. Autre service, ☐ préciser.....

### 5. Par qui a-t-elle été diagnostiquée ?

1. Gynécologue-Obstétricien ☐
2. Médecin généraliste ☐
3. Sage femme ☐
4. Autre, ☐  
préciser.....

### 6. Tension artérielle observée (avant toute thérapeutique)     /\_/\_/\_

### 7. Par qui a-t-elle été prise en charge ?

1. Gynécologue-Obstétricien ☐
2. Médecin généraliste ☐
3. Sage femme ☐
4. Autre ☐  
préciser.....

8. Site de l'hémorragie

1- Utérus ☐ 2- Col ☐ 3- Vagin ☐ 4-Périnée ☐ 5-Autre ☐  
si autre, préciser.....

9. Symptomatologie ayant précédé le décès

.....  
.....  
.....

10. Transfusion

oui ☐ non ☐

Si oui

1- type de produit.....

2- quantité.....

11. Traitement médical

oui ☐ non ☐

Si oui, lequel .....

.....

12. Traitement chirurgical

oui ☐ non ☐

Si oui, lequel.....

13 . Autres décisions prises

oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles ?.....

.....

14. Y a-t-il eu passage en réanimation ou en unité de soins intensifs ?

oui ☐ non ☐

15. Autre(s) information(s) jugée(s) importante(s) .....

.....

.....

.....

## HYPERTENSION GRAVIDIQUE

(Fiche à ne remplir que pour les décès maternels du à une complication liée à l'HTA)

**1- Diagnostic de la complication effectué le:** /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/\_/\_/  
jour mois année heure minutes

2- Age gestationnel (en semaines d'aménorrhée) /\_/\_/\_

3- Tension artérielle observée (avant toute thérapeutique) / / / / / / / /

4- La patiente a-t-elle manifesté :

1- hémorragies ☐ 2- œdèmes de la face ☐

3- œdèmes ☐ 4- Hypertension artérielle ☐

5- protéinuries ☐ 6- épigastre en barre ☐

7- céphalées en casque ☐ 8- vertiges ☐

9- bourdonnements d'oreille ☐ 10- dyspnée ☐

11- cyanose ☐ 12- oligurie ☐

13- OAP ☐ 14- troubles de la vue ☐

15- convulsions □

Si convulsions, date et l'heure de début    /\_/\_/    /\_/\_/\_/    /\_/\_/\_/\_/\_/\_/    /\_/\_/\_/\_/    /\_/\_/\_/\_/  
   jour       mois       année               heure   minutes

## 5. Signes foëtaux

1- foetus mort ☐

2- foetus vivant ☐

3- souffrance foetale ☐

6. Examens pratiqués en urgence (en rapport avec la complication)      oui ☐ non ☐

Si oui, lesquels .....

## 7.Traitement

1- stéroïdes ☐      2- Anticonvulsivants ☐

3- Diurétiques ☐      4- Antihypertensifs ☐

5- Tocolytiques ☐      6- Anticoagulants ☐

7- Déclenchement ☐      8- Vasoconstricteurs ☐

9- Autres ☐ Si autres, préciser.....

8. Y a-t-il eu hématome rétro-placentaire ?                      oui ☐      non ☐

9. Y a-t-il eu passage en unité de soins intensifs?      oui ☐      non ☐

11. Autre(s) information(s) jugée(s) importante(s) .....

.....

.....

.....

## SEPTICEMIES ET INFECTIONS

y compris celles du post-abortum et du post-partum

(Fiche à ne remplir que pour les décès maternels dus à une septicémie et infections)

1. Diagnostic de la complication effectué le : /\_/\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/  
jour mois année heure minutes
2. Diagnostic en clair.....
3. Origine de l'infection .....
4. Température maximale observée au cours de l'hospitalisation /\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_
5. Examens pratiqués en urgence (en rapport avec la complication) oui ☐ non ☐  
.Si oui, lesquelles .....  
.....
6. Y a-t-il eu complication(s) oui ☐ non ☐  
**Si oui, s'agit-il :**
  - 1- choc septique ☐
  - 2- trouble de la coagulation ☐
  - 3- autres ☐
  - 4- si autres, préciser.....
7. Traitement
  - 1- Antibiotiques ☐
  - 2- Anticoagulants ☐
  - 3- autres ☐
  - 4- si autres, préciser.....
8. Y a-t-il eu passage en unité de soins intensifs? oui ☐ non ☐
9. Y a-t-il eu antibioprophylaxie systématique oui ☐ non ☐  
Si oui, pourquoi ?
  - 1- Césarienne ☐
  - 2- Révision utérine ☐
  - 3- Autre ☐
  - si autre, préciser.....
10. Autre(s) information(s) jugée(s) importante(s) .....