

FORMATION CLINIQUE
en SANTÉ de la
REPRODUCTION *pour les*
SITUATIONS *d'URGENCE*

Soins obstétricaux d'urgence



GUIDE DU
PARTICIPANT

RAISE

Reproductive
Health Access,
Information
and Services
in Emergencies

FORMATION CLINIQUE
en SANTÉ de la
REPRODUCTION *pour les*
SITUATIONS *d'URGENCE*

Soins obstétricaux d'urgence



GUIDE DU
PARTICIPANT

REMERCIEMENTS

Le kit de matériel pédagogique Soins obstétricaux d'urgence (SOU) est une adaptation de l'ouvrage intitulé *les Soins Obstétricaux d'Urgence à l'intention du médecin et de la sage-femme (2003)* compilé par Columbia University Mailman School of Public Health's Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD) et Jhpiego.

Nous remercions les experts suivants pour leur assistance dans la révision et l'adaptation du curriculum susmentionné aux besoins du RAISE (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) Initiative.

Facilitateur

Dr. Zafarullah Gill
Associate Research Scientist
Averting Maternal Death and Disability
Program, Columbia University

Examineur expert

Dr. Fred O. Akonde, Gynécologue
Senior Medical Manager, RAISE Initiative

Dr. J.M. Gakara, Gynécologue Résident
Marie Stopes Kenya
Eastleigh Nursing Home

Mr. Elakana Kerandi, Anesthésiste
Marie Stopes Kenya
Eastleigh Nursing Home

Dr. Grace Kodindo
Obstétricien-Gynécologue
Assistant Professor of Emergency Obstetric
Care, Columbia University
Medical and Advocacy Advisor
RAISE Initiative

Mr. Wycliffe Mirikau
Kenya Registered Community
Health Nurse/Kenya Registered
Public Health Nurse/Midwife
Kenyatta National Hospital

Dr. Lazarus Omondi Kumba
Obstetrician-Gynaecologist
Marie Stopes Kenya, Kencom House

Dr. Blasio Osogo
Obstetrician-Gynaecologist
University of Nairobi
School of Nursing Sciences

Dr. Edmond Barasa Wamwana
Obstetrician-Gynaecologist
Pumani Maternity Hospital

Nous remercions plus spécialement :

Ms. Lilian Mumbi
Training Centre Administrator
Marie Stopes Kenya

RAISE Initiative. *Soins obstétricaux d'urgence : Guide du participant. Formation clinique en santé de la reproduction pour les situations d'urgence*. L'initiative Reproductive Health Access Information and Services in Emergencies. Londres, Nairobi et New York, 2008.

Conception et production : Green Communication Design inc. www.greencom.ca

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	3
INTRODUCTION	4
INTRODUCTION AU COURS DE FORMATION	5
APERÇU	5
APPROCHE D'APPRENTISSAGE	5
Apprendre pour maîtriser	5
Modélisation du comportement	6
Formation axée sur la compétence	6
Techniques de formation humanistes	6
MÉTHODES PÉDAGOGIQUES	7
Exposés illustrées	7
Activités en groupe	7
Études de cas	7
Jeux de rôle	7
Fiches d'apprentissage et listes de vérification	7
Séances de pratique des compétences	9
Simulations cliniques	9
Exercices d'alerte	10
COMPOSANTES DU KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE	12
UTILISER LE KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE	12
FORMATION EN MATIÈRE DE SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE	13
CONCEPTION DU STAGE	14
ÉVALUATION	14
SOMMAIRE DU STAGE	15
Description du cours	15
Buts du stage	15
Objectifs de l'apprentissage des participants	15
Méthodes de formation et d'apprentissage	16
Matériel pédagogique	16
Critères de sélection des participants	17
Durée du stage	17
DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE	17
RESPONSABILITÉS DU PARTICIPANT	17
RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE	17
COMPTE RENDU DES ACTIVITÉS	17
Journal de l'expérience clinique	18
Fiches de travail des plans d'action	18
QUESTIONNAIRES PRÉALABLE DES CONNAISSANCES	20
QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL DE L'EXPERIENCE CLINIQUE	25

TABLE DES MATIÈRES (suite)

SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : FICHES D'APPRENTISSAGE		
1	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉANIMATION DE L'ADULTE	27
	1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION DE L'ADULTE	28
2	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT	30
	2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT	31
3	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE	39
	3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE	40
4	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : ÉPISIOTOMIE ET RÉFECTION	43
	4. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION	44
5	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES	46
	5. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES	47
6	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE	49
	6. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE	50
7	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : SOINS APRÈS AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE [AMIU] OU MISOPROSTOL) ET CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	52
	7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE [AMIU])	53
	8. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (MISOPROSTOL)	56
	9. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	58
8	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM, Y COMPRIS LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM	59
	10. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM	60
	11. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM	63
9	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE	64
	12. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE	65
10	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS	67
	13. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS	68
11	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE	69
	14. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE	70
12	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : CÉSARIENNE	71
	15. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CÉSARIENNE	72
	16. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE	76
	17. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE	80
	18. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE	83
	19. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RÉSÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE	87
13	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : EXAMEN NÉONATAL	91
	20. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NÉONATAL	92
14	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉANIMATION NÉONATALE	94
	21. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION NÉONATALE	95
15	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : INTUBATION ENDOTRACHÉALE	97
	22. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE	98
JEU DE RÔLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LES SOU		100
ÉTUDE DE CAS		101
	1. SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE	101
	2. HYPERTENSION GESTATIONNELLE	102
	3. TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE PENDANT LA GROSSESSE	103
	4. DÉROULEMENT DÉFAVORABLE DU TRAVAIL	104
	5. FIÈVRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT	106
	6. SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT	107

ACRONYMES

AMDD	Averting Maternal Death and Disability Program	L	Litre
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
AT	Accoucheuse traditionnelle	mcg	Microgramme
AVS	Accouchement vaginal spontané	mg	Milligramme
BCG	Vaccin contre la tuberculose	mL	Millilitre
C	Centigrade	mm	Millimètre
cc	Centimètres cube	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
cm	Centimètre	PCCGA	Prise en charge des complications lors de la grossesse et de l'accouchement
DCP	Disproportion céphalo-pelvienne	PdC	Produits de conception
DIU	Dispositif intra-utérin	PI	Prévention des infections
dL	Décilitre	PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
FAC	Formation axée sur les compétences	RAISE	Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies
g	Gramme	SNC	Système nerveux central
Gpm	Gouttes par minute	RCF	Rythme cardiaque fœtal
Hb	Hémoglobine	SOU	Soins obstétricaux d'urgence
HELLP	Hémolyse, augmentation des enzymes hépatiques, thrombopénie	SR	Santé de la reproduction
Hg	Mercure	TET	Tube endotrachéal
HPP	Hémorragie post-partum	UI	Unité internationale
IM	Intramusculaire	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IUGR	Retard de croissance Intra-utérine	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
IV	Intraveineuse		
Kg	Kilogramme		

INTRODUCTION

C'est à la Conférence de 1994 sur la population et le développement qu'a été officiellement reconnu le droit des personnes déplacées à la santé de la reproduction (SR). Depuis, la prestation de services de SR a progressé, mais des lacunes importantes demeurent au niveau des services, de la capacité institutionnelle, de la politique et du financement. Il est prouvé que la majorité des milieux affectés par les conflits manquent d'accès aux soins obstétricaux d'urgence, aux méthodes de planification familiale, aux soins pour les survivantes de la violence basée sur le genre et à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST).

L'un des grands obstacles à la prestation de services complets de SR est le manque de prestataires compétents. C'est pour s'attaquer à ce problème que RAISE a préparé un programme complet de formation, y compris des centres de formation et des manuels de formation. Les équipes de formation clinique offrent une formation théorique et pratique aux prestataires de service de SR dans les centres de formation, ainsi que la supervision des participants en milieu de travail et une assistance technique sur place. L'équipe de formation de RAISE fournit une formation clinique aux personnels des agences humanitaires et des ministères de la Santé dans divers milieux affectés par les conflits et veut ainsi améliorer la qualité des soins dans les services de SR en situations de conflit.

Les ressources de la série de formation clinique en santé de la reproduction en situations d'urgence reposent sur la documentation existante et ont été mises à jour et adaptées aux situations d'urgence. Tous les manuels ont été préalablement mis à l'essai au centre de formation de RAISE à la maternité Eastleigh à Nairobi. Nombre des procédures et des protocoles sont les mêmes que dans les situations non urgentes. Toutefois, dans certains cas, il est nécessaire d'adapter un protocole pour se rendre compte des difficultés particulières qu'on peut rencontrer dans les situations d'urgence.

Le kit de matériel pédagogique pour les soins obstétricaux d'urgence¹ se compose de documents et d'une pratique clinique supervisée. Les documents sont :

- **guide du formateur**
- **guide du participant**
- **Matériel de référence:**
 - *IMPAC manual*
 - *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*
 - *Prise en charge des problèmes du nouveau-né : Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin.*
- **protocoles : résumé du matériel de référence.**

¹ Le kit de matériel pédagogique ne fournit pas de renseignements détaillés sur les accouchements normaux et les soins de routine des nouveau-nés, mais se concentre sur la prise en charge des complications qui interviennent pendant la grossesse, l'accouchement et la période immédiate du post-partum.

INTRODUCTION *au* COURS *de* FORMATION

APERÇU

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 sujet
- 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 D'APPRENTISSAGE

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 permettent 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 :

- modélisation du comportement
- axé sur la maîtrise des compétences
- techniques d'apprentissage humanistes.

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.

Acquisition de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) pour exécuter la procédure nécessaire mais a besoin d'assistance
Maîtrise de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et peut exécuter la compétence demandée
Maîtrise parfaite de la compétence	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.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

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*. On demandera aux participants de lire les sections pertinentes du manuel de référence (et autre matériel avant chaque exposé).

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 en groupes 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 partie *Conseils pour les Formateurs*). Chaque étude de cas comporte une clé où figurent les réponses attendues. Le formateur doit bien connaître ces réponses avant de présenter les études de cas aux participants. Même si les clés contiennent les réponses « probables », les participants peuvent, au cours de la discussion, fournir d'autres réponses qui peuvent être 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

Le but des jeux de rôle est d'aider 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 comporte une clé où figurent les réponses attendues. Le formateur doit bien connaître ces réponses avant de présenter les études de cas aux participants. Même si les clés contiennent les réponses « probables », les participants peuvent, au cours de la discussion, fournir d'autres réponses qui 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 SONU. Le guide du participant contient les fiches d'apprentissage, tandis que le guide du formateur contient à la fois les fiches d'apprentissage et les listes de vérification. Il existe 22 fiches d'apprentissage et 21 listes de vérification dans ce kit de matériel pédagogique :

1. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réanimation de l'adulte
2. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réalisation d'un accouchement
3. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'accouchement par le siège
4. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'épisiotomie et la réfection
5. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réfection des déchirures cervicales
6. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'extraction par ventouse obstétricale
7. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour les soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU])
8. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour les soins après avortement (misoprostol)
9. Fiche d'apprentissage et liste de vérification des conseils pour la planification familiale après avortement
10. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour le bilan du post-partum
11. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la planification familiale du post-partum
12. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la délivrance artificielle du placenta
13. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la compression bimanuelle de l'utérus
14. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la compression de l'aorte abdominale
15. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la césarienne
16. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la laparotomie d'urgence
17. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la salpingectomie dans la grossesse ectopique
18. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la laparotomie et la réfection d'une rupture utérine
19. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la laparotomie et l'hystérectomie sub-totale pour réséquer l'utérus en cas de rupture utérine
20. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'examen néonatal
21. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour la réanimation néonatale
22. Fiche d'apprentissage et liste de vérification pour l'intubation endotrachéale

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'aspiration manuelle intra-utérine), 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 « cliente » 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 :

Doit être améliorée	Étape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
Exécutée avec compétence	Étape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
Exécutée avec maîtrise	Étape 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.

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 clientes 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 feed-back 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 offrent 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 feed-back 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.

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**. À 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 cliente. 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 prestataire formé
- 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 prestataire formé
- 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 cliente ; maintient celle-ci et la famille au courant de la situation

À un moment déterminé à l'avance, on agite une petite cloche. La participante qui devra achever le rôle de la cliente 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

cliente. La personne en charge (Rôle 1) se rend directement aux côtés de la cliente et commence l'évaluation initiale rapide. Celui qui téléphone ou court informer le prestataire formé (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. À l'arrivée du médecin ou sage femme, la personne en charge lui indique l'état de la cliente et suit les directions supplémentaires jusqu'à ce que la cliente 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 MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE pour les SOINS OBSTÉTRICAUX 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 **guide 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 **guide 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
- 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).

Un document de la même série, publié par l'OMS en 2003 et intitulé, *Prise en charge des problèmes du nouveau-né : Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin* est à la base de l'essentiel des renseignements fournis dans le présent cours sur les soins du nouveau-né.

Les manuels de référence supplémentaire qui sont recommandés 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). Ces manuels traitent 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 référence pour la planification familiale est *Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*.

UTILISER LE KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX 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 guide du participant 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 **guide 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 **guide 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.**

FORMATION EN MATIÈRE DE SOINS OBSTÉTRICAUX 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 centres de santé et des hôpitaux 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 *Le kit de matériel pédagogique*). 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 centres de santé et des hôpitaux 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.

ÉVALUATION

Ce stage de formation clinique vise à mettre sur pied dans les centres de santé et des hôpitaux 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 trois premières semaines du stage, dans un contexte simulé et avec des patients au site de formation clinique et lors des six semaines à 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. Études 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 clientes 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. À 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 six semaines à trois mois (voir ci-après). Elle est importante pour plusieurs raisons. Premièrement, cela apporte au participant non seulement un feedback 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 trois semaines dans un site de formation et se concentre sur l'acquisition, l'application et l'évaluation des connaissances et des compétences. La première semaine se déroule dans une salle de classe et les deuxième et troisième semaines dans des sites cliniques qui devraient être aussi proches que possible de la salle de classe. Les trois premières semaines sont suivies immédiatement par une pratique autodirigée de six semaines à trois mois sur les lieux de travail du participant pendant laquelle les formateurs cliniques du stage font au moins une visite de suivi aux fins d'encadrement et d'évaluation supplémentaire. Voir page 18 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

À 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 prestataires qui font la chirurgie

Méthodes de formation et d'apprentissage

- Exposés illustrés et discussions de groupe
- Études 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*
 - *Prise en charge des problèmes du nouveau-né : Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin*
 - « Prévention des infections: Guide de référence à l'intention des prestataires de soins de santé » et son 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*)
- Autre matériel :
 - Manuel de l'AMDD : Utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en matière de services obstétricaux d'urgence—Questions et réponses
 - « Améliorer les soins obstétricaux d'urgence grâce aux audits reposant sur des critères » (*Improving Emergency Obstetric Care through Criterion-Based Audit*)
 - *Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*
- 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)
 - Équipement 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 une structure sanitaire où les SOU sont fournis ou prévus.
- 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.
- doivent être choisis auprès des structures sanitaires capables de fournir un soutien institutionnel constant pour les SOU (fournitures, équipement, supervision, liens avec l'établissement de référence, etc.).
- 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.

Durée du stage

Le stage comprend 15 séances en salle de classe (1 semaine), suivies par 2 semaines de pratique clinique supervisée et d'une pratique autodirigée de 6 semaines à 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.

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE

Lors de la pratique autodirigée de six semaines à trois mois, les participants ont l'occasion d'appliquer les connaissances et compétences acquises pendant les trois 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.

RESPONSABILITÉS 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
- Accouchement par le siège
- Épisiotomie et réfection
- Réfection des déchirures cervicales
- 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 prestataires qui font la chirurgie

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 cliente, 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.

RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE

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 deux 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 de début de la semaine :

- 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 de fin de la semaine :

- Cas cliniques demandant des SOU : symptômes présents, diagnostic, traitement et dénouement
- Facteurs qui facilitent le perfectionnement des compétences cliniques
- Facteurs qui entravent le perfectionnement des compétences cliniques; moyens de surmonter les 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 ACTIVITÉS

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 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.

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE

des CONNAISSANCES

Comment les résultats seront-ils utilisés ?

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.

N° du Participant :

Questionnaire préalable 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 ; ÉVALUATION 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.	
SAIGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
8. L'hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l'accouchement.	
9. 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.	
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 TROISIÈME 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.	
CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE	
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.	

Questionnaire préalable des connaissances (suite)

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 OBSTÉTRICALE	
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 clientes 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.	
FIÈVRE PENDANT ET APRÈS 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.	
RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ	
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.	

Matrice d'évaluation individuelle et collective

Correcte – ✓ Erronée – ✗

Dates :

Formateur(s) :

CATÉGORIES	N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PRISE EN CHARGE DU CHOC ; ÉVALUATION INITIALE RAPIDE	1															
	2															
	3															
	4															
SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL	5															
	6															
	7															
	8															
SAIGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT	9															
	10															
	11															
PRISE EN CHARGE DU TROISIÈME STADE DU TRAVAIL	12															
	13															
	14															
CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE	15															
	16															
	17															
	18															
	19															

Matrice d'évaluation individuelle et collective (suite)

CATÉGORIES	N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PARTOGRAMME	20															
	21															
	22															
	23															
	24															
TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT EUTOCIQUES ; URGENCE OBSTETRICALE	25															
	26															
	27															
	28															
	29															
FIÈVRE PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT	30															
	31															
	32															
	33															
	34															
RÉANIMATION NÉONATALE POURCENTAGE	35															
	36															

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 enseigné cette compétence ces 6 derniers mois
		<i>a, b ou c</i>	<i>Oui ou Non</i>
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			



SÉANCES DE PRATIQUE
DES COMPÉTENCES :
FICHES D'APPRENTISSAGE



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : RÉANIMATION 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 cliente.

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.²

² Si les clientes 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.

Matériel

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. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION DE L'ADULTE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE					
1. APPELLE À L'AIDE pour mobiliser d'urgence le personnel disponible.					
2. Accueille la femme avec respect et amabilité.					
3. Si la femme 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 IMMÉDIATE					
1. Surveille les signes vitaux de la femme : <ul style="list-style-type: none"> ■ Température ■ Pouls ■ Tension artérielle ■ Respiration 					
2. Tourne la femme sur le côté pour garantir le dégagement des voies aériennes. Si la femme 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 femme avec une couverture pour qu'elle soit au chaud.					
5. Surélève les jambes de la femme—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.					
3. Connecte la tubulure IV à un récipient de 1L 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 femme.					
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 taille 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 femme.					
11. Détache la seringue de l'aiguille ou de la canule.					
12. Connecte la tubulure IV à l'aiguille ou la canule.					

1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION DE L'ADULTE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
13. Fixe solidement l'aiguille ou la canule avec du sparadrap.					
14. Ajuste la tubulure pour établir une bonne dynamique de perfusion : 1 L 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 femme 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. Jette les gants dans un sac en plastique.					
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 propre 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. Jette les gants dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
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.					
RÉANIMATION ET PRISE EN CHARGE SUPPLÉMENTAIRE					
1. Réexamine la femme 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 femme 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 femme 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.					

2

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : RÉALISATION 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

Matériel

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 clientes 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.

2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Laisse la femme pousser spontanément.					
3. Approuve la position qu'elle a choisie pour accoucher.					
4. Explique à la femme (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.					
RÉALISATION 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					
1. Place les doigts d'une main sur la tête qui avance pour la maintenir en flexion afin de maîtriser l'expulsion de la tête.					
2. Utilise l'autre main pour soutenir le périnée avec un tampon de gaze, un linge ou une compresse.					
3. Une fois le périnée distendu, décide si une épisiotomie est nécessaire (si le périnée est très étroit). Si nécessaire, fait une infiltration périméale avec de la lidocaïne et exécute l'épisiotomie (voir Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection).					
4. Maintient une pression ferme mais délicate sur la tête pour encourager la flexion.					
5. Demande à la femme de souffler doucement, à chaque respiration, pour éviter de pousser.					
6. Une fois que la tête est dégagée, met la main pour accueillir la tête.					
7. À l'aide d'un tissu propre, nettoie les mucosités (et les membranes si nécessaire) dans la bouche et le nez de l'enfant.					
8. 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. 					
9. Laisse la rotation de la tête se faire spontanément.					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
Dégagement des épaules					
1. Place une main de chaque côté de la tête du nouveau-né sur les oreilles.					
2. Exerce une légère traction vers le bas pour faire glisser l'épaule antérieure en dessous de la symphyse pubienne.					
3. 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.					
4. 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.					
5. Note l'heure de la naissance.					
Soins immédiats du nouveau-né					
1. Sèche rapidement et soigneusement le nouveau-né avec une serviette ou un linge propre et sec immédiatement après la naissance..					
2. Essuie les yeux du nouveau-né avec un linge propre.					
3. 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.					
4. 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. 					
Clamper et sectionner le cordon					
1. Clampe à deux endroits le cordon avec suffisamment d'espace entre pour le sectionner facilement.					
2. Coupe le cordon en utilisant des ciseaux stériles recouverts de gaze pour éviter que le sang ne gicle.					
3. Lie le cordon à 2,5 cm de l'abdomen du nouveau-né.					
4. 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.					
5. Palpe l'abdomen de la mère pour être sûr qu'il n'y a pas un autre bébé.					
6. Administre 10 unités d'ocytocine en IM.					
7. Si l'ocytocine n'est pas disponible, administre une dose unique de misoprostol de 600mcg					
PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIÈME STADE					
Préparation					
1. Explique à la femme (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					
1. Clampe le cordon à proximité du périnée avec la pince.					
2. Attend que l'utérus se contracte.					
3. Utilise une main pour saisir la pince avec le bout clampé du cordon.					
4. 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.					
5. En même temps, tire sur le cordon, en direction du bas, utilisant la main qui tient la pince.					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
6. Maintient la tension sur le cordon (évite les mouvements saccadés et d'user de la force) : ■ Si la manœuvre n'a pas réussi en 30-40 secondes, cesse de tirer, attend la prochaine contraction et recommence.					
7. Quand le placenta est visible à l'ouverture vaginale, le prend avec les deux mains.					
8. Utilise un mouvement en douceur vers le haut et vers le bas ou une action de torsion pour délivrer les membranes.					
9. Tient le placenta dans les paumes des mains avec le côté maternel vers le haut.					
10. Masse immédiatement et doucement l'utérus à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus soit bien contracté.					
11. Vérifie que tous les cotylédons sont présents et vont ensemble.					
12. Tient à présent le cordon avec une main et laisse suspendus le placenta et les membranes.					
13. Insère l'autre main à l'intérieur des membranes, avec les doigts étendus.					
14. Inspecte les membranes pour voir si elles sont complètes.					
15. Note la position de l'insertion du cordon.					
16. Inspecte l'extrémité du cordon pour noter la présence de deux artères et d'une veine.					
17. Place le placenta dans le récipient (bac réniforme) fourni.					
18. Montre à la mère comment masser son utérus pour maintenir les contractions.					
Examen du canal génital					
1. Demande à un assistant d'éclairer le périnée.					
2. Sépare doucement les lèvres et inspecte la partie inférieure du vagin pour noter toute lacération/déchirure.					
3. Inspecte le périnée pour noter toute lacération/déchirure.					
4. Réfection de l'épisiotomie (si elle a été faite) (voir la Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection).					
5. Lave délicatement la vulve et le périnée avec de l'eau chaude ou une solution antiseptique et sèche avec un linge propre et doux.					
6. Met un pansement ou linge propre sur le périnée de la femme.					
7. Enlève les draps tachés, met la femme à l'aise et la recouvre avec une couverture.					
8. Avant d'enlever les gants, place le linge taché dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour le décontaminer.					
TÂCHES APRÈS 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. 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.					
4. Note tous les résultats dans le dossier de la femme.					

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.

Matériel

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

ÉTAPE 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
- À 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.

ÉTAPE 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 1 : Quelles étapes devraient être prises ?

Q 2 : Quels conseils devraient être donnés ?

Q 3 : Que va-t-il probablement se passer à 13h00 ?

ÉTAPE 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°C
- 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°C
- 13h00 Les 0/5 de la tête du fœtus sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne 13h00 :
 - 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 1 : Quelles étapes devraient être prises ?

Q 2 : Quels conseils devraient être donnés ?

Q 3 : Que va-t-il probablement se passer ensuite ?

ÉTAPE 4

Noter l'information suivante sur le graphique du partogramme :

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

Q 1 : Combien de temps a duré la phase active du premier stade du travail ?

Q 2 : Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 2

ÉTAPE 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 1 : Quel est votre diagnostic ?

Q 2 : Quelle mesure allez-vous prendre ?

ÉTAPE 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°C
 - 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 1 : Quel est votre diagnostic ?

Q 2 : Quelle mesure allez-vous prendre ?

ÉTAPE 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°C 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
 - Rupture des membranes

Q 1 : Quel est votre diagnostic ?

Q 2 : 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)

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 2 (suite)

ÉTAPE 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 ?

ÉTAPE 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

ÉTAPE 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

ÉTAPE 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

Q 1 : Combien de temps a duré la première phase active du travail ?

Q 2 : Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?

Q 3 : Pourquoi a-t-on accéléré le travail ?

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 3

ÉTAPE 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

ÉTAPE 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°C, 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°C, 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

ÉTAPE 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°C
- 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+

ÉTAPE 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

Q 1 : Quel est le diagnostic final ?

Q 2 : Quelle mesure était indiquée à 14h00 ? Pourquoi ?

Q 3 : Quelle mesure était indiquée à 16h00 ? Pourquoi ?

**Q 4 : À 16h30, on a pris la décision de faire une césarienne.
Est-ce que c'était une mesure correcte ?**

Q 5 : Quels sont les problèmes auxquels on peut s'attendre chez le nouveau-né ?



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : ACCOUCHEMENT par le SIÈGE

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.⁴

⁴ Si les clientes 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.

Matériel

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

3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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 SIÈGE					
Dégagement des fesses et de la tête					
1. Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dit à la femme qu'elle peut pousser lors des contractions.					
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.					

3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
Dégagement des bras					
1. 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. 					
2. 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. 					
3. 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. 					
Dégagement de la tête					
1. 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. 					
2. 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. ■ Si l'ocytocine n'est pas disponible, administre une dose unique de misoprostol de 600mcg. ■ Exerce une traction contrôlée sur le cordon. ■ Masse l'utérus. 					
3. Examine soigneusement la femme et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales.					
4. Procède à la réfection des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée (voir Fiche d'apprentissage pour l'Épisiotomie et la réfection).					
5. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né.					

3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. 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.					
4. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la femme.					



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : ÉPISIOTOMIE et RÉFECTION

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.⁵

⁵ Si les clientes 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.

Matériel

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. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

Note : Les participants devraient utiliser cette fiche d'apprentissage avec la **Fiche d'apprentissage pour la Réalisation d'un accouchement (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)**

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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'ANESTHÉSIE LOCALE					
<i>Note : Prestataire compétent, vous devriez déjà avoir vos vêtements et vos gants de protection.</i>					
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 femme réagit au stimulus, attend encore 2 minutes puis recommence).					
RÉALISATION DE L'ÉPISIOTOMIE					
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.					

4. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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 femme et recherche les éventuelles extensions et autres lésions.					
RÉFECTION DE L'ÉPISIOTOMIE					
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 0 ou 1, 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.					
13. Suture par des points séparés de catgut chromé 0 ou 1 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.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. 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.					
4. Note la procédure dans le dossier de la femme.					

5

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : RÉFECTION des DÉCHIRURES 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.⁶

⁶ Si les clientes 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.

Matériel

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. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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.					
RÉFECTION DES DÉCHIRURES 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.					
9. Place les poignées des deux pinces dans une main : <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. 					

5. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. 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.					
4. Note la procédure dans le dossier de la femme.					



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : EXTRACTION par VENTOUSE OBSTÉTRICALE

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.

Les participants devraient revoir 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

⁷ Si les clientes 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.

Matériel

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
- Equipement 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

6. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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 femme 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.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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.					
EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE					
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. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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. ■ Si l'ocytocine n'est pas disponible, administrer une dose unique de 600mcg de misoprostol par voie orale ■ 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.					
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.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. 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.					
4. Note tous les résultats dans le dossier de la femme.					



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : SOINS après AVORTEMENT (aspiration manuelle intra-utérine [AMIU] ou misoprostol) et CONSEILS en 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 ou misoprostol) 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, décision d'utiliser la prise en charge médicale ou chirurgicale), 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 ou misoprostol).

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.

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 ou misoprostol) 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 ou misoprostol) et la Liste de vérification sur les conseils en planification familiale après avortement.⁸

⁸ Si les clientes 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.

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.

Matériel

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 ou misoprostol)

Fiche d'apprentissage sur les conseils en la planification familiale après avortement

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

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

Liste de vérification pour les Soins après avortement (AMIU ou misoprostol)

Liste de Vérification sur les conseils en planification familiale après avortement

Liste de Vérification pour les Soins après avortement (AMIU ou misoprostol)

Liste de Vérification sur les conseils en planification familiale après avortement

7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE [AMIU])

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
ÉVALUATION INITIALE					
1. Accueille la cliente avec respect et amabilité.					
2. Examine la femme 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 femme et procède le cas échéant au transfert.					
ÉVALUATION 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 femme 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. 					
PRÉPARATION					
1. Explique à la femme (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. Lui indique qu'elle peut ressentir une certaine gêne pendant certaines étapes de l'intervention et qu'elle sera avertie à l'avance.					
5. Vérifie la disponibilité/fonctionnement de l'équipement et des fournitures nécessaires : <ul style="list-style-type: none"> ■ Assure la disponibilité d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau. ■ Assure la disponibilité de la canule de taille adéquate et des adaptateurs. 					
6. Vérifie la seringue AMIU et la charge (crée le vide).					
7. Vérifie que la femme a vidé récemment sa vessie.					
8. Vérifie que la femme a bien lavé et rincé sa zone périnéale.					
9. Met l'équipement de protection personnelle.					
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 stérile ou à l'air.					
11. Met aux deux mains des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
12. Arrange les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.					

7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (AMIU) (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
1. Informe la femme de chaque étape de l'intervention avant de l'exécuter.					
2. Réalise un examen pelvien bimanuel, vérifiant la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation du col.					
3. Insère le spéculum et retire le sang ou les tissus du vagin en utilisant une pince porte-tampons et de la gaze.					
4. Nettoie le col à trois reprises avec une solution antiseptique en utilisant de la gaze ou du coton.					
5. 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)					
1. Prépare 20 ml de solution de lidocaïne à 0,5% sans adrénaline.					
2. Aspire 10 ml de la solution de lidocaïne à 0,5% dans une seringue.					
3. 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).					
4. 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).					
5. À 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.					
6. 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.					
7. 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.					
8. Attend 2 minutes et ensuite, pince le col avec la pince. (Si la femme sent la pincée, attend 2 minutes ou plus et ensuite, fait à nouveau le test.)					
PROCÉDURE 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.					
6. Évacue 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.					
7. 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.					
8. Pousse sur le piston pour vider les produits restants de la conception dans le bassin.					
9. Recharge la seringue, attache à la canule et relâche la ou les valves de compression.					

7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (AMIU) (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
10. 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.					
11. Retire la canule et la seringue à AMIU et pousse sur le piston pour vider les PRC dans le bassin.					
12. Retire la pince de Pozzi ou la pince de Museux avant de retirer le spéculum.					
13. Fait un examen bimanuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.					
14. Rince, le cas échéant, les tissus avec de l'eau ou de l'eau salée.					
15. Inspecte rapidement les tissus retirés de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué.					
16. Si aucun PRC n'est vu, réévalue la situation pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'une grossesse ectopique.					
17. Insère doucement le spéculum et vérifie qu'il n'y a pas de saignement.					
18. Si l'utérus est encore mou ou si les saignements continuent, répète les étapes 3 à 10.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. Attache la canule utilisée à la seringue AMIU et rince les deux avec une solution chlorée à 0,5%.					
4. Détache la canule de la seringue et les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
5. Jette les PRC dans l'évier, des toilettes à chasse d'eau, des latrines ou un récipient qui ferme bien.					
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. Vérifie qu'il n'existe pas de saignement et que les crampes ont diminué avant de la laisser partir.					
8. Indique à la femme quels sont les soins après avortement et les signes d'alerte.					
9. 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.					

8. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (MISOPROSTOL)

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
ÉVALUATION INITIALE					
1. Accueille la cliente avec respect et amabilité.					
2. Examine la femme pour une allergie à misoprostol ou autres prostaglandines, choc, grossesse ectopique, signes d'infection pelvienne et/ou sepsie.					
3. Si des complications sont notées, n'administre pas le misoprostol.					
ÉVALUATION MÉDICALE					
1. Réalise une anamnèse de la santé de la reproduction.					
2. Fait un examen physique limité (cœur, poumons, abdomen) et un examen gynécologique afin de confirmer l'avortement incomplet.					
3. Les constatations cliniques essentielles sont que le col est ouvert et que la taille de l'utérus est inférieure à ce qu'elle serait à 12 semaines de grossesse.					
4. Informe la femme de son état et des mesures qui seront prises.					
5. Discute, le cas échéant, de ses buts en matière de procréation.					
6. Si elle a déjà un DIU, il faut le retirer avant l'administration du médicament.					
7. S'assure que la cliente n'a pas de problème de coagulation et qu'elle ne prend actuellement aucun anticoagulant.					
PRÉPARATION					
1. Explique à la femme (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 explique qu'elle peut ressentir certains effets secondaires.					
4. Informe la cliente du déroulement du traitement, qui suppose une visite de suivi.					
Schéma posologique					
1. Dose unique de 600 mcg par voie orale.					
Traitement					
1. Lui explique le mieux possible l'utilisation du misoprostol, ainsi que ses effets secondaires éventuels et le taux de succès pour la femme. Précise que, pour certaines femmes, l'intervention chirurgicale peut s'imposer pour vider l'utérus.					
2. Lui explique que l'expulsion peut avoir lieu dans plusieurs heures ou plusieurs semaines et que les pertes sanguines seront très probablement abondantes pendant trois ou quatre jours, suivies par plusieurs semaines de saignements légers ou microrragie.					

8. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (MISOPROSTOL) (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
3. La femme peut prendre le misoprostol à la structure sanitaire ou chez elle. L'invite à poser des questions ou à exprimer ses préoccupations.					
4. L'antibiothérapie de routine n'est pas nécessaire, il faut suivre les normes locales concernant l'utilisation des antibiotiques, si la femme a besoin de cette protection d'après l'anamnèse ou l'examen médical.					
Visite de suivi dans les 7 à 14 jours					
1. Prend les antécédents cliniques et procède à un examen bimanuel pour voir si l'utérus est ferme et bien involuté.					
2. Décide de terminer par chirurgie uniquement d'après l'état clinique de la femme.					
3. L'intervention chirurgicale n'est pas recommandée avant sept jours suivant le traitement, sauf nécessité médicale (c.-à-d. contrôle de l'hémostase ou d'une infection).					
4. Fournit des conseils en matière de contraception et une méthode contraceptive adéquate si la cliente le souhaite (voir la fiche d'apprentissage sur les conseils en planification familiale après l'avortement).					
Effets et effets secondaires					
1. Saignements : lui conseille de demander l'aide médicale si elle imprègne totalement plus de deux serviettes sanitaires super-absorbantes ou l'équivalent par heure pendant deux heures consécutives.					
2. Crampes : administre un analgésique (p. ex. paracétamol).					
3. Fièvre et/ou frissons : lui conseille de demander l'aide médicale si elle fait de la fièvre et que celle-ci persiste plus de 24 heures après la prise du misoprostol.					
4. L'informe de la possibilité qu'il y ait des nausées et vomissements dans les deux à six heures après la prise du misoprostol et qu'habituellement, ce symptôme disparaît dans les six heures.					
5. L'informe de la possibilité qu'il y ait diarrhée, mais que cela devrait disparaître en moins d'une journée.					
6. L'avertit qu'il pourrait y avoir éruption cutanée, mais que cela devrait disparaître en quelques heures.					

9. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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. 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 					
5. S'assure que la femme ne souffre pas d'une pathologie médicale où telle ou telle méthode serait contre-indiquée (voir Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier).					
6. Fournit une information générale sur la planification familiale.					
7. 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. 					
8. Discute des besoins, préoccupations et craintes de la femme de manière approfondie et sympathique.					
9. Aide la femme à commencer à choisir une méthode qui lui convient.					
10. Explique les effets secondaires éventuels et vérifie que chacun est bien compris.					
11. Réalise une évaluation complémentaire si indiquée (examen physique). (Les conseillers non médicaux doivent orienter les femmes pour évaluation supplémentaire.)					
12. Discute de ce qu'il faut faire si la femme a des effets secondaires ou des problèmes.					
13. Apporte des instructions sur la visite de suivi.					
14. Indique à la femme qu'elle peut revenir au même centre chaque fois qu'elle a besoin de conseils ou d'attention médicale.					
15. Demande à la femme de bien vouloir répéter les instructions.					
16. Répond aux questions de la femme.					



SÉANCE de PRATIQUE
des **COMPÉTENCES :**
BILAN et SOINS du
POST-PARTUM y COMPRIS
la **PLANIFICATION FAMILIALE**
du **POST-PARTUM**

Objectif

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer le bilan et les soins postpartum, y compris la gamme complète des méthodes de choix de planification familiale 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 le bilan du post-partum avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure de faire un bilan et des soins du post-partum, y compris la planification familiale du post-partum.

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 le bilan du post-partum et la Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour le bilan du post-partum et la Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum avant que la maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans le contexte simulé, en utilisant la Liste de vérification pour le bilan du post-partum et la Liste de vérification pour la planification familiale du post-partum.

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 le bilan du post-partum et la Liste de vérification pour la planification familiale du post-partum.⁹

⁹ Si les clientes 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.

Matériel

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Modèle pelvien

Fiche d'apprentissage pour le bilan du post-partum

Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum

Liste de vérification pour le bilan du post-partum

Liste de vérification pour la planification familiale du post-partum.

10. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare la zone d'examen de la femme et le matériel nécessaire.					
2. Accueille la femme avec respect et amabilité et se présente.					
3. Propose à la femme de s'asseoir.					
4. Explique à la femme (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
5. Réalise un contrôle rapide pour détecter les signes d'alerte (saignement vaginal abondant, violents maux de tête/vision floue, convulsions/perte de connaissance, difficultés à respirer, douleurs abdominales sévères, pertes malodorantes, signes de dépression/hallucinations). Si des signes d'alerte sont notés, stabiliser et traite ou oriente le cas échéant vers un autre niveau de soins.					
6. Consulte le dossier de la femme 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 					
7. 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, satisfaction du bébé et de la mère, problèmes) ■ Problèmes au niveau de l'émission/rétention de l'urine et des selles ■ Complications néonatales ■ Pensées et sentiments à propos du bébé ■ Conditions actuelles ■ Autres problèmes 					
8. Demande à la femme comment se sont déroulées des périodes précédentes du post-partum : <ul style="list-style-type: none"> ■ Expérience précédente en ce qui concerne l'allaitement ■ Problèmes précédents physiques ou mentaux ■ HPP ou infection puerpérale précédente 					
9. Pose des questions à la femme à propos de la planification familiale et note ses réponses : <ul style="list-style-type: none"> ■ Souhaite avoir d'autres enfants / espacer? ■ Méthodes utilisées ■ Méthodes préférées 					
10. Demande à la femme 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) ■ Disponibilité de l'argent pour la nourriture et les produits du bébé ? ■ Appui social et communautaire 					

10. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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 femme à poser des questions.					
5. Prend la température, le pouls, la fréquence respiratoire et la tension artérielle de la femme et note les résultats.					
6. Examine la tête et le cou de la femme. (Examine les conjonctives pour noter toute pâleur et jaunisse.)					
7. Procède à l'examen de la poitrine : <ul style="list-style-type: none"> ■ Examine les seins pour l'engorgement, les mamelons craquelés, la sensibilité, rougeurs ou tuméfactions locales, ganglions lymphatiques locaux ■ Examiner les poumons et la coeur. 					
8. Examine l'abdomen : <ul style="list-style-type: none"> ■ Cicatrices récentes ■ Fermeté et taille de l'utérus ■ Sensibilité (abdomen inférieur) ■ Autres organes et masses abdominales 					
9. Examine les jambes : <ul style="list-style-type: none"> ■ Douleurs localisées, sensibilités ou engorgement ■ Sensibilité au mollet et à la cuisse 					
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 ou écoulement anormal ■ Ganglions lymphatiques locaux 					
12. Observe les lochies : <ul style="list-style-type: none"> ■ Couleur ■ Odeur ■ Quantité 					
13. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
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 MÈRE/NOUVEAU-NÉ					
1. Observe interactions/attachement.					
2. Observe allaitement maternel (préparation, positionnement, appui, durée et attache, tétée finale, soins après allaitement, satisfaction).					
TÂCHES APRÈS L'EXAMEN					
1. Demande à la femme si elle a d'autres questions.					
2. Aide la femme 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 femme.					

10. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES					
1. Les soins sont donnés en fonction des résultats du bilan. Les problèmes ou besoins vont varier d'une femme à une autre et, pourtant, les interventions suivantes faisant partie d'un ensemble de soins du post-partum devraient être exécutées avec toutes les femmes.					
2. <ul style="list-style-type: none"> ■ Explique l'importance de l'allaitement maternel et encourage l'allaitement exclusif sur demande ■ Explique les techniques pour un allaitement maternel réussi avec référence spécifique à l'attache, bon positionnement, la succion, tétée finale ■ Explique comment la mère peut soigner les seins afin de prévenir des problèmes pendant l'allaitement 					
3. Apporte conseils et suppléments nutritionnels, appropriés localement <ul style="list-style-type: none"> ■ Fer-folate ■ Vitamine A 					
4. Administre les vaccinations nécessaires et apporte un traitement préventif localement approprié: <ul style="list-style-type: none"> ■ Antitétanique ■ Prophylaxie antipaludéenne (utilisation des moustiquaires imprégnées pour soi-même et le bébé, si dans une zone endémique de paludisme) ■ Vitamine A 					
5. Donne des conseils pour la prévention des infections : Pour le bébé : <ul style="list-style-type: none"> ■ Soins du cordon ■ Bain du bébé Pour la mère : <ul style="list-style-type: none"> ■ Hygiène des parties génitales ■ Hygiène des mains 					
6. Explique à la femme l'importance du repos et du sommeil.					
7. Recommande de garder le bébé au chaud : <ul style="list-style-type: none"> ■ Habiller et envelopper le bébé ■ Le garder dans une pièce chaude 					
8. Donne des conseils sur les relations mère-enfant et relations familiales.					
9. Donne des conseils sur les relations sexuelles et les pratiques sexuelles à moindre risque.					
10. Donne des conseils en matière de planification familiale, en utilisant la Fiche d'apprentissage pour la planification familiale du post-partum.					
11. Traite la syphilis en cas de test positif et si aucun traitement n'a été dispensé pendant la grossesse					
12. Note les détails pertinents des soins pour la mère et l'enfant.					
13. Demande à la mère si elle a d'autres questions ou préoccupations.					

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

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

Note: Participants should use this learning guide in conjunction with the **Learning Guide for Basic Postpartum Care**

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire.					
2. Accueille la femme avec respect et amabilité et se présente. Ecoute la femme et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES					
1. Demande pendant combien de temps la femme 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. 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 et les problèmes possibles.					
5. Si la femme allaite mais non exclusivement, 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. 					
6. Vérifie que la femme n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière (voir Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier).					
7. 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.					
8. Aide la femme à choisir une méthode adéquate.					
9. Fournit la méthode choisie après avoir donné le counselling et les instructions concernant l'utilisation.					
10. Demande à la femme de bien vouloir répéter les instructions.					
11. Discute de ce qu'il faut faire si la femme 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 femme 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 femme.					



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE du PLACENTA

Objectif

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la délivrance artificielle du placenta 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 du placenta 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 du placenta.

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 du placenta.

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 du placenta.¹⁰

Matériel

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
- Equipement de protection personnelle
- Récipient pour placenta

Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle du placenta

Fiche d'apprentissage pour la Délivrance artificielle du placenta

Liste de vérification pour la Délivrance artificielle du placenta

Liste de vérification pour la Délivrance artificielle du placenta

¹⁰ Si les clientes 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.

12. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE DU PLACENTA

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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/ampiclox 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 DU PLACENTA					
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 ou improviser.)					
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.					
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. 					

12. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE DU PLACENTA (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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 APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Jeter la seringue et l'aiguille usagées dans un récipient pour les objets tranchants.					
2. Enleve les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique					
3. 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.					
4. 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 					
5. Vérifie que l'utérus est bien contracté.					
6. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente.					

SÉANCE de PRATIQUE
des COMPÉTENCES :
**COMPRESSION
BIMANUELLE de
l'UTÉRUS**

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.¹¹

¹¹ Si les clientes 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.

Matériel

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

13. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Explique à la femme (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.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
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.					

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : 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.¹²

¹² Si les clientes 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.

Matériel

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

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

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Explique à la femme (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.					
<i>Note : Les Etapes 1 et 2 devraient être mises en œuvre au même moment que les étapes suivantes.</i>					
COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE					
1. Met le poing fermé juste au-dessus de l'ombilic et légèrement à gauche. Palpe le pouls aortique.					
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 le saignement soit maîtrisé.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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.					

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : CÉSARIENNE

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 cliente 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 cliente. Un participant pourra tenir le rôle du second aide. En tant que second aide, le participant observera la démonstration.

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

Enfin, le même participant réalise la procédure avec une cliente. 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.¹³

¹³ Si les clientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser une césarienne, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé

Matériel

Équipement 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

Fiche d'apprentissage pour la Césarienne

Fiche d'apprentissage pour la Césarienne

Fiche d'apprentissage pour la Césarienne

Fiche d'apprentissage pour la Césarienne

Liste de vérification pour la Césarienne

15. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CÉSARIENNE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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 femme, 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 trisilicate de magnésium 					
7. Sonde la vessie de la femme.					
8. Aide la femme à mettre une blouse et un bonnet.					
9. Évalue les options en matière d'anesthésie: <ul style="list-style-type: none"> ■ Anesthésie générale ■ Anesthésie locale ■ Rachianesthésie 					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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.					
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.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Incline la table d'opération sur la gauche ou met un oreiller sous la hanche droite de la femme.					
2. Vérifie que la femme a été anesthésiée et que l'anesthésie a pris effet.					

15. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CÉSARIENNE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
3. Badigeonner trois fois la zone à inciser de solution antiseptique à l'aide d'une pince-tampons stérile ou désinfectée et d'une compresse de coton ou de gaze.					
4. Recouvre l'abdomen, en exposant la zone chirurgicale et recouvre de champs stériles la femme.					
PROCÉDURE					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la femme.					
2. Se met à droite de la femme et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la femme.					
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. À l'aide d'une pince, décolle le péritoine qui recouvre la surface antérieure du segment inférieur de l'utérus et incise aux ciseaux.					
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.					

15. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CÉSARIENNE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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.					
SUTURE DE L'INCISION UTÉRINE 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 2. 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/autres organes abdominaux. Si une déchirure vésicale/autres organes abdominaux est observée, identifie l'ampleur de la blessure et 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 2 (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. 					

15. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CÉSARIENNE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
11. Si la femme 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 femme ne présente pas de signe d'infection : ■ À 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. ■ À 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. Extrait les caillots du vagin en utilisant une pince et des écouvillons et met une bande stérile.					
14. Aide la femme à descendre de la table d'opération.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient des objets tranchants.					
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. Prend note de l'opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge.					
6. Contrôle le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et le saignement de la plaie et du vagin.					
7. Évalue la femme avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
8. Examine la femme tous les jours dans le service ou plus souvent si c'est nécessaire.					
9. 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 femme.					
10. Donne un rendez-vous pour les soins du post-partum.					

16. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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 femme, 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 femme et rase les poils du pubis au besoin.					
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.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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 stériles.					
4. Vérifie que les instruments (steriles) 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.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la femme 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 femme.					

16. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la femme.					
2. Se met à droite de la femme et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la femme.					
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. 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. À présent le péritoine est exposé.					
10. À 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.					
11. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					
12. À 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.					
13. Ligature les vaisseaux qui saignent.					
14. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
15. 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. Veuillez voir la fiche d'apprentissage approprié ci-dessous.					
2. Avant de fermer l'abdomen, vérifie qu'il n'y a pas de déchirure de la vessie/autres organes abdominaux. Si une déchirure vésicale/autres organes abdominaux est observée, identifie l'ampleur de la blessure et la suture.					

16. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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. 					
6. Si la femme 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 femme ne présente pas de signe d'infection : <ul style="list-style-type: none"> ■ À 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. ■ À 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.					

16. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
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. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient pour les objets tranchants.					
4. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique					
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.					
SOINS APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Transfère la femme 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. Évalue la femme avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la femme entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
5. S'assure que la femme 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.					

17. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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 femme, 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 femme et rase les poils du pubis au besoin.					
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.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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.					
4. Vérifie que les instruments (stérile) et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile. 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.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la femme 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 femme.					

17. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la femme.					
2. Se met à droite de la femme et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la femme.					
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 (ou transverse selon l'incision de la peau) dans l'aponévrose.					
6. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision avec la pince de Kocher. Clampes 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. 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. À présent le péritoine est exposé.					
10. À l'aide des doigts, fait une ouverture dans le péritoine près de l'ombilic.					
11. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					
12. À 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.					
13. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
14. 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 clampes 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 0 ou 1 (ou des sutures polyglycoliques) 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/autres organes abdominaux. Si une déchirure vésicale/autres organes abdominaux est observée, identifie l'ampleur de la blessure et la suture.					

17. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et les écouvillons.					
2. Saisit l'aponévrose aux extrémités supérieures et inférieures de l'incision (ou aux deux extrémités dans le cas d'incision transversale) avec la pince de Kocher. Clampe au milieu de chaque côté de l'incision.					
3. Suture l'aponévrose: a) Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), montée sur un porte-aiguille. b) 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 c) Passe l'aiguille dans l'aponévrose du côté gauche de la femme, en allant de l'extérieur vers l'intérieur de l'incision. d) 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. Si la femme présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 1 ou 2. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la femme ne présente pas de signe d'infection : ■ À 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. ■ À 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. La suture souscuticulaire peut aussi être utilisée.					
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.					
9. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
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.					
SOINS APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Transfère la femme 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. Évalue la femme avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la femme entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
5. S'assure que la femme 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.					

18. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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 femme, 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 femme et rase les poils du pubis au besoin.					
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.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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.					
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 écouillons 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.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la femme 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 femme.					

18. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la femme.					
2. Se met à droite de la femme et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la femme.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne (ou autre incisions appropriées), 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 (ou transverse selon l'incision de la peau) 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. 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. À présent le péritoine est exposé.					
10. À 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.					
11. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					
12. À 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.					
13. Examine l'abdomen et l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
14. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
15. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
16. Place des écarteurs abdominaux autostatiques.					
RÉFECTION DE LA RUPTURE UTÉRINE					
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.					

18. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
8. Suture la déchirure avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques) 1-2, 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, 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.					
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/autres organes abdominales. Si une déchirure vésicale/autres organes abdominales est observée, identifie l'ampleur de la blessure et 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 (ou les extrémités de l'incision transversale) avec la pince de Kocher. Clampes 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 1 ou 2 (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. ■ Si une autre incision a été faite, il faudra modifier en conséquence les deux étapes qui précèdent, p. ex. en partant de la gauche vers la droite dans le cas d'une incision transversale. ■ 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. 					

18. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
6. Si la femme présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 1 ou 2. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la femme ne présente pas de signe d'infection : <ul style="list-style-type: none"> ■ À 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. ■ À 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. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
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 APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Transfère la femme 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. Évalue la femme avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la femme entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
5. S'assure que la femme 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 femme souhaite d'autres enfants, lui recommande d'avoir une césarienne élective pour les futures grossesses.					

19. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (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 femme, 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 femme et rase les poils du pubis au besoin.					
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.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
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.					
4. Vérifie que les instruments (stériles) 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.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que la femme 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 femme.					

19. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Demande à l'instrumentiste de rester avec le plateau d'instruments de l'autre côté vers le pied de la femme.					
2. Se met à droite de la femme et demande à l'aide de se mettre du côté gauche de la femme.					
3. Fait une incision verticale médiane depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne (ou autre incision appropriée), 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 (ou transverse selon l'incision de la peau) 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. 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. À présent le péritoine est exposé.					
10. À 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.					
11. Soulève le péritoine à l'aide de pinces.					
12. À 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.					
13. Examine l'abdomen et l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
14. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
15. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
16. Place des écarteurs abdominaux autostatiques.					
HYSTÉRECTOMIE 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. Applique deux longues pinces ou pinces hémostatiques sur les trompes, le ligament ovarien et le ligament rond et clampe. <ul style="list-style-type: none"> ■ Sectionne le pédicule latéral. ■ Applique deux longues pinces aux vaisseaux utérins et clampe. Sectionne le pédicule. 					

19. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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.					
11. Insère un drain abdominal: a) 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. b) Insère une longue pince dans l'incision. c) Saisit le bout du drain abdominal et le sort de l'incision. d) 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/autres organes abdominaux. Si une déchirure vésicale/autres organes abdominaux est observée, identifie l'ampleur de la blessure et 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 (ou aux deux extrémités de l'incision transversale) avec la pince de Kocher. Clampes au milieu de chaque côté de l'incision.					
3. Suture l'aponévrose: ■ Utilise une pince de dissection à mors et une aiguille enfilée avec du catgut chromé 1 ou 2 (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. ■ Si une autre incision a été faite, il faudra modifier en conséquence les deux étapes qui précèdent, p. ex. en partant de la gauche vers la droite dans le cas d'une incision transversale. ■ 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 (faire des modifications appropriées pour d'autres formes de suture).					
5. Noue la suture : ■ 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.					

19. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
6. Si la femme présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture polyglycolique) 1 ou 2. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la femme ne présente pas de signe d'infection : <ul style="list-style-type: none"> ■ À 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. ■ À 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. Suture souscuticulaire au choix. 					
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. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
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 APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Transfère la femme 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. Évalue la femme avant qu'elle ne soit transférée de la salle de récupération.					
4. Une fois la femme entièrement réveillée, explique l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
5. S'assure que la femme 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.					

13

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : EXAMEN NÉONATAL

Objectif

Cette activité a pour objectif de permettre aux participants de pratiquer la réalisation d'un examen néonatal 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'examen néonatal avant de commencer l'activité.

Le formateur devrait démontrer les étapes/tâches de la procédure d'un examen néonatal 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'examen néonatal.

Les participants devraient être en mesure d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'examen néonatal 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'examen néonatal.

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'examen néonatal.¹⁴

Matériel

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

- Table d'examen
- Pèse-bébé
- Gants d'examen

Fiche d'apprentissage pour l'examen néonatal

Fiche d'apprentissage pour l'examen néonatal

Liste de vérification pour l'examen néonatal

Liste de vérification pour l'examen néonatal

¹⁴ Si les clientes ne sont pas disponibles dans les sites cliniques pour que les participants puissent réaliser un examen néonatal, les compétences seront enseignées, pratiquées et évaluées dans un contexte simulé.

20. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NÉONATAL

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare la zone d'examen pour la cliente et le matériel nécessaire.					
2. Explique à la femme (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
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. Assécher rapidement la peau de l'enfant et le couvrir avec un linge sec.					
3. Pose le nouveau-né sur une surface propre et chaude ou l'examine dans les bras de sa mère.					
4. 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°C) ■ Couleur ■ Peau ■ Bonnes réactions/alerte, mouvements et tonus musculaire 					
5. Examine les parties génitales pour noter toute anomalie et détermine le sexe du nouveau-né.					
6. Examine la tête, le visage, la bouche et les yeux : <ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle la taille générale et la symétrie de la tête. ■ Examine les anomalies du visage, surtout le mouvement asymétrique. ■ Ouvre la bouche pour vérifier si le palais est bien développé. ■ Contrôle les contours crâniens et palpe les sutures normales et les fontanelles. ■ Ouvre les paupières et vérifie que les yeux ont une apparence normale et qu'il n'existe pas de signes d'infection. 					
7. Examine la colonne vertébrale et le système nerveux central pour noter toute anomalie.					
8. Examine la poitrine à la recherche de mouvement symétrique et anomalie des seins.					
9. Ausculter pour des bruits respiratoires ou cardiaques anormaux.					
10. Examiner l'abdomen pour des anomalies telles que masses ou organomegalies.					
11. Examine l'ombilic pour dépister tout saignement, infection ou hernie.					
12. Examine les parties supérieures et inférieures: <ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifie la peau, les tissus mous et les os pour noter toute anomalie, genre Spina bifida, cyphose ou scoliose. ■ Contrôle la symétrie des mouvements. 					
13. Pèse le nouveau-né et comparer avec les poids standards.					

20. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NÉONATAL (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES APRÈS L'EXAMEN PHYSIQUE					
1. Laisse le nouveau-né dans une condition confortable.					
2. Retire les gants et jette tous les matériels.					
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.					
ENREGISTREMENT DE L'INFORMATION					
1. Note les renseignements suivants: <ul style="list-style-type: none"> ■ Nom ■ Sexe ■ Information de contact ■ Date et heure de la naissance ■ Poids de naissance ■ Tout problème qui a poussé la mère à venir 					
2. Note les risques d'infection si la mère : <ul style="list-style-type: none"> ■ a eu une infection utérine ou de la fièvre pendant le travail ou l'accouchement. ■ a eu rupture des membranes plus de 12 heures avant l'accouchement. ■ a eu un test positif de la syphilis pendant cette grossesse. Dans ce cas, a-t-elle été prise en charge adéquatement ? ■ est séropositive au VIH. Dans ce cas, reçoit-elle un traitement antirétroviral ? ■ a un diagnostic 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. Note pour l'accouchement ou d'autres complications, 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 ou plus de 4000 grammes à la naissance ■ Mode d'accouchement et complications au nouveau-né et la mère à la naissance ■ Autre complications maternelles/foetales pendant la grossesse et leur prise en charge 					

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : RÉANIMATION NÉONATALE

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, en utilisant masque et ambu, 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.¹⁵

¹⁵ Si les clientes 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.

Matériel

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

21. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION NÉONATALE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
<i>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.</i>					
1. Sèche rapidement l'enfant et l'enveloppe, exception faite du visage et du haut de la poitrine.					
2. Installe l'enfant sur une surface propre et chaude.					
3. Explique à la femme (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.					
RÉANIMATION 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 si l'enfant ne respire pas : <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 la tête de l'enfant pour s'assurer que le cou est dans une position neutre.					
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.					
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 : <ol style="list-style-type: none"> a) Ventile au rythme de 40 mvts/minute. b) Regarde si la poitrine se soulève. 					
9. Si la poitrine de l'enfant ne se soulève pas : <ol style="list-style-type: none"> a) Vérifie à nouveau la position de l'enfant pour s'assurer que le cou est dans une position neutre. b) Réajuste le masque sur le visage de l'enfant afin d'en améliorer l'étanchéité. c) Presse le ballon avec plus de force afin d'augmenter la pression de ventilation. d) Aspire à nouveau la bouche et le nez de l'enfant pour retirer le mucus, le sang ou le méconium. 					

21. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION NÉONATALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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 : a) Le met au contact peau-à-peau avec la mère. b) Observe régulièrement la respiration. c) Mesure la température axillaire de l'enfant et le réchauffe si elle est inférieure à 36° C. d) Encourage le contact peau-à-peau avec la mère si la température est de 36° C ou moins. e) Conseille à la mère de commencer l'allaitement dès qu'il a l'air prêt, suivant le protocole PTME au besoin.					
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.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Jette les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus jetables dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Désolidarise le pousoir et le masque et inspecte pour noter les éventuelles craquelures et déchirures.					
3. Lave le pousoir et le masque avec de l'eau et du détergent et vérifie qu'ils ne sont pas endommagés.					
4. Choisit une méthode de stérilisation ou de désinfection de haut niveau : ■ 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).					
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. Après désinfection chimique, rince toutes les parties avec de l'eau claire et laisse sécher à l'air.					
7. Réassemble le ballon.					
8. Fait un essai pour voir si le ballon fonctionne correctement : ■ 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 : ■ État 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					

SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : INTUBATION ENDOTRACHÉALE

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.¹⁶

¹⁶ Si les clientes 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.

Matériel

Équipement 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

22. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

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)

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Si la femme 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 masque, pendant 2-3 minutes.					
4. Place la tête de la femme sur un drap replié, en s'assurant que la tête n'est pas en extension.					
5. Si la femme est consciente, administre 5-10 mg de diazépam en IV, lentement pendant 2 minutes. Give a muscle relaxant e.g. scoline 10mg/Kg body weight.					
6. Demande à un aide d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde en appuyant contre l'œsophage.					
7. Ouvre la bouche de la femme et insère délicatement le laryngoscope sur la langue et vers le fond de la gorge, en déplaçant la langue vers la gauche.					
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.					
12. Retire le guide.					
13. Gonfle le ballonnet de la sonde de 3 à 5 ml d'air. Si le tube endotrachéal n'a pas de ballonnet, bourre à l'aide tampons de gaze et n'oublie pas de les enlever après la procédure.					
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.					
2a. 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. 					

22. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
2b. Si la poitrine ne se gonfle pas : i) Dégonfle la sonde à ballonnet et retire le tube endotrachéal. ii) Administre de l'oxygène par ballon et masque pendant 3 minutes. iii) Essaie à nouveau l'intubation.					
3. Une fois le tube endotrachéal ajusté correctement, utilise du sparadrap pour fixer le tube sur le visage de la femme.					
4. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
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.					
DÉTUBAGE					
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 femme et aspire les sécrétions dans la gorge.					
6. Décomprime la sonde à ballonnet et retire le tube.					
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. 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.					

JEU de RÔLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT les SOU

Instructions

Le formateur choisira trois participants pour exécuter les rôles suivants : prestataire compétent, cliente 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.

Cliente : 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 la structure sanitaire de SOU 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 la structure sanitaire de SOU?
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 ?

ÉTUDE DE CAS 1 : SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Tenir compte des étapes de la prise de décisions cliniques pour répondre aux questions. Les autres groupes de la classe travaillent sur la même étude de cas ou une étude analogue. Lorsque tous les groupes auront terminé, nous discuterons des études de cas et des réponses de chaque groupe.

Étude de cas

Mme A. 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 A. d'éviter toute activité éprouvante ainsi que les rapports sexuels et de revenir immédiatement si ses symptômes persistent. Mme A. 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 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 ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Anamnèse

La température de Mme A. 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 A. 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. À l'examen vaginal, le col est fermé. On note une sensibilité à la mobilisation du col. L'utérus de 6 semaines est plus mou que la normale.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame A. (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 A. et pourquoi ?

Évaluation

L'évolution post-opératoire de Mme A. 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.

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

ÉTUDE DE CAS 2 : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Tenir compte des étapes de la prise de décisions cliniques pour répondre aux questions. Les autres groupes de la classe travaillent sur la même étude de cas ou une étude analogue. Lorsque tous les groupes auront terminé, nous discuterons des études de cas et des réponses de chaque groupe.

Étude 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.

Évaluation (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. ? 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) ? 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 ?

Évaluation

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. ? Pourquoi ?

ÉTUDE DE CAS 3 : TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE LORS DE LA GROSSESSE

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Tenir compte des étapes de la prise de décisions cliniques pour répondre aux questions. Les autres groupes de la classe travaillent sur la même étude de cas ou une étude analogue. Lorsque tous les groupes auront terminé, nous discuterons des études de cas et des réponses de chaque groupe.

Étude de cas

Mme C. 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 C. 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.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame C ? 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 ? Pourquoi ?
3. Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame C ? Pourquoi ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Anamnèse

La tension artérielle de Mme C. 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 C.

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

Évaluation

Mme C. 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. À 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 C ? Pourquoi ?

ÉTUDE DE CAS 4 : DÉROULEMENT DÉFAVORABLE DU TRAVAIL

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Tenir compte des étapes de la prise de décisions cliniques pour répondre aux questions. Les autres groupes de la classe travaillent sur la même étude de cas ou une étude analogue. Lorsque tous les groupes auront terminé, nous discuterons des études de cas et des réponses de chaque groupe.

Étude 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.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Mme D. et pourquoi ?
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) ? 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 ?

Évaluation

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. Écoulement 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.

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

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

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

7. Quand faut-il réévaluer Madame D ? Pourquoi ?

Anamnèse

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

ÉTUDE DE CAS 5 : FIÈVRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Tenir compte des étapes de la prise de décisions cliniques pour répondre aux questions. Les autres groupes de la classe travaillent sur la même étude de cas ou une étude analogue. Lorsque tous les groupes auront terminé, nous discuterons des études de cas et des réponses de chaque groupe.

Étude de cas

Madame E. 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 E. pour accélérer l'accouchement. Le nouveau-né a respiré spontanément et a l'air en bonne santé.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame E. et pourquoi ?
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame E. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins ? Pourquoi ?
3. Quels tests de laboratoire/procédures de dépistage allez-vous inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame E ? Pourquoi ?
 - Aucun à ce stade.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Anamnèse

Madame E. 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 E. 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.

À 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. À 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 E. 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 E. (problème/besoin) ? 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 E ? Pourquoi ?

Évaluation

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

La température de Madame E. 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 E ? Pourquoi ?

ÉTUDE DE CAS 6 : SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Instructions

Lire et analyser individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondre aux questions de l'étude de cas. Tenir compte des étapes de la prise de décisions cliniques pour répondre aux questions. Les autres groupes de la classe travaillent sur la même étude de cas ou une étude analogue. Lorsque tous les groupes auront terminé, nous discuterons des études de cas et des réponses de chaque groupe.

Étude de cas

Madame F. 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 F., 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.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame F ? Pourquoi ?
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame F. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins ? Pourquoi ?
3. Quels tests de laboratoire/procédures de dépistage allez-vous inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame F ? Pourquoi ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

Vous avez achevé votre évaluation de Madame F. 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 F. 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. À l'inspection, il n'y a aucun signe de déchirure périnéale, cervicale ou vaginale.

4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame F. (problème/besoin) ? 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 F. ? Pourquoi ?

Évaluation

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 F. ? Pourquoi ?



www.raiseinitiative.org

L'Initiative RAISE est un programme conjoint de la Mailman School of Public Health de Columbia University et de Marie Stopes International.