

# RESUME PROJET Y YEN

## ▪ LE CONTEXTE

### SITUATION

20 km de l'hôpital de province Nam Dinh

### ADMINISTRATIF

✓ Directeur BS BAU

### CAPACITE ACTIVITES

L'hôpital a une capacité de 160-170 lits mais accueille en continu plus de 190 malades adultes et enfants. La pédiatrie comprend 25 lits mais accueille environ 40 patients en permanence.

Les urgences pédiatriques présentent une salle de déchocage ainsi que 4 salles d'hospitalisation.

Un manque important de médecins est constaté puisqu'ils ne sont que 26 sur l'ensemble de l'hôpital dont 2 gynécologues-obstétriciens. Les sages-femmes sont au nombre de 11 dont seulement une est diplômée, les 10 autres sont des sages-femmes auxiliaires.

En 2007, l'hôpital a effectué 1300 accouchements. Les locaux de la maternité sont composés :

- D'une salle d'accouchement,
- D'une salle de réanimation nouveau-né,
- D'une salle de néonatalogie,
- D'un service d'hospitalisation post-partum, (4 chambres ; 4 lits par chambre)
- D'une salle de stérilité,
- D'une salle équipée pour les bains des nouveau-nés.

*Les césariennes se déroulent dans l'enceinte du bloc opératoire commun (bâtiment distinct de la maternité) soit à une cinquantaine de mètres du bloc obstétrical. Le taux de césarienne est inférieur à 20%*

### MATERIEL

Un déficit majeur en matériel indispensable est noté au sein de la maternité. Aucun appareil cardiotocographique, aucune table radiante ne sont présents. La salle de néonatalogie dispose de deux couveuses (en état) et d'un extracteur d'oxygène qui ne fonctionne pas. La salle de réanimation est équipée d'un aspirateur de mucosité (en état), d'un BAVU (Ballon Auto Remplisseur à Valve Unidirectionnelle), d'une balance. Du consommable est présent. Les kits d'accouchement, de réfection sont rangés dans des boîtes stérilisées. Il n'y a pas de point d'eau ni dans la salle d'accouchement, ni dans la salle de réanimation bébé. Les murs de chaque salle sont carrelés.

Présence d'une pharmacie au sein de la salle de stérilisation.

### DEMANDE DU DIRECTEUR BS BAU

Il constate une augmentation incessante des exigences de la population quant à la technicité proposée principalement sur le suivi des grossesses. Parallèlement, le Ministère de la Santé prévoit dans ces objectifs de diminuer la mortalité infantile. Ces deux éléments peuvent se rejoindre en augmentant les connaissances pratiques et théoriques dans le domaine de la périnatalité. Le Dr Bau nous explique qu'il manque cruellement de matériel mais qu'il est plus important pour lui de perfectionner la formation de ces médecins avant de pouvoir acheter du matériel de haute technologie (!). Enfin, il nous fait remarquer que son hôpital est très peu équipé pour un hôpital de district.

## ▪ LE PROJET INITIAL

### OBJECTIFS PRINCIPAUX

- ◆ Participer aux objectifs du ministère de la Santé dans le domaine de la périnatalité soit diminuer la mortalité infantile en améliorant la prise en charge médicale, paramédicale et médico-éducative de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et de la petite enfance.
- ◆ Permettre une communication entre les différents personnels de la périnatalité et de l'enfance.

### CALENDRIER PREVU

- Programme sur 2 ans, 2009-2010 à raison de 2 missions par an.
- Premier départ : Mars 2009.
- Fin 2010 : réévaluation +/- poursuite du programme

	COMPOSITION DES EQUIPES	OBJECTIFS	DUREE DE LA MISSION
<b>OCTOBRE 2008</b>	- 1 pédiatre - 1anesthésiste - 1 gynécologue obstétricien - 1 IDE puéricultrice - 1 directeur IME - 1 psychologue clinicienne - 1 psychomotricienne	•Evaluation des besoins en formation •Validation du projet •don matériel consommables de réanimation pédiatrique et sonicaid®	2J
<b>PRINTEMPS 2009</b>	- 1 pédiatre - 1 gynécologue-obstétricien/échographiste - 1 sage-femme +/- échographiste - 1 IDE puéricultrice	• <b>suivi de la grossesse</b> : recensement des consultations de grossesse, des échographies et des échographistes ; organisation de la consultation, grossesse prolongée, prévention IMF, • <b>accouchement</b> : ERCF, échographie en urgence, prévention IMF • <b>naissance</b> : formation réanimation du nouveau-né (sans Neopuff®) • <b>service de néonatalogie</b> : indication d'hospitalisation, organisation et modalité de surveillance MATERIEL : grossesse/accouchement/naissance <b>échographe ???</b>	15J
<b>AUTOMNE 2009</b>	- 1 pédiatre - 1 gynécologue-obstétricien - 1 anesthésiste - 2 SF - 2 IDE puéricultrices - 1 éducateur	• <b>accouchement</b> : surveillance de la parturiente, prévention hémorragie de la délivrance, transfert, prise en charge prééclampsie, éclampsie • <b>naissance</b> : formation réanimation du nouveau-né (néopuff®) • <b>service de néonatalogie</b> : indication d'hospitalisation, organisation et modalité de surveillance, nidcap • <b>séjour en maternité</b> : surveillance des nouveaux-nés • <b>dépistage/animation petite enfance</b> MATERIEL : grossesse/accouchement/naissance <b>neopuff®</b> (à réévaluer à la mission précédente)	15J
<b>PRINTEMPS 2010</b>	- 1 ou 2 pédiatre(s) - 1 sage-femme - 2 IDE puéricultrice - secteur médico-éducatif (à définir)	• <b>liaison obstétrico-pédiatrique</b> : transferts néonataux, définir la présence du pédiatre à la maternité, accueil du nouveau-né en néonatalogie, formation réanimation de nouveau-né par les pédiatres résidents au personnel de la maternité. • <b>séjour en maternité</b> : surveillance de l'accouchée • <b>service de néonatalogie</b> : indication d'hospitalisation, organisation et modalité de surveillance, nidcap • <b>dépistage/ suivi / salle de jeux</b> MATERIEL : séjour en maternité, séjour en néonatalogie <b>rampes photothérapie ???</b>	15J
<b>AUTOMNE 2010</b>	- 1 pédiatre - 1 gynécologue-obstétricien - 1 anesthésiste - secteur médico-éducatif (à définir)	• <b>dépistage/suivi/animations/salle de jeux</b> • <b>liaison obstétrico-pédiatrique</b> : staffs, organisation • <b>accouchement</b> : à définir en fonction des résultats des missions précédentes • <b>naissance</b> : à définir en fonction des résultats des missions précédentes	15J

## ▪ **RESUME DES MISSIONS PRECEDENTES**

**MARS 2009 :** A l'arrivée, les participants ont été surpris de la présence des sages-femmes des dispensaires lors des cours magistraux. La nature et contenu de la formation ont donc été réajustés car ces sages-femmes ne sont pas équipées du même matériel que celles de l'hôpital. Cette mission sera marquée par un manque de temps passé sur le terrain avec les sages-femmes, rendant la prise de contact difficile dans un premier temps. Lors de cette mission, beaucoup de temps a été consacré à gagner la confiance des sages-femmes de la maternité. En fin de mission, les participants auront pu être témoin des prémices de la salle de néonatalogie.

**NOVEMBRE 2009 :** La plupart des cours donnés intéressent. Chaque fois, une sage-femme de l'hôpital se détache et prend des notes pour les autres. Le matériel emmené à la mission précédente est là mais pas utilisé, pas ou peu entretenu, parfois non fonctionnel. Le personnel n'est pas toujours au courant de sa présence. L'état des lieux a été complété, car il n'était pas exhaustif. Au cours de la mission, les participants ont eu l'occasion de mettre en application certains cours du fait de la présence d'un nouveau-né présentant des vomissements et une perte de poids. La petite fille sera hospitalisée sur leurs indications, et ils ont pu montrer l'examen clinique par la pédiatre, la pose de perfusion, la mise en couveuse. Ont été révélées par cet épisode le manque de surveillance, en suites de couches (pas d'examen bébé), et en néonatalogie (surveillance par les parents). Un transfert avec une sage-femme sera fait pour cet enfant mais les conditions du transfert restent à améliorer (équipement, dossier...).

**MARS 2010 :** Les sages-femmes sont très intéressées par les cours d'obstétrique, notamment les manœuvres pour la dystocie des épaules, problème grandissant au Vietnam du fait de l'augmentation du poids des nouveaux-nés. Les principaux problèmes rencontrés lors de cette mission ont été une difficulté de communication franche avec le personnel qui a peur de ce qu'on peut raconter au directeur, ainsi qu'un problème de corruption (difficulté d'imposer un examen clinique des bébés en suite de couches quand le bain est soumis à un bakchich), de conflits dans les intérêts (le directeur a des objectifs pour son hôpital mais ne répond pas toujours aux préoccupations des sages-femmes).

**NOVEMBRE 2010 :** Le service de néonatalogie est équipé et fonctionnel, mais il y a toujours une difficulté à mettre en place une surveillance réelle des nouveaux-nés hospitalisés en néonatalogie du fait d'un manque de personnel. Les travaux en cours de la nouvelle maternité et la volonté de certaines sages-femmes à se former à la néonatalogie montrent que l'administration et le personnel veulent faire progresser la maternité. La collaboration sera interrompue le temps des travaux, mais reprendra ensuite.

## ▪ **OBJECTIFS ENVISAGES PAR LA SUITE**

### **CREER LES CONDITIONS D'ACCUEIL OPTIMALES POUR LE NOUVEAU-NE**

- Instaurer un examen clinique systématique à la naissance
- Envisager un examen clinique systématique avant la sortie si possible
- Vérifier la préparation du matériel d'accueil bébé à chaque accouchement

### **AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE NEONATOLOGIE**

- Mise en fonction du matériel présent, vérification de son utilisation, applications pratiques si possible
- Préciser les critères d'hospitalisation et de surveillance en néonatalogie (dossier néonatal)
- Vérifier la possibilité de faire des analyses complémentaires pour les nouveaux-nés
- Créer un lien avec le service de pédiatrie
- Améliorer les conditions du transfert néonatal

**Auteurs : Chloée Bayle-Loudet, Caroline Matteo**