

Deuxième Section :
Guide pour les
Formateurs

STAGE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

CAHIER DU FORMATEUR

DEUXIEME SECTION : GUIDE POUR LES FORMATEURS

DIRECTIVES D'ENCADREMENT A L'INTENTION DES FORMATEURS

Directive, soutien et évaluation à titre individuel	1
Directive, soutien et évaluation pour l'équipe	4

PROGRAMME DU STAGE MODELE SOU.....5

CLES DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE PREALABLE47

PREMIERE SEMAINE

Jeu de rôle : Clés des réponses à la communication interpersonnelle pendant les SOU	53
Etude de cas 1a : Clés des réponses au saignement vaginal en début de grossesse.....	54
Etude de cas 1b : Clés des réponses au saignement vaginal en début de grossesse	57
Etude de cas 2 : Clés des réponses à l'hypertension gestationnelle.....	60
Exercice : Clés des réponses à l'utilisation du partogramme	64

DEUXIEME SEMAINE

Etude de cas 1a : Clés des réponses au saignement vaginal après l'accouchement	71
Etude de cas 1b : Clés des réponses au saignement vaginal après l'accouchement	74
Etude de cas 2a : Clés des réponses à la fièvre après l'accouchement	77
Etude de cas 2b : Clés des réponses à la fièvre après l'accouchement	80

QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE

Utiliser le questionnaire	83
Questionnaire des connaissances à mi-stage.....	84
Fiche des réponses du Questionnaire des connaissances à mi-stage	93
Clés des réponses au Questionnaire des connaissances à mi-stage	95

TROISIEME SEMAINE

Etude de cas 1: Clés des réponses à l'hypertension gestationnelle.....	103
Etude de cas 2: Clés des réponses au saignement vaginal en début de grossesse	106
Etude de cas 3: Clés des réponses à la tension artérielle élevée pendant la grossesse	109

QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Etude de cas 1: Clés des réponses au déroulement défavorable du travail.....	113
Etude de cas 2: Clés des réponses à la fièvre après l'accouchement	116
Etude de cas 3: Clés des réponses au saignement vaginal après l'accouchement	120
Simulation clinique : Prise en charge du choc (septique ou hypovolémique)	124
Simulation clinique : Prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée.....	130
Simulation clinique : Prise en charge du saignement vaginal en début de grossesse.....	132
Simulation clinique : Prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement.....	135
Simulation clinique : Prise en charge du nouveau-né asphyxié.....	138

DIRECTIVES D'ENCADREMENT A L'INTENTION DES FORMATEURS

Les formateurs devront rendre visite aux participants sur leurs lieux de travail respectifs pendant l'exercice pratique auto-dirigé de trois mois afin d'apporter directive et soutien, à titre individuel et collectif, et d'évaluer les connaissances et les compétences des participants. Les visites devraient être faites par des équipes de deux formateurs (par exemple, une sage-femme et un médecin). La première visite se fera vers la fin du premier mois et la seconde vers la fin du troisième mois de l'exercice pratique. D'autres visites devront être organisées, le cas échéant, en fonction des besoins individuels et collectifs des participants. Les formateurs établiront un calendrier des visites avant que les participants ne reviennent dans leurs établissements.

DIRECTIVES, SOUTIEN ET EVALUATION A TITRE INDIVIDUEL

Les formateurs peuvent utiliser les méthodes suivantes pour guider, soutenir et évaluer chaque participant lors des visites d'encadrement :

- Discussions individuelles
- Observation de la pratique clinique
- Etudes de cas
- Simulations cliniques
- Questionnaire d'évaluation des connaissances

Discussions individuelles

Les formateurs devront rencontrer chaque participant aux fins suivantes :

- Revoir le Journal d'expérience clinique
- Discuter avec les clientes/patientes auxquelles le participant a fourni des soins obstétricaux d'urgence (SOU), notamment les symptômes qui se présentent, le diagnostic, le traitement et les résultats.
- Discuter pour voir si les besoins d'apprentissage individuels ont été satisfaits ou non.
- Déterminer la meilleure manière de répondre aux besoins d'apprentissage pendant le restant de l'exercice pratique (première visite d'encadrement) et, le cas échéant, au-delà de l'exercice pratique (seconde visite d'encadrement).

- Discuter des facteurs qui ont facilité la pratique clinique et de ceux qui l'ont rendue difficile, y compris la manière de venir à bout de ces difficultés.
- Discuter d'autres questions/aspects, tels que définis par le participant.

Observation de la pratique clinique

Les formateurs passeront du temps avec les participants dans la zone clinique (à savoir, les services des traumatismes, consultations prénatales, travail et accouchement, et service du post-partum, salle d'opération) pour observer l'application des connaissances et des compétences en insistant notamment sur les SOU. Voici les compétences cliniques en question :

- Prise en charge du choc
- Réanimation de l'adulte
- Compétences cliniques pour les soins après avortement
- Compétences de planification familiale liées aux soins après avortement
- Accouchement sans risques et dans les bonnes conditions d'hygiène
- Episiotomie et réfection
- Réfection des déchirures cervicales
- Accouchement par le siège
- Extraction par ventouse obstétricale
- Compressions bimanuelle de l'utérus
- Compression de l'aorte abdominale
- Délivrance artificielle
- Réanimation néonatale
- Examen physique et soins du post-partum
- Examen du nouveau-né
- Intubation endotrachéale*
- Césarienne*
- Salpingectomie (grossesse extra-utérine)*
- Laparotomie (rupture de l'utérus)*
- Hystérectomie du post-partum*

(*médecins uniquement)

Les urgences obstétricales n'étant pas courantes, il est possible qu'il n'existe pas suffisamment de possibilités pour observer les participants exerçant les compétences susmentionnées. Aussi, faudra-t-il peut-être observer les participants s'exerçant sur des modèles. Les compétences qui seront utilisées avec les modèles dépendent des besoins de formation des participants et de la nécessité, pour le formateur, d'évaluer certaines compétences particulières.

Lorsqu'ils se trouvent dans la zone clinique, les formateurs devraient également observer si les participants :

- Montrent qu'ils sont responsables de leurs actes
- Montrent qu'ils reconnaissent et qu'ils respectent les droits de la femme à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité
- Utilisent les compétences adéquates de communication interpersonnelle lorsqu'ils dispensent les soins, en insistant notamment sur les SOU
- Appliquent les pratiques de PI recommandées

Etudes de cas et simulations cliniques

Les mêmes études de cas et simulations cliniques utilisées pendant les cinq premières semaines du cours de formation seront à nouveau utilisées pour permettre aux formateurs d'évaluer les compétences des participants en ce qui concerne la prise de décision.

Les participants devraient travailler individuellement sur les études de cas. Le formateur discutera ensuite du résultat de l'étude de cas avec le participant, en utilisant comme guide la clé des réponses à l'étude de cas en question. Suivant les besoins d'apprentissage individuel d'un participant, les études de cas et les simulations cliniques seront choisies dans la liste suivante :

Etude de cas :

- Saignement vaginal en début de grossesse (avortement incomplet)
- Saignement vaginal en début de grossesse (avortement incomplet/septique)
- Saignement vaginal en début de grossesse (rupture de grossesse ectopique)
- Saignement vaginal après l'accouchement (hémorragie retardée du post-partum)
- Saignement vaginal après l'accouchement (traumatisme génital)
- Saignement vaginal après l'accouchement (utérus atone)
- Hypertension gestationnelle (Prééclampsie sévère)

- Hypertension gestationnelle (Prééclampsie légère)
- Tension artérielle élevée pendant la grossesse (hypertension chronique)
- Fièvre après l'accouchement (Abscess de la plaie)
- Fièvre après l'accouchement (Mastite)
- Fièvre après l'accouchement (Métrite)
- Déroulement défavorable du travail (travail dystocique)
- Prise en charge des maux de tête, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance et de la tension artérielle élevée
- Prise en charge du saignement vaginal en début de grossesse
- Prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement
- Prise en charge du nouveau-né asphyxié

Questionnaire sur l'évaluation des connaissances

Les formateurs demanderont aux participants de répondre individuellement au Questionnaire sur l'évaluation des connaissances. De suite après l'avoir rempli, les formateurs devraient noter le questionnaire et discuter des résultats avec le participant pour définir les besoins actuels d'apprentissage.

DIRECTIVE, SOUTIEN ET EVALUATION POUR L'EQUIPE

Les formateurs rencontreront l'équipe des SOU (à savoir les sages-femmes et le médecin qui participent à l'exercice pratique auto-dirigé) afin de revoir et de discuter de la mise en œuvre du Plan d'action de l'équipe. Les aspects suivants seront couverts :

- Faire la visite au chevet du malade avec les membres de l'équipe
- Assister aux réunions de l'équipe
- Revoir les Fiches de travail du plan d'action
- Observer les activités en cours et/ou les résultats des activités réalisées pour renforcer les SOU, tel que suit :
- Exercices d'alerte
- Préparation de toutes les zones de l'hôpital pour les urgences obstétricales
- Disponibilité de l'équipement, des fournitures et des médicaments
- Examen ou audit du décès maternel

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
PREMIERE SEANCE : PREMIER JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Bienvenue aux participants	Bienvenue de la part des représentants de l'organisation qui parrainent le stage de formation.	Matériel du stage : Rétroprojecteur, écran, tableau à feuilles mobiles (grandes fiches) avec feutres, magnétoscope et écran, modèles anatomiques, instruments et fournitures (se rapporter pour plus de détails au Sommaire du stage dans le Cahier du formateur sur les SOU)
20 minutes	Activité : Faciliter les présentations des participants	Demander aux participants de se diviser en paires, d'interviewer et ensuite, de se présenter mutuellement par nom, position et caractéristiques uniques. Les formateurs devraient également participer à cette activité.	
10 minutes	Activité : Vue d'ensemble du stage	Revoir le sommaire et le programme du stage. Discuter des buts du stage et des objectifs d'apprentissage des participants.	Carnet de Stage des participants : sommaire et programme
10 minutes	Activité : Revoir le matériel du stage	Distribuer, revoir et discuter du matériel utilisé pendant ce stage.	Manuel PCCGA Manuel de référence et supplément pour la prévention des infections Carnet de stage des participants sur les SOU et tout matériel de soutien pertinent au stage
10 minutes	Activité : Définir les attentes des participants	Demander aux participants de partager leurs attentes du stage et marquer leurs réponses sur une grande fiche. Attacher la grande fiche au mur pour pouvoir s'y rapporter tout au long du stage.	
40 minutes	Activité : Evaluer les connaissances préalables des participants	Demander aux participants de se rapporter au Questionnaire des connaissances préalables au stage, dans leur carnet et répondre à chacune des questions.	Carnet de Stage des participants : Questionnaire préalable des connaissances
10 minutes	Activité : Revoir l'expérience clinique	Demander aux participants de remplir le Questionnaire confidentiel de l'expérience clinique. Les formateurs utiliseront cette information pour suivre les progrès tout au long de la formation.	Carnet de Stage des participants : Questionnaire confidentiel de l'expérience clinique
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA PREMIERE SÉANCE : PREMIER JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
20 minutes	Activité : Cerner les besoins d'apprentissage individuels et collectifs	Demander aux participants de noter les questionnaires et de remplir la Matrice d'évaluation individuelle et collective. Suivre les instructions dans le Cahier du formateur sur les SOU.	Cahier du formateur sur les SOU : Clés aux réponses du Questionnaire préalable des connaissances et Directives pour utiliser la matrice d'évaluation individuelle et collective
75 minutes	Activité : Présenter et discuter les résultats de l'évaluation sur le site	Demander à chaque personne d'une équipe de participants (chaque équipe devrait comprendre une ou deux infirmières/sages-femmes avec des compétences obstétricales et un médecin par hôpital de district) de présenter les résultats de l'évaluation du site en fonction du Formulaire d'évaluation du site préalable à la formation. Octroyer 10 minutes à chaque équipe de participants pour la présentation. Lors de chaque présentation, le formateur devrait noter les principaux résultats sur une grande fiche et ensuite, discuter de ces résultats immédiatement après la présentation. Laisser environ 10 minutes pour la discussion suivant chaque présentation. Les résultats devraient être discutés sous l'angle de l'amélioration de la performance et de la qualité des soins et de l'utilisation de l'approche équipe aux SOU.	
45 minutes	Objectif : Décrire le but et les principes fondamentaux du programme de Prévention de la mortalité et morbidité maternelles (AMDD) et l'impact éventuel sur la mortalité maternelle Objectif : Définir les SOU fondamentaux et complets	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents pour expliquer les origines, le but et le principe fondamental du programme AMDD et définir les SOU fondamentaux et les SOU complets. Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion. Noter qu'un choix de transparents du jeu des graphiques de présentation peuvent être utilisés plutôt que l'ensemble complet. Cela s'applique chaque fois que les graphiques sont utilisés lors de ce stage.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles, Orientation de programme

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DEUXIEME SÉANCE : PREMIER JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
75 minutes	Objectif : Décrire les changements récents dans les soins obstétricaux et infirmiers ainsi que la raison et les conséquences de ces changements.	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents pour souligner les changements récents dans les soins obstétricaux. Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants d'envisager ces changements dans le cadre de leur propre travail et de partager leurs expériences concernant la nécessité et l'introduction du changement, surtout en ce qui concerne les SOU.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Changer les soins obstétricaux
20 minutes	Pause		
70 minutes	Objectif : Décrire les droits humains et les SOU	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour donner une vue d'ensemble des droits humains et des SOU : <ul style="list-style-type: none"> • Etre animé du sentiment d'urgence • Etre responsable de ses propres actes médicaux • Respecter la vie humaine • Reconnaître le droit de la femme à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers. Par exemple, lorsqu'on prodigue des SOU, quelle est la quantité d'information que les participants donnent à la femme quant à son état ? Prêtent-ils attention aux préoccupations de la femme ? Lui assurent-ils le droit à l'intimité et au confort ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Droits humains et soins obstétricaux d'urgence Manuel PCCGA : Section 1, C-5 à C-8
30 minutes	Activité : Jeu de rôle pour démontrer l'utilisation des compétences interpersonnelles appropriées lors des soins SOU	Jeu de rôle : L'objet du jeu de rôle est de démontrer l'utilisation des compétences interpersonnelles appropriées dans le cadre des SOU. Suivre les instructions données dans le jeu de rôle : Communication interpersonnelle lors des SOU et utilisation des Clés de réponses pour guider la discussion après le jeu de rôle.	Cahier du formateur sur les SOU : Jeux de rôle Jeu de rôle : Communication interpersonnelle lors des SOU et Clés des réponses
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de Stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel sur la Prévention des Infections : Sections 1 à 6 ; Supplément sur la Prévention des Infections : 1-12 ; Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-4, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TROISIEME SEANCE : DEUXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
60 minutes	Objectif : Décrire les principes et pratiques de la prévention des infections	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents pour expliquer et discuter des principes et des pratiques de la prévention des infections ainsi que de leur application, en insistant particulièrement sur les SOU. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de comparer les pratiques et principes présentés avec ceux utilisés actuellement sur les lieux de leur travail.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Précautions universelles lors de la prévention des infections Manuel sur la Prévention des infections : Sections 1 à 6 ; Supplément sur la Prévention des infections : 1–12
100 minutes	Activité : Appliquer les pratiques de prévention des infections lors des soins pour la grossesse et l'accouchement	Démonstration : La démonstration devrait être réalisée dans la salle de classe en utilisant le matériel approprié. On peut dessiner un robinet sur une grande fiche pour imiter l'eau courante. Démontrer chacune des pratiques suivantes en donnant une explication des étapes suivies et encourager les participants à n'importe quel moment de la démonstration : <ul style="list-style-type: none"> ● Lavage des mains ● Décontamination ● Utilisation d'instruments piquants et tranchants ● Elimination des déchets ● Utilisation et préparation des instruments 	Grande fiche et feutre Savon/produit antiseptique pour nettoyer les mains Brosse à ongles Gants Tablier en plastique Instruments Aiguilles et seringues Récipients en plastique Solution chlorée
20 minutes	Pause		
80 minutes	<p>Objectif : Décrire le déroulement du bilan initial rapide de la femme qui présente une complication lors de la grossesse</p> <p>Objectif : Décrire les symptômes et la prise en charge du choc</p> <p>Objectif : Décrire les principes de la réanimation de l'adulte</p> <p>Objectif : Décrire comment est suivie une transfusion sanguine</p>	<p>Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation aux fins suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revoir et discuter du déroulement de l'évaluation rapide ● Revoir et discuter les symptômes et la prise en charge du choc ● Expliquer les principes de la réanimation de l'adulte ● Décrire les principes/processus du suivi d'une transfusion sanguine. <p>Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir tel ou tel aspect et encourager la discussion et faire un bref récapitulatif à la fin de chacun des thèmes susmentionnés.</p>	<p>Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Evaluation initiale rapide et prise en charge du choc Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-4, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5</p>

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUATRIEME SÉANCE : DEUXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
100 minutes	Activité : S'exercer aux techniques de réanimation de l'adulte	Démonstration et pratique de la compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Réanimation de l'adulte. Avant de démarrer la démonstration de la compétence, expliquer aux participants comment les fiches d'apprentissage et les listes de vérification seront utilisées pour cette technique, ainsi que les autres techniques/compétences couvertes par le stage. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de Formation humanistes ; Fiches d'Apprentissage et Listes de vérification ; Séances de Pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Réanimation de l'adulte et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte
20 minutes	Pause		
40 minutes	Activité : Exercices d'alerte	Simulation clinique : L'objet de cette activité est de donner aux participants l'occasion d'observer et de participer à un exercice d'alerte. La simulation peut se faire en salle de classe en utilisant les directives de la réalisation d'un exercice d'alerte.	Cahier du formateur sur les SOU : Exercices d'alerte
35 minutes	Activité : Points de vue sur la réponse adéquate aux situations d'alerte	Discussion: Discuter des aspects suivants pour encourager les participants à donner leurs points de vue quant aux préparations pour une urgence obstétricale : <ul style="list-style-type: none"> ● Rôles et responsabilités des membres de l'équipe et travailler ensemble comme équipe ● Maintenir à jour les compétences de réanimation en cas d'urgence ● Inculquer la notion et la nécessité de la réponse "en cas d'urgence" ● Contrôler quotidiennement l'équipement et les fournitures et vérifier une disponibilité constante ● Vérifier que les services des traumatismes, la salle du travail et la salle d'opération sont prêts pour les urgences obstétricales 	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA QUATRIEME SEANCE : DEUXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-23 ; Section 3, P-65 à P-68 ; Section 2, S-35 à S-50, S-97 à S-98			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
CINQUIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
50 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge le saignement vaginal en début et en fin de grossesse et lors du travail	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des saignements en début et en fin de grossesse et lors du travail. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de citer les causes possibles du saignement en début et en fin de grossesse et lors du travail, et de décrire la meilleure manière de les prendre en charge. S'il existe des différences entre les "meilleures pratiques" recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Saignement vaginal en début de grossesse ; saignement vaginal en début et en fin de grossesse et lors du travail Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-23
50 minutes	Activité : Etudes de cas sur le saignement vaginal en début de grossesse	Etude de cas : Introduire les participants aux études de cas en général. Expliquer comment elles seront utilisées pendant le stage pour faciliter l'acquisition de compétences liées à la résolution de problèmes et à la prise de décision. Expliquer notamment le cadre commun utilisé pour les études de cas (évaluation, diagnostic, prestation de soins, évaluation). Utiliser les études de cas sur le saignement vaginal en début de grossesse (avortement septique/incomplet). Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décision clinique Etudes de cas : Saignement vaginal en début de grossesse (avortement septique/incomplet) et clés des réponses Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-23
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA CINQUIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
30 minutes	Objectif : Décrire les éléments des soins après avortement	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● Traitement d'urgence de l'avortement incomplet et complications pouvant mettre la vie en danger ● Conseils et services de planification familiale après avortement ● Liens entre les services d'urgence après avortement et autres services de santé de la reproduction Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Soins après avortement
110 minutes	Activité : Aspiration manuelle intra-utérine	Démonstration et pratique de la compétence : La compétence doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans un contexte simulé en utilisant le modèle adéquat, les fiches d'apprentissage et les listes de vérification, tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU]) et Conseils en planification familiale après avortement et Vidéo sur les Soins après avortement. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de Pratique des Compétences Démonstration et pratique de la compétence : Soins après avortement et Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les Soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU]) et Conseils en Planification familiale après avortement, vidéo pour les soins après avortement Manuel PCCGA : Section 3, P-65 à P-68
SIXIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, APRES-MIDI(210 MINUTES)			
20 minutes	Activité : Discuter des attitudes et des opinions concernant les soins après avortement	Discussion: Utiliser les aspects suivants pour encourager les participants à faire part de leurs attitudes et opinions sur les soins après avortement : <ul style="list-style-type: none"> ● Rendre les soins après avortement disponibles et accessibles à toutes les femmes ● Faire des conseils et des services de planification familiale après avortement une partie intégrante des soins après avortement ● Lois et politiques nationales sur l'avortement ● Médecins et sages-femmes/infirmières en tant que prestataires des soins après avortement ● Changer les attitudes et les pratiques sur les lieux de travail des participants 	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA SIXIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
75 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge l'hypertension gestationnelle	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge l'hypertension gestationnelle, la prééclampsie et l'éclampsie • Stratégies pour prendre en charge l'hypertension • Stratégies pour prévenir et traiter les convulsions, en insistant notamment sur l'utilisation du sulfate de magnésium Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'il existe des différences entre la prise en charge décrite et les pratiques actuelles. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Céphalées, vision floue, convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle élevée Manuel PCCGA : Section 1, S-35 à S-50
20 minutes	Pause		
60 minutes	Activité : Etude de cas sur l'hypertension gestationnelle	Etude de cas : Utiliser l'étude de cas sur l'hypertension gestationnelle (prééclampsie sévère). Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques Etude de cas : Hypertension gestationnelle (prééclampsie sévère) et clés des réponses Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50
20 minutes	Objectif : Décrire la prise en charge de la procidence du cordon	Exposés avec exemples et discussion : Revoir et discuter la prise en charge de la procidence du cordon. Demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne la prise en charge de la procidence du cordon ? Comment sont-ils intervenus ? Quel était le dénouement ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Manuel PCCGA : Section 2, S-97 à S-98
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 1, C-57 à C-76 ; Section 2, S-57 à S-67			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SEPTIEME SÉANCE : QUATRIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
30 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques de soins pendant le travail et l'accouchement	Exposés avec exemples et discussion : Choisir les graphiques pertinents de la présentation sur le travail et l'accouchement normaux et les utiliser pour revoir et discuter des meilleures pratiques de soins pendant le travail, en insistant tout particulièrement sur les soins de soutien. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants à propos du soutien qu'ils apportent aux femmes pendant le travail. Faut-il changer ? Si oui, pourquoi et comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Travail et accouchements normaux Manuel PCCGA : Section 1, C-57 à C-59
90 minutes	Objectif : Décrire l'utilisation du partogramme	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Les composantes du partogramme • Comment porter sur la courbe l'évolution du travail • Comment détecter un travail normal • Comment détecter une évolution défavorable du travail, la phase active prolongée et le travail dystocique Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'ils utilisent le partogramme. Comment cela a-t-il modifié les soins pendant le travail ? Ont-ils eu des problèmes en l'utilisant ? Comment ont-ils résolu les problèmes ?	Cahier du Formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de Présentation : Prise en charge du travail en utilisant le partogramme Manuel PCCGA : Section 1, C-65 à C-70 ; Section 2, S-57 à S-67
20 minutes	Pause		
120 minutes	Activité : S'exercer à utiliser le partogramme	Exercice : Suivre les instructions de l'Exercice, Utilisation du partogramme. Les formateurs devraient se rappeler que certains participants savent mieux utiliser le partogramme que d'autres. Aussi, faudrait-il suivre de près les progrès pour vérifier que les participants sont en mesure d'accomplir les différentes étapes de l'exercice. Les participants qui ont eu des difficultés devraient recevoir une aide supplémentaire pendant l'exercice.	Exercice : Utiliser le partogramme et les Clés des réponses Formulaire du partogramme Partogramme laminé taille affiche et feutres

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
HUITIEME SEANCE : QUATRIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
75 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour les soins lors du second stade du travail, prise en charge active du troisième stade et soins immédiats du post-partum	Exposés avec exemples et discussion : Choisir les graphiques pertinents de la présentation sur le travail et l'accouchement normaux pour revoir et discuter des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluer la descente, la dilatation, la position ● Prise en charge du second stade ● Prise en charge active du troisième stade ● Episiotomie et réfection ● Soins immédiats du post-partum Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, poser des questions aux participants sur la prise en charge du troisième stade. Est-ce qu'ils utilisent la prise en charge active ? Si non, pourquoi ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Travail et accouchement normaux Manuel PCCGA : Section 1, C-60 à C-65
20 minutes	Pause		
100 minutes	Activité : Réaliser un accouchement sans risques dans les bonnes conditions d'hygiène	Démonstration et Pratique de la Compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'Apprentissage et la Liste de Vérification tel que décrit dans la Séance de Pratique des Compétences : Réalisation d'un Accouchement. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Réalisation d'un accouchement et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Réalisation d'un accouchement Manuel PCCGA : Section 1, C-57 à C-76
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 1, C-13 à C-14 ; Section 2, S-74, S-79 à S-80 ; Section 3, P-27 à P-31, P-37 à P-42, P-71 à P-75, P-81			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
NEUVIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
40 minutes	Objectif : Décrire les éléments essentiels et les meilleures pratiques des soins du post-partum	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les éléments essentiels et les meilleures pratiques des soins du post-partum. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'il existe des différences entre la prise en charge décrite et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Soins du post-partum
110 minutes	Activité : Pratiquer l'épisiotomie et la réfection et la réfection des déchirures cervicales	Démonstration et Pratique de la Compétence : La compétence doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification, tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Episiotomie et réfection et Réfection des déchirures cervicales. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de Formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Episiotomie et réfection et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour l'épisiotomie et la réfection Démonstration et pratique de la compétence : Réfection des déchirures cervicales et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Réfection des déchirures cervicales Manuel PCCGA : Section 3, P-71 à P-75
20 minutes	Pause		
30 minutes	Objectif : Décrire le diagnostic et la prise en charge de la présentation par le siège	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser la vidéo sur l'accouchement par le siège pour présenter et discuter le diagnostic et la prise en charge de la présentation par le siège. Demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne l'accouchement par le siège. Comment l'ont-ils pris en charge ? Quel était le résultat pour la mère et le nouveau-né ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Bande vidéo : <i>Mauvaise présentation et accouchement par le siège</i> Manuel PCCGA : Section 2, S-74, S-79 à S-80

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA NEUVIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
60 minutes	Activité : Pratiquer l'accouchement par le siège	Démonstration et Pratique de la Compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Accouchement par le siège. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end. Montrer la vidéo sur l'accouchement par le siège.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de Formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Accouchement par le siège et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour l'Accouchement par le siège Manuel PCCGA : Section 3, P-37 à P-42 Bande vidéo : <i>Mauvaise présentation et accouchement par le siège</i>
DIXIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
45 minutes	Objectif : Décrire la procédure de l'extraction par ventouse obstétricale	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser la vidéo sur l'extraction par ventouse obstétricale pour présenter et discuter la technique. Décrire les conditions liées à l'extraction par ventouse obstétricale et l'équipement utilisé pour la technique. Demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne l'extraction par ventouse obstétricale. Ont-ils utilisé la technique ou observé quelqu'un qui l'utilisait ? Quel était le résultat pour la mère et le nouveau-né ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Bande vidéo : <i>Extraction par ventouse obstétricale : diminuer le risque</i> Manuel PCCGA : Section 3, P-27 à P-31
60 minutes	Activité : Pratiquer l'extraction par ventouse obstétricale	Démonstration et pratique de la compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Extraction par ventouse obstétricale. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end. Montrer la vidéo sur l'extraction par ventouse obstétricale.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Extraction par ventouse obstétricale et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour l'extraction par ventouse obstétricale Manuel PCCGA : Section 3, P-27 à P-31 Bande vidéo : <i>Extraction par ventouse obstétricale : diminuer le risque</i>
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA DIXIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
70 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 9 et 10 (épisiotomie et réfection, réfection des déchirures cervicales, accouchement par le siège et extraction par ventouse obstétricale).	
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34, S-107 à S-114 ; Section 3, P-77 à P-79, P-91 à P-94			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
ONZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
60 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des meilleures pratiques pour la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de citer les causes possibles du saignement vaginal après l'accouchement et de décrire la meilleure manière de les prendre en charge. S'il existe des différences entre les « meilleures pratiques » recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Saignement vaginal après l'accouchement Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34
120 minutes	Activité : Pratiquer la compression bimanuelle de l'utérus, la compression de l'aorte abdominale et la délivrance artificielle.	Démonstration et Pratique de la Compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Compression bimanuelle de l'utérus, Séance de pratique des compétences : Compression de l'aorte abdominale et Séance de pratique des compétences : Délivrance artificielle. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de Formation humanistes ; Fiches d'Apprentissage et Listes de Vérification ; Séances de Pratique des Compétences Démonstration et pratique de la compétence : Compression bimanuelle de l'utérus et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Compression bimanuelle de l'utérus Démonstration et pratique de la compétence : Compression de l'aorte abdominale et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Compression de l'aorte abdominale Démonstration et pratique de la compétence : Délivrance artificielle du placenta et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Délivrance artificielle du placenta Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34 ; Section 3, P-77 à P-79
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA ONZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
60 minutes	Activité : Etudes de cas sur le saignement vaginal après l'accouchement	Etudes de cas : Utiliser les études de cas sur le saignement vaginal après l'accouchement. Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques Etudes de cas : Saignement vaginal après l'accouchement (traumatisme génital) ; Saignement vaginal après l'accouchement (hémorragie retardée du post-partum) et Clés des réponses Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34
DOUZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
65 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour prendre en charge la fièvre pendant et après l'accouchement	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les meilleures pratiques pour prendre en charge la fièvre pendant et après l'accouchement, les stratégies pour prévenir l'infection et l'utilisation prophylactique et thérapeutique des antibiotiques. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de citer les causes possibles de la fièvre pendant et après l'accouchement et les facteurs des services obstétricaux, médicaux et sanitaire affectant la septicémie du post-partum. Que font-ils pour prévenir la septicémie du post-partum ? S'il existe des différences entre les "meilleures pratiques" recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Fièvre pendant et après l'accouchement Manuel PCCGA : Section 2, S-107 à S-114
60 minutes	Activité : Etudes de cas sur la fièvre après l'accouchement	Etudes de cas : Utiliser les études de cas sur la fièvre après l'accouchement. Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques Etudes de cas : Fièvre après l'accouchement (Abcès de la plaie) ; Fièvre après l'accouchement (Mastite) et Clés des réponses Manuel PCCGA : Section 2, S-107 à S-114
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA DOUZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
50 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 11.	
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 1, C-75 à C-80 ; Section 2, S-141 à S-150 ; Section 1, C-37 à C-55 ; Section 3, P-7 à P-14			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TREIZIEME SEANCE : SEPTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
60 minutes	Objectif : Définir les éléments essentiels des soins précoces du nouveau-né et décrire les meilleures pratiques d'encourager la santé du nouveau-né	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter de la prévention de l'infection, de la protection thermique, de la réanimation du nouveau-né, de l'allaitement maternel et des meilleures pratiques pour encourager la santé du nouveau-né. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne la réanimation du nouveau-né. S'il existe des différences entre les « meilleures pratiques » recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Soins normaux du nouveau-né Manuel PCCGA : Section 1, C-75 à C-80 ; Section 2, S-141 à S-150
80 minutes	Activité : Réanimation pratique du nouveau-né	Démonstration et Pratique de la Compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Réanimation du nouveau-né. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront après la pause ou durant la Séance 17 ou 18 le neuvième jour ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Réanimation du nouveau-né et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation du nouveau-né Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-146
20 minutes	Pause		
100 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 13.	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUATORZIEME SÉANCE : SEPTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
115 minutes	Objectif : Expliquer les principes généraux et les méthodes de l'analgésie et anesthésie obstétricales.	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les principes généraux et les méthodes de l'analgésie et anesthésie obstétricales. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne les techniques de soulagement de la douleur pour les femmes pendant le travail et après la chirurgie obstétricale.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Analgésie et anesthésie dans les soins obstétricaux d'urgence Manuel PCCGA : Section 1, C-37 à C-46
20 minutes	Pause		
60 minutes	Objectif : Expliquer les principes des soins opératoires applicables à la chirurgie obstétricale d'urgence	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les principes des soins préopératoires, intra-opératoires et post-opératoires qui s'appliquent à la chirurgie obstétricale d'urgence. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'ils appliquent actuellement ces principes sur leurs lieux de travail. S'ils n'appliquent pas ces principes, quelles sont les barrières et comment peuvent-elles être supprimées ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Principes des soins opératoires Manuel PCCGA : Section 1, C-47 à C-55
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 3, P-43 à P-52, P-95 à P-111, P-57 à P-60			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUINZIEME SÉANCE : HUITIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
20 minutes	Objectif : Décrire les principes et la pratique de l'intubation endotrachéale	Exposés avec exemples et discussion : Décrire et discuter l'intubation endotrachéale. Noter que tous les participants (aussi bien les médecins que les infirmières/sages-femmes) devraient assister à l'exposé et à la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples
100 minutes	Activité : Pratiquer l'intubation endotrachéale	Démonstration et Pratique de la Compétence : La compétence doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants (médecins uniquement) dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : intubation endotrachéale. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors de la Séance 17 ou 18 le neuvième jour ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end. Noter que, pendant la démonstration des compétences et la pratique pour l'intubation endotrachéale, les participants sages-femmes/infirmières devraient pratiquer les compétences apprises pendant les séances précédentes.	Cahier du formateur sur les SOU : Techniques de formation humanistes ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences Démonstration et pratique de la compétence : Intubation endotrachéale et Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour l'intubation endotrachéale
20 minutes	Pause		
120 minutes	Objectif : Décrire les techniques chirurgicales obstétricales pour la césarienne, la laparotomie, la salpingectomie et l'hystérectomie	Exposé avec exemples et discussion (première partie) : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les techniques chirurgicales obstétricales. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Noter que tous les participants (aussi bien les médecins que les infirmières/sages-femmes) devraient assister à l'exposé et à la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Chirurgie obstétricale Manuel PCCGA : Section 3, P-43 à P-52, P-95 à P-111

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SEIZIEME SEANCE : HUITIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
90 minutes	Objectif : Décrire les techniques chirurgicales obstétricales pour la césarienne, la laparotomie, la salpingectomie et l'hystérectomie	Exposé avec exemples et discussion (deuxième partie) : Décrire et discuter les techniques chirurgicales obstétricales pour la césarienne, la laparotomie, la salpingectomie et l'hystérectomie. Noter que tous les participants (aussi bien les médecins que les infirmières/sages-femmes) devraient assister à l'exposé et à la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Manuel PCCGA : Section 3, P-43 à P-52, P-95 à P-111
20 minutes	Pause		
60 minutes	Voir ci-dessus	Suite de l'exposé avec exemples et discussion : Voir ci-dessus.	Tel que ci-dessus
25 minutes	Objectif : Décrire la technique de la craniotomie	Exposés avec exemples et discussion : Décrire et discuter la technique de la craniotomie. Noter que tous les participants (aussi bien les médecins que les infirmières/sages-femmes) devraient assister à l'exposé et à la discussion.	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Manuel PCCGA : Section 3, P-57 à P-60
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DIX-SEPTIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
120 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.	
20 minutes	Pause		
120 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.	
DIX-HUITIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
120 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.	
20 minutes	Pause		
55 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.	
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Devoirs : Revoir et se familiariser avec le Journal de bord de l'Expérience clinique			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DIX-NEUVIEME SÉANCE : DIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
60 minutes	Activité : Evaluer les connaissances des participants à mi-stage	Faire des copies du Questionnaire des connaissances à mi-stage et les distribuer aux participants. Revoir les instructions pour remplir le questionnaire avec les participants. Demander aux participants de remplir le questionnaire. Les formateurs devraient noter les Questionnaires des connaissances à mi-stage pendant la pause et revoir les résultats avec le groupe entier (le temps nécessaire est octroyé plus tard dans la séance).	Cahier du formateur sur les SOU : Questionnaire des connaissances à mi-stage et Clés des réponses
20 minutes	Pause		
60 minutes	Activité : Fournir des instructions pour la pratique clinique	Les formateurs devraient expliquer aux participants comment les trois semaines à venir de pratique clinique sont structurées et ce que l'on attend d'eux en tant que praticiens individuels et membres de l'équipe. Chaque équipe comprend un médecin et deux sages-femmes/infirmières. Les formateurs devraient être nommés pour chacune des quatre équipes pour que les participants sachent qui fournira les directives pendant la pratique clinique.	
60 minutes	Activité : Revoir le Journal de bord de l'Expérience clinique	Les formateurs devraient revoir le Journal de bord de l'expérience clinique avec les participants et vérifier qu'ils comprennent comment il sera utilisé pendant la pratique clinique guidée de 3 semaines et la pratique auto-dirigée de 3 mois.	Journal de bord de l'expérience clinique
60 minutes	Activité : Revoir les résultats du Questionnaire des Connaissances à Mi-Stage	Les résultats du Questionnaire des connaissances à mi-stage devraient être revus avec la classe entière, en faisant ressortir les forces et faiblesses collectives. Les formateurs doivent octroyer du temps pour rencontrer les participants qui ont obtenu une note inférieure à 85% et discuter de ce qui manque et/ou des réponses incorrectes. Les participants devraient étudier les thèmes en question et remplir à nouveau le Questionnaire des connaissances à mi-stage pour obtenir une note d'au moins 85%.	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGTIEME SÉANCE : DIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
195 minutes	Activité : Visite des locaux de l'établissement de santé	Tous les participants se rendront dans les deux établissements hospitaliers qui seront utilisés pour la pratique clinique. Chaque formateur sera responsable pour une équipe de participants et devra la guider dans les divers services et départements dans lesquels ils s'exerceront. Il faudra présenter les membres du personnel hospitalier aux participants et leur demander de fournir des informations sur leurs services respectifs.	
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée.	
Devoirs : Les participants qui ont obtenu moins de 85% au Questionnaire des connaissances à mi-stage devraient étudier les sections pertinentes du manuel (ou des manuels) de référence.			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-ET-UNIEME SEANCE : ONZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Première séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer à la visite des services SOU “modèles” de l’hôpital de district</p> <p>Activité : Participer à la visite des malades, examens des cas et discussion</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 participent à une visite guidée des services SOU “modèles” de l’hôpital de district. Elles feront des observations et discuteront des responsabilités du personnel, de la supervision et de la gestion, de l’équipement des fournitures et médicaments essentiels, de l’organisation et de la gestion de la zone du travail, ainsi que de l’organisation et de la gestion de la salle d’opération.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la zone des services prénatals, examinent les cas et discutent du saignement en début de grossesse, de la tension artérielle élevée et du saignement en fin de grossesse.</p>	Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-23, S-35 à S-56
VINGT-DEUXIEME SEANCE : ONZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Seconde séance de pratique clinique 180 minutes	<p>Activité : Réaliser un examen physique post-partum et post-opératoire</p> <p>Activité : Réaliser un examen du nouveau-né</p> <p>Activité : Participer à la visite des patients, examens de cas et discussion</p> <p>Activité : Réaliser une évaluation rapide et prendre en charge le choc</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans le service post-natal où les formateurs cliniques démontrent l’examen physique et des soins post-partum et post-opératoires et l’examen du nouveau-né. Ensuite, les participants réalisent les activités en paires et évaluent leur performance mutuelle en utilisant les Fiches d’apprentissage pour l’Evaluation du post-partum, les Soins fondamentaux et la planification familiale ainsi que l’Examen du nouveau-né. En dernier lieu, les formateurs devraient évaluer la compétence des participants en utilisant la Liste de vérification pour l’Evaluation du post-partum, les Soins fondamentaux et la planification familiale ainsi que les Listes de vérification pour l’Examen néonatal. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), on discutera des soins post-opératoires et la prise en charge de la fièvre après l’accouchement.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la zone de réception des urgences (traumatismes), où les formateurs démontrent l’évaluation rapide et la prise en charge du choc. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants réalisent ensuite les activités en paires et évaluent leur performance mutuelle en utilisant la Fiche d’apprentissage pour la Réanimation de l’adulte. En dernier lieu, les formateurs devraient évaluer la compétence des participants en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation de l’adulte.</p>	Fiches d’apprentissage et Liste de vérification pour l’Evaluation du post-partum, les Soins fondamentaux et la planification familiale ; Fiches d’apprentissage et Listes de vérification pour l’Examen néonatal ; Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation de l’adulte Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-3 ; Section 2, S-1 à S-5
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S’il y a une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-23, S-35 à S-56 ; Section 1, C-1 à C-3 ; Section 2, S-1 à S-5			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-TROISIEME SEANCE : DOUZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Troisième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer à la visite des services SOU “modèles” de l’hôpital de district</p> <p>Activité : Participer à la visite des malades, examens des cas et discussion</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipés 3 & 4 participent à une visite guidée des services SOU “modèles” de l’hôpital de district. Elles feront des observations et discuteront des responsabilités du personnel, de la supervision et de la gestion, de l’équipement des fournitures et médicaments essentiels, de l’organisation et de la gestion de la zone du travail, ainsi que de l’organisation et de la gestion de la salle d’opération.</p> <p>Les Equipés 1 & 2 se rendent dans la zone des services prénatals, examinent les cas et discutent du saignement en début de grossesse, de la tension artérielle élevée et du saignement en fin de grossesse.</p>	<p>Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-23, S-35 à S-56</p>
VINGT-QUATRIEME SEANCE : DOUZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Quatrième séance de pratique clinique 180 minutes	<p>Activité : Réaliser une évaluation rapide et une prise en charge du choc</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Equipés 1 & 2 se rendent dans la zone de réception des urgences (traumatisme), où les formateurs démontrent l’évaluation rapide et la prise en charge du choc. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants réalisent ensuite les activités en paires et évaluent leur performance mutuelle en utilisant la Fiche d’apprentissage pour la Réanimation de l’adulte. En dernier lieu, les formateurs devraient évaluer la compétence des participants en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation de l’adulte.</p> <p>Les Equipés 3 & 4 se rendent dans la zone de réception des urgences (traumatismes de l’hôpital de district), où les formateurs démontrent l’évaluation rapide et la prise en charge du choc. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants réalisent ensuite les activités en paires et évaluent leur performance mutuelle en utilisant la Fiche d’apprentissage pour la Réanimation de l’adulte. En dernier lieu, les formateurs devraient évaluer la compétence des participants en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation de l’adulte.</p>	<p>Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation de l’adulte</p> <p>Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-3 ; Section 2, S-1 à S-5</p>
30 minutes	<p>Activité : Passer en revue les activités de la journée</p>	<p>Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S’il y a une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.</p>	
<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 3 : P-13 à P-14 ; Section 1, C-1 à C-3, C-43 à C-47 ; Section 2, S-1 à S-5 ; Manuel sur la Prévention des Infections : Sections 1 à 6 ; Supplément sur la Prévention des Infections : 1–12</p>			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-CINQUIEME SEANCE : TREIZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
100 minutes	<p>Activité : Observer l'administration de l'anesthésie</p> <p>Activité : Observer les techniques de prévention des infections dans la salle d'opération</p>	<p>Les Equipes 1 & 2 observent l'administration de Kétamine et l'anesthésie spinale, si possible.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 observent les techniques de préparation des instruments et linges, la désinfection à haut niveau et la stérilisation des instruments chirurgicaux.</p>	<p>Manuel PCCGA : Section 3, P-13 à P-14</p> <p>Manuel sur la prévention des infections : Sections 1 à 6 ;</p> <p>Supplément sur la Prévention des infections : 1–12</p>
20 minutes	Pause		
100 minutes	<p>Activité : Observer l'administration de l'anesthésie</p> <p>Activité : Observer les techniques de prévention des infections dans la salle d'opération</p>	<p>Les Equipes 3 & 4 observent l'administration de Kétamine et l'anesthésie spinale, si possible.</p> <p>Les Equipes 1 & 2 observent les techniques de préparation des instruments et linges, la désinfection à haut niveau et la stérilisation des instruments chirurgicaux.</p>	<p>Manuel PCCGA : Section 3, P-13 à P-14</p> <p>Manuel sur la Prévention des infections : Sections 1 à 6 ;</p> <p>Supplément sur la Prévention des infections : 1–12</p>
50 minutes	<p>Activité : Décrire l'étape préparation de la salle d'opération pour les urgences obstétricales</p>	<p>Discussion : Utiliser les points suivants pour guider les participants dans la discussion sur l'étape préparation de la salle d'opération :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vérifier la disponibilité d'habits et de champs opératoires propres ● Vérifier la disponibilité des fournitures, de l'équipement et des médicaments nécessaires ● Vérifier que l'équipement d'urgence est disponible et qu'il fonctionne ● Vérifier que des fournitures stériles sont disponibles et ne sont pas périmées 	<p>Manuel PCCGA : Section 1, C-47</p>
VINGT-SIXIEME SEANCE : TREIZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
<p>Cinquième séance de pratique clinique 180 minutes</p>	<p>Activité : Réaliser une évaluation rapide et prendre en charge le choc</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la zone de réception des urgences (traumatismes) de l'hôpital de district), où les formateurs démontrent l'évaluation rapide et la prise en charge du choc. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants réalisent ensuite les activités en paires et évaluent leur performance mutuelle en utilisant la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation de l'adulte. En dernier lieu, les formateurs devraient évaluer la compétence des participants en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte.</p> <p>Equipes 3 & 4 voir page suivante.</p>	<p>Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte</p> <p>Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-3 ; Section 2, S-1 à S-5</p>

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA VINGT-SIXIEME SÉANCE : TREIZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Suite de la cinquième séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Réaliser un examen physique post-opératoire et du post-partum Activité : Réaliser un examen du nouveau-né Activité : Participer aux visites, examen de cas et discussion	Les Equipés 3 & 4 se rendent dans le service post-natal où les formateurs cliniques démontrent l'examen physique et des soins post-partum et post-opératoires et l'examen du nouveau-né. Ensuite, les participants réalisent les activités en paires et évaluent leur performance mutuelle en utilisant les Fiches d'apprentissage pour l'Evaluation du post-partum, les Soins fondamentaux et la planification familiale ainsi que l'Examen du nouveau-né. En dernier lieu, les formateurs devraient évaluer la compétence des participants en utilisant la Liste de vérification pour l'Evaluation du post-partum, les Soins fondamentaux et la planification familiale ainsi que les Listes de vérification pour l'Examen néonatal. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), on discutera des soins post-opératoires et la prise en charge de la fièvre après l'accouchement.	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour l'Evaluation du post-partum, les Soins fondamentaux et la planification familiale ; Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour l'Examen néonatal
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-SEPTIEME SEANCE : QUATORZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Sixième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Etude de cas sur l'hypertension gestationnelle (prééclampsie légère)</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 1 & 2 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les participants peuvent travailler à une étude de cas sur l'hypertension gestationnelle. Lorsque les participants ont rempli l'étude de cas, le formateur doit discuter du résultat en utilisant comme guide la clé des réponses de l'étude de cas. Ou alors, autre possibilité, on pourra examiner et discuter un cas effectif de légère prééclampsie/éclampsie.</p>	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques Etude de cas : Hypertension gestationnelle (prééclampsie légère) et Clés des réponses Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50
VINGT-HUITIEME SEANCE : QUATORZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Septième séance de pratique clinique 180 minutes	Tel que ci-dessus	Suite de l'Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation. L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district. On rappellera aux membres des Equipes 1 & 3 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-16			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-NEUVIEME SEANCE : QUINZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Huitième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Etude de cas sur le saignement vaginal en début de grossesse (grossesse extra-utérine)</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 1 & 2 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les participants peuvent travailler à une étude de cas sur le saignement vaginal en début de grossesse. Lorsque les participants ont rempli l'étude de cas, le formateur doit discuter du résultat en utilisant comme guide la clé des réponses de l'étude de cas. Ou alors, autre possibilité, on pourra examiner et discuter un cas effectif de grossesse extra-utérine.</p>	<p>Fiches d'Apprentissage et Listes de Vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas</p> <p>Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques</p> <p>Etude de cas : Saignement vaginal en début de grossesse (rupture de grossesse ectopique) et Clés des réponses</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-16</p>
TRENTIEME SEANCE : QUINZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Neuvième séance de pratique clinique 180 minutes	<p>Tel que ci-dessus</p> <p>Activité : Revoir les progrès individuels</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus</p> <p>Discussion: Les formateurs devraient rencontrer les participants individuellement pour revoir les progrès, examiner le Journal de bord de l'Expérience clinique et discuter des besoins d'apprentissage spécifiques pour la pratique clinique de la semaine suivante.</p>	
30 minutes	<p>Activité : Passer en revue les activités de la journée</p>	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district.</p> <p>On rappellera aux membres des Equipes 2 & 4 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs et les Equipes 1 & 3 venir le samedi.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-57 à S-67			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-ET-UNIEME SEANCE : SEIZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Dixième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Etude de cas sur le déroulement défavorable du travail (travail dystocique)</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Teams 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 1 & 2 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les participants peuvent travailler à une étude de cas sur le déroulement défavorable du travail (travail dystocique). Lorsque les participants ont rempli l'étude de cas, le formateur doit discuter du résultat en utilisant comme guide la clé des réponses de l'étude de cas. Ou alors, autre possibilité, on pourra examiner et discuter un cas effectif de déroulement défavorable du travail.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas</p> <p>Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques</p> <p>Etude de cas : Déroulement défavorable du travail (travail dystocique) et Clés des réponses</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-57 à S-67</p>
TRENTE-DEUXIEME SEANCE : SEIZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Onzième séance de pratique clinique 180 minutes	Tel que ci-dessus	Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district. On rappellera aux membres des Equipes 1 & 3 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-17 à S-111			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-TROISIEME SEANCE : DIX-SEPTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Douzième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Etude de cas sur la fièvre après l'accouchement (métrite)</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 1 & 2 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les participants peuvent travailler à une étude de cas sur la fièvre après l'accouchement (métrite). Lorsque les participants ont rempli l'étude de cas, le formateur doit discuter du résultat en utilisant comme guide la clé des réponses de l'étude de cas. Ou alors, autre possibilité, on pourra examiner et discuter un cas effectif de métrite.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas</p> <p>Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décision clinique</p> <p>Etude de cas : Fièvre après l'accouchement (métrite) et clés des réponses</p>
TRENTE-QUATRIEME SEANCE : DIX-SEPTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Treizième séance de pratique clinique 180 minutes	Tel que ci-dessus	Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district.</p> <p>On rappellera aux membres des Equipes 2 & 4 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-CINQUIEME SEANCE : DIX-HUITIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Quatorzième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Etude de cas sur le saignement vaginal après l'accouchement (utérus atone)</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 1 & 2 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les participants peuvent travailler à une étude de cas sur le saignement vaginal après l'accouchement (utérus atone). Lorsque les participants ont rempli l'étude de cas, le formateur doit discuter du résultat en utilisant comme guide la clé des réponses de l'étude de cas. Ou alors, autre possibilité, on pourra examiner et discuter un cas effectif d'utérus atone.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Etudes de cas</p> <p>Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques</p> <p>Etude de cas : Saignement vaginal après l'accouchement (utérus atone) et Clés des réponses</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34</p>
TRENTE-SIXIEME SEANCE : DIX-HUITIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Quinzième séance de pratique clinique 180 minutes	<p>Tel que ci-dessus</p>	<p>Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus</p>	
30 minutes	<p>Activité : Passer en revue les activités de la journée</p>	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district.</p> <p>On rappellera aux membres des Equipes 1 & 3 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-1 à S-5			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-SEPTIEME SÉANCE : DIX-NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Seizième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Simulation clinique de la prise en charge du choc</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 3 & 4 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les formateurs devraient guider les participants en ce qui concerne la simulation clinique de la prise en charge du choc, en suivant les directives fournies dans le Cahier du formateur.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Simulations cliniques</p> <p>Simulation clinique : Prise en charge du choc (Septique ou hypovolémique)</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-1 à S-5</p>
TRENTE-HUITIEME SÉANCE : DIX-NEUVIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Dix-septième séance de pratique clinique 180 minutes	Tel que ci-dessus	Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district.</p> <p>On rappellera aux membres des Equipes 2 & 4 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-NEUVIEME SEANCE : VINGTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Dix-huitième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Simulation clinique de la prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 3 & 4 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les formateurs devraient guider les participants en ce qui concerne la simulation clinique de la prise en charge des maux de tête, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée, en suivant les directives fournies dans le Cahier du formateur.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Simulations cliniques</p> <p>Simulation clinique : Prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50</p>
QUARANTIEME SEANCE : VINGTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Dix-neuvième séance de pratique clinique 180 minutes	<p>Tel que ci-dessus</p> <p>Activité : Revoir les progrès individuels</p>	<p>Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus</p> <p>Discussion : Les formateurs devraient rencontrer les participants individuellement pour revoir les progrès, examiner le Journal de bord de l'expérience clinique et discuter des besoins d'apprentissage spécifiques pour la pratique clinique de la semaine suivante.</p>	
30 minutes	<p>Activité : Passer en revue les activités de la journée</p>	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district.</p> <p>On rappellera aux membres des Equipes 1 & 3 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs et les Equipes 2 & 4 venir le samedi.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-16			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-ET-UNIEME SÉANCE : VINGT-ET-UNIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Vingtième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Simulation clinique de la prise en charge du saignement vaginal en début de grossesse</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 3 & 4 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les formateurs devraient guider les participants en ce qui concerne la simulation clinique de la prise en charge du saignement vaginal en début de grossesse, en suivant les directives fournies dans le Cahier du Formateur.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Simulations cliniques</p> <p>Simulation clinique : Prise en charge du saignement vaginal en début de grossesse</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-16</p>
QUARANTE-DEUXIEME : VINGT-ET-UNIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Vingt-et-unième séance de pratique clinique 180 minutes	Tel que ci-dessus	Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation. L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district. On rappellera aux membres des Equipes 2 & 4 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-TROISIEME SEANCE : VINGT-DEUXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Vingt-deuxième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Simulation clinique de la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 3 & 4 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les formateurs devraient guider les participants en ce qui concerne la simulation clinique de la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement, en suivant les directives fournies dans le Cahier du formateur.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Simulations cliniques</p> <p>Simulation clinique : Prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement</p> <p>Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34</p>
QUARANTE-QUATRIEME SEANCE : VINGT-DEUXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Vingt-troisième séance de pratique clinique 180 minutes	<p>Tel que ci-dessus</p>	<p>Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus</p>	
30 minutes	<p>Activité : Passer en revue les activités de la journée</p>	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district. On rappellera aux membres des Equipes 1 & 3 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-146			

PROGRAMME DU STAGE MODELE SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-CINQUIEME SEANCE : VINGT-TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Vingt-quatrième séance de pratique clinique 270 minutes	<p>Activité : Participer aux visites dans les salles de travail</p> <p>Activité : Suivre et prendre en charge le travail normal et avec complications</p> <p>Activité : Réaliser l'AMIU et la chirurgie obstétricale</p> <p>Activité : Simulation clinique de la prise en charge du nouveau-né asphyxié</p>	<p>Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs :</p> <p>Les Equipes 3 & 4 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital principal. Les formateurs devraient engager d'abord les participants dans les visites aux patientes et la discussion des besoins des clientes/patientes. Les participants devraient ensuite être désignés, par paires, pour fournir les soins pendant le travail et l'accouchement. Chaque fois que possible (suivant la disponibilité des clientes/patientes), les participants pourront, sous la directive d'un formateur, pratiquer les compétences apprises auparavant. De plus, les médecins participant devraient observer/participer à la chirurgie obstétricale et, le cas échéant, réaliser l'acte chirurgical sous la directive d'un formateur. Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification en question devraient être utilisées pour évaluer la performance.</p> <p>Les Equipes 1 & 2 se rendent dans la salle du travail de l'hôpital du district et font la même chose que les Equipes 3 & 4 ci-dessus. Lors des périodes calmes, les formateurs devraient guider les participants en ce qui concerne la simulation clinique de la prise en charge du nouveau-né asphyxié, en suivant les directives fournies dans le Cahier du formateur.</p>	<p>Fiches d'apprentissage et listes de vérification pour les compétences apprises pendant les deux premières semaines du programme de formation et pour les techniques de chirurgie obstétricale</p> <p>Cahier du formateur sur les SOU : Simulations cliniques Simulation clinique : Prise en charge du nouveau-né asphyxié Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-146</p>
QUARANTE-SIXIEME SEANCE : VINGT-TROISIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Vingt-cinquième séance de pratique clinique 180 minutes	Tel que ci-dessus	Suite de l'expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs : Tel que décrit ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	<p>Revoir et discuter de l'expérience clinique des participants, en insistant tout particulièrement sur les interventions d'urgence. Discuter également des facteurs qui ont facilité la prestation des soins et des barrières qui ont entravé cette prestation.</p> <p>L'examen des activités de la journée pour les Equipes 1 & 2 se fera à l'hôpital principal et pour les Equipes 3 & 4 à l'hôpital de district. On rappellera aux membres des Equipes 2 & 4 qu'ils doivent rester pour des "heures supplémentaires" avec l'un des formateurs.</p> <p>Demander à un participant de se porter volontaire pour inscrire le programme de la journée suivante sur une grande fiche, en préparation de la séance d'ouverture. Le calendrier dans le Carnet de stage des participants sur les SOU devrait être utilisé à cette fin. Demander à l'un ou à plusieurs des autres participants de planifier une activité d'ouverture ou de réchauffement pour la journée suivante.</p>	
Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-146 ; Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit reposant sur des critères : 1-31 ; Manuel de l'AMDD : Utilisation des Indicateurs de Processus de l'ONU en matière de Services obstétricaux d'urgence – Questions et réponses : 1-29.			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-SEPTIEME SEANCE : VINGT-QUATRIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
70 minutes	Objectif : Décrire les types des examens de décès maternels et périnataux et audits des décès évités de justesse	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les types des examens de décès maternels et périnataux et audits des décès évités de justesse, les avantages et inconvénients de chacun et les méthodes de réalisation de ces examens et audits. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'ils sont en train de faire des examens ou audits de décès maternels. Si oui, comment les examens ou audits ont-ils été réalisés, qui était impliqué et comment les résultats ont-ils été utilisés ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit fondé sur des critères donnés
100 minutes	Activité : Démonstration de l'examen du décès maternel ou audit du décès évité de justesse	Démonstration : Les formateurs devraient prendre les dispositions à l'avance pour que les participants puissent assister en tant qu'observateurs à un examen du décès maternel ou à un audit du décès évité de justesse à l'hôpital principal utilisé pour la formation. Les formateurs devraient rencontrer les participants après l'examen ou de l'audit pour discuter des techniques et du résultat. S'il n'est pas possible d'assister à un examen du décès maternel ou audit du décès évité de justesse, les formateurs devraient faire l'examen d'un cas (tous les cas d'hémorragie du post-partum ces deux derniers mois) en obtenant les dossiers de la patiente, en récapitulant chaque cas et en présentant les résultats aux participants aux fins de discussion.	
20 minutes	Pause		
70 minutes	Activité : Utiliser les résultats des examens du décès maternel et de l'audit du décès évité de justesse	Discussion : Utiliser les points suivants pour encourager les participants à partager leurs points de vue sur l'utilisation des résultats des examens du décès maternel et de l'audit du décès évité de justesse : <ul style="list-style-type: none"> ● Pratiques cliniques jugées efficaces ● Pratiques cliniques qui n'ont pas été jugées efficaces ● Renforcer les pratiques cliniques efficaces ● Améliorer ou exclure les pratiques inefficaces ● Eviter d'accuser les autres ● Cerner les domaines aux fins de renforcement de la gestion et de la supervision 	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-HUITIEME SEANCE : VINGT-QUATRIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
45 minutes	Activité : Décrire les leçons apprises pendant la pratique clinique	Discussion : Utiliser les points suivants pour encourager les participants à discuter des leçons apprises pendant la pratique clinique : <ul style="list-style-type: none"> ● Facteurs qui ont facilité la pratique clinique ● Facteurs qui ont rendu difficile la pratique clinique ● Forces individuelles et de l'équipe en ce qui concerne la pratique clinique ● Faiblesses individuelles et de l'équipe en ce qui concerne la pratique clinique ● Aspects de la pratique individuelle et de l'équipe qui doivent être améliorés Chose la plus importante apprise par chaque participant pendant la pratique clinique.	
75 minutes	Activité : Décrire l'organisation et la gestion de l'équipe et des services obstétricaux d'urgence	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les points suivants pour faciliter la discussion concernant la gestion de l'équipe et des services obstétricaux d'urgence : <ul style="list-style-type: none"> ● Répartition des responsabilités ● Travailler en tant qu'équipe ● Vérifier une disponibilité continue de l'équipement, des fournitures et des médicaments pour les urgences obstétricales ● S'assurer que les compétences en matière de SOU sont à jour ● Vérifier que tous les services de l'hôpital sont prêts en cas d'urgence obstétricale 	Manuel de l'AMDD : Utilisation des Indicateurs de Processus de l'ONU en matière de Services obstétricaux d'urgence—questions et réponses
20 minutes	Pause		
30 minutes	Activité : Définir d'autres besoins d'apprentissage individuel	Discussion : Les formateurs rencontrent les participants à titre individuel pour discuter et cerner les futurs besoins en matière de formation qui seront inclus à la pratique auto-dirigée de 3 mois.	
25 minutes	Activité : Introduire le travail du groupe pour la formulation des plans d'action	Expliquer l'objet et le contenu des plans d'action qui seront mis au point par les participants, travaillant en équipes. Chaque équipe doit commencer à discuter des changements nécessaires et des indicateurs pour mesurer la réussite, en guise de préparation pour la formulation de leurs plans d'action lors du travail en groupe le lendemain (Séance 49). Remettre à chaque équipe des exemplaires des fiches de travail sur le plan d'action et vérifier qu'elles comprennent comment les remplir.	Carnet de stage des participants : Fiches de travail sur le plan d'action

PROGRAMME DU STAGE MODELE SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA QUARANTE-HUITIEME SEANCE : VINGT-QUATRIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de Stage des Participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou d'échauffement pour le lendemain.	
Tâche : Chaque équipe doit discuter et préparer la formulation d'un plan d'action pendant le travail en groupe le lendemain matin.			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-NEUVIEME SEANCE : VINGT-CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou d'échauffement.	
120 minutes	Activité : Formuler les plans d'action	Travail en groupe : Chaque équipe de participants doit préparer un plan d'action en fonction des directives fournies lors de l'introduction au travail des groupes pendant la Séance 48.	Carnet de stage des participants : Fiches de travail sur le plan d'action
60 minutes	Activité : Présenter les plans d'action	Chaque équipe de participants doit présenter son plan d'action.	
20 minutes	Pause		
60 minutes	Activité : Définir les étapes suivantes	Les formateurs devraient discuter avec les participants des aspects suivants de la pratique auto-dirigée : <ul style="list-style-type: none"> ● Responsabilités des participants en tant qu'individus et en tant que membres de l'équipe ● But et nature des visites d'encadrement par les formateurs ● Date des visites d'encadrement ● Utilisation du Journal de bord de l'expérience clinique Encourager les participants à s'engager dans la discussion pour être sûr qu'ils comprennent la structure et le but de la pratique auto-dirigée.	Cahier du formateur sur les SOU : Directives d'encadrement à l'intention des formateurs Journal de bord de l'expérience clinique
CINQUANTIEME SEANCE : VINGT-CINQUIEME JOUR, APRES-MIDI (75 MINUTES)			
45 minutes	Activité : Récapitulatif du stage	Faire une brève revue des thèmes et compétences couverts pendant le stage. Insister sur le fait que c'est la conclusion de la première partie du stage. Souligner l'importance de la continuité entre ce stage et la pratique auto-dirigée des trois mois à venir.	
30 minutes	Activité : Cérémonie de clôture		

QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES

COMMENT LES RESULTATS SERONT-ILS UTILISES ?

Le principal objectif du **Questionnaire préalable des connaissances** est d'aider aussi bien le **formateur** que le **participant** alors qu'ils commencent à travailler ensemble en évaluant ce que les participants, individuellement et en groupe, savent à propos des thèmes ou du contenu du stage. Ainsi, le formateur peut retenir des thèmes sur lesquels il faudra insister davantage pendant le stage. La communication, aux participants, des résultats de l'évaluation préalable leur permet de se concentrer sur leurs besoins d'apprentissage individuel. De plus, les questions informent les participants du contenu qui sera présenté pendant le stage.

Les questions sont présentées sous le format vrai-faux. Un formulaire spécial, la **Matrice d'évaluation individuelle et collective**, est donné pour noter les résultats de tous les participants au stage. En utilisant ce formulaire, le formateur et les participants peuvent rapidement porter sur leur graphique le nombre de réponses correctes pour chacune des questions. Examinant les données de la matrice, le groupe peut facilement déterminer ses points forts et ses points faibles et voir ensemble avec le formateur comment utiliser au mieux le temps alloué par le stage pour arriver aux objectifs de formation souhaités.

Pour le formateur, les résultats du questionnaire permettront de cerner les thèmes particuliers sur lesquels il faudra peut-être insister pendant le stage. Par contre, pour les catégories où 85% ou plus des participants répondent correctement aux questions, le formateur pourra utiliser une partie de ce temps à d'autres fins.

CLE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUATION INITIALE RAPIDE

1. L'évaluation initiale rapide devrait être réalisée pour toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème. **VRAIE**
2. Une femme qui a un choc suite à une urgence obstétricale peut avoir un pouls rapide et filant. **VRAIE**
3. Une femme avec une grossesse ectopique non rompue a généralement des symptômes d'évanouissement et de faiblesse. **FAUSSE**
4. Une femme enceinte avec anémie grave a généralement du mal à respirer ou une respiration sifflante. **FAUSSE**

SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

5. La prise en charge de l'avortement inévitable quand la grossesse est à plus de 16 semaines demande généralement l'administration d'ergométrine ou de misoprostol. **FAUSSE**
6. L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est une méthode efficace du traitement de l'avortement incomplet si la taille de l'utérus n'est pas supérieure à 8 semaines. **FAUSSE**
7. L'évaluation d'une femme avec saignement vaginal après 22 semaines de grossesse doit se limiter à l'examen abdominal. **FAUSSE**
8. Si le saignement est abondant dans le cas du décollement placentaire et si le col est entièrement dilaté, l'accouchement devrait se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale. **VRAIE**

SAIGNEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT

9. L'hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l'accouchement. **FAUSSE**
10. Un faible saignement continu ou un saignement soudain après l'accouchement demande une intervention rapide et active. **VRAIE**
11. L'absence de mouvements fœtaux et de sons cardiaques fœtaux, combinée au saignement intra-abdominal et/ou vaginal et à une vive douleur abdominale sont des signes de rupture utérine. **VRAIE**

PRISE EN CHARGE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL

12. La prise en charge active du troisième stade du travail devrait se faire uniquement avec des femmes qui ont des antécédents d'hémorragie du post-partum. **FAUSSE**
13. En cas de rétention placentaire, si le placenta n'est pas délivré après 30 minutes d'administration d'ocytocine et de traction mesurée sur le cordon et si l'utérus est contracté, il faudra essayer une traction mesurée sur le cordon et appliquer une pression fundique. **FAUSSE**
14. Si le col est dilaté dans le cas d'une hémorragie (secondaire) du post-partum, il faudra procéder à la dilation et au curetage pour évacuer l'utérus. **FAUSSE**

CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTERIELLE ELEVEE

15. L'hypertension gestationnelle peut être liée à des protéines dans l'urine. **VRAIE**

16. Les signes et symptômes présents de l'éclampsie sont les suivants : convulsions, tension artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 2+ ou plus. **VRAIE**
17. Une femme enceinte qui a des convulsions devrait être protégée pour qu'elle ne blesse pas. Il faut déplacer les objets qui se trouvent autour d'elle. **VRAIE**
18. La prise en charge de la prééclampsie légère se fait à l'aide de sédatifs et de tranquillisants. **FAUSSE**
19. Le diazépam est le médicament de premier choix pour la prévention et le traitement des convulsions dans le cas de prééclampsie et d'éclampsie graves. **FAUSSE**

PARTOGRAMME

20. La dilatation du col est portée à droite de la ligne d'alerte du partogramme et indique un déroulement défavorable du travail. **VRAIE**

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT EUTOCIQUES ; URGENCE OBSTETRICALE

21. Le diagnostic de la disproportion céphalopelvienne repose sur l'arrêt secondaire de la descente de la tête en présence de bonnes contractions. **VRAIE**
22. Si la phase active du travail est prolongée, l'accouchement devrait se faire par césarienne. **FAUSSE**
23. On recommande de réaliser d'abord une rupture artificielle des membranes (si les membranes sont intactes) pour déclencher le travail, surtout chez les patientes infectées par le VIH. **VRAIE**

24. Les conditions pour l'extraction par ventouse obstétricale sont les suivantes : la tête se trouve au moins au niveau 0 ou 2/5 de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne. **VRAIE**
25. La palpation abdominale pour évaluer la descente de la tête fœtale équivaut à évaluer la descente en utilisant le niveau 0 par un toucher vaginal. **VRAIE**
26. Une tête que l'on peut sentir lors de l'examen abdominal indique une présentation par l'épaule ou position transverse. **VRAIE**
27. Lorsque la tête du fœtus est bien fléchie avec position occipitale antérieure ou transverse (au début du travail), on peut prévoir un accouchement eutocique. **VRAIE**
28. Si le travail est prolongé en cas de présentation par le siège, une césarienne sera faite. **VRAIE**
29. Dans le cas d'un seul fœtus de taille importante, l'accouchement devrait se faire par césarienne. **FAUSSE**
30. Une cicatrice utérine transverse d'une grossesse antérieure est une indication pour une césarienne élective. **FAUSSE**
31. En cas de rupture de membranes, préalable au travail, avant 37 semaines de grossesse et s'il n'a pas de signes d'infection, il faudrait provoquer le travail. **FAUSSE**
32. La teinte méconiale du liquide amniotique est vue fréquemment alors que grandit le fœtus et en elle-même n'est pas un indicateur de détresse fœtale. **VRAIE**

FIEVRE PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT

33. Une douleur et/ou une sensibilité dans la région lombaire peut être un signe de pyélonéphrite aiguë. **VRAIE**

34. La douleur au sein ou la tension douloureuse des seins 3 à 5 jours après l'accouchement est généralement provoquée par l'engorgement mammaire. **VRAIE**

35. Une douleur dans la région inférieure de l'abdomen et une sensibilité utérine, avec des lochies malodorantes sont des signes caractéristiques de la métrite. **VRAIE**

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

36. Si on utilise un ballon et un masque pour réanimer le nouveau-né, il faut positionner le cou du nouveau-né en légère extension pour dégager les voies aériennes. **VRAIE**

**SOINS OBSTETRIKAUX D'URGENCE :
MATRICE D'EVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

STAGE : _____
FORMATEUR(S) : _____

DATES : _____

Numéro de la question	REPNSES CORRECTES (Participants)																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
1																										PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUATION INITIALE RAPIDE
2																										
3																										
4																										
5																										SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL
6																										
7																										
8																										
9																										SAIGNEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT
10																										
11																										
12																										PRISE EN CHARGE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL
13																										
14																										

Numéro de la question	REPONSES CORRECTES (Participants)																								CATEGORIES	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
15																										CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTERIELLE ELEEVE
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										PARTOGRAMME
21																										TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT EUTOCIQUES ; URGENCE OBSTETRICALE
22																										
23																										
24																										
25																										
26																										
27																										
28																										
29																										
30																										
31																										
32																										

Numéro de la question	REPONSES CORRECTES (Participants)																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
33																									FIEVRE PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT
34																									
35																									
36																									REANIMATION NEONATALE

Première semaine

JEU DE ROLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LES SOU CLES DES REPONSES

Questions de discussion

1. Comment la sage-femme a-t-elle expliqué la situation à Madame A. et à l'accoucheuse traditionnelle, ainsi que la nécessité de transférer Madame A. à l'hôpital de district ?
2. Comment la sage-femme a-t-elle apporté un soutien affectif et a-t-elle rassuré Madame A. et l'accoucheuse traditionnelle ?
3. Quels sont les comportements verbaux/non verbaux qu'ont pu utiliser Madame A. et l'accoucheuse traditionnelle qui indiqueraient qu'elles se sentaient soutenues et rassurées ?

Réponses

Le formateur utilisera les réponses suivantes pour guider la discussion après le jeu de rôle.

1. La sage-femme devrait s'exprimer calmement et tranquillement, d'un ton qui rassure et utiliser un langage et des termes que Mme A. comprend aisément. Une information suffisante sera donnée pour permettre à Mme A. et à l'accoucheuse traditionnelle de comprendre la situation, le besoin de la transférer à l'hôpital de district et pour expliquer ce qui se passera à l'hôpital une fois qu'elles seront arrivées.
2. La sage-femme devrait écouter et montrer qu'elle comprend bien ce que ressent Mme A. dans un tel moment. Souvent on peut s'exprimer par un petit geste, par exemple serrer la main et avoir l'air préoccupé. Cela aide énormément à rassurer et à apporter un soutien émotionnel à Mme A. De plus, la sage-femme devra avoir la même attitude face à l'accoucheuse traditionnelle pour la rassurer et éviter qu'elle ne se sente coupable.
3. Si la sage-femme adopte les comportements verbaux et non verbaux susmentionnés, il est fort probable que Mme A. sera moins effrayée et plus susceptible d'accepter le transfert à l'hôpital de district. L'accoucheuse se sentira elle-aussi rassurée et donc mieux à même de pouvoir soutenir Mme A.

ETUDE DE CAS 1A : SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE CLES DES REPONSES

Etude de cas

Madame A. est une primipare de 20 ans qui se plaint d'un saignement vaginal qui a commencé hier comme saignement léger, mais qui est devenu plus abondant depuis. Elle dit avoir perdu un seul caillot. Elle indique également qu'elle a des douleurs abdominales et qu'elle se sent fatiguée et malade depuis hier. Madame A. indique trois mois d'aménorrhée.

Evaluation (anamnèse, examen physique, dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
 - Saluer Mme A. avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer ce qui sera fait, les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. Il faudra en outre répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Un bilan rapide sera fait pour vérifier les signes suivants, indicateurs de choc : Pouls >110 ; tension artérielle systolique inférieure à 90 ; température >38°C ; pâleur ; transpiration ou peau moite et froide ; respiration rapide ; désorientée. Le choc nécessite un traitement d'urgence ou réanimation.
 - Information supplémentaire à obtenir :
 - Expulsion de produits de la conception
 - Fréquence, régularité et durée de sa menstruation avant la période actuelle d'aménorrhée
 - Utilisation actuelle de la contraception
 - Autres symptômes de grossesse
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Un examen abdominal sera effectué pour déterminer la sensibilité, et si possible, la taille, la consistance et la position de l'utérus.
 - Un examen pelvien sera réalisé pour contrôler la sensibilité et déterminer si le col est fermé, si des tissus sont visibles dans l'orifice externe du col, pour voir si les saignements sont abondants et confirmer la taille de l'utérus.
3. Quelles sont les causes de saignement que vous devez écarter ?
 - Avortement (imminent, inévitable, incomplet, complet)
 - Grossesse ectopique
 - Grossesse molaire

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Madame A. aurait vu des tissus expulsés ce matin. Elle indique également une menstruation régulière avec des règles durant environ cinq jours et une certaine nausée ces deux derniers mois et demi. Elle ne présente aucun autre signe de grossesse.

Elle a eu un accouchement spontané par voie basse il y a deux ans d'un enfant à terme.

Elle n'utilise pas de méthode de contraception.

Examen physique :

Madame A. est consciente et alerte, sans signes de pâleur.

Sa température est de 37°C, son pouls de 100 battements par minute, sa tension artérielle est de 110/70 et la fréquence respiratoire de 20 mvts/minute.

L'examen abdominal n'indique aucune sensibilité ni grosseur. L'utérus n'est pas palpable. A l'examen vaginal, vous constatez un saignement abondant avec des caillots, les tissus sont visualisés dans le col, le col est dilaté à 2 cm et il n'existe pas de douleurs à la motilité cervicale ni de sensibilité des annexes. L'utérus a une taille de 8 semaines.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame A. (problème/besoin) et pourquoi ?
- Les symptômes et signes de Mme A. (à savoir, saignement abondant, crampes/douleurs au bas-ventre, col dilaté, produits de la conception visibles dans l'orifice du col, utérus plus petit qu'escompté normalement) sont ceux de **l'avortement incomplet**.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification du problème/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?
- Les dispositions doivent être prises pour l'évacuation immédiate de l'utérus en utilisant la méthode de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)
 - Continuer à suivre les signes vitaux pendant l'intervention et pendant deux heures au moins après l'intervention.
 - Apporter un soutien émotionnel et rassurer Mme A., expliquer ce qui va se passer, répondre à toute crainte ou préoccupation qu'elle peut avoir.

Evaluation

Trois heures après la procédure, Madame A. se remet bien. Sa température est de 37°C, le pouls est de 90 battements par minute, la tension artérielle est de 112/74 et la fréquence respiratoire est de 18 mvts/minute. Les saignements vaginaux ont diminué. Ce sont juste des saignements à présent. Elle est prête à rentrer chez elle.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
- Il faut rassurer Mme A. et lui indiquer qu'elle peut à nouveau tomber enceinte lui recommandant toutefois d'attendre jusqu'à qu'elle ait entièrement récupéré.
 - Il faudra conseiller Mme A. quant aux bonnes méthodes de planification familiale.
 - Il faudra recommander à Mme A. de revenir pour des soins immédiats si elle a :
 - Ces crampes prolongées (plus de quelques jours)
 - Un saignement prolongé (plus de deux semaines)
 - Un saignement abondant (plus qu'une menstruation normale)
 - Des douleurs sévères ou qui augmentent
 - De la fièvre, des frissons ou malaises
 - Des évanouissements
 - Déterminer tout autre service de santé de la reproduction dont pourrait avoir besoin Mme A. (à savoir, CDV pour VIH, prophylaxie antitétanique ou rappel tétanos, traitement des infections sexuellement transmissibles, dépistage du cancer du col).

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages C-1 à C-2 ; S-7 à S-8 ; S-11 à S-13 ; P-68

ETUDE DE CAS 1B : SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE CLES DES REPONSES

Etude de cas

Madame B. est une 4^e mère de 30 ans qui a des saignements vaginaux depuis 4 jours. Elle signale 3 mois d'aménorrhée. Elle indique également qu'elle s'est rendue chez un agent de santé local qui lui a prescrit des cachets. Madame B. indique que le saignement vaginal est démarré après la prise des cachets. Depuis hier, ces saignements deviennent plus abondants. Elle a expulsé des produits de la conception et a des crampes au bas ventre. Elle se sent fatiguée et malade.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
 - Saluer Mme B. avec respect et amabilité.
 - Il faudra lui dire les mesures qui seront prises et la rassurer. De plus, il faut répondre de manière calme et rassurante à ses questions.
 - Un bilan initial rapide sera fait pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle est en choc et a besoin d'un traitement d'urgence/réanimation : Pouls >100 ; tension artérielle systolique à 90 ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite ; transpiration rapide ; désorientée. Le bilan rapide suppose également une observation rapide du degré de connaissance/convulsions, douleur abdominale et température.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Un examen abdominal sera effectué pour déterminer la sensibilité, la taille, la consistance et la position de l'utérus.
 - Un examen pelvien sera réalisé pour contrôler la sensibilité et déterminer si le col est fermé, si des tissus sont visibles dans l'orifice externe du col, voir la quantité des saignements et confirmer la taille de l'utérus.
 - Il faut demander à Mme B. si elle sait quel médicament elle a pris au centre de santé et si un examen interne ou autre traitement a été fait.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame B. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Madame B ne sait pas quel médicament on lui a prescrit. Au cours de sa visite au centre de santé, on lui a fait un examen vaginal et on lui a inséré un certain "médicament" dans le vagin.

Examen physique :

Madame B. est consciente et alerte, avec une certaine pâleur.

Sa température est de 38,5°C, son pouls de 120 battements par minute, sa tension artérielle est de 100/60 et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.

La partie inférieure de son abdomen est sensible. A l'examen vaginal, on note une perte vaginale tachée de sang et malodorante. La dilatation du col est de 2–3 cm et des produits de la conception sont visibles dans l'orifice du col. L'utérus est une taille de 8 semaines et il est sensible.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problème/besoin) et pourquoi ?
- Les symptômes et signes (saignement abondant, crampes/douleurs au bas-ventre, col dilaté, produits de la conception visibles dans l'orifice du col, utérus légèrement plus petit qu'escompté normalement, utérus sensible, pertes vaginales malodorantes, fièvre et rythme cardiaque rapide) sont ceux de l'avortement incomplet avec septicémie.

Prestation de soins (planification et intervention)

4. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame B. et pourquoi ?
- Démarrer immédiatement 2 mg d'ampicilline en IV toutes les 6 heures PLUS 5 mg de gentamicine par kg toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.
 - Il faut envisager le choc et démarrer immédiatement le traitement en présence de signes de choc.
 - Un examen doit être fait pour détecter les lésions utérines, vaginales et intestinales. Si l'on craint des blessures utérines ou intestinales, il faudra prendre les dispositions nécessaires pour une laparotomie immédiate.
 - Il faut irriguer soigneusement son vagin pour évacuer les herbes, médicaments locaux ou substances caustiques.
 - Des dispositions doivent être prises pour l'évacuation immédiate de l'utérus en utilisant l'aspiration manuelle intra-utérine.
 - Apporter un soutien émotionnel et rassurer Mme B., expliquer ce qui va se passer, l'écouter attention et répondre à toute préoccupation ou crainte qu'elle puisse avoir.

Evaluation

L'état de Madame B. après le traitement ne présente aucun signe particulier. Rien à signaler. Les pertes vaginales ont diminué progressivement après le traitement. Le deuxième jour après l'opération, sa température est de 37°C, le pouls de 86, la tension artérielle de 110/72 et les respirations de 18. Aucune sensibilité abdominale.

5. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame B. et pourquoi ?

- Les antibiotiques doivent être arrêtés quand Mme B. n'a plus de fièvre après 48 heures.
- Si une grossesse n'est pas souhaitée, il faudra conseiller Mme B. et lui expliquer les dangers de l'avortement à risque. Des conseils en matière de planification familiale seront également donnés ainsi que la méthode contraceptive choisie par Mme B. avant qu'elle ne quitte l'établissement.
- Si une grossesse est souhaitée, il faudra rassurer Mme B. et lui indiquer que sa prochaine grossesse peut se dérouler sans problème, l'encourageant toutefois d'attendre d'être entièrement remise avant de tomber enceinte à nouveau.
- Il faudra recommander à Mme B. de revenir pour des soins immédiats si elle a :
 - Ces crampes prolongées (plus de quelques jours)
 - Un saignement prolongé (plus de deux semaines)
 - Un saignement abondant (plus qu'une menstruation normale)
 - Douleurs sévères ou qui augmentent
 - Fièvre, frissons ou malaises
 - Évanouissement
- Déterminer tout autre service de santé de la reproduction dont pourrait avoir besoin Mme B. (à savoir, CDV pour VIH, prophylaxie antitétanique ou rappel tétanos, traitement des infections sexuellement transmissibles, dépistage du cancer du col).

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages C-1 à C-2 ; S-7 à S-13

ETUDE CAS 2 : HYPERTENSION GESTATIONNELLE CLES DES REponses

Etude de cas

Madame C. est une troisième gèste, 2^e pare de 23 ans, à 37 semaines de grossesse, qui est amenée au service d'urgence de l'hôpital de district, se plaignant de violents maux de tête et de vision floue. Madame C. a eu quatre consultations prénatales pendant sa grossesse. Jusqu'à présent, tout s'est bien passé. Elle est venue il y a une semaine et on lui a expliqué les signes d'alerte lors de la grossesse et les mesures à prendre en un tel cas.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame C. et pourquoi ?
 - Accueillir Mme C. et son mari avec respect et amabilité.
 - Leur indiquer les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, il faut répondre à leurs questions d'une manière calme et rassurante.
 - Réaliser un bilan initial rapide pour vérifier le niveau de connaissance et contrôler la tension artérielle. Il faut également contrôler la température et la fréquence respiratoire. Il faut demander à Mme C. comment elle se sent, quand ont commencé les maux de tête et la vision floue, si elle a des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen et si le débit urinaire a baissé dans les dernières 24 heures. Il faut également lui demander si les mouvements fœtaux sont normaux.
 - Faire un test d'urine pour détecter la présence de protéine.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame C. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Il faudrait contrôler la tension artérielle et la présence de protéine dans l'urine de Mme C. (la protéinurie conjuguée à une tension artérielle diastolique de plus de 90, est un signe indicateur de pré-éclampsie).
 - Un examen abdominal sera réalisé pour contrôler l'état du fœtus et écouter les bruits du cœur fœtal (la fonction placentaire réduite liée à la pré-éclampsie/éclampsie est une cause de l'insuffisance pondérale à la naissance ; il existe un risque accru d'hypoxie pendant les périodes anténatales et prénatales ainsi qu'un risque accru de décollement placentaire). Son utérus devrait également être examiné pour déterminer la taille et la sensibilité à la palpation.
 - Un diagnostic doit être établi rapidement en l'espace de quelques minutes.
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame C. et pourquoi ?
 - Tel que mentionné ci-dessus, un test d'urine doit être fait pour noter la présence de protéine.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame C. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Madame C. indique qu'elle a commencé à avoir très mal à la tête 3 heures avant l'admission et que la vision floue a commencé 2 heures après le début des maux de tête. Elle n'a pas de douleur dans la partie supérieure de l'abdomen, ni de débit urinaire plus faible, ni de convulsion ou de perte de connaissance. Elle signale un mouvement fœtal normal.

Examen physique :

Madame C. est consciente et alerte. Sa tension artérielle est de 160/110. Il n'existe pas de sensibilité abdominale. L'utérus est à 37 semaines. Les mouvements fœtaux sont normaux et le rythme cardiaque du fœtus est de 120/minute.

Tests de laboratoire :

L'urine indique 3+ protéine.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame C. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les symptômes et les signes de Mme C. (tension artérielle diastolique de 110 ou plus après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 3+) sont de la pré-éclampsie sévère.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame C. et pourquoi ?
 - Un antihypertenseur devrait être administré pour faire baisser la tension artérielle diastolique et la maintenir entre 90 et 100 afin de prévenir l'hémorragie cérébrale. L'hydralazine est le médicament de premier choix ; toutefois, s'il n'est pas disponible, le labétalol peut être utilisé.
 - Un traitement anticonvulsivant doit être démarré. Le sulfate de magnésium est le médicament indiqué pour prévenir et traiter les convulsions dans le cas de pré-éclampsie et éclampsie sévères. Toutefois s'il n'est pas disponible, on peut utiliser le diazépam.
 - Le matériel nécessaire pour répondre à une convulsion (voie aérienne, aspiration, masque et ballon, oxygène) doit être disponible au chevet de son lit.
 - Il ne faut pas laisser Mme C. toute seule au cas où elle aurait une convulsion.
 - Une perfusion doit être démarrée avec du sérum physiologique ou du Ringer Lactate pour administrer les médicaments en IV.
 - Il faut installer une sonde à demeure pour suivre le débit urinaire et la protéinurie (le sulfate de magnésium doit être arrêté si le débit urinaire tombe en dessous de 30 ml par heure sur une période de 4 heures).

- Un strict compte rendu est fait de l'apport et du débit pour s'assurer qu'il n'existe pas de dose excessive de liquide.
- Les signes vitaux (tension artérielle et fréquence respiratoire en particulier), les réflexes et le rythme cardiaque fœtal devraient être suivis toutes les heures (il faut arrêter le sulfate de magnésium si la fréquence respiratoire tombe en dessous de 16 mouvements par minute ou si les réflexes rotuliens sont absents).
- Ausculter les poumons toutes les heures pour noter les râles qui signalent l'œdème pulmonaire.
- Un test de coagulation au lit de la patiente devrait être fait pour écarter la coagulopathie (la coagulopathie peut être provoquée par l'éclampsie).
- Les mesures prises pour traiter les complications devraient être expliquées à Mme C. et à son mari. En outre, on leur demandera de faire connaître leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on leur apportera tout le soutien émotionnel possible et on les rassurera.

Evaluation

Deux heures après le début du traitement, la tension artérielle diastolique de Madame C. est de 100. La patiente indique que les maux de tête persistent. Le rythme cardiaque du fœtus se situe dans la fourchette de 120 à 140/minute. Les réflexes sont normaux. Les poumons sont clairs à l'auscultation. Le temps de coagulation est de 6 minutes, selon le test de coagulation au lit de la patiente (coagulation en 7 minutes est normale). Le débit urinaire a baissé à 20 ml/heure.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame C. et pourquoi ?
- Ne pas répéter la dose de sulfate de magnésium tant que le débit urinaire n'est pas supérieur à 30 ml/heure.
 - Procéder aux préparations pour la naissance du bébé :
 - Si le col est favorable (mou, mince, dilaté partiellement), les membranes doivent être rompues et le travail sera provoqué en utilisant de l'ocytocine ou des prostaglandines. Dans les régions à prévalence élevée du VIH, il ne faut pas rompre les membranes.
 - Si l'accouchement par voie basse n'est pas prévu dans les 24 heures qui suivent le début des symptômes, s'il existe des anomalies cardiaques du fœtus (moins de 100 ou plus de 180 battements par minute) ou si le col n'est pas favorable (ferme, épais, fermé), il faut prévoir une césarienne.
 - Les mesures pour traiter la complication doivent être expliquées à Mme C. et à son mari. En outre, on leur demandera de faire connaître leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on continuera à leur apporter un soutien émotionnel et on les rassurera.
 - Après l'accouchement :
 - Le traitement anticonvulsivant devra être continué pendant 24 heures.
 - Il faut continuer à administrer les antihypertenseurs si la pression artérielle diastolique de Mme C. est de 110 ou plus.

- Continuer à suivre la tension artérielle, la fréquence respiratoire, le débit urinaire et l'éventuelle présence de protéine dans l'urine.

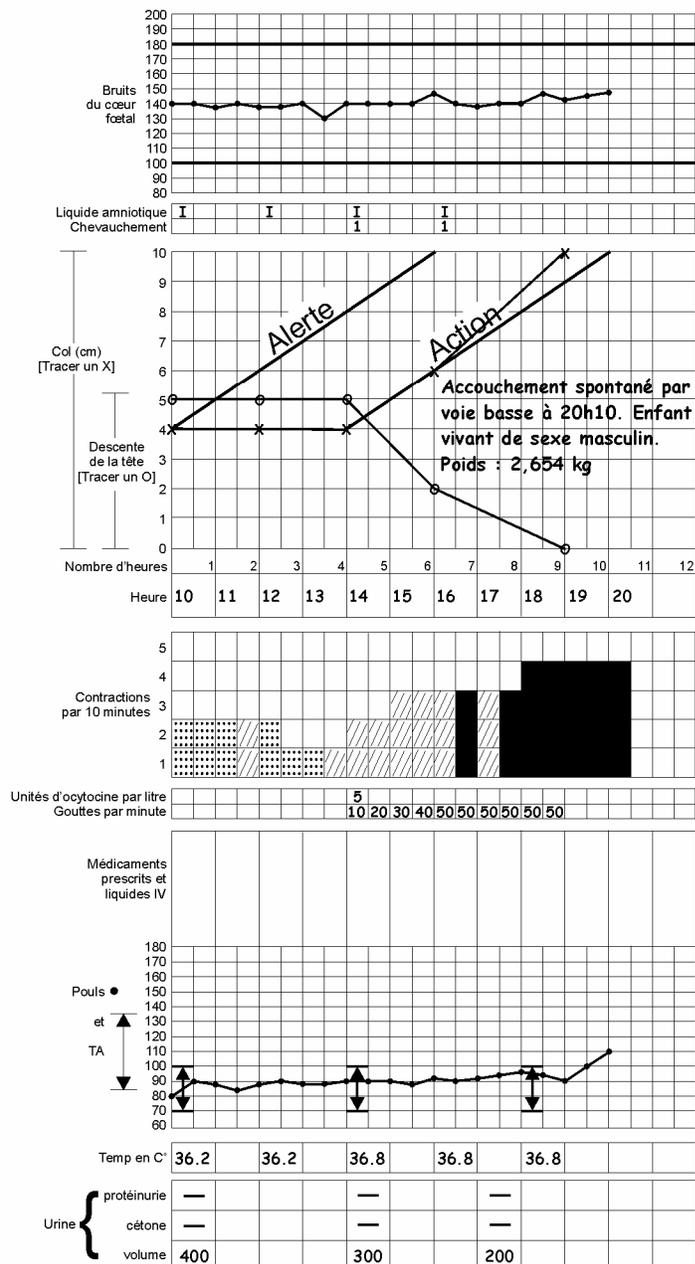
Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages C-21 ; S-43 à S-48

- Conseils : Laisser la patiente choisir la position ; boire beaucoup de liquides ; manger si elle le souhaite
- Prévoir à 13h 00 : Progresser à au moins dilatation de 9 cm
- Etape 3
 - Etapes : Procéder aux préparations de la naissance
 - Conseils : Pousser uniquement si elle sent l'envie de pousser
 - Résultat escompté : Accouchement spontané par voie basse
- Etape 4
 - 1^{er} stade du travail actif : 4 heures
 - 2^{ème} stade du travail actif : 20 minutes

EXERCICE : UTILISER LE PARTOGRAMME : CAS 2

Name **Mme B** Geste **1** Pare **0+0** Numéro de l'hôpital **1443**
 Date d'admission **5 décembre 2000** Heure d'admission **10 heures** Rupture des membranes **14 heures**

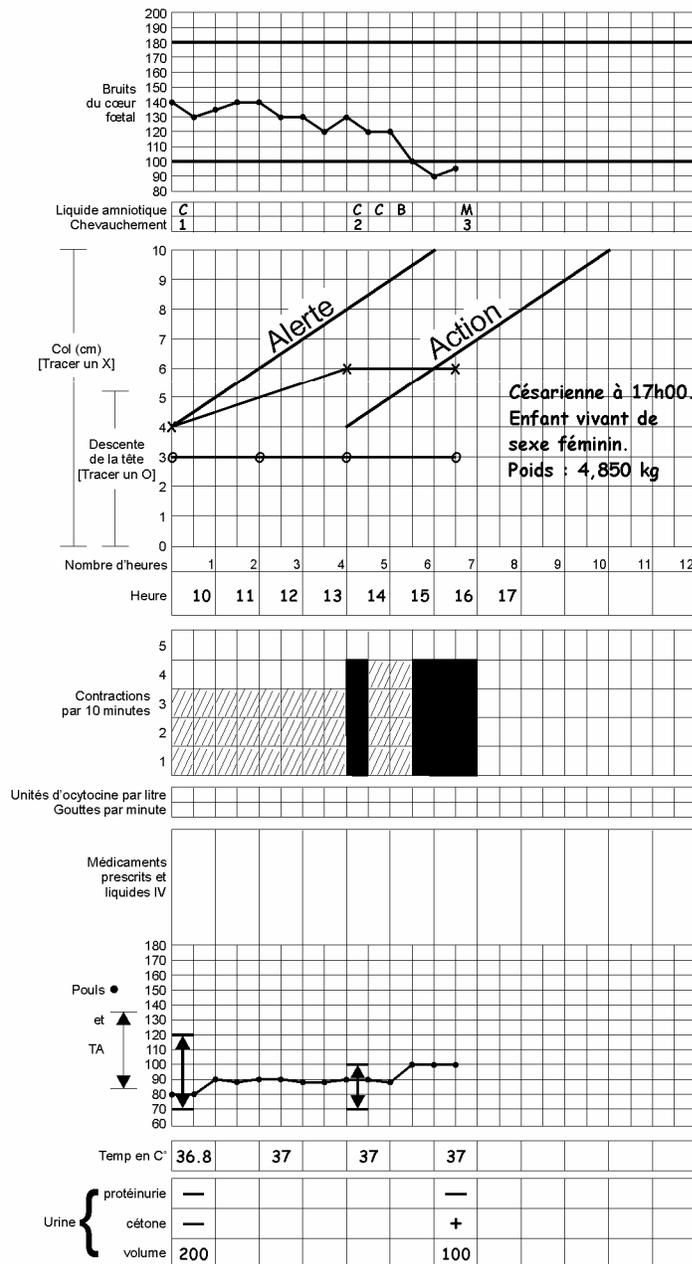


- Etape 1
 - Diagnostic : Travail actif
 - Mesure : Informer Mme B et la famille des résultats et de la suite ; donner continuellement l'occasion de poser des questions ; l'encourager à marcher et boire et manger comme elle le souhaite.
- Etape 2
 - Diagnostic : Phase active prolongée (dilatation du col marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme)

- Mesure : Le facilitateur devrait saisir l'occasion de démarrer une discussion concernant l'utilisation de l'ocytocine pour accélérer le travail dans un contexte clinique. Par exemple, la patiente est-elle prise en charge dans un poste de santé qui se trouve à 4 heures de l'hôpital de district où une perfusion d'ocytocine peut être démarrée ? Ou alors si elle se trouve dans un hôpital de district, est-ce que d'autres mesures peuvent être utilisées (par exemple, l'hydratation, le fait de marcher) avant de démarrer l'ocytocine ?
- Etape 3
 - Diagnostic : Phase active prolongée ; moins de 3 contractions par 10 minutes durant plus de 40 secondes ; bon état de la mère et du fœtus
 - Mesure : Accélérer le travail avec de l'ocytocine et rupture artificielle des membranes ; informer des résultats et de la suite ; rassurer ; répondre aux questions ; encourager à boire et à adopter la position qu'elle préfère
- Etape 4
 - Mesure : Continuer à accélérer, assurer son confort (psychologique et physique) ; encourager à boire et à manger
- Etape 5—voir partogramme
- Etape 6—voir partogramme
- Etape 7
 - 1^{er} stade du travail actif : 9 heures
 - 2^{ème} stade du travail actif : 1 heure 10 minutes
 - Pourquoi accélérer : Moins de 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes (manque de progression)

EXERCICE : UTILISER LE PARTOGRAMME : CAS 3

Nom Mme C Geste 4 Pare 3+0 Numéro de l'hôpital 6639
 Date d'admission 5 décembre 2000 Heure d'admission 10 heures Rupture des membranes 9 heures



- Etape 1—voir partogramme
- Etape 2—voir partogramme
- Etape 3—voir partogramme
- Etape 4—voir partogramme
 - Diagnostic final : Travail dystocique

- Mesure à 14 heures : Continuer à apporter un soutien émotionnel et physique, y compris l'hydratation ; continuer un suivi attentif de l'état de la mère et du fœtus. Pourquoi ? La patiente et la famille peuvent être découragées par le manque de progression et être épuisées émotionnellement et physiquement ; a traversé la ligne d'alerte.
- Faire une césarienne car la patiente se trouve déjà en arrêt secondaire de dilatation et de descente malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes.
- Oui, c'était la mesure correcte car souffrance fœtale et manque de progression malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes, présence d'acétone dans l'urine, pouls maternel qui s'accélère. Toutefois, on a attendu plus longtemps qu'il n'aurait fallu pour le bien de la mère et du bébé.
- Problèmes escomptés chez le nouveau-né—asphyxie, aspiration du méconium.

Deuxième semaine

ETUDE DE CAS 1A : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L'ACCOUCHEMENT CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme A., âgée de 20 ans, est une quatrième geste, 4^e pare qui vient à l'hôpital à 6 jours du post-partum indiquant qu'elle se sent faible et "malade" et qu'elle a "la tête qui tourne." Elle indique par ailleurs que l'accouchement s'est déroulé sans complications et que le bébé se porte bien. Elle a des saignements vaginaux comparables à des règles abondantes.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faut répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Un rapide bilan initial doit être fait pour vérifier les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et a besoin de traitement d'urgence/réanimation : pouls >110; tension artérielle systolique inférieure à 90 ; pâleur ; transpiration ou peau froide et moite ; respiration rapide ; confusion. Il faut également dans ce bilan initial faire une observation rapide de l'état de connaissance, des douleurs abdominales et prendre la température.
 - Demander des informations concernant les lochies depuis la naissance (couleur, quantité et odeur).
 - Il faut consulter le dossier de Mme A. pour trouver la quantité de sang perdue immédiatement après l'accouchement, voir si le placenta était complet et s'il existait des lésions génitales.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Il convient d'examiner de suite l'utérus de Mme A. pour voir s'il est contracté (un utérus qui n'est pas contracté pourrait révéler un utérus atone et/ou une rétention de fragments de placenta).
 - Il faut examiner attentivement le périnée, le vagin et le col pour détecter les déchirures.
 - Il faut contrôler la quantité, la couleur et l'odeur des lochies de Mme A.
 - Il faut vérifier si la conjonctive est pâle puisque c'est un signe possible d'anémie.
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame A. et pourquoi ?
 - Il faut faire un dosage de l'hémoglobine car les saignements de Mme A. sont plus abondants qu'ils ne devraient l'être, et qu'il existe en plus d'autres signes qui suggèrent l'anémie (faible et étourdissement).

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Mme A. indique que les lochies ont diminué lors des 4 premiers jours du post-partum mais par contre elle a des saignements plus abondants avec du sang rouge vif ces deux derniers jours. En plus elle a eu des lochies nauséabondes depuis hier.

Examen physique :

La température de Mme A. est de 37.2°C, son pouls est de 90, sa tension artérielle est de 120/80 et sa fréquence respiratoire est de 20 mvts par minute.

Son utérus est mou, pas de sensibilité au toucher. Il se trouve pratiquement au niveau de son nombril. Elle n'a pas de signes de déchirures cervicales, vaginales ou périnéales. Les lochies sont rouges, modérées et sans mauvaise odeur. Elle a une légère pâleur conjonctivale.

Tests de laboratoire :

Taux d'hémoglobine est de 9 g/dl.

Le dossier médical de Mme A. n'indique pas de pertes de sang après l'accouchement et ne précise pas si le placenta était complet.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame A. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les signes et symptômes de Mme A. (à savoir un utérus qui n'est pas bien contracté, un saignement vaginal plus abondant que la normale, un saignement qui survient après plus de 24 heures du post-partum et l'anémie) sont ceux de l'hémorragie retardée (secondaire) du post-partum.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?
 - Massage de l'utérus de façon à ce qu'il se contracte et expulse les caillots restants.
 - Administration de 10 unités d'ocytocine en IM.
 - Si le col de Mme A. est dilaté, il faudrait procéder à une exploration manuelle de l'utérus pour retirer les caillots importants et les fragments placentaires. Auparavant, il faudrait administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactique (2 g d'ampicilline en IV PLUS 1g de métronidazole ou de céfazoline en IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV).
 - Si le col n'est pas dilaté, il faut procéder à l'évacuation de l'utérus de Mme A. en utilisant la méthode de l'aspiration manuelle intra-utérine.

- Si le saignement continue, il faut évaluer la coagulation à l'aide du test de coagulation au lit de la patiente et le cas échéant traiter la coagulopathie.
- Les signes vitaux de Mme A. doivent être contrôlés et il faut vérifier que son utérus reste ferme et bien contracté.
- L'anémie doit être traitée à l'aide de 60 mg de sulfate ferreux ou fumarate ferreux par voie orale plus 400 µg d'acide folique par voie orale, une fois par jour pendant 6 mois.
- Il convient d'expliquer à Mme A. les mesures prises pour traiter la complication. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on lui apportera le soutien affectif nécessaire tout en la rassurant.

Evaluation

Deux heures après l'extraction de caillots et des tissus restants du placenta, Mme A. se repose. Sa température est de 37°C, son pouls 82, sa tension artérielle 120/80 et les respirations 20 mvts. Son utérus est bien contracté, 3 cm en dessous du nombril. Les saignements sont minimes.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
 - Mme A. devrait rester à l'hôpital et continuer à recevoir des antibiotiques pendant 48 heures. Il faut suivre régulièrement ses signes vitaux et saignement vaginal. En outre, on examinera régulièrement son utérus pour déterminer la fermeté, la taille et noter s'il est sensible à la palpation.
 - On encouragera Mme A. à allaiter son nouveau-né pendant ou après l'hospitalisation. Avant de quitter l'hôpital, il faut lui indiquer quels sont les signes d'alerte lors de la période du post-partum (saignement, douleurs abdominales, fièvre, maux de tête, vision floue) et ce qu'il faut faire dans un tel cas. On lui donnera des conseils sur l'importance de prendre des suppléments de fer/acide folique et de manger des aliments riches en fer. On discutera de l'allaitement maternel, des soins à prodiguer au nouveau-né, on répondra aux questions et on lui apportera un soutien affectif.
 - Des dispositions seront prises pour lui dispenser des soins du post-partum dans une semaine.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-25 to S-34

ETUDE DE CAS 1B : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L'ACCOUCHEMENT CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme B. a 30 ans, c'est une 4^e pare qui a eu un accouchement par voie basse normal et spontané, au centre de santé, et qui a mis au monde un bébé en bonne santé, à terme, pesant 4,2 kg. A la fin du second stade, elle a reçu 0,2 mg d'ergométrine. Le placenta a été extrait 5 minutes plus tard, sans complications. Une demi-heure plus tard, Mme B. signale qu'elle a des saignements abondants.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faut répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Un rapide bilan initial doit être fait pour vérifier les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et a besoin de traitement d'urgence/réanimation : pouls >110 ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; pâleur ; transpiration ou peau froide et moite ; respiration rapide ; confusion. Il faut également dans ce bilan initial faire une observation rapide de l'état de connaissance/convulsions, des douleurs abdominales et prendre la température.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - En même temps que le bilan initial rapide, une palpation doit être faite de l'utérus de Mme B. pour voir s'il est contracté. Si l'utérus est contracté et ferme, le saignement est probablement imputable à un traumatisme génital. Si l'utérus n'est pas contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l'utérus atone.
 - Il faut examiner attentivement le placenta pour voir s'il est complet.
 - Il faut examiner attentivement le périnée, le vagin et le col pour détecter d'éventuelles déchirures.

3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame B. et pourquoi ?
 - Aucun pour le moment.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame B. et vos constatations sont les suivantes :

La température de Mme B. est de 37°C, son pouls de 88, sa tension artérielle 110/80 et sa fréquence respiratoire de 18 mvts/minute.

Son utérus est ferme et bien contracté. Le placenta est complet.

Elle n'a pas de traumatisme périnéal. L'examen du vagin et du col est difficile à exécuter car elle a toujours des saignements abondants. Aussi, ne peut-on pas exclure les déchirures du col et du vagin.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les symptômes et signes de Mme B. (à savoir hémorragie immédiate du post-partum, placenta complet, utérus bien contracté) sont ceux du traumatisme génital.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame B. et pourquoi ?
 - Installer une perfusion en utilisant une aiguille de gros calibre pour remplacer les pertes de liquides, avec du Ringer Lactate ou du sérum physiologique.
 - Examen attentif au spéculum du vagin et du col, réalisé immédiatement car les saignements sont probablement imputables à des déchirures du col et/ou du vagin.
 - Réfection immédiate des déchirures.
 - Contrôler les signes vitaux de Mme B. ainsi que l'apport de liquides et émissions.
 - Examiner son utérus pour vérifier qu'il reste ferme et contracté.
 - Prélèvement de sang pour le dosage de l'hémoglobine et test de compatibilité et transfusion de sang faite aussi rapidement que possible, dans le cas où elle s'avère nécessaire.
 - Les mesures prises pour traiter la complication doivent être expliquées à Mme B. et à sa famille. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on lui apportera un soutien affectif tout en la rassurant.

Evaluation

On a procédé à la réfection d'une déchirure cervicale qui a été identifiée. Une heure après la réfection, la température de Mme B. est de 37°C, son pouls de 86, sa tension artérielle est de 110/80 et sa fréquence respiratoire de 16 mvts/minute. Son utérus reste bien contracté et le saignement est minimal.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame B. et pourquoi ?

- Il faut continuer à contrôler les signes vitaux et pertes de sang de Mme B., toutes les 15 minutes pendant une heure, et ensuite toutes les 30 minutes pendant deux heures, chaque heure pendant 3 heures et ensuite toutes les 4 heures pendant 24 heures. Son utérus doit être examiné pour vérifier qu'il reste ferme et bien contracté. On l'encouragera également à allaiter son nouveau-né.
- Une fois que le saignement est maîtrisé (24 h après l'arrêt du saignement), faire un dosage de l'hémoglobine ou une mesure de l'hématocrite pour vérifier si la patiente est anémique.
- Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl ou l'hématocrite est inférieur à 20% (anémie sévère), donner 120 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 3 mois. Après 3 mois, il faut qu'elle continue les 60 mg de sulfate ferreux ou fumarate ferreux par voie orale plus 400 µg d'acide folique par voie orale, une fois par jour pendant 6 mois. La transfusion de sang n'est pas nécessaire si ses signes vitaux sont stables et les saignements ont cessé.
- Si le taux d'hémoglobine est compris entre 7 et 11 g/dl, donner 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux, PLUS 400 µg d'acide folique, à prendre par voie orale, une fois par jour, pendant 6 mois.
- Les mesures prises pour prendre en charge les complications devraient être expliquées à Mme B. On l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouterait attentivement et on lui apporterait un soutien affectif tout en la rassurant.
- Mme B. devrait rester au centre de santé pendant encore 24 heures et, avant qu'elle ne parte, on lui indiquera quels sont les signes d'alerte lors de la période du post-partum (saignements, douleurs abdominales, fièvre, maux de tête, vision floue) et on lui recommandera de suivre le traitement de fer/acide folique et d'inclure à son régime alimentaire des aliments riches en fer. Des conseils seront également donnés sur l'allaitement maternel et les soins aux nouveau-nés. Si elle se remet bien, Mme B. et son bébé devraient consulter un prestataire de soins environ 5 à 6 jours après avoir quitté l'établissement.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-25 to S-31

ETUDE DE CAS 2A : FIEVRE APRES ACCOUCHEMENT CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme B. est une primipare de 22 ans qui vient au centre de santé se plaignant que sa plaie périnéale est devenue de plus en plus sensible et douloureuse ces 12 dernières heures. En plus, elle indique qu'elle ne se sent pas bien et qu'elle a probablement de la fièvre. Elle a donné naissance à un bébé à terme il y a trois jours dans le centre de santé. Le bébé pesait 4 kg et Mme B. a souffert d'une lacération périnéale et une suture à été faite. On l'a mise au courant des signes d'alerte avant qu'elle ne quitte le centre de santé lui indiquant notamment qu'elle devait revenir en cas de tels signes d'appel.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et avec amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. Il s'agit également de répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Bilan initial rapide pour déterminer la gravité : température, pouls, pression artérielle et respirations. Il convient également de noter la présence d'autres signes et symptômes: douleurs abdominales, fréquence de la miction ou douleurs à la miction, sensibilité abdominale, saignement, lochies malodorantes ou perte de connaissance.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Il faut examiner la plaie de Mme B. pour noter toute douleur ou sensibilité, écoulement, formation d'abcès et cellulite. (Sensibilité de la plaie, écoulement sanguin ou séreux et léger érythème s'étendant au-delà de l'incision sont des signes qui peuvent évoquer un abcès à la plaie ou un hématome de la plaie alors que l'érythème ou l'œdème s'étendant au-delà de l'incision, des pertes purulentes et une zone rougeâtre autour de la plaie sont des signes de cellulite traumatique.) En cas de pertes purulentes, déterminer si elles proviennent de la plaie ou de la zone au dessus (vagin, utérus).
 - Un examen abdominal sera également effectué avec observation des lochies pour détecter tout signe évoquant la fièvre du post-partum (douleurs et sensibilité abdominales et lochies purulentes et malodorantes).

3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame B. et pourquoi ?
 - Aucun pour le moment

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame B. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

D'après les indications de Mme B., elle n'a pas de douleur abdominale, ni de mictions fréquentes ou douloureuses, ni de sensibilité abdominale ou encore de lochies nauséabondes ou perte de connaissance.

Examen physique :

La température de Mme B. est de 38°C, son pouls est de 88 battements par minute, sa tension artérielle est de 120/80 et sa fréquence respiratoire de 20 battements par minute. Pas de sensibilité abdominale. Les lochies sont de couleur et de volume normaux et sans mauvaise odeur.

La plaie périnéale est sensible avec du pus au centre. La plaie n'est pas oedémateuse mais il existe un léger érythème au bord de l'incision.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les symptômes et signes de Mme B. (sensibilité de la plaie, écoulement de pus, érythème, fièvre) sont ceux d'un abcès à la plaie.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame B. et pourquoi ?
 - La plaie doit être ouverte et drainée car du pus s'en écoule. Il faut enlever la peau infectée et les sutures sous-cutanées, procéder au parage de la plaie et mettre un pansement humide. Les antibiotiques ne sont pas nécessaires puisqu'il n'existe pas de cellulite traumatique.
 - Les étapes prises pour le traitement de la complication devraient être expliquées à Mme B. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on lui apportera un soutien affectif tout en la rassurant.
 - Il faut indiquer à Mme B. qu'il est important de maintenir une bonne hygiène, de changer sa serviette périnéale au moins trois fois par jour et de porter des vêtements propres.
 - Il est également bon qu'elle garde le repos à la maison et boive autant de liquides que possible.
 - Mme B. devrait revenir le lendemain pour un suivi et pour qu'on change son pansement périnéal.

Evaluation

Mme B. revient au centre de santé le lendemain. Sa température est de 37,6°C. La plaie périnéale est un peu moins sensible et il y a moins de pertes.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame B. et pourquoi ?
- Mettre à nouveau un pansement humide sur la plaie.
 - Les étapes prises pour la prise en charge continue de la complication devraient être expliquées à Mme B. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouterait attentivement et on lui apporterait un soutien affectif tout en la rassurant.
 - Mme B. devrait être suivie tous les jours jusqu'à ce que la plaie soit guérie.

Références

Prise en charge des complications des complications de la grossesse et de l'accouchement :
pages S-107 to S-108 ; S-113 to S-114

ETUDE DE CAS 2B : FIEVRE APRES L'ACCOUCHEMENT CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme D. est une jeune femme agréable de 17 ans, primipare qui est à trois semaines du post-partum. Elle vient au centre de santé aujourd'hui se plaignant de douleurs et sensibilité mammaire. Elle ne sent pas bien. L'accouchement au centre de santé s'est déroulé sans problèmes et le bébé était en bonne santé, d'un poids de 2,9 kg. Vous avez vu Mme D. 2 jours après l'accouchement quand elle ainsi que son bébé se portaient bien.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame D. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. Il faut répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Un bilan initial est fait pour déterminer la gravité : contrôle de la température, du pouls, de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire. Il faut également faire un bilan rapide des saignements, de l'état de connaissance et des douleurs abdominales. Il faut lui demander si l'allaitement se déroule sans problèmes, combien de fois en une période de 24 heures le nouveau-né tète, si elle donne autre chose au bébé à part le lait maternel et si elle a des mamelons craquelés ou douloureux.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Faire un examen de seins pour déterminer s'ils sont douloureux, sensibles ou enflés et déceler l'éventuelle inflammation et la présence de mamelons craquelés pour diagnostiquer une éventuelle mastite ou un abcès au sein.
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame D. et pourquoi ?
 - Aucun à ce stade

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame D. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Mme D. indique que, pendant la première semaine, le bébé semblait avoir du mal à téter mais d'après elle, cela semble aller mieux depuis. Elle lui donne le sein six fois en l'espace de 24 heures et il reçoit également de l'eau entre les tétés. Mme D. a allaité le bébé moins d'une heure avant de venir vous consulter.

Examen physique :

Sa température est de 38°C, son pouls de 120 par minute, sa tension artérielle de 120/80 et sa fréquence respiratoire de 20 mvts/minute.

Elle se plaint de douleurs et sensibilité au sein gauche et il existe un placard rouge en quartier sur le sein gauche. Il n'existe pas de tuméfaction mobile ni de craquelures ou de lésions sur le mamelon.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame D. (problème/besoin) et pourquoi ?

- Les symptômes et signes (à savoir fièvre, douleurs au sein, seins sensibles et placard rouge en quartier sur le sein gauche) sont ceux de la mastite.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame D. et pourquoi ?

- Mme D. devrait recevoir un traitement avec les antibiotiques suivants : 500 mg de cloxacilline, par voie buccale, quatre fois par jour pendant 10 jours ou 250 mg d'érythromycine par voie buccale trois fois par jour pendant 10 jours.
- Il faut observer sa technique d'allaitement pour voir si le positionnement est correct (à savoir, est-ce que la tête et le corps du bébé sont droits, bien soutenus et proches du corps de la mère, le nouveau-né est face au sein et le nez à l'opposé du mamelon) et si le bébé saisit bien le sein (à savoir, partie plus grande de l'aréole visible au-dessus de la bouche, bouche grande ouverte, lèvre inférieure tournée vers l'extérieur, menton qui touche le sein).
- Il faut rassurer Mme D. et lui recommander de continuer à allaiter, pendant au moins huit fois en l'espace de 24 heures. Il faut également lui dire d'arrêter de donner de l'eau au bébé et lui donner des conseils concernant l'allaitement exclusif.
- Elle devrait porter un bandage ou un soutien-gorge pour soutenir les seins et mettre des compresses froides sur les seins entre les tétés pour diminuer l'enflure et soulager la douleur.
- Lui donner 500 mg de Paracétamol par voie buccale, si nécessaire.
- Il faut demander à Mme D. de revenir pour un suivi dans 3 jours.

Evaluation

Trois jours plus tard, Mme D. indique qu'elle se sent mieux et qu'elle a arrêté de prendre les médicaments. Sa température est de 37.6°C, son pouls est de 90 battements par minute, sa tension artérielle de 120/80 et sa fréquence respiratoire est de 20 mouvements par minute. Le sein est moins rouge et moins douloureux. Elle vous indique qu'elle a cessé de donner de l'eau à son bébé et qu'elle lui donne le sein plus de six fois en l'espace de 24 heures. Elle vous dit également que le bébé semble mieux positionné au sein.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame D. et pourquoi ?
- Il faut lui dire qu'il est important de terminer le traitement complet d'antibiotiques de 10 jours (3 jours de traitement avec antibiotiques ne suffisent pas pour guérir l'infection).
 - Il faut à nouveau observer le positionnement et voir si le bébé saisit bien le sein. On rassurera et on encouragera à nouveau Mme D. de continuer à allaiter pendant au moins 8 fois en l'espace de 24 heures.
 - Mme D. sera suivie tous les 2 à 3 jours pour être sûr qu'elle adhère au traitement antibiotique, que les symptômes disparaissent et pour continuer à l'encourager d'allaiter.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-107 to S-108 ; S-112

Questionnaire des connaissances à mi-stage

QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE

UTILISATION DU QUESTIONNAIRE

Cette évaluation des connaissances a pour objet d'aider le participant à suivre ses progrès tout au long du stage. A la fin du stage, tous les participants devraient arriver à une note de 85% ou meilleure.

Le questionnaire devrait être administré au moment du stage où tout le contenu a été présenté. Un résultat de 85% de réponses correctes ou plus indique que le participant maîtrise les connaissances présentées dans le ou les manuel(s) de référence. Pour ceux qui obtiennent moins de 85% lors du premier essai, le formateur clinique devrait revoir les résultats avec le participant individuellement et le guider à utiliser le ou les manuel(s) de référence pour apprendre l'information nécessaire. Les participants qui obtiennent moins de 85% peuvent remplir à nouveau le questionnaire, à n'importe quel moment pendant le restant du stage.

Le test ne sera répété que lorsque le participant aura eu le temps suffisant pour utiliser le ou les manuel(s) de référence.

QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE

Instructions : Marquer la lettre de la **meilleure** réponse à chaque question dans l'espace prévu à côté du numéro correspondant de la fiche de réponses ci-jointe.

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. Un bilan initial rapide est fait
 - a) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
 - b) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
 - c) uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
 - d) chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème
2. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
 - a) un pouls rapide et filant
 - b) une faible tension artérielle
 - c) une respiration rapide
 - d) tous les éléments susmentionnés

SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose
 - a) que l'on fasse un test de compatibilité sanguine et que l'on prenne les dispositions en vue d'une laparotomie immédiate
 - b) que l'on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d'exécuter l'intervention chirurgicale
 - c) que l'on observe la femme pour détecter tout signe d'amélioration
 - d) tous les éléments susmentionnés
4. Lorsqu'on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si
 - a) on imprime une rotation à la seringue d'un côté à l'autre avec la canule à l'intérieur de la cavité utérine
 - b) la canule est trop tirée vers l'arrière
 - c) la valve de compression est ouverte alors que la canule se trouve dans la cavité utérine
 - d) tous les éléments susmentionnés
5. La procédure AMIU est complète lorsque
 - a) la paroi de l'utérus est lisse
 - b) le vide diminue dans la seringue
 - c) une mousse rouge ou rose, mais pas de tissu, apparaît dans la canule
 - d) l'utérus se détend

6. Les résultats d'un test de coagulation au lit de la patiente évoque une coagulopathie si
- a) les saignements ne s'arrêtent dans les 7 minutes à partir d'une incision de 1 mm faite à l'intérieur de l'avant-bras
 - b) un caillot ne se forme pas dans les 7 minutes lorsque du gluconate de calcium est ajouté à un tube d'essai de 3 ml de sang
 - c) un caillot se forme dans les 7 minutes
 - d) un caillot ne se forme pas après 7 minutes ou un caillot mou se forme qui se désagrège facilement
7. Pour chaque unité de sang transfusé, la femme devra être suivie
- a) avant de démarrer la transfusion et dans les 4 heures suivant la transfusion
 - b) avant de démarrer la transfusion, au début de la transfusion et au moins toutes les heures pendant la transfusion
 - c) toutes les 15 minutes pendant la transfusion
 - d) pendant la transfusion mais pas après la transfusion

SAIGNEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à
- a) un utérus atone
 - b) un traumatisme du tractus génital
 - c) la rétention placentaire
 - d) tous les éléments susmentionnés
9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d'hémorragie immédiate du post-partum et
- a) placenta complet et utérus contracté
 - b) placenta incomplet et utérus contracté
 - c) placenta complet et utérus atone
 - d) placenta incomplet et utérus atone
10. En cas d'inversion de l'utérus suivant l'accouchement
- a) on ne sent pas le fond de l'utérus à la palpation abdominale
 - b) il peut exister une douleur légère ou intense
 - c) l'utérus inversé peut être apparent à la vulve
 - d) tous les éléments susmentionnés
11. Pour la délivrance artificielle
- a) administrer de l'ergométrine avant la procédure
 - b) donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
 - c) placer une main sur l'utérus et utiliser l'autre main pour appliquer une traction sur le cordon
 - d) placer une main sur l'utérus et l'autre main sur l'abdomen pour exercer une contre-traction sur le fond de l'utérus

12. Lorsqu'on exécute une compression de l'aorte abdominale pour contrôler l'hémorragie du post-partum, le point de la compression est
- a) juste en dessous et légèrement à droite de l'ombilic
 - b) juste en dessous et légèrement à gauche de l'ombilic
 - c) juste au-dessus et légèrement à droite de l'ombilic
 - d) juste au-dessus et légèrement à gauche de l'ombilic

CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTERIELLE ELEVEE

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d'une
- a) légère prééclampsie
 - b) hypertension chronique
 - c) prééclampsie légère surimposée
 - d) hypertension gestationnelle
14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent
- a) la prééclampsie
 - b) l'hypertension chronique
 - c) la pyélonéphrite
 - d) aucun des éléments susmentionnés
15. Chez une patiente avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de
- a) légère prééclampsie
 - b) prééclampsie modérée
 - c) prééclampsie sévère
 - d) éclampsie imminente
16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l'entremise
- a) d'une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse
 - b) d'une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse
 - c) d'injections simultanées IV et IM
 - d) Embol intraveineux de médicaments, suivi par injection profonde en IM dans chaque fesse.
17. Un médicament antihypertenseur devrait être administré pour l'hypertension en cas de prééclampsie ou éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est
- a) supérieure à 90 mm Hg ou plus
 - b) entre 100 et 110 mm Hg
 - c) 110 mm Hg ou plus
 - d) 120 mm Hg ou plus

PARTOGRAMME

18. La progression du travail est probablement défavorable si

- a) la phase latente dure plus de 8 heures
- b) la dilatation du col est marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme
- c) la femme a eu des douleurs du travail pendant 12 heures ou plus sans accouchement
- d) tous les éléments susmentionnés

19. Un partogramme note

- a) la dilatation et l'effacement de 4 cm jusqu'à 10 cm
- b) la dilatation et l'effacement de 3 cm jusqu'à 10 cm
- c) la descente de la tête fœtale et la dilatation de 4 cm jusqu'à 10 cm
- d) tous les éléments susmentionnés

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTETRICALE

20. Quand le fœtus est vivant en cas de travail dystocique et que le col est entièrement dilaté et que la tête est au niveau 0 station ou en dessous

- a) procéder à l'accouchement avec une symphysiotomie
- b) procéder à l'accouchement par extraction par ventouse obstétricale
- c) tenter l'accouchement par forceps
- d) accélérer le travail avec de l'ocytocine

21. La perfusion d'ocytocine ne devrait pas être utilisée

- a) pour accélérer le travail
- b) chez les multigravides
- c) en cas de grossesses multiples
- d) lors du travail dystocique

22. Un blocage vulvaire est toujours nécessaire pour

- a) un accouchement par le siège
- b) la réfection de l'épisiotomie
- c) la délivrance artificielle
- d) aucun des éléments susmentionnés

23. La cupule de la ventouse devrait être placée

- a) au-dessus du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
- b) en dessous du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
- c) sur le point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
- d) sur le point de flexion, 2 cm avant la fontanelle postérieure

24. Dans la position occipitale postérieure
- a) l'extraction par ventouse cervicale ne devrait pas être faite
 - b) l'accouchement par voie basse n'est pas possible
 - c) la phase d'expulsion peut être prolongée
 - d) la femme devrait accoucher en position accroupie
25. En cas de signes d'obstruction ou si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure
- a) l'accouchement devrait se faire par césarienne
 - b) il faut procéder à la rupture des membranes
 - c) le travail peut être accéléré à l'aide d'ocytocine
 - d) il faut encourager la patiente à pousser spontanément
26. Lors des présentations par le visage, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté
- a) l'accouchement devrait se faire par césarienne
 - b) on peut prévoir un accouchement normal
 - c) l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
 - d) aucun des éléments susmentionnés
27. La présence de méconium est courante lors de l'accouchement par le siège et
- a) est toujours un signe de détresse fœtale
 - b) n'est pas un signe de détresse fœtale si le rythme cardiaque fœtal est normal
 - c) est une indication pour une césarienne
 - d) est une indication pour l'accouchement par le siège
28. Pour délivrer des épaules bloquées
- a) il faut appliquer une pression ferme et constante vers le bas sur la tête fœtale
 - b) il faut appliquer une pression ferme et intermittente vers le bas sur la tête fœtale
 - c) il faut éviter la pression supra-pubienne
 - d) il faut appliquer une pression ferme vers le bas sur le fond de l'utérus
29. Si le premier bébé d'une grossesse multiple est en position transverse
- a) on laissera le travail progresser comme pour un seul fœtus
 - b) le travail doit être accéléré
 - c) l'accouchement doit se faire par césarienne
 - d) l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale

30. En cas d'utérus cicatriciel, quand le travail traverse la ligne d'alerte sur le partogramme lors de l'essai du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes
- il faut procéder immédiatement à une césarienne
 - aucune intervention n'est nécessaire, mais il faut continuer à suivre le déroulement en utilisant le partogramme
 - il faut procéder à la rupture des membranes et accélérer le travail à l'aide d'ocytocine
 - il faut procéder à la rupture des membranes mais ne pas donner d'ocytocine
31. En cas de détresse fœtale pendant le travail
- l'ocytocine doit être arrêtée si elle est administrée
 - le taux d'ocytocine doit être augmenté si elle est administrée
 - le taux d'ocytocine doit être diminué si elle est administrée
 - aucun des éléments susmentionnés
32. Si on ne détecte pas une cause maternelle pour un rythme cardiaque fœtal anormal et si le rythme cardiaque fœtal reste anormal sur au moins trois contractions
- il faut procéder à une césarienne
 - l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
 - le travail doit être accéléré avec de l'ocytocine
 - un examen vaginal doit être réalisé pour trouver les raisons
33. En cas de prolapsus du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon
- si disponible, administrer 0,5 mg de salbutamol en IV lente sur 2 minutes
 - une main doit être insérée dans le vagin et la partie qui se présente doit être poussée vers le haut pour diminuer la pression sur le cordon et dégager la partie du bassin qui se présente
 - une césarienne doit être exécutée immédiatement
 - tous les éléments susmentionnés

FIEVRE PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT

34. Si une femme souffre de mastite, elle devrait
- arrêter d'allaiter uniquement du sein touché
 - appliquer des compresses chaudes sur les seins pendant 10 minutes trois fois par jour
 - soutenir ses seins avec un soutien-gorge ou un bandage
 - éviter d'utiliser des antibiotiques
35. L'amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants
- fièvre et pertes vaginales malodorantes pendant les 22 premières semaines de la grossesse
 - fièvre et pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de la grossesse
 - tachycardie maternelle
 - fièvre et numération élevée de globules blancs chez une femme après 22 semaines de grossesse

36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection
- a) lors du premier trimestre de la grossesse
 - b) lors du second trimestre de la grossesse
 - c) lors du troisième trimestre de la grossesse
 - d) immédiatement après la grossesse
37. Lorsqu'on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse
- a) le choc est rare et doit être pris comme le signe d'une autre infection très grave
 - b) le traitement par antibiotique ne devrait pas être démarré tant qu'on ne dispose pas des résultats de la culture d'urine
 - c) la réponse clinique est généralement vue dans les 48 à 72 heures
 - d) des antibiotiques par voie intraveineuse doivent être administrés pendant un total de 7 jours
38. Un placard rouge en quartier sur le sein est un signe typique
- a) d'un abcès au sein
 - b) d'une mastite
 - c) d'un engorgement des seins
 - d) aucun des éléments susmentionnés
39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner
- a) une combinaison d'antibiotiques en IV
 - b) une combinaison d'antibiotiques par voie buccale
 - c) des antibiotiques polyvalents par voie buccale
 - d) des antibiotiques polyvalents en IV
40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à
- a) allaiter plus fréquemment, en changeant de sein lors des tétées
 - b) allaiter plus fréquemment, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
 - c) allaiter toutes les 4 à 6 heures, en changeant de sein lors des tétées
 - d) allaiter toutes les 4 à 6 heures, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
41. Si un kyste ovarien asymptomatique de plus de 10 cm est décelé lors du premier trimestre de la grossesse
- a) il faut procéder à une laparotomie d'urgence
 - b) il faut l'observer pour suivre la croissance et détecter les complications
 - c) une chirurgie doit être prévue pendant le second trimestre
 - d) une chirurgie doit être prévue après l'accouchement

42. Le traitement de l'insuffisance cardiaque imputable à l'anémie suppose presque toujours
- a) une transfusion avec des cellules concentrées
 - b) une transfusion avec des cellules concentrées ou cellules sédimentées
 - c) une transfusion avec tout produit sanguin disponible
 - d) aucun des éléments susmentionnés
43. Le traitement de l'anémie grave pour les femmes enceintes qui vivent dans une région où l'ankylostomiase est très endémique devrait comporter
- a) un seul traitement vermifuge pendant le premier trimestre de la grossesse
 - b) un seul traitement vermifuge pendant le deuxième trimestre de la grossesse
 - c) un seul traitement vermifuge pendant le troisième trimestre de la grossesse
 - d) un traitement vermifuge répété 12 semaines après la première dose
44. En cas de perte de mouvement fœtal, l'option de prise en charge expectante versus prise en charge active devrait être
- a) discutée avec la femme et sa famille
 - b) relever de la décision d'un spécialiste
 - c) relever de la décision d'un médecin
 - d) aucun des éléments susmentionnés
45. Pour prévenir l'endométrite suite à la césarienne
- a) administrer un traitement complet d'antibiotiques pendant 7 jours
 - b) le métronidazol est le médicament de premier choix
 - c) le médicament devrait être démarré 24 heures avant l'intervention chirurgicale
 - d) aucun des éléments susmentionnés

REANIMATION NEONATALE

46. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en
- a) plaçant le nouveau-né en contact peau-à-peau sur la poitrine de la mère et en couvrant le corps et la tête du nouveau-né
 - b) enveloppant de manière bien serrée le nouveau-né dans une couverture chaude
 - c) en enveloppant sans serrer le nouveau-né dans une couverture chaude
 - d) en baignant le bébé dans de l'eau chaude

FICHE DES REPONSES DU QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. _____
2. _____

SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

SAIGNEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT

8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE, TENSION ARTERIELLE ELEVEE

13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____

PARTOGRAMME

18. _____
19. _____

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTETRICALE

20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____

FIEVRE PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT

34. _____
35. _____
36. _____
37. _____
38. _____
39. _____
40. _____
41. _____
42. _____
43. _____
44. _____
45. _____

REANIMATION NEONATALE

46. _____

QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE

CLES DES REPONSES

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. Un bilan initial rapide est fait
 - a) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
 - b) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
 - c) uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
 - d) **CHEZ TOUTES LES FEMMES EN AGE DE PROCREER QUI PRESENTENT UN PROBLEME**
2. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
 - a) un pouls rapide et filant
 - b) une faible tension artérielle
 - c) une respiration rapide
 - d) **TOUS LES ELEMENTS SUSMENTIONNES**

SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose
 - a) **QUE L'ON FASSE UN TEST DE COMPATIBILITE SANGUINE ET QUE L'ON PRENNE LES DISPOSITIONS EN VUE D'UNE LAPAROTOMIE IMMEDIATE**
 - b) que l'on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d'exécuter l'intervention chirurgicale
 - c) que l'on observe la femme pour détecter tout signe d'amélioration
 - d) tous les éléments susmentionnés
4. Lorsqu'on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si
 - a) on imprime une rotation à la seringue d'un côté à l'autre avec la canule à l'intérieur de la cavité utérine
 - b) **LA CANULE EST TROP TIREE VERS L'ARRIERE**
 - c) la valve de compression est ouverte alors que la canule se trouve dans la cavité utérine
 - d) tous les éléments susmentionnés
5. La procédure AMIU est complète lorsque
 - a) la paroi de l'utérus est lisse
 - b) le vide diminue dans la seringue
 - c) **UNE MOUSSE ROUGE OU ROSE, MAIS PAS DE TISSU, APPARAÎT DANS LA CANULE**
 - d) l'utérus se détend

6. Les résultats d'un test de coagulation au lit de la patiente évoque une coagulopathie si
- les saignements ne s'arrêtent dans les 7 minutes à partir d'une incision de 1 mm faite à l'intérieur de l'avant-bras
 - un caillot ne se forme pas dans les 7 minutes lorsque du gluconate de calcium est ajouté à un tube d'essai de 3 ml de sang
 - un caillot se forme dans les 7 minutes
 - UN CAILLOT NE SE FORME PAS APRES 7 MINUTES OU UN CAILLOT MOU SE FORME QUI SE DESAGREGE FACILEMENT**
7. Pour chaque unité de sang transfusé, la femme devra être suivie
- avant de démarrer la transfusion et dans les 4 heures suivant la transfusion
 - AVANT DE DEMARRER LA TRANSFUSION, AU DEBUT DE LA TRANSFUSION ET AU MOINS TOUTES LES HEURES PENDANT LA TRANSFUSION**
 - toutes les 15 minutes pendant la transfusion
 - pendant la transfusion mais pas après la transfusion

SAIGNEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à
- un utérus atone
 - un traumatisme du tractus génital
 - la rétention placentaire
 - TOUS LES ELEMENTS SUSMENTIONNES**
9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d'hémorragie immédiate du post-partum et
- PLACENTA COMPLET ET UTERUS CONTRACTE**
 - placenta incomplet et utérus contracté
 - placenta complet et utérus atone
 - placenta incomplet et utérus atone
10. En cas d'inversion de l'utérus suivant l'accouchement
- on ne sent pas le fond de l'utérus à la palpation abdominale
 - il peut exister une douleur légère ou intense
 - l'utérus inversé peut être apparent à la vulve
 - TOUS LES ELEMENTS SUSMENTIONNES**
11. Pour la délivrance artificielle
- administrer de l'ergométrine avant la procédure
 - donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
 - placer une main sur l'utérus et utiliser l'autre main pour appliquer une traction sur le cordon
 - PLACER UNE MAIN SUR L'UTERUS ET L'AUTRE MAIN SUR L'ABDOMEN POUR EXERCER UNE CONTRE-TRACTION SUR LE FOND DE L'UTERUS**

12. Lorsqu'on exécute une compression de l'aorte abdominale pour contrôler l'hémorragie du post-partum, le point de la compression est
- a) juste en dessous et légèrement à droite de l'ombilic
 - b) juste en dessous et légèrement à gauche de l'ombilic
 - c) juste au-dessus et légèrement à droite de l'ombilic
 - d) **JUSTE AU-DESSUS ET LEGEREMENT A GAUCHE DE L'OMBILIC**

CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTERIELLE ELEVEE

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d'une
- a) légère prééclampsie
 - b) **HYPERTENSION CHRONIQUE**
 - c) d'une prééclampsie légère surimposée
 - d) hypertension gestationnelle
14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent
- a) **LA PREECLAMPSIE**
 - b) l'hypertension chronique
 - c) la pyélonéphrite
 - d) aucun des éléments susmentionnés
15. Chez une patiente avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de
- a) légère prééclampsie
 - b) prééclampsie modérée
 - c) **PREECLAMPSIE SEVERE**
 - d) éclampsie imminente
16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l'entremise
- a) **D'UNE IV SUR 5 MINUTES, SUIVIE PAR UNE INJECTION PROFONDE IM DANS CHAQUE FESSE**
 - b) d'une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse
 - c) d'injections simultanées IV et IM
 - d) Embol intraveineux de médicaments, suivi par injection profonde en IM dans chaque fesse.
17. Un médicament antihypertenseur devrait être administré pour l'hypertension en cas de prééclampsie ou éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est
- a) supérieure à 90 mm Hg ou plus
 - b) entre 100 et 110 mm Hg
 - c) **110 MM HG OU PLUS**
 - d) 120 mm Hg ou plus

PARTOGRAMME

18. La progression du travail est probablement défavorable si
- a) la phase latente dure plus de 8 heures
 - b) la dilatation du col est marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme
 - c) la femme a eu des douleurs du travail pendant 12 heures ou plus sans accouchement
 - d) **TOUS LES ELEMENTS SUSMENTIONNES**
19. Un partogramme note
- a) la dilatation et l'effacement de 4 cm jusqu'à 10 cm
 - b) la dilatation et l'effacement de 3 cm jusqu'à 10 cm
 - c) **LA DESCENTE DE LA TETE FŒTALE ET LA DILATATION DE 4 CM JUSQU'A 10 CM**
 - d) tous les éléments susmentionnés

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTETRICALE

20. Quand le fœtus est vivant en cas de travail dystocique et que le col est entièrement dilaté et que la tête est au niveau 0 station ou en dessous
- a) procéder à l'accouchement avec une symphysiotomie
 - b) **PROCEDER A L'ACCOUCHEMENT PAR EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE**
 - c) tenter l'accouchement par forceps
 - d) accélérer le travail avec de l'ocytocine
21. La perfusion d'ocytocine ne devrait pas être utilisée
- a) pour accélérer le travail
 - b) chez les multigravides
 - c) en cas de grossesses multiples
 - d) **LORS DU TRAVAIL DYSTOCIQUE**
22. Un blocage vulvaire est toujours nécessaire pour
- a) un accouchement par le siège
 - b) la réfection de l'épisiotomie
 - c) la délivrance artificielle
 - d) **AUCUN DES ELEMENTS SUSMENTIONNES**
23. La cupule de la ventouse devrait être placée
- a) au-dessus du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
 - b) en dessous du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
 - c) **SUR LE POINT DE FLEXION, 1 CM AVANT LA FONTANELLE POSTERIEURE**
 - d) sur le point de flexion, 2 cm avant la fontanelle postérieure

24. Dans la position occipitale postérieure
- a) l'extraction par ventouse cervicale ne devrait pas être faite
 - b) l'accouchement par voie basse n'est pas possible
 - c) **LA PHASE D'EXPULSION PEUT ETRE PROLONGEE**
 - d) la femme devrait accoucher en position accroupie
25. En cas de signes d'obstruction ou si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure
- a) **L'ACCOUCHEMENT DEVRAIT SE FAIRE PAR CESARIENNE**
 - b) il faut procéder à la rupture des membranes
 - c) le travail peut être accélérer à l'aide d'ocytocine
 - d) il faut encourager la patiente à pousser spontanément
26. Lors des présentations par le visage, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté
- a) l'accouchement devrait se faire par césarienne
 - b) **ON PEUT PREVOIR UN ACCOUCHEMENT NORMAL**
 - c) l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
 - d) aucun des éléments susmentionnés
27. La présence de méconium est courante lors de l'accouchement par le siège et
- a) est toujours un signe de détresse fœtale
 - b) **N'EST PAS UN SIGNE DE DETRESSE FŒTALE SI LE RYTHME CARDIAQUE FŒTAL EST NORMAL**
 - c) est une indication pour une césarienne
 - d) est une indication pour l'accouchement par le siège
28. Pour délivrer des épaules bloquées
- a) **IL FAUT APPLIQUER UNE PRESSION FERME ET CONSTANTE VERS LE BAS SUR LA TETE FŒTALE**
 - b) il faut appliquer une pression ferme et intermittente vers le bas sur le tête fœtale
 - c) il faut éviter la pression supra-pubienne
 - d) il faut appliquer une pression ferme vers le bas sur le fond de l'utérus
29. Si le premier bébé d'une grossesse multiple est en position transverse
- a) on laissera le travail progresser comme pour un seul fœtus
 - b) le travail doit être accéléré
 - c) **L'ACCOUCHEMENT DOIT SE FAIRE PAR CESARIENNE**
 - d) l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale

30. En cas d'utérus cicatriciel, quand le travail traverse la ligne d'alerte sur le partogramme lors de l'essai du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes
- a) il faut procéder immédiatement à une césarienne
 - b) aucune intervention n'est nécessaire, mais il faut continuer à suivre le déroulement en utilisant le partogramme
 - c) **IL FAUT PROCEDER A LA RUPTURE DES MEMBRES ET ACCELERER LE TRAVAIL A L'AIDE D'OCYTOCINE**
 - d) il faut procéder à la rupture des membranes mais ne pas donner d'ocytocine
31. En cas de détresse fœtale pendant le travail
- a) **L'OCYTOCINE DOIT ETRE ARRETEE SI ELLE EST ADMINISTREE**
 - b) le taux d'ocytocine doit être augmenté si elle est administrée
 - c) le taux d'ocytocine doit être diminué si elle est administrée
 - d) aucun des éléments susmentionnés
32. Si on ne détecte pas une cause maternelle pour un rythme cardiaque fœtal anormal et si le rythme cardiaque fœtal reste anormal sur au moins trois contractions
- a) il faut procéder à une césarienne
 - b) l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
 - c) le travail doit être accéléré avec de l'ocytocine
 - d) **UN EXAMEN VAGINAL DOIT ETRE REALISE POUR TROUVER LES RAISONS**
33. En cas de prolapsus du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon
- a) si disponible, administrer 0,5 mg de salbutamol en IV lente sur 2 minutes
 - b) une main doit être insérée dans le vagin et la partie qui se présente doit être poussée vers le haut pour diminuer la pression sur le cordon et dégager la partie du bassin qui se présente
 - c) une césarienne doit être exécutée immédiatement
 - d) **TOUS LES ELEMENTS SUSMENTIONNES**

FIEVRE PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT

34. Si une femme souffre de mastite, elle devrait
- a) arrêter d'allaiter uniquement du sein touché
 - b) appliquer des compresses chaudes sur les seins pendant 10 minutes trois fois par jour
 - c) **SOUTENIR SES SEINS AVEC UN SOUTIEN-GORGE OU UN BANDAGE**
 - d) éviter d'utiliser des antibiotiques

35. L'amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants
- a) fièvre et pertes vaginales malodorantes pendant les 22 premières semaines de la grossesse
 - b) FIEVRE ET PERTES VAGINALES AQUEUSES ET MALODORANTES APRES 22 SEMAINES DE LA GROSSESSE**
 - c) tachycardie maternelle
 - d) fièvre et numération élevée de globules blancs chez une femme après 22 semaines de grossesse
36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection
- a) LORS DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE**
 - b) lors du second trimestre de la grossesse
 - c) lors du troisième trimestre de la grossesse
 - d) immédiatement après la grossesse
37. Lorsqu'on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse
- a) le choc est rare et doit être pris comme le signe d'une autre infection très grave
 - b) le traitement par antibiotique ne devrait pas être démarré tant qu'on ne dispose pas des résultats de la culture d'urine
 - c) LA REPOSE CLINIQUE EST GENERALEMENT VUE DANS LES 48 A 72 HEURES**
 - d) des antibiotiques par voie intraveineuse doivent être administrés pendant un total de 7 jours
38. Un placard rouge en quartier sur le sein est un signe typique
- a) d'un abcès au sein
 - b) D'UNE MASTITE**
 - c) d'un engorgement des seins
 - d) aucun des éléments susmentionnés
39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner
- a) UNE COMBINAISON D'ANTIBIOTIQUES EN IV**
 - b) une combinaison d'antibiotiques par voie buccale
 - c) Des antibiotiques polyvalents par voie buccale
 - d) Des antibiotiques polyvalents en IV
40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à
- a) allaiter plus fréquemment, en changeant de sein lors des tétées
 - b) ALLAITER PLUS FREQUEMMENT, EN UTILISANT LES DEUX SEINS LORS DE CHAQUE TETEE**
 - c) allaiter toutes les 4 à 6 heures, en changeant de sein lors des tétées
 - d) allaiter toutes les 4 à 6 heures, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée

41. Si un kyste ovarien asymptomatique de plus de 10 cm est décelé lors du premier trimestre de la grossesse
- il faut procéder à une laparotomie d'urgence
 - IL FAUT L'OBSERVER POUR SUIVRE LA CROISSANCE ET DETECTER LES COMPLICATIONS**
 - une chirurgie doit être prévue pendant le second trimestre
 - une chirurgie doit être prévue après l'accouchement
42. Le traitement de l'insuffisance cardiaque imputable à l'anémie suppose presque toujours
- une transfusion avec des cellules concentrées
 - UNE TRANSFUSION AVEC DES CELLULES CONCENTREES OU CELLULES SEDIMENTEES**
 - une transfusion avec tout produit sanguin disponible
 - aucun des éléments susmentionnés
43. Le traitement de l'anémie grave pour les femmes enceintes qui vivent dans une région où l'ankylostomiase est très endémique devrait comporter
- un seul traitement vermifuge pendant le premier trimestre de la grossesse
 - un seul traitement vermifuge pendant le deuxième trimestre de la grossesse
 - un seul traitement vermifuge pendant le troisième trimestre de la grossesse
 - UN TRAITEMENT VERMIFUGE REPETE 12 SEMAINES APRES LA PREMIERE DOSE**
44. En cas de perte de mouvement fœtal, l'option de prise en charge expectante versus prise en charge active devrait être
- DISCUTEE AVEC LA FEMME ET SA FAMILLE**
 - relever de la décision d'un spécialiste
 - relever de la décision d'un médecin
 - aucun des éléments susmentionnés
45. Pour prévenir l'endométrite suite à la césarienne
- administrer un traitement complet d'antibiotiques pendant 7 jours
 - le métronidazol est le médicament de premier choix
 - le médicament devrait être démarré 24 heures avant l'intervention chirurgicale
 - AUCUN DES ELEMENTS SUSMENTIONNES**

REANIMATION NEONATALE

46. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en
- PLAÇANT LE NOUVEAU-NE EN CONTACT PEAU-A-PEAU SUR LA POITRINE DE LA MERE ET EN COUVRANT LE CORPS ET LA TETE DU NOUVEAU-NE**
 - enveloppant de manière bien serrée le nouveau-né dans une couverture chaude
 - en enveloppant sans serrer le nouveau-né dans une couverture chaude
 - en baignant le bébé dans de l'eau chaude

Troisième semaine

ETUDE DE CAS 1 : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme B. est une primigeste, nullipare, de 16 ans à 30 semaines de grossesse qui est venue aujourd'hui pour une visite de suivi tel que demandé par son prestataire de soins lors de la dernière visite il y a une semaine de cela. Elle fait savoir que lors de cette visite, on lui a dit qu'elle avait une "tension artérielle élevée" mais on ne lui a donné aucun conseil à ce propos. Toutefois, on lui a bien dit de revenir plus tôt en cas de signes d'alerte. L'examen de son dossier montre qu'elle a eu trois consultations prénatales lors de cette grossesse et tous les résultats étaient normaux avant cette dernière visite au cours de laquelle sa tension artérielle était de 130/90 mm Hg. Le test de protéine dans les urines était négatif. Le rythme cardiaque foetal était normal, le fœtus est actif et la taille de l'utérus correspond aux dates.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faudra répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Il faut demander à Mme B. comment elle se sent : a-t-elle des maux de tête, une vision floue, des douleurs abdominales hautes ou a-t-elle eu d'autres problèmes depuis sa dernière visite au centre de santé ?
 - Il faut également lui demander si l'activité foetale a changé depuis sa dernière visite.
 - Il faut prendre sa tension artérielle et faire un test de l'urine pour détecter la présence de protéine (la protéinurie, conjuguée à une pression diastolique élevée égale à 90 mm Hg évoque la pré-éclampsie).
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Prise de la tension artérielle.
 - Examen abdominal pour contrôler la croissance du foetus et écouter le rythme cardiaque foetal (la pré-eclampsie/eclampsie et la fonction placentaire réduite qu'elle entraîne peut être la cause d'une insuffisance pondérale à la naissance. Il existe un risque accru d'hypoxie lors des périodes prénatales et intrapartum ainsi qu'un risque accru de décollement placentaire).
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame B. et pourquoi ?
 - Tel que mentionné ci-dessus, un test d'urine doit être pour détecter la présence de protéine dans l'urine.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame B. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

D'après Mme B., elle n'a pas eu de maux de tête violents, de vision floue, de douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen ou une perte de connaissance ou autres problèmes depuis sa dernière visite. Elle indique un mouvement fœtal normal.

Examen physique :

La tension artérielle de Mme B. est de 130/90 mm Hg, et elle a une protéinurie de 1+. Le fœtus est actif et le rythme cardiaque fœtal est de 136 par minute. La taille de l'utérus correspond aux dates.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les signes et symptômes de Mme B. (tension artérielle diastolique 90–110 mm Hg après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 2+) sont ceux de la pré-éclampsie légère.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame B. et pourquoi ?
 - Il faut rassurer Mme. B. et sa famille et leur indiquer quels sont les signes d'alerte se rapportant à la pré-éclampsie et éclampsie sévères (violents maux de tête, vision floue, douleurs abdominales hautes, convulsions ou perte de connaissance) et lui dire qu'il faut se rendre de suite au centre de santé si l'un quelconque de ces signes se présentent. Il faut lui indiquer quelles sont les conséquences possibles de l'hypertension gestationnelle.
 - On lui indiquera qu'il est bon qu'elle se repose et mange un régime alimentaire normal (inutile de limiter le sel car cela ne prévient pas l'hypertension gestationnelle).
 - On demandera à Mme B. de revenir deux fois par semaine au centre de santé pour faire contrôler sa tension artérielle, faire un examen d'urine et suivre l'état du fœtus.
 - Il ne faut pas administrer d'anticonvulsivants, d'antihypertenseurs ou de calmants à Mme B. (ces médicaments ne seront donnés que si la tension artérielle ou le niveau de protéine dans les urines augmente).
 - Il faut prodiguer les soins prénatals fondamentaux qui s'imposent (dépistage précoce et traitement rapide des problèmes, interventions prophylactiques, mise au point/révisions des préparations à la naissance, plan d'alimentation du bébé).
 - Il faut lui conseiller de prévoir d'accoucher à l'hôpital.

Evaluation

Mme B. vient à la consultation prénatale deux fois par semaine tel que demandé. Sa tension artérielle reste la même, elle continue à avoir une protéinurie de 1+ et la croissance fœtale est normale. Quatre semaines plus tard, sa tension artérielle est de 130/100 mm Hg et elle a une protéinurie de 2+. Mme B. ne souffre pas de maux de tête, de vision floue, de douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, de convulsions ou de perte de connaissance. Aucun changement non plus dans les mouvements fœtaux. Par contre, elle trouve que c'est très fatigant de venir au centre de santé deux fois par semaine pour le suivi et elle aimerait ne venir qu'une seule fois.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame B. et pourquoi ?

- Mme B. doit être admise à l'hôpital de district pour un suivi car sa tension artérielle diastolique et la protéinurie ont augmenté et qu'il n'est plus possible de la suivre uniquement en consultations externes.
- Il faut expliquer à Mme B. qu'il est nécessaire qu'elle soit suivie de près. A ce propos, il faut l'encourager à exprimer ses préoccupations, l'écouter attentivement et lui apporter un soutien affectif tout en la rassurant.
- Les soins en milieu hospitalier seront les suivants :
 - Régime alimentaire normal
 - Tension artérielle prise deux fois par jour
 - Test d'urine (recherche de protéinurie) tous les jours
 - Etat du fœtus suivi deux fois par jour
 - Ni anticonvulsivants, ni antihypertenseurs, ni calmants
- Si la tension artérielle de Mme B. revient à la normale et que son état est stable, elle pourra rentrer chez elle. On lui demandera de revenir deux fois par semaine pour un suivi (il est possible de venir une fois par semaine au service prénatal et recevoir une visite à domicile une fois par semaine par une sage-femme communautaire).
- Si son état reste inchangé, elle devra continuer à être hospitalisée et être suivie tel que décrit ci-dessus.
- Des soins prénatals fondamentaux seront dispensés tel qu'indiqué ci-dessus.
- Si Mme B. a des signes évoquant une souffrance fœtale, il faut envisager un accouchement prématuré.
- Si les conditions fœtales et maternelles sont stables, elle pourra commencer un travail spontané et accoucher par voie basse sans besoin d'extraction par ventouse ou forceps.

Références

Prise en charge des Complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-35 à S-43

ETUDE DE CAS 2 : SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme B. est une jeune femme de 20 ans, 2^{ème} pare, qui est venue au centre de santé il y a 2 jours se plaignant de saignement vaginal irrégulier et de douleurs abdominales et pelviennes. Des symptômes de grossesse ont été détectés et ils ont été confirmés par un test de grossesse. On a recommandé à Mme B. d'éviter toute activité éprouvante ainsi que les rapports sexuels et de revenir immédiatement si ses symptômes persistent. Mme B. est revenue au centre de santé aujourd'hui et indique que ses saignements vaginaux continuent et que depuis deux heures elle souffre de douleurs abdominales aiguës.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faudra répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Un bilan initial rapide sera fait pour vérifier les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et nécessite un traitement d'urgence ou réanimation : pouls >110 ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite, respiration rapide et désorientée. Dans ce bilan, il faut également faire une observation rapide de l'état de connaissance/convulsions, de la température et des douleurs abdominales. Un examen sera fait pour voir si les saignements vaginaux ont augmenté ou si elle a perdu des produits de la conception.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Un examen abdominal sera fait pour noter la distension et la sensibilité à la palpation, ce qui peut évoquer une grossesse ectopique et pour déterminer si l'utérus est plus mou ou plus large qu'il ne devrait l'être à ces dates, ce qui peut évoquer une grossesse molaire.
 - Un examen bimanuel avec douceur sera fait pour vérifier la sensibilité à la mobilisation du col et sensibilité des annexes, ce qui peut évoquer une grossesse ectopique et vérifier la présence de produits de la conception à l'orifice du col, ce qui peut évoquer un avortement incomplet.
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame B. et pourquoi ?
 - Une échographie permettra de distinguer l'avortement imminent ou le kyste ovarien tordu de la grossesse ectopique.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame B. et vos constatations sont les suivantes :

La température de Mme B. est de 36,8°C, son pouls de 130 battements par minute et faible, sa tension artérielle est de 85/60 et sa fréquence respiratoire est de 20 mvts par minute.

Sa peau est pâle et moite.

Mme B. souffre de vives douleurs abdominales et pelviennes, son abdomen est tendu et elle a des douleurs à la palpation appuyée.

Elle a de légers saignements abdominaux. A l'examen vaginal, le col est fermé. On note une sensibilité à la mobilisation du col. L'utérus de 6 semaines est plus mou que la normale.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les symptômes et signes de Mme B. (à savoir signes de choc, vives douleurs abdominales et pelviennes, douleurs à la palpation appuyée, léger saignement vaginal, col fermé et sensibilité à la motilité cervicale) sont ceux de la rupture d'une grossesse ectopique.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame B. et pourquoi ?
 - Mme B. doit être traitée immédiatement pour choc
 - L'allonger sur le côté.
 - Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.
 - Lui administrer 6-8 L d'oxygène par minute par masque ou sonde.
 - La maintenir au chaud.
 - Lui élever les jambes.
 - Suivre sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa fréquence respiratoire.
 - Poser une voie veineuse avec une aiguille de gros calibre pour perfuser rapidement (1 L de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15–20 minutes).
 - Suivre apport hydrique et débit urinaire (mettre en place une sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).
 - Faire aussi rapidement que possible une prise de sang pour le dosage de l'hémoglobine et le test de compatibilité pour la transfusion de sang.
 - Des dispositions seront prises pour le transfert immédiat à l'hôpital de district pour une laparotomie d'urgence. Il ne faut pas retarder l'intervention chirurgicale pour attendre que du sang soit disponible pour la transfusion.
 - Apporter un soutien affectif et rassurer Mme B. et sa famille (ou accompagnant), expliquer la situation et les mesures qui seront prises et répondre à toute question ou préoccupation qu'ils peuvent avoir.

Evaluation

L'évolution post-opératoire de Mme B. était sans complications : bonne tolérance d'apport liquides, peu de douleurs abdominales, se déplaçant bien, émissions normales d'urine/selles. Elle est prête à rentrer chez elle. Toutefois, son taux d'hémoglobine est de 9g/dl. Elle a indiqué qu'elle aimerait tomber enceinte à nouveau mais qu'elle souhaite attendre au moins un an.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame B. et pourquoi ?

- L'anémie de Mme B. sera prise en charge à l'aide de 60 mg de sulfate ferreux ou de fumarate ferreux par voie buccale PLUS 400 µg d'acide folique par voie buccale, une fois par jour pendant 6 mois.
- Des conseils seront donnés sur le pronostic de fécondité et risque accru de future grossesse ectopique.
- Des conseils seront donnés en matière de planification familiale et on remettra à Mme B. la méthode de planification familiale qu'elle a choisie avant qu'elle ne rentre chez elle.
- Un rendez-vous sera donné à Mme B. dans 4 semaines et on l'encouragera à revenir avant si elle a des questions ou des préoccupations.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages C-1 à C-2 ; S-1 ; S-8 ; S-13 à S-15 ; S-26

ETUDE DE CAS 3 : TENSION ARTERIELLE ELEVEE LORS DE LA GROSSESSE CLES DES REPONSES

Etude de cas

Mme A. est une 4^{ème} geste, 3^{ème} pare de 34 ans à 18 semaines de grossesse qui est venue au centre de santé aujourd'hui pour une visite de suivi, tel que demandé par sa sage-femme lors de la dernière visite il y a une semaine de cela. Elle a eu sa première consultation prénatale il y a une semaine et on a trouvé qu'elle une tension artérielle de 140/100 mm HG lors de deux prises de tensions à 4 heures d'écart. Mme A. indique qu'elle a une tension artérielle élevée depuis des années mais qu'elle n'a jamais pris de médicaments antihypertenseurs. Elle ne connaissait exactement sa tension artérielle avant de tomber enceinte. Elle a déménagé dans cet endroit il y a 6 mois et ne dispose de son dossier médical.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Il faut lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faut répondre à ces questions de manière calme et rassurante.
 - Il faut lui demander comment elle se sent et si elle a eu des maux de tête, des troubles de vision et des douleurs abdominales hautes depuis sa dernière visite. Sa tension artérielle doit être contrôlée et un test d'urine sera fait (une protéinurie de 2+ conjuguée à une tension artérielle diastolique de 90-110 mm Hg avant 20 semaines est caractéristique d'une hypertension chronique avec légère pré-éclampsie superimposée).
 - Il faut obtenir le dossier médical de Mme A. pour vérifier ses antécédents d'hypertension.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - La tension artérielle et la présence de protéine dans l'urine constituent les facteurs les plus importants de l'examen.
 - Un examen abdominal doit être réalisé pour contrôler la croissance et l'état du fœtus (en cas d'hypertension chronique et pré-éclampsie/éclampsie, la fonction placentaire réduite peut mener à une insuffisance pondérale à la naissance, il existe un risque accru d'hypoxie pendant la période prénatale et intrapartum ainsi qu'un risque accru de décollement placentaire).
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame A. et pourquoi ?
 - Tel que mentionné ci-dessus, il faut contrôler la présence de protéine dans l'urine.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

La tension artérielle de Mme A. est de 140/100 mm Hg. Elle se sent bien et, d'après ses indications, n'a ni maux de tête, ni troubles de la vision, ni douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen. Les mouvements fœtaux n'ont pas diminué. La taille de l'utérus est de 18 semaines. Les battements cardiaques du fœtus sont de 128 par minutes. Le test de protéine dans l'utérus était négatif. Il n'a pas été possible d'obtenir le dossier médical de Mme A.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame A. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les symptômes et signes (à savoir, pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de grossesse et, dans le cas de Mme A., ses antécédents d'hypertension, l'absence de protéinurie) sont ceux de l'hypertension chronique.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?
 - Il faut indiquer à Mme A. quels sont les signes de danger pendant la grossesse, surtout ceux qui concernent la pré-éclampsie et l'éclampsie (violents maux de tête, troubles de la vision, douleurs abdominales hautes, convulsions ou pertes de connaissance) et lui dire qu'il faut venir consulter de suite les services de santé.
 - Encourager davantage de repos.
 - On demandera à Mme A. de revenir au centre de santé dans une semaine pour contrôler sa tension artérielle, faire un test d'urine et vérifier l'état du fœtus.
 - On l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouterait attentivement et on la rassurera.
 - En attendant, on cherchera à obtenir son dossier médical.
 - A ce stade, on ne lui administrera pas d'antihypertenseurs. (Des niveaux élevés de tension artérielle maintiennent l'irrigation sanguine rénale ou placentaire dans l'hypertension chronique. Une tension artérielle réduite permettra de diminuer l'irrigation sanguine – il ne faut pas faire baisser la tension artérielle en dessous du niveau préalable à la grossesse. Rien ne montre qu'un traitement agressif pour faire baisser la tension améliore le dénouement pour la mère ou le fœtus).
 - Des soins prénatals fondamentaux devraient être prodigués selon le cas (dépistage précoce et traitement rapide des problèmes, interventions prophylactiques, mise au point/révision des préparations à la naissance, plan d'alimentation du bébé).

Evaluation

Mme A. revient à la consultation prénatale après une semaine. Elle se sent bien et, d'après ses indications, n'a ni maux de tête, ni vision floue, ni douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, ni convulsions, ni perte de connaissance. Le mouvement fœtal n'a pas non plus diminué. Sa tension artérielle est de 136/100 mm Hg. A l'examen abdominal, vous notez que la taille de l'utérus est de 19 semaines et le rythme cardiaque fœtal de 132 battements par minute. Le test de protéine dans l'urine est négatif. Son dossier médical a été obtenu et la tension artérielle avant la grossesse était de 140/100 mm Hg.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
- Il faudra demander à Mme A. de revenir au centre de santé toutes les deux semaines pour faire contrôler sa tension artérielle, les urines et l'état du fœtus.
 - On lui donnera des conseils sur les signes d'alerte, surtout en ce qui concerne ceux qui se rapportent à la pré-éclampsie/ éclampsie.
 - On l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on la rassurera.
 - Si la tension artérielle diastolique augmente à 110 mm Hg ou plus ou si sa tension artérielle systolique augmente à 160 mm Hg ou plus, il faut lui administrer des antihypertenseurs.
 - En cas de protéinurie, il faut envisager la pré-éclampsie superimposée et elle devra être traitée en voie de conséquence.
 - Des soins prénatals fondamentaux continueront à être dispensés le cas échéant.
 - S'il n'existe aucune autre complication, Mme A. pourra accoucher à terme.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-36 à S-38 ; S-49 à S-50

Quatrième et cinquième
semaines

ETUDE DE CAS 1 : DEROULEMENT DEFAVORABLE DU TRAVAIL CLES DES REPONSES

Etude de cas

Madame D. est une primigeste de 20 ans qui est arrivée à terme. Elle s'est rendu aux consultations prénatales dans un centre de santé. Elle indique que les douleurs du travail ont démarré environ 12 heures avant qu'elle ne vienne à l'hôpital.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Mme D. et pourquoi ?
 - La saluer avec respect et amabilité.
 - Lui indiquer les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faudra répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Il faut lui demander à propos de la fréquence et de la régularité des contractions et des saignements, pertes des eaux (rupture des membranes), fièvre, diminution des mouvements fœtaux et autres signes d'alerte ou problèmes.
 - Il faut prendre et noter sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa fréquence respiratoire. En cas de déshydratation, cétose ou choc, il faut démarrer de suite le traitement.
 - Il faut évaluer la réponse émotionnelle de Mme D. au travail pour déterminer son niveau d'angoisse et tolérance de douleurs.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Un examen abdominal doit être fait pour déterminer la taille de l'utérus, la présentation du fœtus et la descente de la partie qui se présente ainsi que le rythme cardiaque fœtal. Palpation de l'utérus pour déterminer la fréquence et la durée des contractions utérines.
 - Le toucher vaginal permettra de d'évaluer la dilatation du col, pour déterminer si les membranes sont encore intactes et déterminer le modelage.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame D. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Madame D. signale que les contractions sont devenues de plus en plus intenses dans les 12 heures depuis qu'elles ont commencé et qu'elles surviennent environ toutes les 4-6 minutes ces 4 à 5 dernières heures. Elle signale par ailleurs qu'elle a perdu des eaux environ 1 heure avant d'être admise. Elle indique un mouvement fœtal normal et dit n'avoir aucun signe d'alerte.

Examen physique :

La température de Madame D. est de 37°C, son pouls est de 84 battements par minute, sa tension artérielle est de 112/70 et sa fréquence respiratoire est de 22 mvts par minute. Il n'existe aucun signe de déshydratation, cétose ou choc. Elle est modérément affligée par la douleur.

La hauteur de l'utérus est de 40 cm. Elle a 3 contractions en l'espace de 10 minutes, durant chacune 30 secondes. Les 5/5 de la tête fœtale sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne. Le rythme cardiaque fœtal est régulier, à 144 par minute. Le col est dilaté à 4 cm. Les membranes ne sont pas palpables et il n'y a pas de perte visible de liquide amniotique. Pas de modelage du crâne fœtal.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame D. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Les symptômes et signes de Mme D. (dilatation du col de 4 cm et contractions utérines régulières) correspondent à la phase active du premier stade du travail.

Prestation de soins (planification et intervention)

4. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame D. et pourquoi ?
 - Mme D. doit être mise à l'aise dans une atmosphère de soutien où ses souhaits sont respectés. Massage et autres mesures de confort ainsi que changement de position peuvent également soulager la douleur. Il est bon qu'elle se déplace, vide régulièrement sa vessie et mange et boive autant qu'elle souhaite. Administrer des analgésiques le cas échéant.
 - Observations continues : pouls maternel, rythme cardiaque fœtal et contractions toutes les demi-heures ; température toutes les deux heures, tension artérielle, dilatation, liquide amniotique, modelage, descente de la tête et urines (recherche de protéinurie et acétone) toutes les quatre heures.
 - Les observations doivent être portées sur le partogramme.
 - Toucher vaginal après 4 heures pour évaluer le déroulement du travail.

Evaluation

Quatre heures plus tard, la température de Madame D. est de 37°C, son pouls est de 88 par minute et sa tension artérielle est de 114/70. Elle a 4 contractions en 10 minutes, chacune durant 30 secondes.

Le col est dilaté de 6 cm. Ecoulement de liquide amniotique peu abondant mais clair. Pas de modelage.

La tête fœtale est palpable à 5/5 au-dessus de la symphyse pubienne et le rythme cardiaque fœtal est de 144 battements par minute. Elle a évacué 200 ml d'urine ces 4 dernières heures dont le test était négatif pour la protéine et l'acétone.

5. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame D. (problème/besoin) et pourquoi ?
- Les signes et symptômes de Mme D. correspondent à présent à ceux de la phase active prolongée (arrêt de la dilatation du col) puisque la dilatation est marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme.
6. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quel est votre plan de soins continus pour Madame D. et pourquoi ?
- Les contractions utérines sont moins de 3/10 minutes et durent moins de 40 secondes et le déroulement du travail n'étant pas favorable, le travail devrait être accéléré par perfusion d'ocytocine.

La perfusion d'ocytocine est démarrée (2,5 unités en 500 ml). Le taux est titré pour déclencher au moins 3 contractions utérines en l'espace de 10 minutes durant au moins 40 secondes.

7. Quand faut-il réévaluer Madame D. et pourquoi ?
- Mme D. sera suivie de près pour déterminer sa réponse à la douleur, les contractions utérines, le rythme cardiaque fœtal et la descente du fœtus. Le débit de perfusion de l'ocytocine doit être maintenu au taux le plus faible qui favorise au moins 3 contractions en 10 minutes durant moins de 40 secondes. Il faut noter la couleur du liquide amniotique qui s'écoule et, au toucher vaginal, évaluer la dilatation du col 2 heures après que soit établie une bonne cadence de contractions utérines.

A la réévaluation, deux heures et demie plus tard, la température de Madame D. est de 37°C, son pouls est de 90 par minute et sa tension artérielle est de 120/70. Elle a 4 contractions en l'espace de 10 minutes, durant chacune entre 40 et 45 secondes. Le rythme cardiaque du fœtus est de 152 par minute. La tête fœtale est palpable à 4/5 au-dessus de la symphyse pubienne. Le col est dilaté à 6 cm et oedémateux. Aucun écoulement de liquide amniotique. Le modelage est de 2 : sutures se chevauchant mais réductibles. Elle a évacué 160 ml d'urine ces 4 dernières heures dont le test était négatif pour la protéine et l'acétone.

8. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame D. (problème/besoin) et pourquoi ?
- Les symptômes et signes de Mme D. (arrêt secondaire de la dilatation du col et de descente de la partie qui se présente alors qu'on assiste à de bonnes contractions) sont ceux qui entrent dans le diagnostic du travail dystocique imputable à la disproportion céphalopelvienne.
9. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame D. et pourquoi ?
- Des dispositions doivent être prises pour accoucher immédiatement Mme D. par césarienne.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-57 ; S-64 à S-67

ETUDE DE CAS 2 : FIEVRE APRES L'ACCOUCHEMENT CLES DES REPONSES

Etude de cas

Madame C. est une jeune femme de 35 ans, 3^{ème} pare. Son mari l'a emmenée aujourd'hui au centre de santé car elle a eu de la fièvre et des frissons ces 24 dernières heures. Elle a accouché d'un bébé à terme, à domicile, il y a 48 heures de cela. C'est l'accoucheuse traditionnelle qui l'a aidée. Le travail a duré deux jours et l'accoucheuse a inséré des herbes dans le vagin de Madame C. pour accélérer l'accouchement. Le nouveau-né a respiré spontanément et a l'air en bonne santé.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame C. et pourquoi ?
 - Il faut saluer Mme C. et son mari avec respect et amabilité.
 - Il faut leur indiquer les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, il faut répondre à leurs questions de manière calme et rassurante.
 - Un bilan initial rapide est fait pour déterminer la gravité : température, état de connaissance, douleurs abdominales, saignement vaginal, fièvre et autres signes du choc, notamment pouls supérieur à 110, tension artérielle systolique de moins de 90 mm Hg, pâleur, transpiration, peau moite et froide, respirations rapides et désorientation. Il faut lui demander si elle se sent faible et léthargique ou si elle a des mictions plus fréquentes et douloureuses ou encore des pertes vaginales malodorantes. Voir si elle habite dans des régions impaludées.
 - Il faut obtenir les informations suivantes sur la naissance : à quel moment s'est faite la rupture des membranes, problèmes au niveau de la délivrance artificielle, placenta complet et saignement abondant après la naissance.
 - Il faut s'assurer que Mme C. a été vaccinée contre le tétanos surtout du fait que des herbes ont été insérées dans son vagin.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame C. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - Contrôler l'abdomen de Mme C. pour déterminer la sensibilité ainsi que la vulve pour noter les pertes purulentes (douleurs abdominales basses, utérus sensible et lochies purulentes et malodorantes sont des symptômes et signes de métrite). Examen de ses jambes pour déterminer la sensibilité à mi-mollet, ce qui peut évoquer une thrombose veineuse profonde.
 - Il faut faire un examen attentif du périnée, du vagin et du col de Mme C. pour déceler toute déchirure, surtout du fait que le travail a été prolongé et que des substances étrangères ont été insérées dans le vagin.

3. Quels tests de laboratoire/procédures de dépistage allez-vous inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame C. et pourquoi ?

- Aucun à ce stade.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame C. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

Madame C. indique qu'elle se sent faible et léthargique, qu'elle a des douleurs abdominales et des pertes vaginales malodorantes. Elle nie avoir des douleurs à la miction et s'être rendue dans une zone impaludée.

Examen physique :

La température de Madame C. est de 39,8°C, son pouls est de 136 par minute, sa tension artérielle est de 100/70 et sa fréquence respiratoire est de 24 mvts par minute.

Elle semble pâle et léthargique et légèrement désorientée.

A l'examen abdominal, vous notez un utérus sensible et mal contracté qui est à 1 cm seulement en dessous de l'ombilic. L'examen du périnée indique des pertes vaginales malodorantes mais aucune lésion ou déchirure. A l'examen vaginal, le col est dilaté de 2 cm avec sensibilité à la motilité cervicale. On ne sait pas si le placenta était complet.

Madame C. est entièrement vaccinée contre le tétanos et a eu un rappel il y a 3 ans.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame C. (problème/besoin) et pourquoi ?

- Les symptômes et les signes de Mme C. (fièvre, de pair avec des signes de choc [pouls rapide, confusion] et des douleurs abdominales hautes, sensibilité utérine, pertes vaginales malodorantes) sont ceux de la métrite.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame C. et pourquoi ?

- Elle doit être traitée immédiatement pour choc :
 - L'allonger sur le côté.
 - Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.
 - Donner de l'oxygène à raison de 6-8 l par minute par masque ou sonde.
 - La garder au chaud.
 - Elever ses jambes.
 - Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration.
 - Démarrer une perfusion avec une aiguille de large calibre pour administration rapide de liquides (1 litre de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15-20 minutes).
 - Suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).

- Prise de sang pour la mesure de l'hémoglobine et le test de compatibilité sanguine et transfusion de sang si c'est nécessaire.
- Administration de la combinaison suivante d'antibiotiques : 2g d'ampicilline toutes les 6 heures plus 5mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.
- Si l'on soupçonne une rétention de fragments placentaires, explorer manuellement l'utérus pour retirer les caillots et les morceaux de tissus. Si nécessaire, on peut utiliser une curette.
- Il faut suivre de près l'amélioration au niveau de la température, du pouls, de la tension artérielle et de la sensibilité et de l'involution utérines ainsi que des lochies.
- Vu que les bonnes conditions d'hygiène n'ont pas été respectées lors de l'accouchement, il faut lui administrer de suite un rappel antitétanique (0,5 ml en IM), la patiente ayant terminé la série initiale de trois doses et ayant eu un rappel ces 10 derniers jours. (Si elle n'a pas terminé la série de trois doses et si elle n'a pas eu de rappel ces 10 derniers jours, elle doit recevoir un sérum antitétanique, 1500 unités en IM. Ensuite, elle recevra un rappel, 0,5 ml en IM en 4 semaines).
- Les mesures prises pour prendre en charge la complication doivent être expliquées à Mme C. et à son mari. On les encouragera également à exprimer leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on leur apportera un soutien émotionnel tout en les rassurant.

Evaluation

Trente-six heures après le début du traitement, vous constatez que :

La température de Madame C. est de 38°C, son pouls est de 96 par minute et sa tension artérielle est de 110/70 et sa respiration est de 20 par minute. Elle est moins pâle et elle n'est plus désorientée. Son utérus est moins sensible et il est ferme à 3 cm en dessous de l'ombilic. Les lochies sont minimales et ne sont plus malodorantes.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame C. et pourquoi ?
 - Les antibiotiques doivent être continués jusqu'à ce que la fièvre cesse pendant 48 heures. Point besoin d'administrer des antibiotiques par voie orale après avoir arrêté les antibiotiques en IV.
 - Il faut continuer à suivre ses signes vitaux, apport hydrique et diurèse, sensibilité et involution de l'utérus ainsi que les lochies.
 - Il faut continuer les liquides en IV pour maintenir l'hydratation jusqu'à ce que Mme C. soit suffisamment remise pour boire et manger.
 - Les étapes prises pour continuer la prise en charge de la complication devraient être expliquées à Mme C. et à son mari. De plus, on les encouragera à exprimer leurs préoccupations, on les écoutera attentivement tout en apportant un soutien affectif et on les rassurera.

- Il faut également prévoir de s'entretenir avec l'accoucheuse traditionnelle qui a assisté à l'accouchement et lui enseigner les bonnes conditions d'hygiène qui doivent accompagner une naissance.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-1 à S-2 ; S-107 à S-110 ; S-51

ETUDE DE CAS 3 : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L'ACCOUCHEMENT CLES DES REPONSES

Etude de cas

Madame A. est une jeune femme de 20 ans, primipare, qui est emmenée au centre de santé par l'accoucheuse traditionnelle locale car elle a des pertes de sang abondantes depuis l'accouchement qui a eu lieu à domicile il y a 2 heures de cela. L'accoucheuse indique que la naissance s'est faite par accouchement spontané par voie basse d'un nouveau-né arrivé à terme. Madame A., ainsi que l'accoucheuse traditionnelle, signalent que le travail a duré 12 heures, que la naissance était normale et que le placenta a été expulsé 20 minutes après la naissance du nouveau-né.

Evaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/tests de laboratoire)

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
 - Saluer Mme A. et l'accoucheuse traditionnelle avec respect et amabilité.
 - Il faut leur indiquer les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, on répondra à leurs questions de manière calme et rassurante.
 - Un bilan initial rapide est fait pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et a besoin de traitement d'urgence/réanimation : pouls > 110 ; tension artérielle systolique inférieur à 90 mm Hg ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite ; respiration rapide et confusion. Il faut noter rapidement le niveau de connaissance/convulsions et les douleurs abdominales et prendre la température pour détecter une éventuelle septicémie. On demandera à l'accoucheuse traditionnelle si l'utérus était bien contracté après la délivrance artificielle et si le placenta et les membranes étaient expulsés complètement et sans problèmes ou s'ils étaient expulsés en morceaux.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
 - L'utérus de Mme A. devrait être examiné immédiatement pour voir s'il est contracté. Si l'utérus est contracté et ferme, le traumatisme génital est probablement dû au saignement. Si l'utérus n'est pas bien contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l'utérus atone. Si le placenta n'est pas complet, la cause la plus probable du saignement est la rétention de fragments placentaires.
 - Un examen attentif doit être réalisé du périnée, du vagin et du col pour déceler les éventuelles déchirures.
3. Quels tests de laboratoire/procédures de dépistage allez-vous inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame A. et pourquoi ?
 - Aucun pour le moment

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame A. et vos constatations sont les suivantes :

Anamnèse :

L'accoucheuse indique qu'à son avis, le placenta et les membranes ont été expulsés sans problème et étaient complets.

Examen physique :

La température de Madame A. est de 36,8°C, son pouls est de 108 par minute, sa tension artérielle est de 80/60 et la fréquence respiratoire est de 24 mvts par minute.

Elle est pâle et elle transpire.

Son utérus est mou et ne se contracte pas avec le massage du fond de l'utérus. Vous notez un saignement vaginal abondant et rouge vif. A l'inspection, il n'y a aucun signe de déchirure périnéale, cervicale ou vaginale.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
- Les symptômes et signes de Mme A. (à savoir, hémorragie du post-partum immédiat, utérus mou qui n'est pas contracté, choc) sont ceux de l'utérus atone.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame A. et pourquoi ?
- Appeler à l'aide car de nombreuses mesures doivent être prises simultanément. Il ne faut **pas** laisser Mme A. toute seule sans une personne qui la surveille.
 - Un aide doit démarrer immédiatement le massage utérin (pendant que vous faites le bilan).
 - Un aide devrait administrer 10 unités d'ocytocine en IM jusqu'à ce qu'une voie veineuse soit installée. Continuer le massage utérin.
 - **Au moment du bilan initial rapide**, dès que le choc est détecté, il faut démarrer le traitement.
 - Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.
 - Démarrer une perfusion avec une aiguille de gros calibre pour administration rapide de liquides (1 litre de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15–20 minutes). Une seconde voie veineuse devrait être utilisée pour perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 litre de liquides à raison de 40 gouttes par minute. Ne pas administrer plus de 3 litres de liquides en IV contenant de l'ocytocine.
 - L'allonger sur le côté.
 - Donner de l'oxygène à raison de 6–8 litres par minute par masque ou sonde.
 - La garder au chaud.
 - Elever ses jambes.
 - Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration.

- Suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).
- Si l'utérus ne se contracte toujours pas, procéder à une exploration manuelle pour retirer les éventuels fragments placentaires retenus.
- Prise de sang pour mesure de l'hémoglobine et test de compatibilité et transfusion de sang aussi rapidement que possible. Un test de coagulation au lit de la patiente doit être réalisé pour déceler la coagulopathie (la coagulopathie est aussi une cause qu'un résultat d'une grave hémorragie obstétricale).
- Les étapes prises pour prendre en charge la complication devraient être expliquées à Mme A. De plus, on l'encouragera à exprimer ses préoccupations, on l'écouter attentivement et on lui apportera un soutien affectif tout en la rassurant.

Evaluation

Une exploration manuelle de l'utérus a été réalisée et certains tissus placentaires ont été retirés. Toutefois, 15 minutes après qu'a démarré le traitement, elle continue à avoir un saignement vaginal abondant. L'utérus reste mal contracté. Le test de coagulation au lit de la patiente est de 5 minutes, son pouls est de 110 par minute et sa tension artérielle est de 80/60. Sa peau continue à être froide et moite et elle est désorientée.

6. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame A. et pourquoi ?
 - Il faut procéder de suite à une transfusion de sang.
 - En même temps, continuer à perfuser rapidement la solution de Ringer lactate ou le sérum physiologique.
 - Si disponible, donner 0,2 mg d'ergométrine/méthyleergométrine en IM ou IV lentement et/ou 15-méthyl prostaglandines en IM ou 600 mcg de misoprostol par voie rectale ou buccale.
 - Une compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale doit être réalisée pour faire cesser le saignement. La compression est maintenue jusqu'à ce que s'arrêtent les saignements.
 - Si les saignements continuent malgré la compression, des dispositions doivent être prises immédiatement pour transférer Mme A. à l'hôpital de district pour une ligature de l'artère utéro-ovarienne. En cas de graves saignements susceptibles de mettre la vie en danger après la ligature, réaliser une hystérectomie subtotale.
 - Il faut expliquer les mesures prises pour la prise en charge continue de la complication à Mme A. De plus, il faut l'encourager à exprimer ses préoccupations, l'écouter attentivement et lui apporter un soutien affectif tout en la rassurant.
 - La communication à propos de l'état de Mme A. devrait être maintenue entre le centre de santé (établissement ayant demandé le transfert) et l'hôpital de district (établissement de transfert) concernant les soins nécessaires une fois Mme A sortie de l'hôpital.

Références

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : pages S-25 à S-31

SIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU CHOC (CHOC SEPTIQUE OU HYPOVOLEMIQUE)

But : Cette activité a pour but d'apporter aux participants une expérience simulée pour qu'ils puissent pratiquer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions liées à la prise en charge du choc hypovolémique ou septique. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

Instructions : L'activité devrait être réalisée dans le contexte le plus réaliste possible, par exemple, la zone de travail ou la salle d'accouchement d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une maternité où sont disponibles l'équipement et les fournitures en cas d'interventions d'urgence.

- Un participant jouera le rôle d'une patiente et un second participant le rôle du prestataire qualifié. D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire.
- Le formateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes, tel qu'indiqué dans la colonne à gauche du tableau ci-après.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le formateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions. Les réactions/réponses clés que l'on attend du participant sont fournies dans la colonne à droite du tableau ci-dessous.
- Les procédures telles que l'administration d'une IV et de l'oxygène devraient être interprétées par des jeux de rôle, en utilisant le matériel approprié.
- Au départ, le formateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation pour développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra initier une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que s'affinent les compétences du participant, la simulation concernera essentiellement la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence de manière rapide et efficace. Après la simulation, on pourra démarrer la discussion et poser des questions.

Matériel : Fiche d'Apprentissage pour la Réanimation de l'Adulte, sphygmomanomètre, stéthoscope, matériel pour démarrer une perfusion IV, seringues et fioles, bouteille d'oxygène, valve, masque autogonflant, matériel pour sonder la vessie, nouveaux gants d'examen ou gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.

<p align="center">SCENARIO 1 (Information fournie et questions posées par le formateur)</p>	<p align="center">REACTIONS/REPOSES CLES (Attendues du participant)</p>
<p>1. Mme L. est une multigeste de 36 ans qui a eu 5 enfants. Son mari, qui vous indique qu'elle a accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, l'a emmenée à l'hôpital. L'accoucheuse lui a dit que le placenta a été expulsé facilement et complètement suivant la naissance mais que Mme L. saigne "de trop" depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme L. avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner "de trop."</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que faites-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Evaluer immédiatement Mme L. pour déterminer s'il y a choc, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), le niveau de connaissance, la couleur et température de la peau. • Dire à Mme L. (et à son mari) ce que vous allez faire. L'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. • Tourner Mme L. sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.
<p>2. A l'examen, vous constatez que Mme L. a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 84/50 mm Hg et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme L. ? • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Madame L. est en état de choc. • Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer une voie veineuse en utilisant une aiguille de gros calibre et perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison d'1 l en 15 à 20 minutes. • Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation pour la coagulopathie). • Démarrer l'oxygène à 6-8 l/minute. • Sonder la vessie. • Essayer de déterminer la cause du choc (hypovolémique ou septique) en palpant l'utérus pour voir s'il est ferme et sensible, évaluer la quantité de perte de sang. • Couvrir Mme L. pour la garder au chaud. • Elever ses jambes.
<p><i>Question 1 de discussion : Comment savez-vous qu'une femme se trouve dans un état de choc ?</i></p>	<p><i>Réponses attendues : Pouls supérieur à 110 battements minute ; tension artérielle moins de 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxiété et confusion ou perte de connaissance.</i></p>
<p><i>Question 2 de discussion : S'il est impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique, que faudrait-il faire ?</i></p>	<p><i>Réponse attendue : Pratiquer une dénudation veineuse ?</i></p>

<p align="center">SCENARIO 1 (suite)</p>	<p align="center">CLES DES REACTIONS/REPOSES (suite)</p>
<p>3. A l'examen supplémentaire, vous constatez que l'utérus de Mme L. est mou et qu'il n'est pas contracté mais qu'il n'est pas sensible. Ses habits à partir de la taille sont trempés de sang.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quels sont les principaux problèmes de Mme L. ? ● Quelles sont les causes de son choc et saignement ? ● Qu'allez-vous faire ensuite ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Indiquer que Mme L. a perdu "trop" de sang depuis l'accouchement et qu'on constate une perte considérable de sang sur ses habits. ● Indiquer que l'utérus de Mme L. est mou et qu'il n'est pas contracté, mais qu'il n'est pas sensible ; elle n'a pas de fièvre. ● Déterminer que le choc de Mme L. est imputable à l'hémorragie du post-partum, utérus atone. ● Masser l'utérus de Mme L. pour stimuler une contraction. ● Installer une deuxième voie veineuse et administrer 20 unités d'ocytocine dans un litre de liquide à 60 gouttes/minute.
<p>4. Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame L. est encore à 116 battements/ minute, la tension artérielle à 88/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 32 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Administrer un autre litre de liquide pour vérifier que 2 litres sont infusés dans l'heure qui suit le début du traitement. ● Continuer à administrer de l'oxygène à 6–8 l/minute. ● Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté. ● Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.
<p>5. Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements ont cessé. Le pouls de Mme L. est de 90 battements/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajuster le taux de perfusion IV à 1 litre en 6 heures. ● Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté. ● Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. ● Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.
<p>6. L'état de Mme L. s'est stabilisé. Vingt-quatre heures plus tard, son hémoglobine est de 6,5 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Commencer à administrer 120 mg de fumérate ferreux par voie buccale PLUS 400 µg d'acide folique par voie buccale tous les jours et dire à Mme L. qu'elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois.

<p align="center">SCENARIO 2 (Information fournie et questions posées par le formateur)</p>	<p align="center">REACTIONS/REponses CLES (Attendues du participant)</p>
<p>1. Mme M. a 26 ans et elle a accouché à la maison de son deuxième enfant avec l'aide d'une voisine. La famille indique que depuis hier, Mme M. a de la fièvre, qu'elle est très agitée pendant la nuit et très somnolente ce matin. Elle a été emmenée à l'hôpital par son mari et un voisin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'allez-vous faire ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. ● Evaluer immédiatement Mme M. pour déterminer l'état général, surveiller les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. ● Indiquer à Mme M. (et à son mari et voisin) ce que vous allez faire. L'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. ● Tourner Mme M. sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.
<p>2. A l'examen, vous constatez que la température de Mme M. est de 39,4°C, son pouls de 136 battements/minute, sa tension artérielle de 80/50 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Elle est confuse et somnolente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme M. ? ● Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Indiquer que Madame L. est en état de choc. ● Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer une voie veineuse en utilisant une aiguille de gros calibre et perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison d'1 l en 15 à 20 minutes. ● Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, groupe sanguin, test de compatibilité et test de coagulation au lit de la patiente pour la coagulopathie). ● Démarrer l'oxygène à 6–8 l/minute. ● Sonder la vessie. ● Essayer de déterminer la cause du choc (hypovolémique ou septique) en palpant l'utérus pour voir s'il est ferme et sensible, évaluer la quantité de perte de sang. ● Couvrir Mme M. pour la garder au chaud. ● Elever les jambes.
<p>3. A l'examen supplémentaire, vous constatez que l'utérus de Mme M. est sensible et qu'elle a des lochies nauséabondes. Une fois que vous lui avez demandé, la voisine indique que des herbes ont été insérées dans le vagin de Mme M. pendant le travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quels sont les principaux problèmes de Mme M. ? ● Quelles sont les causes du choc et pourquoi ? ● Qu'allez-vous faire ensuite ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Indiquer que Mme M. a de la fièvre, un utérus sensible et des lochies nauséabondes. ● Déterminer que l'état de Mme M. est imputable à une infection résultant de pratiques obstétricales non hygiéniques. ● Administrer 2 millions d'unités de pénicilline G OU 2 g d'ampicilline en IV (et répéter toutes les 6 heures) PLUS de la gentamicine 5 mg/kg du poids corporel en IV (et répéter toutes les 24 heures) PLUS 500 mg de métronidazole en IV (et répéter toutes les 8 heures).
<p>4. Après 6 heures, la température de Mme M. est de 38°C, son pouls de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle est très alerte et orientée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajuster le taux de perfusion IV à 1 l en 6 heures. ● Continuer à suivre la température, le pouls et la tension artérielle. ● Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. ● Continuer à administrer des antibiotiques.

SIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES CEPHALEES, DE LA VISION FLOUE, DES CONVULSIONS, DE LA PERTE DE CONNAISSANCE OU DE LA TENSION ARTERIELLE ELEVEE

But : Cette activité a pour but d'apporter aux participants une expérience simulée pour qu'ils puissent pratiquer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions liées à la prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

Instructions : L'activité devrait être réalisée dans le contexte le plus réaliste possible, par exemple, la zone de travail ou la salle d'accouchement d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une maternité où sont disponibles l'équipement et les fournitures en cas d'interventions d'urgence.

- Un participant jouera le rôle d'une patiente et un second participant le rôle du prestataire qualifié. D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire.
- Le formateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes, tel qu'indiqué dans la colonne à gauche du tableau ci-après.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le formateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions. Les réactions/réponses clés que l'on attend du participant sont fournies dans la colonne à droite du tableau ci-dessous.
- Les procédures telles que l'administration d'une IV et de l'oxygène devraient être interprétées par des jeux de rôle, en utilisant le matériel approprié.
- Au départ, le formateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation pour développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra démarrer une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que s'affinent les compétences du participant, la simulation portera essentiellement sur la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence de manière rapide et efficace. Après la simulation, on pourra démarrer une discussion et poser des questions.

Matériel : Sphygmomanomètre, stéthoscope, équipement pour démarrer une perfusion IV, seringues et fioles, bouteille d'oxygène, valve, masque autogonflant, matériel pour sonder la vessie, marteaux à réflexes (ou instrument analogue), gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.

<p align="center">SCENARIO 1 (Information fournie et questions posées par le formateur)</p>	<p align="center">REACTIONS/REPONSES CLES (Attendues du participant)</p>
<p>1. Mme G. a 16 ans et est enceinte de 37 semaines. C'est sa première grossesse. Elle vient à la salle du travail avec des contractions et elle dit avoir eu de violents maux de tête toute la journée. Elle indique également qu'elle n'arrive pas à bien voir. Alors qu'elle se trouve sur la table d'examen, elle retombe sur l'oreiller et commence à avoir une convulsion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Vérifier que les voies aériennes sont bien dégagées et tourner Mme G. sur le côté gauche. • L'empêcher de se blesser (ou de tomber) mais sans l'attacher. • Demander à l'un des membres du personnel qui a répondu à l'appel à l'aide d'évaluer immédiatement Mme G. pour déterminer les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. • Demander à un autre membre du personnel de démarrer l'oxygène à 4-6 l/minute. • Préparer et injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes. • Poursuivre en injectant rapidement 10 g de solution de sulfate de magnésium à 50%, 5 g dans chaque fesse avec injection en IM profonde, avec 1 ml de lidocaïne à 2% dans la même seringue. • En même temps, expliquer à la famille ce qui se passe et parler à la femme.
<p><i>Question 1 de discussion : Qu'allez-vous faire si vous n'avez pas de sulfate de magnésium à l'hôpital ?</i></p>	<p><i>Réponse attendue : Utiliser 10 mg de diazépam lentement sur 2 minutes.</i></p>
<p>2. Après 5 minutes, Mme G. n'a plus de convulsions. Sa tension artérielle diastolique est de 110 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 20 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème de Mme G. ? • Qu'allez-vous faire ensuite ? • Pourquoi contrôlez-vous la tension artérielle de Mme G. ? • Quels sont les autres soins dont Mme G. a besoin maintenant ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que les symptômes et signes de Mme G. évoquent l'éclampsie. • Administrer lentement 5 mg d'hydralazine par IV toutes les 5 minutes jusqu'à ce que la tension artérielle diastolique ait baissé entre 90–100 mm Hg. • Indiquer que la raison pour laquelle la tension artérielle diastolique de Mme G. doit se situer entre 90 mm Hg et 100 mm Hg, c'est pour prévenir l'hémorragie cérébrale. • Demander à un membre du personnel d'aider à insérer une sonde pour suivre le débit urinaire et contrôler la protéinurie. • Demander à un second membre d'installer une voie veineuse avec du sérum physiologique ou Ringer lactate et prélever du sang pour évaluer la coagulation en utilisant le test de coagulation au lit de la patiente. • Consigner strictement la diurèse sur un graphique.
<p><i>Question 2 de discussion : Est-ce que vous donneriez de l'hydralazine supplémentaire après la première dose ?</i></p>	<p><i>Réponse attendue : Répéter toutes les heures, tel que nécessaire ou administrer 12,5 mg par IM toutes les 2 heures, tel que nécessaire.</i></p>
<p>3. Quinze minutes plus tard, la tension artérielle de Mme G. est de 94 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 16 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Rester avec Mme G. continuellement et suivre le pouls, la tension artérielle, le taux de respiration, les réflexes rotuliens et le rythme cardiaque fœtal. • Vérifier si Mme G. a encore des contractions.

<p align="center">SCENARIO 1 (suite)</p>	<p align="center">REACTIONS/REponses CLES (suite)</p>
<p>4. A présent, le traitement a été démarré depuis 1 heure. Mme G. dort mais s'éveille facilement. Elle est alerte. Sa tension artérielle est à présent de 90 mm Hg et sa fréquence respiratoire est encore de 16 mvts/minute. Elle a eu plusieurs contractions, chacune durant moins de 20 secondes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à suivre le pouls, la tension artérielle, le taux de respiration, les réflexes rotuliens et le rythme cardiaque fœtal. • Suivre le débit urinaire et les apports de liquides en IV. • Suivre l'évolution de l'œdème pulmonaire en auscultant les poumons pour détecter les râles. • Evaluer le col de Mme G. pour voir si l'évolution est favorable ou défavorable.
<p>5. Cela fait à présent 2 heures que le traitement a commencé pour Mme G. Sa tension artérielle est encore de 90 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 16 mvts/minute. Toutes les autres observations sont dans la fourchette prévue. Elle continue à dormir et à s'éveiller quand elle a une contraction. Les contractions se présentent plus fréquemment mais sont encore inférieures à 20 secondes. Le col de Mme G. est effacé à 100% et dilaté à 3 cm. Aucune anomalie du rythme cardiaque fœtal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? • Quand l'accouchement devrait-il avoir lieu ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à suivre Mme G. tel qu'indiqué ci-dessus. • Indiquer que les membranes devraient être rompues en utilisant un crochet amniotique ou une pince Kocher et que le travail devrait être provoqué à l'aide d'ocytocine ou de prostaglandine. • Indiquer que l'accouchement devrait se faire dans les 12 heures qui suivent les premières convulsions de Mme G.

<p style="text-align: center;">SCENARIO 2 (Information fournie et questions posées par le formateur)</p>	<p style="text-align: center;">REACTIONS/REponses CLES (Attendues du participant)</p>
<p>1. Mme H. a 20 ans. Elle est enceinte de 38 semaines. Il s'agit de sa seconde grossesse. Sa belle-mère l'a emmenée au centre de santé ce matin car elle a violents maux de tête et une vision floue depuis 6 heures. Mme H. indique qu'elle se sent très malade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Placer Mme H. sur la table d'examen sur son côté gauche. • Faire une évaluation rapide de l'état général de Mme H., notamment les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et taux respiratoire), le niveau de connaissance, la couleur et la température de la peau. • Demander simultanément les antécédents de la maladie de Mme H.
<p>2. Le pouls de Mme H. est de 100 battements/minute, la tension artérielle diastolique est de 96 mm Hg et la fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. Elle a une hyperréflexie. Sa belle-mère indique que Mme H. n'a aucun symptôme ou signe montrant que le travail commence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème de Mme H. ? • Qu'allez-vous faire à présent ? • Quelle est votre principale préoccupation pour le moment ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que les symptômes et signes de Mme H. sont ceux d'une prééclampsie sévère. • Demander à un membre du personnel qui a répondu à votre appel d'administrer 4–6 l d'oxygène/minute. • Préparer et injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes. • Poursuivre en injectant rapidement 10 g de solution de sulfate de magnésium à 50%, 5 g dans chaque fesse avec injection en IM profonde, avec 1 ml de lidocaïne à 2% dans la même seringue. • En même temps, indiquer à Mme H. (et à sa belle-mère) ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. • Indiquer que la principale préoccupation pour le moment consiste à prévenir les convulsions chez Mme H.
<p>3. Après 15 minutes, Mme H. se repose tranquillement. Elle a encore des maux de tête et une hyperréflexie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? • Qu'allez-vous faire pendant l'heure qui vient ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un assistant d'insérer une sonde pour suivre le débit urinaire (recherche de protéinurie). • Poser une voie veineuse avec du sérum physiologique ou Ringer lactate. • Ecouter le rythme cardiaque fœtal. • Indiquer que, dans l'heure qui suit, on continuera à suivre les signes vitaux, les réflexes et le rythme cardiaque fœtal et consigner strictement la diurèse sur un graphique.
<p>4. Cela fait à présent une heure que le traitement de Mme H. a commencé. Son pouls est encore de 100 battements/minute, la tension artérielle diastolique de 96 mm Hg et la fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. Elle a encore une hyperréflexie. Vous détectez que le rythme cardiaque fœtal est de 80.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre principale préoccupation pour le moment ? • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que l'anormalité du rythme cardiaque fœtal est la principale préoccupation à présent. • Indiquer que Mme H. devrait être prête à se rendre à la salle d'opération pour une césarienne. • Indiquer à Mme H. (et à sa belle-mère) ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.

SIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE

But : Cette activité a pour but d'apporter aux participants une expérience simulée pour qu'ils puissent pratiquer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions liées à la prise en charge du saignement vaginal au début de la grossesse. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

Instructions : L'activité devrait être réalisée dans le contexte le plus réaliste possible, par exemple, la zone de travail ou la salle d'accouchement d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une maternité où sont disponibles l'équipement et les fournitures en cas d'interventions d'urgence.

- Un participant jouera le rôle d'une patiente et un second participant le rôle du prestataire qualifié. D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire.
- Le formateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes, tel qu'indiqué dans la colonne à gauche du tableau ci-après.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le formateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions. Les réactions/réponses clés que l'on attend du participant sont fournies dans la colonne à droite du tableau ci-dessous.
- Les procédures telles que l'administration d'une IV et l'examen bimanuel devraient être interprétées par des jeux de rôle, en utilisant le matériel approprié.
- Au départ, le formateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation dans le but de développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra démarrer une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que s'affinent les compétences du participant se renforcent, la simulation portera essentiellement sur la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence de manière rapide et efficace. Après la simulation, on pourra entamer une discussion et poser des questions.

Matériel : Fiche d'Apprentissage pour les Soins Après Avortement et le Counseling pour la Planification familiale Après Avortement, simulateur de naissance et modèle de placenta/cordon/annios, sphygmomanomètre, stéthoscope, équipement pour démarrer une perfusion IV, seringues et fioles, sceau pour disposer des déchets, gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles, solution antiseptique.

<p align="center">SCENARIO 1 (Information fournie et questions posées par le formateur)</p>	<p align="center">REACTIONS/REPONSES CLES (Attendues du participant)</p>
<p>1. Mme A. a 20 ans. C'est sa première grossesse. Sa famille l'emmène au centre de santé. Mme A. peut marcher avec l'aide de sa sœur et de son mari. Elle indique qu'elle est enceinte de 14 ou 15 semaines et qu'elle a eu des crampes et saignements pendant plusieurs semaines. Mais ces 6 à 8 dernières heures, elle a des saignements abondants et de fortes crampes. Elle ne s'est pas rendu à une consultation prénatale et n'a reçu aucun traitement pour maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre première préoccupation ? • Qu'allez-vous faire en premier ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer qu'il faut s'assurer de suite si Mme A. est en choc. • Faire une évaluation rapide de l'état général de Mme A., y compris les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et fréquence respiratoire), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. • Indiquer à Mme A. (et à sa famille) ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.
<p>2. A l'examen, vous constatez que le pouls de Mme A. est de 100 battements/minute, la tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle est consciente. Sa peau n'est ni froide ni moite. Vous remarquez que ses habits sont trempés d'un sang rouge vif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que Mme A. est en choc ? • Qu'allez-vous faire ensuite ? • Quelles sont les questions que vous poserez ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Mme A. n'est pas en état de choc. • Poser une voie veineuse avec un sérum normal ou Ringer lactate. • Demander à Mme A. s'il lui est arrivé quelque chose ou si quelqu'un a fait quelque chose qui aurait pu causer le saignement. • Lui demander en combien de temps elle remplit une serviette hygiénique. • Demander à Mme A. si elle a perdu des tissus. • Lui demander si elle s'est évanouie.
<p>3. Mme A. se portait jusqu'au moment où les saignements ont commencé. Vous voyez bien à partir de ses réponses qu'elle souhaitait cette grossesse. Vous ne voyez aucun signe de violence physique. Elle remplit une serviette hygiénique toutes les 4 à 5 minutes. Elle ne s'est pas évanouie mais elle se sent étourdie. Elle a perdu des caillots et pense qu'elle a pu perdre également des tissus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire ensuite et pourquoi ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Palper l'abdomen de Mme A. pour déterminer la taille, la sensibilité et la consistance de l'utérus ; voir s'il existe une masse annexielle sensible pour exclure la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; examiner pour voir si l'utérus est œdémateux afin d'exclure l'éventualité d'une grossesse molaire. • Faire un examen bimanuel pour exclure l'avortement inévitable ou incomplet. • Prendre la température de Mme A. pour exclure la possibilité d'une septicémie.
<p>4. A l'examen, vous constatez que l'utérus est ferme, légèrement sensible et palpable juste au-dessus du niveau de la symphyse pubienne. Il n'existe pas de masses annexielles. L'examen bimanuel indique que le col est dilaté à 1-2 cm, que la taille de l'utérus est inférieure à 12 semaines et aucun tissu n'est palpable au col. Il n'existe pas de sensibilité à la mobilisation du col.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est votre diagnostic ? • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Mme A. a un avortement incomplet. • Expliquer les résultats à Mme A. (et à sa famille). • Préparer Mme A. pour une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).

SCENARIO 1 (suite)	REACTIONS/REPONSES CLES (suite)
<i>Question 1 de discussion : Pourquoi avez-vous écarté la possibilité d'une grossesse extra-utérine ?</i>	<i>Réponses attendues : Le saignement est plus abondant que lors d'une grossesse extra-utérine, aucune masse annexielle n'était palpable dans l'abdomen ou le vagin, il n'existait pas de sensibilité à la mobilisation du col, le col était dilaté, pas d'antécédent d'évanouissement.</i>
<p>5. La salle de traitement est occupée pour le moment car une autre patiente ayant un avortement incomplet est en train de recevoir une AMIU. La pièce sera disponible dans 30 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer la situation à Mme A. (et à sa famille) et les rassurer. • Maintenir la perfusion. • Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM OU 400 µg de misoprostol par voie buccale. • Continuer à suivre les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.
<p>6. Quinze minutes sont passées depuis l'administration de l'ergométrine, mais Mme A. perd encore du sang à raison d'une serviette hygiénique trempée toutes les 5 minutes. Son pouls est de 104 battements/minute et sa tension artérielle de 98/60 mm Hg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Répéter 0,2 mg d'ergométrine en IM. • Continuer la perfusion en IV. • Continuer à suivre les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle. • Prélever du sang pour déterminer le type et vérifier la compatibilité sanguine pour qu'il soit disponible si nécessaire.
<p>7. Les saignements ont diminué depuis la seconde dose d'ergométrine. L'AMIU a été effectuée 30 minutes plus tard et on s'est assuré de l'évacuation complète des produits de la conception.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les signes vitaux et les pertes de sang de Mme A. • Vérifier que Mme A. est propre, au chaud et à l'aise. • L'encourager à manger et à boire si elle le souhaite.
<p>8. Après 6 heures, les signes vitaux de Mme A. sont stables et il n'existe pratiquement aucune perte de sang. Elle insiste pour rentrer chez elle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire avant de la laisser partir ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Parler à Mme A. si elle souhaite tomber enceinte et quand ; lui fournir, si nécessaire, des conseils de planification familiale et une méthode de planification familiale. • La rassurer quant à ses chances d'une autre grossesse à issue favorable. • Indiquer à Mme A. de consulter immédiatement les services de santé si elle a des crampes prolongées, un saignement prolongé, des saignements plus abondants qu'une menstruation normale, une douleur sévère ou croissante, de la fièvre, des frissons ou des malaises, des pertes malodorantes, des évanouissements. • Lui parler, à elle et à son mari, des pratiques sexuelles sans risques. • Lui demander si elle a reçu sa vaccination antitétanique et fournir celle-ci, le cas échéant.

SIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT VAGINAL APRES L'ACCOUCHEMENT

But : Cette activité a pour but d'apporter aux participants une expérience simulée pour qu'ils puissent pratiquer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions liées à la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

Instructions : L'activité devrait être réalisée dans le contexte le plus réaliste possible, par exemple, la zone de travail ou la salle d'accouchement d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une maternité où sont disponibles l'équipement et les fournitures en cas d'interventions d'urgence.

- Un participant jouera le rôle d'une patiente et un second participant le rôle du prestataire qualifié. D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire.
- Le formateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes, tel qu'indiqué dans la colonne à gauche du tableau ci-après.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le formateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions. Les réactions/réponses clés que l'on attend du participant sont fournies dans la colonne à droite du tableau ci-dessous.
- Les procédures telles que l'administration d'une IV et l'examen bimanuel devraient être interprétées par des jeux de rôle, en utilisant le matériel approprié.
- Au départ, le formateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation pour développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra démarrer une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que s'affinent les compétences du participant se renforcent, la simulation portera essentiellement sur la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence grave de manière rapide et efficace. Après la simulation, on pourra entamer la discussion et poser des questions.

Matériel : Fiches d'Apprentissage pour la Compression bimanuelle de l'Utérus et la Réfection des Déchirures cervicales, sphygmomanomètre, stéthoscope, équipement pour démarrer une perfusion IV, bouteille d'oxygène, valve, masque autogonflant, seringues et fioles, spéculum vaginal, pince à éponge, gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.

<p align="center">SCENARIO 1 (Information fournie et questions posées par le formateur)</p>	<p align="center">REACTIONS/REPOSES CLES (Attendues du participant)</p>
<p>1. Mme B. a 24 ans et elle vient juste de donner naissance à une petite fille en bonne santé après 7 heures de travail. Une prise en charge active a été faite du troisième stade et le placenta et les membranes étaient complets. La sage-femme qui a assisté à l'accouchement a quitté l'hôpital à la fin de son service. Environ 30 minutes plus tard, une infirmière arrive en courant pour dire que Mme B. saigne abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Evaluer immédiatement Mme B. pour déterminer l'état général, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. • Indiquer à Mme B. ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.
<p>2. A l'examen, vous constatez que Mme B. a un pouls de 120 battements/minute, qu'elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau n'est ni froide ni moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème de Mme B. ? • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer que Mme B. est en état de choc suite au saignement du post-partum. • Palper l'utérus pour voir s'il est ferme. • Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer voie veineuse et de perfuser, en utilisant une aiguille de gros calibre, du sérum physiologique ou Ringer lactate, à raison d'1 l en 15 à 20 minutes avec 10 unités d'ocytocine. • Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation au lit de la patiente pour la coagulopathie).
<p><i>Question 1 de discussion : Comment savez-vous que cette patiente est entrée en choc ?</i></p>	<p><i>Réponses attendues : Pouls supérieur à 110 battements/minute ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxieuse et confuse ou perte de connaissance.</i></p>
<p>3. Vous constatez que l'utérus de Mme B. est mou et n'est pas contracté.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots sanguins et stimuler une contraction. • Démarrer l'oxygène à 6–8 l/minute. • Sonder la vessie. • Couvrir Mme B. pour la garder au chaud. • Elever ses jambes. • Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.
<p>4. Après 5 minutes, l'utérus de Mme B. est bien contracté, mais elle continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner le col, le vagin et le périnée pour voir s'il existe des déchirures. • Demander à des membres du personnel de vous aider à trouver le placenta et examiner pour voir s'il y a des morceaux qui manquent.

SCENARIO 1 (suite)	REACTIONS/REPOSES CLES (suite)
<p>5. A l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le col, le vagin et le périnée de Mme B., vous constatez qu'il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Vous préparer à la réfection des déchirures cervicales. • Indiquer à Mme B. ce que vous allez faire, écouter ses préoccupations et la rassurer. • Demander à un membre du personnel de vous aider à vérifier les signes vitaux de Mme B.
<p><i>Question 2 de discussion : Qu'auriez-vous faire si l'examen du placenta avait montré qu'il manquait un morceau (placenta incomplet) ?</i></p>	<p>Réponses attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le problème à Mme B. et la rassurer. • Administrer de la péthédine et du diazépam en IV lentement ou utiliser la kétamine. • Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (2 g d'ampicilline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV OU 1 g de céfazoline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV). • Utiliser des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour toucher à sentir, à l'intérieure de l'utérus, les fragments du placenta et les retirer avec la main, avec une pince en cœur ou une grande curette.
<p>6. Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme B. Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme B. Son pouls est à présent de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster le taux de perfusion IV à 1 l en 6 heures. • Continuer à vérifier les pertes de sang vaginal. • Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. • Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. • Continuer les soins routiniers du post-partum, y compris l'allaitement maternel du nouveau-né.

SIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE ASPHYXIE

But : Cette activité a pour but d'apporter aux participants une expérience simulée pour qu'ils puissent pratiquer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions liées à la prise en charge du nouveau-né asphyxié. On insistera sur le fait qu'il faut réfléchir rapidement et réagir (intervenir) rapidement.

Instructions : L'activité devrait être réalisée dans le contexte le plus réaliste possible, par exemple, la zone de travail ou la salle d'accouchement d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une maternité où sont disponibles l'équipement et les fournitures en cas d'interventions d'urgence.

- Un participant jouera le rôle d'une patiente et un second participant le rôle du prestataire qualifié. D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire.
- Le formateur donnera au participant qui joue le rôle du prestataire les renseignements nécessaires sur l'état de la patiente et posera les questions pertinentes, tel qu'indiqué dans la colonne à gauche du tableau ci-après.
- Le participant devra réfléchir et réagir rapidement lorsque le formateur lui donnera les renseignements et lui posera les questions. Les réactions/réponses clés que l'on attend du participant sont fournies dans la colonne à droite du tableau ci-dessous.
- Les procédures telles que la réanimation néonatale devraient être interprétées avec un modèle et autre matériel approprié.
- Au départ, le formateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation dans le but de développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra démarrer une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que les compétences du participant se renforcent, le point focal de la simulation devrait se porter sur la prestation de soins appropriés dans le cas d'une situation d'urgence grave de manière rapide et efficace. Après la simulation, on pourra entamer une discussion et poser des questions.

Matériel : Fiche d'Apprentissage pour la Réanimation néonatale, modèle de réanimation du nouveau-né, ballon et masque autogonflants, matériel de succion, couverture, serviettes.

SCENARIO 1 (suite)	REACTIONS/REPOSES CLES (suite)
5. Après 2 minutes de ventilation en plus, le nouveau-né commence à crier. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter de ventiler et observer pendant 5 minutes lorsque les cris cessent. • Déterminer que la respiration est normale (30–60 mvts/minute) et qu'il n'y a pas de tirage intercostal ni de geignements respiratoires pendant 1 minute.
<p>Question 2 de discussion : <i>Que feriez-vous si le nouveau-né respire mais s'il présente un tirage intercostal sévère ?</i></p>	<p>Réponse attendue : <i>Administrer de l'oxygène par sonde nasale ou canule et prendre les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.</i></p>
6. Le nouveau-né respire à présent normalement. <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les soins continus dont a besoin le nouveau-né ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir la déperdition de chaleur en mettant l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau ou l'installer sous une lampe chauffante. • Examiner l'enfant et compter le nombre de mouvements respiratoires par minute. • Prendre la température axillaire de l'enfant. • Encourager la mère à allaiter et la rassurer (un nouveau-né qui a besoin d'être réanimé court un risque plus élevé d'hypoglycémie). • Le suivre de près pendant 24 heures.