



RECOMANDATIONS ET BONNES PRATIQUES
TECHNICO-PROFESSIONNELLES EN VUE DE
L'ASSISTANCE A LA GROSSESSE,
A L'ACCOUCHEMENT ET AU NOUVEAU NE,
DURANT LES INTERVENTIONS DE COOPERATION
SANITAIRE INTERNATIONALE





RECOMANDATIONS ET BONNES PRATIQUES TECHNICO-PROFESSIONNELLES EN VUE DE L'ASSISTANCE A LA GROSSESSE, A L'ACCOUCHEMENT ET AU NOUVEAU NE, DURANT LES INTERVENTIONS DE COOPERATION SANITAIRE INTERNATIONALE

Groupe de rédaction:

Sonia Baccetti, Rita Breschi, Cinzia Bronchi,
Maria Josè Caldès Pinilla, Isabella Chirido, Pasqua Cianciolo,
Daniela Cuomo, Beatrice Fenu, Cinzia Frongia, Andrea Grillo,
Nicole Mascia, Mirjam Mie, Martina Luisi, Ilaria Orlandi, Rossella
Peruzzi, Teresa Repetto, Luca Scali, Barbara Tomasini, Agnese
Torricelli, Vittorio Villa, Stefano Zani.

Traduction Française:

Radhouen Bouharb

Index

4	PREMISSE
5	1. CADRE INSTITUTIONNEL ET VISION DU CSG 6
6	1.1 La santé maternelle
7	1.2 La santé de l'enfant
7	1.3 La vision et les recommandations du CSG
9	2. ANTENATAL CARE
10	2.1 Bonnes pratiques et recommandations pour l'assistance de la femme enceinte et pour une expérience positive de la naissance
10	2.2 Les nouvelles lignes directrices de l'OMS
11	2.3 Les recommandations de base pour les consultations prénatales
12	2.4 Le calendrier des visites prénatales
13	2.5 Interventions et activités à effectuer durant les visites prénatales
14	3. SOINS INTRAPARTUM
15	3.1 Bonnes pratiques et recommandations pour l'assistance intra partum (Essential intrapartum and newborn care / EINC)
15	3.2 Les pratiques EINC recommandées durant la période Intrapartum
15	3.3 Les pratiques EINC recommandées pour le soin du nouveau-né au moment de la naissance
16	3.4 Interventions non nécessaires durant le travail et l'accouchement
16	3.5 La Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement
18	3.6 Utilisation du Partogramme
18	3.7 Délais de serrage du cordon ombilical
19	3.8 Contact de Peau contre Peau entre mère et nouveau-né
20	4. SOINS POSTNATALS
21	4.1 Bonnes pratiques et recommandations pour l'assistance postnatale
21	4.2 Le contexte
22	4.3 Les Lignes Directrices "Postnatal care for mothers and newborns. Highlights from the WHO, 2013"
22	4.4 Synthèse des recommandations n. 1-2-3, se référant à toutes les mères et aux enfants
23	4.5 Synthèse des recommandations n. 4-5-6-7, s'adressant aux nouveau-nés
24	4.6 Synthèse des recommandations n. 8-9-10-11-12, s'adressant aux mères
25	Références générales et traitement de la pathologie

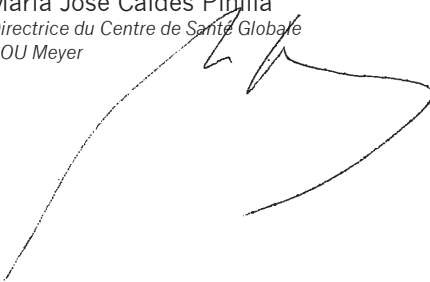
Prémisse

Les interventions de Coopération Sanitaire réalisées, à travers l'engagement de la Région Toscane, ont la grande exigence de poursuivre l'efficacité et l'efficacite pour un usage éthique de ses ressources. Le présent document, qui débute à partir des pratiques de promotion de la physiologie et qui ne néglige pas les aspects du soin des pathologies les plus fréquentes, représente un guide mince aux bonnes pratiques dans le domaine de l'assistance au parcours de la naissance, saisissant des objectifs cruciaux tels que:

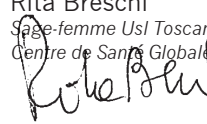
- 1 Mettre en évidence les lignes générales et les recommandations les plus solides, basées sur les plus récentes évidences de la littérature (OMS et autres agences);
- 2 Guider l'écriture des projets d'amélioration à partir des résultats de santé, mais aussi leur monitoring et leur évaluation sur la base de recommandations et d'évidences scientifiques solides;
- 3 Rendre accessibles sous une forme synthétique les lignes directrices et les articles scientifiques les plus représentatifs;
- 4 Rendre exploitables et à disposition de tous les bonnes pratiques qui ont eu du succès sur le terrain

Nous remercions les professionnels du Centre de Santé Globale qui ont coordonné l'élaboration de ce document, en souhaitant que notre travail soit utile pour tous ceux qui s'engagent dans la promotion de la santé maternelle et infantile, à des endroits du monde où accoucher, naître et grandir sont encore un défi qui n'est pas gagné d'avance.

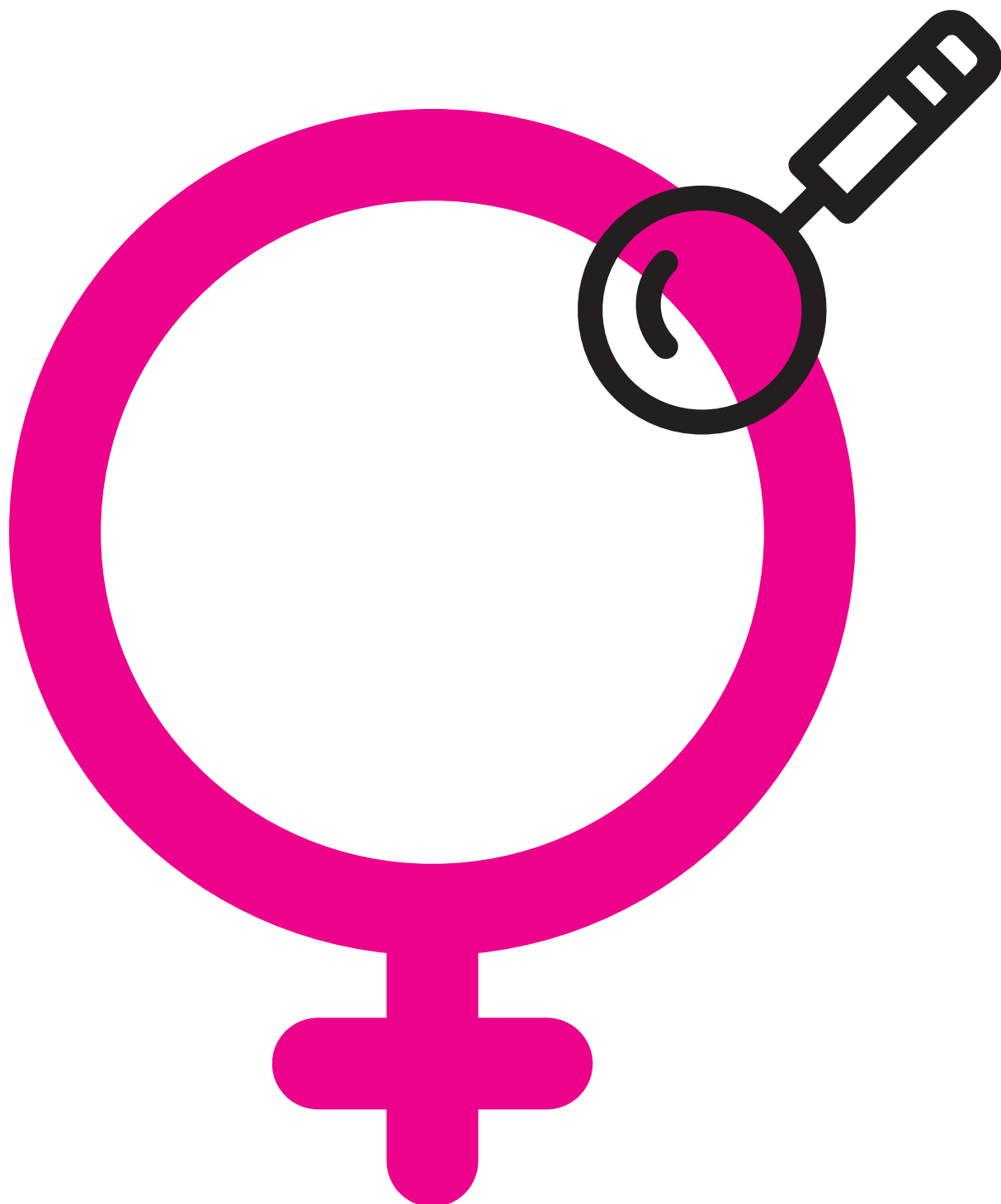
Maria José Caldès Pinilla
Directrice du Centre de Santé Globale
AOU Meyer



Rita Breschi
Sage-femme Usl Toscane Centrale/Région Toscane/
Centre de Santé Globale, Région Toscane/ AOUMeyer



1. Cadre institutionnel et vision du CSG



1. Cadre institutionnel et vision du CSG

1.1 La santé maternelle

La mortalité maternelle est encore de manière inacceptable élevée, malgré le fait qu'elle ait considérablement diminué au cours de ces dernières années. On estime qu'en 2015 environ 303.000 femmes sont décédées suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (environ 830 femmes par jour).

En 2015, le taux de mortalité maternelle dans les pays pauvres a été de 239 pour 100000 naissances vivantes, tandis qu'il a été de 12, pour 100000 naissances vivantes dans les pays industrialisés. Plus de la moitié de ces morts a eu lieu en Afrique subsaharienne et presque un tiers s'est produit en Asie méridionale. Le nombre élevé de morts maternelles dans certaines régions du monde reflète les inégalités en matière d'accès aux services sanitaires et met en évidence le fossé entre riches et pauvres. Plus de la moitié des morts maternelles se déroulent dans des milieux fragiles et très démunis, et la plupart de ces décès auraient pu probablement être évités au moyen de simples interventions préventives et curatives.

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé pour les jeunes filles en dessous de 15 ans et les complications durant la grossesse et l'accouchement sont une des principales causes de décès chez les adolescents des pays pauvres.

Les femmes provenant de pays pauvres ont plus de chances de tomber enceintes que dans les pays développés, et leur risque de décès, durant l'âge de reproduction, s'avère très élevé. La probabilité qu'une femme a de mourir pour des causes liées à la grossesse est de 1 sur 4900 dans les pays développés, par rapport à 1 sur 180 dans les pays pauvres et, même de 1 sur 54, dans les pays considérés comme étant des États fragiles*.

Les morts maternelles ont lieu à cause de complications durant et après la grossesse et l'accouchement. Les principales complications qui sont la cause de presque 75% de tous ces décès maternels sont:

- 1 Grave saignement (surtout hémorragie post-partum)
- 2 Infections (d'habitude après l'accouchement)
- 3 Tension artérielle élevée durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie)
- 4 Complications variées durant l'accouchement
- 5 Avortements à risque

Les conditions pathologiques préexistantes deviennent plus graves durant la grossesse : paludisme, VIH, SIDA, anémie et malnutrition, comportent de considérables complications maternelles et néonatales, et augmentent ainsi les probabilités de décès dans des situations où la prévalence de ces conditions est haute. De nouvelles données suggérant que les femmes qui ont fait l'objet de mutilation génitale féminine (MGF) sont de manière significative, plus à risque d'avoir des complications pendant l'accouchement, et c'est pour cette raison qu'une telle condition doit être identifiée à temps. La violence de genre et l'exposition aux risques sur le lieu de travail, la dépression à la fin de la grossesse et durant la période post-natale, sont des problèmes de santé publique supplémentaires qui sont souvent sous-évalués.

*OCSE:

«Un Etat est fragile quand celui-ci n'entend pas ou n'est pas capable de, prendre les mesures nécessaires pour lutter contre la pauvreté, promouvoir le développement et d'assurer la sécurité de la population et le respect des droits humains»

1. Cadre institutionnel et vision du CSG

1.2 La santé de l'enfant

Au niveau global des progrès considérables ont été réalisés dans la réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans ; le nombre d'enfants qui meurent encore pour des causes tout à fait évitables reste pour autant considérable, comme pour les cas de travail d'accouchement, prématurité, pneumonie, diarrhée, septicémie et paludisme. Presque la moitié de ces morts en dessous des cinq ans sont associés à la dénutrition.

Le défi majeur dans le domaine de la réduction de la mortalité infantile, se concentre dans la période temporelle proche de la naissance ; 45% des décès d'enfants en dessous de cinq ans a lieu à la période néonatale où les premiers 28 jours de vie sont les plus critiques.

En 2015, 2,7 millions d'enfants sont décédés pendant les premiers jours de vie et 2,6 millions d'enfants sont morts-nés. En Afrique subsaharienne, on estime que 900000 enfants meurent au cours des douze dernières semaines de grossesse. Les morts-nés antepartum sont reproductibles à une série de causes, parmi lesquelles, des infections maternelles et des complications durant la grossesse.

Les nouveaux-nés subissent les conséquences des problèmes qui ont compliqué la grossesse, comme les naissances prématurées et d'autres facteurs qui influencent la croissance (par exemple les infections congénitales et le syndrome d'alcoolisation foetale). La famille, le contexte et les croyances dans la communauté influencent la santé tout au long de la grossesse, positivement ou négativement.

Certaines cultures promeuvent la consommation d'aliments spéciaux et le repos pendant la période de gestation ; dans d'autres cultures, en revanche, la grossesse n'a aucune reconnaissance. Dans ces cas, les femmes continuent de travailler durement et les tabous nutritionnels peuvent les priver des nutriments essentiels, ajoutant ainsi de nouveaux problèmes de carences nutritionnelles chroniques (fer, protéine et certaines vitamines).

Toutefois la plupart des décès d'enfants sont facilement évitables au moyen d'interventions éprouvées et rapidement disponibles. Le taux de réduction de la mortalité infantile peut s'accélérer considérablement si les interventions sur les régions se concentrent aux plus hauts taux de mortalité comme en Afrique subsaharienne et en Asie méridionale.

1.3 La vision et les recommandations du CSG

Le Centre de Santé Globale (CSG), fruit d'une alliance innovante entre les Etablissements Publics de Santé, le Gouvernement Régional et l'Université, coordonne des initiatives régionales relatives aux thèmes de santé globale (migration et santé, inégalités en matières de santé et de systèmes sanitaires, maladies tropicales, coopération sanitaire internationale). Dans cette logique, le CSG promeut et réalise des projets de coopération sanitaire internationale, orientés vers l'équité et la lutte contre les inégalités, et vers l'accessibilité aux services sanitaires, cherchant ainsi à renforcer en premier lieu les systèmes sanitaires dans leur ensemble. Les projets sont réalisés sur le terrain par des Collectivités Locales, des Établissements sanitaires, des Collectivités Publiques, des organismes privés à but non lucratif, des associations qui deviennent un pont entre le CSG et le terrain d'intervention, afin de garantir l'efficacité de la stratégie et la cohésion à cette vision.

Les principaux domaines d'action des projets de coopération concourent à :

- 1 la formation du personnel sanitaire
- 2 à l'assistance technico-institutionnelle
- 3 aux interventions dans les hôpitaux et sur le territoire dans la logique du Primary Health Care
- 4 aux interventions au sein des communautés locales
- 5 à l'information et à l'éducation à la santé des communautés locales et de celles qui ont immigré en Toscane
- 6 à la recherche scientifique et au développement de l'innovation en milieu sanitaire

1. Cadre institutionnel et vision du CSG

La santé maternelle et infantile représente un thème prioritaire des initiatives de coopération sanitaire internationale et actuellement le CSG, en synergie avec les stratégies nationales et régionales de coopération, concentre sa zone d'intervention sur des cadres géopolitiques des plus proches, comme l'Afrique subsaharienne et la Méditerranée.

Les cures périnatales représentent une opportunité fondamentale pour les opérateurs sanitaires dans la fourniture d'assistance, de soutien et d'informations aux populations locales. Un moment crucial pour promouvoir des comportements sains et des styles de vies adéquats parmi lesquels, une bonne alimentation, l'allaitement, la prévention et le diagnostic des maladies, la consultation pour la planification familiale et le monitoring de la croissance de l'enfant.

Les mêmes activités doivent être garanties aux communautés de migrants en Toscane qui eux-mêmes peuvent également devenir des catalyseurs pour la diffusion des informations dans les pays d'origine.

Dans le but de partager la culture de base, de rendre efficaces et homogènes les interventions sanitaires, de donner de la visibilité aux bonnes pratiques qui ont eu du succès et au travail précieux que les groupes mènent depuis des années dans des situations de grande détresse, le CSG met à disposition le présent document. L'outil a comme objectif de faciliter la pratique des opérateurs sanitaires qui collaborent dans des situations opérationnelles variées et celui-ci est réalisé en collaboration avec les mêmes acteurs impliqués sur le terrain dans des projets.

Pour la rédaction du document, une méthode participative a été adoptée à travers le travail de groupes sur des sujets bien définis. La participation a été spontanée, la planification du travail a été subdivisée en quatre groupes qui ont élaboré les chapitres du présent document:

- CADRE INSTITUTIONNEL ET VISION DU CSG
- ANTENATAL CARE
- INTRAPARTUM CARE
- POSTNATAL CARE

http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf

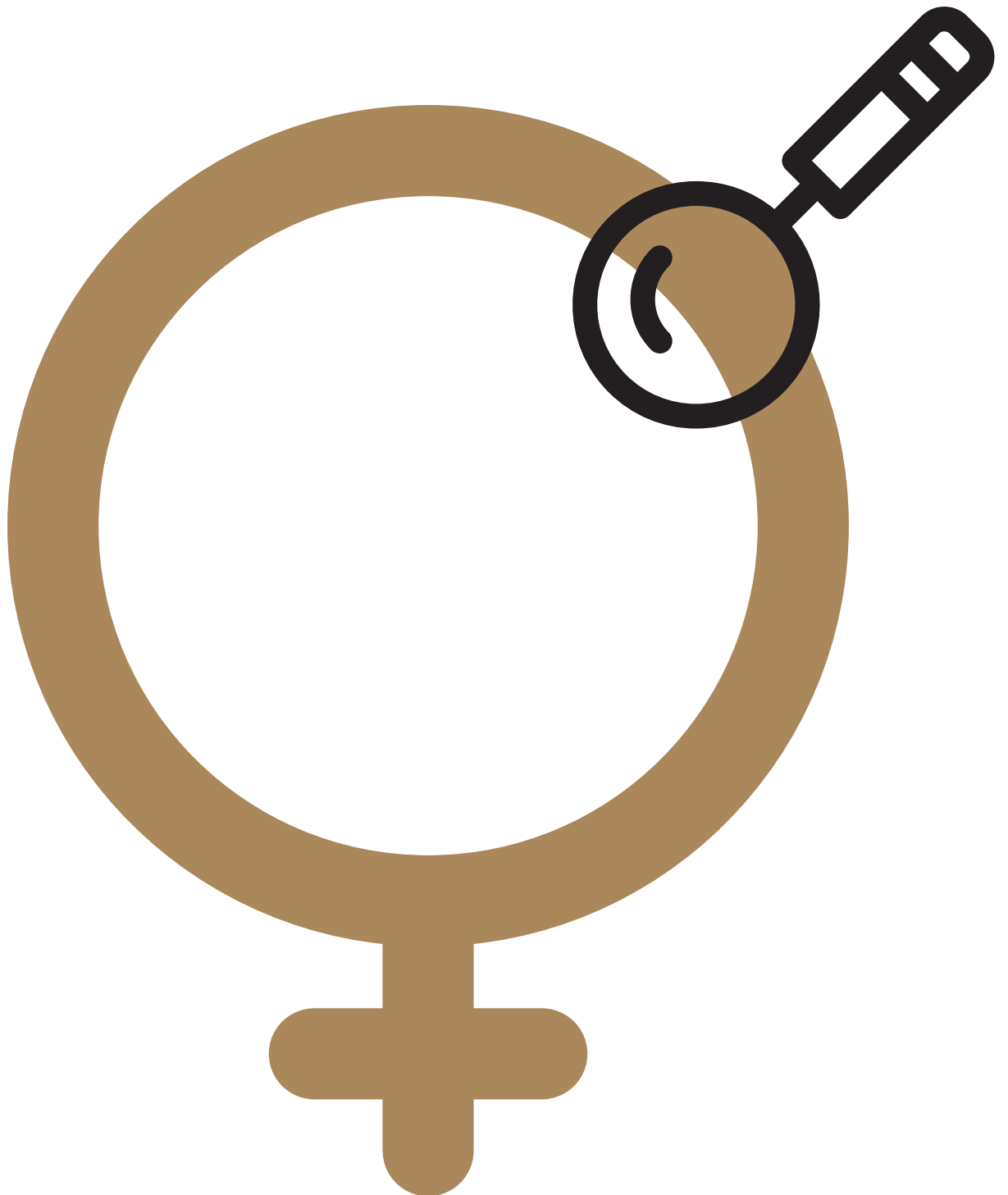
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128219/1/WHO_RHR_14.25_eng.pdf

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/6/9241562218_ita.pdf?ua=1&ua=1

<http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

2. Antenatal Care

—



2. Antenatal Care

2.1 Bonnes pratiques et recommandations pour l'assistance de la femme enceinte et pour une expérience positive de la naissance

Au début de l'ère du Sustainable Development Goals (SDGs), la mortalité et la morbidité évitable liée à la grossesse demeurent, de manière inacceptable, élevées. Malgré de substantielles améliorations réalisées, les pays concernés ont besoin de consolider et de multiplier ces progrès et de charger leurs emplois du temps, pour aller outre la survie, au moyen d'une vision qui maximise la santé et les potentiels de leurs populations. La qualité, la sécurité des cures et l'expérience positive de la femme en fonction des soins reçus, sont les clés permettant l'amélioration des cures prénatales et la création de familles et de communautés prospères.

*Objectifs de développement commun à tous les pays du monde promulgués par les Nations Unies en 2016 et valables jusqu'en 2030.

2.2 Les nouvelles lignes directrices de l'OMS

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/>

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/1/WHO-RHR-16.12-eng.pdf>

L'Organisation Mondiale de la Santé a adopté en novembre 2016 une nouvelle série de recommandations afin d'améliorer la qualité des consultations prénatales (CPN-ANC). Le paquet a pour objectif de préparer la naissance et la parentalité, non seulement de prévenir, repérer, soulager mais aussi de gérer les trois principaux problèmes de santé qui concernent les mères et les enfants durant la grossesse:

- complications de la grossesse
- conditions préexistantes qui se dégradent au cours de la grossesse
- effets de styles de vie insalubres

Les visites prénatales (ANC : antenatal clinic) se définissent comme l'ensemble des cures qu'une femme reçoit pendant la grossesse en fonction de sa situation personnelle et permettent d'assurer une issue favorable de la grossesse pour elle-même et son nouveau-né. De manière plus spécifique les visites prénatales ont les objectifs de santé suivants:

- réduire le risque de complications de la grossesse et de morbidité/mortalité maternelle
- réduire le risque de morts-nés
- aider les femmes à avoir une expérience positive de la grossesse et de la naissance

En focalisant l'attention sur une expérience de grossesse positive, les nouvelles lignes directrices ont pour objectif de garantir, non seulement une grossesse sûre pour la mère et l'enfant, mais aussi, un passage efficace vers un travail et un accouchement positifs, et enfin, une expérience positive de la maternité.

Une caractéristique importante de ces lignes directrices réside dans leur aspect exhaustif. Celles-ci fournissent non seulement des recommandations sur les standards d'évaluation maternelles et foetales, mais s'intéressent aussi à la nutrition pendant la grossesse, à la prévention, au traitement de problèmes communs (nausée, brûlure gastrique, ecc.) et aux interventions de prévention dans des contextes géographiques bien déterminés (paludisme, VIH, tuberculose, la syphilis, ecc.)

Les lignes directrices incluent aussi des recommandations sur les modalités de counseling en cas de violence domestique suspecte et un guide aux services d'assistance prénatale qui tient compte des contextes différents dans lesquels ces recommandations sont fournies.

La cure prénatale est une opportunité fondamentale, pour les opérateurs sanitaires afin de fournir assistance, soutien et informations aux femmes enceintes, pour la promotion d'un style de vie sain, pour le dépistage et la prévention des maladies, et enfin, une grande opportunité de consultation, ayant pour but de promouvoir la planification familiale.

2. Antenatal Care

Le nouveau modèle d'assistance prénatale OMS prévoit de faire passer de quatre à huit le nombre de contacts conseillés entre la femme enceinte et les services fournissant les soins. De récentes preuves indiquent qu'une majeure fréquence de contacts prénataux avec le système sanitaire de la part de femmes et de jeunes adolescentes, est associé à une moindre probabilité de morts nés et de complications maternelles, grâce à la plus grande opportunité de dépister et de gérer des problèmes potentiels.

www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/

Par rapport à ce qui vient d'être dit, on clarifie que, le concept de « contact » entre la femme et ceux qui fournissent la consultation prénatale, plusieurs fois mentionnés dans les documents diffusés, devrait représenter plus qu'une simple « visite » mais plutôt la garantie d'assistance et de soutien durant toute la grossesse. Le terme « contact » implique une relation active entre une femme enceinte et ceux qui en prennent soin.

2.3 Les recommandations de base pour les consultations prénatales:

- Un minimum de huit contacts d'assistance prénatale pour réduire les décès périnataux et maternels et perfectionner l'expérience des femmes
- Counselling sur une alimentation saine, sur un style de vie actif durant la grossesse et sur la prévention des incidents domestiques
- Supplémentation quotidienne d'acide folique et de fer par voie orale dans le but de prévenir l'anémie maternelle, le sepsis puerpéral, le faible poids à la naissance et l'accouchement prématuré
- Vaccination antitétanique pour toutes les femmes enceintes en vue de prévenir la mortalité néonatale causé par le tétanos
- Reconnaissance et gestion des complications liées à la grossesse, en particulier la pré-éclampsie
- Reconnaissance et traitement de maladies préexistantes ou concomitantes qui pourraient se compliquer pendant la grossesse
- Promotion de l'usage de moustiquaires médicamenteuses et du traitement préventif intermittent du paludisme au cours de la grossesse (IPTp)
- Assurer une échographie avant la 24^{ème} semaine (mieux vaut avant la première moitié de la grossesse) pour pouvoir estimer l'âge gestationnel, réduire l'induction du travail pour la grossesse à terme dépassé, repérer le diagnostic d'anomalies foetales et de grossesses multiples
- Demander à toutes les femmes enceintes si elles font usage d'alcool et d'autres substances (dans le passé et dans le présent) le plus tôt possible, durant la grossesse, et à chaque visite prénatale
- Informer et éduquer au repérage de signaux de danger pour la femme et le nouveau-né et fournir un travail de collaboration dans la préparation d'un plan pour atteindre les structures sanitaires à la fin de la grossesse ou au démarrage du travail et pour le transport vers l'hôpital en cas d'urgence
- Aider la femme enceinte ainsi que son compagnon à se préparer à la naissance et au soin du bébé, en particulier pour le début de l'allaitement exclusif au sein
- Promouvoir la planification familiale postnatale

http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf

2. Antenatal Care

L'assistance prénatale facilite l'identification et la gestion des complications de la grossesse, en particulier de la pré-éclampsie. Elle favorise également la reconnaissance, et le traitement de maladies concomitantes, même sexuellement transmissibles, en l'occurrence, de la syphilis, de l'infection par le VIH, et prône la surveillance de la santé mentale. Celle-ci, favorise aussi la prévention du paludisme pendant la grossesse, notamment en promouvant l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, ce qui amplifie chez les mères une prise de conscience par rapport aux besoins de santé et de prise de soin de soi, de l'hygiène du foyer et du nouveau-né. La transmission d'informations, liées à la reconnaissance de signaux de danger et la focalisation anticipée des thématiques logistiques et financières relatives au besoin de transfert en cas d'urgence, aide les familles à se préparer à temps, développant ainsi un plan pour l'accouchement et pour d'éventuelles complications. Pendant les entretiens, on ne néglige pas le thème des avantages de l'allaitement au sein prolongé, de la planification familiale et de la nécessité d'espacer les naissances, en essayant aussi d'impliquer le partenaire et d'en considérer le rôle de soutien durant toute l'expérience de la naissance.

2.4 Le calendrier des visites prénatales

Les visites doivent être organisées en fonction du calendrier suivant.

Contact 1: Avant 12 semaines	Au premier contact, à la 12/13ème semaine Routine, évaluation de l'anémie, test VIH, syphilis, hépatite B, recherche de signes cliniques de tuberculose, recherche de bactériurie asymptomatique, contrôle de l'état de vaccination anti-tétanos et procédure de vaccination si nécessaire (comme prévu par le calendrier).
SECOND TRIMESTRE	
Contact 2: 20 semaines	Au second contact, à la 20ème semaine Routine, échographie (si disponible), traitement anthelminthique, traitement préventif contre le paludisme, traitement de la bactériurie si présente.
Contact 3: 26 semaines	Au troisième contact, à la 26ème semaine Routine, évaluation de l'anémie, contrôle de la bactériurie et de son éventuel traitement, traitement préventif contre le paludisme
TROISIEME TRIMESTRE	
Contact 4: 30 semaines	Au quatrième contact, à la 30ème semaine Routine, traitement préventif contre le paludisme
Contact 5: 34 semaines	Au cinquième contrôle, à la 34ème semaine Routine, contrôle bactériurie, traitement préventif contre le paludisme
Contact 6: 36 semaines	Sixième contrôle, à la 36ème semaine Routine, évaluation anémie, traitement préventif contre le paludisme
Contact 7: 38 semaines	Au septième contrôle, à la 38ème semaine Routine
Contact 8: 40 semaines	Au huitième contrôle, à la 40ème semaine Routine, traitement préventif contre le paludisme
HOSPITALISATION POUR ACCOUCHEMENT À PARTIR DE LA 41ÈME SEMAINE	Hospitalisation, à la 41ème semaine Si l'accouchement n'a pas encore eu lieu

2.5 Interventions et opérations à effectuer au cours des visites prénatales.

A chaque contact ou visite prénatale

- Conseil orienté au recueil d'informations sur l'état psychosocial de la femme et sur l'éventuelle présence de violences domestiques.
- Conseil sur l'alimentation et sur les styles de vie saine (consommation de caféine, de tabac, d'alcool, de drogues)
- Reconstitution de la supplémentation quotidienne en Fer et en Acide Folique
- Évaluation de la glycémie, de la protéinurie
- Contrôle du poids, PA
- Traitement préventif contre le paludisme à partir du second trimestre, une fois par mois, administrer au moins quatre doses
- Visite Obstétrique:
 - Manoeuvres de Leopold (second et troisième trimestre)
 - Détection-mesure Symphyse /Fond utérin (à partir de la 24ème semaine)
 - Auscultation des battements cardiaques foetaux (à partir du deuxième contrôle)
- Évaluation et traitement de problèmes accessoires
 - Douleur gastrique
 - Varices
 - Lombosciatalgie
- Informer sur la reconnaissance de signaux de danger pour soi-même et pour le nouveau-né
- Compléter la fiche obstétrique qui doit être remise à la femme
- Définir la date du contrôle successif

Notes et précisions:

Vaccination antitétanique (IVA) en fonction du calendrier suivant:

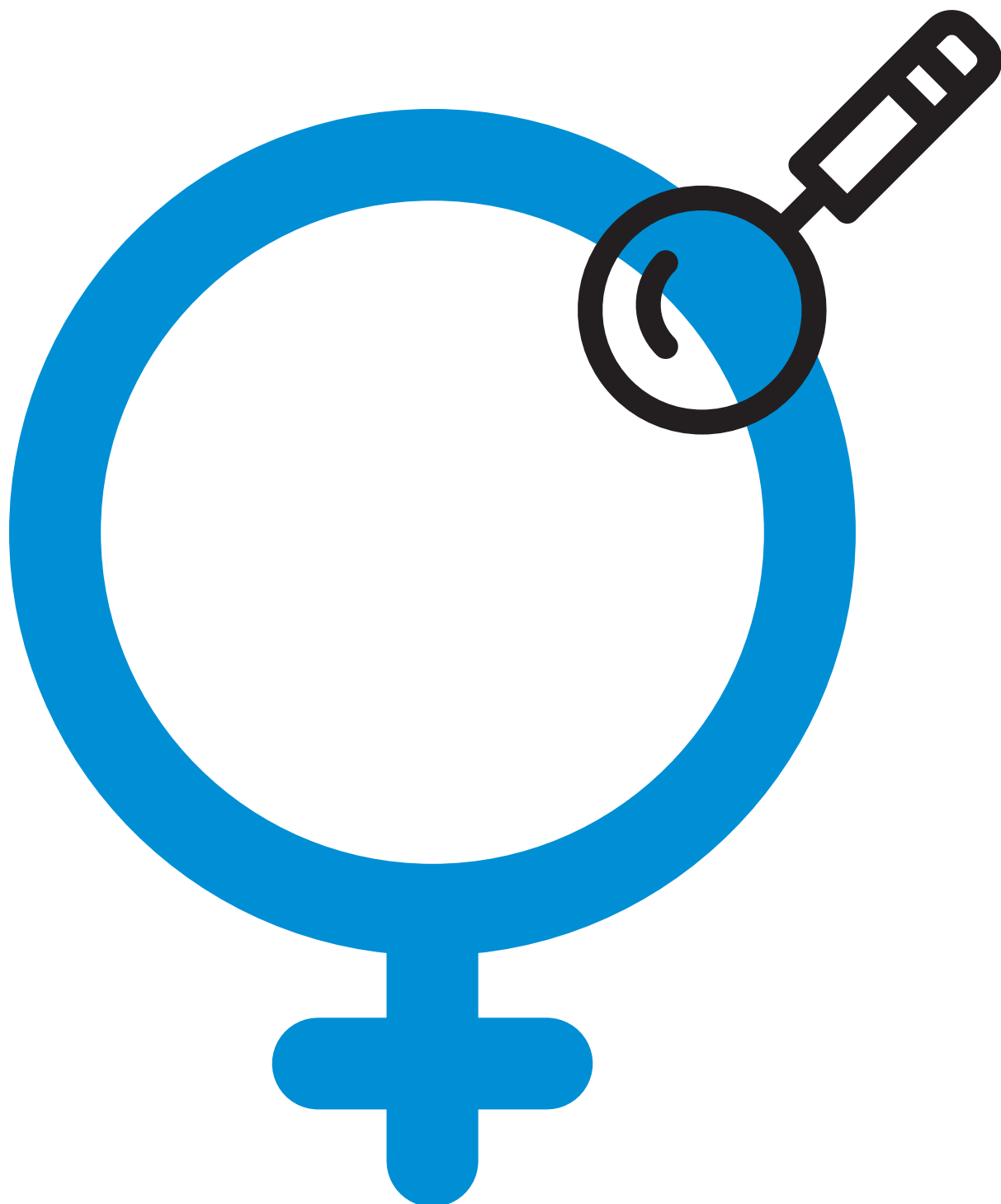
- 1st** dose: au premier contact
- 2nd** dose: 1 mois après le premier
- 3rd** dose: 6 mois après le second (ou à la grossesse suivante)
- 4th** dose: 1 an après le troisième (ou à la grossesse suivante)
- 5th** dose: 1 an après le quatrième (ou à la grossesse suivante)

Traitement intermittent du paludisme:

l'administration de sulfadoxine pyriméthamine s'effectue à partir du second trimestre, une fois par mois, jusqu'à atteindre au moins quatre doses

Traitement antihelminthique: le traitement au moyen de mébendazole s'effectue à la 16ème semaine et peut se répéter successivement à la 32ème semaine.

3. Intrapartum care



3. Intrapartum care

3.1 Bonnes pratiques et recommandations pour l'assistance intrapartum (Essential intrapartum and newborn care / EINC)

L'ensemble de recommandations pratiques suivantes concernent les aspects les plus cruciaux du processus d'accouchement et de l'assistance au nouveau-né, se focalisant sur les dits « Soins Essentiels », Essential Intrapartum and Newborn Care (WHO/UNICEF 2015) et approfondissant de manière spécifique les thématiques relatives à:

- Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement (WHO Safe Childbirth Checklist)
- Utilisation du partogramme
- Délais de serrage du cordon ombilical
- Contact peau à peau entre la mère et l'enfant

Les pratiques EINC sont standards, fondées sur l'expérience clinique et promeuvent la qualité et la sécurité des soins, adressés aux femmes qui accouchent et aux nouveaux-nés, 48 heures avant la naissance (période intrapartum qui comprend travail, accouchement et postpartum), et jusqu'à une semaine de vie pour le nouveau-né. Développées et testées sur le terrain par des experts internationaux et locaux, les pratiques EINC reflètent les connaissances actuelles, en distinguant les pratiques à garantir à la mère et au nouveau-né.

3.2 Les pratiques EINC recommandées durant la période Intrapartum

- Soutien continu consacré à la mère de la part d'un compagnon ou d'une autre personne de son choix, pendant le travail et l'accouchement
- Possibilité de bouger durant le travail
- Possibilité de choisir la position durant le travail et l'accouchement
- Usage de méthodes non pharmacologiques pour le contrôle de la douleur de l'accouchement, avant l'offre de l'analgésie péridurale
- Poussée spontanée, non guidée
- Recours à l'épisiotomie seulement si nécessaire
- Gestion active du troisième stade du travail
- Utilisation du partogramme pour le contrôle de la progression de l'accouchement

3.3 Les pratiques EINC recommandées pour le soin du nouveau-né au moment de la naissance

- Séchage/ essuyage immédiat du nouveau-né
- Contact précoce de peau à peau entre la mère et le nouveau-né même pour favoriser le démarrage précoce de l'allaitement au sein
- Clampage du cordon ombilical en respectant le délai approprié

3. Intrapartum care

3.4 Interventions non nécessaires durant le travail et l'accouchement

Les interventions non nécessaires durant le travail et l'accouchement à éliminer sont les suivantes

Pour la mère:

- Clystères
- Rasage du pubis
- Restriction de consommations de boissons et de nourriture
- Usage de routine de liquides par voie endoveineuse

On spécifie que la pression au fond de l'utérus pouvant faciliter la période d'expulsion (manœuvre de Kristeller) ne doit pas être pratiquée car elle peut mener à des lésions maternelles et néonatales et conduire à la mort

Pour le nouveau-né:

- Aspiration de routine
- Bain précoce
- Séparation de routine de la mère
- Empreinte du pied
- Administration de lait artificiel, de substituts de lait maternel ou d'autres substances

http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-ENGLISH_updated_July2014.pdf

<https://www.everynewborn.org/>

<http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/every-newborn-action-plan/>

3.5 Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement

Par rapport aux plus de 130 millions de grossesses qui ont lieu chaque année, l'on estime que les morts maternelles s'élèvent à 303000. Pour ce qui concerne en revanche les enfants, 2,6 millions d'entre eux naissent morts et parmi ces derniers, presque la moitié décède au moment de l'imminence de la naissance (fresh stillbirth); 2,7 millions font face à une mort néonatale avant les 28 premiers jours de la naissance. La plupart de ces cas de décès ont lieu dans des milieux aux ressources insuffisantes et la majorité pourraient être évités.

Pour faire face à cette situation inacceptable, l'OMS a mis au point une liste de contrôle pour l'accouchement sécurisé (Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement) qui soutient et indique les pratiques essentielles concernant les soins maternels et périnataux. L'accouchement est caractérisé aussi bien par des événements de routine qu'inattendus et les complications, visant la mère, le nouveau-né, ou les deux, peuvent se produire de manière imprévisible. La Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement aide les opérateurs sanitaires à assurer les pratiques essentielles durant la naissance, en considérant les « moments critiques » pouvant être affrontés, à travers une séquence de pratiques codifiées, qui ont démontré qu'elles pouvaient réduire les dommages aux mères et aux nouveaux-nés. Chaque élément de la liste de contrôle représente une action fondamentale qui, si elle n'a pas lieu, peut entraîner d'importants dommages pour la mère, le nouveau-né ou les deux. L'outil a été développé en suivant une méthodologie rigoureuse et testée dans dix pays, en Afrique et en Asie, au moyen d'une étude multicentrique randomisée, contrôlée et soutenue par l'OMS.

La liste de contrôle indique comment affronter:

- les principales causes de mortalité maternelle (hémorragies, infections, dystocies et troubles hypertensifs)
- les causes de mort néonatale intrapartum (assistance durant l'accouchement inadéquate)
- les morts néonatales (asphyxies, infections et complications liés à la prématurité)

3. Intrapartum care

Dans la conception de cette liste de contrôle, on a considéré le flux de routine des événements, et le processus d'accouchement a été subdivisé en quatre sections bien spécifiques, dénommées Points Pause.

Point Pause 1: Admission

Le contrôle de la mère au moment de son hospitalisation est importante pour repérer et traiter les conditions et les complications que celle-ci peut avoir à son admission à l'hôpital; cela afin d'évaluer le besoin éventuel d'être transférée vers une autre structure, pour préparer, son compagnon et elle, au travail et à l'accouchement dans le but d'impliquer le couple sur la reconnaissance de signaux de danger, pour lesquels on doit recourir à de l'aide.

Point Pause 2: Avant les poussées (ou avant la césarienne)

Le contrôle de la mère, immédiatement avant la phase d'expulsion (ou de la césarienne) est important pour se préparer à la routine, ainsi que pour repérer et traiter les complications ou les événements critiques qui pourraient se produire et ce, afin de se préparer à l'assistance à la délivrance et au nouveau-né.

Point Pause 3: Tout de suite après la naissance (avant 1 heure)

Le contrôle de la mère et du nouveau-né immédiatement après la naissance (avant 1 heure) est important pour détecter et traiter les complications qui peuvent se produire après l'accouchement, afin d'assurer le contact de peau à peau et l'attachement précoce au sein, ainsi que pour informer la mère (et son compagnon) sur les signaux de danger et pour lesquels ils doivent faire appel à de l'aide.

Point Pause 4: Avant la sortie de l'hôpital

Le contrôle de la mère et du nouveau-né avant leur sortie de l'hôpital s'avère importante afin de s'assurer, que la mère et le nouveau-né se portent au mieux, que les contrôles successifs aient été organisés, que les options de planification familiale aient été discutées et transmises à la mère (ainsi qu'à son compagnon) et que l'information ait été transmise sur les signaux de danger aussi bien pour la mère que pour l'enfant, au cas où il est nécessaire qu'il y ait une assistance immédiate qualifiée. La sortie est déconseillée avant les premières 24 heures, et dans la liste de contrôle sont indiquées les raisons pour laquelle cette dernière doit être retardée.

Chaque Point Pause a un ensemble de conditions essentielles à satisfaire, et le remplissage de la liste de contrôle guide tous ceux qui veillent au contrôle du caractère complet des soins fournis (voir ci-dessous). Ces Points Pause permettent, non seulement à ceux qui assistent, de protéger la mère et le nouveau-né contre de dangereuses complications, mais dirigent aussi les opérateurs sanitaires à bien prendre le temps d'effectuer les contrôles.

Liste de contrôles

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199179/1/WHO_HIS_SDS_2015.26_eng.pdf?ua=

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/1/9789241549455_eng.pdf?ua=1

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/

Prévention et traitement de l'hémorragie postpartum:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3. Intrapartum care

3.6 Utilisation du Partogramme

Le travail de l'accouchement prolongé, est une des principales causes de décès chez les mères et les nouveaux-nés dans le monde en voie de développement. Si le travail n'avance pas normalement, la femme peut risquer de graves complications comme, par exemple, la déshydratation et la fatigue, jusqu'au travail obstrué et à la rupture utérine. En plus de cela, on enregistre davantage de probabilités de risquer des hémorragies et des infections maternelles et néonatales bien que des fistules recto-vaginales.

L'utilisation du partogramme est recommandée dans le monitoring de routine du travail et aide, ceux qui assistent, à repérer la lente progression du travail de l'accouchement et de démarrer les interventions appropriées, dans le but de prévenir un accouchement prolongé et obstrué. Le partogramme est un instrument peu coûteux, conçu afin de fournir une vue panoramique et continue du travail. Celui-ci a démontré que les résultats en sont améliorés, si il est utilisé correctement. Il aide à prévoir la déviation d'un correct déroulement du travail et supporte l'intervention rapide, en facilitant la responsabilisation de l'opérateur qui assiste la femme.

Il s'agit d'une simple feuille en papier qui contient des informations concernant l'état foetal, l'état maternel et la progression du travail. Le remplissage du Partogramme commence au démarrage de la Phase Active (active phase), à partir de 4 centimètres, en présence de contractions régulières (diagnostic de travail) et prévoit l'enregistrement rigoureux de données demandées sur le graphique. Dans les pays en voie de développement, le Partogramme résulte encore aujourd'hui la procédure recommandée, ayant pour but de monitorer en sécurité le travail de l'accouchement et de décider avec suffisamment d'avance, quand transférer la femme des structures sanitaires périphériques vers une structure de niveau supérieur où la césarienne ou d'autres interventions appropriées peuvent être garanties.

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnact388.pdf

<http://books.mcai.org.uk/2.3.%20Managing%20normal%20labour%20and%20delivery.1.5MB/part3.htm>

<http://www.open.edu/openlearnworks/mod/oucontent/view.php?id=272&printable=1>

3.7 Umbilical cord clamping time

Le délai optimal pour le clampage du cordon ombilical a fait l'objet de débats dans la littérature scientifique pendant au moins un siècle et les comportements quant à cette pratique résultent encore non alignés aux évidences actuelles. On définit « précoce » le clampage effectué au cours des 60 premières secondes après la naissance (plus communément au cours des 15-30 premières secondes) ; on définit clampage « retardé » celui qui est effectué plus d'une minute après la naissance, et lorsque la pulsation du cordon ombilical a cessé.

http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/

Depuis 2012, l'OMS recommande que, chez les nouveaux-nés à terme ou prématuré qui ne requièrent pas de ventilation à pression positive, le cordon ne soit pas clampé avant une minute après la naissance (fortement recommandé).

En outre les recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement des hémorragies postpartum (aussi bien au cours de l'accouchement vaginal qu'au cours du TC) prévoient le clampage retardé du cordon (effectué environ entre 1 et 3 minutes après la naissance)

Le clampage retardé ne doit pas être confondu avec la traite du cordon. Les termes ne sont pas nécessairement des synonymes (traite signifie presser physiquement le sang du cordon ombilical). Il existe de nombreuses études récentes qui évaluent l'effet de la traite et qui nécessite d'ultérieurs approfondissements, quoi qu'il en soit, la traite a été proposée comme alternative à la coupe retardée du cordon, en particulier pour les nouveaux-nés prématurés.

3. Intrapartum care

Les Lignes Directrices de l'OMS conseillent la gestion active du travail de l'accouchement qui comprend les démarches suivantes:

- Checking for the absence of a twin;
- Using a uterotonic drug, preferably oxytocin. If not available use ergometrine / misoprostol (not in hypertensive women);
- Clamping the cord between 1 and 3 minutes after birth;
- Performing a controlled cord traction or an uterine massage (if experienced staff is available);
- Early clamping is generally contraindicated.

http://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/cord_clamping/en/

3.8 Contact de Peau à Peau entre mère et nouveau-né

Les enfants sont souvent amenés à être immédiatement séparés de leur mère après leur naissance, gardés enveloppés ou vêtus dans les bras de celle-ci. Le Peau à Peau (SSC) prévoit que le nouveau-né soit positionné nu sur le thorax de la mère au moment de la naissance (positionnement immédiat, dans les 10 minutes qui suivent la naissance) ou immédiatement après (précoce).

Le positionnement immédiat ou précoce, dans ces modalités, améliore l'adaptation néonatale et les systèmes qui gouvernent la transition vers la vie extra-utérine, ce qui favorise le lien et l'allaitement prolongé au sein. Les enfants placés en contact peau à peau ont moins de difficultés de thermorégulation, pleurent moins, reviennent plus rapidement à la condition d'équilibre acide-base, ont de meilleurs niveaux de glycémie et sont plus calmes.

Même les femmes ayant accouché par césarienne peuvent profiter de ces avantages. Les enfants placés dans cette condition doivent être positionnés correctement, les voies respiratoires libres et surveillés ; ils doivent également être protégés du froid, dans le but d'éviter des complications cardio-respiratoires (ALTE/SUPC) qui peuvent éventuellement se produire et ont déjà été signalées. Les parents ont le devoir, d'être informés au sujet de la position sûre du nouveau-né et d'être éduqués à reconnaître les signaux de danger.

http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Safe+Sleep+and+Skin-to-Skin+Care+in+the+Neonatal+Period+for+Healthy+Term+Newborns>

4. Postnatal care



4. Postnatal care

4.1 Bonnes Pratiques et Recommandations en vue de l'assistance post-natale

L'adoption du terme « post-natale » (Post Natal Care) s'emploie pour toutes les thématiques relatives à la mère et à l'enfant après la naissance, et cela, jusqu'à 6 semaines (42 jours). Cette terminologie, suggérée par l'OMS, nous permet de dépasser l'usage des termes « post-partum », avec une référence aux thématiques maternelles et « post-natales » et avec une référence aux thématiques néonatales (Postnatal care for mothers and newborn/Essential intrapartum and newborn care / EINC).

http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_4.pdf

4.2 Le contexte

Les six premières semaines qui suivent l'accouchement sont fondamentales pour la santé et la survie d'une mère et de son nouveau-né et les premières heures après la naissance représentent le moment le plus vulnérable pour les deux. Presque la moitié des décès maternels ont lieu avant les premières 24 heures et 66% se produisent durant la première semaine successive à l'accouchement.

Le manque de soins pendant ce laps de temps peut provoquer la mort ou l'invalidité, mais aussi des occasions manquées pour la promotion de comportements sains qui intéressent les femmes, les nouveaux-nés et les enfants. De nombreuses femmes africaines, ainsi que beaucoup de leurs nouveaux-nés, n'ont pas accès à l'assistance sanitaire durant la période postnatale précoce, ce qui amplifie le risque de maladies et de décès.

Le fait que, 18 millions de femmes en Afrique n'accouchent actuellement pas dans une structure sanitaire, constitue un défi dans la planification et la mise en œuvre des cures postnatales (PNC), aussi bien pour les femmes que pour leurs nouveaux-nés. L'Afrique subsaharienne a les plus hauts taux de mortalité néonatale au monde et a démontré le plus lent progrès en matière de réduction de la mortalité néonatale, en particulier des décès pendant la première semaine de vie. 2,7 millions de nouveaux-nés sont morts en 2013 au cours de leur premier mois de vie, dont 1 million le premier jour.

Conséquences sur les femmes:

En Afrique, la principale cause de mortalité maternelle directe (34% des morts) est l'hémorragie, surtout celle qui advient postpartum. Septicémie et infections postnatale soutiennent les 10% supplémentaires de morts maternelles. A la période postnatale, l'information adéquate et l'accès à la planification familiale (Post Partum Family Planning, PFP) s'avèrent très importants et le manque de ces opportunités augmente le risque de grossesses nombreuses et peu espacées.

La période postnatale est particulièrement stressante pour les mamans; la disponibilité de support émotif et psychologique est fondamental dans le but de réduire le risque de dépression.

Conséquences sur les nouveaux-nés:

L'asphyxie est la cause de mort de nombreux nouveaux-nés pendant le premier jour la plupart des décès dus à la naissance prématurée ont lieu au cours de la première semaine. 38% des enfants d'Afrique subsaharienne meurent d'infections, surtout après la première semaine de vie, et la majorité d'entre eux ont un poids très faible à la naissance, souvent prématurée. Au moins un décès sur quatre en dessous d'une année de vie se produit au cours du premier mois, c'est à dire bien avant que les services sanitaires commencent à fournir assistance.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf

4. Postnatal care

4.3 Les Lignes Directrices “Postnatal care for mothers and newborns. Highlights from the WHO, 2013”

Celles-ci s’articulent en 13 recommandations, et de manière spécifique:
les points 1-2-3 regardent toutes les mères et les enfants; l
es points 4-5-6-7 concernent les cures se référant au nouveau-né;
les points 8-9-10-11-12-13 concernent les soins s’adressant aux mamans.
De ces points, l’on obtient les **Best Practices** décrites ci-dessous.

4.4 Synthèse des contenus des recommandations n. 1-2-3, s’adressant aussi bien aux mères qu’aux enfants:

- Si l’accouchement a lieu dans une structure sanitaire, l’accueil de la mère et du nouveau-né doit se prolonger pour environ 24 heures. (Cette recommandation est une mise à jour par rapport à la précédente version de 2006 qui prévoyait une durée minimum de séjour de 12 heures)
- L’évidence suggère que la sortie de l’hôpital soit acceptable seulement si la perte hématique de la mère est sous contrôle, si la mère et l’enfant ne présentent pas de signes d’infections ou d’autres maladies et si l’allaitement a bien démarré
- Il est important de fournir une assistance post-natale dans les premières 24 heures à toutes les mères et nouveaux-nés, indépendamment du lieu où se produit la naissance
- Un examen clinique complet doit être réalisé environ 1 heure après la naissance, après la première tétée. La mère et son enfant doivent être de nouveau contrôlés avant leur sortie de l’hôpital
- Si l’accouchement a lieu à domicile, le premier contact post-natal devrait être effectué le plus tôt possible avant 24 heures après la naissance et un contact supplémentaire doit avoir lieu de préférence au plus tard dans les 24-48 heures
- Toutes les mamans et leurs enfants ont besoin d’au moins quatre consultations postnatales au cours des 6 premières semaines (cette recommandation est une mise à jour par rapport à la précédente version de 2006 qui prévoyait trois consultations postnatales avant les 6 semaines après la naissance)
- En plus des cures postnatales, qui prévoyaient deux évaluations complètes le premier jour, il est recommandé d’effectuer trois ultérieures visites : jour 3 (48-72 heures), entre les 7 et 14ème jours et à 6 semaines qui suivent la naissance
- Ces contacts peuvent avoir lieu à la maison ou dans une structure sanitaire, en fonction du contexte. D’ultérieurs contacts peuvent être nécessaires pour faire face à des problèmes existants
- Les visites postnatales à domicile doivent être effectuées par du personnel qualifié, bien formé et contrôlé

4. Postnatal care

Recommandations supplémentaires relatives aux mères et aux enfants liées aux autres lignes directrices de l'OMS

- L'assistance qualifiée de la part de professionnels est importante pour toutes les femmes et nouveaux-nés au cours du travail, de l'accouchement et du premier jour suivant la naissance
- Les femmes doivent être encouragées à accoucher en présence de personnel qualifié, dans une structure sanitaire, de manière à ce qu'elles puissent bénéficier de cures postnatales de qualité
- Promouvoir une modalité de cures respectueuse, centrée sur la femme et ses besoins, où les femmes sont traitées avec gentillesse, dignité et respect

4.5 Synthèse des contenus des recommandations n. 4-5-6-7 s'adressant aux nouveaux-nés:

- Renforcer l'assistance postnatale à travers des visites à domicile et auprès des structures sanitaires
- Dans chacune des quatre visites de contrôle postnatales, les nouveaux-nés devraient être évalués en fonction de la présence ou non de neuf signes cliniques (listés à la recommandation 4 du tableau 2), identifiés comme étant des signes de danger
- Continuer de promouvoir l'allaitement exclusif au sein (EBF) à toutes les visites postnatales en offrant une consultation sur les problèmes d'allaitements communs et une relative modalité de gestion
- Soigner le moignon du cordon ombilical en le maintenant sec et propre est une recommandation valable pour les bébés nés dans des structures sanitaires ou à la maison, dans des contextes où la mortalité néonatale est plus faible. Dans des milieux où la mortalité néonatale est élevée (plus de 30 morts-nés pour 1.000 nés-vivants), il est recommandé d'appliquer de la chlorhexidine à la concentration prévue
- L'usage de chlorhexidine peut être considéré pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle dangereuse
- Renforcer les messages clés qui ne nécessitent pas de bain et importance du contact de peau à peau pour le nouveau-né et importance des vaccinations
- Intervenir dans le but d'identifier les nouveaux-nés prématurés ou de poids faible, étant donnée leur particulière vulnérabilité

Recommandations supplémentaires relatives au nouveau-né et liées aux autres lignes directrices de l'OMS

- Immédiatement après la naissance, tous les enfants devraient être essuyés avec soin et évalués en fonction de leur respiration
- Le cordon doit être clampé et coupé pas avant une minute (entre 1 et 3 minutes), à moins que le bébé ait besoin de réanimation
- L'aspiration des voies respiratoires ne doit pas être réalisée de manière ordinaire
- Durant la première heure qui suit la naissance, l'enfant devrait être positionné peau à peau sur la mère afin de faciliter le maintien de la température et non la dispersion de chaleur et commencer l'allaitement au sein
- L'examen clinique complet et les autres cures devraient être accomplies environ une heure

4. Postnatal care

après la naissance, après la première tétée. La prophylaxie ophtalmique, l'administration de vitamine K et la vaccination contre l'hépatite B, si nécessaire, doivent être garanties après la première heure et de toute manière dès que possible (avant 24 heures)

- L'accouchement assisté par un personnel sanitaire qualifié, aussi bien à la maison que dans une structure sanitaire, prévoit que le nouveau-né reçoive si besoin des soins supplémentaires qui comprennent la réanimation néonatale de base au moyen d'un insufflateur et d'un masque

4.6 Synthèse des recommandations 8-9-10-11-12, s'adressant aux mères:

- Renforcer la cure postnatale pour les mères à travers des visites à domicile et auprès de structures sanitaires
- Le contact postnatal comprend une consultation sur la planification familiale, la santé mentale maternelle, la nutrition, l'hygiène et la violence de genre

Recommandations supplémentaires relatives à la mère, liées aux autres lignes directrices de l'OMS

- Continuer à garantir, à toutes les femmes qui accouchent, une gestion active du troisième stade de travail et un monitoring attentionné aussitôt après la naissance comme partie intégrante de la cure. Cette pratique réduit le risque d'hémorragie du post-partum de la période post-natale

Slide:

<https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/Bernadette-Daelmans.pdf>

REFERENCES GENERALES ET TRAITEMENT DE LA PATHOLOGIE

The global library of women's Medicine

www.glowm.com

Biblioteca OMS

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community/en/

Managing complication pregnancy and childbirth WHO

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43972/1/9241545879_eng.pdf

Essential obstetrics and newborn care MSF 2015

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/obstetrics/obstetrics_en.pdf

Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/en/

Primary surgery (cap 19 – 20 – 21 – 22)

http://global-help.org/publications/books/help_primarysurgery.pdf

Essential drugs MSF 2016

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/essential_drugs/ed_en.pdf

Managing newborn problems : a guide for doctors, nurses, and midwives

<http://www.who.int/iris/handle/10665/42753><http://www.who.int/iris/handle/10665/42753>

Newborn health

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/en/

Caring for newborns and children in the community - Package of resources

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/

Midwifery care

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/en/

Guidelines Neonatal Resuscitation ILCOR 2015

Document PDF

http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S543



www.centrosaluteglobale.eu