

SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

**à l'intention du médecin et
de la sage-femme**

AMDD

Prévenir la mortalité et la
morbidité maternelles
(Averting Maternal Death
& Disability Program)

Santé
& Maternelle
& Néonatale



MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH
Columbia University

SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

**à l'intention du médecin et
de la sage-femme**

AMDD

Prévenir la mortalité et la
morbidité maternelles
(Averting Maternal Death
& Disability Program)

Santé
& Maternelle
& Néonatale



MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH
Columbia University

Préparé par le Programme JHPIEGO/MNH

Le Programme Averting Maternal Death and Disability (Programme pour prévenir la mortalité et l'incapacité maternelles) ou AMDD, a pour objet d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Le Programme AMDD part du principe qu'il est impossible de prévoir ou de prévenir la plupart des complications obstétricales et que l'on peut sauver la vie de la majorité des femmes qui meurent en couches par l'entremise d'un traitement rapide, efficace et adéquat. La présente publication a reçu un soutien du programme AMDD au sein du Département Heilbrunn de la Population et santé familiale de l'école de santé publique Joseph L. Mailman, Columbia University, ainsi que de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Le Programme de santé maternelle et néonatale (MNH) a pour mission de sauver la vie des mères et des nouveau-nés en augmentant l'utilisation prompt de pratiques essentielles de santé et de nutrition maternelles et néonatales. Le Programme MNH est mis en œuvre conjointement par JHPIEGO, le Centre des Programmes de communication de Johns Hopkins University, le Centre for Development and Population Activities et le Program for Appropriate Technology in Health.

www.mnh.jhpiego.org

JHPIEGO, affilié à l'Université Johns Hopkins, forge des partenariats mondiaux et locaux pour améliorer la qualité des services de soins de santé à l'intention des femmes et des familles dans le monde entier. JHPIEGO est un leader mondial, en ce qu'il crée des approches novatrices et efficaces en vue de développer des ressources humaines dans le domaine de la santé.

www.jhpiego.org



MARQUE DEPOSEE : Tous les noms de marque et de produits sont des marques déposées de leurs sociétés respectives.

Il convient de faire une mention spéciale de la contribution de médecins, sages-femmes et anesthésistes des Ministères de la Santé de l'Afghanistan, du Bangladesh, du Bhoutan, de l'Inde, du Népal, et du Pakistan, de l'UNICEF/Asie du Sud et des personnes suivantes, pour leur précieux concours apporté à la formulation de ce kit pédagogique :

Malalai Naziri (Afghanistan)	Duptho Wangmo (Bhoutan)
Najeeba Qayum (Afghanistan)	Renuka Mothey (Bhoutan)
Gulalai Naseri (Afghanistan)	Chencho Dorjee (Bhoutan)
Hekmat Jami (Afghanistan)	Sanjay Rao (Inde)
Salma Rouf (Bangladesh)	Meera Upadhyay (Népal)
Mahbuba Khan (Bangladesh)	Aasha Prajapati (Népal)
Farhana Dewan (Bangladesh)	Raffat Sultana (Pakistan)
Hafiza Begum (Bangladesh)	Noreen Christopher (Pakistan)
Jahanara Akhter (Bangladesh)	Shakila Rajeel (Pakistan)
Sufia Khatun (Bangladesh)	

Nous remercions également les personnes suivantes pour leur aide :

Kamlesh Giri	Personnel du Service des ressources d'information de JHPIEGO
Patricia Gomez	Ann Blouse
Barbara Kinzie	Sonia Elabd
Matthews Matthai	Michelle Jordan
Gloria Metcalfe	Youngae Kim
Judith O'Heir	Dana Lewison
Harshad Sanghvi	Melissa McCormick
Jeff Smith	Deborah Raynor
	Jane Sudbrink

Publié en anglais en juin 2003. Traduction française publiée en janvier 2004.

STAGE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE (SOU)

PREMIERE SECTION: GUIDE POUR LES PARTICIPANTS

VUE GENERALE

Avant de démarrer ce stage de formation	1
Approche à la formation	1
Méthodes pédagogiques.....	5
Composantes du kit de matériel pédagogique pour les soins obstétricaux d'urgence	15
Utiliser le kit de matériel pédagogique pour les soins obstétricaux d'urgence.....	16

INTRODUCTION

Formation en matière de soins obstétricaux d'urgence.....	19
Conception du stage.....	19
Evaluation	21
Sommaire du stage.....	22

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGEE

Responsabilités du participant	30
Responsabilités de l'équipe.....	31
Compte rendu des activités	32

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU

34

QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES

Comment les résultats seront-ils utilisés ?.....	39
Questionnaire préalable des connaissances/Fiches de réponses	41
Matrice d'évaluation individuelle et collective.....	46

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE L'EXPERIENCE CLINIQUE.....

49

PREMIERE SEMAINE

Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU	51
Séance de pratique des compétences : Réanimation de l'adulte.....	53
Fiche d'apprentissage pour la réanimation de l'adulte	54
Liste de vérification pour la réanimation de l'adulte	57
Etude de cas 1a : Saignement vaginal en début de grossesse	59
Etude de cas 1b : Saignement vaginal en début de grossesse	61
Séance de pratique des compétences : Soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU]) et conseils en planification familiale après avortement.....	63
Fiche d'apprentissage pour les soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])	65
Liste de vérification pour les soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])	69
Fiche d'apprentissage sur les conseils en planification familiale après avortement.....	72

Liste de vérification sur les conseils en planification familiale après avortement	74
Etude de cas 2: Hypertension gestationnelle	76
Exercice : Utilisation du partogramme	78
Séance de pratique des compétences : Réalisation d'un accouchement	86
Fiche d'apprentissage pour la réalisation d'un accouchement	87
Liste de vérification pour la réalisation d'un accouchement	92
Séance de pratique des compétences : Episiotomie et réfection.....	95
Fiche d'apprentissage pour l'épisiotomie et la réfection	96
Liste de vérification pour l'épisiotomie et la réfection.....	99
Séance de pratique des compétences : Réfection des déchirures cervicales.....	101
Fiche d'apprentissage pour la réfection des déchirures cervicales	102
Liste de vérification pour la réfection des déchirures cervicales.....	104
Séance de pratique des compétences : Accouchement par le siège	106
Fiche d'apprentissage pour l'accouchement par le siège.....	107
Liste de vérification pour l'accouchement par le siège	110
Séance de pratique des compétences : Extraction par ventouse obstétricale.....	112
Fiche d'apprentissage pour l'extraction par ventouse obstétricale	113
Liste de vérification pour l'extraction par ventouse obstétricale.....	116

DEUXIEME SEMAINE

Séance de pratique des compétences : Compression bimanuelle de l'utérus	119
Fiche d'apprentissage pour la compression bimanuelle de l'utérus	120
Liste de vérification pour la compression bimanuelle de l'utérus	122
Séance de pratique des compétences : Compression de l'aorte abdominale	124
Fiche d'apprentissage pour la compression de l'aorte abdominale	125
Liste de vérification pour la compression de l'aorte abdominale	126
Séance de pratique des compétences : Délivrance artificielle	127
Fiche d'apprentissage pour la délivrance artificielle	128
Liste de vérification pour la délivrance artificielle	131
Etude de cas 1a : Saignement vaginal après l'accouchement.....	133
Etude de cas 1b : Saignement vaginal après l'accouchement.....	135
Etude de cas 2a : Fièvre après l'accouchement	137
Etude de cas 2b : Fièvre après l'accouchement	139
Séance de pratique des compétences : Réanimation néonatale	141
Fiche d'apprentissage pour la réanimation néonatale.....	142
Liste de vérification pour la réanimation néonatale.....	145
Séance de pratique des compétences : Intubation endotrachéale.....	147
Fiche d'apprentissage pour l'intubation endotrachéale	148
Liste de vérification pour l'intubation endotrachéale	151
Séance de pratique des compétences : Césarienne	153
Fiche d'apprentissage pour la césarienne	154
Liste de vérification pour la césarienne	159
Fiche d'apprentissage pour la laparotomie d'urgence	163
Liste de vérification pour la laparotomie d'urgence	168
Fiche d'apprentissage pour la salpingectomie dans la grossesse ectopique	171
Liste de vérification pour la salpingectomie dans la grossesse ectopique	176
Fiche d'apprentissage pour la laparotomie et la réfection d'une rupture utérine	179

Liste de vérification pour la laparotomie et la réfection d'une rupture utérine	185
Fiche d'apprentissage pour la laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine	188
Liste de vérification pour la laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine	194

TROISIEME SEMAINE

Fiche d'apprentissage pour le bilan du post-partum	199
Fiche d'apprentissage pour les soins fondamentaux du post-partum	203
Liste de Vérification pour le bilan et les soins fondamentaux du post-partum	206
Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum.....	210
Liste de vérification pour la planification familiale du post-partum	213
Fiche d'apprentissage pour l'examen néonatal.....	215
Liste de vérification pour l'examen néonatal.....	218
Etude de cas 1: Hypertension gestationnelle	220
Etude de cas 2: Saignement vaginal en début de grossesse	222
Etude de cas 3: Tension artérielle élevée pendant la grossesse	224

QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Etude de cas 1: Déroulement défavorable du travail	227
Etude de cas 2: Fièvre après l'accouchement	229
Etude de cas 3: Saignement vaginal après l'accouchement.....	231
Plan d'action pour les participants.....	233

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

STAGE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

CAHIER DU FORMATEUR

TROISIEME SECTION : GRAPHIQUES DE PRESENTATION

PREMIERE SEMAINE

Prévenir la mortalité et l'incapacité maternelles, orientation du programme
Changer la pratique obstétricale
Droits humains et soins obstétricaux d'urgence
Précautions universelles de la prévention des infections
Evaluation initiale rapide
Prise en charge du choc
Saignement vaginal en début de grossesse
Saignement vaginal en fin de grossesse et lors du travail
Soins après avortement
Céphalées, vision floue, convulsions, pertes de connaissance ou tension artérielle élevée
Travail et accouchement eutociques
Prise en charge du travail en utilisant le partogramme
Soins du post-partum

DEUXIEME SEMAINE

Saignement vaginal après l'accouchement
Fièvre pendant et après l'accouchement
Soins normaux du nouveau-né
Analgésie et anesthésie des soins obstétricaux d'urgence
Principes des soins opératoires
Chirurgie obstétricale

QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit reposant sur des critères

STAGE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

CAHIER DU FORMATEUR

QUATRIEME SECTION : LISTE DE VERIFICATION POUR LES PROCEDURES DE SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

LISTES DE VERIFICATION POUR LES PROCEDURES DE SOU

Utiliser les Listes de vérification	1
Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte.....	4
Liste de vérification pour les Soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])	6
Liste de vérification sur les conseils en planification familiale après avortement	9
Liste de vérification pour la Réalisation d'un accouchement.....	11
Liste de vérification pour l'Épisiotomie et la réfection	14
Liste de vérification pour la Réfection des déchirures cervicales.....	16
Liste de vérification pour l'Accouchement par le siège	18
Liste de vérification pour l'Extraction par ventouse obstétricale	20
Liste de vérification pour la Compression bimanuelle de l'utérus	22
Liste de vérification pour la Compression de l'aorte abdominale	24
Liste de vérification pour la Délivrance artificielle	25
Liste de vérification pour la Réanimation néonatale	27
Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale.....	29
Liste de vérification pour la Césarienne	31
Liste de vérification pour la Laparotomie d'urgence.....	35
Liste de vérification pour la Salpingectomie dans la grossesse ectopique	38
Liste de vérification pour la Laparotomie et la réfection d'une rupture utérine.....	41
Liste de vérification pour la Laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine	44
Liste de vérification pour le Bilan et les soins fondamentaux du post-partum.....	48
Liste de vérification pour la Planification familiale du post-partum	52
Liste de vérification pour l'Examen néonatal.....	54

STAGE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

CAHIER DU FORMATEUR

CINQUIEME SECTION : CONSEILS POUR LES FORMATEURS

ETRE UN FORMATEUR EFFICACE

Caractéristiques d'un bon formateur et moniteur	1
Transfert et évaluation des compétences : l'encadrement	2

CREER UN CONTEXTE D'APPRENTISSAGE POSITIF

Se préparer à la formation.....	4
Comprendre comment les gens apprennent	6
Utiliser des compétences de présentation efficaces	9

REALISER DES ACTIVITES PEDAGOGIQUES

Présentations interactives.....	12
Faciliter les discussions en groupe.....	16
Faciliter une séance de remue-méninges (brainstorming)	18
Faciliter les activités en petits groupes	19
Démonstration clinique efficace	21

ENSEIGNER LA PRISE DE DECISIONS CLINIQUES

Gerer la pratique clinique.....	26
Interventions cliniques avec des patientes	27
Créer des possibilités d'apprentissage	28
Réunions pré et post-pratique clinique	31
Le formateur en tant que superviseur.....	32
Le formateur en tant que moniteur.....	34

Première Section :
Guide pour les
Participants

STAGE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

CAHIER DU FORMATEUR

PREMIERE SECTION: GUIDE POUR LES PARTICIPANTS

VUE GENERALE

Avant de démarrer ce stage de formation	1
Approche à la formation	1
Méthodes pédagogiques.....	5
Composantes du kit de matériel pédagogique pour les soins obstétricaux d'urgence	15
Utiliser le kit de matériel pédagogique pour les soins obstétricaux d'urgence.....	16

INTRODUCTION

Formation en matière de soins obstétricaux d'urgence.....	19
Conception du stage	19
Evaluation	21
Sommaire du stage.....	22

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGEE

Responsabilités du participant	30
Responsabilités de l'équipe.....	31
Compte rendu des activités	32

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU

34

QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES

Comment les résultats seront-ils utilisés ?	39
Questionnaire préalable des connaissances/Fiches de réponses	41
Matrice d'évaluation individuelle et collective.....	46

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE L'EXPERIENCE CLINIQUE.....

49

PREMIERE SEMAINE

Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU	51
Séance de pratique des compétences : Réanimation de l'adulte.....	53
Fiche d'apprentissage pour la réanimation de l'adulte	54
Liste de vérification pour la réanimation de l'adulte	57
Etude de cas 1a : Saignement vaginal en début de grossesse	59
Etude de cas 1b : Saignement vaginal en début de grossesse.....	61
Séance de pratique des compétences : Soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU]) et conseils en planification familiale après avortement.....	63
Fiche d'apprentissage pour les soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])	65
Liste de vérification pour les soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])	69
Fiche d'apprentissage sur les conseils en planification familiale après avortement.....	72

Liste de vérification sur les conseils en planification familiale après avortement	74
Etude de cas 2: Hypertension gestationnelle	76
Exercice : Utilisation du partogramme	78
Séance de pratique des compétences : Réalisation d'un accouchement	86
Fiche d'apprentissage pour la réalisation d'un accouchement	87
Liste de vérification pour la réalisation d'un accouchement	92
Séance de pratique des compétences : Episiotomie et réfection.....	95
Fiche d'apprentissage pour l'épisiotomie et la réfection	96
Liste de vérification pour l'épisiotomie et la réfection.....	99
Séance de pratique des compétences : Réfection des déchirures cervicales.....	101
Fiche d'apprentissage pour la réfection des déchirures cervicales	102
Liste de vérification pour la réfection des déchirures cervicales.....	104
Séance de pratique des compétences : Accouchement par le siège	106
Fiche d'apprentissage pour l'accouchement par le siège.....	107
Liste de vérification pour l'accouchement par le siège	110
Séance de pratique des compétences : Extraction par ventouse obstétricale.....	112
Fiche d'apprentissage pour l'extraction par ventouse obstétricale	113
Liste de vérification pour l'extraction par ventouse obstétricale.....	116

DEUXIEME SEMAINE

Séance de pratique des compétences : Compression bimanuelle de l'utérus	119
Fiche d'apprentissage pour la compression bimanuelle de l'utérus	120
Liste de vérification pour la compression bimanuelle de l'utérus	122
Séance de pratique des compétences : Compression de l'aorte abdominale	124
Fiche d'apprentissage pour la compression de l'aorte abdominale	125
Liste de vérification pour la compression de l'aorte abdominale	126
Séance de pratique des compétences : Délivrance artificielle	127
Fiche d'apprentissage pour la délivrance artificielle	128
Liste de vérification pour la délivrance artificielle	131
Etude de cas 1a : Saignement vaginal après l'accouchement.....	133
Etude de cas 1b : Saignement vaginal après l'accouchement.....	135
Etude de cas 2a : Fièvre après l'accouchement	137
Etude de cas 2b : Fièvre après l'accouchement	139
Séance de pratique des compétences : Réanimation néonatale	141
Fiche d'apprentissage pour la réanimation néonatale.....	142
Liste de vérification pour la réanimation néonatale.....	145
Séance de pratique des compétences : Intubation endotrachéale.....	147
Fiche d'apprentissage pour l'intubation endotrachéale	148
Liste de vérification pour l'intubation endotrachéale	151
Séance de pratique des compétences : Césarienne	153
Fiche d'apprentissage pour la césarienne	154
Liste de vérification pour la césarienne	159
Fiche d'apprentissage pour la laparotomie d'urgence	163
Liste de vérification pour la laparotomie d'urgence	168
Fiche d'apprentissage pour la salpingectomie dans la grossesse ectopique	171
Liste de vérification pour la salpingectomie dans la grossesse ectopique	176
Fiche d'apprentissage pour la laparotomie et la réfection d'une rupture utérine	179

Liste de vérification pour la laparotomie et la réfection d'une rupture utérine	185
Fiche d'apprentissage pour la laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine	188
Liste de vérification pour la laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine	194

TROISIEME SEMAINE

Fiche d'apprentissage pour le bilan du post-partum	199
Fiche d'apprentissage pour les soins fondamentaux du post-partum	203
Liste de Vérification pour le bilan et les soins fondamentaux du post-partum	206
Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum.....	210
Liste de vérification pour la planification familiale du post-partum	213
Fiche d'apprentissage pour l'examen néonatal.....	215
Liste de vérification pour l'examen néonatal.....	218
Etude de cas 1: Hypertension gestationnelle	220
Etude de cas 2: Saignement vaginal en début de grossesse	222
Etude de cas 3: Tension artérielle élevée pendant la grossesse	224

QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Etude de cas 1: Déroulement défavorable du travail	227
Etude de cas 2: Fièvre après l'accouchement	229
Etude de cas 3: Saignement vaginal après l'accouchement.....	231
Plan d'action pour les participants.....	233

VUE GENERALE

AVANT DE DEMARRER CE STAGE DE FORMATION

Ce stage de formation clinique sera réalisé d'une manière qui est différente des stages de formation traditionnels. D'abord, il part du principe que les gens participent aux formations car ils :

- Sont **intéressés** par le thème
- Souhaitent **améliorer** leurs connaissances ou compétences et, partant, leur performance professionnelle
- Souhaitent **participer activement** aux activités du stage

Aussi, pour toutes ces raisons, tout le matériel de ce stage se concentre-t-il sur le **participant**. Par exemple, le contenu et les activités visent à encourager **l'apprentissage** et le participant devra s'engager activement dans **tous** les aspects de cet apprentissage.

En second lieu, dans ce stage de formation, le **formateur clinique** et le **participant** utilisent un kit analogue de matériel pédagogique. Le formateur clinique, en raison de sa formation et de son expérience, travaille avec les participants comme un expert du thème et les guide tout au long des activités d'apprentissage. En outre, le **formateur clinique** aide à créer un contexte d'apprentissage où chacun se sent à l'aise et encourage les activités qui aident le participant à acquérir les nouvelles connaissances, attitudes et compétences.

Enfin, l'approche pédagogique utilisée dans ce stage met en exergue l'importance de l'utilisation efficace par rapport aux coûts des ressources, et l'application de technologies pédagogiques pertinentes dont les techniques de formation humanistes. Celles-ci utilisent notamment des modèles anatomiques, tels que le simulateur de l'accouchement, pour minimiser les risques que courent les clientes et faciliter l'apprentissage.

APPROCHE A LA FORMATION

Apprendre pour maîtriser

L'approche de l'apprentissage pour maîtriser suppose que tous les participants peuvent maîtriser (apprendre) les connaissances, attitudes ou compétences nécessaires du moment qu'ils disposent du temps nécessaire et que les bonnes méthodes pédagogiques sont utilisées. Cette approche de l'apprentissage pour maîtriser a pour but d'arriver à ce que 100% des participants "maîtrisent" les connaissances et

compétences sur lesquelles repose l'apprentissage. Cette approche est très utilisée lors de la formation en cours d'emploi, où le nombre de participants, qui peuvent être des cliniciens qui exercent déjà, est souvent faible. Certes, les principes de l'approche de l'apprentissage pour maîtriser peuvent être utilisés lors de la formation avant l'emploi ou formation de base, mais cela crée certaines difficultés en raison du nombre important de participants.

Certains participants pourront acquérir immédiatement de nouvelles connaissances ou de nouvelles compétences, mais d'autres auront peut-être besoin de plus de temps ou d'autres méthodes pédagogiques avant d'être capables d'arriver à la maîtrise. Non seulement, les gens absorbent-ils à des rythmes différents un nouveau contenu mais, selon la personne, l'apprentissage se fait de différentes manières—par le biais de moyens écrits, oraux ou visuels. Des stratégies pédagogiques efficaces, telles que l'apprentissage pour maîtriser, tiennent compte de ces différences et utilisent toute une gamme de méthodes de formation.

L'approche "apprendre pour maîtriser" permet également au participant d'avoir une expérience d'apprentissage autodirigée. Cela demande au formateur d'être un animateur et de changer le concept de l'examen et de l'utilisation des résultats de ces tests ou examens. Qui plus est, la philosophie sur laquelle repose l'approche "apprendre pour maîtriser" entre dans l'évaluation continue de formation dans le cadre de laquelle le formateur informe régulièrement les participants des progrès qu'ils font en acquérant les nouvelles informations et compétences.

Lorsqu'on apprend pour maîtriser, l'évaluation de l'apprentissage est :

- Axée sur la compétence, cela veut dire que l'évaluation correspond aux objectifs de la formation et insiste sur l'acquisition des compétences essentielles et concepts d'attitude nécessaires pour effectuer une tâche, pas simplement pour acquérir de nouvelles connaissances.
- Dynamique, car elles permet aux participants de recevoir un feedback continu, leur montrant s'ils sont bien en train d'atteindre les objectifs du stage.
- Moins stressante car, dès le départ, les participants, tant individuellement qu'en groupe, savent ce qu'ils doivent apprendre, où ils peuvent trouver l'information et qu'ils ont d'amples possibilités de discussion avec le formateur.

L'apprentissage pour maîtriser s'inspire des principes de la formation pour adultes. En effet, l'apprentissage a un caractère participatif, pertinent et pratique. Il part de ce que le participant sait déjà ou fait

déjà, et lui donne l'occasion d'exercer de nouvelles compétences. Voici les caractéristiques essentielles de l'apprentissage pour maîtriser :

- Utilise la modélisation du comportement,
- Est axé sur la maîtrise de la compétence, et
- Intègre les techniques de la formation humaniste.

Modélisation du comportement

La théorie de l'apprentissage social veut qu'une personne apprenne plus rapidement et plus efficacement lorsqu'elle observe quelqu'un d'autre exécuter une compétence ou une activité (modèle). Toutefois, si l'on veut que la modélisation réussisse, le formateur doit démontrer clairement la compétence ou l'activité pour que les participants saisissent clairement la performance escomptée de leur part.

La modélisation comportementale ou l'apprentissage par observation se déroule en trois étapes. Lors de la première étape, **acquisition de la compétence**, le participant voit d'autres exécuter la procédure et se fait une image mentale des étapes nécessaires. Une fois obtenue cette image mentale, le participant cherche à exécuter la procédure, généralement sous supervision. Ensuite, le participant s'exerce jusqu'à ce qu'il **maîtrise la compétence** et sache qu'il peut exécuter la procédure ou compétence. L'étape finale, la **maîtrise parfaite de la compétence**, demande une pratique répétée.

<i>Acquisition de la compétence</i>	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) pour exécuter la procédure nécessaire mais a besoin d'assistance
<i>Maîtrise de la compétence</i>	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et peut exécuter la compétence demandée
<i>Maîtrise parfaite de la compétence</i>	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et exécute efficacement la compétence ou la procédure nécessaire

Formation axée sur la compétence

La formation axée sur la compétence (FAC) se fonde sur l'apprentissage en faisant soi-même (tiré du principe que "C'est en forgeant qu'on devient forgeron"). Cette formation se concentre sur des connaissances, attitudes et compétences particulières nécessaires pour exécuter la procédure ou l'activité. Une grande importance est accordée à la manière dont le participant exécute la procédure (à savoir, la combinaison de connaissances, attitudes et surtout, de

compétences) plutôt que simplement sur l'information apprise. La maîtrise de la compétence est évaluée objectivement en évaluant la performance générale.

Une FAC réussie demande que l'on divise la compétence ou l'activité clinique en étapes essentielles. Ensuite, chaque étape est analysée pour déterminer la manière la plus efficace et la moins risquée de l'exécuter et de l'apprendre. Ce processus est appelé standardisation. Une fois qu'une procédure, par exemple, la prise en charge active du troisième stade du travail, a été standardisée, on met au point des fiches d'apprentissage axées sur la compétence et des listes de vérification de l'évaluation pour faciliter l'apprentissage des étapes ou tâches nécessaires et évaluer de manière objective la performance du participant.

L'encadrement est un volet essentiel de la FAC. Le formateur clinique ou professeur commence par expliquer une compétence ou une activité et ensuite, en fait la démonstration en utilisant un modèle anatomique ou autre aide pédagogique, telle une vidéo. Une fois la procédure démontrée et discutée, le formateur ensuite observe et travaille avec les participants pour les guider tout au long de l'acquisition de la compétence ou de la technique, suivant les progrès, et les aidant à venir à bout de leurs problèmes.

L'encadrement permet d'apporter au participant un feed-back sur sa performance :

- **Avant** la pratique—Le formateur et les participants se rencontrent brièvement avant chaque séance pratique pour revoir la compétence/procédure, notamment les étapes/tâches sur lesquelles on insistera pendant la séance.
- **Pendant** la pratique—Le formateur observe, encadre et apporte un feed-back aux participants alors qu'ils exécutent les étapes/tâches mentionnées dans la fiche d'apprentissage.
- **Après** la pratique—De suite après la pratique, le formateur utilise la fiche d'apprentissage pour discuter des points forts de la performance du participant et pour faire par ailleurs des suggestions d'amélioration.

Techniques de formation humanistes

L'utilisation de techniques plus humaines (humanistes) renforce également l'apprentissage clinique. L'utilisation de modèles anatomiques qui simule de près le corps humain et d'autres aides pédagogiques est le pivot de la formation humaniste. Travaillant d'abord sur des modèles plutôt qu'avec des patients, les participants apprennent à maîtriser de nouvelles compétences dans un contexte

simulé. Aussi, est-ce moins stressant pour le participant et moins risqué et inconfortable pour la patiente. Par conséquent, l'utilisation efficace de modèles (approche humaniste) est un facteur important pour améliorer la qualité de la formation clinique et, en fin de compte, de la prestation de services.

Avant qu'un participant n'exécute une intervention avec une patiente, deux activités d'apprentissage devraient être réalisées :

- Le formateur clinique devrait démontrer à plusieurs reprises les compétences nécessaires en utilisant un modèle anatomique, des jeux de rôle ou simulations.
- Guidé par le formateur, le participant devrait s'exercer à utiliser les compétences demandées et interactions avec la patiente en utilisant le modèle, les jeux de rôle ou des simulations, ainsi que les instruments effectifs dans un contexte qui ressemble autant que possible à la véritable situation.

C'est uniquement lorsque la compétence est maîtrisée que les participants auront leur premier contact avec une patiente. Ce contact n'est pas toujours facile dans le contexte de la formation de base suite au grand nombre de participants. Toutefois, il est important que le participant démontre la maîtrise de la compétence en utilisant des modèles, des jeux de rôle ou des simulations, surtout pour les compétences fondamentales, avant qu'il ne fournisse des services à une patiente.

Lorsque cette approche de maîtrise des compétences, guidée par les principes de la formation pour adultes et de la modélisation du comportement, est conjuguée à la FAC, la combinaison pédagogique qui en résulte est hautement efficace. Qui plus est, si on fait appel aux techniques de formation humanistes, par exemple utilisation de modèles anatomiques et autres aides pédagogiques, on réduit nettement le temps et les coûts de la formation.

METHODES PEDAGOGIQUES

Le kit de matériel pédagogique présente toute une gamme de méthodes de formation qui viennent compléter l'approche décrite dans la section précédente. Une description de chaque méthode est donnée ci-après.

Exposés illustrés

L'exposé est utilisé pour présenter l'information sur des thèmes spécifiques. Le contenu de cet exposé pourra s'inspirer notamment de l'information comprise dans le manuel de référence *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement*.

Deux activités importantes seront réalisées pour préparer chaque exposé ou présentation interactive. Premièrement, on demandera aux participants de lire les sections pertinentes du manuel de référence (et autre matériel avant chaque exposé). Deuxièmement, le formateur devrait préparer les exposés en se familiarisant avec le contenu.

Lors de l'exposé, le formateur posera des questions aux participants et les encouragera également à faire de même à n'importe quel moment de l'exposé. Autre stratégie qui encourage l'interaction : s'arrêter à des points déterminés à l'avance pendant l'exposé pour discuter des questions et informations revêtant une importance particulière.

Activités en groupe

Les activités en groupe sont l'occasion pour les participants de travailler et d'apprendre ensemble. Les principales activités collectives du kit pédagogique traitent de trois thèmes importants : prise de décisions cliniques, communication interpersonnelle et prévention des infections (PI). Les activités en groupe axées sur ces thèmes sont importantes puisqu'elles sont le fondement de l'acquisition des compétences nécessaires pour la prise de décisions cliniques, la communication interpersonnelle et la PI. Toutes ces compétences sont essentielles pour fournir les soins obstétricaux d'urgence (SOU).

Études de cas

Les études de cas comprises dans le kit de matériel pédagogique aident les participants à acquérir et à pratiquer les compétences ou aptitudes nécessaires à la prise de décisions cliniques. Les études de cas peuvent être remplies en petits groupes ou individuellement, dans la salle de classe, sur le site clinique ou comme tâche individuelle que le participant réalisera en dehors du cours.

Les études de cas suivent un cadre de prise de décisions cliniques. (Voir "Enseigner la prise de décisions cliniques" dans la section sur les Conseils pour les formateurs.) Chaque étude de cas a une clé qui comprend les réponses demandées. Le formateur devrait bien connaître ces réponses avant de présenter les études de cas aux participants. La clé donne les réponses "possibles" mais il se pourrait que d'autres réponses données par les participants lors de la discussion soient tout aussi acceptables. Le contenu technique des études de cas provient du manuel de référence *Prise en charge des complications lors de la grossesse et de l'accouchement*. Les sections pertinentes du manuel sont indiquées à la fin des clés de l'étude de cas.

Jeux de rôle

Les jeux de rôle compris dans le kit de matériel pédagogique aide les participants à acquérir et à pratiquer des compétences de

communication interpersonnelle. Chaque jeu de rôle fait appel à deux ou trois participants et les participants restants doivent observer le jeu de rôle. Une fois achevé le jeu de rôle, le formateur utilise les questions données pour guider la discussion.

Chaque jeu de rôle a une clé qui comprend les réponses possibles aux questions de discussion. Le formateur devra connaître la clé des réponses avant d'utiliser le jeu de rôle. Les clés contiennent des réponses "possibles," d'autres réponses données par les participants lors de la discussion peuvent être tout aussi acceptables.

Fiches d'apprentissage et listes de vérification

Les fiches d'apprentissage et les listes de vérification utilisées dans ce stage sont conçues pour aider le participant à apprendre à fournir des services de SOU. Il existe 22 fiches d'apprentissage et 21 listes de vérification dans ce kit de matériel pédagogique :

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réanimation de l'adulte

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour les soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])

Fiche d'apprentissage et liste de vérification des conseils pour la planification familiale après avortement

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réalisation d'un accouchement

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'épisiotomie et la réfection

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réfection des déchirures cervicales

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'accouchement par le siège

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'extraction par ventouse obstétricale

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la compression bimanuelle de l'utérus

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la compression de l'aorte abdominale

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la délivrance artificielle

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réanimation néonatale

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'intubation endotrachéale

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la césarienne

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la laparotomie d'urgence

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la salpingectomie dans la grossesse ectopique

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la laparotomie et la réfection d'une rupture utérine

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine

Fiche d'apprentissage pour le bilan du post-partum

Fiche d'apprentissage pour les soins fondamentaux du post-partum

Liste de vérification pour le bilan et les soins fondamentaux du post-partum

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la planification familiale du post-partum

Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'examen néonatal

Chaque fiche d'apprentissage comprend les étapes ou les tâches exécutées par le prestataire de soins pour la procédure en question. Ces tâches correspondent à l'information présentée dans les chapitres pertinents des documents. Ainsi, il est plus facile aux participants de passer en revue l'information essentielle.

On ne s'attend pas à ce que le participant exécute correctement toutes les étapes ou les tâches la première fois qu'il ou elle s'exerce. De fait, les fiches d'apprentissage visent à :

- Aider le participant à apprendre les étapes correctes et l'ordre dans lequel elles devraient être exécutées (**acquisition de la compétence**)
- Mesurer l'apprentissage progressif en petites étapes alors que le participant gagne en confiance et compétence (**maîtrise de la compétence**)

Avant d'utiliser les fiches d'apprentissage pour les procédures de SOU, le formateur clinique devra examiner chaque procédure avec les participants en utilisant le matériel d'apprentissage pertinent. De plus, les participants pourront assister à l'exécution de chaque procédure de SOU lors des séances de démonstration avec le modèle adéquat et/ou observer la procédure exécutée en milieu clinique avec une patiente.

Utilisées avec constance, les fiches d'apprentissage et les listes de vérification permettent à chaque participant de suivre ses progrès et de cerner les domaines où il doit améliorer ses résultats. De plus, les fiches d'apprentissage facilitent la communication (encadrement et feed-back) entre le participant et le formateur clinique. Il est important, en utilisant les fiches d'apprentissage, que le participant et le formateur clinique travaillent ensemble, tel une équipe. Par exemple, **avant** que le participant essaye pour la première fois une compétence ou une technique (par exemple, l'AMIU), le formateur clinique devra brièvement revoir les étapes en question et discuter du résultat escompté. Le formateur demandera au participant s'il se sent à l'aise pour continuer. De plus, immédiatement **après** que se termine la procédure ou l'exercice de la compétence, le formateur clinique fera une brève synthèse avec le participant afin d'apporter un **feed-back positif** sur les progrès du participant et de définir les domaines (connaissances, attitudes ou pratiques) où une amélioration sera nécessaire lors de séances de pratique ultérieures.

Utiliser les fiches d'apprentissage

Les fiches d'apprentissage pour les procédures de SOU doivent être utilisées essentiellement lors des premières étapes de l'apprentissage (acquisition de compétences) lorsque le participant s'exerce sur des modèles.

La **Fiche d'apprentissage des conseils pour la planification familiale après avortement** et la **Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum** devraient être utilisées d'abord lors des séances de conseils simulées avec des volontaires ou avec des patientes dans des situations réelles.

Au début, le participant peut utiliser les fiches d'apprentissage pour suivre les étapes au fur et à mesure que le formateur clinique démontre les procédures sur un modèle de formation ou lors de jeux de rôle conseillant une femme. Ensuite, lors des séances de pratique en salle de classe, elles servent de guides, étape par étape, pour le participant, alors qu'il exécute la compétence en utilisant les modèles ou en conseillant une "patiente" volontaire.

Les fiches d'apprentissage sont utilisées pour renforcer l'acquisition de compétences et il est donc important que la notation (le score) soit fait attentivement et aussi objectivement que possible. L'exécution de chaque étape par le participant est notée sur une échelle de trois points de la manière suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

Utiliser les listes de vérification aux fins de pratique

Les listes de vérification pour les procédures de SOU s'inspirent de l'information donnée dans les fiches d'apprentissage. Au fur et à mesure que le participant progresse tout au long du stage et acquiert plus d'expérience, il dépendra de moins en moins des fiches d'apprentissage détaillées et les listes de vérification peuvent être utilisées à leur place. Les listes de vérification ne se concentrent que sur les étapes clés de la procédure **entière** et peuvent être utilisées par le participant lorsqu'il fournit des services dans une situation clinique pour noter sa propre performance. Ces listes de vérification qu'utilise le participant aux fins de pratique sont les mêmes que les listes de vérification qu'utilisera le formateur clinique pour évaluer la performance du participant à la fin du stage. L'échelle de notation est décrite ci-après :

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du formateur

Séances de pratique des compétences

Ces séances sont pour le participant l'occasion d'observer et de pratiquer des compétences cliniques, généralement dans un contexte simulé. Chaque séance précise le but, les instructions pour le formateur et le matériel nécessaire pour réaliser la séance, par exemple, les modèles, les fournitures, l'équipement, les fiches d'apprentissage et les listes de vérification. Avant de réaliser une séance de pratique des compétences, le formateur devrait revoir la séance et s'assurer qu'il maîtrise parfaitement la compétence ou la procédure en question. Il s'assurera par ailleurs que les ressources nécessaires sont disponibles et qu'un endroit adéquat a été réservé. Certes, l'idéal serait de réaliser les séances de pratique des compétences dans un centre pédagogique ou un laboratoire clinique, mais on peut également utiliser une salle de classe, du moment que les modèles et autres ressources pour la séance sont bien placés pour la démonstration et la pratique.

Lors de la première étape d'une séance de pratique des compétences, les participants revoient la **fiche d'apprentissage** en question, qui présente les étapes ou tâches individuelles, en séquence (si nécessaire), servant à l'exécution d'une compétence ou d'une procédure d'une manière standardisée. Les fiches d'apprentissage sont conçues pour aider à suivre les étapes et la séquence correcte dans laquelle elles devraient être exécutées (acquisition des compétences) et à mesurer l'apprentissage progressif en petites étapes au fur et à mesure que le participant devient plus confiant et connaît mieux la compétence (maîtrise la compétence).

Ensuite, le formateur démontre à plusieurs reprises, si nécessaire, les étapes/tâches de la technique ou activité et ensuite, les participants travaillent en paires ou en petits groupes pour pratiquer les étapes/tâches et observer la performance de leurs collègues, en utilisant la fiche d'apprentissage en question. Le formateur devrait être disponible tout au long de la séance pour observer la performance des participants et fournir des directives. Les participants devraient être en mesure d'exécuter toutes les étapes/tâches dans la fiche d'apprentissage avant que le formateur n'évalue la maîtrise de la compétence dans le contexte simulé en utilisant la **liste de vérification** pertinente. Ensuite, une pratique supervisée aura lieu au site clinique avant que le formateur n'évalue la maîtrise de la compétence avec des patientes en utilisant la même liste de vérification.

La durée nécessaire pour la pratique et la maîtrise de la compétence varie. Elle peut aller de quelques heures à des semaines ou mois, suivant la complexité de la compétence, les capacités individuelles des participants et l'accès aux modèles adéquats. Aussi, faudra-t-il probablement de nombreuses séances pratiques pour maîtriser la compétence avant de passer à la pratique clinique.

Simulations cliniques

Une simulation clinique est une activité où le participant exécute l'intervention dans une situation clinique recréée de manière réaliste et planifiée attentivement. Le participant travaille avec des personnes et des choses dans le contexte même, applique les connaissances et compétences acquises pour répondre à un problème et reçoit un feedback sur ces réponses sans devoir se préoccuper de conséquences réelles. Les simulations cliniques visent à développer l'aptitude à prendre des décisions cliniques chez le participant.

Aussi, les simulations cliniques comprises dans le kit de matériel pédagogique offrent-elles aux participants l'occasion d'acquérir des compétences et aptitudes dont il aura besoin pour faire face à des situations complexes, rares ou extrêmement graves, quand la vie de la patiente est en jeu, **avant** de passer à la pratique clinique. De fait, les simulations cliniques seront peut-être la **seule** occasion pour les participants de prendre connaissance de quelques situations rares et représenteront également la seule manière dont un formateur peut évaluer les capacités des participants à réagir dans de telles situations.

Les simulations dans ce kit pédagogique combinent des éléments des études de cas, des jeux de rôle et des pratiques de compétence en utilisant les modèles anatomiques (si disponibles). Les situations qu'elles présentent ont été choisies parce qu'elles sont importantes sous l'angle clinique, suscitent l'engagement actif des participants et font entrer en jeu les aptitudes décisionnelles et les compétences de résolution de problèmes. Les situations sont structurées de manière à refléter exactement la manière dont les situations cliniques évoluent dans la vie réelle. On ne donne qu'une quantité limitée d'information au départ aux participants. Alors qu'ils analysent cette information et voient quelle est l'information supplémentaire dont ils ont besoin, celle-ci leur est fournie. Les participants peuvent aussi réaliser des procédures ou autres compétences tel que nécessaire si les modèles et l'équipement sont disponibles. En fonction des données qu'ils collectent, les participants prennent des décisions concernant les diagnostics, le traitement et l'information supplémentaire dont ils ont besoin. Le formateur pose des questions aux participants concernant ce qu'ils font, pourquoi un tel choix a été fait, quelles seraient les autres options possibles, qu'est-ce qui pourrait se passer si les circonstances ou les résultats devaient changer, etc. En d'autres mots, le formateur sonde le processus décisionnel des participants et leurs connaissances et compréhension et leur donne feedback et suggestions d'amélioration.

La simulation devrait être faite dans un contexte aussi réaliste que possible, ce qui veut dire que les modèles, le matériel et les fournitures nécessaires pour prendre en charge la situation devraient être mis à la disposition du participant. Bien des situations traitées dans les

simulations sont complexes du point clinique et il faut souvent créativité et ingéniosité pour fournir les modèles et autres équipements.

Les participants auront besoin de temps et de pratique répétée pour maîtriser la prise en charge de situations complexes présentées dans les simulations. Il faudrait leur donner autant de possibilités que possible de participer aux simulations. La même simulation peut être utilisée à maintes reprises jusqu'à ce que la situation qu'elle présente soit maîtrisée. Elle peut également être adaptée pour traiter différentes causes du problème qu'elle présente, différentes options de traitement ou différents résultats afin de fournir aux participants la gamme la plus vaste possible d'expériences. Lorsqu'une simulation est utilisée pour l'évaluation, une version standard devrait être employée avec tous les participants aux fins de garantir le caractère constant des normes de l'évaluation et de permettre la comparaison de la performance des divers participants.

Exercices d'alerte

L'exercice d'alerte est l'occasion pour les participants d'observer et de participer à un système de réponse rapide en cas d'urgence. De tels exercices d'alerte, non programmés, devraient faire partie de chaque prestation de services où de telles alertes peuvent se présenter. Des exercices fréquents permettent à chaque membre de l'équipe d'urgence de bien connaître son rôle et d'être en mesure de répondre **rapidement**. A la fin de la formation, les participants devraient être en mesure de réaliser de tels exercices dans leurs propres services.

Les exercices seront réalisés plusieurs fois pendant la formation, engageant tant les formateurs que les participants. Les étapes pour organiser et réaliser un tel exercice sont décrites ci-après.

Premier exercice

Les formateurs décident d'un scénario : une femme souffrant d'une hémorragie immédiate du post-partum. Dans le premier exercice, les formateurs assument tous les rôles à titre de démonstration. Un participant pourra prendre le rôle de la patiente. Les formateurs devraient pratiquer leurs rôles avant de faire l'exercice.

Les rôles sont les suivants :

Rôle 1 : Personne en charge

- Fait un bilan initial rapide
- Stabilise la patiente (masse l'utérus, donne de l'ocytocine, donne des directions aux autres personnes de l'équipe)
- Aide le médecin quand il arrive

Rôle 2 : Celui qui court chercher de l'aide (coureur)

- Téléphone ou court informer le médecin
- Revient aux côtés de la patiente et apporte son assistance, le cas échéant (par exemple, prend les signes vitaux, apporte des spécimens au laboratoire, rassemble le matériel)
- Suit les instructions de la personne en charge

Rôle 3 : Fournisseur

- Contrôle les fournitures d'urgence au début de son service
- Amène les fournitures d'urgence aux côtés du lit pendant l'urgence
- Donne des fournitures/médicaments nécessaires au médecin/sage-femme
- Réapprovisionne la trousse des fournitures/médicaments après l'utilisation

Rôle 4 : Aide

- Fournit les soins au nouveau-né
- Aide à contrôler les visites
- Escorte les membres de la famille loin de la patiente ; maintient celle-ci et la famille au courant de la situation

A un moment déterminé à l'avance, on agite une petite cloche. La participante qui devra achever le rôle de la patiente se couche sur une table ou un lit ; elle a un modèle anatomique de nouveau-né. Une autre participante pourra être le membre de la famille de la patiente. La personne en charge (Rôle 1) se rend directement aux côtés de la patiente et commence l'évaluation initiale rapide. Celui qui téléphone ou court informer le médecin (Rôle 2) et revient aux côtés du lit ; la personne en charge indique au "coureur" de prendre les signes vitaux. Le fournisseur (Rôle 3) apporte la trousse d'urgence et aide à administrer l'ocytocine, à démarrer l'intraveineuse, etc. L'assistant (Rôle 4) prend le nouveau-né et met au courant la famille. Tout cela se déroule simultanément, comme s'il s'agissait d'une situation réelle. La personne en charge "masse" l'utérus de la femme et indique qu'il s'est contracté ; le coureur prend le pouls, la tension artérielle et la respiration et fait le compte rendu à la personne en charge ; l'aide "administre" l'ocytocine tel qu'indiqué, etc. A l'arrivée du médecin, la personne en charge lui indique l'état de la patiente et suit les directions supplémentaires jusqu'à ce que la patiente soit stable. Une fois l'urgence passée, les fournitures sont remises dans la trousse et le matériel est traité/rangé en utilisant les pratiques de PI correctes.

Exercices ultérieurs

Lors de chaque exercice ultérieur, les participants vont assumer les quatre rôles en question. Au début de la journée, on confie un rôle aux participants et, quand la cloche sonne indiquant une urgence, ces rôles sont assumés. Différents scénarios peuvent être utilisés pour chaque exercice.

L'exercice d'alerte insiste sur la rapidité de la réponse et le fonctionnement coordonné des rôles. Les exercices devraient se dérouler à des moments inattendus et non annoncés pendant la formation clinique, ainsi que pendant le travail clinique régulier, même s'il n'y a pas de formation, pour maintenir la capacité d'un service à répondre **rapidement et efficacement** aux urgences.

COMPOSANTES DU KIT DE MATERIEL PEDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTETRICaux D'URGENCE

Les composantes suivantes font partie du présent stage de formation clinique :

- Un **manuel de référence** et du matériel de référence supplémentaire contenant l'information nécessaire
- Un **carnet de stage du participant** avec des questionnaires validés, des fiches d'apprentissage et listes de vérification des compétences, des études de cas et des jeux de rôle, et des simulations cliniques
- Un **cahier du formateur** avec les clés aux réponses des questionnaires, des études de cas et des jeux de rôle, et une information détaillée pour mener le stage
- Des **aides pédagogiques bien conçues**, telles que des bandes vidéos, des graphiques de présentation et des modèles anatomiques
- Une évaluation de la performance axée sur la compétence

Le manuel de référence recommandé pour ce stage est intitulé *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin* (PCCGA) (Organisation mondiale de la Santé [OMS] et JHPIEGO). Le manuel décrit une approche, axée sur les symptômes, à la prise en charge de graves complications obstétricales et met en valeur l'examen et la prise de décisions rapides. Les symptômes reflètent les grandes causes de la mortalité et de l'invalidité maternelles. Pour chaque symptôme (par exemple, le saignement vaginal en début de grossesse), la prise en charge initiale générale est décrite. Ensuite, des tableaux de diagnostic relient le symptôme qui se présente et d'autres symptômes et signes

généralement présents au diagnostic probable. Ensuite, sont donnés des protocoles simplifiés de prise en charge pour les diagnostics particuliers. Le manuel traite également des principes cliniques de la prise en charge des complications (par exemple, principes de soins chirurgicaux) et les interventions éventuellement nécessaires pour prendre en charge les complications (extraction par ventouse).

Le manuel de référence supplémentaire qui est recommandé pour le stage est le manuel intitulé “Prévention des infections : guide de référence à l’intention des prestataires de soins de santé” (*Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers*) et son supplément “Pratiques de prévention des infections en soins obstétricaux d’urgence” (*Infection Prevention Practices in Emergency Obstetric Care*) (EngenderHealth). Le manuel traite des principes et pratiques de PI sur les lieux du travail. Le Manuel de l’AMDD intitulé “Utilisation des indicateurs de processus de l’ONU en matière de services obstétricaux d’urgence : questions et réponses” (*Averting Maternal Death and Disability, (Almost) Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services*) apporte des informations sur la gestion de l’équipe de soins obstétricaux d’urgence et les services qu’elle prodigue. Le livret à graphiques AMDD “Améliorer les soins obstétricaux grâce à l’audit reposant sur des critères” (*Improving Emergency Obstetric Care through Criterion-Based Audit*) donne des informations sur la manière de réaliser un audit. Le manuel de JHPIEGO intitulé *Guide de poche à l’intention des prestataires de planification familiale, 2^{ème} édition* est un autre ouvrage de référence.

UTILISER LE KIT DE MATERIEL PEDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTETRIKAUX D’URGENCE

En mettant au point le matériel de formation pour ce stage, on a surtout cherché à le rendre convivial et à laisser la marge de manœuvre la plus grande possible aux participants et aux formateurs cliniques pour qu’ils puissent adapter la formation aux besoins d’apprentissage des participants (en groupe et individuels). Par exemple, au début de chaque cours, une évaluation est faite des connaissances de chaque participant. Ensuite, les résultats de cette évaluation préalable sont utilisés conjointement par les participants et le formateur en charge pour adapter, le cas échéant, le contenu du stage pour que la formation se concentre sur l’acquisition de **nouvelles** informations et compétences.

L’utilisation du manuel de référence et du carnet de stage est une seconde caractéristique de cette formation. Le **manuel de référence** et les autres documents de référence supplémentaires fournissent toute l’information essentielle nécessaire pour mener le stage de manière logique. Ils servent de “texte” aux participants et de “source de

référence” au formateur et, par conséquent, point besoin de documents à distribuer ou d’autres matériels supplémentaires. En outre, vu que le manuel et les autres ouvrages de référence contiennent **uniquement** une information qui correspond aux buts et objectifs de ce stage, ils deviennent une partie intégrante de toutes les activités en salle de classe, par exemple, l’exposé illustré ou l’animation d’une discussion.

D’autre part, le **carnet de stage du participant** a une double fonction. C’est avant tout la carte routière qui guide le participant tout au long de chaque étape du stage. Il comprend également le sommaire et le programme du stage, ainsi que des suppléments imprimés (questionnaire préalable, matrice d’évaluation individuelle et collective, fiches d’apprentissage, études de cas et jeux de rôle) nécessaires tout au long du stage.

Le **cahier du formateur** comprend le même matériel que le carnet de stage, ainsi que du matériel pour le formateur. S’agissant du programme du stage, du questionnaire préalable et des clés aux réponses, du questionnaire à mi-stage et des clés aux réponses, des clés aux réponses des études de cas, des jeux de rôle et autres exercices, et des listes de vérification sur la maîtrise des compétences.

Fidèles à la philosophie pédagogique dont s’inspire le présent stage, toutes les activités de formation seront réalisées de manière interactive et participative. Aussi, le rôle du formateur changera-t-il continuellement tout au long du stage. Par exemple, le formateur est un **instructeur** quand il présente une démonstration en salle de classe ; un **animateur** ou **facilitateur** lorsqu’il guide des discussions en petits groupes ou utilise des jeux de rôle et il se transforme en **moniteur** lorsqu’il aide les participants à pratiquer telle ou telle compétence ou procédure. Enfin, en évaluant objectivement la performance, il devient le **responsable de l’évaluation**.

En bref, l’approche de la formation axée sur la compétence utilisée dans ce stage intègre un certain nombre de traits essentiels. **Premièrement**, elle se fonde sur les principes de la formation pour adultes, c’est-à-dire qu’elle est interactive, pertinente et pratique. De plus, elle demande au formateur de faciliter l’expérience pédagogique et non pas d’être un professeur ou un conférencier au sens plus traditionnel du terme. **Deuxièmement**, elle utilise la modélisation comportementale pour faciliter l’apprentissage comme manière standardisée d’exécuter une compétence ou une activité. **Troisièmement**, elle se fonde sur la compétence. Cela signifie qu’on évalue le participant en voyant s’il exécute **bien** l’activité et non pas en fonction de la **quantité** de ce qu’il a appris. **Quatrièmement**, quand c’est possible, elle utilise beaucoup les modèles anatomiques et autres aides pédagogiques (c’est-à-dire qu’elle est à caractère humaniste) pour permettre aux participants de pratiquer à maintes reprises la

manière standardisée d'exécuter une compétence ou procédure **avant** de travailler avec des clientes. Par conséquent, au moment où la performance de chaque participant est évaluée par le formateur qui utilise à cette fin la liste de vérification, **chaque** participant devrait être en mesure d'exécuter de manière compétente **chaque** aptitude ou activité. **C'est l'aune à laquelle sera mesurée en dernière analyse la formation.**

INTRODUCTION

FORMATION EN MATIERE DE SOINS OBSTETRIKAUX D'URGENCE

Si la majorité des grossesses et des naissances se déroule sans incident, environ 15% pourtant de toutes les femmes enceintes connaîtront une complication susceptible de mettre leur vie en danger et qui demande des soins qualifiés et certaines auront besoin d'une intervention obstétricale majeure pour survivre. La mortalité et la morbidité maternelles sont imputables à des complications liées à l'hémorragie, à l'avortement à risques, à l'éclampsie, à la septicémie et au travail dystocique. Par conséquent, cette formation est destinée aux médecins, sages-femmes et/ou infirmières pour qu'ils puissent, en tant qu'équipe, fournir des soins obstétricaux d'urgence (SOU), qu'ils soient fondamentaux ou de nature plus complète, dans les hôpitaux de district pour éviter le décès et l'invalidité maternels.

La formation repose sur une approche axée sur les symptômes à la prise en charge de graves urgences obstétricales, telles que décrites dans le manuel de référence recommandé pour le stage (voir *Composantes du kit de matériel pédagogique pour les soins obstétricaux d'urgence* dans *Données générales*). Les principaux thèmes de ce stage de formation et du manuel de référence (PCCGA) sont classés par **symptôme** (par exemple, le saignement vaginal en début de grossesse est un symptôme associé à l'avortement à risques, les convulsions sont un symptôme de la patiente avec éclampsie, le choc est le symptôme de quelqu'un avec grave hémorragie du post-partum). Cette formation accorde une place importante à la rapidité de l'examen et de la prise de décisions et aux gestes médicaux reposant sur le bilan clinique, avec peu de tests de laboratoire et autres tests et elle convient donc à des hôpitaux et centres de santé dans des contextes aux ressources modiques.

De plus, tout au long du stage de formation, on insiste sur la reconnaissance et le respect du droit de la femme à la vie, à la santé, à la dignité et à l'intimité.

Enfin, l'organisation et la gestion quotidienne des services de SOU dans les hôpitaux de district font partie intégrante du stage.

CONCEPTION DU STAGE

Le stage a pour fondement les connaissances que possède déjà chaque participant et tire partie de sa motivation à accomplir les tâches de formation en un temps minimum. La formation insiste sur l'acte

concret, “**le faire**”, pas simplement le savoir, et utilise **l'évaluation, axée sur la compétence**, de la performance.

Points saillants de ce stage :

- Le premier matin, les participants rempliront un **Questionnaire préalable** au stage pour faire le point de leurs connaissances des SOU.
- Séances théoriques et cliniques sur les aspects essentiels des SOU.
- Les progrès au niveau de l'acquisition des connaissances sont mesurés tout au long du stage en utilisant une évaluation écrite standardisée (**Questionnaire à mi-stage**).
- La formation en compétences cliniques a pour fondement l'expérience précédente des participants en matière de SOU. Pour un grand nombre des compétences, les participants s'exerceront d'abord sur les modèles anatomiques en utilisant les fiches d'apprentissage qui donnent les étapes essentielles de l'exécution des compétences/procédures pour la prise en charge des urgences obstétricales. Ainsi, ils apprendront plus rapidement les compétences standardisées.
- Les progrès au niveau de l'acquisition des nouvelles compétences sont mesurés en utilisant les fiches d'apprentissage des compétences cliniques.
- Un formateur clinique utilise les listes de vérification axées sur la maîtrise de la compétence pour évaluer la performance de chaque participant.
- La prise de décisions cliniques est acquise et évaluée par le biais des études de cas et des exercices simulés et lors de la pratique clinique avec des patientes.
- Les aptitudes interpersonnelles sont acquises lors de la modélisation du comportement, des jeux de rôle et de l'évaluation pendant la pratique clinique avec les patientes.

La réussite du stage se fonde sur la maîtrise des compétences des composantes de connaissance et aptitudes, ainsi que sur l'exécution satisfaisante en général de la prestation de soins à des femmes connaissant des urgences obstétricales.

EVALUATION

Ce stage de formation clinique vise à mettre sur pied dans les hôpitaux de district des équipes de prestataires de soins (médecins, sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales) qualifiés pour fournir des SOU. La qualification est donnée par l'institut de formation stipulant que le participant a satisfait aux normes du stage du point de vue connaissance, compétence et pratique. La qualification n'implique **pas** la certification. Seule une organisation autorisée peut certifier le personnel.

La qualification se fonde sur les résultats du participant dans trois domaines :

- **Connaissance** – Un score d'au moins 85% sur le **Questionnaire à mi-stage**.
- **Compétences** – Exécution satisfaisante des compétences cliniques pour la prise en charge des urgences obstétricales.
- **Pratique** – Capacité démontrée à fournir des soins dans le contexte clinique pour les femmes qui ont des urgences obstétricales.

Le participant et le formateur partagent la responsabilité de la qualification du participant.

Les méthodes d'évaluation utilisées dans le stage sont brièvement décrites ci-après :

- **Questionnaire à mi-stage.** Les connaissances seront évaluées à la fin de la seconde semaine du stage. Un score de 85% ou plus indique une maîtrise des connaissances du contenu présenté lors des séances théoriques. Pour les participants dont la note est inférieure à 85% lors du premier essai, le formateur clinique devrait revoir les résultats avec le participant individuellement et lui indiquer comment utiliser le manuel ou les manuels de référence pour acquérir l'information demandée. Les participants dont la note est inférieure à 85% peuvent remplir à nouveau le Questionnaire à mi-stage à n'importe quel moment pendant le restant du stage.
- **Compétences cliniques.** L'évaluation des compétences cliniques se fera dans trois contextes—pendant les cinq premières semaines du stage, dans un contexte simulé et avec des patients au site de formation clinique et lors des trois mois de pratique autodirigée, au moment de la visite d'encadrement à l'hôpital du participant. Dans chaque contexte, le formateur clinique utilisera les listes de vérification des compétences nécessaires pour prendre en charge les urgences obstétricales et interagir avec les patientes. Etudes de

cas et simulations cliniques seront utilisées pour évaluer les compétences liées à la résolution de problèmes et à la prise de décisions. L'évaluation des compétences de communication interpersonnelle de chaque participant peut se faire à n'importe quel moment pendant cette période en observant les participants lors des jeux de rôle.

Les participants devraient exécuter correctement les étapes/tâches pour une compétence ou une procédure particulière dans un contexte simulé avant de passer à la pratique supervisée sur le site clinique. S'il est certes souhaitable que toutes les compétences/procédures comprises dans le stage de formation soient apprises et acquises de cette manière, cela n'est pourtant pas toujours possible. Par exemple, les urgences obstétricales ne sont pas courantes et, par conséquent, les occasions de mettre en pratique des compétences particulières avec les patientes peuvent être limitées. Aussi, la pratique et l'évaluation de la maîtrise de la compétence se fera-t-elle dans un contexte simulé.

- **Pratique clinique.** Le formateur clinique est responsable d'observer la performance générale de chaque participant au niveau de la prestation des SOU pendant le stage collectif et lors de la pratique autodirigée. A cet effet, l'attitude du participant sera observée—composante d'importance critique d'une prestation de services de qualité—envers les femmes avec des urgences obstétricales et envers les membres de l'équipe de SOU. C'est ainsi que le formateur clinique évalue comment le participant utilise ce qu'il a appris.

Une évaluation est faite lors de la pratique autodirigée de trois mois (voir ci-après). Elle est importante pour plusieurs raisons. Premièrement, cela apporte au participant non seulement un feed-back direct sur sa performance, mais c'est également l'occasion de discuter de contraintes ou de problèmes liés à la prestation des SOU (manque d'instruments, médicaments et autres fournitures). Deuxièmement, chose tout aussi importante, cela apporte au centre de service/formation, par l'entremise du formateur clinique, une information essentielle sur l'adéquation de la formation et sa pertinence face aux conditions locales.

SOMMAIRE DU STAGE

Description du stage. Ce stage de formation clinique vise à préparer les participants pour qu'ils puissent prendre en charge des urgences obstétricales et travailler efficacement en tant que membres d'une équipe de SOU. Le stage commence par cinq semaines dans un site de formation et se concentre sur l'acquisition, l'application et l'évaluation des connaissances et des compétences. Les deux premières semaines

se déroulent dans une salle de classe et les troisième, quatrième et cinquième semaines dans des sites cliniques qui devraient être aussi proches que possible de la salle de classe. Les cinq premières semaines sont suivies immédiatement par une pratique autodirigée de trois mois sur les lieux de travail du participant pendant laquelle les formateurs cliniques du stage font au moins deux visites de suivi aux fins d'encadrement et d'évaluation supplémentaire. Voir pages 30–33 pour les directives de la pratique autodirigée destinée aux participants.

Buts du stage

- Influencer de manière positive les attitudes du participant envers le travail en équipe et ses capacités à prendre en charge et à fournir des services obstétricaux d'urgence.
- Fournir au participant les connaissances et compétences cliniques nécessaires pour répondre adéquatement aux urgences obstétricales.
- Fournir au participant les compétences liées à la prise de décisions nécessaires pour répondre adéquatement aux urgences obstétricales.
- Fournir au participant les compétences à la communication interpersonnelle nécessaires pour respecter le droit des femmes à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité.

Objectifs de l'apprentissage des participants

A la fin du stage de formation, le participant sera en mesure de :

1. Décrire les SOU fondamentaux et complets et l'approche d'équipe à la prestation de soins pour réduire la mortalité maternelle.
2. Décrire les questions déontologiques liées aux SOU, notamment le sentiment d'urgence, la responsabilité de ses propres actes, le respect de la vie humaine, ainsi que la reconnaissance et le respect pour le droit des femmes à la vie et à la santé, à l'intimité et à la dignité.
3. Utiliser les techniques de communication interpersonnelle qui facilitent l'établissement d'une relation de confiance et d'attention avec la femme lors de la prestation des SOU.
4. Utiliser des pratiques de PI recommandées pour tous les aspects des SOU.

5. Décrire le processus du bilan initial et de la prise en charge rapides d'une femme qui présente un problème.
6. Identifier les symptômes et signes de choc et décrire la prise en charge immédiate et spécifique.
7. Décrire les principes et procédures de la transfusion de sang, y compris la reconnaissance et la prise en charge des réactions à la transfusion.
8. Réaliser les procédures de réanimation des adultes.
9. Cerner les symptômes et signes, déterminer le diagnostic probable et utiliser des protocoles simplifiés de prise en charge pour le saignement vaginal en début de la grossesse et en fin de grossesse.
10. Réaliser l'AMIU pour avortement incomplet.
11. Identifier les symptômes et signes, déterminer le diagnostic probable et utiliser des protocoles simplifiés de prise en charge pour l'hypertension gestationnelle.
12. Identifier et traiter la procidence du cordon.
13. Fournir les soins lors du travail, de l'accouchement et de la période du post-partum.
14. Démontrer l'utilisation du partogramme pour suivre l'évolution du travail, reconnaître rapidement le déroulement défavorable du travail et prendre les mesures qui s'imposent.
15. Démontrer les gestes médicaux de l'accouchement, sans risques et dans les bonnes conditions d'hygiène, notamment la prise en charge active du troisième stade du travail et l'examen du placenta et du canal génital après la naissance.
16. Réaliser l'épisiotomie et procéder à la réfection.
17. Identifier et procéder à la réfection des déchirures cervicales.
18. Réaliser un accouchement par le siège.
19. Réaliser une extraction par ventouse obstétricale.
20. Identifier les symptômes et signes généralement présents, déterminer le diagnostic probable et utiliser des protocoles simplifiés de prise en charge pour le saignement vaginal après l'accouchement.
21. Réaliser une compression bimanuelle de l'utérus.

22. Réaliser une compression de l'aorte abdominale.
23. Procéder à la délivrance artificielle.
24. Identifier les symptômes et signes généralement présents, déterminer le diagnostic probable et utiliser des protocoles simplifiés de prise en charge de la fièvre pendant et après l'accouchement.
25. Décrire les soins néonataux.
26. Réaliser la réanimation néonatale en utilisant un ballon autogonflable et un masque.
27. Décrire l'anesthésie et le traitement de la douleur liés aux urgences obstétricales.
28. Décrire les soins préopératoires et post-opératoires pour les femmes qui ont besoin d'une intervention chirurgicale obstétricale.
29. Réaliser l'intubation endotrachéale.*
30. Réaliser une césarienne.*
31. Réaliser une laparotomie pour une grossesse extra-utérine et une rupture utérine.*
32. Réaliser une hystérectomie post-partum.*
33. Décrire la procédure pour réaliser une craniotomie.*
34. Décrire le processus d'examen d'un décès maternel et expliquer comment les résultats seront utilisés.
35. Décrire les étapes de la mise en place de services de SOU et de leur gestion quotidienne.

*S'applique uniquement aux médecins

Méthodes de formation/d'apprentissage

- Exposés illustrés et discussions de groupe
- Etudes de cas
- Jeux de rôle
- Pratique simulée avec modèles anatomiques
- Simulations pour la prise de décisions cliniques

- Activités cliniques guidées (soins et actes pour les femmes avec des urgences obstétricales)

Matériel pédagogique. Le matériel pédagogique est le suivant :

- Manuels de référence :
 - *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin* (OMS et JHPIEGO)
 - “Prévention des infections: Guide de référence à l’intention des prestataires de soins de santé” et supplément “Pratiques de prévention des infections en soins obstétricaux d’urgence” (*Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers and supplement Infection Prevention Practices in Emergency Obstetric Care*) (EngenderHealth)
- Autre matériel :
 - Manuel de l’AMDD : Utilisation des indicateurs de processus de l’ONU en matière de services obstétricaux d’urgence— Questions et réponses (*[Almost] Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services*)
 - “Améliorer les soins obstétricaux d’urgence grâce aux audits reposant sur des critères” (*Improving Emergency Obstetric Care through Criterion-Based Audit*) (Livret à graphiques AMDD)
 - *Guide de poche à l’intention des prestataires de services de planification familiale*, JHPIEGO, 2^{ème} édition
- Audiovisuels sur la prise en charge des complications liées à la grossesse et à l’accouchement :

Cassettes vidéo

- *Malpresentation and Vaginal Breech Delivery* par Phyllis Long, disponible auprès de :
Designed by Experience, Inc.
P.O. Box 423
Hyden, Kentucky 41749, USA
Téléphone/Fax: 606-672-2763
- *Vacuum Delivery: Reducing Risk* par Dr. Aldo Vacca, disponible auprès de :
Clinical Innovations, Inc.
6777 S. Cottonwood Street
Salt Lake City, Utah 84170, USA
Téléphone: 888-268-6222 ou 801-268-8200

- *Utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine et pratiques recommandées pour le traitement des instruments d'AMIU (Vidéo JHPIEGO sur les soins après avortement)*

Graphiques de présentation

- Prévenir l'invalidité et le décès maternels, Orientation du programme
- Changer la pratique obstétricale
- Droits humains et soins obstétricaux d'urgence
- Précautions universelles de la prévention des infections
- Bilan initial rapide
- Prise en charge du choc
- Saignement vaginal en début de grossesse
- Saignement vaginal en fin de grossesse et lors du travail
- Soins après avortement
- Céphalées, vision floue, convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle élevée
- Travail et accouchement eutociques
- Prise en charge du travail en utilisant le partogramme
- Soins du post-partum
- Saignement vaginal après l'accouchement
- Fièvre pendant et après l'accouchement
- Soins normaux du nouveau-né
- Analgésie et anesthésie des soins obstétricaux d'urgence
- Principes des soins opératoires
- Chirurgie obstétricale
- Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit reposant sur des critères
- Instruments et matériel :
 - Ventouse obstétricale
 - Ballon autogonflant et masque à visage (taille adulte et du nouveau-né)
 - Laryngoscope pour adulte et tubulure endotrachéale
 - Aiguilles chirurgicales, matériel de suture et blocs de mousse
 - Trousses d'accouchement
 - Instruments d'AMIU

- Spéculum vaginal
- Gants (dont gants longs jusqu'aux coudes), tabliers en plastique ou en caoutchouc et lunettes de protection
- Récipients et solutions pour les pratiques de PI
- Matériel pour démarrer une perfusion en IV (aiguilles, seringues, canule, bandage, tourniquet, écouvillons, alcool, ouate, gants)
- Equipement pour cathétérisme/sondage de la vessie (ouate, bac réniforme, cathéter, gants)
- Sphygmomanomètre et stéthoscope
- Cylindre d'oxygène, jauge
- Pince de Pozzi ou pince de Museux
- Partogrammes
- Partogramme plastifié de taille affiche
- Lampe et table d'examen
- Anesthésiques locaux
- Seringues et fioles
- Pince à pansement/pince porte-tampons
- Récipient pour placenta
- Equipement à aspiration
- Montre
- Sparadrap
- Marteau à réflexes (ou instrument similaire)
- Couverture et serviettes
- Modèles anatomiques :
 - Simulateur de l'accouchement et modèle placenta/cordon/amnios
 - Modèle pelvien en vinyle ou tissu
 - Modèle fœtal (avec crâne dur)
 - Modèle de réanimation du nouveau-né
 - Modèle pour l'intubation endotrachéale

Critères de sélection des participants

- Les participants à ce stage sont des cliniciens qui exercent (médecins, sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales) qui travaillent dans un hôpital de district où les SOU sont fournis ou prévus.

- Les participants doivent être engagés activement dans la prestation des soins lors du travail et de l'accouchement au début du stage et doivent être engagés à continuer une fois le cours achevé, y compris la prestation des SOU.
- Les participants doivent être choisis auprès des hôpitaux de district, capables de fournir un soutien institutionnel constant pour les SOU (fournitures, équipement, supervision, liens avec l'établissement de référence, etc.).
- Les participants devraient être soutenus par leurs superviseurs ou responsables pour améliorer leur performance professionnelle après avoir achevé le stage. Les participants devraient notamment chercher à communiquer avec les superviseurs ou responsables à propos du stage et obtenir leur approbation et soutien et s'assurer ainsi qu'ils les aideront à utiliser leurs nouvelles compétences et connaissances dans leur travail.

Méthodes d'évaluation

Participant

- Questionnaires de connaissances, préalable et à mi-stage
- Fiches d'apprentissage et listes de vérification pour les compétences/procédures obstétricales d'urgence
- Simulations pour la prise de décisions cliniques

Durée du stage

- Le stage comprend 20 séances en salle de classe (2 semaines), suivies par 3 semaines de pratique clinique supervisée et d'une pratique autodirigée de 3 mois. Il est important de noter que la durée du stage peut varier en fonction de l'expérience des participants et de la rapidité avec laquelle ils maîtrisent les nouvelles connaissances et compétences. Par exemple, si les participants n'arrivent pas à la maîtrise des compétences à la fin du stage, il faudra peut-être étendre la pratique clinique supervisée et/ou la pratique autodirigée. Ou alors, il faudra peut-être renforcer la composante théorique du stage.

Composition proposée du stage

- Quatre médecins et huit sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales (quatre équipes avec un médecin et deux sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales)
- Quatre formateurs cliniques (deux médecins et deux sages-femmes)

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGEE

Lors de la pratique autodirigée de trois mois, les participants ont l'occasion d'appliquer les connaissances et compétences acquises pendant les cinq premières semaines du stage de formation en SOU sur leurs lieux de travail.

Lors de la pratique autodirigée, les formateurs rendront visite aux participants sur les lieux du travail de ces derniers vers la fin du premier et du troisième mois de la pratique afin d'apporter directive, soutien et évaluation, au niveau individuel et à l'équipe. Des visites supplémentaires seront organisées, si nécessaire, en fonction des besoins des participants, à titre individuel ou collectif. Les dates des visites d'encadrement seront fixées avant que ne commence la pratique.

RESPONSABILITES DU PARTICIPANT

Lors de la pratique autodirigée, les participants devront appliquer leurs connaissances et compétences tout en prodiguant des soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, en insistant notamment sur les SOU. Les compétences cliniques sont les suivantes :

- Prise en charge du choc
- Réanimation de l'adulte
- Compétences cliniques liées aux soins après avortement
- Compétences de planification familiale pour les 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
- Compression bimanuelle de l'utérus
- Compression de l'aorte abdominale
- Délivrance artificielle
- Réanimation néonatale
- Examen et soins physiques du post-partum
- Examen du nouveau-né
- Intubation endotrachéale*

- Césarienne*
- Salpingectomie (grossesse ectopique)*
- Laparotomie (rupture utérine)*
- Hystérectomie du post-partum*

*S'applique uniquement aux médecins

Les urgences obstétricales n'étant pas courantes, les possibilités de pratiquer les compétences susmentionnées risquent d'être limitées. Chaque fois que le participant aura l'occasion de pratiquer une compétence, la fiche d'apprentissage pertinente devrait être utilisée. En plus, le participant pourra noter son expérience dans son Journal d'expérience clinique, y compris le numéro de la patiente, du service et de l'hôpital, les symptômes présents, le diagnostic, le traitement et le dénouement.

Les participants rechercheront toute possibilité d'apprentissage qui les aidera à atteindre les buts spécifiques de la formation notés à la fin de la période de pratique de trois semaines qui précède la pratique autodirigée.

Conjointement avec la pratique des compétences, les participants devront :

- Montrer qu'ils sont responsables de leurs actions.
- Montrer qu'ils reconnaissent et respectent le droit des femmes à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité.
- Utiliser des aptitudes adéquates à la communication interpersonnelle lorsqu'ils fournissent les soins, en insistant notamment sur les SOU.
- Appliquer les pratiques de PI recommandées.

RESPONSABILITES DE L'EQUIPE

En tant que membres d'une équipe, les participants seront responsables de **mettre en œuvre le Plan d'action** élaboré à la fin de la pratique clinique de trois semaines. S'agissant notamment au minimum de :

- Réaliser des exercices d'alerte
- Vérifier que tout est prêt dans la salle de travail et la salle d'opération pour les urgences obstétricales
- Vérifier que l'équipement, les fournitures et les médicaments sont disponibles pour les urgences obstétricales
- Adopter les pratiques de PI

- Réaliser des examens ou audits des décès maternels

Les membres de l'équipe devraient se rencontrer chaque matin lors des visites au chevet des patientes pour discuter des besoins des patientes et identifier les possibilités d'apprentissage en ce qui concerne la prestation des SOU. De plus, les membres de l'équipe devraient se rencontrer deux fois par semaine (les lundis et vendredis) pour discuter des aspects suivants :

Réunions du lundi :

- Planifier pour la semaine
 - 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

Réunions du vendredi :

- Cas cliniques demandant des SOU : symptômes présents, diagnostic, traitement et dénouement
- Facteurs qui facilitent la pratique clinique
- Facteurs qui entravent la pratique clinique ; venir à bout des difficultés
- Forces individuelles et collectives en ce qui concerne la pratique clinique
- Aspects du travail individuel et en équipe qui doivent être renforcés et manière d'y arriver

COMPTE RENDU DES ACTIVITES

Les participants utiliseront leur Journal de l'expérience clinique et leurs Fiches de travail des plans d'action pour faire le compte rendu des activités exécutées pendant la pratique autodirigée.

Journal de bord de l'expérience clinique

Les participants doivent noter tous les jours les activités/expériences dans la section correspondante du Journal de l'expérience clinique. Il s'agit notamment de l'information sur les clients/patients auxquelles des SOU ont été fournis, des notes sur leurs progrès individuels, ainsi que sur les réunions/progrès de l'équipe.

Fiches de travail des plans d'action

Les participants annotent leurs plans d'action avec les dates auxquelles les étapes ont été prises ou revoient tel ou tel aspect du plan général. Lors des visites d'encadrement et visites de supervision ultérieures, le formateur/superviseur évalue la mesure dans laquelle ces étapes ont été accomplies.

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU (5 SEMAINES D'UN STAGE DE 17 SEMAINES)				
JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Ouverture : Bienvenue et présentations Vue générale du stage (buts, objectifs, calendrier) Examen du matériel du stage Définition des attentes des participants Questionnaire préalable des connaissances Examen de l'expérience clinique Définition des besoins d'apprentissage individuels et en groupe</p> <p>Examen et discussion : Revoir les résultats de l'évaluation du site et discuter de l'amélioration de la performance du prestataire, de la qualité des soins et de l'approche d'équipe aux SOU</p> <p>Présentation et discussion : Eviter le décès et l'invalidité maternelles, SOU fondamentaux et complets</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activité d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Pratiques de PI</p> <p>Démonstration :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lavage des mains ● Décontamination ● Manipulation des objets coupants et pointus ● Elimination des déchets ● Manutention et préparation des instruments <p>Présentation et discussion : Evaluation initiale rapide, reconnaissance et traitement du choc, réanimation de l'adulte, suivi de la transfusion de sang</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Saignement vaginal en début et en fin de grossesse et lors du travail</p> <p>Etudes de cas : Saignement vaginal au début de grossesse</p> <p>Présentation et discussion : Soins après avortement</p> <p>Démonstration de la compétence : AMIU en utilisant le modèle</p> <p>Bande vidéo :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vidéo photocomposée des soins après avortement <p>Pratique de la compétence : AMIU</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle 	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Travail et accouchement eutociques</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Marche ● Nutrition ● Personne soutien <p>Présentation et discussion : Remplir et interpréter le partogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Travail normal ● Déroulement défavorable du travail ● Phase active prolongée ● Travail dystocique <p>Exercice : Remplir et interpréter le partogramme</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Soins de la femme lors du post-partum</p> <p>Démonstration de la compétence : Episiotomie et réfection des déchirures cervicales en utilisant la fiche d'apprentissage</p> <p>Pratique de la compétence : Episiotomie et réfection des déchirures cervicales Les participants pratiquent en paires en utilisant la fiche d'apprentissage</p> <p>Présentation, discussion et bande vidéo : Accouchement par le siège</p> <p>Démonstration de la compétence : Accouchement par le siège en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence : Accouchement par le siège</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle
DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER
<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Présentation et discussion : Changer les gestes obstétricaux</p> <p>Présentation et discussion : Droits humains et SOU :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sentiment d'urgence ● Se responsabiliser pour ses propres actions ● Respect de la vie humaine ● Reconnaissance du droit de la femme à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité <p>Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Démonstration de la compétence : Réanimation de l'adulte en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les participants s'exercent en paires en utilisant le modèle <p>Simulation clinique : Exercice d'alerte</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les participants choisis prennent part ● Les participants restants observent <p>Discussion : Etre préparé en cas d'urgence</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Discussion: Changement d'attitude face aux soins après avortement</p> <p>Présentation et discussion : Maux de tête, vision floue, convulsions, perte de connaissance, tension artérielle élevée</p> <p>Etude de cas : Hypertension gestationnelle</p> <p>Présentation et discussion : Prise en charge de la procidence du cordon</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Présentation et discussion : Travail et accouchement eutociques</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation de la descente, dilatation, position ● Second stade ● Prise en charge active du troisième stade ● Episiotomie et réfection ● Soins immédiats du post-partum <p>Démonstration de la compétence : Accouchement sans risque dans les bonnes conditions d'hygiène en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence : Accouchement propre et sûr</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Présentation, discussion et bande vidéo : Extraction par ventouse obstétricale</p> <p>Démonstration de la compétence : Extraction par ventouse obstétricale en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence : Extraction par ventouse obstétricale</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle <p>Pratique de la compétence avec modèles</p> <p>Examen des activités de la journée</p>
<p>Lecture recommandée : Manuel de PI : Sections 1 à 6 ; Supplément de PI : 1-12 ; Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-3, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5</p>	<p>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</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 1, C-57 à C-76 ; Section 2, S-57 à S-67</p>	<p>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</p>	<p>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</p>

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU (5 SEMAINES D'UN STAGE DE 17 SEMAINES)				
JOUR 6	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10
<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Saignement vaginal après l'accouchement</p> <p>Démonstration de la compétence : Compression bimanuelle de l'utérus, compression de l'aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence : Compression bimanuelle de l'utérus, compression de l'aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle</p> <ul style="list-style-type: none"> Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle <p>Etudes de cas : Saignement vaginal après l'accouchement</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion :</p> <p>Soins normaux au nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévention des infections Protection thermique Réanimation du nouveau-né Allaitement au sein Pratiques optimales <p>Démonstration de la compétence : Réanimation du nouveau-né en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence : Réanimation du nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle <p>Pratique des compétences avec modèles</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Intubation endotrachéale</p> <p>Démonstration de la compétence : Intubation endotrachéale en utilisant le modèle</p> <p>Pratique de la compétence : Intubation endotrachéale</p> <ul style="list-style-type: none"> Les participants pratiquent en paires en utilisant le modèle <p>Présentation et discussion (Première partie) : Chirurgie obstétricale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Césarienne Laparotomie Hystérectomie du post-partum 	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Pratique de la compétence avec modèles</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Questionnaire des Connaissances à Mi-Stage</p> <p>Instructions pour la pratique clinique</p> <p>Journal de l'expérience clinique</p>
DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER
<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Présentation et discussion : Fièvre pendant et après l'accouchement</p> <p>Etudes de cas : Fièvre après l'accouchement</p> <p>Pratique de la compétence avec modèles</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Présentation et discussion : Prise en charge de la douleur et analgésie et anesthésie des SOU</p> <p>Présentation et discussion : Principes des soins préopératoires et post-opératoires</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Présentation et discussion (Deuxième partie) : Chirurgie obstétricale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Césarienne Laparotomie Hystérectomie <p>Bande vidéo :</p> <ul style="list-style-type: none"> Césarienne <p>Présentation et discussion : Craniotomie</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Pratique de la compétence avec modèles</p> <p>Examen des activités de la journée</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Visite des locaux cliniques</p> <p>Examen des activités de la journée</p>
<p>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</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 3, P-43 à P-52, P-95 à P-111, P-57 à P-60</p>	<p>Devoir :</p>	<p>Devoir : Revoir et se familiariser avec le Journal de l'expérience clinique.</p>	<p>Devoir : Les participants qui obtiennent moins de 85% au Questionnaire des connaissances à mi-stage devraient étudier les sections pertinentes du (ou des) manuel(s) de référence.</p>

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU (5 SEMAINES D'UN STAGE DE 17 SEMAINES)				
JOUR 11	JOUR 12	JOUR 13	JOUR 14	JOUR 15
<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Equipes 1&2 : Visite des locaux de SOU de l'hôpital modèle de district</p> <p>Equipes 3&4 : Visite dans le service prénatal, examen de cas et discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Saignement en début de grossesse ● Tension artérielle élevée ● Saignement en fin de grossesse 	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Equipes 3&4 : Visite des locaux de SOU de l'hôpital modèle de district</p> <p>Equipes 1&2 : Visite dans le service prénatal, examen de cas et discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Saignement en début de grossesse ● Tension artérielle élevée ● Saignement en fin de grossesse 	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Démonstration en salle d'opération (1) Anesthésie : Equipes 1&2 puis Equipes 3&4</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anesthésie à la Kétamine ● Rachianesthésie <p>(2) PI : Equipes 3&4 puis Equipes 1&2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Préparation des instruments et des champs opératoires ● Désinfection à haut niveau ● Stérilisation <p>Discussion : Maintenir la salle d'opération en bon état de préparation</p>	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Visites dans le service et discussion ● Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué ● AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures et demi)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Visites dans le service et discussion ● Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué ● AMIU et chirurgie obstétricale
DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER
<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Equipes 1&2 : Démonstration, discussion et pratique dans le service post-natal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen et soins du post-partum ● Fièvre ● Soins post-opératoires ● Examen immédiat du nouveau-né <p>Equipes 3&4 : Zone de réception des urgences (traumatismes) Démonstration et pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation rapide ● Prise en charge du choc <p>Examen des activités de la journée (tous)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Equipes 1&2 : Zone de réception des urgences (traumatismes) Démonstration et pratique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation rapide ● Prise en charge du choc <p>Equipes 3&4 : Zone de réception des urgences (traumatismes de l'hôpital de district) Démonstration et pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation rapide ● Prise en charge du choc <p>Examen des activités de la journée (tous)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Equipes 1&2 : Zone de réception des urgences (traumatismes de l'hôpital de district) Practice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation rapide ● Prise en charge du choc <p>Equipes 3&4 : Démonstration, discussion et pratique dans le service post-natal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen et soins du post-partum ● Fièvre ● Soins post-opératoires ● Examen immédiat du nouveau-né <p>Examen des activités de la journée (tous)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Etude de cas pendant les coupures ou cas réel : hypertension gestationnelle (prééclampsie/éclampsie grave)</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures et demi)</p> <p>Etude de cas pendant les coupures ou cas réel : saignement vaginal en début de grossesse (grossesse extra-utérine)</p> <p>Revoir les progrès individuels avec les participants</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p>
<p>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</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 3, P-13 à P-14 ; Section 1, C-1 à C-3, C-43 à C-46 ; Section 2, S-1 à S-5 ; Manuel de PI : Sections 1 à 6 ; IP Supplément : 1-12</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-16 Equipes du soir 1&3</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-57 à S-67 Equipes du soir 2&4</p>

Service du samedi 3^{ème} semaine : Equipe 1, hôpital principal, Equipe 3, hôpital de district

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU (5 SEMAINES D'UN STAGE DE 17 SEMAINES)				
JOUR 16	JOUR 17	JOUR 18	JOUR 19	JOUR 20
<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites dans le service et discussion • Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué • AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites dans le service et discussion • Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué • AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites dans le service et discussion • Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué • AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites dans le service et discussion • Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué • AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites dans le service et discussion • Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué • AMIU et chirurgie obstétricale
DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER
<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Etude de cas pendant les coupures ou cas réel : déroulement défavorable du travail (travail dystocique)</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p> <p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-17 à S-114 Equipes du soir 1&3</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Etude de cas pendant les coupures ou cas réel : fièvre après accouchement (métrite)</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p> <p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34 Equipes du soir 2&4</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Etude de cas pendant les coupures ou cas réel : saignement vaginal après accouchement (utérus atone)</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p> <p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-1 à S-5 Equipes du soir 1&3</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Simulation clinique pendant les coupures : prise en charge du choc</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p> <p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50 Equipes du soir 2&4</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Simulation clinique pendant les coupures : prise en charge des maux de tête, vision trouble, convulsions, perte de connaissance, tension artérielle élevée</p> <p>Revoir les progrès individuels avec les participants</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p> <p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-7 à S-16 Equipes du soir 1&3</p>

Service du samedi 4^{ème} semaine : Equipe 2, hôpital principal, Equipe 4, hôpital de district

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE DE SOU (5 SEMAINES D'UN STAGE DE 17 SEMAINES)				
JOUR 21	JOUR 22	JOUR 23	JOUR 24	JOUR 25
<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Visite dans le service et discussion ● Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué ● AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Visite dans le service et discussion ● Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué ● AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Equipes 3&4 : Salle de travail de l'hôpital principal (journée complète)</p> <p>Equipes 1&2 : Salle de travail de l'hôpital de district (journée complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Visite dans le service et discussion ● Suivi et prise en charge du travail normal et compliqué ● AMIU et chirurgie obstétricale 	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Présentation et discussion : Examen de la mortalité maternelle et périnatale, examens des décès évités de justesse, dossiers</p> <p>Démonstration: Examen</p> <p>Discussion: Utilisation des résultats de l'examen pour identifier et résoudre les problèmes</p>	<p>MATIN (4 heures)</p> <p>Programme et activités d'ouverture</p> <p>Travail en groupes : Formuler des plans d'action</p> <p>Présentations: Plans d'action</p> <p>Etapes suivantes : Journal, apprentissage sur place, planification des visites d'encadrement</p>
DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER
<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Simulation clinique entre les coupures : prise en charge du saignement vaginal en début de grossesse</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Simulation clinique entre les coupures : prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Simulation clinique entre les coupures : prise en charge du nouveau-né asphyxié</p> <p>Examen des activités de la journée (en groupes)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Discussion: Leçons de l'expérience clinique</p> <p>Discussion: Organisation et gestion des services et de l'équipe des soins obstétricaux d'urgence</p> <p>Discussions avec les formateurs : Déterminer les autres besoins d'apprentissage individuels des participants</p> <p>Introduire le travail en groupes</p> <p>Examen des activités de la journée (tous)</p>	<p>APRES-MIDI (3 heures)</p> <p>Récapitulatif du stage</p> <p>Cérémonie de clôture</p>
<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34</p> <p>Equipes du soir 2&4</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-146</p> <p>Equipes du soir 1&3</p>	<p>Lecture recommandée : Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-146 ; Améliorer les soins obstétricaux d'urgence grâce à l'audit reposant sur des critères : 1-31 ; livret AMDD, Indicateurs de processus : 1-29</p> <p>Equipes du soir 2&4</p>	<p>Devoir : Chaque équipe doit discuter et se préparer pour l'élaboration d'un plan d'action pendant le travail en groupes de la matinée suivante</p>	

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.

QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES

Instructions : Dans l'espace fourni, écrire un **V** majuscule si la phrase est **vraie** ou un **F** majuscule si la phrase est **fausse**.

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.
2. Une femme qui a un choc suite à une urgence _____
obstétricale peut avoir un pouls rapide et filant.
3. Une femme avec une grossesse ectopique non _____
rompue a généralement des symptômes
d'évanouissement et de faiblesse.
4. Une femme enceinte avec anémie grave a _____
généralement du mal à respirer ou une
respiration sifflante.

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.
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.
7. L'évaluation d'une femme avec saignement _____
vaginal après 22 semaines de grossesse doit se
limiter à l'examen abdominal.
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.

SAIGNEMENT APRES L'ACCOUCHEMENT

9. L'hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l'accouchement. _____
10. Un faible saignement continu ou un saignement soudain après l'accouchement demande une intervention rapide et active. _____
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. _____

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. _____
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. _____
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. _____

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

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

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. _____
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. _____
18. La prise en charge de la prééclampsie légère se fait à l'aide de sédatifs et de tranquillisants. _____
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. _____

PARTOGRAMME

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

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. _____
22. Si la phase active du travail est prolongée, l'accouchement devrait se faire par césarienne. _____
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. _____

24. Les conditions pour l'extraction par ventouse obstétricale sont les suivantes : la tête fœtale se trouve au moins au niveau 0, ou 2/5 au plus, au-dessus de la symphyse pubienne et le col est complètement dilaté. _____
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. _____
26. Une tête que l'on peut sentir sur le flanc lors de l'examen abdominal indique une présentation par l'épaule ou une présentation transverse. _____
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. _____
28. Si le travail est prolongé en cas de présentation par le siège, une césarienne sera faite. _____
29. Dans le cas d'un seul fœtus de taille importante, l'accouchement devrait se faire par césarienne. _____
30. Une cicatrice utérine transverse d'une grossesse antérieure est une indication pour une césarienne élective. _____
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. _____
32. Un liquide amniotique teinté de méconium est fréquemment rencontré alors que le fœtus grandit et en lui-même n'est pas un indicateur de détresse fœtale. _____

FIEVRE PENDANT ET APRES L'ACCOUCHEMENT

33. Une douleur et/ou une sensibilité dans la région lombaire peut être un signe de pyélonéphrite aiguë _____
34. La douleur au sein et la tension douloureuse des seins 3 à 5 jours après l'accouchement est généralement provoquée par l'engorgement mammaire. _____
35. Des douleurs abdominales basses et une sensibilité utérine, avec des lochies malodorantes sont des signes caractéristiques de la métrite. _____

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. _____

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE L'EXPERIENCE CLINIQUE

Nom : _____ Date : _____

Nom de l'institution pour laquelle vous travaillez : Pour enseignement/formation : _____ Pour pratique clinique : _____	
Qualification (indiquer tous les diplômes obtenus et année)	
Qualification	Année d'obtention
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Nombre d'années d'exercice clinique en soins maternels et néonataux depuis la qualification : _____	
Les questions suivantes concernent vos activités cliniques et pédagogiques. Pour chaque compétence indiquée au verso, prière de noter :	
1. Le nombre de cas pris en charge personnellement ces 6 derniers mois	
2. La mesure dans laquelle vous vous sentez confiant en exécutant ces compétences	
a. Tout à fait confiant, je n'ai pas besoin d'encadrement	
b. Pas très confiant, j'ai besoin d'encadrement	
c. Je ne sais pas exécuter cette compétence	
3. Avez-vous enseigné cette compétence au cours des 6 derniers mois ?	

Compétence	Nombre de cas ces 6 derniers mois	Niveau de confiance a, b ou c	A enseigné cette compétence ces 6 derniers mois
Conseils pour la préparation à l'accouchement et les préparatifs en cas de complications.			
Prise en charge de la prééclampsie et de l'éclampsie graves			
Traitement du paludisme pendant la grossesse			
Suivi du travail en utilisant un partogramme			
Accélération du travail			
Accouchement eutocique			
Prise en charge du choc			
Prise en charge active du troisième stade du travail			
Episiotomie et réfection			
Compression bimanuelle			
Délivrance artificielle			
Réfection des déchirures cervicales			
Réfection des déchirures périnéales			
Intubation endotrachéale			
Extraction par ventouse obstétricale			
Accouchement par le siège			
Césarienne			
Hystérectomie du post-partum			
Aspiration manuelle intra-utérine			

Première semaine

JEU DE ROLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LES SOU

Instructions

Le formateur choisira trois participants pour exécuter les rôles suivants : prestataire compétent, patiente post-partum et l'accompagnant. Les trois participants faisant partie du jeu de rôle devraient prendre quelques minutes pour préparer cette activité en lisant l'information générale donnée ci-après. Les participants restants qui observeront le jeu de rôle devraient lire l'information générale.

Le jeu de rôle a pour objet de montrer aux participants combien sont importantes de bonnes aptitudes à la communication interpersonnelle lorsqu'on prodigue des soins à une femme qui connaît une complication du post-partum.

Rôles des participants

Prestataire :	Le prestataire est une sage-femme qui a de l'expérience et de bonnes compétences de communication interpersonnelle.
Patiente :	Madame A. a 20 ans. Elle a accouché il y a 2 heures chez elle.
Accompagnant :	Accoucheuse traditionnelle (AT) du village qui a aidé Madame A. à accoucher.

Situation

Madame A. est amenée au centre de santé par l'accoucheuse traditionnelle car elle a des saignements abondants depuis son accouchement il y a deux heures. Le travail a duré 12 heures et l'accoucheuse traditionnelle indique qu'il n'y avait pas de complications. La sage-femme a évalué l'état de Madame A. et l'a traitée pour choc et utérus atone. Les saignements ont diminué depuis que Madame A. est arrivée au centre de santé, mais son utérus n'est pas bien contracté, malgré le massage du fond utérin et l'administration d'ocytocine. Madame A., qui a très peur, doit être transférée à l'hôpital du district pour traitement plus poussé. L'accoucheuse traditionnelle est anxieuse et se sent coupable de l'état de Madame A. La sage-femme doit expliquer la situation à Madame A. et l'accoucheuse traditionnelle cherche à apporter un soutien affectif et à la rassurer alors que les préparatifs sont faits pour son transfert.

But du jeu de rôle

Le but du jeu de rôle concerne la communication interpersonnelle entre la sage-femme, Madame A. et l'accoucheuse traditionnelle et l'adéquation de l'information donnée, ainsi que le soutien affectif apporté.

Questions de discussion

Le formateur devrait utiliser les questions suivantes pour faciliter la discussion après le jeu de rôle :

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 ?

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : REANIMATION DE L'ADULTE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réanimation de l'adulte, dans le cadre des urgences obstétricales et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé avec une participante qui assume le rôle de la patiente.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation de l'adulte avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la technique de la réanimation de l'adulte pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation de l'adulte.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage de la Réanimation de l'adulte avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte.¹

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Matériel pour l'installation d'une perfusion
- Aiguilles et seringues
- Matériel pour sonder la vessie
- Sphygmomanomètre et stéthoscope
- Respirateur/ballon autogonflant et masque à visage, cylindre d'oxygène, jauge.
- Tube endotrachéal
- Nouveaux gants chirurgicaux d'examen ou gants désinfectés à haut niveau

Fiche d'apprentissage pour la réanimation de l'adulte

Fiche d'apprentissage pour la réanimation de l'adulte

Liste de vérification pour la réanimation de l'adulte

Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte

¹ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent mettre en pratique la réanimation de l'adulte, en ce qui concerne les urgences obstétricales, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PRISE EN CHARGE GENERALE					
1. APPELLE A L'AIDE pour mobiliser d'urgence le personnel disponible.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité.					
3. Si la patiente est consciente et répond, dit à celle-ci (et à l'accompagnant) ce qu'il va faire, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
4. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
PRISE EN CHARGE IMMEDIATE					
1. Surveille les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Température • Pouls • Tension artérielle • Respiration 					
2. Tourne la patiente sur le côté pour garantir le dégagement des voies aériennes. Si la patiente ne respire pas, commence les gestes de réanimation.					
3. Administre 6-8L d'oxygène par minute par masque facial ou sonde nasale.					
4. Recouvre la patiente avec une couverture pour qu'elle soit au chaud.					
5. Surélève les jambes de la patiente—si possible, en surélevant les pieds du lit.					
PRISE DE SANG ET REMPLACEMENT DES LIQUIDES					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Connecte la tubulure IV à un récipient de 1 L de sérum physiologique ou Ringer lactate.					
4. Aspire le liquide dans la tubulure de perfusion.					
5. Choisit un endroit qui convient à la perfusion (le dos de la main ou l'avant-bras).					
6. Pose un garrot autour de la partie supérieure du bras de la patiente.					
7. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
8. Nettoie la peau à l'endroit choisi pour la perfusion.					
9. Installe une voie veineuse en utilisant une aiguille de calibre 16 ou 18 ou une canule.					
10. Fait un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, faire un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la patiente.					
11. Détache la seringue de l'aiguille ou de la canule.					
12. Connecte la tubulure IV à l'aiguille ou la canule.					
13. Fixe solidement l'aiguille ou la canule avec du sparadrap.					
14. Ajuste la tubulure pour établir une bonne dynamique de perfusion : 1 litre en 15–20 minutes.					
15. Transfère le sang collecté dans un tube d'essai libélé pour mesurer le taux d'hémoglobine et faire le test de compatibilité.					
16. Prélève 2 ml de sang dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm x 75 mm) pour faire le test de coagulation : <ul style="list-style-type: none"> • Tient le tube de test dans son poing fermé pour le maintenir au chaud. • Au bout de 4 minutes, incline lentement le tube pour voir si un caillot se forme. • Recommence toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube. • Si un caillot ne se forme pas ou si le caillot est mou et se désagrège facilement, cela évoque une coagulopathie. 					
17. Si la patiente ne respire pas ou ne respire pas bien, procède à l'intubation endotrachéale et la ventile avec un masque Ambu.					
18. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
19. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
20. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
SONDER LA VESSIE					
1. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Nettoie les parties génitales externes.					
3. Insère le cathéter dans l'orifice urétral et laisse l'urine s'écouler dans un récipient propre et mesure et note la quantité.					
4. Attache solidement le cathéter à un sac de drainage de l'urine.					
5. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
6. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
REANIMATION ET PRISE EN CHARGE SUPPLEMENTAIRE					
1. Réexamine la patiente dans les 30 minutes pour voir si la perfusion lui a été bénéfique. Les signes d'amélioration sont notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Une stabilisation du pouls (90 bts/minute ou moins) • Une hausse de la tension artérielle systolique (100 mm Hg ou plus) • Une amélioration de l'état mental (moins de confusion ou d'angoisse) • Une augmentation du débit urinaire (30 ml/h ou plus) 					
2. Si l'état de la patiente s'améliore : <ul style="list-style-type: none"> • Abaisse le débit de la perfusion à 1l en 6 heures • Continue à traiter la cause du choc 					
3. Si l'état de la patiente ne s'améliore pas : <ul style="list-style-type: none"> • Perfuse à un débit plus important le sérum physiologique jusqu'à ce que son état s'améliore • Continue d'administrer l'oxygène à 6-8 l/minute • Continue à suivre les signes vitaux toutes les 15 minutes et surveille l'absorption de liquides et le débit urinaire toutes les heures • Planifie des tests de laboratoire supplémentaires 					
4. Vérifie les saignements. En cas de saignement abondant, prend les mesures pour arrêter le saignement et transfuser du sang, le cas échéant.					
5. Fait l'anamnèse, l'examen physique et des tests pour déterminer la cause du choc si l'on ne la connaît pas encore.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PRISE EN CHARGE GENERALE					
1. Appelle à l'aide.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité..					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PRISE EN CHARGE IMMEDIATE					
1. Surveille les signes vitaux de la patiente.					
2. Vérifie que ses voies aériennes sont dégagées.					
3. Administre 6-8L d'oxygène par minute par masque facial ou sonde nasale					
4. Vérifie qu'elle est tenue au chaud.					
5. Surélève les jambes de la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PRISE DE SANG, REMPLACEMENT DES LIQUIDES ET POSE DE CATHETER					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Prélève du sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, fait un contrôle de compatibilité et le test de coagulation à l'aide du test à réaliser au lit de la patiente, avant de perfuser.					
3. Perfuse à raison de 1litre en 15–20 minutes.					
4. Réalise un test de coagulation au lit de la patiente.					
5. Si la patiente ne respire pas ou ne respire pas bien, procède à l'intubation endotrachéale et la ventile avec un ballon autogonflant.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
7. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
8. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
9. Sonde la vessie.					
10. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
11. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REEVALUATION ET PRISE EN CHARGE SUPPLEMENTAIRE					
1. Réexamine la patiente pour voir si la perfusion lui a été bénéfique et ajuste le débit en voie de conséquence.					
2. Continue à surveiller les signes vitaux toutes les 15 minutes et l'absorption de liquide et le débit urinaire toutes les heures.					
3. Contrôle les saignements et transfuse du sang, le cas échéant.					
4. Fait l'anamnèse, l'examen physique et des tests pour déterminer la cause du choc si l'on ne la connaît pas encore.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE DE CAS 1A : SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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 ?
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 ?
3. Quelles sont les causes de saignement que vous devez écarter ?

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 mobilisation du col 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 ?

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 ?

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 saignotements 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 ?

ETUDE DE CAS 1B : SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame B. est une 4^e par 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 a 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 ?
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 ?

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 d'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 ?

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 ?

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 ?

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : SOINS APRES AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE [AMIU]) ET CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer l'AMIU, d'arriver à maîtriser les compétences nécessaires et d'acquérir des compétences liées aux conseils en matière de planification familiale après avortement.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé, en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour les Soins après avortement (AMIU) avant de commencer l'activité et la Fiche d'apprentissage sur les conseils en planification familiale après avortement.

Le formateur devrait démontrer, à l'intention des participants, les étapes préliminaires (évaluation médicale, expliquer la technique, examen pelvien), suivies par les étapes de la procédure AMIU. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour les Soins après avortement (AMIU).

Le formateur devrait alors démontrer les étapes/tâches liées aux conseils en planification familiale après avortement.

Sous la directive du formateur, les participants devraient ensuite travailler en groupes de trois pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle ; un participant devrait jouer le rôle de la femme après avortement, le deuxième devrait pratiquer les compétences de conseils et le troisième devrait observer la performance en utilisant la Fiche d'apprentissage sur les conseils en Planification familiale après avortement. Les participants devraient ensuite changer de rôle jusqu'à ce qu'ils aient tous eu la possibilité de pratiquer les compétences en matière de conseils.

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Modèle pelvien
- Gants désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle
- Seringues et canule AMIU
- Spéculum vaginal
- Pince de Pozzi à un seul mors ou pince de Museux

Fiche d'apprentissage pour les Soins après avortement (AMIU)
Fiche d'apprentissage sur les conseils en la planification familiale après avortement

Fiche d'apprentissage pour les Soins après avortement (AMIU)

Fiche d'Apprentissage sur les conseils en planification familiale après avortement

INSTRUCTIONS

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage sur les conseils en planification familiale après avortement avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour les Soins après avortement (AMIU) et la Liste de vérification sur les conseils en planification familiale après avortement.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour les Soins après avortement (AMIU) et la Liste de vérification sur les conseils en planification familiale après avortement.²

MATERIEL

Liste de vérification pour les Soins après avortement (AMIU)
Liste de Vérification sur les conseils en planification familiale après avortement

Liste de Vérification pour les Soins après avortement (AMIU)
Liste de Vérification sur les conseils en planification familiale après avortement

² Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent mettre en pratique les soins après avortement, en ce qui concerne les urgences obstétricales, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE [AMIU])

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
EVALUATION INITIALE					
1. Accueille la patiente avec respect et amabilité.					
2. Examine la patiente pour voir si elle se trouve en état de choc ou souffre d'autres affections pouvant mettre sa vie en danger.					
3. Si des complications sont notées, stabilise la patiente et procède le cas échéant au transfert.					
EVALUATION MEDICALE					
1. Réalise une anamnèse de la santé de la reproduction.					
2. Fait un examen physique limité (cœur, poumons, abdomen) et un examen gynécologique.					
3. Effectue les tests de laboratoire indiqués.					
4. Informe la patiente de son état et des mesures qui seront prises.					
5. Discute, le cas échéant, de ses buts en matière de procréation.					
6. Si elle envisage d'utiliser un DIU : <ul style="list-style-type: none"> • Elle devrait recevoir tous les conseils liés à l'utilisation du DIU • La décision d'insérer le DIU suivant l'AMIU dépendra de la situation clinique. 					
PREPARATION					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
3. Lui indique qu'elle peut ressentir une certaine gêne pendant certaines étapes de l'intervention et qu'elle sera avertie à l'avance.					
4. Administre 500 mg de paracétamol par voie buccale à la femme 30 minutes avant l'intervention.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
5. Demande si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques.				
6. Vérifie la disponibilité/fonctionnement de l'équipement et des fournitures nécessaires : <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau. • Disponibilité de la canule de taille adéquate et des adaptateurs. 				
7. Vérifie la seringue AMIU et la charge (créé le vide).				
8. Vérifie que la patiente a vidé récemment sa vessie.				
9. Vérifie que la patiente a bien lavé et rincé sa zone périnéale.				
10. Met l'équipement de protection personnelle.				
11. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.				
12. Met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.				
13. Arrange les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.				
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE				
1. Informe la patiente de chaque étape de l'intervention avant de l'exécuter.				
2. Administre 10 unités d'ocytocine en IM ou 0,2 mg d'ergométrine en IM.				
3. Réalise un examen pelvien bimanuel, vérifiant la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation du col.				
4. Insère le spéculum et retire le sang ou les tissus du vagin en utilisant une pince porte-tampons et de la gaze.				
5. Badigeonne à trois reprises le vagin et le col avec une solution antiseptique en utilisant de la gaze ou du coton.				
6. Extrait les produits restants de la conception (PRC) de l'orifice externe du col de l'utérus et vérifie s'il y a des déchirures au niveau du col.				
Bloc paracervical (si nécessaire)				
7. Prépare 20 ml de solution de lidocaïne à 0,5% sans adrénaline.				
8. Aspire 10 ml de la solution de lidocaïne à 0,5% dans une seringue.				
9. Si l'on utilise une pince de Pozzi, injecte 1 ml de solution de lidocaïne dans la lèvre antérieure ou postérieure du col (en général, on fait l'injection en position 10 h ou midi par rapport au col utérin).				
10. Saisit délicatement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux ou une pince de Pozzi à un seul mors (il est préférable d'utiliser une pince porte-tampons en cas d'avortement incomplet).				
11. A l'aide de la pince de Museux ou pince de Pozzi, exerce une légère traction sur le col pour cerner la zone entre l'épithélium cervical lisse et les tissus vaginaux.				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
12. Insère l'aiguille juste en dessous de l'épithélium et aspire en retirant légèrement le piston pour être sûr que l'aiguille ne pénètre pas dans un vaisseau sanguin.				
13. Injecte environ 2ml d'une solution de lidocaïne à 0,5% juste en dessous de l'épithélium, pas plus profondément que 3 mm, à 3, 5, 7 et 9 heures.				
14. Attend 2 minutes et ensuite, pince le col avec la pince. (Si la patiente sent la pincée, attend 2 minutes ou plus et ensuite, fait à nouveau le test.)				
TECHNIQUE AMIU				
1. Exerce une légère traction sur le col pour redresser le canal cervical et la cavité utérine.				
2. Si nécessaire, dilate le col en introduisant une canule de plus en plus grande.				
3. Tout en maintenant ferme le col, pousse doucement la canule choisie dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, sans dépasser 10 cm. Ensuite, retire lentement la canule du fond utérin.				
4. Fixe la seringue à AMIU préparée à la canule en tenant la canule dans une main et la pince de Museux et la seringue dans l'autre. Vérifie que la canule n'avance pas alors que la seringue est attachée.				
5. Ouvre la valve de compression de la seringue pour créer le vide dans la cavité utérine, par l'intermédiaire de la canule.				
6a. Evacue tout contenu restant de la cavité utérine en imprimant une rotation de la canule et de la seringue entre 10 heures et 2 heures et en faisant lentement reculer et avancer la canule dans l'utérus.				
6b. Si la seringue est à moitié remplie avant que la procédure ne soit complète, détache la canule de la seringue. Retire uniquement la seringue, laissant la canule en place.				
6c. Pousse sur le piston pour vider les produits restants de la conception dans le bassinnet.				
6d. Recharge la seringue, attache à la canule et relâche la ou les valves de compression.				
7. Vérifie la présence de signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus (mousse rouge ou rose dans la canule et absence de tissus, sensation de crissement à l'entrée en contact de la canule avec la surface de l'utérus une fois celui-ci évacué). Retire doucement la canule et la seringue à AMIU.				
8. Retire la canule et la seringue à AMIU et pousse sur le piston pour vider les PRC dans le bassinnet.				
9. Retire la pince de Pozzi ou la pince de Museux avant de retirer le spéculum.				
10. Fait un examen bimanuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.				
11. Rince, le cas échéant, les tissus avec de l'eau ou de l'eau salée.				
12. Inspecte rapidement les tissus retirés de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué.				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
13. Si aucun PRC n'est vu, réévalue la situation pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une grossesse ectopique.				
14. Insère doucement le spéculum et vérifie qu'il n'y a pas de saignement.				
15. Si l'utérus est encore mou ou si les saignements continuent, répète les étapes 3 à 10.				
TACHES APRES LA PROCEDURE				
1. Avant de retirer les gants, place les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.				
3. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les remplit et les rince à trois reprises avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 				
4. Attache la canule utilisée à la seringue AMIU et rince les deux avec une solution chlorée à 0,5%.				
5. Détache la canule de la seringue et les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.				
6. Jette les PRC dans l'évier, des toilettes à chasse d'eau, des latrines ou un récipient qui ferme bien.				
7. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 				
8. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.				
9. Laisse la patiente se reposer à l'aise pendant au moins 60 minutes dans un endroit où on peut suivre sa récupération.				
10. Vérifie qu'il n'existe pas de saignement et que les crampes ont diminué avant de la laisser partir.				
11. Indique à la patiente quels sont les soins après avortement et les signes d'alerte.				
12. Lui dit quand elle doit revenir si un suivi est nécessaire et lui indique qu'elle peut également revenir à n'importe quel moment si elle a des problèmes.				
13. Discute des buts en matière de procréation et, le cas échéant, lui fournit une méthode de planification familiale.				

LISTE DE VERIFICATION POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE [AMIU])

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
EVALUATION INITIALE					
1. Accueille la patiente avec respect et amabilité.					
2. Examine la patiente pour voir si elle se trouve en état de choc ou pour déterminer les complications.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
EVALUATION MEDICALE					
1. Réalise une anamnèse de la santé de la reproduction, fait un examen physique et effectue les tests de laboratoire.					
2. Informe la patiente de son état.					
3. Discute de ses buts en matière de procréation.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PREPARATION					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
3. Administre 500 mg de paracétamol par voie buccale à la femme 30 minutes avant l'intervention.					
4. Demande si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques.					
5. Vérifie la disponibilité d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau.					
6. Vérifie la disponibilité de la canule de taille adéquate et des adaptateurs. Vérifie la seringue AMIU et la charge (créé le vide).					

LISTE DE VERIFICATION POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
7. Vérifie que la patiente a vidé récemment sa vessie et a bien lavé sa zone périnéale.				
8. Met l'équipement de protection personnelle.				
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.				
10. Arrange les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE				
1. Explique chaque étape de l'intervention avant de l'exécuter.				
2. Administre 10 unités d'ocytocine en IM ou 0,2 mg d'ergométrine en IM.				
3. Réalise un examen bimanuel.				
4. Insère le spéculum.				
5. Badigeonne à trois reprises le vagin et le col avec une solution antiseptique.				
6. Extrait les produits restants de la conception (PRC) et vérifie s'il y a des déchirures au niveau du col.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
TECHNIQUE AMIU				
1. Place la pince à col ou la pince vulsellum sur la lèvre inférieure du col.				
2. Administre le bloc paracervical (si nécessaire).				
3. Exerce une légère traction sur le col.				
4. Dilate le col (si nécessaire).				
5. Pousse doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin.				
6. Fixe la seringue préparée à la canule.				
7. Evacue tout contenu de l'utérus.				
8. Vérifie la présence de signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus, retire doucement la canule et la seringue à AMIU. Vider tout contenu de l'AMIU dans un bassin.				
9. Retire la pince de Pozzi ou la pince de Museux et le spéculum.				
10. Réalise un examen bimanuel.				
11. Inspecte les tissus retirés de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué.				
12. Insère le spéculum et vérifie qu'il n'y a pas de saignement.				

LISTE DE VERIFICATION POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU) (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
13. Si l'utérus est encore mou ou si les saignements continuent, répète les étapes 5 à 10.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
TACHES APRES LA PROCEDURE				
1. Avant de retirer les gants, place les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
2. Rince la seringue AMIU et la canule avec une solution chlorée à 0,5% et les immerge dans la solution pour les décontaminer.				
3. Si lon réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.				
4. Retire les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique pour les jeter, ou les décontamine dans une solution chlorée à 0,5% pour les réutiliser.				
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.				
6. Vérifie qu'il n'existe pas de saignement et que les crampes ont diminué avant de la laisser partir.				
7. Indique à la patiente quels sont les soins après avortement.				
8. Discute des buts en matière de procréation et, le cas échéant, lui fournit une méthode de planification familiale.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
INTERVIEW INITIALE					
1. Accueille la femme avec respect et amabilité.					
2. Voit s'il convient de donner des conseils à ce moment là (sinon, prend les dispositions pour qu'elle soit conseillée à un autre moment et s'assure qu'elle comprend qu'elle peut tomber enceinte avant sa prochaine menstruation).					
3. Assure le caractère privé/confidentiel nécessaire.					
4. Obtient l'information biographique (nom, adresse, etc.).					
5. Lui demande si elle utilisait une méthode de contraception avant de tomber enceinte. Si oui, demande si elle : <ul style="list-style-type: none"> • Utilisait correctement la méthode • A arrêté l'utilisation • Avait du mal à utiliser la méthode • Avait des préoccupations à propos de la méthode 					
6. Fournit une information générale sur la planification familiale.					
7. Voit si elle a des attitudes ou croyances religieuses qui peuvent favoriser certaines méthodes ou au contraire, exclure leur utilisation.					
8. Donne à la femme une information sur les choix contraceptifs disponibles ainsi que les avantages et limitations de chacun : <ul style="list-style-type: none"> • Montre où et comment chaque méthode est utilisée. • Explique comment fonctionne la méthode et son efficacité. • Explique les effets secondaires possibles et d'autres problèmes de santé. • Explique les effets secondaires courants. 					
9. Discute des besoins, préoccupations et craintes de la femme de manière approfondie et sympathique.					
10. Aide la femme à commencer à choisir une méthode qui lui convient.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE
APRES AVORTEMENT**

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
DEPISTAGE					
1. Fait un dépistage attentif de la femme pour être sûr qu'il n'existe aucune condition médicale qui serait un problème (voir Liste de vérification du dépistage).					
2. Explique les effets secondaires éventuels et vérifie que chacun est bien compris.					
3. Réalise une évaluation complémentaire si indiquée (examen physique). (Les conseillers non médicaux doivent orienter les femmes pour évaluation supplémentaire.)					
4. Discute de ce qu'il faut faire si la femme a des effets secondaires ou des problèmes.					
5. Apporte des instructions sur la visite de suivi.					
6. Indique à la femme qu'elle peut revenir au même centre chaque fois qu'elle a besoin de conseils ou d'attention médicale.					
7. Demande à la femme de bien vouloir répéter les instructions.					
8. Répond aux questions de la femme.					

LISTE DE VERIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
INTERVIEW INITIALE					
1. Accueille la femme avec respect et amabilité.					
2. Voit s'il convient de donner des conseils à ce moment là (sinon, prend les dispositions pour qu'elle soit conseillée à un autre moment).					
3. Assure le caractère privé/confidentiel nécessaire.					
4. Obtient l'information biographique (nom, adresse, etc.).					
5. Lui demande si elle utilisait une méthode de contraception auparavant. Fournit une information générale sur la planification familiale.					
6. Donne à la femme une information sur les choix contraceptifs disponibles ainsi que les avantages et limitations de chacun.					
7. Discute des besoins, préoccupations et craintes de la femme. L'aide à commencer à choisir une méthode qui lui convient.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
DEPISTAGE					
1. Fait un dépistage attentif de la femme pour être sûr qu'il n'existe aucune condition médicale qui serait un problème (voir Liste de vérification du dépistage).					
2. Réalise un examen physique, si indiqué. (Les conseillers non médicaux doivent orienter les femmes pour une évaluation supplémentaire.)					
3. Discute de ce qu'il faut faire si la femme a des effets secondaires ou des problèmes.					

**LISTE DE VERIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE
APRES AVORTEMENT**

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
4. Apporte des instructions sur la visite de suivi et indique à la femme qu'elle peut revenir au même centre à n'importe quel moment.					
5. Demande à la femme de bien vouloir répéter les instructions.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE CAS 2 : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame C. est une troisième geste, 2^e par 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 ?
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 ?
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame C. et pourquoi ?

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 ?

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 ?

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 ?

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME

OBJECTIF

L'objectif de cet exercice est de permettre aux participants de s'exercer à utiliser le partogramme pour suivre le travail.

INSTRUCTIONS

Le formateur devrait revoir le partogramme avec les participants avant de commencer l'exercice.

Chaque participant reçoit trois partogrammes non remplis.

Cas 1: Le formateur lit chaque étape à la classe, porte l'information sur le partogramme plastifié de la taille d'une affiche et pose les questions comprises à chaque étape. En même temps, les participants doivent porter l'information sur leur partogramme.

Cas 2: Le formateur lit chaque étape à la classe et demande aux participants de porter l'information sur un autre partogramme. Les questions comprises à chaque étape devront être posées au fur et à mesure qu'elles se présentent.

Cas 3: Le formateur devrait lire chaque étape à la classe et demander aux participants de porter l'information sur la ligne du troisième de leurs partogrammes. Les questions seront ensuite posées quand le partogramme est rempli.

Tout au long de l'exercice, le formateur vérifie que les participants ont rempli correctement leur partogramme.

Le formateur devrait fournir aux participants trois partogrammes remplis de la Clé des Réponses et ensuite, leur demander de comparer ceux-ci avec les partogrammes qu'ils ont remplis. Le formateur devrait discuter des différences entre les partogrammes rendus par les participants et ceux de la Clé des Réponses.

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Partogrammes (trois pour chaque participant)
- Partogramme laminé (taille d'une affiche)

Exercice: Utiliser la Clé des réponses du partogramme

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 1

ETAPE 1

- Madame A. est admise à 5h00 le 5.12.2000
- Rupture des membranes à 4h00
- Geste 3, pare 2+0
- Numéro de l'hôpital 7886
- A l'admission, les quatre cinquièmes de la tête du fœtus étaient palpables au-dessus de la symphyse pubienne et la dilatation du col était de 2 cm.

Q : Qu'est-ce qui devrait être noté sur le partogramme ?

Note : La femme n'est pas encore en travail actif. Noter uniquement les détails de son histoire, à savoir les quatre premiers grands points, pas la descente ni la dilatation cervicale.

ETAPE 2

- 09h00 :
 - Les trois cinquièmes de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
 - Dilatation du col de 5 cm

Q : Qu'est-ce que vous devriez à présent noter sur le partogramme ?

Note : La femme à présent est en phase active du travail. Noter cela ainsi que l'information suivante sur le graphique du partogramme :

- 3 contractions en 10 minutes, chacune durant 20 à 40 secondes
- Rythme cardiaque foetal (CF), 120
- Rupture des membranes, liquide amniotique clair
- Les sutures des os crâniens sont apposées
- Tension artérielle 120/70 mm Hg
- Température 36,8°C
- Pouls 80 par minute
- Débit urinaire 200 ml ; test négatif pour protéine et acétone

Q : Quelles étapes devraient être prises ?

Q : Quels conseils devraient être donnés ?

Q : Que va-t-il probablement se passer à 13h00 ?

ETAPE 3

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

09h30 CF 120, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80
10h00 CF 136, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80
10h30 CF 140, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 88
11h00 CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Temp 37
11h30 CF 136, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 84, 2/5 de la tête engagés
12h00 CF 140, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 88
12h30 CF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 88
13h00 CF 140, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, Temp 37

- 13h00 :
 - Les 0/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
 - Le col est entièrement dilaté
 - Liquide amniotique clair
 - Apposition des sutures
 - Tension artérielle 100/70 mm Hg
 - Débit urinaire 150 ml ; test négatif pour la protéine et l'acétone

Q : Quelles étapes devraient être prises ?

Q : Quels conseils devraient être donnés ?

Q : Que va-t-il probablement se passer ensuite ?

ETAPE 4

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

- 13h20 : Accouchement spontané d'un enfant vivant de sexe féminin, poids 2,850 g

Répondre aux questions suivantes :

Q : Combien de temps a duré la phase active du premier stade du travail ?

Q : Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 2

ETAPE 1

- Madame B. a été admise à 10h00 le 5.2.2000
- Membranes intactes
- Primigeste, nullipare +0
- Numéro de l'hôpital 1443

Noter l'information ci-dessus sur le graphique du partogramme, avec les détails suivants :

- Les 5/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
- Dilatation du col de 4 cm
- Il y a 2 contractions en 10 minutes, chacune dure moins de 20 secondes
- CF 140
- Membranes intactes
- Tension artérielle 100/70 mm Hg
- Température 36,2°C
- Pouls 80 par minute
- Débit urinaire 400 ml ; test négatif pour la protéine et l'acétone

Q : Quel est votre diagnostic ?

Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?

ETAPE 2

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

10h30 CF 140, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 90
11h00 CF 136, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 88, Membranes intactes
11h30 CF 140, Contractions 2/10 chaque 20 sec, Pouls 84
12h00 CF 136, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 88, Temp 36,2

- Les 5/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
- Dilatation du col de 4 cm, membranes intactes

Q : Quel est votre diagnostic

Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?

ETAPE 3

Porter l'information suivante sur la courbe du partogramme :

12h30 CF 136, Contractions 1/10 chaque 15 sec, Pouls 90
13h00 CF 140, Contractions 1/10 chaque 15 sec, Pouls 88
13h30 CF 130, Contractions 1/10 chaque 20 sec, Pouls 88
14h00 CF 140, Contractions 2/10 chaque 20 sec, Pouls 90, Temp 36,8,
 tension artérielle 100/70

- Les 5/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
- Débit urinaire 300 ml ; test négatif pour protéine et acétone
- Membranes intactes

Q : Quel est votre diagnostic?

Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

- Dilatation du col de 4 cm, apposition de sutures
- Le travail est accéléré avec de l'ocytocine 2,5 unités en 500 ml liquide IV à 10 gouttes par minute (gpm)

ETAPE 4

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

- 14h30 :
 - 2 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
 - Débit de perfusion augmenté à 20 gpm
 - CF 140, Pouls 88
- 15h00 :
 - 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
 - Débit de perfusion augmenté à 30 gpm
 - CF 140, Pouls 90
- 15h30 :
 - 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
 - Débit de perfusion augmenté à 40 gpm
 - CF 140, Pouls 88
- 16h00 :
 - Les 2/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
 - Dilatation du col de 6 cm ; apposition de sutures
 - 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
 - Débit de perfusion augmenté à 50 gpm
 - CF 144, Pouls 92
- 16h30 :
 - CF 140, Contractions 3/10 chaque 45 sec, Pouls 90

Q : Quelles étapes allez-vous prendre ?

ETAPE 5

17h00 CF 138, Pouls 92, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Maintenir à 50 gpm
 17h30 CF 140, Pouls 94, Contractions 3/10 chaque 45 sec, Maintenir à 50 gpm
 18h00 CF 140, Pouls 96, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Maintenir à 50 gpm
 18h30 CF 144, Pouls 94, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Maintenir à 50 gpm

ETAPE 6

Noter l'information suivante sur le partogramme :

- 19h00 :
 - Les 0/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
 - CF 144, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 90
 - Le col est entièrement dilaté

ETAPE 7

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

- 19h30 :
 - CF 142, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 100
- 20h00 :
 - CF 146, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 110
- 20h10 :
 - Accouchement spontané d'un enfant vivant de sexe masculin, poids 2,654 g

Répondre aux questions suivantes :

Q : Combien de temps a duré la première phase active du travail ?

Q : Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?

Q : Pourquoi a-t-on accéléré le travail ?

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 3

ETAPE 1

- Madame C. a été admise à 10h00 le 5.12.2000
- Rupture des membranes à 9h00
- Geste 4, pare 3+0
- Numéro de l'hôpital 6639

Noter l'information ci-dessus sur le graphique du partogramme, avec les détails suivants :

- Les 3/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
- Dilatation du col de 4 cm
- Il y a 3 contractions en 10 minutes, chacune dure 30 secondes
- CF 140
- Liquide amniotique clair
- Apposition de sutures
- Tension artérielle 120/70 mm Hg
- Température 36,8°C
- Pouls 80 par minute
- Débit urinaire 200 ml ; test négatif pour la protéine et l'acétone

ETAPE 2

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

10h30	CF 130, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 80
11h00	CF 136, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90
11h30	CF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88
12h00	CF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90, Temp 37, tête 3/5 palpable
12h30	CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90
13h00	CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88
13h30	CF 120, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88
14h00	CF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, Temp 37, tension artérielle 100/70

- Les 3/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
- Dilatation du col de 6 cm, liquide amniotique clair
- Les sutures se chevauchent mais chevauchement réductible

ETAPE 3

14h30	CF 120, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 90, Liquide clair
15h00	CF 120, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Liquide teinté de sang
15h30	CF 100, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 100
16h00	CF 90, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 100, Temp 37
16h30	CF 90, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 110, tête 3/5 palpables, méconium

- Les 3/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne
- Dilatation du col de 6 cm
- Liquide amniotique teinté par le méconium
- Les sutures se chevauchent mais chevauchement irréductible
- Débit urinaire 100 ml ; test négatif pour la protéine, acétone 1+

ETAPE 4

Porter l'information suivante sur le tracé de la courbe du partogramme :

- Césarienne à 17h00, enfant vivant de sexe féminin avec problème respiratoire, poids 4,850 g

Répondre aux questions suivantes :

Q : Quel est le diagnostic final ?

Q : Quelle mesure était indiquée à 14h00 et pourquoi ?

Q : Quelle mesure était indiquée à 16h00 et pourquoi ?

Q : A 16h30, on a pris la décision de faire une césarienne.

Est-ce que c'était une mesure correcte ?

Q : Quels sont les problèmes auxquels on peut s'attendre chez le nouveau-né ?

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'un accouchement, y compris la prise en charge du troisième stade du travail et l'examen du placenta et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant les modèles pelvien et fœtal appropriés.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour la Réalisation d'un accouchement avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure de la réalisation d'un accouchement normal, y compris la prise en charge active du troisième stade et l'examen du placenta, pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour la Réalisation d'un accouchement.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage de la Réalisation d'un accouchement avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour la Réalisation d'un accouchement.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour la Réalisation d'un accouchement.³

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Simulateur d'accouchement et modèle placenta/cordon/liquide amnios
- Modèle fœtal (avec crâne dur)
- Tablier en plastique ou en caoutchouc
- Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Trousse d'accouchement
- Récipient pour placenta

Fiche d'apprentissage pour la Réalisation d'un accouchement

Fiche d'Apprentissage pour la Réalisation d'un accouchement

Liste de Vérification pour la Réalisation d'un accouchement

Liste de Vérification pour la Réalisation d'un accouchement

³ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser un accouchement, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Laisse la patiente pousser spontanément.					
3. Approuve la position qu'elle a choisie pour accoucher.					
4. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
5. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
REALISATION DE L'ACCOUCHEMENT					
1. Met un tablier propre en plastique ou en caoutchouc, des bottes en caoutchouc et des lunettes.					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
3. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
4. Nettoie le périnée avec un tissu ou une compresse, trempée dans une solution antiseptique ou dans de l'eau et du savon, en frottant du devant vers l'arrière.					
5. Met un champ opératoire stérile sous les fesses de la femme, un autre sur l'abdomen et utilise le troisième pour recevoir le nouveau-né.					
Dégagement de la tête					
6. Place les doigts d'une main sur la tête qui avance pour la maintenir en flexion afin de maîtriser l'expulsion de la tête.					
7. Utilise l'autre main pour soutenir le périnée avec un tampon de gaze, un linge ou une compresse.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
8. Une fois le périnée distendu, décide si une épisiotomie est nécessaire (si le périnée est très étroit). Si nécessaire, fait une infiltration périnéale avec de la lidocaïne et exécute l'épisiotomie (voir Fiche d'apprentissage pour l'Episiotomie et la réfection).					
9. Maintient une pression ferme mais délicate sur la tête pour encourager la flexion.					
10. Demande à la femme de souffler doucement, à chaque respiration, pour éviter de pousser.					
11. Une fois que la tête est dégagée, met la main pour accueillir la tête.					
12. A l'aide d'un tissu propre, nettoie les mucosités (et les membranes si nécessaire) dans la bouche et le nez de l'enfant.					
13. Passe la main autour de son cou à la recherche du cordon ombilical : <ul style="list-style-type: none"> • Si le cordon est enroulé autour du cou mais lâche, le fait glisser par-dessus la tête du bébé. • Si le cordon est lâche mais qu'il ne peut pas être atteint, relâche le cordon pour qu'il glisse et repasse sur les épaules lorsque celles-ci sortent. • Si le cordon est enroulé étroitement autour du cou du bébé, le clampé avec deux pinces hémostatiques, à 3 cm d'écart, et le sectionne entre les deux clamps. 					
14. Laisse la rotation de la tête se faire spontanément.					
Dégagement des épaules					
15. Place une main de chaque côté de la tête du nouveau-né sur les oreilles.					
16. Exerce une légère traction vers le bas pour faire glisser l'épaule antérieure en dessous de la symphyse pubienne.					
17. Lorsque le pli axillaire est vu, guide la tête et le tronc en un mouvement vers le haut pour dégager l'épaule postérieure sur le périnée.					
18. Saisit le nouveau-né autour de la poitrine pour aider à délivrer le tronc et amène le nouveau-né vers l'abdomen de la femme.					
19. Note l'heure de la naissance.					
Soins immédiats du nouveau-né					
20. Sèche rapidement et soigneusement le nouveau-né avec une serviette ou un linge propre et sec immédiatement après la naissance.					
21. Essuie les yeux du nouveau-né avec un linge propre.					
22. Met le nouveau-né en contact peau à peau sur l'abdomen de la mère et le recouvre avec une serviette ou un linge propre et sec.					
23. Observe les respirations du nouveau-né tout le long des étapes 1 et 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Si le nouveau-né ne respire pas, commence les mesures de réanimation (voir la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation du nouveau-né) • Si le nouveau-né respire normalement, continue à lui prodiguer les soins suivants. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
Clamper et sectionner le cordon					
24. Clampe à deux endroits le cordon avec suffisamment d'espace entre pour le sectionner facilement.					
25. Coupe le cordon en utilisant des ciseaux stériles recouverts de gaze pour éviter que le sang ne gicle.					
26. Lie le cordon à 2,5 cm de l'abdomen du nouveau-né.					
27. Laisse le nouveau-né en contact peau à peau sur l'abdomen ou la poitrine de la mère, recouvert d'une serviette ou d'un linge propre et sec.					
28. Palpe l'abdomen de la mère pour être sûr qu'il n'y a pas un autre bébé.					
29. Administre 10 unités d'ocytocine en IM.					
PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIEME STADE					
Préparation					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
3. Demande à un assistant de placer un récipient stérile (bac réniforme) contre le périnée de la femme.					
Délivrance et examen du placenta					
4. Clampe le cordon à proximité du périnée avec la pince.					
5. Attend que l'utérus se contracte.					
6. Utilise une main pour saisir la pince avec le bout clampé du cordon.					
7. Place l'autre main juste au-dessus de la symphyse pubienne, en haut du champ opératoire couvrant l'abdomen de la femme, avec la paume vers l'ombilic de la mère et exerce une légère contre-traction vers le haut.					
8. En même temps, tire sur le cordon, en direction du bas, utilisant la main qui tient la pince.					
9. Maintient la tension sur le cordon (évite les mouvements saccadés et d'user de la force) : <ul style="list-style-type: none"> • Si la manœuvre n'a pas réussi en 30–40 secondes, cesse de tirer, attend la prochaine contraction et recommence. 					
10. Quand le placenta est visible à l'ouverture vaginale, le prend avec les deux mains.					
11. Utilise un mouvement en douceur vers le haut et vers le bas ou une action de torsion pour délivrer les membranes.					
12. Tient le placenta dans les paumes des mains avec le côté maternel vers le haut.					
13. Masse immédiatement et doucement l'utérus à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus soit bien contracté.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
14. Vérifie que tous les cotylédons sont présents et vont ensemble.					
15. Tient à présent le cordon avec une main et laisse suspendus le placenta et les membranes.					
16. Insère l'autre main à l'intérieur des membranes, avec les doigts étendus.					
17. Inspecte les membranes pour voir si elles sont complètes.					
18. Note la position de l'insertion du cordon.					
19. Inspecte l'extrémité du cordon pour noter la présence de deux artères et d'une veine.					
20. Place le placenta dans le récipient (bac réniforme) fourni.					
21. Montre à la mère comment masser son utérus pour maintenir les contractions.					
Examen du canal génital					
22. Demande à un assistant d'éclairer le périnée.					
23. Sépare doucement les lèvres et inspecte la partie inférieure du vagin pour noter toute lacération/déchirure.					
24. Inspecte le périnée pour noter toute lacération/déchirure.					
25. Réfection de l'épisiotomie (si elle a été faite) (voir la Fiche d'apprentissage pour l'Episiotomie et la réfection).					
26. Lave délicatement la vulve et le périnée avec de l'eau chaude ou une solution antiseptique et sèche avec un linge propre et doux.					
27. Met un pansement ou linge propre sur le périnée de la femme.					
28. Enlève les draps tachés, met la femme à l'aise et la recouvre avec une couverture.					
29. Avant d'enlever les gants, place le linge taché dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour le décontaminer.					
TACHES APRES LA NAISSANCE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique et détruit le placenta par incinération (ou le met dans un récipient étanche pour l'enterrer) après avoir consulté la femme à propos des pratiques culturelles.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les remplit et les rince à trois reprises avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
4. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
6. Note tous les résultats dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Laisse la patiente pousser spontanément.					
3. Approuve la position qu'elle a choisie pour accoucher.					
4. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
5. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REALISATION DE L'ACCOUCHEMENT					
1. Met l'équipement de protection personnelle.					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
3. Nettoie le périnée avec une solution antiseptique.					
4. Une fois le périnée distendu, décide si une épisiotomie est nécessaire et l'exécute, le cas échéant.					
5. Une fois que la tête est dégagée, passe la main autour du cou du nouveau-né à la recherche du cordon ombilical : <ul style="list-style-type: none"> • S'il le trouve, relâche le cordon et le fait glisser par-dessus la tête du bébé ou relâche le cordon pour qu'il passe sur les épaules lorsque celles-ci sortent ou clampes et sectionne le cordon. 					
6. Laisse la rotation de la tête se faire spontanément.					
7. Exerce une légère traction vers le bas pour faire glisser l'épaule antérieure en dessous de la symphyse pubienne.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
8. Guide la tête et le tronc en un mouvement vers le haut pour dégager l'épaule postérieure sur le périnée.					
9. Saisit le nouveau-né autour de la poitrine pour aider à délivrer le tronc et amène le nouveau-né vers l'abdomen de la femme.					
10. Note l'heure de la naissance.					
11. Sèche rapidement et soigneusement le nouveau-né avec une serviette ou un linge propre et sec immédiatement après la naissance.					
12. Essuie les yeux du nouveau-né avec un linge propre.					
13. Met le nouveau-né en contact peau à peau sur l'abdomen de la mère et le recouvre avec une serviette ou un linge propre et sec.					
14. Observe les respirations du nouveau-né (voir la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation du nouveau-né).					
15. Clampe et coupe, ou lie et coupe le cordon.					
16. Réalise une prise en charge active du troisième stade du travail : palpe l'abdomen de la mère pour être sûr qu'il n'y a pas un autre bébé et administre 10 unités d'ocytocine en IM.					
17. Exerce une traction douce mais ferme au cordon pendant une contraction, tout en exerçant une contre-traction à l'utérus.					
18. Si le placenta n'est pas délivré avec la première contraction, attend la prochaine contraction et répète la traction contrôlée au cordon avec une contre-traction à l'utérus.					
19. Tient le placenta à deux mains quand il est visible.					
20. Utilise un mouvement en douceur vers le haut et vers le bas ou une action de torsion pour délivrer les membranes.					
21. Inspecte le placenta et les membranes pour voir s'ils sont complets ou s'ils présentent des anomalies.					
22. Vérifie que l'utérus est bien contracté.					
23. Masse l'utérus s'il n'est pas contracté.					
24. Inspecte la partie inférieure du vagin et le périnée pour noter toute laceration/déchirure et fait une réfection, le cas échéant.					
25. Effectue une réfection de l'épisiotomie si celle-ci a été faite.					
26. Lave et sèche et met un pansement ou linge propre sur le périnée.					
27. Avant d'enlever les gants, place le matériel contaminé dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
28. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
29. Si l'on réutilise l'aiguille et la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans une solution chlorée à 0,5% pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.				
30. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.				
31. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.				
32. Note tous les résultats dans le dossier de la patiente.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : EPISIOTOMIE ET REFECTION

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'une épisiotomie et d'une réfection et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'une épisiotomie et une réfection pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour l'Épisiotomie et la réfection.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour l'Épisiotomie et la réfection.⁴

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Modèle pelvien ou bloc de mousse permettant la réalisation d'une épisiotomie et d'une réfection
- Gants désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle
- Lampe pour examen
- Anesthésie locale
- Aiguilles et seringues
- Matériel pour sutures

Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection

Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection

Liste de Vérification pour l'Épisiotomie et la réfection

Liste de vérification pour l'Épisiotomie et la réfection

⁴ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une épisiotomie et une réfection, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION

(A remplir par les **Participants**)

Note : Les participants devraient utiliser cette fiche d'apprentissage avec la **Fiche d'apprentissage pour la Réalisation d'un accouchement**

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques.					
5. Met l'équipement de protection personnelle.					
ADMINISTRER L'ANESTESIE LOCALE					
Note : Prestataire compétent, vous devriez déjà avoir vos vêtements et vos gants de protection.					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
2. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
3. Nettoie le périnée avec une solution antiseptique.					
4. Aspire 10 ml de lidocaïne à 0,5% dans une seringue.					
5. Place deux doigts dans le vagin le long de la ligne d'incision proposée.					
6. Insère l'aiguille à 4-5 cm dans la peau suivant la même ligne et aspire en tirant sur le piston pour s'assurer que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau sanguin.					
7. Fait une infiltration de la muqueuse vaginale, sous-cutanée du périnée et profonde des muscles du périnée avec la solution de lidocaïne.					
8. Attend 2 minutes et ensuite, pince le col avec la pince. (Si la patiente réagit au stimulus, attend encore 2 minutes puis recommence).					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
REALISATION DE L'EPISIOTOMIE					
1. Avant de réaliser l'épisiotomie, attend que : <ul style="list-style-type: none"> Le périnée soit distendu. 3-4 cm de la tête du bébé soient visibles lors d'une contraction. 					
2. Introduit deux doigts dans le vagin, la paume vers le bas, entre la tête de l'enfant et le périnée.					
3. Insère la lame ouverte des ciseaux entre le périnée et les deux doigts.					
4. Fait une incision médiolatérale du périnée, sur 3-4 cm (à un angle de 45° de la ligne médiane à mi-chemin entre la tubérosité ischiatique et l'anus).					
5. Fait une incision aux ciseaux de 2-3 cm dans le vagin, jusqu'au milieu de la paroi vaginale postérieure.					
6. Si le dégagement de la tête ne suit pas immédiatement, applique une pression sur le site de l'épisiotomie entre les contractions en utilisant un morceau de gaze pour minimiser les saignements.					
7. Contrôle le dégagement de la tête pour éviter l'extension de l'épisiotomie.					
8. Examine attentivement la patiente et recherche les éventuelles extensions et autres lésions.					
REFECTION DE L'EPISIOTOMIE					
1. Demande à la femme de positionner ses fesses vers le bout du lit ou de la table (en utilisant les étriers s'ils sont disponibles).					
2. Demande à un assistant d'éclairer le périnée de la femme.					
3. Nettoie le périnée de la femme avec une solution antiseptique.					
4. S'il faut répéter l'anesthésie locale, aspire 10 ml de lidocaïne à 0,5% dans une seringue.					
5. Insère l'aiguille d'un côté de l'incision vaginale et injecte la solution de lidocaïne tout en retirant doucement l'aiguille.					
6. Répète de l'autre côté de l'incision vaginale et de chaque côté de l'incision périnéale.					
7. Attend 2 minutes pour que la solution de lidocaïne fasse son effet.					
8. En utilisant un catgut chromé 2/0, insère l'aiguille à suture juste au-dessus (1 cm) de l'incision vaginale.					
9. Suture en continu de la partie apicale vers le bas pour réparer l'incision vaginale.					
10. Suture jusqu'au niveau de l'orifice vaginal.					
11. Au niveau de l'orifice vaginal, affronte les berges de l'incision.					
12. Fait passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la fait ressortir par l'incision puis noue.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
13. Suture par des points séparés de fil 2/0 pour réparer le muscle périnéal, allant du haut de l'incision périnéale vers le bas.					
14. Suture par des points séparés de fil 2/0 pour affronter les berges.					
15. Met un pansement ou linge propre sur le périnée de la femme.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les remplit et les rince à trois reprises avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					
4. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
6. Note la procédure dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques.					
5. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REALISATION DE L'EPISIOTOMIE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
2. Nettoie le périnée avec une solution antiseptique.					
3. Administre l'anesthésie locale.					
4. Réalise l'épisiotomie quand le périnée est distendu et que la tête du bébé est visible lors d'une contraction.					
5. Introduit deux doigts dans le vagin entre la tête de l'enfant et le périnée.					
6. Insère la lame ouverte des ciseaux entre le périnée et les doigts. Fait une incision médiolatérale du périnée.					
7. Si le dégagement de la tête ne suit pas immédiatement, applique une pression sur le site de l'épisiotomie entre les contractions.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EPISIOTOMIE ET LA REFECTION (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
8. Contrôle le dégagement de la tête pour éviter l'extension de l'épisiotomie.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFECTION DE L'EPISIOTOMIE					
1. Nettoie le périnée de la femme avec une solution antiseptique.					
2. Répète l'anesthésie locale, si nécessaire.					
3. Utilise une suture en continu de la partie apicale vers le bas pour réparer l'incision vaginale.					
4. Au niveau de l'orifice vaginal, affronte les berges de l'incision.					
5. Fait passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la fait ressortir par l'incision puis noue.					
6. Utilise des sutures par points séparés pour réparer le muscle périnéal, allant du haut de l'incision périnéale vers le bas pour affronter les berges.					
7. Met un pansement ou linge propre sur le périnée de la femme.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
4. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
6. Note la procédure dans le dossier de la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'une réfection des déchirures cervicales et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'Apprentissage pour la Réfection des Déchirures cervicales avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'une réfection des déchirures cervicales pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'Apprentissage pour la Réfection des Déchirures cervicales.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'Apprentissage pour la Réfection des Déchirures cervicales avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de Vérification pour la Réfection des Déchirures cervicales.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de Vérification pour la Réfection des Déchirures cervicales.⁵

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Bloc de mousse pour simuler un vagin et un col
- Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle
- Lampe pour examen
- Spéculum vaginal
- Pince à pansement ou pince à éponge
- Matériel pour les sutures

Fiche d'Apprentissage pour la Réfection des Déchirures cervicales

Fiche d'Apprentissage pour la Réfection des Déchirures cervicales

Liste de Vérification pour la Réfection des Déchirures cervicales

Liste de Vérification pour la Réfection des Déchirures cervicales

⁵ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une réfection des déchirures cervicales, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, si nécessaire.					
5. Administre l'anesthésie (péthidine et diazépam ou kétamine en IV), si nécessaire.					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
3. Demande à un assistant d'éclairer le vagin.					
4. Nettoie le vagin et le col avec une solution antiseptique.					
5. Demande à un aide de masser l'utérus et d'exercer une pression fundique.					
6. Insère une pince porte-tampons ou pince à pansement dans le vagin et saisit le col sur un côté de la déchirure.					
7. Insère une seconde pince porte-tampons et saisit le col sur l'autre côté de la déchirure.					
8. Tire doucement dans diverses directions pour inspecter la totalité du col. Il se peut qu'il y ait d'autres lésions.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
9. Place les poignées des deux pinces dans une main : • Tient le col stable en tirant délicatement les pinces vers lui.					
10. Place la première suture en haut (partie apicale) de la déchirure.					
11. Referme la déchirure avec une suture continue : • Vérifie d'inclure toute l'épaisseur du col à chaque fois que l'aiguille à suture est insérée.					
12. Si une grande portion du bord de l'orifice est déchirée, suture par en-dessous par un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques) 0.					
13. Si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer : • La saisit avec une pince hémostatique ou une pince porte-tampons. • Laisse la pince en place pendant 4 heures. • Attendre 4 heures, desserrer partiellement le mors de la pince mais ne la retire pas. • Attendre 4 heures supplémentaires, retire la pince complètement.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
5. Note la procédure dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde.					
5. Administre l'anesthésie, si nécessaire.					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie le vagin et le col avec une solution antiseptique.					
3. Saisit les deux côtés du col en utilisant une pince porte-tampons ou pince à pansement (une pince pour chaque côté de la déchirure).					
4. Place la première suture en haut de la déchirure et la referme avec une suture continue, en incluant toute l'épaisseur du col à chaque fois que l'aiguille à suture est insérée.					
5. Si une grande portion du bord de l'orifice est déchirée, suture par en dessous avec une suture continue.					
6. Utilise une pince porte-tampons si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
3. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure dans le dossier de la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'un accouchement par le siège et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour l'Accouchement par le siège avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'un accouchement par le siège pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour l'Accouchement par le siège.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'Accouchement par le siège avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour l'Accouchement par le siège.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour l'Accouchement par le siège.⁶

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Simulateur d'accouchement et modèle de placenta/cordon/liquide amnios
- Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle

Fiche d'apprentissage pour l'Accouchement par le siège

Fiche d'apprentissage pour l'Accouchement par le siège

Liste de vérification pour l'Accouchement par le siège

Liste de vérification pour l'Accouchement par le siège

⁶ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser un accouchement par le siège, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Revoit pour vérifier que les conditions suivantes sont présentes pour l'accouchement par le siège : <ul style="list-style-type: none"> • Siège complet • Pelvimétrie clinique adéquate, surtout si le promontoire sacral n'est pas incliné • Le fœtus n'est pas trop grand • Aucune césarienne précédente pour la disproportion céphalopelvienne • Tête fléchie 					
5. Met l'équipement de protection personnelle.					
6. Installe une voie veineuse.					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
3. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
4. Sonde la vessie, si nécessaire.					
ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE					
Dégagement des fesses et de la tête					
1. Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dit à la patiente qu'elle peut pousser lors des contractions.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
2. Avec la distension du périnée, décide si une épisiotomie est nécessaire (par exemple, si le périnée est très épais). Si nécessaire, procède à l'infiltration de lidocaïne et réalise une épisiotomie (voir Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection).					
3. Laisse le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.					
4. Prend délicatement les fesses dans une main sans tirer dessus.					
5. Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégage l'une après l'autre : <ul style="list-style-type: none"> ● Pousse sur la jambe au-delà du genou pour la plier. ● Saisit la cheville et dégage le pied puis le reste de la jambe. ● Fait de même pour l'autre jambe. 					
6. Tient le bébé par les hanches, mais ne tire pas.					
Dégagement des bras					
7. Si les bras sont palpables sur la poitrine, laisse les bras se dégager spontanément : <ul style="list-style-type: none"> ● Après le dégagement spontané du premier bras, soulève les fesses du bébé en direction de l'abdomen afin de permettre au deuxième bras de se dégager spontanément. ● Si le bras ne se dégage pas spontanément, place un ou deux doigts au niveau du coude et plie le bras de façon à ramener la main de l'enfant sur son visage. 					
8. Si les bras sont relevés ou enroulés autour du cou, utilise la manœuvre de Lovset : <ul style="list-style-type: none"> ● Prend l'enfant par les hanches et lui imprime une rotation de 180°, en lui maintenant le dos tourné vers le haut. ● Exerce une traction vers le bas de façon à ce que le bras postérieur devienne le bras antérieur et descende sous le promontoire en plaçant un ou deux doigts sur la partie supérieure du bras. ● Amène le bras vers le bas en le faisant glisser sous la poitrine, après avoir fléchi le coude et passé la main devant le visage. ● Pour dégager le deuxième bras, imprime à l'enfant une rotation de 180° dans l'autre sens en lui maintenant toujours le dos en haut et en exerçant une traction vers le bas et fait passer le bras sous le promontoire, comme pour le premier. 					
9. S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégage le bras postérieur : <ul style="list-style-type: none"> ● Prend le bébé par les chevilles et le soulève. ● Oriente le thorax vers l'intérieur de la jambe de la mère, ce qui devrait permettre à l'épaule postérieure de se dégager. ● Dégage le bras, puis la main. ● Ramène le bébé en position allongée en le tenant toujours par les chevilles, ce qui devrait permettre à l'épaule antérieure de se dégager. ● Dégage le bras, puis la main. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
Dégagement de la tête					
10. Dégage la tête en utilisant la manœuvre de Mauriceau Smellie Veit : <ul style="list-style-type: none"> • Glisse la main et l'avant-bras sous le corps et le visage du bébé. • Place l'index et l'annulaire sur les pommettes du bébé. • Insère le majeur dans la bouche de façon à tirer la mâchoire vers le bas et à fléchir la tête. • De l'autre main, saisit les épaules. • Pousse délicatement la tête avec deux doigts pour l'incliner sur la poitrine. • Exerce en même temps une pression vers le bas sur la mâchoire jusqu'à ce que la racine des cheveux soit visible. • Exerce une traction délicate pour dégager la tête. • Demande à un aide de pousser au-dessus de la symphyse pubienne maternelle pendant le dégagement de la tête. • Soulève le bébé, jusqu'à ce que la bouche et le nez soient dégagés. 					
11. Réalise une prise en charge active du troisième stade du travail pour extraire le placenta : <ul style="list-style-type: none"> • Administre 10 unités d'ocytocine en IM. • Exerce une traction contrôlée sur le cordon. • Masse l'utérus. 					
12. Examine soigneusement la patiente et procède, le cas échéant, à la réparation des déchirures cervicales ou vaginales.					
13. Procède à la réparation des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée (voir Fiche d'apprentissage pour l'Episiotomie et la réparation).					
14. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
5. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Vérifie que les conditions sont présentes pour l'accouchement par le siège.					
5. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
3. Sonde la vessie, si nécessaire.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE					
Dégagement des fesses et des jambes					
1. Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dit à la patiente qu'elle peut pousser lors des contractions.					
2. Réalise une épisiotomie, si nécessaire.					
3. Laisse le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.					
4. Prend délicatement les fesses dans une main.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
5. Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégage l'une après l'autre.					
6. Tient le bébé par les hanches.					
Dégagement des bras					
7. Si les bras sont palpables sur la poitrine, laisse les bras se dégager spontanément.					
8. Si les bras sont relevés ou enroulés autour du cou, utilise la manœuvre de Lovset.					
9. S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégage le bras postérieur .					
Dégagement de la tête					
10. Dégage la tête en utilisant la manœuvre de Mauriceau Smellie Veit.					
11. Réalise les étapes pour une prise en charge active du troisième stade du travail.					
12. Après la naissance, examine soigneusement la patiente et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales.. Procède la réfection des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée.					
13. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'une extraction par ventouse obstétricale et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

voir la Fiche d'apprentissage pour l'Extraction par ventouse obstétricale avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'une extraction par ventouse obstétricale pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour l'Extraction par ventouse obstétricale.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'Extraction par ventouse obstétricale avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour l'Extraction par ventouse obstétricale.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de Vérification pour l'Extraction par ventouse obstétricale.⁷

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Simulateur d'accouchement et modèle de placenta/cordon/liquide amnios
- Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle
- Ventouse

Fiche d'apprentissage pour l'Extraction par ventouse obstétricale

Fiche d'apprentissage pour l'Extraction par ventouse obstétricale

Liste de vérification pour l'Extraction par ventouse obstétricale

Liste de vérification pour l'Extraction par ventouse obstétricale

⁷ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une extraction par ventouse obstétricale, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Réexamine la patiente et vérifie que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies : <ul style="list-style-type: none"> • Le fœtus est en présentation du sommet. • La grossesse est à terme. • Le col est complètement dilaté. • La tête se trouve au moins au niveau 0 ou deux cinquièmes de la tête au plus se trouvent au-dessus de la symphyse pubienne. 					
5. Vérifie qu'un aide est disponible.					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
3. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
4. Sonde la vessie, si nécessaire.					
5. Vérifie tous les raccords et teste la ventouse sur la main après avoir enfilé un gant.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE					
1. Vérifie la position de la tête fœtale en recherchant au toucher la suture sagittale et les fontanelles.					
2. Repère la petite fontanelle.					
3. Applique la cupule la plus large possible sur la présentation, en plaçant le centre sur le point de flexion, 1 cm en avant de la petite fontanelle.					
4. Réalise une épisiotomie, si nécessaire, pour le bon positionnement de la cupule (voir Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection) : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'épisiotomie n'est pas nécessaire pour pouvoir positionner la cupule correctement, retarde la réalisation jusqu'à ce que la tête bombe le périnée ou jusqu'à ce que le périnée se trouve dans l'axe de traction. 					
5. Vérifie que la cupule est bien appliquée. S'assure qu'il n'y a aucune partie molle (tissu cervical ou vaginal) sous le bord de la cupule : <ul style="list-style-type: none"> • Si nécessaire, crée un vide et vérifie la pose de la cupule. 					
6. Demande à un aide de créer un vide en exerçant une dépression de 0,2 kg/cm ² avec la pompe et vérifie la pose de la cupule.					
7. Augmente la dépression jusqu'à 0,8 kg/cm ² et vérifie la pose de la cupule.					
8. Après avoir atteint la dépression maximale, entame une traction dans l'axe pelvien perpendiculairement à la cupule : <ul style="list-style-type: none"> • Si la tête fœtale est inclinée sur le côté ou mal fléchie, il convient d'orienter la traction de sorte à corriger l'asynclitisme ou la déflexion (c'est-à-dire soit d'un côté, soit de l'autre et pas nécessairement sur la ligne médiane). 					
9. Lors de chaque contraction, applique une traction perpendiculaire au plan de la cupule : <ul style="list-style-type: none"> • Après avoir enfilé des gants stériles ou désinfectés, met un doigt sur le crâne de l'enfant au contact de la cupule pour évaluer un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet. 					
10. Entre chaque contraction, demande à un aide de vérifier : <ul style="list-style-type: none"> • Le rythme cardiaque fœtal • La pose de la cupule 					
11. S'il y a progression, et en l'absence de souffrance fœtale, poursuit les tractions de "guidage" pendant 30 minutes au maximum.					
12. Une fois la tête dégagée, décompresse, retire la cupule et termine l'accouchement.					
13. Réalise une prise en charge active du troisième stade du travail pour extraire le placenta : <ul style="list-style-type: none"> • Administre 10 unités d'ocytocine en IM. • Exerce une traction contrôlée sur le cordon. • Masse l'utérus. 					
14. Après la naissance, examine le canal génital et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
15. Procède à la réfection des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée (voir Fiche d'apprentissage pour l'Episiotomie et la réfection).					
16. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
5. Note tous les résultats dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Vérifie que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies.					
5. Vérifie qu'un aide est disponible.					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
3. Sonde la vessie, si nécessaire.					
4. Vérifie tous les raccords et teste la ventouse.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE					
1. Vérifie la position de la tête fœtale et repère la petite fontanelle.					
2. Applique la cupule la plus large possible.					
3. Réalise une épisiotomie, si nécessaire, pour le bon positionnement de la cupule.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que la cupule est bien appliquée et s'assure qu'il n'y a aucune partie molle sous le bord de la cupule.					
5. Demande à l'assistant de créer un vide en exerçant une dépression et vérifie la pose de la cupule.					
6. Augmente la dépression au maximum et ensuite, entame une traction. Corrige l'asynclitisme ou la déflexion de la tête.					
7. Lors de chaque contraction, applique une traction perpendiculaire au plan de la cupule et évalue un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.					
8. Entre chaque contraction, demande à un assistant de vérifier le rythme cardiaque fœtal et la pose de la cupule.					
9. Poursuit les tractions de "guidage" pendant 30 minutes. Une fois la tête dégagée, décompresse.					
10. Termine l'accouchement et extrait le placenta.					
11. Après la naissance, examine le canal génital et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures. Procède à la réfection des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée.					
12. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

Deuxième semaine

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la compression bimanuelle de l'utérus, y compris la prise en charge du troisième stade du travail et l'examen du placenta et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant les modèles appropriés.

Les participants devraient revoir la Fiche d'Apprentissage pour la Compression bimanuelle de l'utérus avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure pour réaliser une compression bimanuelle de l'utérus, pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'Apprentissage pour la Compression bimanuelle de l'utérus.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'Apprentissage de la Réalisation d'un accouchement avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de Vérification pour la Compression bimanuelle de l'utérus.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour la Compression bimanuelle de l'utérus.¹

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Simulateur d'accouchement et modèle placenta/cordon/liquide amnios
- Trousse d'accouchement
- Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle

Fiche d'apprentissage pour la Compression bimanuelle de l'utérus

Fiche d'apprentissage pour la Compression bimanuelle de l'utérus

Liste de vérification pour la Compression bimanuelle de l'utérus

Liste de vérification pour la Compression bimanuelle de l'utérus

¹ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une compression bimanuelle de l'utérus, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/ TACHES	CAS				
PREPARATION					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
3. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPRESSION BIMANUELLE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
3. Nettoie la vulve et le périnée avec une solution antiseptique.					
4. Insère une main dans le vagin et forme un poing.					
5. Introduit le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et applique une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.					
6. Met l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus.					
7. Enfonce la main en appuyant fermement sur l'abdomen et applique une pression sur la paroi postérieure de l'utérus.					
8. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/ TACHES	CAS				
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on jette les gants, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les faire tremper dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre ou à l'air libre.					
3. Surveille le saignement vaginal et les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant une heure • Puis toutes les 30 minutes pendant les deux heures qui suivent 					
4. S'assure que l'utérus est bien contracté.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
3. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
COMPRESSION BIMANUELLE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie la vulve et le périnée avec une solution antiseptique.					
3. Introduit le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et applique une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.					
4. Met l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus, enfonce la main en appuyant fermement sur l'abdomen et applique une pression sur la paroi postérieure de l'utérus.					
5. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTERUS (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
3. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l'utérus est bien contracté.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la compression de l'aorte abdominale, et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant les modèles appropriés.

Les participants devraient revoir la Fiche d'Apprentissage pour la Compression de l'aorte abdominale avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure de la réalisation d'une compression de l'aorte abdominale, pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en groupes de trois pour mettre en pratique les étapes/tâches ; pendant qu'un participant réalise la procédure sur un autre, le troisième participant devrait utiliser la Fiche d'apprentissage pour la Compression de l'aorte et observer la performance. Les participants devraient alors inverser les rôles jusqu'à ce qu'ils aient tous eu la possibilité de réaliser la procédure et d'être observés.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'Apprentissage pour la Compression de l'aorte abdominale avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour la Compression de l'aorte abdominale.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour la Compression de l'aorte abdominale.²

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Simulateur d'accouchement et modèle placenta/cordon/liquide amnios

Fiche d'apprentissage pour la Compression de l'aorte abdominale

Fiche d'apprentissage pour la Compression de l'aorte abdominale

Liste de Vérification pour la Compression de l'aorte abdominale

Liste de vérification pour la Compression de l'aorte abdominale

² Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une compression de l'aorte abdominale, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
Note : Les Etapes 1 et 2 devraient être mises en œuvre au même moment que les étapes suivantes.					
COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE					
1. Met le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche.					
2. Applique une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale.					
3. Avec l'autre main, palpe le pouls fémoral pour noter l'adéquation de la compression : <ul style="list-style-type: none"> • Si le pouls est palpable lors de la compression, la pression est insuffisante. • Si le pouls n'est pas palpable lors de la compression, la pression est suffisante. 					
4. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Vérifie les saignements et surveille les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures 					
2. Vérifie que l'utérus est bien contracté.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE					
1. Met le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche.					
2. Applique une pression sur l'aorte abdominale directement à travers la paroi abdominale.					
3. Avec l'autre main, palpe le pouls fémoral pour noter l'adéquation de la compression.					
4. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l'utérus est bien contracté.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : DELIVRANCE ARTIFICIELLE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la délivrance artificielle et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure de la réalisation d'une délivrance artificielle, pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour la Délivrance artificielle.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour la Délivrance artificielle.³

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Simulateur de l'accouchement et modèle placenta/cordon/liquide amnios
- Gants longs (jusqu'aux coudes) chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Équipement de protection personnelle
- Récipient pour placenta

Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle

Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle

Liste de vérification pour la Délivrance artificielle

Liste de vérification pour la Délivrance artificielle

³ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une délivrance artificielle, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde, si nécessaire.					
5. Lui injecte un anesthésique (péthidine et diazépam en IV ou kétamine).					
6. Administre une dose unique d'antibiotiques prophylactiques <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV 					
7. Met l'équipement de protection personnelle.					
DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et les avant-bras avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles. (Note : il est préférable d'utiliser des gants longs [jusqu'aux coudes] s'ils sont disponibles.)					
3. Tient le cordon ombilical avec une pince.					
4. Tire doucement sur le cordon jusqu'à ce qu'il soit parallèle au sol.					
5. Engage une main dans le vagin et remonte jusque dans l'utérus, le long du cordon jusqu'à localisation du placenta.					
6. Une fois que le placenta est localisé, lâche le cordon et amène l'autre main sur le haut de l'abdomen pour retenir le fond utérin et produire une contre-traction pendant la délivrance de façon à prévenir l'inversion de l'utérus.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
7. Effectue un mouvement latéral avec la main jusqu'à localisation du bord du placenta.					
8. Décolle le placenta en gardant les doigts joints et en se servant du bord cubital de la main pour créer progressivement un espace entre le placenta et la paroi utérine.					
9. Procède ainsi tout autour du lit placentaire, avec un léger mouvement latéral de la main, jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine : <ul style="list-style-type: none"> • Si le placenta ne se décolle pas de la paroi utérine sous l'effet du mouvement latéral effectué avec le bout des doigts sur la ligne de clivage, redouter un placenta accreta et prendre les dispositions pour une intervention chirurgicale. 					
10. Lorsque le placenta est entièrement décollé : <ul style="list-style-type: none"> • Explore l'intérieur de la cavité utérine pour s'assurer que tout le tissu placentaire a été extrait. • Retire lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta. • De l'autre main, continue à exercer une contre-traction sur le fond utérin en le poussant dans la direction opposée. 					
11. Administre 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 60 gouttes par minutes.					
12. Demande à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.					
13. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecte 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines.					
14. Examine la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet.					
15. Examine soigneusement la patiente et, le cas échéant, procède à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
3. Vérifie les saignements et surveille les signes vitaux de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les 15 minutes pendant 1 heure • Puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures 					
4. Vérifie que l'utérus est bien contracté.					
5. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde.					
5. Administre l'anesthésie.					
6. Administre des antibiotiques prophylactiques.					
7. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
DELIVRANCE ARTIFICIELLE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et les avant-bras avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air (utiliser des gants longs [jusqu'aux coudes]).					
2. Tient le cordon ombilical avec une pince et tire doucement sur le cordon.					
3. Engage une main dans le vagin et remonte jusque dans l'utérus, jusqu'à localisation du placenta.					
4. Produit une contre-traction de l'abdomen.					
5. Procède ainsi tout autour du lit placentaire, avec un léger mouvement latéral de la main, jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.					
6. Retire lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta tout en continuant à exercer une contre-traction de l'abdomen.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
7. Administre de l'ocytocine dans une solution intraveineuse.					
8. Demande à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.					
9. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecte 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines.					
10. Examine la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet.					
11. Examine soigneusement la patiente et, le cas échéant, procède à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
3. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l'utérus est bien contracté.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE DE CAS 1A : SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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 ?
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 ?
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame A. et pourquoi ?

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 :

Le 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 ?

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 ?

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 ?

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

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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

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 ?

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 ?

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 ?

ETUDE DE CAS 2A : FIÈVRE APRÈS ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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

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 ?

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 ?

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 ?

ETUDE DE CAS 2B: FIEVRE APRES L'ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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 ?
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 ?
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame D. et pourquoi ?

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 tétées. 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 ?

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 ?

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 ?

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : REANIMATION NEONATALE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réanimation néonatale et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation néonatale avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'une réanimation néonatale pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation néonatale.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation néonatale avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation néonatale.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour la Réanimation néonatale.⁴

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de ce matériel :

- Table d'examen
- Modèle de réanimation
- Matériel pour aspiration
- Respirateur/ballon autogonflant (nouveau-né)
- Masque à visage pour nouveau-né
- Montre

Fiche d'apprentissage pour la Réanimation néonatale

Fiche d'apprentissage pour la Réanimation néonatale

Liste de vérification pour la Réanimation néonatale

Liste de vérification pour la Réanimation néonatale

⁴ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une réanimation néonatale, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
Note: Il faut s'assurer que le matériel de réanimation est en bon état avant d'avoir à s'en servir. Il faut se laver les mains et mettre des gants avant de toucher le nouveau-né.					
1. Sèche rapidement l'enfant et l'enveloppe dans un linge sec et chaud, exception faite du visage et du haut de la poitrine.					
2. Installe l'enfant sur une surface propre et chaude.					
3. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
4. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
REANIMATION AVEC BALLON ET MASQUE					
1. Positionne la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes.					
2. Dégage les voies aériennes en aspirant les mucosités, d'abord dans la bouche, puis dans les fosses nasales : <ul style="list-style-type: none"> • Introduit la sonde 5 cm dans la bouche de l'enfant et aspire tout en retirant la sonde. • Introduit la sonde 3 cm dans chaque fosse nasale et aspire tout en retirant la sonde. • N'aspire pas les mucosités au fond de la gorge car cela risquerait d'entraîner un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire chez l'enfant. • Si la bouche ou le nez de l'enfant contiennent du sang ou du méconium, les aspire immédiatement. • Si l'enfant ne respire toujours pas, commence la ventilation. 					
3. Vérifie à nouveau la position de l'enfant. Le cou doit être en légère extension.					
4. Positionne le masque sur le visage de l'enfant de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez.					
5. Crée une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. Presse le ballon avec deux doigts seulement ou avec la main tout entière en fonction de la taille du ballon.					
7. Vérifie l'étanchéité du masque en ventilant à deux reprises et en regardant si la poitrine se soulève.					
8. Si la poitrine de l'enfant se soulève : <ul style="list-style-type: none"> • Ventile au rythme de 40 mvts/minute. • Regarde si la poitrine se soulève. 					
9. Si la poitrine de l'enfant ne se soulève pas : <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie à nouveau la position de l'enfant pour s'assurer que le cou est en légère extension. • Réajuste le masque sur le visage de l'enfant afin d'améliorer l'étanchéité. • Presse le ballon avec plus de force afin d'augmenter la pression de ventilation. • Aspire à nouveau la bouche et le nez de l'enfant pour retirer le mucus, le sang ou le méconium. 					
10. Ventile pendant 1 minute puis s'arrête pour voir si l'enfant respire spontanément.					
11. S'il respire normalement (30 à 60 mvts/min) et s'il ne présente pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> • Le met au contact peau-à-peau avec la mère. • Observe régulièrement la respiration. • Mesure la température axillaire de l'enfant et le réchauffe si elle est inférieure à 36° C. • Encourage le contact peau-à-peau avec la mère si la température est de 36° C ou moins. • Conseille à la mère de commencer à l'allaiter. 					
12. Si l'enfant ne respire pas, si la fréquence respiratoire est inférieure à 30 mvts/minute ou en cas de tirage intercostal sévère, le ventile dans la mesure du possible avec de l'oxygène et prend les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié de soins spéciaux.					
13. S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, cesse de ventiler.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Jette les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus jetables dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Pour la sonde d'aspiration et les extracteurs de mucus réutilisables : <ul style="list-style-type: none"> • Les place dans chlorée pendant 10 minutes pour les décontaminer. • Les lave dans de l'eau et du détergent. • Utiliser une seringue pour rincer les sondes/tubulures. • Fait bouillir ou désinfecte dans une solution chimique appropriée. 					
3. Désolidarise le poussoir et le masque et inspecte pour noter les éventuelles craquelures et déchirures.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Lave le pousoir et le masque avec de l'eau et du détergent et vérifie qu'ils ne sont pas endommagés.					
5. Choisit une méthode de stérilisation ou de désinfection de haut niveau : <ul style="list-style-type: none"> • Les ballons en silicone ou en caoutchouc et les pousoirs peuvent être désinfectés par ébullition pendant 10 minutes, passés à l'autoclave à 136°C ou désinfectés à l'aide d'une solution chimique adéquate (cela dépend des instructions données par le fabricant). 					
6. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
7. Après désinfection chimique, rince toutes les parties avec de l'eau claire et laisse sécher à l'air.					
8. Réassemble le ballon.					
9. Fait un essai pour voir si le ballon fonctionne correctement : <ul style="list-style-type: none"> • Bloque le pousoir en créant une étanchéité avec la paume de la main et observe si le ballon se regonfle lorsque le pousoir est relâché. • Répète l'essai avec le masque attaché au ballon. 					
ATTESTER DES PROCÉDURES DE RÉANIMATION					
1. Note les détails suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Etat de l'enfant à la naissance • Techniques nécessaires pour démarrer la respiration • Temps écoulé entre la naissance et le démarrage de la respiration spontanée • Observations cliniques pendant et après les mesures de réanimation • Résultat des mesures de réanimation • En cas d'échec de la réanimation, raisons possibles de l'échec • Noms des prestataires de soins présents 					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Enveloppe rapidement l'enfant et l'installe sur une surface propre et chaude.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REANIMATION AVEC BALLON ET MASQUE					
1. Positionne la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes.					
2. Dégage les voies aériennes en aspirant les mucosités dans la bouche et les fosses nasales.					
3. Positionne le cou de l'enfant et le masque sur le visage de l'enfant de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez. Crée une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant.					
4. Ventile au rythme de 40 mvts/minute pendant 1 minute puis s'arrête pour voir si l'enfant respire spontanément.					
5. S'il respire normalement et s'il ne présente pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement respiratoire, le met au contact peau-à-peau avec la mère.					
6. Si l'enfant ne respire pas, si la fréquence respiratoire est inférieure à 30 mvts/minute ou en cas de tirage intercostal sévère, le ventile dans la mesure du possible avec de l'oxygène et prend les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié de soins spéciaux.					
7. S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, vérifie les battements cardiaques. S'il n'y a pas de battements, arrête de ventiler.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
TACHES APRES LA PROCEDURE				
1. Jette les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus jetables dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Place les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. Puis, nettoie et procède au traitement.				
2. Nettoie et décontamine le pousoir et le masque et vérifie qu'ils ne sont pas endommagés.				
3. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.				
4. Note l'information pertinente dans le dossier de la patiente/nouveau-né.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : INTUBATION ENDOTRACHEALE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer l'intubation endotrachéale et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte simulé en utilisant le modèle approprié.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour l'Intubation endotrachéale avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'une intubation endotrachéale pour les participants. Sous la directive du formateur, les participants travailleront ensuite en paires pour mettre en pratique les étapes/tâches et observer leur performance mutuelle, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour l'Intubation endotrachéale.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'Intubation endotrachéale avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale.

Enfin, suivant la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale.⁵

MATERIEL

Equipement suivant ou représentations de ce matériel :

- Modèle pour l'intubation endotrachéale
- Laryngoscope et tube endotrachéal
- Ballon autogonflant et masque (taille adulte)
- Nouveaux gants chirurgicaux d'examen ou gants désinfectés à haut niveau
- Sparadrap

Fiche d'apprentissage pour l'Intubation endotrachéale

Fiche d'apprentissage pour l'Intubation endotrachéale

Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale

Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale

⁵ Si les patientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une intubation endotrachéale, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Si la patiente est consciente et alerte, lui explique (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
INTUBATION					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
3. Ventile avec de l'oxygène à 100% à l'aide du ballon et du masque, pendant 5 minutes.					
4. Place la tête de la patiente sur un drap replié, en s'assurant que la tête n'est pas en extension.					
5. Si la patiente est consciente, administre 5-10 mg de diazépam en IV, lentement pendant 2 minutes.					
6. Demande à un aide d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde en appuyant contre l'œsophage.					
7. Ouvre la bouche de la patiente et insère délicatement le laryngoscope sur la langue et vers le fond de la gorge.					
8. Aspire le cas échéant les sécrétions dans la gorge.					
9. Soulève et pousse la lame du laryngoscope, en se servant du poignet, pour visualiser la glotte.					
10. Insère le tube endotrachéal et la sonde à travers la glotte dans la trachée.					
11. Retire le laryngoscope.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
12. Retire le guide.					
13. Gonfle la sonde à ballonnet avec 3–5 mL d'air.					
14. Connecte le tube endotrachéal au masque Ambu.					
POSITIONNEMENT CORRECT DU TUBE ENDOTRACHÉAL					
1. Presse le masque Ambu 2–3 fois rapidement tout en observant si la poitrine se gonfle.					
1a. Si la poitrine se gonfle en appuyant sur le masque Ambu, ausculte la poitrine pour s'assurer que l'air pénètre de la même manière dans les deux poumons. <ul style="list-style-type: none"> • Si l'air ne pénètre pas de manière égale dans les deux poumons, décomprime la sonde à ballonnet et retire doucement le tube endotrachéal jusqu'à l'écoute de la même entrée d'air dans les deux côtés. Gonfle à nouveau la sonde à ballonnet. 					
1b. Si la poitrine ne se gonfle pas : <ul style="list-style-type: none"> • Dégonfle la sonde à ballonnet et retire le tube endotrachéal. • Administre de l'oxygène par ballon et masque pendant 3 minutes. • Essaie à nouveau l'intubation. 					
2. Une fois le tube endotrachéal ajusté correctement, utilise du sparadrap pour fixer le tube sur le visage de la patiente.					
3. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
DETUBAGE					
1. Confirme que la femme est prête pour le détubage.					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
3. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
4. Retire le sparadrap maintenant le tube en place.					
5. Ouvre délicatement la bouche de la patiente et aspire les sécrétions dans la gorge.					
6. Décomprime la sonde à ballonnet et retire le tube.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
7. Administre de l'oxygène par masque en vérifiant que la respiration régulière reprend.					
8. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
9. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
10. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Si la patiente est consciente et alerte, lui explique (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
INTUBATION					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Ventile avec de l'oxygène.					
3. Positionne la tête de la patiente.					
4. Administre du diazépam, si nécessaire.					
5. Demande à un aide d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde en appuyant contre l'œsophage.					
6. Insère le laryngoscope. Aspire, le cas échéant, les sécrétions dans la gorge. Visualise la glotte.					
7. Insère le tube endotrachéal, retire le laryngoscope et retire le guide.					
8. Gonfle la sonde à ballonnet et le connecte le tube endotrachéal au masque Ambu.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
POSITIONNEMENT CORRECT DU TUBE ENDOTRACHÉAL				
1. Observe si la poitrine se gonfle et ausculte la poitrine pour vérifier que le tube endotrachéal est ajusté correctement.				
2. Une fois le tube endotrachéal ajusté correctement, fixe le tube sur le visage de la patiente.				
3. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
4. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.				
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
DETUBAGE				
1. Confirme que la femme est prête pour le détubage.				
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.				
3. Retire le tube.				
4. Administre de l'oxygène en vérifiant que la respiration régulière reprend.				
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
6. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.				
7. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : CESARIENNE

OBJECTIF

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'une césarienne et d'arriver à acquérir les compétences nécessaires.

INSTRUCTIONS

Cette activité devrait être réalisée dans un contexte réel avec une patiente sous la supervision d'un formateur.

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour la Césarienne avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer l'utilisation correcte de tous les instruments et la technique correcte de suture et de nœuds en utilisant un modèle pelvien ou un bloc de mousse. Sous la directive du formateur, les participants devraient alors effectuer une démonstration.

Le formateur devrait ensuite démontrer chaque étape d'une césarienne avec une patiente. Un participant pourra tenir le rôle du second aide. En tant que second aide, le participant observera la démonstration.

Avec une autre patiente, le formateur démontre à nouveau chaque étape mais, cette fois, le même participant tient le rôle de premier aide. En tant que premier aide, le participant réalise les techniques de rétraction, enlève le sang, retire les pinces, coupe les sutures et, sous la direction du formateur, suture l'abdomen.

Avec la patiente suivante, le même participant réalise à présent la procédure avec le formateur comme premier aide.

Enfin, le même participant réalise la procédure avec une patiente. Le formateur tient le rôle de second aide. Le formateur devrait évaluer la maîtrise de la compétence du participant en utilisant la Liste de vérification pour la Césarienne.

MATERIEL

Equipement suivant ou représentations de ce matériel :

- Gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles
- Modèle pelvien ou bloc de mousse
- Aiguilles et seringues
- Matériel pour suture
- Modèle fœtal (avec crâne dur)
- Récipient pour placenta
- Trousse d'accouchement

Fiche d'apprentissage pour la Césarienne

Liste de vérification pour la Césarienne

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et voir s'il est complet.					
4. Prélève du sang pour faire le dosage de l'hémoglobine, le groupage sanguin et la compatibilité de deux unités de sang.					
5. Installe une voie veineuse et perfuse 500 cc de liquides en IV (sérum physiologique ou Ringer lactate).					
6. Administre prémédication dont : <ul style="list-style-type: none"> • 0,6 mg d'Atropine en IM (ou en IV si la femme est dans la salle d'opération) • 300 mg de Magnésium trisilicate 					
7. Sonde la vessie de la patiente.					
8. Aide la patiente à mettre une blouse et un bonnet.					
9. Evalue les options en matière d'anesthésie: <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie générale • Anesthésie locale • Rachianesthésie 					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains pendant 3 à 5 minutes et sèche chaque main avec une serviette séparée désinfectée à haut niveau ou stérile.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Met une blouse stérile et met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
4. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
5. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Incline la table d'opération sur la gauche ou met un oreiller sous la hanche droite de la patiente.					
2. Vérifie que la patiente a été anesthésiée et que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique à trois reprises une solution antiseptique sur le site de l'incision et la zone autour et laisse sécher.					
4. Recouvre l'abdomen, en exposant la zone chirurgicale et recouvre de champs stériles la patiente.					
PROCEDURE					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la patiente.					
2. Se met à droite de la patiente et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la patiente.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne (ou incision de Pfannenstiel), à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
4. Clampe les bouts qui saignent beaucoup avec une pince hémostatique et ligature les vaisseaux avec du catgut numéro 0 ou cautérise les tissus.					
5. Fait une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose (ou une incision transversale dans le cas de l'incision de Pfannenstiel).					
6. Tient les berges de cette dernière incision avec une pince et la prolonge vers le haut et le bas aux ciseaux.					
7. Avec les doigts ou des ciseaux, sépare les grands droits.					
8. Avec les doigts, réalise une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic. Agrandit l'incision vers le haut et vers le bas aux ciseaux de façon à ce que l'utérus soit entièrement visible. Sépare les divers plans et incise la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie.					
9. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
10. A l'aide d'une pince, décolle le péritoine qui recouvre la surface antérieure du segment inférieur de l'utérus et incise aux ciseaux.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
11. Elargit l'incision en glissant les ciseaux entre l'utérus et la séreuse lâche et en coupant transversalement environ 3 cm de chaque côté.					
12. Remet la valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne pour refouler la vessie vers le bas.					
13. Au bistouri, incise transversalement le segment inférieur de l'utérus sur 3 cm. Cette incision doit se trouver environ 1 cm plus bas que celle qui aura été réalisée dans le péritoine vésico-utérin pour refouler la vessie.					
14. Elargit l'incision en mettant un doigt de chaque côté et en tirant doucement, à la fois vers le haut et sur les côtés.					
15. S'il est nécessaire d'élargir l'incision, le fait avec des ciseaux plutôt qu'avec les doigts afin d'éviter que les vaisseaux de l'utérus ne s'élargissent.					
16. Procède à la rupture des membranes si elles sont intactes. Demande à l'aide d'aspirer les liquides.					
EXTRACTION DE L'ENFANT					
1. Introduit une main dans l'utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé.					
2. Avec les doigts, saisit la tête et la fléchit.					
3. Soulève doucement la tête et la fait passer au travers de l'incision en veillant à ne pas agrandir celle-ci vers le bas en direction du col.					
4. De l'autre main, appuie doucement sur l'abdomen, au niveau du fond utérin, de façon à faciliter l'extraction de la tête.					
5. Si la tête du bébé plonge profondément dans le bassin ou le vagin, demande à un aide (non pas à l'instrumentiste), après qu'il a enfilé des gants stériles ou désinfectés à haut niveau, d'introduire la main dans le vagin et de pousser la tête du bébé vers le haut, puis soulève la tête et la dégage.					
6. Aspire les mucosités de la bouche et du nez du bébé.					
7. Si le tonus utérin est insuffisant, demande à l'aide de vérifier la tension artérielle et d'administrer 0,2 d'ergométrine en IV/IM si la tension artérielle est < 160/110. Si la tension artérielle est de 160/110 ou plus élevée, donne 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse, à raison de 60 gouttes par minute, pendant 2 heures.					
8. Dégage les épaules et le corps.					
9. Clampe le cordon ombilical à deux endroits et le sectionne.					
10. Remet le bébé à la sage-femme ou à un aide.					
11. Demande à un aide d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques—2 g d'ampicilline en IV ou 1 g de céfazoline en IV.					
12. Extrait le placenta en exerçant une traction sur le cordon ou manuellement.					
13. Inspecte le placenta pour voir s'il est complet et s'il existe des anomalies. Dilate le col d'en haut si nécessaire.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
SUTURE DE L'INCISION UTERINE ET DE L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
2. Saisit les berges et les extrémités de l'incision avec des pinces Green Armytage ou pinces à pansement. S'assure que le clamp sur l'extrémité inférieure de l'incision est séparé de la vessie.					
3. Procède à la réfection de l'incision dans le prolongement de celle-ci en faisant une suture par surjet de catgut chromé 0. Ne touche pas l'aiguille avec les doigts.					
4. Vérifie l'hémostase. Si la région de l'incision continue à saigner, ferme l'incision en faisant une suture en points en 8.					
5. S'assure qu'il n'y a pas de saignement et que l'utérus est ferme.					
6. Avant de fermer l'abdomen, vérifie qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie. Si une déchirure vésicale est observée, la suture.					
7. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
8. Suture l'aponévrose : <ul style="list-style-type: none"> • Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), montée sur un porte-aiguille. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté droit de la femme, en allant de l'intérieur vers l'extérieur et en commençant tout en haut de l'incision. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté gauche de la femme, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'incision. • Fait un nœud. • Fait attention de ne pas toucher l'aiguille avec les doigts. 					
9. Ferme l'aponévrose avec une suture en surjet jusqu'à atteindre la partie inférieure de l'incision, faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
10. Noue la suture : <ul style="list-style-type: none"> • Une fois arrivé à la partie inférieure de l'incision, fait un nœud avec la suture. • Tire vers le haut sur la suture et noue. • Réinsère l'aiguille dans l'aponévrose juste en dessous du nœud et la ressort juste 1 cm au-dessus du nœud (vers la partie supérieure de l'incision). • Tire sur la suture pour faire passer le nœud sous l'aponévrose. • Coupe la suture à ras. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
11. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection : <ul style="list-style-type: none"> • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille à section ronde enfilée avec du catgut et montée sur porte-aiguille, suture à points séparés pour refermer le tissu adipeux si nécessaire. • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille tranchante enfilée avec du nylon (ou de la soie) 3/0, suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané. 					
12. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
13. Extraire les caillots du vagin en utilisant une pince et des écouvillons et met une bande stérile.					
14. Aide la patiente à descendre de la table d'opération.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Avant de retirer les gants, enlève la lame du manche du couteau et place la lame et toutes les sutures dans un récipient pour objets piquants/coupants. Jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
3. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, remplit et rince à trois reprises l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					
4. Enlève la blouse et plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
6. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.					
7. Contrôle le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et le saignement de la plaie et du vagin.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CESARIENNE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
8. Evalue la patiente avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
9. Examine la patiente tous les jours dans le service ou plus souvent si c'est nécessaire.					
10. Discute des raisons pour lesquelles une césarienne a été pratiquée, de l'éventuel besoin d'utiliser une méthode de planification familiale et des grossesses futures, avant de laisser partir la patiente.					
11. Donne un rendez-vous pour les soins du post-partum.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Prélève du sang pour faire le dosage de l'hémoglobine, le groupage sanguin et la compatibilité de deux unités de sang.					
5. Installe une voie veineuse et perfuse 500 cc de liquides en IV.					
6. Administre prémédication dont : <ul style="list-style-type: none"> • 0,6 mg d'Atropine en IM (ou en IV si la femme est dans la salle d'opération) • 300 mg de Magnésium trisilicate 					
7. Sonde la vessie de la patiente.					
8. Aide la patiente à mettre une blouse et un bonnet.					
9. Evalue les options en matière d'anesthésie: <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie générale • Anesthésie locale • Rachianesthésie 					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.				
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
PREPARER LA PATIENTE				
1. Incline la table d'opération sur la gauche ou met un oreiller sous la hanche droite de la patiente.				
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.				
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen, laisse sécher et recouvre de champs stériles la patiente.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
PROCEDURE				
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne (ou une incision transversale dans le cas de l'incision de Pfannenstiel), à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.				
2. Prolonge l'incision et sépare les grands droits.				
3. Incise la partie inférieure du péritoine.				
4. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.				
5. Elargit l'incision de 3 cm de chaque côté.				
6. Pousse la vessie vers le bas hors du segment inférieur de l'utérus et remet la valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne pour refouler la vessie vers le bas.				
7. Incise transversalement le segment inférieur de l'utérus sur 3 cm.				
8. Elargit l'incision, si nécessaire.				
9. Procède à la rupture des membranes si elles sont intactes.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
EXTRACTION DE L'ENFANT				
1. Introduit une main dans l'utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé.				
2. Saisit la tête et la fléchit et soulève doucement la tête et la fait passer au travers de l'incision.				
3. Appuie doucement sur l'abdomen, au niveau du fond utérin, de façon à faciliter l'extraction de la tête. Si nécessaire, demande à un aide d'introduire la main dans le vagin et de pousser la tête du bébé vers le haut.				

LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
4. Si le tonus utérin est insuffisant, vérifie la tension artérielle et administre 0,2 d'ergométrine en IV/IM si la tension artérielle est < 160/110. Si la tension artérielle est de 160/110 ou plus élevée, donne 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse, à raison de 60 gouttes par minute, pendant 2 heures.				
5. Aspire les mucosités de la bouche et du nez du bébé.				
6. Clampe le cordon ombilical à deux endroits et le sectionne.				
7. Demande à un aide d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques—2 g d'ampicilline en IV ou 1 g de céfazoline en IV.				
8. Extrait le placenta et l'inspecte pour voir s'il est complet et s'il existe des anomalies.				
9. Dilate le col d'en haut si nécessaire.				
10. Fait le compte des instruments et des écouvillons.				
11. Procède à la réfection de l'utérus et vérifie l'hémostase.				
12. S'assure qu'il n'y a pas de saignement				
13. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.				
14. Inspecte la paroi utérine et suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.				
15. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.				
16. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.				
17. Extrait les caillots du vagin en utilisant une pince et des écouvillons et met une bande stérile.				
18. Aide la patiente à descendre de la table d'opération.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				
TACHES APRES LA PROCEDURE				
1. Avant d'enlever les gants, retire la lame du manche du couteau. Jette la lame et toutes les aiguilles à suture dans un récipient pour objets piquants/tranchants et jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.				

LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
3. Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.				
4. Retire la blouse et les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique pour les jeter, ou les décontamine dans une solution chlorée à 0,5% pour les réutiliser.				
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.				
6. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.				
7. Contrôle le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et le saignement de la plaie et du vagin.				
8. Evalue la patiente avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.				
9. Examine la patiente tous les jours dans le service ou plus souvent si c'est nécessaire.				
10. Discute des raisons pour lesquelles une césarienne a été pratiquée, de l'éventuel besoin d'utiliser une méthode de planification familiale et des grossesses futures, avant de laisser partir la patiente.				
11. Donne un rendez-vous pour les soins du post-partum.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Installe une voie veineuse et perfuse des liquides en IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) et vérifie le dosage de l'hémoglobine et la disponibilité de sang compatible.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Prend les dispositions nécessaires pour l'anesthésie.					
7. Demande à l'anesthésiste d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV 					
8. Met l'équipement de protection personnelle.					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains pendant 3 à 5 minutes et sèche chaque main avec une serviette séparée désinfectée à haut niveau ou stérile.					
3. Met une blouse stérile et met, aux deux mains, des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
5. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la patiente a été anesthésiée et que l'anesthésie a pris effet (dans l'idéal, anesthésie générale).					
3. Applique à trois reprises une solution antiseptique sur le site de l'incision.					
4. Recouvre l'abdomen, en exposant la zone chirurgicale et recouvre de champs stériles la patiente.					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la patiente.					
2. Se met à droite de la patiente et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la patiente.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
4. Clampe les bouts qui saignent beaucoup avec une pince hémostatique et ligature les vaisseaux avec du catgut numéro 0 ou cautérise les tissus.					
5. Fait une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.					
6. Tient les extrémités de l'aponévrose avec la pince et pousse le bout des ciseaux fermés sous l'aponévrose et au-dessus des grands droits à travers l'incision.					
7. Ouvre les ciseaux pour creuser un sillon dans l'aponévrose.					
8. Ferme les ciseaux et les retire. Utilise les ciseaux pour couper l'aponévrose le long du sillon.					
9. Répète les étapes 7-9 pour ouvrir l'aponévrose jusqu'à la fin de l'incision de la peau.					
10. Insère l'index des deux mains, dos à dos, entre les grands droits de l'abdomen et sépare les muscles. Vers la partie inférieure, sépare les deux muscles pyramidaux à l'aide de ciseaux pour couper l'aponévrose qui les sépare. A présent le péritoine est exposé.					
11. A l'aide des doigts, fait une ouverture dans le péritoine près de l'ombilic. Ou alors, soulève le péritoine avec deux pinces, en s'assurant de ne pas attraper du contenu intra-abdominal dans les pinces et incise le péritoine.					
12. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
13. A l'aide de ciseaux, agrandit l'incision du péritoine vers le haut et le bas, sous vision directe, en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie et d'autres organes. Retire les pinces.					
14. Ligature les vaisseaux qui saignent.					
15. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
16. Place des écarteurs abdominaux autostatiques.					
INSPECTER L'ABDOMEN					
1. Fait un examen général de la cavité péritonéale pour dépister toute anomalie et établir le diagnostic opératoire ; traite en voie de conséquence.					
2. Avant de fermer l'abdomen, vérifie qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie. Si une déchirure vésicale est observée, la suture.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
2. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
3. Suture l'aponévrose : <ul style="list-style-type: none"> • Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), montée sur un porte-aiguille. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté droit de la femme, en allant de l'intérieur vers l'extérieur et en commençant tout en haut de l'incision. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté gauche de la femme, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'incision. • Fait un nœud. 					
4. Ferme l'aponévrose avec une suture en surjet jusqu'à atteindre la partie inférieure de l'incision, faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
5. Noue la suture : <ul style="list-style-type: none"> • Une fois arrivé à la partie inférieure de l'incision, fait un nœud avec la suture. • Tire vers le haut sur la suture et noue. • Réinsère l'aiguille dans l'aponévrose juste en dessous du nœud et la ressort juste 1 cm au-dessus du nœud (vers la partie supérieure de l'incision). • Tire sur la suture pour faire passer le nœud sous l'aponévrose. • Coupe la suture à ras. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection : <ul style="list-style-type: none"> • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille à section ronde enfilée avec du catgut et montée sur porte-aiguille, suture à points séparés pour refermer le tissu adipeux si nécessaire. • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille tranchante enfilée avec du nylon (ou de la soie) 3/0, suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané. 					
7. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
8. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
9. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
10. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue : <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, remplit et rince à trois reprises l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					
11. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
12. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Transfère la patiente dans la salle de récupération. Reste avec celle-ci jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.					
3. Evalue la patiente avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la patiente entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
5. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites (par exemple, connaissances des complications et signes d'alarme, quand peut-elle reprendre le travail) ainsi que les médicaments dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital.					
6. Lui donne rendez-vous si un suivi s'avère nécessaire et lui indique qu'elle peut revenir n'importe quand si elle a des problèmes.					
7. Discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet, le cas échéant, une méthode de planification familiale.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Installe une voie veineuse et perfuse des liquides en IV					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
INSPECTER L'ABDOMEN					
1. Fait un examen général de la cavité péritonéale pour dépister toute anomalie et établir le diagnostic opératoire ; traite en voie de conséquence.					
2. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
2. Suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
3. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille ronde enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
4. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
7. Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
8. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Reste avec la patiente jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la patiente l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
4. Donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Perfuse des liquides en IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) et vérifie le dosage de l'hémoglobine et la disponibilité de sang compatible.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Prend les dispositions nécessaires pour l'anesthésie.					
7. Demande à l'anesthésiste d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV 					
8. Met l'équipement de protection personnelle.					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains pendant 3 à 5 minutes et sèche chaque main avec une serviette séparée désinfectée à haut niveau ou stérile.					
3. Met une blouse stérile et met, aux deux mains, des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
5. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la patiente a été anesthésiée et que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique à trois reprises une solution antiseptique sur le site de l'incision.					
4. Recouvre l'abdomen, en exposant la zone chirurgicale et recouvre de champs stériles la patiente.					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la patiente.					
2. Se met à droite de la patiente et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la patiente.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
4. Clampe les bouts qui saignent beaucoup avec une pince hémostatique et ligature les vaisseaux avec du catgut numéro 0 ou cautérise les tissus.					
5. Fait une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.					
6. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
7. Ouvre les ciseaux pour creuser un sillon dans l'aponévrose.					
8. Ferme les ciseaux et les retire. Utilise les ciseaux pour couper l'aponévrose le long du sillon.					
9. Répète les étapes 7-9 pour ouvrir l'aponévrose jusqu'à la fin de l'incision de la peau.					
10. Insère l'index des deux mains, dos à dos, entre les grands droits de l'abdomen et sépare les muscles. Vers la partie inférieure, sépare les deux muscles pyramidaux à l'aide de ciseaux pour couper l'aponévrose qui les sépare. A présent le péritoine est exposé.					
11. A l'aide des doigts, fait une ouverture dans le péritoine près de l'ombilic.					
12. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					
13. A l'aide de ciseaux, agrandit l'incision du péritoine vers le haut et le bas, sous vision directe, en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie et d'autres organes. Retire les pinces.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
14. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
15. Place des écarteurs abdominaux autostatiques.					
SALPINGECTOMIE					
1. Repère la trompe de Fallope dans laquelle se développe la grossesse ectopique et l'expose, ainsi que l'ovaire adjacent.					
2. Saisit la trompe avec une pince de traction (pince de Babcock par exemple) pour qu'elle soit mieux exposée et clampé le mésosalpinx pour arrêter l'hémorragie.					
3. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
4. Fait une compresse abdominale avec de la gaze trempée dans du sérum physiologique tiède pour écarter l'intestin et l'épiploon du champ opératoire.					
5. Divise le mésosalpinx à l'aide d'une série de pinces, les appliquant à proximité des trompes.					
6. Transfixe et lie le mésosalpinx avec du catgut chromé (ou des sutures polyglycoliques) 2/0 et fait le nœud avant de retirer les pinces.					
7. Fait une suture proximale autour de la trompe, au niveau de l'extrémité isthmique, et réalise la salpingectomie.					
8. S'assure qu'il n'y a pas de saignement du bout sectionné de la trompe et enlève les caillots sanguins.					
9. Avant de fermer l'abdomen, vérifie qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie. Si une déchirure vésicale est observée, la suture.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Vérifie les instruments et les écouvillons.					
2. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampé au milieu de chaque côté de l'incision.					
3. Suture l'aponévrose: <ul style="list-style-type: none"> • Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), montée sur un porte-aiguille. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté droit de la femme, en allant de l'intérieur vers l'extérieur et en commençant tout en haut de l'incision • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté gauche de la femme, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'incision. • Fait un nœud. 					
4. Ferme l'aponévrose avec une suture en surjet jusqu'à atteindre la partie inférieure de l'incision, faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS
LA GROSSESSE ECTOPIQUE**
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
<p>5. Noue la suture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fois arrivé à la partie inférieure de l'incision, fait un nœud avec la suture. • Tire vers le haut sur la suture et noue. • Réinsère l'aiguille dans l'aponévrose juste en dessous du nœud et la ressort juste 1 cm au-dessus du nœud (vers la partie supérieure de l'incision) • Tire sur la suture pour faire passer le nœud sous l'aponévrose • Coupe la suture à ras. 					
<p>6. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané.</p> <p>Si la patiente ne présente pas de signe d'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille à section ronde enfilée avec du catgut et montée sur porte-aiguille, suture à points séparés pour refermer le tissu adipeux si nécessaire. • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille tranchante enfilée avec du nylon (ou de la soie) 3/0, suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané. 					
<p>7. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.</p>					
<p>8. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.</p>					
<p>9. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.</p>					
<p>10. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, remplit et rince à trois reprises l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					
<p>11. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. ▪ Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
<p>12. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.</p>					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Transfère la patiente dans la salle de récupération. Reste avec celle-ci jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.					
3. Evalue la patiente avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la patiente entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
5. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites (par exemple, connaissances des complications et signes d'alarme, quand peut-elle reprendre le travail) ainsi que les médicaments dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital.					
6. Lui donne rendez-vous si un suivi s'avère nécessaire et lui indique qu'elle peut revenir n'importe quand si elle a des problèmes.					
7. Discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet, le cas échéant, une méthode de planification familiale.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l’étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n’est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n’est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l’étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d’exécuter l’étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L’étape ou la tâche n’a pas été exécutée par le participant pendant l’évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s’il est complet.					
4. Perfuse des liquides en IV.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Demande à l’anesthésiste d’administrer l’anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. Met l’équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l’habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
SALPINGECTOMIE					
1. Repère la trompe de Fallope infectée et l'expose, ainsi que l'ovaire adjacent.					
2. Campe le mésosalpinx pour arrêter l'hémorragie, aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
3. Fait une compresse abdominale avec de la gaze humide pour écarter l'intestin et l'épiploon du champ opératoire.					
4. Divise le mésosalpinx à l'aide d'une série de pinces et lie le mésosalpinx avec du catgut chromé (ou des sutures polyglycoliques) 2/0.					
5. Fait une suture proximale autour de la trompe, au niveau de l'extrémité isthmique, et réalise la salpingectomie.					
6. Vérifie l'absence de saignements.					
7. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Vérifie les instruments et les écouvillons.					
2. Suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
4. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
7. Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
8. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Reste avec la patiente jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la patiente l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
4. Donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Perfuse des liquides en IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) et vérifie le dosage de l'hémoglobine et la disponibilité de sang compatible.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Prend les dispositions nécessaires pour l'anesthésie.					
7. Demande à l'anesthésiste d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV 					
8. Met l'équipement de protection personnelle.					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains pendant 3 à 5 minutes et sèche chaque main avec une serviette séparée désinfectée à haut niveau ou stérile.					
3. Met une blouse stérile et met, aux deux mains, des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
5. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la patiente a été anesthésiée et que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique à trois reprises une solution antiseptique sur le site de l'incision.					
4. Recouvre l'abdomen, en exposant la zone chirurgicale et recouvre de champs stériles la patiente.					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la patiente.					
2. Se met à droite de la patiente et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la patiente.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
4. Clampe les bouts qui saignent beaucoup avec une pince hémostatique et ligature les vaisseaux avec du catgut numéro 0 ou cautérise les tissus.					
5. Fait une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.					
6. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
7. Ouvre les ciseaux pour creuser un sillon dans l'aponévrose.					
8. Ferme les ciseaux et les retire. Utilise les ciseaux pour couper l'aponévrose le long du sillon.					
9. Répète les étapes 7-9 pour ouvrir l'aponévrose jusqu'à la fin de l'incision de la peau.					
10. Insère l'index des deux mains, dos à dos, entre les grands droits de l'abdomen et sépare les muscles. Vers la partie inférieure, sépare les deux muscles pyramidaux à l'aide de ciseaux pour couper l'aponévrose qui les sépare. A présent le péritoine est exposé.					
11. A l'aide des doigts, fait une ouverture dans le péritoine près de l'ombilic. Ou alors, soulève le péritoine avec deux pinces, en s'assurant de ne pas attraper du contenu intra-abdominal dans les pinces et incise le péritoine.					
12. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
13. A l'aide de ciseaux, agrandit l'incision du péritoine vers le haut et le bas, sous vision directe, en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie et d'autres organes. Retire les pinces.					
14. Examine l'abdomen et l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
15. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
16. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
17. Place des écarteurs abdominaux autostatiques.					
REFECTION DE LA RUPTURE UTERINE					
1. Extrait l'enfant et le placenta.					
2. Demande à l'anesthésiste de perfuser 20 unités d'ocytocine dans 1 L de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer Lactate) à raison de 60 gouttes par minute.					
3. Vérifie s'il existe des contractions de l'utérus. Quand l'utérus se contracte, demande à l'anesthésiste de réduire le débit de la perfusion à 20 gouttes par minute.					
4. Soulève l'utérus pour le dégager du bassin, de façon à examiner la rupture dans sa totalité. Examine à la fois l'avant et l'arrière de l'utérus.					
5. Tient les berges de la déchirure avec une pince Green Armytage (ou une pince porte-tampon).					
6. Décolle la vessie du segment inférieur de l'utérus à l'aide d'un instrument tranchant et non.					
7. Détermine si la rupture intéresse le col et le vagin ou si elle s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux, ou si elle a provoqué un hématome du ligament large, et répare le cas échéant.					
8. Suture la déchirure avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques) 0, en veillant à ne pas inclure l'uretère dans un point.					
9. Fait un deuxième plan de sutures si le saignement n'est pas maîtrisé ou si le segment supérieur de l'utérus est concerné par la rupture.					
10. Vérifie les trompes de Fallope et les ovaires. Si une ligature des trompes a été demandée, exécute l'intervention.					
11. En cas de saignement, clampé l'artère avec une pince hémostatique à longues branches et la ligature. Si les sources de saignement sont profondes, suture par des points en 8.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE
RUPTURE UTERINE**

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
12. Insère un drain abdominal : <ul style="list-style-type: none"> • Incise dans la partie inférieure de l'abdomen à 3–4 cm du bord de l'incision médiane, juste en dessous du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. • Insère une longue pince dans l'incision. • Saisit le bout du drain abdominal et le sort de l'incision. • Vérifie que le bout péritonéal du drain est en place et fixe le drain à la peau avec une suture en nylon ou en soie. 					
13. Vérifie l'absence de saignements et décaillote. En cas d'hématome, draine l'hématome.					
14. Avant de fermer l'abdomen, vérifie qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie. Si une déchirure vésicale est observée, la suture.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
2. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
3. Suture l'aponévrose: <ul style="list-style-type: none"> • Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), montée sur un porte-aiguille. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté droit de la femme, en allant de l'intérieur vers l'extérieur et en commençant tout en haut de l'incision. • Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté gauche de la femme, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'incision. • Fait un nœud. 					
4. Ferme l'aponévrose avec une suture en surjet jusqu'à atteindre la partie inférieure de l'incision, faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
5. Noue la suture: <ul style="list-style-type: none"> • Une fois arrivé à la partie inférieure de l'incision, fait un nœud avec la suture. • Tire vers le haut sur la suture et noue. • Réinsère l'aiguille dans l'aponévrose juste en dessous du nœud et la ressort juste 1 cm au-dessus du nœud (vers la partie supérieure de l'incision). • Tire sur la suture pour faire passer le nœud sous l'aponévrose. • Coupe la suture à ras. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
<p>6. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané.</p> <p>Si la patiente ne présente pas de signe d'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille à section ronde enfilée avec du catgut et montée sur porte-aiguille, suture à points séparés pour refermer le tissu adipeux si nécessaire. • A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille tranchante enfilée avec du nylon (ou de la soie) 3/0, suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané. 					
7. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
8. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
9. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
<p>10. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, remplit et rince à trois reprises l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					
<p>11. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
12. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Transfère la patiente dans la salle de récupération. Reste avec celle-ci jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.					
3. Evalue la patiente avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la patiente entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE
RUPTURE UTERINE**

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
5. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites (par exemple, connaissances des complications et signes d'alarme, quand peut-elle reprendre le travail) ainsi que les médicaments dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital.					
6. Lui donne rendez-vous si un suivi s'avère nécessaire et lui indique qu'elle peut revenir n'importe quand si elle a des problèmes.					
7. Si une ligature des trompes n'a pas été effectuée, discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. Si la patiente souhaite d'autres enfants, lui recommande d'avoir une césarienne élective pour les futures grossesses.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE					
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Perfuse des liquides en IV.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Examine l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
4. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
5. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFECTION DE LA RUPTURE UTERINE					
1. Extrait l'enfant et le placenta.					
2. Réalise une perfusion d'ocytocine.					
3. Décolle la vessie de l'utérus.					
4. Détermine si la rupture intéresse le col et le vagin ou si elle s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux, ou si elle a provoqué un hématome du ligament large, et réparer le cas échéant.					
5. Suture la déchirure avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques) 0.					
6. Vérifie les trompes de Fallope et les ovaires et exécute la ligature des trompes, si elle a été demandée.					
7. En cas de saignement, clampes et suture par des points en 8.					
8. Insère un drain abdominal.					
9. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA REFECTION D'UNE RUPTURE UTERINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
2. Inspecte la paroi utérine et suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
3. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille ronde enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
4. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
7. Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
8. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Reste avec la patiente jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la patiente l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
4. Si une ligature des trompes n'a pas été effectuée, discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. Si la patiente souhaite d'autres enfants, lui recommande d'avoir une césarienne élective pour les futures grossesses.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET
L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN
CAS DE RUPTURE UTERINE**
(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Installe une voie veineuse et perfuse des liquides en IV (sérum physiologique ou Ringer lactate) et vérifie le dosage de l'hémoglobine et la disponibilité de sang compatible.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Prend les dispositions nécessaires pour l'anesthésie.					
7. Demande à l'anesthésiste d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques : <ul style="list-style-type: none"> • 2 g d'ampicilline PLUS 500 mg de métronidazole en IV, OU • 1 g de céfazoline PLUS 500 mg de métronidazole en IV 					
8. Met l'équipement de protection personnelle.					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains pendant 3 à 5 minutes et sèche chaque main avec une serviette séparée désinfectée à haut niveau ou stérile.					
3. Met une blouse stérile et met, aux deux mains, des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE
SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
5. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la patiente a été anesthésiée et que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique à trois reprises une solution antiseptique sur le site de l'incision.					
4. Recouvre l'abdomen, en exposant la zone chirurgicale et recouvre de champs stériles la patiente.					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la patiente.					
2. Se met à droite de la patiente et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la patiente.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
4. Clampe les bouts qui saignent beaucoup avec une pince hémostatique et ligature les vaisseaux avec du catgut numéro 0 ou cautérise les tissus.					
5. Fait une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.					
6. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
7. Ouvre les ciseaux pour creuser un sillon dans l'aponévrose.					
8. Ferme les ciseaux et les retire. Utilise les ciseaux pour couper l'aponévrose le long du sillon.					
9. Répète les étapes 7-9 pour ouvrir l'aponévrose jusqu'à la fin de l'incision de la peau.					
10. Insère l'index des deux mains, dos à dos, entre les grands droits de l'abdomen et sépare les muscles. Vers la partie inférieure, sépare les deux muscles pyramidaux à l'aide de ciseaux pour couper l'aponévrose qui les sépare. A présent le péritoine est exposé.					
11. A l'aide des doigts, fait une ouverture dans le péritoine près de l'ombilic. Ou alors, soulève le péritoine avec deux pinces, en s'assurant de ne pas attraper du contenu intra-abdominal dans les pinces et incise le péritoine.					
12. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE
SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
13. A l'aide de ciseaux, agrandit l'incision du péritoine vers le haut et le bas, sous vision directe, en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas risquer de léser la vessie et d'autres organes. Retire les pinces.					
14. Examine l'abdomen et l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
15. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
16. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
17. Place des écarteurs abdominaux autostatiques.					
HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE					
1. Extrait l'enfant et le placenta.					
2. Soulève l'utérus pour le dégager du bassin, de façon à examiner la rupture dans sa totalité. Examine à la fois l'avant et l'arrière de l'utérus.					
3. Tient les berges de la déchirure avec une pince Green Armytage (ou une pince porte-tampon).					
4. Décolle la vessie du segment inférieur de l'utérus à l'aide d'un instrument tranchant et non.					
5. Détermine si la rupture intéresse le col et le vagin ou si elle s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux, ou si elle a provoqué un hématome du ligament large, et répare le cas échéant.					
6. <ul style="list-style-type: none"> • Applique deux longues pinces ou pinces hémostatiques sur les trompes, le ligament ovarien et le ligament rond et clampes. • Sectionne le pédicule latéral. • Applique deux longues pinces aux vaisseaux utérins et clampes. Sectionne le pédicule. 					
7. Applique de longues pinces à la rupture utérine et sectionne le muscle non déchiré entre les clamps, au segment inférieur au-dessus de la vessie.					
8. Libère l'utérus du moignon cervical et applique des sutures hémostatiques au bout des feuillets du segment inférieur coupé.					
9. Vérifie l'hémostase.					
10. En cas de saignement, clampes l'artère avec une pince hémostatique à longues branches et la ligature. Si les sources de saignement sont profondes, suture par des points en 8.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE
SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
11. Insère un drain abdominal: <ul style="list-style-type: none"> ● Incise dans la partie inférieure de l'abdomen à 3–4 cm du bord de l'incision médiane, juste en dessous du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. ● Insère une longue pince dans l'incision. ● Saisit le bout du drain abdominal et le sort de l'incision. ● Vérifie que le bout péritonéal du drain est en place et fixe le drain à la peau avec une suture en nylon ou en soie. 					
12. Vérifie l'absence de saignement et décaillote. En cas d'hématome, draine l'hématome.					
13. Avant de fermer l'abdomen, vérifie qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie. Si une déchirure vésicale est observée, la suture.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
2. Suture l'aponévrose: <ul style="list-style-type: none"> ● Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), montée sur un porte-aiguille. ● Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté droit de la femme, en allant de l'intérieur vers l'extérieur et en commençant tout en haut de l'incision. ● Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté gauche de la femme, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'incision. ● Fait un nœud. 					
3. Ferme l'aponévrose avec une suture en surjet jusqu'à atteindre la partie inférieure de l'incision, faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
4. Noue la suture : <ul style="list-style-type: none"> ● Une fois arrivé à la partie inférieure de l'incision, fait un nœud avec la suture. ● Tire vers le haut sur la suture et noue. ● Réinsère l'aiguille dans l'aponévrose juste en dessous du nœud et la ressort juste 1 cm au-dessus du nœud (vers la partie supérieure de l'incision). ● Tire sur la suture pour faire passer le nœud sous l'aponévrose. ● Coupe la suture à ras. 					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE
SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
<p>5. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané.</p> <p>Si la patiente ne présente pas de signe d'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille à section ronde enfilée avec du catgut et montée sur porte-aiguille, suture à points séparés pour refermer le tissu adipeux si nécessaire. ● A l'aide d'une pince à dissection et d'une aiguille tranchante enfilée avec du nylon (ou de la soie) 3/0, suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané. 					
6. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
7. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
8. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
<p>9. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. ● Si l'on jette l'aiguille et la seringue, remplit et rince à trois reprises l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. 					
<p>10. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. ● Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					
11. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Transfère la patiente dans la salle de récupération. Reste avec celle-ci jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.					
3. Evalue la patiente avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la patiente entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE
SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
5. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites (par exemple, connaissances des complications et signes d'alarme, quand peut-elle reprendre le travail) ainsi que les médicaments dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital.					
6. Lui donne rendez-vous si un suivi s'avère nécessaire et lui indique qu'elle peut revenir n'importe quand si elle a des problèmes.					
7. Si une ligature des trompes n'a pas été effectuée, discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. Si la patiente souhaite d'autres enfants, lui recommande d'avoir une césarienne élective pour les futures grossesses.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou N/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé.					
3. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s'il est complet.					
4. Installe une voie veineuse et perfuse des liquides en IV.					
5. Sonde la vessie de la patiente.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. Met l'équipement de protection personnelle.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE					
1. Met l'habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique.					
2. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stérile et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PREPARER LA PATIENTE					
1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Examine l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
4. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
5. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE					
1. Extrait l'enfant et le placenta.					
2. Décolle la vessie de l'utérus.					
3. Détermine si la rupture intéresse le col et le vagin ou si elle s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux, ou si elle a provoqué un hématome du ligament large, et réparer le cas échéant.					
4. <ul style="list-style-type: none"> • Applique deux longues pinces ou pinces hémostatiques sur les trompes, le ligament ovarien et le ligament rond et clampes. • Sectionne le pédicule latéral. • Applique deux longues pinces aux vaisseaux utérins et clampes. Sectionne le pédicule. 					
5. Applique de longues pinces à la rupture utérine et sectionne le muscle non déchiré entre les clampes, au segment inférieur au-dessus de la vessie.					
6. Libère l'utérus du moignon cervical et applique des sutures hémostatiques au bout des feuillets du segment inférieur coupé.					
7. Vérifie l'hémostase.					
8. En cas de saignement, clampes et suture par des points en 8.					
9. Insère un drain abdominal.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
10. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Suture l'aponévrose avec une suture en surjet en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
2. Si la patiente présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
3. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
4. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
5. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
6. Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
7. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
8. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
SOINS APRES LA PROCEDURE					
1. Reste avec la patiente jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la patiente l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					

**LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE
SUB-TOTALE POUR RESEQUER L'UTERUS EN CAS DE RUPTURE UTERINE
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ETAPE/TACHE	CAS				
4. Si une ligature des trompes n'a pas été effectuée, discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. Si la patiente souhaite d'autres enfants, lui recommande d'avoir une césarienne élective pour les futures grossesses.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

Troisième semaine

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM

(A remplir par les **Participants**)

Note : Les participants devraient utiliser cette fiche d'apprentissage avec la **Fiche d'apprentissage pour les Soins fondamentaux du post-partum.**

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare la zone d'examen de la patiente et le matériel nécessaire.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Propose à la patiente de s'asseoir.					
4. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
5. Vérifie que le contrôle rapide a été effectué pour détecter les signes d'alerte (saignement vaginal abondant, violents maux de tête/vision floue, convulsions/perte de connaissance, difficultés à respire, douleurs abdominales sévères, pertes malodorantes, signes de dépression/hallucinations). Si le contrôle n'a pas été fait, le réalise immédiatement. Si des signes d'alerte sont notés, stabiliser et traite ou oriente le cas échéant vers un autre niveau de soins.					
ANAMNESE					
1. Consulte le dossier de la patiente, lui demande les renseignements suivants et note ses réponses : <ul style="list-style-type: none"> • Nom • Age • Raison de la consultation • Information concernant le contact • Situation financière et de transport • Nombre d'enfants • Nombre d'enfants vivants 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
2. Demande à la patiente quelles sont ses habitudes quotidiennes et son style de vie : <ul style="list-style-type: none"> • Travail • Régime alimentaire • Substances nuisibles • Soutien familial/composition du ménage • Risque de violence 					
3. Consulte le dossier de la patiente et lui pose des questions à propos de l'accouchement et note ses réponses : <ul style="list-style-type: none"> • Date de la naissance du bébé • Lieu de l'accouchement et accoucheuse/prestataire de soins • Mode d'accouchement (voie basse, césarienne, assistance instrument) • Complications liées à la grossesse (pré-éclampsie, convulsions, anémie, infection, syphilis, paludisme) • Complications pendant ou après l'accouchement (fièvre, saignement abondant, convulsions, lacérations) • Etat de santé du bébé à la naissance 					
4. Pose des questions à propos de la période actuelle du post-partum : <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs, œdème/gonflement ou pertes du périnée • Saignement/lochies • Allaitement maternel (fréquence, jour et nuit, positionnement et tétée, problèmes de satisfaction du bébé) • Problèmes au niveau de l'émission/rétention de l'urine et des selles • Complications néonatales • Pensées et sentiments à propos du bébé • Autres problèmes 					
5. Demande à la patiente comment se sont déroulées d'autres périodes du post-partum : <ul style="list-style-type: none"> • Expérience précédente en ce qui concerne l'allaitement • Problèmes précédents physiques ou mentaux 					
6. Pose des questions concernant les antécédents médicaux : <ul style="list-style-type: none"> • Statut en ce qui concerne le VIH • Anémie • Conditions chroniques telles que la tuberculose, l'hépatite B, diabète • Médicaments qu'elle prend • Vaccination antitétanique 					
7. Consulte le dossier de la patiente à propos des produits/médicaments suivants (selon la prévalence/protocoles locaux) : <ul style="list-style-type: none"> • Fer-folate • Vitamine A • Prophylaxie antipaludéenne • Mébendazole 					
8. Pose des questions à la patiente à propos de la planification familiale et note ses réponses : <ul style="list-style-type: none"> • Souhaite avoir d'autres enfants? • Méthodes utilisées • Méthodes préférées 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
9. Demande à la patiente si elle a un bon soutien social et note ses réponses : <ul style="list-style-type: none"> • Personnes qui l'aident (mari, mère, belle-mère) • Dispose-t-elle de l'argent pour la nourriture et les produits du bébé ? 					
EXAMEN PHYSIQUE					
1. Observe l'apparence générale (démarche, expression faciale, hygiène, peau).					
2. Aide la femme à se mettre sur la table d'examen et met un oreiller sous sa tête et ses épaules.					
3. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre ou à l'air.					
4. Explique chaque étape de l'examen physique au fur et à mesure qu'il est fait et encourage la patiente à poser des questions.					
5. Prend la température, le pouls et la tension artérielle de la patiente et note les résultats.					
6. Examine les conjonctives pour noter toute pâleur.					
7. Procède à l'examen des seins : <ul style="list-style-type: none"> • Engorgement • Mamelons craquelés • Sensibilité, rougeurs ou tuméfactions locales 					
8. Examine l'abdomen : <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrices récentes • Fermeté et taille de l'utérus • Sensibilité (abdomen inférieur) 					
9. Examine les jambes : <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs ou sensibilités localisées • Points chauds • Douleur dans le mollet à la dorsiflexion forcée (Signe d'Homan) 					
10. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
11. Examine le périnée et les parties génitales : <ul style="list-style-type: none"> • Déchirures/ lésions • Tuméfaction/enflure • Pus 					
12. Observe les lochies : <ul style="list-style-type: none"> • Couleur • Odeur • Quantité 					
13. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. <ul style="list-style-type: none"> • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
14. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
OBSERVATIONS MERE/NOUVEAU-NE					
1. Observe interactions/attachement.					
2. Observe allaitement maternel (positionnement, attache, tétée finale, satisfaction).					
TACHES APRES L'EXAMEN PHYSIQUE					
1. Demande à la patiente si elle a d'autres questions.					
2. Aide la patiente à descendre de la table d'examen et lui offre une chaise.					
3. Note tous les résultats pertinents de l'examen physique dans le dossier de la patiente.					
PROCEDURES DE DEPISTAGE					
1. Fait un test d'hémoglobine, en cas de signes d'anémie.					
2. Fait un test RPR (dépistage de la syphilis), s'il n'a pas été réalisé pendant la grossesse.					
3. Fait le test de dépistage du VIH, si la patiente y consent.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM

(A remplir par les **Participants**)

Note : Les participants devraient utiliser cette fiche d'apprentissage avec la **Fiche d'apprentissage pour le Bilan du post-partum**, la **Fiche d'apprentissage pour la Planification familiale du post-partum** et la **Fiche d'apprentissage pour l'Examen néonatal**.

<p>Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Doit être améliorée : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise 2 Exécutée avec compétence : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace 3 Exécutée avec maîtrise : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)
--

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
DEPISTAGE DES PROBLEMES ET BESOINS					
Note : Les problèmes sont détectés en fonction des résultats de l'anamnèse, de l'examen physique et des procédures de dépistage. Les problèmes ou besoins vont varier d'une patiente à une autre et, pourtant, les interventions suivantes faisant partie d'un ensemble de soins du post-partum devraient être exécutées avec toutes les patientes.					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES					
Soins pour la mère					
1. Conseil et dépistage volontaires pour le VIH : <ul style="list-style-type: none"> • Conseils avant le test • Conseils après le test 					
2. Prodiges conseils et soins pour l'allaitement maternel et comment soigner les seins : <ul style="list-style-type: none"> • Importance de l'allaitement maternel • Techniques pour un allaitement maternel réussi • Comment soigner les seins 					
3. Apporte conseils et soutien nutritionnels : <ul style="list-style-type: none"> • Conseils alimentaires • Fer-folate • Vitamine A 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Donne des conseils pour la prévention des infections : <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des parties génitales • Hygiène des mains • Paludisme et ankylostome 					
5. Donne des conseils en ce qui concerne le repos et le sommeil.					
6. Apprend à planifier en cas de complications : <ul style="list-style-type: none"> • Savoir reconnaître les signes d'alerte: saignement vaginal abondant, violents maux de tête ou maux de tête persistants, vision floue, pertes vaginales malodorantes, convulsions, douleur abdominale sévère, difficultés à respirer, signes de dépression/hallucinations. • Planifier la réponse ou mesures à prendre en cas de signes d'alerte. 					
7. Donne des conseils sur les relations mère-enfant et relations familiales.					
8. Donne des conseils sur les relations sexuelles et les pratiques sexuelles à moindre risque.					
9. Donne des conseils en matière de planification familiale.					
10. Donne des conseils pour les soins aux nouveau-nés.					
11. Administre les vaccinations nécessaires et apporte un traitement préventif : <ul style="list-style-type: none"> • Antitétanique • Fer-folate • Prophylaxie antipaludéenne (utilisation des MTI pour soi-même et le bébé, en fonction de la prévalence locale) • Mébendazole (en fonction de la politique locale) • Vitamine A (en fonction de la politique locale) 					
12. Traite la syphilis en cas de test positif RPR et si aucun traitement n'a été dispensé pendant la grossesse.					
Soins pour le bébé					
13. Donne conseils et soutien pour l'allaitement (peut se faire pendant que la mère nourrit l'enfant lors d'une observation de l'allaitement si possible). <ul style="list-style-type: none"> • Donne des indications sur le bon positionnement, la succion et la tétée finale. • Encourage l'allaitement exclusif sur demande. • Répond aux questions et aux préoccupations. 					
14. Recommande de garder le bébé au chaud : <ul style="list-style-type: none"> • Habiller et envelopper le bébé • Le garder dans une pièce chaude 					
15. Donne des conseils en matière d'hygiène : <ul style="list-style-type: none"> • Lavage des mains • Bain du bébé • Soins du cordon 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
16. Apprend à planifier en cas de complications : <ul style="list-style-type: none"> • Apprend à reconnaître les signes d'alerte (difficultés à respirer, couleur bleue, flasque, ne mange pas, convulsions, pus ou sang qui s'écoule du cordon, pus des yeux, convulsions, spasmes, perte de connaissance, brûlant/fièvre, froid, saignement, couleur jaune/jaunisse). • Planifie la réponse aux signes d'alerte. 					
17. Donne d'autres conseils concernant : <ul style="list-style-type: none"> • L'importance des vaccinations • La prévention du paludisme (selon la prévalence/les protocoles locaux) • Sommeil et autres comportements • Alimentation et élimination 					
18. Vaccine le nouveau-né, s'il n'a pas encore été vacciné.					
19. Note les détails pertinents des soins pour la mère et l'enfant.					
20. Demande à la mère si elle a d'autres questions ou préoccupations.					
21. Remercie la mère d'être venue et lui donne son prochain rendez-vous pour la visite du post-partum si c'est nécessaire.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LE BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une “✓” dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un “X” si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LE BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Propose à la patiente de s'asseoir.					
4. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
5. Vérifie que le contrôle rapide a été effectué pour détecter les signes d'alerte, et stabilise et traite ou oriente, le cas échéant.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
ANAMNESE					
1. Consulte le dossier de la patiente ou lui demande son nom, son âge, la raison de la consultation, des informations concernant le contact, sa situation financière et de transport, le nombre d'enfants qu'elle a eu et le nombre d'enfants vivants.					
2. Demande à la patiente quelles sont ses habitudes quotidiennes et son style de vie, y compris son travail, son régime alimentaire, les substances nuisibles, le soutien familial/composition du ménage, le risque de violence.					
3. Consulte le dossier de la patiente et lui pose des questions à propos de l'accouchement et note ses réponses : <ul style="list-style-type: none"> • Date de la naissance du bébé • Lieu de l'accouchement et accoucheuse/prestataire de soins • Mode d'accouchement (voie basse, césarienne, assistance instrument) • Complications liées à la grossesse (pré-éclampsie, convulsions, anémie, infection, syphilis, paludisme) • Complications pendant ou après l'accouchement (fièvre, saignement abondant, convulsions, lacérations) • Etat de santé du bébé à la naissance 					

**LISTE DE VERIFICATION POUR LE BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX
DU POST-PARTUM**
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
4. Pose des questions à propos de la période actuelle du post-partum : <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs, œdème/gonflement ou pertes du périnée • Saignement/lochies • Allaitement maternel (fréquence, jour et nuit, positionnement et tétée, problèmes de satisfaction du bébé) • Problèmes au niveau de l'émission/rétention de l'urine et des selles • Complications néonatales • Pensées et sentiments à propos du bébé • Autres problèmes 					
5. Demande à la patiente comment se sont déroulées ses expériences précédentes du post-partum, y compris l'allaitement et les problèmes précédents physiques ou mentaux.					
6. Pose des questions concernant les antécédents médicaux, y compris le statut en ce qui concerne le VIH, l'anémie, les conditions chroniques, les médicaments qu'elle prend et la vaccination antitétanique.					
7. Consulte le dossier de la patiente ou lui pose des questions (selon la prévalence/protocoles locaux) à propos du fer-folate, de la vitamine A, de la prophylaxie antipaludéenne et du mébendazole.					
8. Pose des questions à la patiente à propos de ses préférences concernant la planification familiale , y compris ses méthodes préférées.					
9. Demande à la patiente si elle a un bon soutien social , y compris des personnes qui l'aident et de l'argent pour prendre soin du bébé.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
EXAMEN PHYSIQUE					
1. Observe l'apparence générale (démarche, expression faciale, hygiène, peau).					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					
3. Explique chaque étape de l'examen physique.					
4. Prend la température, le pouls et la tension artérielle de la patiente.					
5. Examine les conjonctives pour noter toute pâleur.					
6. Procède à l'examen des seins pour détecter engorgement, mamelons craquelés, sensibilité, rougeurs ou tuméfactions locales.					
7. Examine l'abdomen pour vérifier la fermeté de l'utérus.					
8. Examine les jambes pour détecter des douleurs ou sensibilités.					
9. Met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
10. Examine le périnée et les parties génitales pour détecter les signes de traumatisme ou d'infection.					
11. Observe la couleur, l'odeur et la quantité des lochies.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LE BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
12. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
13. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
OBSERVATIONS MERE/NOUVEAU-NE					
1. Observe interactions/attachement.					
2. Observe allaitement maternel (positionnement, attache, tétée finale, satisfaction).					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES L'EXAMEN PHYSIQUE					
1. Demande à la patiente si elle a d'autres questions.					
2. Aide la patiente à descendre de la table d'examen et lui propose de s'asseoir.					
3. Note tous les résultats pertinents de l'examen physique dans le dossier de la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PROCEDURES DE DEPISTAGE					
1. Fait un test d'hémoglobine, en cas de signes d'anémie.					
2. Fait un test RPR (dépistage de la syphilis), s'il n'a pas été réalisé pendant la grossesse.					
3. Fait le test de dépistage du VIH, si la patiente y consent.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES					
Soins pour la mère					
1. Prodigue conseil et dépistage volontaires pour le VIH.					
2. Traite en fonction des résultats du RPR, si nécessaire.					
3. Apprend à planifier en cas de complications, à reconnaître les signes d'alerte et ce qu'il faut faire en cas de signes d'alerte.					
4. Donne des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> • Nutrition et supplémentation en fer • Prévention des infections, y compris hygiène des parties génitales, hygiène des mains, paludisme et ankylostome • Repos et sommeil • Relations sexuelles et protection lors des relations sexuelles • Relations mère/nouveau-né et famille 					

LISTE DE VERIFICATION POUR LE BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM				
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)				
ETAPE/TACHE	CAS			
5. Donne des conseils en matière de planification familiale : <ul style="list-style-type: none"> • Explique comment fonctionne la méthode d'aménorrhée liée à la lactation (MAMA). • Aide la patiente à choisir une méthode adéquate si elle ne veut pas utiliser la méthode MAMA. • Si la patiente n'allait pas, parle du retour de ses cycles menstruels et l'aide à choisir une méthode appropriée de contraception. • Fournit la méthode choisie et les instructions concernant l'utilisation. • Discute de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires. • Donne des instructions pour la visite de suivi. 				
6. Fournit les vaccinations et le traitement de prévention, y compris la vaccination antitétanique, le fer-folate, la prophylaxie antipaludéenne, le mébendazole et la vitamine A.				
Soins pour le bébé				
7. Donne conseils et soutien pour l'allaitement et des indications sur le bon positionnement, la succion et la tétée sur demande.				
8. Donne des conseils sur la manière de garder le bébé au chaud.				
9. Donne des conseils en matière d'hygiène, y compris le lavage des mains, le bain du bébé et les soins du cordon.				
10. Apprend à planifier en cas de complications, à reconnaître les signes d'alerte chez le bébé et ce qu'il faut faire en cas de signes d'alerte.				
11. Donne d'autres conseils concernant : <ul style="list-style-type: none"> • L'importance des vaccinations • La prévention du paludisme (selon la prévalence/les protocoles locaux) • Sommeil et autres comportements • Alimentation et élimination 				
12. Vaccine le nouveau-né, s'il n'a pas encore été vacciné.				
13. Note les détails pertinents des soins pour la mère et l'enfant.				
14. Demande à la mère si elle a d'autres questions ou préoccupations.				
15. Remercie la mère d'être venue et lui donne son prochain rendez-vous pour la visite du post-partum si c'est nécessaire.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM

(A remplir par les **Participants**)

Note : Les participants devraient utiliser cette fiche d'apprentissage avec la **Fiche d'apprentissage pour les Soins fondamentaux du post-partum.**

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire.					
2. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES – FEMMES QUI ALLAITENT					
1. Demande pendant combien de temps la patiente a l'intention d'allaiter.					
2. Demande combien de fois le bébé tète pendant la journée et pendant la nuit.					
3. Explique que les femmes qui pratiquent l'allaitement exclusif n'ont pas besoin de contraception pendant au moins 6 semaines du post-partum, et si elles utilisent la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) elles sont protégées pendant 6 mois maximum.					
4. Explique comment fonctionne MAMA.					
5. Explique les problèmes possibles liés à MAMA.					
6. Si la patiente allaite mais souhaite utiliser une méthode contraceptive autre que MAMA, lui donne les informations nécessaires sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les choix contraceptifs disponibles et l'impact éventuel de certains contraceptifs sur l'allaitement maternel et la santé du bébé. • Le bon moment pour démarrer chaque méthode par rapport à l'allaitement maternel. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
7. Vérifie que la patiente n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière (voir le Guide de JHPIEGO intitulé <i>Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale</i> , 2e édition).					
8. Aide la patiente à choisir une méthode adéquate si elle ne veut pas utiliser la méthode MAMA.					
9. Fournit la méthode choisie et les instructions concernant l'utilisation (En supposant que le prestataire de soins dispose des compétences nécessaires à cet effet).					
10. Demande à la patiente de bien vouloir répéter les instructions.					
11. Discute de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie.					
12. Donne des instructions pour la visite de suivi et indique à la patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle a besoin de conseils et d'attention médicale.					
13. Répond à toute question que peut avoir la patiente.					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES – FEMMES QUI N'ALLAIENT PAS					
1. Si la patiente n'allait pas, explique que ses cycles menstruels recommenceront probablement dans les 4 à 6 semaines qui suivent la naissance.					
2. Explique que, si elle veut éviter tout risque de grossesse, la contraception devrait démarrer au moment (barrières, spermicides, retrait) ou avant (méthodes hormonales, DIU ou stérilisation volontaire) les premiers rapports sexuels.					
3. Explique quel est le bon moment de démarrer les diverses méthodes disponibles pour une femme qui n'allait pas.					
4. Explique les éventuels effets secondaires des diverses méthodes et s'assure qu'ils sont bien compris.					
5. Vérifie que la patiente n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière (voir le Guide de JHPIEGO intitulé <i>Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale</i> , 2e édition).					
6. Aide la patiente à choisir une méthode adéquate.					
7. Fournit la méthode choisie et les instructions concernant l'utilisation (En supposant que le prestataire de soins dispose des compétences nécessaires à cet effet).					
8. Demande à la patiente de bien vouloir répéter les instructions.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM
(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ETAPE/TACHE	CAS				
9. Discute de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie.					
10. Donne des instructions pour la visite de suivi et indique à la patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle a besoin de conseils et d'attention médicale.					
11. Répond à toute question que peut avoir la patiente.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM

(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

<p>Mettre une “✓” dans la case si l’étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un “X” si elle n’est pas réalisée de manière satisfaisante ou N/O si elle n’est pas observée.</p> <p>Satisfaisante : Exécute l’étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standard</p> <p>Non satisfaisante : Incapable d’exécuter l’étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standard</p> <p>Non observée : L’étape ou la tâche n’a pas été exécutée par le participant pendant l’évaluation par le formateur</p>
--

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES – FEMMES QUI ALLAITENT					
1. Demande pendant combien de temps la patiente a l’intention d’allaiter.					
2. Demande combien de fois le bébé tète pendant la journée et pendant la nuit.					
3. Explique que les femmes qui pratiquent l’allaitement exclusif n’ont pas besoin de contraception pendant au moins 6 semaines du post-partum, et si elles utilisent la méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée (MAMA) elles sont protégées pendant 6 mois maximum.					
4. Explique comment fonctionne MAMA.					
5. Explique les problèmes possibles liés à MAMA.					
6. Si la patiente allaite mais souhaite utiliser une méthode contraceptive autre que MAMA, lui donne les informations nécessaires sur : <ul style="list-style-type: none"> • Les choix contraceptifs disponibles et l’impact éventuel de certains contraceptifs sur l’allaitement maternel et la santé du bébé. • Le bon moment pour démarrer chaque méthode par rapport à l’allaitement maternel. 					
7. Vérifie que la patiente n’a pas d’affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l’utilisation d’une méthode particulière (voir le Guide de JHPIEGO intitulé <i>Guide de poche à l’intention des prestataires de planification familiale</i> , 2e édition).					
8. Aide la patiente à choisir une méthode adéquate si elle ne veut pas utiliser la méthode MAMA.					
9. Fournit la méthode choisie et les instructions concernant l’utilisation (En supposant que le prestataire de soins dispose des compétences nécessaires à cet effet).					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
10. Demande à la patiente de bien vouloir répéter les instructions.					
11. Discute de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie.					
12. Donne des instructions pour la visite de suivi et indique à la patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle a besoin de conseils et d'attention médicale.					
13. Répond à toute question que peut avoir la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES – FEMMES QUI N'ALLAIENT PAS					
1. Si la patiente n'allait pas, explique que ses cycles menstruels recommenceront probablement dans les 4 à 6 semaines qui suivent la naissance.					
2. Explique que, si elle veut éviter tout risque de grossesse, la contraception devrait démarrer au moment (barrières, spermicides, retrait) ou avant (méthodes hormonales, DIU ou stérilisation volontaire) les premiers rapports sexuels.					
3. Explique quel est le bon moment de démarrer les diverses méthodes disponibles pour une femme qui n'allait pas.					
4. Explique les éventuels effets secondaires des diverses méthodes et s'assure qu'ils sont bien compris.					
5. Vérifie que la patiente n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière (voir le Guide de JHPIEGO intitulé <i>Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale</i> , 2e édition).					
6. Aide la patiente à choisir une méthode adéquate.					
7. Fournit la méthode choisie et les instructions concernant l'utilisation (En supposant que le prestataire de soins dispose des compétences nécessaires à cet effet).					
8. Demande à la patiente de bien vouloir répéter les instructions.					
9. Discute de ce qu'il faut faire si la patiente a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie.					
10. Donne des instructions pour la visite de suivi et indique à la patiente qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle a besoin de conseils et d'attention médicale.					
11. Répond à toute question que peut avoir la patiente.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NEONATAL

(A remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NEONATAL (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION (chaque visite)					
1. Prépare la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire.					
2. Salue la mère, regarde le bébé, et explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
ANAMNESE					
1. (1 ^{ère} visite) Demande des renseignements personnels : <ul style="list-style-type: none"> • Nom et sexe du nouveau-né • Information de contact • Date et heure de la naissance • Tout problème qui a poussé la mère à venir 					
2. (1 ^{ère} visite) Consulte le dossier de la mère pour déterminer les risques d'infection et lui demande si : <ul style="list-style-type: none"> • Elle a eu une infection utérine ou de la fièvre pendant le travail ou l'accouchement. • La rupture des membranes s'est faite plus de 18 heures avant l'accouchement. • Elle a eu un test positif RPR (dépistage de la syphilis) pendant cette grossesse. Dans ce cas, a-t-elle été soignée adéquatement ? • Elle est séropositive au VIH. Dans ce cas, reçoit-elle un traitement antirétroviral ? • Le diagnostic indique qu'elle est atteinte de tuberculose. Dans ce cas, a-t-elle été traitée pendant au moins 2 mois ? • Son test de dépistage de l'hépatite B est positif. 					
3. (1 ^{ère} visite) Consulte le dossier de la mère pour noter les autres complications pour elle-même ou son enfant, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Dystocie de l'épaule, asphyxie à la naissance, accouchement par le siège ou à l'aide d'instruments ou éclampsie • Le bébé pesait moins de 2500 grammes à la naissance 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NEONATAL (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. (1 ^{ère} visite) Consulte le dossier du nouveau-né ou de la mère ou demande si le nouveau a bien reçu les vaccinations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Antipoliomyélite par voie orale • BCG • Hépatite B 					
5. (Chaque visite) Demande à la mère à propos de l'allaitement : <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence et durée des tétées • Positionnement et succion • Satisfaction de l'enfant avec les tétées • Observe le nouveau-né au sein, s'il est prêt à téter 					
6. (Chaque visite) Demande la fréquence: <ul style="list-style-type: none"> • De l'émission d'urine du bébé • Des selles du bébé 					
7. (Visites de retour) Demande si le nouveau-né a eu des problèmes depuis la dernière visite : <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le nouveau-né a été soigné par un autre praticien ? • Est-ce que la mère s'est trouvé dans l'incapacité de lui administrer une partie des soins prévus ? • Est-ce que le nouveau-né a eu des réactions fâcheuses aux vaccinations ou autres gestes médicaux ? 					
EXAMEN PHYSIQUE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air et met aux deux mains des gants d'examen.					
2. Pose le nouveau-né sur une surface propre et chaude ou l'examine dans les bras de sa mère. Retire les vêtements du nouveau-né uniquement dans la mesure du nécessaire, faisant bien attention de garder le nouveau-né couvert et au chaud.					
3. (Chaque visite) Contrôle : <ul style="list-style-type: none"> • La respiration (fourchette normale dans les 30–60 mouvements/minute), geignement, tirage intercostal • Température (fourchette normale 36,5–37,5) • Couleur • Peau • Bonnes réactions/alerte, mouvements et tonus musculaire 					
4. (Chaque visite) Pèse le nouveau-né.					
5. Examine la tête, le visage, la bouche et les yeux : <ul style="list-style-type: none"> • (Chaque visite) Contrôle la taille générale et la symétrie de la tête. • (Chaque visite) Contrôle les contours crâniens et palpe les sutures normales et les fontanelles. • (Chaque visite) Ouvre les paupières et vérifie que les yeux ont une apparence normale et qu'il n'existe pas de signes d'infection. • (Première visite) Contrôle les anomalies du visage, surtout le mouvement asymétrique. • (Première visite) Ouvre la bouche pour vérifier si le palais est bien développé. 					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NEONATAL (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. (Chaque visite) Examine la poitrine à la recherche de mouvement symétrique.					
7. (Chaque visite) Examine l'ombilic pour dépister tout saignement et infection.					
8. (Première visite) Examine les parties génitales pour noter toute anormalité. (Première visite seulement)					
9. (Première visite) Examine la colonne vertébrale pour noter toute anormalité. (Première visite seulement)					
10. (Chaque visite) Examine les parties supérieures et inférieures: <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie la peau, les tissus mous et les os pour noter toute anormalité. • Contrôle la symétrie des mouvements. 					
TACHES APRES L'EXAMEN PHYSIQUE					
1. Habille ou aide la mère à habiller le nouveau-né.					
2. Retire les gants et les jette.					
3. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
4. Informe la mère des résultats et lui demande si elle a d'autres questions.					
5. Note tous les résultats pertinents de l'examen physique.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXAMEN NEONATAL
(A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une "✓" dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière **satisfaisante**, un "X" si elle n'est pas réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXAMEN NEONATAL (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Salue la mère, regarde le bébé, explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
ANAMNESE					
1. Demande le nom de bébé et le sexe, l'information de contact, la date l'heure de la naissance et tout problème qui a poussé la mère à se rendre chez le prestataire de soins de santé.					
2. Consulte le dossier de la mère ou lui demande s'il existe des conditions/facteurs maternels ou autres qui pourraient affecter le nouveau-né.					
3. Demande à la mère à propos de l'allaitement.					
4. Demande la fréquence de l'émission d'urine et des selles du bébé.					
5. Consulte le dossier du nouveau-né ou de la mère ou demande si le nouveau-né a bien reçu les vaccinations antipoliomyélite par voie orale, BCG et hépatite B.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
EXAMEN PHYSIQUE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					
2. Retire les vêtements du nouveau-né.					
3. Contrôle l'apparence générale du nouveau-né, la respiration, le rythme cardiaque, la température, la peau et le tonus musculaire.					
4. Pèse le nouveau-né.					
5. Examine la tête, le visage, la bouche et les yeux.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXAMEN NEONATAL (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. Examine la poitrine à la recherche de mouvement symétrique.					
7. Examine l'ombilic pour dépister tout saignement et infection.					
8. Examine les parties génitales.					
9. Examine la colonne vertébrale.					
10. Examine les parties supérieures et inférieures, vérifie la peau, les tissus mous et les os et contrôle la symétrie des mouvements.					
11. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					
12. Informe la mère des résultats et lui demande si elle a d'autres questions.					
13. Note tous les résultats pertinents.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE DE CAS 1 : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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

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 ?

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 ?

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 ?

ETUDE DE CAS 2 : SAIGNEMENT VAGINAL EN DEBUT DE GROSSESSE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Anamnèse :

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 motilité cervicale. 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 ?

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 ?

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 ?

ETUDE DE CAS 3 : TENSION ARTERIELLE ELEVEE LORS DE LA GROSSESSE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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 ?
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 ?
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame A. et pourquoi ?

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 ?

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 ?

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 ?

Quatrième et cinquième
semaines

ETUDE DE CAS 1 : DEROULEMENT DEFAVORABLE DU TRAVAIL

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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 Madame D. et pourquoi ?
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 ?

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 ?

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 ?

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 plan de soins continus pour Madame D. et pourquoi ?
6. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame D. (problème/besoin) et pourquoi ?

La perfusion d'ocytocine est démarrée (2,5 unités en 500 ml). Le taux d'infusion 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 ?

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

ETUDE DE CAS 2 : FIEVRE APRES L'ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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

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 ?

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 ?

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 ?

ETUDE DE CAS 3 : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L'ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Envisager les étapes de la prise de décision clinique au fur et à mesure que vous répondez aux questions. Les autres groupes dans la pièce travaillent sur la même étude de cas ou une étude de cas analogue. Quand tous les groupes ont terminé, on discute des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

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

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 ?

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 ?

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 ?

PLAN D'ACTION POUR LES PARTICIPANTS

Nom du participant :

Pays de résidence :

Formation suivie :

Nom de l'établissement :

Date : _____

En fonction de ce que vous avez appris pendant cette formation, prière d'indiquer trois choses que vous aimeriez changer dans votre établissement dans l'année à venir :

But #1 _____

But #2 _____

But #3 _____

But #1 _____

Activités/Etapes	Date planifiée	Contact(s)	Date d'achèvement
1.			
2.			
3.			

But #2 _____

Activités/Etapes	Date planifiée	Contact(s)	Date d'achèvement
1.			
2.			
3.			

But #3 _____

Activités/Etapes	Date planifiée	Contact/(s)	Date d'achèvement
1.			
2.			
3.			